

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Itamar Bento Claro

**Sistemas de saúde, políticas e ações de controle do câncer do colo do útero:**

Brasil e Chile em perspectiva comparada

Rio de Janeiro

2020

Itamar Bento Claro

**Sistemas de saúde, políticas e ações de controle do câncer do colo do útero:**

Brasil e Chile em perspectiva comparada

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Luciana Dias de Lima.

Rio de Janeiro

2020

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

C613s      Claro, Itamar Bento.  
              Sistemas de saúde, políticas e ações de controle do câncer do colo do útero: Brasil e Chile em perspectiva comparada / Itamar Bento Claro. -- 2020.  
              178 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.  
  
              Orientadora: Luciana Dias de Lima.  
              Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.  
  
              1. Neoplasias do Colo do Útero. 2. Programas de Rastreamento. 3. Política Pública. 4. Sistemas de Saúde. 5. Proteção Social. 6. Mortalidade. I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.994

Itamar Bento Claro

**Sistemas de saúde, políticas e ações de controle do câncer do colo do útero:**

Brasil e Chile em perspectiva comparada

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Aprovada em: 18 de maio de 2020.

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Monica de Assis  
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Patty Fidelis de Almeida  
Universidade Federal Fluminense

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Adelyne Maria Mendes Pereira  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristiani Vieira Machado  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciana Dias de Lima (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2020

## AGRADECIMENTOS

Neste momento, sou tomado por uma sensação de gratidão. A oportunidade de aprendizado que a realização do doutorado na Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ me proporcionou será para sempre um marco em minha trajetória. Uma instituição de excelência onde fiz toda a minha formação na área de saúde pública, residência, mestrado e agora o doutorado.

Agradecer é a oportunidade de reconhecer que não teria sido possível chegar ao fim desse processo sem a ajuda daqueles e daquelas que me apoiaram e incentivaram. Assim, sou grato a minha orientadora Luciana Dias de Lima pela generosidade com que compartilhou conhecimento e experiência durante todo o processo de orientação. Obrigado, Kalu, por ter aceitado fazer parte desta história e por cada palavra de incentivo. A sua simplicidade, amizade e alegria tornaram este percurso mais leve e agradável.

Agradeço às professoras Patty Fidelis de Almeida, Cristiani Vieira Machado, Mônica de Assis e Adelyne Maria Mendes Pereira que concordaram fazer parte da banca de avaliação e generosamente partilharam seus conhecimentos para aprimoramento da tese. Sou grato também às professoras Tatiana Wargas de Faria Baptista e Flávia de Miranda Corrêa por aceitarem compor a banca como suplentes.

Agradeço aos amigos e amigas da turma de doutorado, pessoas cujos afetos e amizades fizeram esses quatro anos passarem de uma forma muito mais agradável. Os momentos compartilhados promoveram conhecimento e vida. Tenho muito orgulho de ter vocês como colegas de doutorado e amigos na vida.

Agradeço aos colegas da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede com os quais tenho a alegria de compartilhar o dia a dia do trabalho no Instituto Nacional de Câncer. A realização deste estudo não teria sido possível sem a partilha generosa de conhecimento e o apoio de cada um e cada uma de vocês. Em especial, agradeço à equipe do “Colo do Útero”: Maria Beatriz Kneipp Dias, Maria Asunción Solé Plá, Flavia de Miranda Corrêa, Marcos André Felix da Silva, Mônica de Assis e Santinha Tavares.

Sou muito grato também a todas as pessoas que me receberam no Chile e compartilharam seus conhecimentos e experiências tão generosamente. *Muchas gracias a todos ustedes*: Gina Merino Pereira, Maria Ines Romero e Sergio Becerra no *Ministerio de*

*Salud de Chile*; Caroline Mendez e Andrea Torres no *Servicio de Salud Metropolitano Norte*; Jaime Barahona Chomali e Teresa Tevah no *Complejo Hospitalario San José*; Maricela Reys no *Hospital Padre Hurtado*; Carla Araneda no *CESFAM Juan Antonio Ríos*; Patty Palma no *Consultorio Renca*; Viviana Muñoz Acuña no *CESFAM San Rafael*; Carla Molina Cruz e Ramiro Molina na *Facultad de Medicina de la Universidad de Chile*.

Agradeço, *in memoriam*, às queridas amigas Deise Grigório e Elisabete Amorim Leandro por toda a contribuição e estímulo para a concretização desse projeto. Sou grato à vida por ter tido o privilégio de compartilhar tantos anos de amizade, aprendizado e afeto. Vocês fazem parte da minha história.

Agradeço a cada amigo e amiga que torceram por mim e apoiaram a realização desta tese. A vida sem vocês não teria o mesmo sabor e alegria. Obrigado por fazerem os meus dias mais felizes e com mais significado.

Agradeço a contribuição generosa da amiga Beatriz Cordeiro Jardim, na formatação da tese, e a do amigo Manuel Ferreira da Costa, na revisão do texto.

Agradeço à professora Maria Eliana Labra, Jeni Vaitsman e Lígia Giovanella pelo incentivo e conhecimento compartilhado, à professora e amiga Maria Aparecida Assis Patroclo e ao Fabian Moraga Cortes pela leitura generosa, atenta e cuidadosa.

Sou grato também pela oportunidade de trabalhar no Instituto Nacional de Câncer, instituição de excelência do Sistema Único de Saúde, o SUS, cuja história, marcada por desafios, contradições, avanços e retrocessos é emblemática na construção da assistência oncológica no país.

Sou grato a minha família pelo apoio incondicional, pela torcida diante de cada desafio da vida e pelos laços de amor que nos unem. À minha mãe Cleuza Bento Claro e ao meu pai Izaltino Araújo da Costa Claro por todo amor, cuidado, proteção e amparo.

Por fim, gostaria de dizer que não teria sido possível chegar até aqui sem acreditar que, apesar de todas as vicissitudes da vida, é preciso seguir em frente e perseverar para fazer deste mundo um local mais justo e igualitário para todos e todas. E é a Fé em Jesus Cristo, negro da periferia de Nazaré, que ainda me faz esperar na utopia concreta de um futuro melhor para todos nós.

“O mundo não é. O mundo está sendo. Como subjetividade curiosa, inteligente, interferidora na objetividade com que dialeticamente me relaciono, meu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre, mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências. Não sou apenas objeto da História mas seu sujeito igualmente.”

Paulo Freire, Livro Pedagogia da Autonomia, p. 46.

## RESUMO

Com aproximadamente 570 mil casos e 311 mil mortes no mundo, o câncer do colo do útero é o quarto mais comum em mulheres, permanecendo como um grande problema de saúde pública nos países de baixa e média renda, onde 90% das mortes ocorrem. Os países que implantaram programas de rastreamento com sucesso reduziram a incidência e a mortalidade relacionada à doença. Esta tese tem como objetivo analisar as políticas e ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil e no Chile. Tanto o Brasil quanto o Chile implantaram programas nacionais, mas não alcançaram ainda os resultados esperados, mantendo taxas de incidência e mortalidade muito distantes das registradas nos países de alta renda. Buscando compreender as particularidades dessas duas experiências, foi desenvolvido um estudo multicase e comparado para analisar as políticas e ações desenvolvidas em cada contexto e verificar similitudes e diferenças. Ambos os países têm tradição, organização e avanços no que tange ao rastreamento do câncer do colo do útero. Entretanto, os fatores identificados como principais responsáveis pelas falhas nos programas de rastreamento do câncer do colo do útero, a não realização da busca ativa da população em risco, a ausência de sistemas de controle de qualidade dos exames e o seguimento inadequado de mulheres com resultados alterados são mais evidentes no Brasil. O Chile se destaca em termos de organização, sistematização de condutas e gestão do programa, apresentando melhores indicadores que o programa brasileiro. Ambos necessitam implementar ações estratégicas para alcançar mulheres da população-alvo que permanecem sem realizar os exames de rastreamento.

Palavras-chave: Câncer do colo do útero. Rastreamento de câncer. Políticas públicas. Sistema de Saúde. Proteção Social.



## ABSTRACT

With approximately 570 thousand cases and 311 thousand deaths worldwide, cervical cancer is the fourth most common cancer in women, remaining a major public health problem in low and middle income countries, where 90% of deaths occur. Countries that have successfully implemented screening programs have reduced the disease-related incidence and mortality. This thesis aims to analyze cervical cancer control policies and actions in Brazil and Chile. Both Brazil and Chile have implemented national programs, but have not yet achieved the expected results, keeping incidence and mortality rates very far from those recorded in high-income countries. Seeking to understand the particularities of these two experiences, a multi-case and compared study was developed to analyze the policies and actions developed in each context and to verify similarities and differences. Both countries have tradition, organization and advances in cervical cancer screening. However, the factors identified as the main responsible for the failures in cervical cancer screening programs, the failure to actively search for the population at risk, the absence of quality control systems for exams and the inadequate follow-up of women with altered results are most evident in Brazil. Chile stands out in terms of organization, conduct systematization and program management, presenting better indicators than the Brazilian program. Chile stands out in terms of organization, systematization of conduct and program management. Both need to implement strategic actions to reach women in the target population who remain without undergoing screening tests.

Keywords: Cervical câncer. Cancer screening. Public policies. Health System. Social Protection.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Estimativas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero nos países conforme classificação do Banco Mundial, 2018.....	14
Tabela 2	Estimativa de incidência dos principais tipos de câncer na população feminina, todas as idades, Brasil, 2018.....	69
Tabela 3	Percentual da população inscrita no sistema de saúde por quintil de renda autônoma per capita, 2018.....	102
Tabela 4	Estimativa de incidência dos principais tipos de câncer na população feminina, todas as idades, Chile, 2018.....	108
Tabela 5	Estimativa de mortalidade dos principais tipos de câncer na população feminina, todas as idades, Chile, 2018.....	112
Tabela 6	Indicadores socioeconômicos e de financiamento em saúde, Brasil e Chile.....	127

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Diretrizes para o Controle do Câncer do Colo do Útero: Componentes, Requisitos Clínicos e Requisitos de Saúde Pública.....	34
Quadro 2	Matriz de análise para o estudo das políticas e ações de controle do câncer do colo do útero.....	43
Quadro 3.	Principais instrumentos e fontes de pesquisa documental.....	46
Quadro 4	Leis e marco regulatório do sistema de saúde e do programa nacional de controle do câncer do colo do útero no Brasil.....	46
Quadro 5	Leis e marco regulatório do sistema de saúde e do programa nacional de controle do câncer do colo do útero no Chile.....	47
Quadro 6	Financiamento do Sistema Único de Saúde, Brasil.....	59
Quadro 7	Características do Sistema de Saúde no Brasil.....	65
Quadro 8:	Taxas de mortalidade para os tipos de câncer mais frequentes, em mulheres. Brasil e regiões geográficas, 2017.....	70
Quadro 9	Principais marcos do controle do câncer do colo do útero no Brasil...	84
Quadro 10	Ações nacionais para o controle do câncer do colo do útero no Brasil.....	88
Quadro 11	Características das políticas e ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil.....	89
Quadro 12	Objetivos estratégicos e metas para a década 2011-2020	99

Quadro 13	Componentes de acesso ao Sistema de Saúde.....	100
Quadro 14	Características do Sistema de Saúde no Chile.....	101
Quadro 15	Cobertura financeira em Fonasa segundo grupo de rendimento e tipo de prestadores e de serviços.....	103
Quadro 16	Taxas de mortalidade dos principais tipos de câncer na população feminina, todas as idades, segundo região de residência, Chile, 2016	109
Quadro 17	Problema de saúde AUGENº 3 – Câncer do Colo do Útero.....	119
Quadro 18	Principais marcos do controle do câncer do colo do útero no Chile....	121
Quadro 19	Características das políticas e ações de controle do câncer do colo do útero no Chile.....	124
Quadro 20	Ações nacionais para o controle do câncer do colo do útero no Chile	125
Quadro 21	Cobertura vacina contra HPV no Brasil e no Chile, 2019.....	132
Quadro 22	Obstáculos relacionados à não realização do exame preventivo do câncer do colo do útero no sistema público de saúde no Brasil e no Chile.....	135
Quadro 23	Sistema de saúde, políticas e ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil e no Chile.....	142

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Incidência do câncer do colo do útero na América do Sul, 2018.....	36
Gráfico 2	Evolução da Taxa de Cobertura de Planos de Saúde (em %) segundo Brasil e Região, 2010 a 2019.....	63
Gráfico 3	Taxa de mortalidade para câncer do colo do útero, bruta e ajustada por idade. Brasil, 1990-2017.....	72
Gráfico 4	Percentual de mulheres da população-alvo que informaram a realização de exames citopatológicos nos últimos três anos que antecederam a pesquisa, Brasil.....	79
Gráfico 5	Relação entre os exames citopatológicos em mulheres da população-alvo e da população feminina do mesmo grupo etário e lugar de residência, por região, Brasil.....	80
Gráfico 6	Distribuição de população chilena segundo sistema de saúde (1990-2017).....	102
Gráfico 7	Taxa de mortalidade para câncer do colo do útero, bruta e ajustada por idade. Chile, 1990-2016.....	109
Gráfico 8	Distribuição de mulheres de acordo com tempo decorrido desde o último exame de Papanicolaou, por região, 2017.....	117
Gráfico 9	Gasto público em saúde em % do gasto total em saúde, Brasil e Chile.....	128
Gráfico 10	Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Brasil e Chile.....	129
Gráfico 11	Taxa de mortalidade para câncer do colo do útero, ajustada por idade pela população mundial. Brasil e Chile, 1980-2016.....	141

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Indicadores de bem-estar, Brasil e OCDE, 2017.....	52
Figura 2	Indicadores de bem-estar, Chile e OCDE, 2017.....	91
Figura 3	Indicadores de bem-estar - Índice para uma vida melhor – Brasil, Chile e OCDE, 2017.....	126

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AUGE	<i>Acceso Universal de Garantías Explícita</i>
CAP	<i>College of American Pathologists</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDT	Centros de Diagnóstico de Especialidade e Tratamento
CENABAST	<i>Central de Abastecimento</i>
CESFAM	<i>Centros de Salud Familiar</i>
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina
CF88	Constituição Federal de 1988
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartites
CNEV	<i>Convenio Nacional de Estadísticas Vitales</i>
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde
CONPREV	Coordenação de Prevenção e Vigilância
CGIAE	Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

CRS	Centros de Referência de Saúde
DALY	<i>Disability-Adjusted Life Year</i>
DASIS	Diretoria de Apoio ao Sistema de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEIS	<i>Departamento de Estadísticas e Información de Salud</i>
DIDEPRE	Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede
DNA	Ácido desoxirribonucleico (em inglês: <i>deoxyribonucleic acid</i> )
DO	Declaração de Óbitos
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FONASA	<i>Fondo Nacional de Salud</i>
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
PROSUL	Fórum para o Progresso e Desenvolvimento da América do Sul
FUNCA	<i>Fundación para la Investigación y Prevención del Cáncer</i>
GES	<i>Garantías Explícitas en Salud</i>
GLOBOCAN	<i>Global Burden of Cancer</i>
HPV	Papilomavírus Humano



IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INC	<i>Instituto Nacional del Cáncer/Chile</i>
INCA	Instituto Nacional de Câncer/Brasil
INE	<i>Instituto Nacional de Estadística</i>
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
ISAPRE	<i>Instituciones de Salud Previsional</i>
ISP	<i>Instituto de Salud Pública de Chile</i>
LOCM	<i>Lei Orgânica Constitucional das Municipalidades</i>
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval Sistema Online</i>
MEQ	Monitoramento Externo da Qualidade
MINSAL	<i>Ministerio de Salud de Chile</i>
MS	Ministério da Saúde do Brasil
NBCCEDP	<i>National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program</i>
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OECD	<i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PAP	Papanicolau (exame preventivo de colo de útero)
PEEC	<i>Programa de Evaluación Externa de la Calidad</i>
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNCCCU	Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRO-ONCO	Programa de Oncologia
QUALICITO	Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional
RCL	Receita Corrente Líquida
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
RINC	Rede de Institutos Nacionais de Câncer
RPC	<i>Registros Poblacionales de Cáncer</i>
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial

SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SIDRA	<i>Sistemas Información de Red Asistencial</i>
SIGGES	<i>Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud</i>
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SNSS	<i>Sistema Nacional de Servicios de Salud</i>
SRC	Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero
SRCEI	<i>Servicio de Registro Civil e Identificación</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUL	União de Nações Sul-americanas
UNASUR	<i>Unión de Naciones Suramericanas</i>
VIGITEL	Inquérito Telefônico
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>2.</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL.....</b>	<b>25</b>
2.1.	PROTEÇÃO SOCIAL, POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA .....	25
2.2.	POLÍTICAS, AÇÕES E SERVIÇOS DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO .....	30
<b>3.</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>38</b>
3.1.	Abordagem e referencial de análise .....	38
3.2.	Estratégias e técnicas de pesquisa .....	45
<b>4.</b>	<b>POLÍTICAS DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL .....</b>	<b>51</b>
4.1.	CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE .....	51
4.1.1.	O Estado e suas atribuições na área da saúde.....	51
4.1.2.	Organização do sistema e vias de acesso da população às ações e aos serviços de saúde .....	62
4.2.	ESTRATÉGIAS, PROGRAMAS E DIRETRIZES PARA O CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO .....	68
4.2.1.	Magnitude e fatores associados à ocorrência do câncer do colo do útero.....	68
4.2.2.	Estratégias e diretrizes para o controle do câncer do colo do útero .....	74
<b>5.</b>	<b>POLÍTICAS DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO CHILE .....</b>	<b>90</b>
5.1.	CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE .....	90
5.1.1.	O Estado e suas atribuições na área da saúde.....	90
5.1.2.	Organização do sistema e vias de acesso da população às ações e serviços de saúde .....	100
5.2.	ESTRATÉGIAS, PROGRAMAS E DIRETRIZES PARA O CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO .....	107
5.2.1.	Magnitude e fatores associados à ocorrência do câncer do colo do útero.....	107

5.2.2.	Estratégias e diretrizes para o controle do câncer do colo do útero .....	113
<b>6.</b>	<b>BRASIL E CHILE: O CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM PERSPECTIVA COMPARADA .....</b>	<b>126</b>
<b>7.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>146</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>150</b>
	<b>APÊNDICE .....</b>	<b>175</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Desde 1941, ano em que o médico grego George N. Papanicolaou criou o exame que leva o seu nome, o câncer do colo do útero é considerado como uma doença evitável. Todavia, ainda hoje, continua a ser um grande problema de saúde pública que afeta mais de um milhão de mulheres em todo o mundo. A iniquidade social existente no *continuum* desse câncer é alarmante, pois atinge desproporcionalmente mulheres que vivem em países de baixa e média renda, onde 90% das mortes pela doença ocorrem.

Aproximadamente 570 mil casos e 311 mil mortes por câncer do colo do útero ocorreram no mundo, em 2018, colocando-o como o quarto câncer mais comum em mulheres, após o câncer de mama (2,1 milhões), câncer colorretal (0,8 milhões) e câncer de pulmão (0,7 milhões), constituindo um desafio global (ARBYN *et al.*, 2019). Entretanto, apesar de representar uma das principais causas de mortalidade no sexo feminino as experiências internacionais mostram que é possível reduzir em até 80% o número de óbitos por essa neoplasia (GOSS *et al.*, 2013). Os países que implantaram programas de rastreamento com sucesso reduziram a sua incidência para menos de dez casos por 100 mil mulheres/ano (ZEFERINO, 2008). Nas localidades onde ainda não foram implantados, devido aos custos necessários para fornecer infraestrutura, recursos humanos, materiais de consumo, monitoramento e vigilância epidemiológica, as taxas de incidência podem ultrapassar 70/100 mil mulheres (CAPOTE NEGRIN, 2017; ARBYN *et al.*, 2019).

O objetivo do rastreamento é diminuir a mortalidade (BRAWLEY, 2019) e, no caso do câncer do colo do útero, é também diminuir a incidência, por meio da identificação, confirmação e tratamento das lesões precursoras. O rastreamento caracteriza-se pela realização sistemática de testes em populações assintomáticas, com a finalidade de identificar lesões sugestivas da doença (WHO, 2007a). São intervenções que demandam sistemas de saúde bem estruturados e organizados para garantir o acesso adequado à rede de ações e serviços para prevenção, diagnóstico e tratamento (MURILLO e ROBLES, 2019). Embora ações nacionais para o controle do câncer do colo do útero venham sendo implantadas na América Latina desde 1985, os países da região não conseguiram redução da incidência e mortalidade alcançada em países de alta renda (MURILLO, 2008; GOSS *et al.*, 2013).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) aponta o acesso limitado e a qualidade dos serviços de saúde, bem como o nível sociocultural, econômico e educacional das mulheres na América Latina como alguns dos fatores responsáveis pelo fato de as políticas nacionais de controle do câncer não terem alcançado o resultado esperado na região (OPAS, 2010a). Em resposta ao impacto que esse câncer impõe à saúde pública no continente latino americano, a OPAS vem propondo, há mais de uma década, novas estratégias com o objetivo de fortalecer o seu controle por meio de um pacote integrado de ações voltadas para prevenção primária, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos (LUCIANI e ANDRUS, 2008). Em 2018, diante da permanência da magnitude do câncer do colo do útero na Região das Américas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o *Plan de Acción sobre la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino 2018-2030* com meta de reduzir em um terço a incidência e a mortalidade por câncer do colo do útero na Região das Américas até 2030. Este plano apresenta um esquema de orientações e estratégias inovadoras voltadas para acelerar a redução da incidência e a mortalidade do câncer do colo do útero (WHO, 2018).

Esta tese tem como objetivo analisar as políticas e ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil e no Chile, com foco principal nas ações de detecção precoce que compreende o diagnóstico precoce e o rastreamento. Tanto o Brasil quanto o Chile implantaram programas nacionais para o controle do câncer do colo do útero. Contudo, apesar de as iniciativas realizadas terem impactado no aumento da cobertura dos exames de rastreamento e de haver maior acesso ao tratamento das lesões precursoras, não se alcançou o resultado esperado, no que se refere à redução das taxas de incidência e mortalidade. Apesar de ambos os países terem constituído seus programas de rastreamento com propostas semelhantes, as ações foram executadas de acordo com os contextos específicos de cada país e seus respectivos sistemas de saúde.

Na busca de melhor compreender as particularidades das políticas e ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil e no Chile, o estudo foi orientado pelas seguintes questões:

- Quais as principais estratégias, programas e diretrizes relacionadas ao controle do câncer do colo do útero nesses países?

- Como as características dos sistemas de saúde afetam a implantação das ações de controle do câncer do colo do útero?
- De que forma as desigualdades e a segmentação dos sistemas de saúde acarretam dificuldades adicionais para a implantação de ações de controle do câncer do colo do útero?
- O modo como as ações de controle do câncer do colo do útero está organizado favorece ou dificulta a realização do seguimento das mulheres com exames alterados?

Uma política pública expressa um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público (BOBBIO, MATTEUCI & PASQUINO, 1995). As políticas de controle do câncer do colo do útero envolvem um conjunto de estratégias, programas e diretrizes voltadas para a organização de serviços, nos diversos níveis de atenção à saúde (da atenção básica até a especializada, de média e alta complexidade). Além disso, o controle do câncer do colo do útero inclui ações de natureza diversa, incluindo promoção da saúde, prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos (OPAS, 2016).

A opção metodológica por um estudo multicase e comparado justifica-se por permitir compreender e extrair lições das experiências do Brasil e do Chile. Analisar as diferentes experiências referentes ao controle do câncer do colo do útero e utilizar a comparação como um recurso metodológico possibilita verificar as semelhanças, as diferenças e as particularidades de cada processo. Para Pérez-Liñán (2007), o método comparativo amplia a capacidade analítica.

O despertar do interesse pela realização desse estudo se deu pela compreensão do câncer do colo do útero como um problema de saúde pública em todo o continente latino-americano, região marcada por expressiva desigualdade social e cujos países apresentam sistemas de proteção social segmentados e fragmentados. Trabalhar na Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede (DIDEPRE) do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e constatar que o câncer do colo do útero ainda é uma ameaça à vida de tantas mulheres nos dias atuais, mesmo diante do fato de que é possível preveni-lo e tratá-lo precocemente, trouxe maior motivação para a realização da pesquisa.



A oportunidade de participar do Grupo Operativo do Câncer do Colo do Útero da Rede de Institutos Nacionais de Câncer (RINC)<sup>1</sup> e colaborar na elaboração do Plano Regional para o Controle e Eliminação do Câncer Colo do Útero (RINC/UNASUR, 2017) despertou o interesse de melhor compreender como os países da região enfrentam o problema e assim identificar interesses comuns e buscar alternativas que possam ser compartilhadas, fortalecendo o trabalho de parceria na região da América Latina. A tese é importante para o trabalho realizado na Didepre/INCA, que tem como objetivo a formulação de diretrizes e oferecer suporte técnico às Secretarias de Saúde no planejamento, organização e avaliação das ações de detecção precoce do câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com outras áreas do Ministério da Saúde.

Espera-se que o estudo possa contribuir para a qualificação das ações de controle do câncer do colo do útero no contexto latino-americano, promovendo reflexão crítica e indicando elementos para a construção de estratégias para que as mulheres com exames alterados possam ser diagnosticadas e tratadas em tempo oportuno.

Sob esse enfoque, o trabalho está organizado em seis capítulos. Os capítulos iniciais configuram o arcabouço teórico e metodológico utilizado e são frutos da síntese e análise da revisão bibliográfica realizada. Eles refletem o processo de aprendizado do autor sobre os temas tratados na tese e estabelecem as bases para a análise em perspectiva comparada.

O segundo capítulo inclui os elementos conceituais sobre a Proteção Social, políticas e sistemas de saúde e suas implicações para o controle do câncer do colo do útero. Primeiro, procura-se refletir sobre o sistema de proteção social e suas principais características que incidem nas políticas de saúde, fazendo o recorte para a América Latina. No segundo momento, é realizada uma abordagem teórica sobre os programas de rastreamento do câncer do colo do útero.

---

<sup>1</sup> No contexto de ações e iniciativas para fortalecer o controle do câncer em todos os países latino-americanos, o Comitê Coordenador do Conselho de Ministros de Saúde da União de Nações Sul-Americanas (UNASUL) criou, em 2011, a Rede de Institutos Nacionais de Câncer (RINC) com o objetivo de organizar uma rede de institutos ou programas nacionais para viabilizar a adoção de estratégias comuns para prevenção e controle da doença. A Unasul foi criada em 2008, em um período em que a maioria dos países da região era governada por políticos de centro e de centro-esquerda, entre os quais Luiz Inácio Lula da Silva (Brasil), Cristina Kirchner (Argentina), Hugo Chávez (Venezuela) e Michelle Bachelet (Chile). Em 2019, o Brasil, formalizou a saída da Organização para junto com Argentina, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai e Peru criarem o Foro para o Progresso da América do Sul (PROSUL), em substituição à UNASUL. A criação do Prosul pode ser interpretada também como uma forma de os países da região isolar a Venezuela por não reconhecerem a legitimidade do atual mandato de Nicolás Maduro.

No terceiro capítulo, é abordado o percurso metodológico, com a descrição da abordagem e referencial de análise, bem como as técnicas de pesquisa utilizadas. Buscou-se descrever os caminhos percorridos para o desenvolvimento e o delineamento da pesquisa em conformidade com o objeto da análise e a realidade investigada.

O quarto e o quinto capítulos reúnem as informações sobre os dois países do estudo – Brasil e Chile – e estão organizados de forma a apresentar as informações relativas aos sistemas de saúde, as políticas e ações estabelecidas para o controle do câncer do colo do útero. São abordadas questões referentes ao contexto das políticas públicas de saúde, as atribuições do Estado na área da saúde, a organização do sistema público, bem como a magnitude do câncer do colo do útero e as estratégias, programas e diretrizes para o seu controle em cada país.

No capítulo 6, as considerações sobre as políticas e ações de controle do câncer do colo do útero realizadas no Brasil e Chile são apresentadas em perspectiva comparada. Seguindo a metodologia adotada neste estudo, a análise foi estruturada buscando destacar as particularidades de cada caso a partir de eixos desenvolvidos nos capítulos correspondentes a cada país.

Nas considerações finais são retomados, de forma sintética, alguns conceitos utilizados e destacadas as principais contribuições do trabalho. Procura-se refletir sobre a organização das políticas e ações de controle do câncer do colo do útero analisadas; e, por fim, sobre os limites e desafios existentes.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCENTUAL

### 2.1. PROTEÇÃO SOCIAL, POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

A moderna proteção social está relacionada à intervenção do Estado<sup>2</sup> com o objetivo de reduzir o impacto dos riscos inerentes à condição humana, como a doença e a velhice, e também às iniquidades sociais criadas pelos homens em diferentes contextos (VIANA e LEVCOVITZ, 2005). Ao ser implantada e gerida pelo Estado, a moderna proteção social é socialmente assumida, padronizada e institucionalizada, ganhando concretude por meio das políticas públicas de caráter social (DI GIOVANNI, 2009). Entretanto, o padrão de proteção social, a especificidade dos benefícios e as formas de executá-los variam de forma significativa entre os países, refletindo valores compartilhados entre diferentes grupos sociais, aspectos político-institucionais e relações de maior ou menor participação do Estado, da sociedade e do mercado na conformação da proteção (FLEURY e OUVÉNEY, 2012a; VIANA e LEVCOVITZ, 2005).

As políticas sociais não alteram aspectos estruturais da sociedade capitalista (YAZBEK, 2008) e, por isso, não eliminam as desigualdades socioeconômicas decorrentes de diferentes ciclos econômicos (VIANA e MACHADO, 2008) e inerentes à dinâmica na qual a burguesia se produz e reproduz no sistema capitalista (BEHRING, 2008). Na dinâmica do capitalismo, existem tensões e fortes interesses econômicos que permeiam a ação do Estado, sendo que a prioridade do gasto público muitas vezes se distancia das necessidades de concretização de direitos (MENDES e CARNUT, 2018).

O perfil das políticas sociais é definido pela modalidade de intervenção do Estado e é usual seu agrupamento em três modalidades específicas: assistência social, seguro social e seguridade social (VIANA e LEVCOVITZ, 2005). Viana e Levcovitz (2005) descrevem essas

---

<sup>2</sup> O Estado é compreendido aqui como uma relação de forças, uma arena de conflitos, permeado pela dinâmica contraditória das relações entre as classes sociais. “Relação assimétrica e desigual que interfere tanto na viabilização da acumulação, como na reprodução social das classes subalternas. Na sociedade capitalista, o Estado é perpassado pelas contradições do sistema e, assim sendo, objetivado em instituições, com suas políticas, programas e projetos; apoia e organiza a reprodução das relações sociais, assumindo o papel de regulador e fiador dessas relações. A forma de organização desse Estado e suas características terão, pois, um papel determinante na emergência e expansão da provisão estatal face aos interesses dos membros de uma sociedade.”(YAZBEK, 2008, p. 76).

três modalidades de intervenção da seguinte forma: *a assistência social* compreende ações focalizadas, residuais e seletivas destinadas a grupos específicos da população; o *seguro social* destina-se às categorias profissionais; e a *seguridade social* pressupõe a distribuição de benefícios a todos os cidadãos. Com relação à abrangência dos serviços, essas três modalidades determinam uma cobertura marginal, ocupacional e universal, respectivamente. A cobertura marginal atende o segmento da população que necessita de proteção social em situações específicas, sem necessidade de contribuição prévia; a ocupacional condiciona-se à contribuição prévia; e a universal oferece benefícios extensivos a toda a sociedade, fundada na premissa de que os direitos são básicos e iguais para todos.

Na área da saúde, as condições de acesso são orientadas pela modalidade de intervenção social do Estado. Em alguns casos, esse acesso pode ser apenas uma medida de caridade, em outros, um benefício adquirido mediante pagamento prévio ou ainda um direito de cidadania (FLEURY e OUVÉNEY, 2012a). A política de saúde é um componente fundamental da proteção social e sua configuração expressa como a sociedade assegura os direitos sociais à saúde. O modelo de proteção social à saúde predominante no país determinará a amplitude da cobertura de serviços aos cidadãos (LOBATO e GIOVANELLA, 2012; LOBATO, 2012; MACHADO, 2012).

As políticas de saúde de um país, enquanto políticas sociais, apresentam particularidades em seu desenvolvimento e expressam uma construção histórica que envolve aspectos políticos, sociais, econômicos, ideológicos e culturais, entre outros (FLEURY e OUVÉNEY, 2012a). No entanto, para a sua compreensão, é preciso não só perceber as contradições entre a acumulação capitalista e a legitimação da ordem social, mas também entender que, enquanto política governamental, representa a configuração de um determinado modelo tecno-assistencial e expressa um projeto político constituído no interior do Estado e organicamente articulado a grupos específicos que são atuantes nas arenas de decisão política (MERHY, 2014a, 2014b; LAURELL, 2014, 2016).

Historicamente, os sistemas de saúde foram gradativamente conformados desde o final do século XIX, e o seu desenvolvimento está relacionado ao aumento da participação do Estado no controle dos diversos mecanismos que afetam as populações e comprometem o desenvolvimento local. Eles representam um conjunto complexo de relações políticas, econômicas e institucionais que são responsáveis pela condução dos processos referentes à

saúde. Porém, a sua concretização ocorre por meio de organizações, regras e serviços que visam alcançar os resultados que são estabelecidos de acordo com a concepção de saúde que prevalece em uma determinada sociedade (LOBATO e GIOVANELLA, 2012, LOBATO, 2012).

Lobato e Giovanella (2012) consideram que o estudo dos sistemas de saúde ajuda a compreender como suas estruturas funcionam, as características de cada um de seus componentes e como eles se relacionam entre si. Elas partem do pressuposto de que todo sistema de saúde possui alguns componentes básicos, tais como, as organizações, os profissionais, a rede de serviços, os insumos, as tecnologias e os conhecimentos, cujas características podem mudar com o tempo e serem diferentes entre os países.

É preciso considerar que o sistema de saúde não é um conjunto fechado, muito pelo contrário, a sua dinâmica e desenvolvimento estarão sempre articulados a outros setores e ao conjunto das relações sociais em um determinado tempo e lugar. Os sistemas de saúde fazem parte da dinâmica social de um país e, apesar de apresentarem elementos similares, não funcionam da mesma forma, pois não podem ser separados da sociedade da qual resultam (LOBATO e GIOVANELLA, 2012). Enquanto sistemas abertos interagem com o ambiente externo, influenciando e sendo influenciados pelo ambiente político, econômico, social e tecnológico (ZAKUS, BHATTACHARYYA, WEI, 2013).

Portanto, compreender o modelo de proteção social de um país é fundamental para se identificar as características mais gerais da conformação de seu sistema de saúde, pois a forma como são financiados, estruturados e a abrangência de serviços e benefícios é condicionada pelo tipo de proteção social no qual está inserido (LOBATO e GIOVANELLA, 2012). Em um modelo de proteção social abrangente, que articule políticas universais e direcionadas para a redução da pobreza e desigualdades, a política de saúde é inserida para ampliação do bem-estar do conjunto da população, ou seja, para cumprir seus objetivos que incluem não só a melhoria da saúde, mas também a promoção da equidade, proporcionando as mesmas oportunidades no consumo de bens e serviços, buscando superar desigualdades e promover maior justiça social (ALMEIDA, 2002; FRENK, 2010; MACHADO, 2012).

No caso da América Latina, região marcada historicamente por desigualdades sociais e econômicas desde a sua colonização e não superadas na conformação republicana, as políticas de proteção social foram sendo incorporadas de forma fragmentada e setorial (SPOSATI,

2011). Apenas a partir da década de 1930, aproximadamente, com a inserção desses países na ordem internacional do capital, consolidando uma sociedade de trabalhado assalariado, é que as políticas sociais foram amadurecendo e se expandindo na região. No final dos anos de 1970, todos os países da região latino-americana já tinham algum sistema de proteção consolidado, ainda que com grandes diferenças entre os mesmos (SOJO, 2011; FILGUEIRA, 2005; MESA-LAGO, 2008). Devido à diversidade dos processos históricos, resultado da complexa rede de forças econômicas, políticas e culturais, cada país desenvolveu seu próprio sistema de proteção social (FLEURY, 2000), havendo grande diferença entre os países quanto às responsabilidades do Estado para garantir acesso aos benefícios (SPOSATI, 2011).

Viana e Machado (2008, p. 648) ressaltam que o sistema de proteção social constituído na América Latina é marcado por “alto grau de segmentação, forte fragmentação institucional e baixo poder de participação e regulação social”, particularidades que interferem tanto na cobertura populacional quanto na estruturação de serviços. A segmentação está relacionada com as garantias de acesso e equidade e a fragmentação com a organização e a prestação dos serviços. Tais aspectos fazem com que parcelas importantes da população não sejam cobertas, ficando excluídas da proteção social, em decorrência da existência de diferentes subsistemas para segmentos distintos da sociedade (CONILL, FAUSTO e GIOVANELLA, 2010; LOBATO e GIOVANELLA, 2012; MESA-LAGO, 2009):

“Em geral, estão construídos: um setor de seguro social para a população inserida no mercado formal de trabalho; um setor público que cobre seletivamente populações muito pobres, e um setor privado acessado por meio de seguros privados ou pagamento direto pela população de maior renda” (LOBATO e GIOVANELLA, 2012; p. 100).

É nesse cenário que o sistema de saúde se constitui. Embora tais atributos sejam considerados comuns em todo o continente, os países apresentam diferentes graus de segmentação e fragmentação, sendo necessário considerar cada contexto, observando suas diferentes características e evolução, pois a América Latina é marcada por profunda heterogeneidade socioeconômica, política, demográfica e cultural.

A partir dos anos de 1970, os países da região foram influenciados por uma onda de reformas originárias de um momento de crise global do capital financeiro, com declínio do crescimento econômico, queda das taxas de juros e aumento do desemprego. Nessa

conjuntura de crise, sob a égide dos ajustes neoliberais, tem-se a defesa da diminuição de intervenção do Estado na garantia dos direitos sociais (DURIGUETTO e DEMIER, 2017). O contexto de reformas teve forte influência dos elementos descritos nas reformas neoliberais dos países centrais: descentralização, privatização, estímulo à competição entre prestadores, estabelecimento de copagamentos e ênfase na atenção primária ou na focalização de programas para grupos vulneráveis (CONILL, 2006).

De acordo com Mesa-Lago (2008), todos os países da região fizeram reformas em seus sistemas de saúde, embora com diferenças significativas em sua abrangência e profundidade. Para o autor, essas reformas são parte de uma reforma geral de modernização do Estado com forte influência dos organismos de financiamentos internacionais, de maneira que, na maioria dos casos, não ficaram circunscritas à revisão dos sistemas de saúde.

Apesar da diversidade de arranjos e dos distintos processos sociais, praticamente todos os países latino-americanos ainda apresentam sistemas de saúde com algum grau de segmentação na oferta de serviços, o que, de forma variada, reflete padrões discriminatórios que interferem no desempenho e no uso eficiente dos recursos, prejudicando assim a equidade necessária para a melhoria da qualidade de vida da população (CONILL, 2006; MESA-LAGO, 2009; SOJO, 2011).

O caráter híbrido das políticas e a prevalência de modelos segmentados têm sido os traços predominantes na América Latina, onde a proteção social apresenta avanços e retrocessos, "(...) alternando períodos de ampliação da cobertura e maior atuação do Estado na área social com períodos de recuo parcial do Estado e adoção de políticas sociais minimalistas e focalizadas nos segmentos mais pobres da população" (VIANA *et al.*, 2017, p. 11).

Nesse cenário, a perspectiva é de uma política social residual (BEHRING, 2008) que vai ao encontro da análise realizada por Draibe (2007) que aponta como trinômio no pensamento neoliberal a focalização, a privatização e a descentralização das políticas sociais, com cortes nos gastos e ênfase no equilíbrio financeiro. No artigo que analisa os pontos centrais da agenda do Banco Mundial para a reforma dos Estados nacionais na América Latina, Pereira (2018) ressalta que, a partir dos anos 1990, o papel da instituição na promoção de programas de ajuste estrutural das economias da região está calcado na manutenção do ajuste macroeconômico, na promoção de reformas institucionais e no combate à pobreza extrema. Na agenda do Banco Mundial, o Estado foi definido como um “parceiro, catalisador

e facilitador do crescimento econômico, a ser conduzido pelo setor privado”; ou seja, uma reconfiguração em favor dos interesses e objetivos dos agentes financeiros globalizados, privatização, desnacionalização das economias e expropriação de direitos sociais e trabalhistas (PEREIRA, 2018, p.2192).

O direito universal à saúde não faz parte do ideário liberal e na agenda do Banco Mundial os direitos sociais como expressão dos direitos humanos ocupa espaço restrito. No cenário onde a configuração da política social está subordinada ao ajuste macroeconômico, há um grande desafio para o enfrentamento das desigualdades e a construção de propostas que tenham o objetivo de superar a fragmentação e a segmentação dos sistemas de proteção social existentes (SOJO, 2017; FLEURY, 2017).

Essa superação é crucial para que se possam implantar as políticas e ações de controle do câncer do colo do útero, que são o foco deste estudo. A redução da magnitude da doença no continente latino-americano exige garantir o acesso de todas as mulheres da faixa etária alvo às ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno. A segmentação e a fragmentação dos sistemas e a desigualdade no acesso às ações de saúde ainda são fatores decisivos para a manutenção das altas taxas de incidência e mortalidade nas áreas de maior pobreza (LAWSON *et al*, 2000; OPAS, 2016).

## 2.2. POLÍTICAS, AÇÕES E SERVIÇOS DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O câncer do colo do útero é resultante de uma alteração celular que se origina no epitélio do colo do útero e se manifesta inicialmente através de lesões precursoras de evolução lenta e progressiva (IARC, 2005). O risco de câncer do colo do útero tem sido associado a vários fatores, porém a infecção persistente pelos tipos oncogênicos do papilomavírus humano (HPV), principalmente os tipos 16 e 18, é comprovadamente aceita como a causa principal da maioria dos casos.

O início precoce da vida sexual, múltiplos parceiros sexuais, história de doenças sexualmente transmissíveis, tabagismo, certas deficiências nutricionais, uso prolongado de contraceptivos orais e baixo nível socioeconômico são considerados fatores de risco por aumentarem a chance de exposição ao vírus, afetarem a imunidade do organismo, facilitando a persistência da infecção, ou por dificultarem o acesso às ações de prevenção e tratamento.



Apesar de continuar sendo importante causa de mortalidade em todo o mundo, é nos países mais empobrecidos que o câncer do colo do útero se torna ainda mais grave (LENIZ MARTELLI, 2014; DRAIN, 2002, LAWSON et al, 2000; OPAS, 2016). Na Tabela 1 é possível verificar a diferença entre as taxas padronizadas de incidência e mortalidade entre as localidades de menor e maior renda:

**Tabela 1** – Estimativas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero nos países conforme classificação do Banco Mundial, 2018

Localidade*	Incidência			Mortalidade		
	Casos	Taxa Bruta**	Taxa Padronizada***	Casos	Taxa Bruta**	Taxa Padronizada***
Renda baixa	69.431	18,4	28,8	50.539	13,4	22,1
Renda média baixa	218.878	14,8	15,6	134.516	9,1	9,8
Renda média alta	208.799	16,1	12,1	97.402	7,5	5,3
Renda alta	70.766	11,6	8,3	27.813	4,6	2,5
Mundo	569.847	15,1	13,1	311.365	8,2	6,9

\* Classificação do Banco Mundial: Brasil (Renda média alta); Chile (Renda alta).

\*\* Número total de casos, por 100 mil habitantes.

\*\*\* Taxa padronizada pela população mundial por 100 mil habitantes

Nota: A taxa bruta de mortalidade é influenciada pela estrutura da população quanto à distribuição etária e expressa a intensidade com a qual a mortalidade atua sobre uma determinada população. A taxa padronizada é utilizada para análises comparativas entre populações com distintas distribuições etárias. A análise comparada exige padronização das estruturas etárias.

Fonte: FERLAY *et al.* (2018).

O câncer do colo do útero é uma ameaça à vida das mulheres e afeta, principalmente, aquelas que não tiveram acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado. É responsável pela maior perda de anos de vida saudável, com grande impacto social e econômico, uma vez que atinge mulheres em idade produtiva e reprodutiva. É plausível afirmar que a maioria das mortes provocadas pelo câncer do colo útero é desnecessária, uma vez que há evidências de que é possível preveni-lo e tratá-lo precocemente (LANZA *et al.*, 2010, OPAS, 2016).

A implantação de programas de rastreamento possibilita detectar e tratar as lesões precursoras para prevenir a ocorrência de câncer. O rastreamento é a aplicação sistemática de um exame específico e pode ser caracterizado de duas maneiras: organizado e oportunístico.

O organizado caracteriza-se pela definição de uma população-alvo e pela implementação de um conjunto de estratégias para assegurar qualidade e efetividade do rastreamento. As mulheres são convocadas e acompanhadas sistematicamente para garantia da investigação diagnóstica e tratamento adequado e oportuno dos casos confirmados. Já o oportunístico refere-se aos atendimentos realizados mediante solicitação da própria mulher ou oferecidos às mulheres que já estão na unidade de saúde, buscando outros serviços, sem monitoramento e controle das diversas etapas do processo. Estudos demonstram que o rastreamento organizado tem maior impacto no controle do câncer do colo do útero, além de ser mais custo-efetivo, pois reduz exames desnecessários e evita o excesso de tratamento (WHO, 2004; 2007). Comparado com o oportunístico, o rastreamento organizado é, ainda, associado ao aumento da participação da população, à redução das barreiras de acesso e da desigualdade na sobrevivência ao câncer (MENVIELLE, KULHÁNOVÁ e MACKENBACH, 2019).

O rastreamento organizado do câncer do colo do útero é o principal responsável pela redução das taxas de incidência e mortalidade por este câncer, na maioria dos países de alta renda (LAWSON *et al.*, 2000). Nos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, a incidência e os óbitos por câncer do colo do útero diminuíram drasticamente com a implantação, em 1991, do *National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program* (NBCCEDP). Com o objetivo de ampliar o rastreamento do câncer de mama e do colo do útero entre mulheres com baixa renda e sem cobertura de seguro saúde, o NBCCEDP, por meio do governo federal e dos governos locais, com a colaboração de organizações não governamentais, possibilitou que mulheres das populações mais vulneráveis e clinicamente desassistidas tivessem acesso às ações de controle do câncer de mama e do colo do útero (LEE *et al.*, 2017).

A possibilidade de diagnósticos em estágios precursores ou iniciais da doença e a disponibilidade de tratamentos mais eficazes dão às mulheres que vivem em países de alta renda chances 208% maiores de serem tratadas com sucesso, em comparação com as que vivem em regiões de menor desenvolvimento (PECORELLI *et al.*, 2003). A principal razão dessas disparidades é a falta de acesso igualitário às ações de prevenção, detecção precoce e tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno, das lesões precursoras ou do câncer em sua fase inicial. Nos países de baixa renda, onde o acesso aos cuidados de saúde é limitado, o câncer tem sido detectado em estágio avançado, quando o tratamento não é tão

efetivo, resultando em taxas de incidência e mortalidade altas e praticamente inalteradas nas últimas décadas (GIRIANELLI, GAMARRA, AZEVEDO E SILVA, 2014, OPAS, 2016).

A permanência da magnitude do câncer do colo do útero como um problema de saúde pública mundial justificou o seu destaque na Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre a Prevenção e o Controle de Doenças Não Transmissíveis (DCNT) em 2011. O tema também apareceu como prioridade no plano de ação da OMS para prevenção e controle de DCNT, de 2013, acordado na Assembleia Mundial de Saúde, e os países membros se comprometeram a realizar ações nacionais para o seu controle (BRASIL, 2011a; WHO, 2013; OPAS, 2016). Em 2019, o relatório da Comissão Independente de Alto Nível da OMS sobre DCNT ressaltou a importância das ações de rastreamento e a necessidade de divulgação de informações baseadas em estudos científicos para responder aos questionamentos sobre segurança e eficácia da vacina contra o HPV (WHO, 2019).

Para o controle do câncer do colo do útero, a OMS considera necessário reestruturar o sistema de saúde com a inclusão de atividades de prevenção primária, prevenção secundária, prevenção terciária e cuidados paliativos, ou seja, uma abordagem integral com intervenções programáticas em diferentes níveis do sistema de saúde. A prevenção primária permite reduzir os riscos da infecção por HPV com ações de vacinação e Educação em Saúde. A secundária, realizada por meio do rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento das lesões precursoras, busca reduzir a incidência e a prevalência da doença, mediante a interceptação do avanço da lesão precursora. A terciária objetiva reduzir o número de mortes por câncer do colo do útero mediante o tratamento do câncer invasivo e, por fim, a oferta de cuidados paliativos, em parceria com a atenção primária, visa ao controle dos sintomas (OPAS, 2016).

A formulação de uma política nacional de controle do câncer compreende a discussão e a decisão acerca de quais ações são mais apropriadas e factíveis de serem implantadas levando em conta a sua sustentabilidade. Configura um processo cíclico, com monitoramento, avaliação e atualização periódica na medida em que surgem novas evidências científicas. Os formuladores de políticas e os responsáveis pelas decisões e implantação no âmbito nacional e local precisam estudar e adaptar as ações de modo a torná-las sustentáveis e aplicáveis à situação real de cada país (OPAS, 2016).

A sustentabilidade inclui a determinação do que é factível em termos de recursos financeiros, recursos humanos e infraestrutura disponíveis. A OPAS orienta que os países com poucos recursos, capazes de implantar apenas um programa com cobertura limitada, prevejam a escalabilidade futura e implantem uma estratégia de crescimento gradual em um período definido, priorizando as mulheres que nunca tiveram acesso aos serviços de saúde para realização do exame preventivo. As metas estabelecidas precisam ser realistas e considerar o número de profissionais, o tamanho e as características socioculturais da população-alvo (OPAS, 2016).

Para que uma política nacional de controle de câncer tenha êxito, se faz necessário que as diretrizes contenham informações sobre os requisitos clínicos e os de saúde pública. O Quadro 1 mostra a relação dos componentes necessários para o controle do câncer do colo do útero e seus correspondentes requisitos sinalizados pela OPAS (2016).

**Quadro 1** - Diretrizes para o Controle do Câncer do Colo do Útero: Componentes, Requisitos Clínicos e Requisitos de Saúde Pública

<b>Componentes</b>	<b>Requisitos Clínicos</b>	<b>Requisitos de Saúde Pública</b>
<b>Vacinação contra o HPV</b>	Idade, calendário e procedimentos clínicos.	Estratégia de vacinação, cobertura, normas de segurança, notificação de eventos adversos pós-vacinação (EAPV).
<b>Rastreamento</b>	Idade, exame(s) de rastreamento, intervalo de rastreamento, critérios de diagnóstico, recomendações de seguimento e procedimentos clínicos.	Infraestrutura, equipamento e provisões necessárias, estratégia para garantia de controle de qualidade, cobertura populacional.
<b>Tratamento das lesões precursoras</b>	Métodos de tratamento e procedimentos clínicos.	Infraestrutura, equipamento e provisões necessárias, agilidade no tratamento, estratégia para garantia e controle de qualidade.
<b>Tratamento do câncer invasivo</b>	Métodos de tratamento, procedimentos clínicos e cuidados paliativos.	Infraestrutura, equipamento e provisões necessárias, agilidade no tratamento, estratégia para garantia e controle de qualidade.
<b>Sistema de Referência</b>	Definição de protocolos clínicos para o encaminhamento.	Sistema efetivo e operacional dentro dos serviços para assegurar o encaminhamento e manejo apropriados das mulheres de acordo com os protocolos estabelecidos.

**Quadro 1** (Continuação) - Diretrizes para o Controle do Câncer do Colo do Útero: Componentes, Requisitos Clínicos e Requisitos de Saúde Pública

Componentes	Requisitos Clínicos	Requisitos de Saúde Pública
<b>Monitoramento e Avaliação</b>	-	Principais indicadores de desempenho e impacto para cada componente do serviço, plano para a incorporação de dados necessários a um sistema de informações gerenciais.

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde. Controle integral do câncer do colo do útero. Guia de práticas essenciais. Washington, DC: OPAS, 2016.

O objetivo das ações de controle do câncer do colo do útero é submeter ao rastreamento o maior número possível de mulheres da população-alvo e garantir o seguimento apropriado para todas com um resultado alterado. É fundamental que o rastreamento esteja associado ao tratamento, pois, “por si só, não tem utilidade preventiva real” (OPAS, 2016; p. 141).

Como o objetivo final do rastreamento do câncer do colo do útero é reduzir a ocorrência de morte a ele associada, a OPAS (2013) orienta os países a implantar ou melhorar os sistemas de notificação e registros de câncer, a fim de monitorar as tendências, em longo prazo, das taxas de incidência e mortalidade, que são indicadores de impacto essenciais.

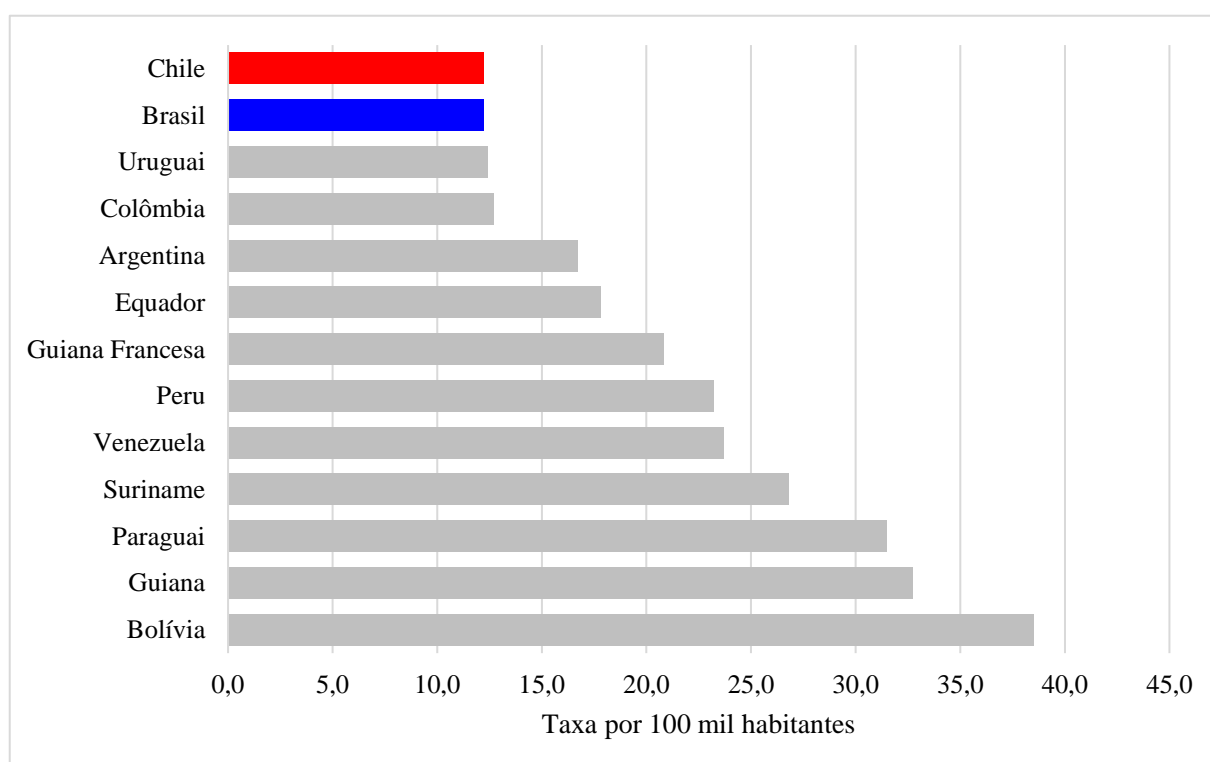
A maioria dos países da América Latina assume o câncer do colo do útero como relevante problema de saúde pública e conta com ações nacionais para a sua prevenção e controle. Contudo, reconhece-se a necessidade de implantar estratégias mais efetivas para a diminuição das taxas de incidência e mortalidade (OPAS, 2010a). As políticas nacionais de controle dessa neoplasia na região foram, em sua maioria, implantadas de maneira fragmentada, com baixo nível de organização, sem controle de qualidade e não alcançaram suas metas e objetivos (ARROSSI, SANKARANARAYANAN, PARKIN, 2003).

Em uma pesquisa realizada pela OPAS, em 2010, com o objetivo de avaliar a situação do controle do câncer do colo do útero em 12 países da América Latina, verificou-se a necessidade de manter a *advocacy* para garantir a sustentabilidade das ações, aumentar a cobertura populacional e melhorar o acesso ao tratamento adequado e oportuno das lesões precursoras e do câncer, além de estruturar um sistema de informação que possibilite o monitoramento e avaliação (OPAS, 2010).

Em 2013, a Comissão da América Latina do *Lancet Oncology* realizou um estudo sobre os vários desafios para o controle do câncer na América Latina e no Caribe e destacou a necessidade de: reformas estruturais nos sistemas de saúde para superação das desigualdades no acesso à saúde, maiores esforços no sentido de garantir a assistência universal, programas específicos para populações vulneráveis, expansão dos registros populacionais de câncer e implementação de políticas para melhorar a prevenção primária (STRASSER-WEIPPL *et al*, 2015).

No Brasil e no Chile, apesar de haver diretrizes locais para o rastreamento do câncer do colo do útero, com normas preconizadas nacionalmente para as ações de controle e até apresentarem as menores taxas de incidência no continente sul-americano (Gráfico 1), a doença ainda é considerada uma questão de saúde pública. As estratégias que buscam alterar esse cenário apontam para a estruturação do rastreamento organizado, objetivando aumentar a cobertura nas faixas etárias recomendadas e garantir o seguimento de todas as mulheres com exames alterados.

**Gráfico 1** – Incidência do câncer do colo do útero na América do Sul, 2018



Fonte: FERLAY *et al.*, 2018.

Nos capítulos específicos de cada país aqui comparados, serão descritos os contextos das políticas públicas e analisadas as diretrizes e estratégias nacionais para a organização das ações de controle do câncer do colo do útero.

### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1. ABORDAGEM E REFERENCIAL DE ANÁLISE

Trata-se de um estudo de casos múltiplos (dois casos) centrado nas experiências do Brasil e do Chile. O uso do estudo de caso como recurso metodológico nesta pesquisa é considerado adequado por se tratar da investigação de um evento contemporâneo em seu contexto (YIN, 2005), considerando os processos econômicos, políticos e sociais que o afetam (BARTLETT e VAVRUS, 2017) e buscando compreendê-lo articulando questões empíricas e teórico-conceituais (DESLANDES e GOMES, 2004).

Segundo Becker (1997), o estudo de caso tem, geralmente, um propósito duplo. Por meio dele, o pesquisador tenta chegar a uma compreensão abrangente e, ao mesmo tempo, desenvolver questões teóricas mais gerais sobre a regularidade do processo e das estruturas sociais. Apesar de ressaltar que um caso é, “no fim das contas, apenas um caso” (BECKER, 1997, p. 129), Becker considera que todo estudo de caso permite algum nível de generalização dos fenômenos estudados. Para Yin, o estudo de caso permite uma generalização analítica, em que o pesquisador tem a possibilidade de “generalizar um conjunto particular de resultados a alguma teoria mais abrangente” e gerar contribuições significativas ao permitir o desenvolvimento de proposições teóricas que podem ser aplicadas a outros contextos (YIN, 2001; p. 58). Sobre a possibilidade ou não de generalizações, Stake (2005) ressalta que a riqueza do estudo de caso pode estar na compreensão do caso em si sem a necessidade da busca pela regularidade, característica do paradigma positivista dominante na pesquisa. A realização de um estudo de caso exige tempo e dedicação do pesquisador e, frequentemente, os trabalhos são sujeitos a críticas em função de limitações metodológicas na escolha do(s) caso(s) e falta de rigor na análise dos dados, havendo o risco de conclusões pontuais e sem fundamentos.

Por esse motivo, sem a preocupação com possíveis generalizações, mas com interesse de aprofundar a compreensão do fenômeno investigado, foram identificados aspectos teórico-conceituais mais amplos acerca dos sistemas de saúde, e das políticas e das ações de controle do câncer do colo do útero de modo particular, tais como: a importância da definição de estratégias e programas específicos, a incorporação de diretrizes clínicas, a estruturação de uma rede de atenção à saúde, os sistemas de informação e a necessidade de realização do



seguimento das mulheres com exames alterados. Para a compreensão das políticas e ações voltadas para o controle do câncer do colo do útero nos países selecionados, primeiramente, procurou-se sistematizar e aprofundar a análise de cada caso e, na sequência, identificar similaridades e diferenças por meio da comparação sistemática entre os países.

De acordo com Rueschemeyer (2003), a vantagem do uso de poucos casos na análise comparada está em possibilitar maior aprofundamento e compreensão dos processos em análise. No presente estudo, a abordagem comparada foi utilizada para a identificação de particularidades e elementos comuns no que tange às políticas nacionais, às ações e aos serviços de controle do câncer do colo do útero nos países selecionados. Embora a singularidade e as diferenças de contexto apontem, não raro, para o incomparável, a comparação de modelos com objetivo de estabelecer alguns parâmetros para a análise é algo possível. Para Verztman (2013), um estudo de caso visa à descrição e à compreensão do singular acreditando que ele possa contribuir para se compreender uma realidade maior. E, como diz Yin (2005), parte-se do princípio de que as lições aprendidas poderão fornecer informações para a compreensão de outras experiências similares.

Estudos comparados voltados para a compreensão de políticas, instituições e sistemas governamentais se tornaram cada vez mais frequentes no campo da ciência política, a partir da década de 1950 (BULCOURF & CARDOZO, 2008; OCAMPO, 2010; PÉREZ-LIÑÁN, 2010). Para Pronko (2003), a valorização da comparação ocorre com a tomada de consciência sobre a existência de problemas comuns a diferentes países e sobre a necessidade de conhecimento mútuo para concretizar projetos de desenvolvimento e integração regional.

Segundo Badie e Hermet (1993), como procedimento analítico, a abordagem comparada possui algumas funções específicas, tais como:

1. **Conhecer e conhecer-se:** ajuda a conhecer o outro sem identificá-lo com os estereótipos que o senso comum lhe atribui e a conhecer a si próprio. A análise dos demais permite precisar a própria identidade e destacar o que se tem de singular.

2. **Compreender/interpretar:** possibilita compreender/interpretar o objeto do estudo em seu contexto sem limitá-lo a uma concepção universalizante, mas buscando compreender as particularidades históricas e culturais.

3. **Relativizar:** o ato de comparar favorece o abandono de certos determinismos e ideias preconcebidas, ao permitir perceber que nem todos os conceitos podem ser universalizados *a priori*. A aproximação com a complexidade de cada fenômeno em seu contexto histórico desarma as certezas previamente construídas e possibilita precisar e afinar a análise, destacando o que pode ser considerado universal ou particular.

4. **Liberar:** a comparação tem ainda o objetivo de liberar o pesquisado do peso do etnocentrismo, do universal e do uniforme. Ao mostrar a diversidade existente, o método comparativo revela as diferentes trajetórias do desenvolvimento político destacando que os resultados de cada processo têm como base as diferentes decisões e reações diante de acontecimentos diversos, ocorridos em contextos culturalmente distintos.

Os autores ressaltam que o objetivo da análise comparada não pode ser realizar apenas um inventário de similitudes e divergências entre os países, mas transformar este inventário em um condutor para a compreensão mais aprofundada dos processos sociais (BADIE e HERMET, 1993). Dessa forma, o resultado desses estudos não pode ser um acúmulo de conhecimentos justapostos, desarticulados e de cunho apenas descritivo. A comparação necessita ser efetuada de maneira sistemática e crítica, buscando compreender as determinações sociais, políticas, econômicas e culturais que influenciam seu arranjo e organização.

Contudo, Okma *et al.* (2010) consideram que uma grande parte dos estudos comparados realizados nas últimas décadas consistiu de uma coleção descritiva de estudos de caso sem aprofundamento da política de fato implementada. Em outra produção, Okma e Marmor sugerem que as características culturais e institucionais que moldam a formulação de políticas específicas de cada país não são levadas em consideração tal como deveriam. As organizações internacionais como a OCDE e OMS produzem regularmente extensos estudos e retratos estatísticos diversos de um determinado grupo de países. O retrato que surge requer, porém, sua própria revisão crítica, pois muitas vezes os mesmos termos não significam as mesmas coisas e podem denotar fenômenos diferentes (OKMA e MARMOR, 2013).

Um ponto principal dos estudos comparados é refletir como o aprendizado sobre a experiência de uma nação pode contribuir para a análise da própria realidade ou contrastar com as outras que conhecemos. Marmor, Freeman e Okma (2005) consideram que há uma tendência de buscar soluções promissoras de problemas domésticos no exterior, mas que há

uma lacuna considerável entre a promessa e o desempenho real dos estudos comparados. Para eles a má descrição, a superficialidade, as inferências não justificadas, a distorção retórica e as caricaturas são muito comuns e aparecem com muita regularidade em estudos comparativos de políticas de saúde, comprometendo sua qualidade e contribuição analítica. Ressaltam a necessidade de se tomar os devidos cuidados para não ocorrerem os erros mencionados e, mesmo que as experiências políticas não sejam facilmente transplantáveis como lições de aprendizagem, a possibilidade de perceber como os outros veem um mesmo problema e analisar como as opções de ação são definidas e implementadas é sempre uma oportunidade de aprender sobre arranjos nacionais de saúde e como eles funcionam.

Klein (1997) ressalta a importância da análise do contexto político, social e cultural para os estudos comparados e adverte sobre a existência de um grande número de trabalhos que se propõe a importar experiências e ideias de outros países sem a necessária cautela. O autor critica a tentativa de organizações internacionais como o Banco Mundial de propor um modelo unificado para todos os países, geralmente elaborado por economistas, e recomenda que os analistas políticos levem em consideração a não neutralidade do uso de comparações, sob o risco de naturalizar a experiência estrangeira e transformá-la em formas adequadas ao ambiente nacional. Para Klein, não há como escapar do “bombardeio de informações” sobre o que acontece no mundo afora. Entretanto, ele adverte que, apesar da disponibilidade de tantas informações sobre o que outros países estão fazendo e a velocidade acelerada de difusão, é necessário cuidar para que a capacidade de aprendizagem por meio de experiências externas não induza uma apropriação acrítica e indevida. O aprendizado real, segundo o autor, é a capacidade de distinguir quando um modelo específico é relevante ou irrelevante para as circunstâncias específicas de um país, pois, na prática, não se trata de transferência/importação de ideias ou técnicas, mas de adaptação às circunstâncias locais. Ou seja, compreender os aspectos em que eles diferem ou são similares à prática local é o grande desafio para melhorar a capacidade de aprendizagem com a experiência de outros países.

Conhecer a experiência de outros países pode, de fato, ser de grande valor na medida em que estimula um processo de introspecção crítica e amplia o conhecimento com novo repertório de práticas que podem inspirar o debate interno para recomendação ou repúdio. Aprender com outros países não é apenas abraçar novas ideias, pois a aprendizagem sobre o

que não se deve fazer, evitando os erros cometidos pelos outros, pode ser tão importante quanto aprender com as práticas de sucesso (KLEIN, 1997).

Para Rose (2005), o objetivo de olhar para o exterior não é copiar, mas analisar por que os países diferem em suas políticas, compreender em que circunstâncias os programas foram estruturados e até que ponto podem funcionar em outras localidades. Para esse autor, as diferenças nas respostas que os governos nacionais dão a um problema comum oferecem a oportunidade de comparar os pontos fortes e fracos de seus próprios programas com o que outros países estão fazendo. Ele ressalta a importância do aspecto de exterioridade que o olhar para fora oferece aos formuladores de políticas, possibilitando o contato com novas reflexões que poderão proporcionar lições práticas para repensar as políticas públicas internas.

Os principais problemas nacionais de saúde abordados nos estudos comparados, segundo Marmor, Freeman e Okma (2005), são o controle de custos, a má qualidade dos cuidados e a organização fragmentada dos serviços. Eles consideram que a busca de novas perspectivas sobre esses problemas não pode ser tratada como tarefa trivial e advertem sobre a superficialidade de alguns estudos comparativos. Os autores ressaltam que a qualidade dos estudos comparados realizados varia enormemente, seja pelo rigor intelectual, perspectiva teórica, precisão descritiva ou pela preocupação com o aprendizado sistemático.

O exercício da comparação leva ao questionamento das circunstâncias e à identificação de nuances que influenciam determinado resultado, permitindo circunscrever a existência de uma dinâmica de convergência e divergência entre os países. Como diz Conill, possibilita verificar as “semelhanças no compartilhamento de alguns problemas e diferenças determinadas por especificidades de cada formação social” (CONILL *et al.*, 2010; p.16).

Segundo a autora, conhecer as experiências de diferentes países e refletir acerca de seus atributos, reconhecendo sempre a impossibilidade da importação mecânica de qualquer elemento para contextos socialmente distintos, representa um dos aspectos mais importantes dos estudos comparados (CONILL, 2006). É importante lembrar continuamente que, apesar de haver sempre a possibilidade de aprendizagem com as experiências de outros países, “não é possível transferir experiências, dadas as determinações históricas, políticas e culturais, ademais das diferenças socioeconômicas” (GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014; p.102).

Compreende-se, dessa forma, que a apropriada interpretação de uma intervenção em saúde pública precisa levar em consideração não apenas a metodologia aplicada, mas também o contexto em que foi implementada (SILVA, 2012). Pois o contexto do desenvolvimento político é uma dimensão crucial a ser levada em conta na explicação dos resultados das políticas adotadas e dos distintos impactos na situação de saúde, mesmo quando o grau de desigualdade econômico-social for semelhante (LABRA, 2001).

Apesar de a comparação entre países apresentar limitações metodológicas, devido ao fato de tratar de contextos com condições sociais, econômicas e demográficas diversas, os estudos comparados podem fornecer embasamento para a compreensão das peculiaridades que influenciam o sucesso das ações, pois “alguns sistemas de saúde produzem melhores serviços e condições de acesso à população não apenas devido aos gastos públicos destinados ao setor” (SIQUEIRA e FAHEL, 2015, p. 55).

A definição das variáveis de análise caracteriza um aspecto relevante para a realização da pesquisa. É importante que sejam definidas conceitual e operacionalmente com especificidade e precisão, pois precisam ser capazes de distinguir as diferenças concretas, ou seja, assinalar como cada ação está organizada e explicitar suas diferenças (BULGACOV, 1998). Para esse estudo, foi desenvolvida uma matriz com variáveis relacionadas ao contexto dos sistemas de saúde e as especificidades das políticas e ações de controle do câncer do colo do útero (Quadro 2) com foco maior nas ações de detecção precoce. A matriz foi utilizada como referência para orientar a coleta de dados, a sistematização de informações e a comparação entre os casos do Brasil e do Chile.

**Quadro 2** – Matriz de análise para o estudo dos sistemas de saúde e das políticas e ações de controle do câncer do colo do útero

Dimensões	Subdimensões	Perguntas norteadoras
<b>1. Contexto das Políticas Públicas de Saúde</b>	Marco constitucional e atribuições do Estado na saúde	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Como o país é organizado politicamente: federal ou unitário? Quantos níveis / esferas de governo existem?</li> <li>2. Qual é o marco constitucional e legal para a saúde?</li> <li>3. Quais os princípios que norteiam a organização do Sistema de Saúde?</li> <li>4. Existe uma Lei de Saúde Geral? Qual o seu alcance (Esfera central, esfera local)?</li> <li>5. Quais são as responsabilidades do Estado como gestor, como regulador e como financiador? Como são distribuídas as funções e responsabilidades das esferas governamentais em saúde?</li> </ol>
	Organização do sistema público de saúde e vias de acesso da população às ações e serviços de saúde	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Como a cobertura populacional do sistema de saúde está estruturada?</li> <li>2. Qual é o modelo de cobertura populacional: sistema público universal (sistema único), seguro social ou seguro privado?</li> <li>3. Quais são os tipos de seguro existentes?</li> <li>4. Quais são as estratégias de universalidade?</li> <li>5. Existem grupos de população excluídos?</li> <li>6. A cobertura é integral/abrangente?</li> <li>7. A população coberta tem acesso a todos os serviços?</li> <li>8. Quais são as principais barreiras ao acesso?</li> <li>9. Qual é a estrutura do sistema de saúde (subsetores)?</li> <li>10. Quais são as instituições que compõem o sistema de saúde?</li> <li>11. Quais são as instituições responsáveis e como é organizada a saúde pública/coletiva?</li> <li>12. Quais são as políticas de promoção da saúde?</li> <li>13. Quais os percentuais de gastos públicos e privados em saúde?</li> </ol>
<b>2. Estratégias, programas e diretrizes para as ações de controle do câncer do colo do útero</b>	Características gerais do programa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quais as ações/diretrizes nacionais?</li> <li>2. Qual o método de rastreamento?</li> <li>3. Existe um programa de garantia da qualidade?</li> <li>4. As metas de cobertura estão definidas?</li> <li>5. Qual a população-alvo?</li> <li>6. Existe estratégia de convocação da população-alvo?</li> <li>7. Qual a periodicidade de realização dos exames?</li> <li>8. Existe um sistema de informação específico?</li> <li>9. Existem mecanismos de comunicação/divulgação dos resultados do programa?</li> <li>10. A vacina contra o HPV está disponível na rede pública?</li> <li>11. Como é realizada a busca ativa das mulheres com exames alterados?</li> <li>12. Como os serviços de saúde estão organizados em relação à linha de cuidado?</li> <li>13. Existem protocolos/diretrizes de encaminhamento dos casos com resultados alterados?</li> </ol>

Fonte: Elaboração própria a partir de Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S. (orgs.) Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad / Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; Rio de Janeiro: Isags, 2012.

### 3.2. ESTRATÉGIAS E TÉCNICAS DE PESQUISA

A etapa inicial consistiu no desenvolvimento do referencial teórico e, em seguida, na seleção dos casos e na definição do processo de planejamento e coleta de dados. Para cada caso foi elaborado um relatório descritivo referente aos sistemas, políticas e ações de controle do câncer do colo do útero e, posteriormente, foi realizada a análise comparada dos casos. Teceu-se, dessa forma, um caminho que foi do mais geral ao particular.

A seleção dos países (unidades de análise) ocorreu segundo os seguintes critérios: menores taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero na América do Sul, pioneirismo na organização de políticas nacionais para o controle desse câncer na região, exame citopatológico (Papanicolaou) como método utilizado para o rastreamento das mulheres, diretrizes clínicas para rastreamento e organização das ações de controle estabelecidas e presença de representação do país no Grupo Operativo de Câncer do Colo do Útero na Rede de Institutos Nacionais de Câncer (RINC).

Brasil e Chile, países selecionados para a pesquisa, têm as menores taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero da América do Sul, apesar de o câncer do colo do útero permanecer dentre os principais tipos de câncer em mulheres, excluindo o de pele não melanoma. A escolha desses países se deu também pelo fato de serem precursores na estruturação de políticas nacionais para o controle do câncer do colo do útero no continente sul-americano: o Chile, desde 1987, e o Brasil, com ações nacionais organizadas desde 1998. Os dois países estruturaram políticas de rastreamento com base na realização do exame de Papanicolaou, também conhecido como esfregaço cérvico vaginal ou colpocitologia oncótica, cujo principal objetivo é detectar lesões precursoras do câncer do colo do útero.

Apesar de o Chile apresentar atualmente experiências de rastreamento com o exame de ácido desoxirribonucleico (em inglês: *deoxyribonucleic acid* - DNA) de HPV, que identifica a presença do DNA de diferentes tipos de HPV no colo do útero, as ações nacionais ainda estão estruturadas com base na citologia clínica convencional. Tal fato é relevante, pois havia o interesse de comparar programas que utilizassem o mesmo método de rastreamento. A seleção dos dois países levou ainda em consideração o nível de organização das ações de rastreamento do câncer do colo do útero, sendo observada a existência de diretrizes clínicas recomendadas nacionalmente, a definição de uma população-alvo e a periodicidade estabelecida para

realização dos exames. A presença de representantes ativos no Grupo Operativo do Câncer do Colo do Útero da RINC justificou-se em função de viabilizar o contato com profissionais locais e o acesso às informações necessárias à realização da pesquisa. À época da definição do projeto de pesquisa, a participação na RINC foi considerada estratégica, pois o estudo foi motivado pela possibilidade de contribuir para o intercâmbio de experiência entre os países que faziam parte dessa rede de institutos nacionais de câncer na América Latina.

A pesquisa procurou realizar uma análise das políticas e ações de controle do câncer do colo do útero nas suas localidades, porém, com a clareza de que todo conhecimento social gerado sempre será "um recorte, uma redução ou uma aproximação" (MINAYO, 2010; p. 76). Dessa forma, com o intuito de produzir conhecimento sobre as características dessas políticas e ações nos países investigados, foi realizado o mapeamento, a descrição e a análise do contexto em que ocorrem. O período privilegiado na análise está delimitado pela universalização e expansão da cobertura das ações de controle do câncer do colo do útero: no Brasil, após a implantação do SUS (1988) e, no Chile, com o Plano *de Acceso Universal a Garantías Explícitas* (AUGE) (2005).

A revisão da literatura foi realizada nas bases de dados MEDLINE® (Medical Literature Analysis and Retrieval Sistema Online), LILACS® (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scopus® e no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O levantamento realizado por meio do descritor "assunto" contemplou estudos realizados sobre a análise comparada de sistemas de saúde; pesquisa qualitativa e estudos de caso; políticas públicas de saúde; análises dos sistemas de saúde do Brasil e do Chile; políticas de controle de câncer e rastreamento do câncer do colo do útero. A leitura da bibliografia foi importante para a composição do campo semântico da pesquisa, tendo como propósito, segundo Minayo (2010), buscar maior clareza dos conceitos centrais para a elaboração das sínteses teóricas que informarão as análises realizadas.

Os dados secundários da *International Agency for Research on Cancer* (IARC) relacionados à incidência e mortalidade do câncer do colo do útero foram utilizados por favorecerem a comparabilidade em perspectiva internacional. A Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) forneceram informações referentes aos indicadores sociais, políticos e econômicos



dos países em estudo. As estatísticas da OPAS/OMS, do Banco Mundial e dos sistemas de informação de cada país serviram de base para análise dos indicadores de saúde, do financiamento e das informações sociais, demográficas e econômicas. Esse conjunto de informações foi utilizado para possibilitar a contextualização e a comparação da magnitude do câncer do colo do útero nos países analisados. O levantamento de documentos oficiais com as políticas e legislações de cada país foi realizado por meio da busca em sites dos respectivos ministérios da saúde. No quadro 3, estão descritas as principais fontes da pesquisa documental e, nos quadros 4 e 5, as leis e marcos regulatórios dos sistemas de saúde e dos programas nacionais de controle do câncer do colo do útero no Brasil e no Chile.

**Quadro 3 – Principais fontes de pesquisa documental**

Assunto	Tipo de documento	Fontes
Indicadores sociais, políticos e econômicos	Manuais, relatórios e publicações estatísticas das agências internacionais.	Sites oficiais da IARC, CEPAL, OECD e Banco Mundial.
Controle de câncer	Manuais, relatórios e publicações da OPAS/OMS.	Site oficial da OPAS/OMS
Políticas e ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil e no Chile	Diretrizes nacionais para o controle do câncer do colo do útero, legislação sobre o controle de câncer, programas nacionais de câncer, programas de controle das DCNT.	Sites oficiais do Ministério da Saúde do Brasil e do Chile

**Quadro 4 – Leis e marco regulatório do sistema de saúde e do programa nacional de controle do câncer do colo do útero no Brasil**

Legislação	Assunto	Responsável
Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990	Presidência da República
Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências	Presidência da República
Portaria nº 3.040, de 21 de junho de 1998.	Institui o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino. Brasília, 1998.	Ministério da Saúde
Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.	Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.	Presidência da República

**Quadro 5 (Continuação)** – Leis e marco regulatório do sistema de saúde e do programa nacional de controle do câncer do colo do útero no Brasil

<b>Legislação</b>	<b>Assunto</b>	<b>Responsável</b>
Portaria nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005.	Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.	Ministério da Saúde
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.	Ministério da Saúde
Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.	Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da Saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências.	Ministério da Saúde
Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013.	Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Ministério da Saúde
Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014.	Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).	Ministério da Saúde
Emenda constitucional nº 86, de 17 de março de 2015.	Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica.	Presidência da República
Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016	Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.	Presidência da República
Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008.	Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.	Presidência da República
Lei nº 13.522, de 27 de novembro de 2017.	Altera a Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, para estabelecer que sejam desenvolvidas estratégias intersetoriais específicas para mulheres com dificuldade de acesso às ações de saúde relativas à prevenção, detecção, tratamento e controle dos cânceres do colo uterino e de mama.	Presidência da República
Resolução nº 614, de 15 de fevereiro de 2019.	Aprovar as diretrizes referentes à definição de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde e o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias da União para 2020.	Conselho Nacional de Saúde

**Quadro 5.** Leis e marco regulatório do sistema de saúde e do programa nacional de controle do câncer do colo do útero no Chile

Legislação	Assunto	Ano e responsável
Decreto Lei 2.763 de 03 de agosto de 1979.	Reorganiza o ministério da saúde e cria serviços de saúde, o fundo nacional de saúde, o instituto público de saúde do Chile e o centro nacional de fornecimento de sistemas de serviços de saúde.	Ministério da Saúde
Decreto nº4 de 31 de janeiro de 1986.	Constitui a Comissão Nacional de Câncer.	Ministério da Saúde
Decreto nº367 de 08 de junho de 1999.	Cria a subcomissão assessora sobre câncer do colo do útero	Ministério da Saúde
Lei 19.937 de 24 de fevereiro de 2004.	Modifica o D.L. nº 2.763, de 1979, com o objetivo de estabelecer uma nova concepção da autoridade de saúde, diferentes modos de gestão e fortalecer a participação do cidadão.	Ministério da Saúde
Lei Auge nº 19.966 de 3 de setembro de 2004.	Estabelece um regime de garantias explícitas de saúde	Ministério da Saúde
Decreto com Força de Lei 1 de 24 de abril de 2006.	Regulamenta os organismos públicos de saúde.	Ministério da Saúde
Decreto 136 de 21 de abril de 2005,	Dispõe sobre o regulamento orgânico do ministério da saúde.	Ministério da Saúde
Decreto Lei n. 1 de 26 de julho de 2006.	Lei Orgânica das Municipalidades	Ministério do Interior
Lei nº 20.850 de 6 de junho de 2015.	Cria um sistema de proteção financeira para diagnósticos e tratamentos de alto custo (Ley Ricarte Soto)	Ministério da Saúde
Ministerio de Salud. Plano Nacional de Câncer, 2018.	Implementa estratégias que permitam alcançar os objetivos propostos para o atendimento oportuno desta doença em todo o país, com visão integral, incluindo promoção e prevenção da saúde, detecção precoce, diagnóstico oportuno da doença, tratamento adequado, cuidados paliativos, monitoramento e reabilitação, garantindo acesso aos cuidados que envolvem toda a população.	Ministério da Saúde
Decreto N. 42.449/ 2019.	Aprova a lista de garantias explícitas em saúde.	Ministério da Saúde

Além da pesquisa documental, foram realizadas consultas com informantes-chave. No Chile, as informações sobre as ações de controle do câncer do colo do útero foram obtidas nas entrevistas realizadas durante o período de pesquisa de campo, no mês de abril de 2019, em Santiago do Chile. O contato foi realizado com duas técnicas do Ministério da Saúde responsáveis pela coordenação das ações no nível central, com três matronas responsáveis pelos serviços a nível regional, uma matrona responsável pela unidade de patologia cervical no nível secundário, três matronas responsáveis pelo programa na atenção primária e uma médica responsável pelo programa de monitoramento da qualidade do exame. No Brasil, a inserção profissional do pesquisador, desde 2011, em ações de controle do câncer do colo do útero criou oportunidades de vivenciar no nível federal a tomada de decisões e participar de reuniões no contexto nacional e na América Latina, possibilitando o contato direto com especialistas e gestores para o aprofundamento da compreensão da situação do câncer no contexto brasileiro.

A vantagem do uso de fontes variadas de informações é a possibilidade de se desenvolver linhas convergentes de investigação (YIN, 2005) e, como observa Minayo (2010), explicar o fenômeno em suas múltiplas dimensões. Entretanto, a autora ressalta que o diálogo entre diferentes abordagens não pode consistir na elaboração de um texto com informações justapostas e, sim, um informe único que deve refletir "o intercâmbio de teorias e métodos em favor do esclarecimento e do aprofundamento dos vários aspectos da realidade" (MINAYO, 2010, p. 371). Ou seja, a constituição de uma dinâmica de investigação que seja capaz de compreender as relações envolvidas na implementação das ações.

A análise das políticas e ações para o controle do câncer do colo do útero foi realizada sem perder de vista que são partes constituintes de um todo e, por isso, formam "correlações concretas de conjuntos e unidades que contêm determinações e condicionamento gerais" (MINAYO, 2010; p. 115). Dessa forma, foi preciso considerar em cada caso particular as suas conexões orgânicas, ou seja, as determinações específicas e gerais estabelecidas pela organização dos respectivos sistemas de saúde (MINAYO, 2010). Nessa lógica, o objetivo proposto neste trabalho não é apenas descrever políticas e as ações do controle do câncer do colo do útero, mas realizar a análise em cada dinâmica e realidade particular.

## **4. POLÍTICAS DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL**

### **4.1. CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

#### **4.1.1. O Estado e suas atribuições na área da saúde**

O Brasil é o maior país da América do Sul, sendo o quinto do mundo em extensão territorial (8.5 milhões de km<sup>2</sup>) e o segundo mais populoso do continente americano (210 milhões de habitantes), ficando atrás apenas dos Estados Unidos. É um país economicamente relevante e extremamente desigual (MACHADO, LIMA, BAPTISTA, 2017).

De acordo com dados publicados pelo Banco Mundial (World Bank, 2019), o Brasil viveu entre 2003 e 2014 uma fase de progresso econômico e social em que mais de 29 milhões de pessoas saíram da pobreza. A desigualdade reduziu significativamente nesse período, o que pode ser constatado pelo coeficiente de Gini<sup>3</sup>, que caiu de 0,58 para 0,51 no intervalo avaliado. Entretanto, o ritmo de redução da pobreza e da desigualdade não apresenta progressão desde 2015. Ao contrário do observado no período anterior, segundo pesquisa da Fundação Getúlio Vargas (FGV), o índice que mede a desigualdade de renda dos brasileiros vem subindo consecutivamente desde 2015, e atingiu 0,63 no primeiro trimestre de 2019, o maior patamar registrado desde o começo da série histórica iniciada em 2012. O estudo da FGV também revelou um aumento 33% da pobreza desde o final de 2014 até o final de 2017, passando de 8,38% a 11,18% da população brasileira (NERI, 2019).

O Brasil encontra-se na lista de países com mercado emergente e economias em desenvolvimento. Segundo ranking do Banco Mundial, o país é detentor do oitavo maior Produto Interno Bruto (PIB), com um PIB nominal de 1,8 trilhões de dólares (World Bank, 2019a). No entanto, a desigualdade fica evidente quando o país ocupa a 79ª posição entre os

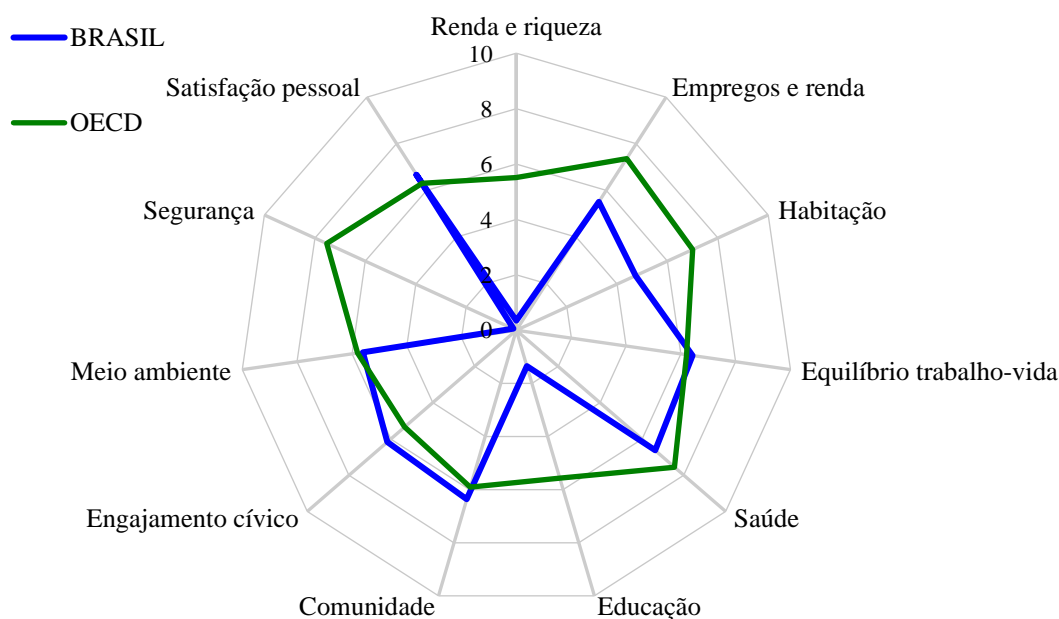
---

<sup>3</sup> O coeficiente de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um. O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um está no extremo oposto, ou seja, uma só pessoa detém toda a riqueza. Na prática, o Índice de Gini costuma comparar os 20% mais pobres com os 20% mais ricos.

países no relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)<sup>4</sup>, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,759; expectativa de vida no nascimento de 75,7 anos e média de 7,8 anos de escolaridade no ano de 2017 (UNDP, 2018).

No relatório da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) de 2018, o Brasil figura como um dos países mais desiguais do mundo, onde metade da população tem acesso a 10% do total da renda familiar e a outra metade a 90%. O relatório aponta graves desigualdades que colocam mulheres, minorias raciais e jovens em desvantagem. Na Figura 1 que retrata algumas medidas de bem-estar, a situação do Brasil diante dos países membros da OCDE é bastante afetada pela alta desigualdade, tanto em termos de renda quanto de oportunidades no consumo de bens e serviços.

**Figura 1.** Indicadores de bem-estar, Brasil e Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), 2017



Nota: Cada dimensão de bem-estar é medida por um a quatro indicadores do conjunto de indicadores de Vida Melhor da OCDE. É feita uma média simples para cada indicador normalizado. Os indicadores são normalizados entre 10 (melhor) e 0, de acordo com a seguinte fórmula:  $([\text{valor do indicador} - \text{pior valor mínimo}] / [\text{melhor valor} - \text{pior valor}]) \times 10$ . Fonte: OCDE. Relatórios Econômicos OCDE: Brasil. OCDE, 2018.

<sup>4</sup> O relatório do PNUD, órgão da Organização das Nações Unidas (ONU) voltado para erradicar a pobreza no mundo, analisa o progresso do IDH. O IDH combina informações sobre saúde, educação e renda e serve como uma ferramenta comparativa para debates públicos sobre as prioridades nacionais.

O relatório da OCDE ressalta a necessidade de o Brasil aperfeiçoar os gastos públicos para dar continuidade ao avanço social. Melhorias na educação e na saúde seriam a chave para um crescimento mais inclusivo, podendo o país ganhar mais de cinco anos de expectativa de vida saudável (OCDE, 2018).

O Brasil é uma República Federativa, presidencialista. Constitui um Estado democrático de direito, segundo a Constituição Federal de 1988 (CF88), cujo sistema político é baseado na atuação dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário nas esferas federal, estadual e municipal. A atual divisão político-administrativa compreende um Distrito Federal, 26 estados e 5.570 municípios, com áreas de atuação delimitadas constitucionalmente (BRASIL, 2019a).



Fonte: IBGE

No modelo federativo brasileiro, cada esfera de governo é dotada de autonomia e responsabilidade na gestão da política pública. A divisão de competências estabelece uma série de atribuições comuns e concorrentes entre os entes federados. Os estados podem legislar na abrangência de seus territórios, quando não há uma correspondente legislação federal. Com referência à área de saúde, a base da arquitetura federativa, normatizada na CF88 e na Lei 8.080/90, estabelece que a distribuição de competências entre as esferas de governo deve compatibilizar os princípios de descentralização e unicidade, compondo um sistema único com comandos no âmbito nacional, estadual e local. Essa organização federativa combina um conjunto de serviços articulados de forma regionalizada com o objetivo de promover a integração das ações de saúde em todo o país (BRASIL, 2016a).

As condições para a organização e o funcionamento dos serviços de saúde estão regulamentadas na Lei 8.080/90, que discrimina os objetivos e as atribuições do Sistema

Único de Saúde (SUS), e na Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Importa ressaltar que a promulgação da CF88 representou um marco no processo de democratização na sociedade brasileira e orientou a construção de políticas de saúde tendo como base o princípio do direito universal à saúde e o dever do Estado de provê-la. A CF88 inaugurou um modelo de seguridade social em prol da universalização da cidadania, rompendo com a concepção de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal de trabalho. Nessa nova concepção, os serviços de saúde passaram a ser organizados em um sistema único, público, universal, descentralizado e participativo (FLEURY e OUVÉRY, 2012). Um sistema norteado por princípios de universalização, equidade e integralidade (BRASIL, 2019a).

Ao abranger aspectos relacionados aos direitos civis, políticos e sociais, a CF88 é considerada uma das constituições mais progressistas do mundo e constitui um marco político-institucional na história do Brasil. Entretanto, apesar de a afirmação de direitos pela CF88 e de o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) terem propiciado avanços em termos de descentralização político-administrativa, participação social, expansão do acesso a serviços públicos e melhoria de indicadores de saúde, o predomínio de políticas econômicas e de agendas de reforma do Estado de inspiração neoliberal, na década de 90, impôs restrições à implantação do SUS e à expansão de políticas sociais universais (Machado, Lima e Baptista, 2017)

Analisando a trajetória da política de saúde no Brasil, de 1990 a 2016, Machado, Lima e Baptista (2017) observaram a existência de continuidades e mudanças em diferentes momentos, concluindo que o marco constitucional, os arranjos institucionais e a ação de atores setoriais foram fundamentais para a sustentação do SUS. No entanto, as autoras ressaltam que a interação dos condicionantes histórico-estruturais e a disputa de projetos para o setor saúde influenciaram a política nacional, explicitando as contradições do período no que se refere ao desenvolvimento da Seguridade Social e às relações público-privadas na saúde. A ampliação dos serviços públicos ocorreu de forma concomitante ao fortalecimento de segmentos privados.



Na análise de Giovanella *et al.* (2018), o Estado tem, nos últimos anos, perdido progressivamente a capacidade gerencial do SUS, em decorrência de contratos com organizações privadas para realizar gestão e prestação de serviços nas unidades públicas. Os autores ressaltam que, ao mesmo tempo em que o setor privado é privilegiado, por meio de incentivos e subsídios fiscais variados, o SUS é financiado inadequadamente, com recursos inferiores a 4% do PIB, insuficientes para a garantia do direito universal à atenção integral à saúde. Dessa forma, ainda que tenham ocorrido avanços no sistema público de saúde com a implementação do SUS, permanece como grande desafio do Estado garantir a democracia e ser capaz de estabelecer prioridades visando ao bem-estar coletivo e não simplesmente atuar atendendo aos interesses de grupos específicos (BAPTISTA, MACHADO, LIMA, 2009).

A responsabilidade pelo desenvolvimento das normas e parâmetros para a estruturação do SUS cabe ao Ministério da Saúde (MS), órgão da administração pública federal direta e responsável pela coordenação geral da política nacional de saúde. Além de elaborar diretrizes básicas de orientação das ações e programas de saúde, o MS deve prover incentivos para a adoção de programas e políticas pelas esferas estaduais e municipais. Contudo, o processo de gestão intergovernamental instituído pelo SUS com a descentralização configura um formato institucional em que nenhuma das esferas governamentais detém todos os recursos para prover atenção integral ou para impor os rumos da política de saúde. Esse processo torna necessário o aperfeiçoamento dos mecanismos de desenvolvimento das relações intergovernamentais para governança em rede (FLEURY e OUVÉNEY, 2012).

No âmbito estadual, a legislação estabelece que o planejamento da saúde deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos municípios. Sendo responsável pela gestão da saúde em seu território, a esfera estadual deve promover condições para que os municípios assumam a gestão local, fortalecendo assim a municipalização da saúde. Dessa forma, o papel da Secretaria Estadual de Saúde (SES) não se restringe ao gerenciamento de sua rede própria ou dos prestadores de serviços, privados e públicos que estejam sob sua gestão, mas incorpora as funções de regulação, formulação, avaliação e coordenação estadual da política de saúde. O nível estadual tem um papel de grande relevância na condução da regionalização, no financiamento e na regulação do sistema de saúde em seu território. No contexto nacional, a regionalização ocorre em graus bastante

diversificados e influenciada pelas características específicas da sua implementação na esfera estadual (LIMA, 2013).

A gestão municipal é responsável pelo planejamento, organização, execução e avaliação das ações e serviços de saúde locais, prioritariamente pela gestão da atenção básica, com apoio técnico e financeiro da União e dos estados. Em articulação com a direção estadual, os municípios devem participar da organização da rede regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde. Essa redistribuição de espaços de poder é proveniente do processo de descentralização, que estabeleceu vários níveis de intervenção, resultando em um sistema de saúde com diferentes centros de decisão e de ação (BRASIL, 1990).

O processo de descentralização das políticas de saúde foi guiado pela crença de que a proximidade entre governo e cidadãos facilitaria maior participação da sociedade. Entretanto, como observa Rodrigues (2014), não foram considerados dois aspectos de grande importância. Primeiro, que a maior parte dos municípios brasileiros não possui população suficiente para demandar um sistema próprio de saúde com diferentes níveis de complexidade. Em segundo lugar, o fato de que o poder local se constitui historicamente à base da representação dos interesses privados e da dominação oligárquica que controlam o sistema político eleitoral.

Fleury e Ouverney (2012) avaliam que a descentralização trouxe profundas mudanças na organização estatal, principalmente para a gestão municipal que ganhou autonomia e atribuições para gerir e executar as políticas sociais desenhadas pelo governo central. Essa ampliação da autonomia dos entes subnacionais reservou um protagonismo para os municípios que condicionou o processo de descentralização da saúde. Nesse processo, os governos do nível central e estadual buscaram transferir para os municípios as funções de prestação e gestão dos serviços. Entretanto, com perfis populacionais e capacidades institucionais muito distintas, a atuação da gestão municipal também é bastante diversificada no contexto nacional. Essa diversidade está relacionada não apenas com a estrutura municipal e as possibilidades de investimento de recursos, mas também com o compromisso do gestor local com a política pública de saúde.

Almeida *et al.* (2019) consideram que as iniquidades decorrentes da municipalização favoreceram argumentos em prol da organização regional da atenção à saúde. Apesar da configuração do SUS permanecer marcada por uma organização de base municipal, as regiões

de saúde passaram a ser instituídas como lócus de planejamento e governança. Nesse contexto, tanto o governo federal, como o estadual e o municipal possuem autonomia política, administrativa e financeira com competências limitadas. No campo da coordenação intergovernamental, há instâncias de negociação e pactuação para a definição das regras da gestão compartilhada. São elas: Comissão Intergestores Tripartites (CIT), no âmbito do Governo Federal; Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito do estado; e Comissão Intergestores Regional (CIR), no âmbito regional. A função das Comissões é estabelecer pactos para a formulação de políticas de saúde e para a organização da rede de serviços (ISAGS, 2012).

A constituição de Rede de Atenção à Saúde (RAS), com cooperação entre municípios, decorre da dificuldade de uma única localidade ofertar cuidado integral à população. Nesse contexto, a CIR é um espaço de pactuação, cooperação e fortalecimento da região de saúde, por meio de um planejamento integrado. Entretanto, a formalização do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)<sup>5</sup>, instrumento jurídico que explicita os compromissos pactuados em cada região de saúde, tem representado um entrave para a ocorrência das pactuações, pois o seu caráter jurídico aumenta as respectivas responsabilidades na contratualização dos serviços. Não obstante as dificuldades enfrentadas, o processo de regionalização concebe uma oportunidade para a universalidade do acesso à saúde, com a ampliação das redes de serviços de acordo com as necessidades locorregionais (SILVEIRA FILHO, 2016). LIMA *et al.* (2019), entretanto, analisam que as desigualdades regionais que influenciam o processo de regionalização do SUS geram tensões e conflitos porque há disputa por recursos escassos. Essa disputa, alertam os autores, pode dificultar o estabelecimento de uma relação solidária entre os municípios em âmbito regional, desafiando a regionalização orientada pelas necessidades coletivas das populações.

A tarefa de gerenciar um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, seja no âmbito federal, estadual ou municipal, apresenta muitos desafios. Trata-se de uma governança de redes complexas, constituídas por atores de diferentes grupos políticos e sociais. No caso

---

<sup>5</sup> O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (Decreto 7.508 de 28/06/11).

de sistemas nacionais de saúde descentralizados, como no Brasil, as relações intergovernamentais requerem equilíbrio e cooperação, pois caracterizam processos decisórios compartilhados com questões muitas vezes conflituosas e competitivas (CRUZ e ROSA, 2016).

A consagração da saúde pública como direito do cidadão e dever do Estado, assegurado por meio de ações integradas e complementares das três esferas de poder, e pela sociedade civil organizada, impôs a concepção de um modelo que se notabiliza pelos colegiados decisórios intergovernamentais e pelos mecanismos de participação e controle social. No entanto, os gestores do SUS discutem cada vez mais a adoção de alternativas no provimento de serviços de saúde à população, seja de forma direta, seja por meio de modelos de parceria com o setor privado (BRASIL, 2015a).

Quanto ao financiamento, o MS repassa, aos estados e municípios, os recursos por meio de: transferências regulares e automáticas, remuneração por serviços produzidos, convênios, contratos de transferência e instrumentos similares. A principal forma de transferência de recursos entre as entidades da federação é a de fundo a fundo, caracterizada pela remessa de recursos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais. Para a média e alta complexidade, essas transferências também são baseadas na produção e submetidas a um teto de recursos (BRASIL, 2000; ISAGS, 2012). Para o financiamento da atenção primária à saúde, em 2020, passou a prevalecer os critérios de captação ponderada para a transferência de recursos financeiros. Essa proposta leva em conta o número de usuários cadastrados nas equipes de saúde da família e alguns indicadores de desempenho. Para Mendes e Carnut (2019), com o financiamento direcionado à ‘pessoa’ cadastrada, diferenciando cada indivíduo pela sua condição socioeconômica vulnerável, não se invoca o coletivo, como os princípios que um sistema universal de saúde exigem.

Os recursos provenientes da esfera federal são derivados da arrecadação de contribuições sociais e tributárias. Esses recursos são, em sua maioria, transferidos para os estados e municípios e complementam os recursos locais para o financiamento da parte do sistema de saúde sob as respectivas responsabilidades. Apesar de haver um conjunto de leis que regulamenta o SUS, definindo a sua base conceitual e operacional, foi a Emenda Constitucional 29 (EC 29), aprovada em 2000 e regulamentada em 2011, que definiu as regras de coparticipação de cada esfera governamental no financiamento da saúde. Em um estudo

sobre o histórico e tendência do financiamento e gasto público de saúde no Brasil, Servo *et al.* (2011) consideram que apenas com a aprovação da EC 29, o SUS começou a experimentar alguma estabilidade no financiamento e acréscimo no volume de recursos, principalmente pelo aporte crescente de receitas das esferas subnacionais.

De acordo com a EC 29, o Governo Federal deveria corrigir o valor aplicado no ano pela variação nominal do PIB, os estados deveriam alocar pelo menos 12% de sua própria arrecadação, e os municípios 15%. Entretanto, no caso da União, a Emenda Constitucional 86 de 2015 estabeleceu uma nova regra sobre o valor a ser aplicado em ações e serviços de saúde do SUS, na qual o patamar mínimo a ser investido pelo governo federal passou a ter como referência a Receita Corrente Líquida (RCL) da União e não mais a atualização do montante aplicado no ano anterior, como previa a EC 29. A partir dessa nova regra, a União deveria, por meio de um escalonamento progressivo iniciado com o percentual de 13,2%, em 2016, atingir 15% da RCL no ano de 2020. Uma outra Emenda Constitucional, a EC 95 de 2016, estabeleceu, porém, um teto para o conjunto das despesas primárias federais e alterou o cálculo da aplicação mínima da União por 20 anos a partir de 2017. Essa emenda instituiu que a aplicação mínima do Governo Federal na saúde passasse a ser de 15% da RCL, em 2017 (antecipando o patamar previsto para 2020), mas fixou esse valor para os exercícios posteriores, corrigindo-o apenas pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). O Quadro 6 ilustra as regras de financiamento do SUS.

**Quadro 6** – Financiamento do Sistema Único de Saúde, Brasil

MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO					
		De 2000 a 2015	A partir de 2015	2017	A partir de 2018		
Desde 2000	Desde 2000	De 2000 a 2015	A partir de 2015	2017	A partir de 2018		
EC 29/2000	EC 29/2000	EC 29/2000	EC 86/2015	EC 95/2016	EC 95/2016		
15% Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	12% Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	Valor empenhado no ano anterior + variação do PIB	Ano Base RCL		Base: gasto ano anterior  Valor gasto no ano anterior + IPCA		
			2016	13,20%		-	-
			2017	13,70%		2017	15,00%
			2018	14,10%		-	-
			2019	14,50%		-	-
			2020	15,00%		-	-

Fonte: CONASEMS, 2018.

É importante ressaltar que o gasto público em saúde no Brasil é muito baixo para o país ter, de fato, um sistema de acesso universal e atendimento integral. Países com sistemas de saúde similares, universais e públicos, gastam, em média, 8% do Produto Interno Bruto (PIB). No Brasil, em 2017, foram gastos com o SUS apenas 3,9%, considerando a participação da União, Estados e Municípios (FIGUEIREDO *et al.*, 2018). Sendo assim, é possível afirmar que para garantir universalidade, integralidade e qualidade na atenção à saúde é imprescindível também assegurar mais recursos para o sistema público, pois tornar a gestão do sistema mais eficiente e profissional, embora absolutamente necessário, não será suficiente (SERVO *et al.*, 2011).

Ao longo das últimas décadas, o MS editou sucessivas normativas (Norma Operacional Básica e Norma Operacional da Assistência à Saúde) que buscaram definir os vários aspectos relacionados às arenas decisórias, aos fluxos de financiamento e à estruturação do modelo de atenção à saúde. Apesar de as Normas Operacionais terem buscado conferir uma legitimidade democrática ao SUS, incorporando a participação de novos atores, acabaram por contribuir para o surgimento de uma estrutura institucional com um peso elevado do gestor federal e das comissões de Intergestores em detrimento do controle social.

Ao mesmo tempo, o debate sobre desigualdades sociais, democracia e desenvolvimento humano no campo da saúde coletiva contribuiu para gerar maior participação social e possibilitar várias iniciativas e programas visando à melhoria das condições de vida e a promoção da saúde da população. Malta *et al.* (2016) ressaltam que o compromisso institucional do SUS com a promoção da saúde está vinculado à concepção expressa na Carta de Ottawa<sup>6</sup> de 1986, documento ratificado por 35 países. Nesta Carta, a promoção da saúde é compreendida como um conjunto de ações que têm por objetivo reduzir iniquidades em saúde, promovendo oportunidade de escolhas saudáveis para melhoria da qualidade de vida. Os autores consideram que o comprometimento com a promoção da saúde no Brasil é dado à medida que o SUS adota, desde o seu início, uma compreensão ampliada

---

<sup>6</sup> A Carta de Ottawa de 1986 reafirma a importância da promoção à saúde e aponta, principalmente, a influência dos aspectos sociais sobre a saúde dos indivíduos e da população. Refere-se ao documento da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, reunida em Ottawa, Canadá, no dia 21 de novembro de 1986, apresentando ações para alcançar a *Saúde para Todos até o ano 2000*. Apesar de as discussões terem se concentrado nas necessidades dos países industrializados, foram levadas em consideração as preocupações existentes em todas as outras regiões.

de saúde, com foco na análise dos efeitos dos condicionantes sociais, culturais, econômicos e bioecológicos e enfatiza a importância da articulação intersetorial e com a sociedade para a redução de vulnerabilidades e riscos.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada em 2006, está fundamentada nas definições constitucionais, nas legislações que regulamentam o SUS, nas deliberações das conferências nacionais de saúde e no Plano Nacional de Saúde (2004-2007). O comprometimento com as políticas públicas de promoção à saúde foi ratificado no lançamento do *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil* (DCNT 2011-2022), em 2011, com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas, estabelecendo compromissos de gestão, priorizando ações e investimentos necessários para enfrentar e deter as DCNT e seus fatores de risco.

Fora da arena política, a Promoção da Saúde desfruta, em sua essência, de um prestígio quase consensual. Todavia, quando se discutem os desafios cotidianos expostos pelas iniquidades históricas, que apontam responsabilidades não apenas para o setor saúde, mas para todos os envolvidos na construção de políticas públicas, isso se torna foco de um caloroso debate. Ao discutir as condições necessárias para que a população seja mais saudável, a PNPS distancia-se da culpabilização individualista pelo adoecimento e passa a ter como foco a discussão sobre os determinantes sociais da saúde (DSS). As análises realizadas sobre a implementação da PNPS demonstram uma forte dimensão preventista com influência dos organismos internacionais na definição da agenda (ALBUQUERQUE, FRANCO DE SÁ e ARAUJO JUNIOR, 2016).

O caráter de transversalidade da PNPS busca favorecer o diálogo entre os diversos setores públicos e privados, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à realização de iniciativas que favoreçam a qualidade de vida da população. Sperandio *et al.* (2016), em sua análise sobre os desafios da PNPS, destacam que, para alcançar melhores resultados, ainda são necessários, dentre outros, a superação da hegemonia dos saberes e teorias da biomedicina na compreensão do processo saúde-doença; o aprimoramento dos referenciais metodológicos da pesquisa participativa numa perspectiva emancipatória e o investimento em cenários e temas específicos, como a saúde na escola e as redes de territórios saudáveis.

Desde a sua implantação, a PNPS registra reconhecidos avanços em programas e ações de enfrentamento do uso do tabaco e do uso abusivo do álcool; promoção da alimentação saudável e de atividades físicas; dentre outros. Entretanto, como observam Malta *et al.* (2018), tais avanços podem estar seriamente ameaçados frente à grave crise política, econômica e institucional agravada pelo golpe parlamentar em 2016, projetando um futuro de incertezas, marcado pela visão de Estado mínimo, austeridade econômica e descontinuidade dos projetos que promoviam a inclusão social.

A aprovação da Emenda Constitucional 95, que impõe o congelamento dos gastos públicos por 20 anos, resultará em retração da oferta de ações e serviços previstos na PNPS indicando enormes dificuldades para a sua sustentabilidade. A tendência é que com a austeridade econômica proposta após 2014 e o enfraquecimento do papel regulatório do Estado haverá um agravamento das iniquidades com sérios prejuízos para o SUS e para a população brasileira (MALTA *et al.*, 2018).

Conforme Malta *et al.* (2018), a superação do modelo centrado na doença e na assistência médico-hospitalar é algo ainda distante de alcançar, pois as ações de promoção desenvolvidas não foram consolidadas a ponto de alterarem de forma expressiva o modo de produzir saúde e enfrentar os determinantes sociais do processo saúde-doença.

#### **4.1.2. Organização do sistema e vias de acesso da população às ações e aos serviços de saúde**

O Brasil é o único país capitalista na América Latina que adotou e mantém, até o momento, um modelo de sistema público universal de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2018). Apesar dos projetos em disputa no cenário internacional, o reconhecimento da saúde como direito de cidadania trouxe avanços importantes para sistema de saúde brasileiro.

Desde que foi estabelecido constitucionalmente, em 1988, o SUS ampliou o acesso para toda a população e favoreceu a melhoria das condições de saúde no país. Entretanto, cerca de 24,3% da população, majoritariamente trabalhadores do mercado formal, também têm seguro privado configurando o que se denomina dupla cobertura (GIOVANELLA *et al.*, 2018). Os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência reguladora

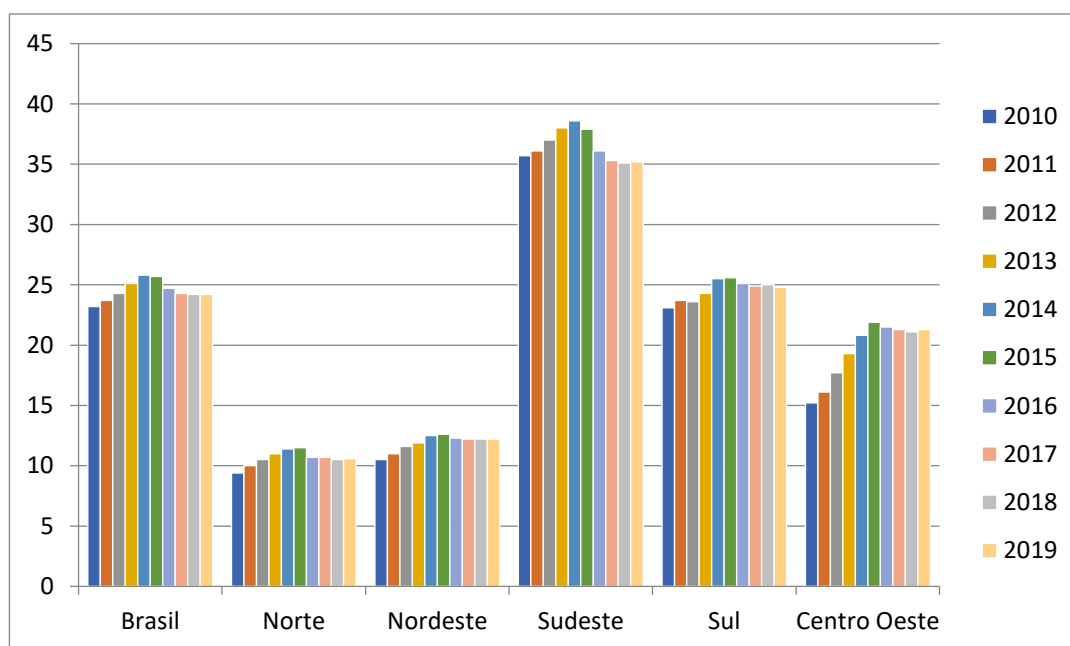


responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil, permitem conhecer as diferentes taxas de coberturas em todo o país.

A dupla cobertura é, no entanto, extremamente variável entre os estados e municípios, sendo a maior concentração de beneficiários de planos privados de saúde localizada nos municípios de maior porte das regiões Sudeste e Sul. A variabilidade ainda é maior ao se estratificar a cobertura por estado, onde em um extremo estão São Paulo (41,1%) e Rio de Janeiro (33,3%), com as maiores coberturas, e no outro, Acre (5,9%) e Roraima (6,1%), com as menores (ANS, 2019).

No Gráfico 2 é possível observar a razão expressa entre o número de beneficiários dos planos privados de saúde e a população do Brasil e suas regiões.

**Gráfico 2.** Evolução da Taxa de Cobertura de Planos de Saúde (em %) segundo Brasil e Região, 2010 a 2019



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Apesar de o sistema público de saúde no Brasil apresentar uma dimensão genuinamente universal ao cobrir indistintamente todos os brasileiros com serviços de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vacinas, sangue, transplantes de órgãos e outros, no campo restrito da assistência à saúde, ele é o responsável exclusivo para população que não possui cobertura duplicada (MENDES, 2013).

O SUS foi idealizado como um sistema público de saúde de acesso universal, com financiamento público por meio de impostos gerais, direito universal, gestão pública e prestação de serviços por mix público/privado. Contudo, como analisa Mendes (2013), a concepção constitucional de um sistema universal de saúde caminha, paradoxalmente, em um sentido diverso, onde a segmentação de diferentes modelos institucionais segrega as clientelas em nichos institucionais singulares, reiterando a estratificação social. Contrariamente ao seu ideário, o SUS vem se consolidando como um subsistema público que convive com um subsistema privado de saúde suplementar e com outro privado por desembolso direto.

O acesso da população ao sistema privado de saúde ocorre de forma bastante desigual, existindo planos de saúde com cobertura muito limitada para o atendimento a doenças mais graves. Direcionados às doenças de menor custo, esses planos favorecem o capital privado em detrimento do sistema público, pois acabam por onerar o SUS quando ocorre uma intercorrência de maior gravidade, como uma neoplasia ou necessidade de transplante (SALDIVA e VERAS, 2018). Essa engrenagem estabelece um modelo de assistência fragmentada e estratificada na sociedade e no interior das próprias empresas que oferecem distintos padrões de coberturas e cobram distintos valores por diferentes planos de saúde (COSTA, NORONHA y NORONHA, 2015).

As imbricadas relações entre o público e o privado, característica histórico-estrutural marcante do sistema de saúde brasileiro, têm garantido a forte presença do setor privado, promovida e apoiada pelo Estado que contrata e paga serviços. Machado (2018) analisa que, a expansão de serviços públicos se deu de modo concomitante ao crescimento das empresas de planos e seguros de saúde, pois a ANS regulou e organizou o mercado de planos, e o SUS permaneceu dependente de serviços privados. Verifica-se a convivência de dois modelos assistenciais produtivos em saúde, “conformado por entidades públicas e privadas fornecedoras de bens e insumos para a realização das atividades de promoção, prevenção e assistenciais” (VIANA e MACHADO, 2008, p. 675). No Quadro 7 é possível visualizar as principais características dos modelos existentes:

**Quadro 7.** Características do Sistema de Saúde no Brasil

Sistema	Tipo	Administração	Fontes de Financiamento	Esfera jurídica dos prestadores	Cobertura populacional
<b>Sistema Único de Saúde</b>	Sistema Público de Saúde	Estatal	Contribuições sociais	Estatal	Cobertura de 76% da população
			Fontes fiscais	Privado sem fins lucrativos	
<b>Planos e Seguros Privados de Saúde</b>	Seguros Privados de Saúde	Privada Com fins lucrativos	Contribuições individuais e patronais	Privado Com fins lucrativos	Cobertura de 24% da população
<b>Forças Armadas</b>	Seguro Social de Saúde	Estatal	Contribuições sociais	Estatal	Sem estimativas disponíveis
			Fontes fiscais		
<b>Empresas públicas, sociedades de economia mista, fundações e autarquias dos três níveis de Governo</b>	Seguros Privados sem fins lucrativos	Privada sem fins lucrativos	Contribuições sociais	Privado Sem fins lucrativos	Sem estimativas disponíveis
			Fontes fiscais		

Fonte: Elaboração própria com base na bibliografia pesquisada

Fleury e Ouverney (2012) constatam que, apesar de a proposta de reforma sanitária inscrita no texto constitucional ter originado um sistema público de saúde, boa parte das bases econômicas de produção da oferta de insumos e serviços encontra-se alocada em unidades do mercado privado. Este fato traz uma consequência nociva ao SUS que é a contratação de um conjunto de provedores cujos princípios são orientados pela lucratividade do mercado, e não aqueles estabelecidos na CF88, nos quais a saúde é considerada um bem público, independentemente de o provedor ser público ou privado.

Conforme constata Viacava *et al* (2108), a maioria dos hospitais no país são de propriedade privada, porém, contraditoriamente, sua utilização ocorre majoritariamente através de convênios com o SUS. Essa interdependência entre os setores público e privado na atenção à saúde ocorre porque se, por um lado, o SUS necessita dos serviços privados para garantir o acesso da população aos serviços de saúde, por outro, a maioria dos estabelecimentos privados depende dos recursos públicos e da demanda de usuários do SUS para se manterem.

A despeito de o SUS ampliar a oferta e o acesso aos serviços de saúde, para de fato garantir a cobertura universal, seria necessário haver um financiamento público adequado e uma rede integrada e articulada de serviços e políticas de saúde (BAHIA, 2018). Piola *et al* (2013) consideram que para o Brasil ter, efetivamente, um sistema de saúde de acesso universal e atendimento integral à população, o gasto público não poderia permanecer como responsável por apenas 42% dos recursos aplicados em saúde, muito diverso dos países da OCDE, cuja participação do gasto público no financiamento do sistema representa, em média, 70% da despesa total. No Brasil, os gastos por desembolso direto são elevados e comprometem a equidade, pois restringem o acesso à saúde da população com menor poder aquisitivo e possuem menor capacidade financeira para consumir os serviços de saúde (COSTA, 2017). Em 2017, esse gasto representou 27,46% do gasto total em saúde no país. A OMS sugere que o desembolso direto deva se manter entre 10% e 15% para não ocasionar catástrofes financeiras associadas a pagamentos diretos por serviços de saúde (OMS, 2010).

A pesar de a população ter direito a todos os serviços, desde a atenção primária à quaternária, há dificuldades em garantir o cuidado oportuno à atenção integral, principalmente no nível da atenção especializada. As dificuldades para fixação de especialistas e o insuficiente quantitativo de profissionais em áreas com menor infraestrutura e/ou remotas produzem grandes lacunas na assistência à saúde (ISAGS, 2012).

A estrutura e a organização do SUS estão definidas de acordo com o arranjo político e administrativo do país. No nível central, a gestão do sistema público de saúde é exercida pelo Ministério da Saúde (MS) e nos estados, Distrito Federal e municípios por meio das respectivas secretarias de saúde. Em cada esfera de governo há um gestor da saúde escolhido pelo respectivo poder executivo (ISAGS, 2012), mas a prestação de ações e serviços públicos de saúde têm responsabilidades compartilhadas entre os três entes federativos (BRASIL, 2011b).

Na tentativa de superar a fragmentação existente entre os níveis assistenciais, o planejamento de linhas de cuidado e o desenvolvimento das RAS, preconizado no Plano Nacional de Saúde 2016-2019, têm como propósito promover a articulação dos serviços desde a atenção básica à especializada, com o objetivo de favorecer o acesso às ações com equidade e em tempo hábil (BRASIL, 2016b).

A organização da saúde pública no Brasil define a atenção primária (APS) como atendimento inicial. Nesse nível de atenção, o objetivo é a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento de agravos simples, organização do fluxo de serviços na rede e direcionamento de casos mais graves para outros níveis de complexidade. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o principal modelo de APS no país. Entre os anos 2000 a 2018 ocorreu uma ampla expansão da cobertura de APS, predominantemente nas regiões mais pobres, passando de 13 para 130 milhões de pessoas, superando 60% da população (OPAS, 2018). Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), atuam equipes da ESF que atendem a população residente em um território delimitado.

Os procedimentos de média complexidade e/ou especializados, de modo geral, são realizados no nível da atenção secundária e os de alta complexidade na atenção terciária. Entretanto, as dificuldades relacionadas ao fluxo de encaminhamentos são interpretadas pelos usuários como ineficiência do sistema e os induzem a não procurar a atenção básica, direcionando-se diretamente às unidades de pronto atendimento ou aos hospitais de emergência. Essa desorganização existente no sistema de saúde impacta no perfil de adoecimento no Brasil e, conforme analisam Saldiva e Veras (2018), aumenta o gasto no setor. Os autores citam como exemplo as elevadas taxas de diagnóstico de câncer em estágio avançado em decorrência do longo e demorado percurso que o usuário percorre até acessar o centro especializado para confirmação diagnóstica e iniciar o tratamento.

Dessa forma, enquanto parte das desigualdades na oferta de serviços é atenuada pela expansão de serviços na atenção básica (MACHADO, LIMA e BAPTISTA, 2017), a limitação de acesso aos serviços de média e alta complexidade tende a reproduzir as desigualdades na saúde. Na alta complexidade, Lima *et al.* (2019) destacam que, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar, há vazios assistenciais em todas as macrorregiões de saúde e concentração da prestação de serviços em poucos municípios polos. Os autores avaliam que, de forma geral, a média complexidade é mais desconcentrada espacialmente, se comparada à alta complexidade, com prestação de serviços em todas as regiões de saúde do país. Ressaltam, porém, que há elevada concentração de determinados tipos de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (ultrassonografia, diagnósticos em especialidades, radiologia), que não são ofertados em todas as regiões de saúde.

Configurado como macro-organização, o sistema de saúde brasileiro é constituído por um conjunto de instituições localizadas nas três esferas de governo, a exemplo do Ministério da Saúde (MS), das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), bem como das instituições a elas articuladas, como Agências (ANS, ANVISA), Fundações (FUNASA, FIOCRUZ, etc.), Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores. Desempenhando funções diversas, como financiamento, gestão, prestação de serviços, formação de recursos humanos e produção de insumos, essas instituições e órgãos colegiados compõem o SUS (Paim e Teixeira, 2007).

Desde a criação do SUS, muitos avanços podem ser identificados. Dentre eles, Viacava *et al.* (2011) destacam a sua institucionalização nas três esferas de governo, as instâncias formais para pactuação da política de saúde e o processo de participação social, através dos Conselhos de Saúde. Entretanto, os autores ressaltam que vários desafios ainda permanecem e requerem enfrentamento, tais como: as desigualdades no acesso aos serviços de saúde em decorrência das grandes disparidades entre a população que tem dupla cobertura e aquela que não tem e a descontinuidade na distribuição geográfica da oferta de serviços, principalmente daqueles de média e alta complexidade. A garantia da integralidade do cuidado é outro desafio apontado pelos autores. Eles ressaltam a fragmentação dos distintos níveis de atenção e a desarticulação dos prestadores como importante problemática a ser enfrentada. Dentre os vários desafios apontados, a precarização dos vínculos de trabalho e o baixo investimento na qualificação de recursos humanos são mencionados como aspectos importantes a serem superados.

## 4.2. ESTRATÉGIAS, PROGRAMAS E DIRETRIZES PARA O CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

### 4.2.1. Magnitude e fatores associados à ocorrência do câncer do colo do útero

Os dados estimados de incidência de câncer são uma ferramenta importante para a vigilância epidemiológica e o conhecimento da realidade, subsidiando o planejamento de ações para prevenção e controle da doença. Desde 1995, o Brasil produz as estimativas de incidência e busca fortalecer os Registros de Câncer de Base Populacional e Hospitalar (RCBP e RHC) em todo território nacional, voltados para a produção de informações

aplicáveis às necessidades estratégicas do país<sup>7</sup>. As fontes de notificação compreendem as instituições públicas e privadas da área de abrangência onde os registros estão instalados. Em 2016, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) incorporou a correção do sub-registro por causas mal definidas na realização dos cálculos (INCA, 2017), o que possibilitou maior qualidade à consolidação das informações e melhor dimensionamento da magnitude e do impacto do câncer no país.

Neste estudo, para fins de padronização da análise e permitir a comparabilidade entre os países, serão utilizadas as estimativas de incidência de câncer calculadas pela IARC, obtidas com base nas informações disponibilizadas pelos RCBP existentes nos países. Este cuidado está sendo tomado porque o Chile, país objeto da comparação, utiliza como referência nacional as estimativas fornecidas pela IARC.

De acordo com dados publicados pela IARC, em 2018 o câncer do colo do útero ocupava a quarta posição dos cânceres mais incidentes na população feminina no Brasil, considerando a localização primária e excluído o câncer de pele não melanoma, com uma taxa estimada de 12,2 novos casos a cada 100 mil mulheres. Na Tabela 2, é possível verificar as estimativas de incidências para os cinco principais tipos de câncer em mulheres no Brasil:

**Tabela 2** – Estimativa de incidência dos principais tipos de câncer na população feminina, todas as idades, Brasil, 2018

Câncer	Número de Casos	Taxa Bruta*	Taxa Padronizada*
Mama Feminina	85.620	79,8	62,9
Cólon e reto	27.046	25,2	18,6
Tiroide	16.901	15,8	13,1
Colo do útero	16.298	15,2	12,2
Pulmão	15.342	14,3	10,5

\* Taxas brutas e padronizadas por idade por 100.000.

Fonte: FERLAY *et al*, 2018 (GLOBOCAN)

<sup>7</sup> Os primeiros RCBP, no Brasil, datam de 1967, em Recife, e em 1969 em São Paulo. Posteriormente, surgiram em Fortaleza, Porto Alegre, Goiânia e Belém. Na década de 90, foram implantados em Campinas, Salvador e outras localidades. Hoje existem 31 Registros de Câncer de Base Populacional em atividade no país.

A variabilidade da incidência entre as regiões pode ser verificada com as estimativas publicadas pelo INCA. Em 2020, o câncer do colo do útero representa o segundo tipo de câncer mais incidente em mulheres nas Regiões Norte (21,20/100 mil); Nordeste (17,62/100 mil) e Centro-Oeste (15,92/100 mil); o quarto na Região Sul (17,48/100 mil) e o quinto na Região Sudeste (12,01/100 mil). Essas diferenças marcantes entre as taxas de incidência refletem as iniquidades sociais e as desigualdades regionais no que se refere ao desenvolvimento social e econômico e ao acesso aos cuidados de saúde (INCA, 2017; SILVA et al, 2018).

A avaliação realizada por Ribeiro e Azevedo e Silva (2018), referente à produção de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 2015, identificou diferenças regionais na oferta dos serviços de saúde, comparadas às necessidades, e constatou que os maiores *déficits* de procedimentos foram encontrados justamente nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, onde se observaram as maiores taxas de incidência. As altas taxas de incidência por câncer do colo do útero nessas regiões refletem problemas na qualidade dos procedimentos de coleta, na agilidade dos resultados e no tratamento oportuno das lesões (BARCELOS *et al*, 2017). Estudos indicam que a disparidade de incidência entre as regiões brasileiras está relacionada a variações econômicas e geográficas e também a aspectos socioculturais que limitam o acesso aos serviços de prevenção entre alguns grupos de mulheres (TSUCHIYA *et al*, 2017).

Com relação aos óbitos, a fonte das informações é o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), um sistema de vigilância epidemiológica nacional, criado em 1975, cujo objetivo é captar dados da Declaração de Óbitos (DO) e fornecer informações para todas as instâncias do sistema de saúde. Utilizando-se dessas informações, o INCA criou o atlas online de mortalidade que representa, desde o ano de 2008, uma ferramenta de apoio aos profissionais de saúde para conhecer o perfil epidemiológico e planejar ações para o controle do câncer no Brasil (INCA, 2014).

Com o registro de 6.385 óbitos e taxa de mortalidade ajustada de 5,14 para cada 100 mil mulheres, no ano de 2017, o câncer do colo do útero ainda é uma doença de importante magnitude no país e representa a terceira localização primária de mortalidade por câncer na população feminina brasileira, de acordo com os dados do SIM. Na análise regional, o câncer do colo do útero representa a primeira causa de óbito por câncer em mulheres na Região



Norte, com taxa de mortalidade de 12,24 por 100 mil mulheres em 2017. Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, é a terceira causa, com taxas de 6,49/100 mil e 5,33/100 mil, respectivamente. Já na Região Sul, está na quinta colocação, com taxas de 4,82/100 mil, enquanto na Sudeste ocupa o sexto lugar com taxa de 3,64/100 mil (Quadro 8):

**Quadro 8.** Taxas de mortalidade para os tipos de câncer mais frequentes, em mulheres. Brasil e regiões geográficas, 2017

Localidade	Ordem de Classificação					
	1º	2º	3º	4º	5º	6º
<b>Brasil</b>	Mama (13,22)	Brônquios e pulmões (9,20)	<b>Colo do útero (5,14)</b>	Colon (4,62)	Pâncreas (4,06)	Estômago (3,86)
<b>Região Norte</b>	<b>Colo do útero (12,24)</b>	Mama (9,70)	Brônquios e pulmões (8,05)	Estômago (5,53)	Fígado e vias biliares (4,58)	Encéfalo (3,14)
<b>Região Nordeste</b>	Mama (11,63)	Brônquios e pulmões (7,97)	<b>Colo do útero (6,49)</b>	Fígado e vias biliares (3,78)	Estômago (3,73)	Pâncreas (3,10)
<b>Região Centro-Oeste</b>	Mama (13,54)	Brônquios e pulmões (10,15)	<b>Colo do útero (5,33)</b>	Cólon (4,87)	Pâncreas (4,01)	Estômago (3,48)
<b>Região Sudeste</b>	Mama (14,14)	Brônquios e pulmões (8,75)	Cólon (5,34)	Pâncreas (4,34)	Estômago (3,78)	<b>Colo do útero (3,64)</b>
<b>Região Sul</b>	Mama (14,10)	Brônquios e pulmões (12,39)	Cólon (5,97)	Pâncreas (5,11)	<b>Colo do útero (4,82)</b>	Encéfalo (4,06)

Fontes:

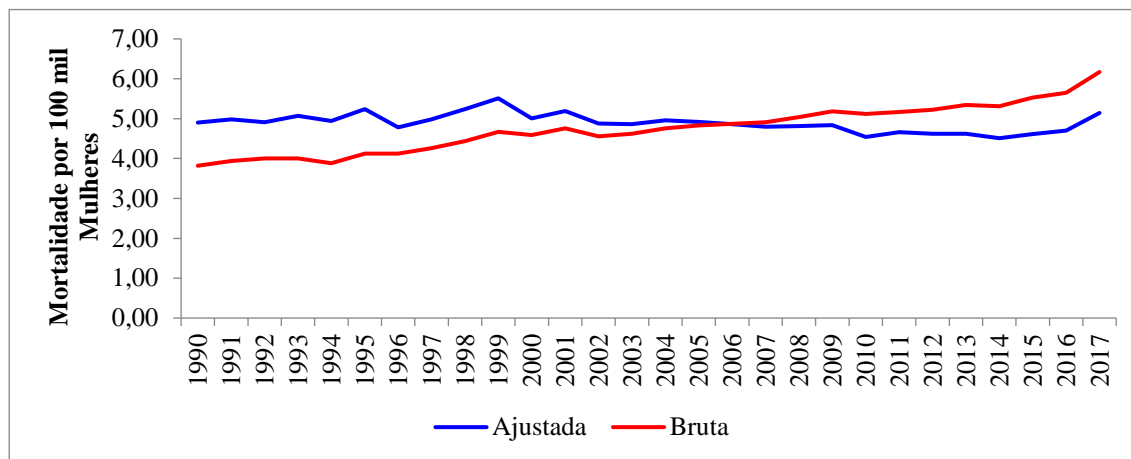
MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância.

Os indicadores de mortalidade por câncer do colo do útero são bastante sensíveis em relação aos níveis de desenvolvimento socioeconômico. As taxas são diversificadas entre as regiões brasileiras, ocupando desde a primeira até a sexta posição. Contudo, apesar da grande variação regional, é possível constatar uma tendência de estabilidade na mortalidade ajustada ao longo dos anos no país (Gráfico 3).

**Gráfico 3.** Taxa de mortalidade para câncer do colo do útero, bruta e ajustada por idade. Brasil, 1990-2017



Fontes:

MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância.

Em estudo que realizou correções na tendência da mortalidade geral por câncer nas capitais e demais municípios, entre 1980 e 2006, Azevedo e Silva *et al* (2011) fizeram uma redistribuição proporcional de 50% dos óbitos, cuja causa básica foi classificada como “mal definida” e dos óbitos classificados como “neoplasia maligna do útero sem outra especificação”. Esse estudo mostrou que o câncer do colo do útero apresentou, no período analisado, taxas declinantes nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, porém o mesmo não foi observado nos municípios das regiões Norte e Nordeste fora das capitais.

O desagregamento dos dados por capitais e demais municípios confirmou os grandes contrastes na mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil e evidenciou tendências com inclinações bem diferenciadas. Diferente das capitais e dos grandes centros urbanos, os municípios com menor infraestrutura não indicaram queda ou estabilidade nas taxas de mortalidade por câncer do colo do útero (GIRIANELLI, GAMARRA e AZEVEDO E SILVA, 2014; AZEVEDO E SILVA *et al.*, 2010; 2011).

Utilizando-se também de método de correção, com base na redistribuição proporcional dos óbitos para reduzir a influência de registros de baixa qualidade nas taxas de mortalidade em algumas localidades do país, Vale *et al* (2016) analisaram as disparidades nas tendências temporais das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil de 2003 a 2012 e, de

igual forma, observaram uma tendência de declínio com variações entre as regiões, porém restritas a grupos etários mais velhos, mulheres acima de 40 anos de idade.

Desigualdades regionais nas taxas de mortalidade também foram constatadas no estudo realizado por Barbosa *et al* (2016), que analisaram as tendências e projeções de óbitos por câncer do colo do útero até o ano 2030 e observaram as mesmas tendências de redução nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, com estabilidade nas regiões Norte e Nordeste. A análise realizada pelos autores aponta que a discrepância entre as diferenças regionais para a mortalidade por câncer do colo do útero tende a ser aprofundada até o ano de 2030, com as regiões mais desenvolvidas reduzindo suas taxas e as mais pobres apresentando incremento.

A relação inversa entre nível socioeconômico e prognóstico do câncer do colo do útero pode ser verificada pelo diagnóstico tardio da doença em mulheres pertencentes às classes sociais menos favorecidas. Os estudos realizados no Paraná por Muller *et al.* (2011) e, em São Paulo, por Fonseca *et al.* (2004) que analisaram os dados de mortalidade por câncer do colo do útero de acordo com estratos socioeconômicos, demonstraram que, para os estratos sociais com os piores indicadores, a tendência tem sido crescente. As limitações de acesso dificultam que mulheres pobres sejam diagnosticadas e tratadas em tempo de se obter a cura da doença, pois, como afirma Barata (2001), o nível de riqueza determina não só a possibilidade de consumo de bens materiais para a promoção da saúde, mas também o acesso e a utilização de serviços essenciais. Os obstáculos para o diagnóstico oportuno e para o acesso aos meios de tratamento são as principais causas para a alta mortalidade, além de resultarem em tratamentos mais agressivos e menos efetivos, com comprometimento físico e emocional da mulher (PAULA, VOLOCHKO e FIGUEIREDO, 2016).

A carga global de doença é uma medição complementar das estatísticas de saúde que traduz o impacto de desfechos não fatais da doença ou lesão ao longo da vida. A introdução da medida DALY (*Disability-Adjusted Life Year*) como metodologia para definir a carga de doença representa os anos de vida perdidos ajustados pela incapacidade. Dessa forma, combina a carga de mortalidade com a de morbidade decorrente de sequela física ou mental das doenças que levam à perda da qualidade de vida, ou seja, indica não só o tempo de vida perdido pela morte, mas também pelo decréscimo da qualidade de vida e das funções sociais e econômicas antes da morte por uma doença. Em termos de carga de doença, entre as mulheres brasileiras, o câncer de colo de útero está entre as principais causas de anos de vida perdidos

por morte prematura, ocupando a 16ª posição, em 1990, e a 14ª, em 2010. Considerando apenas os cânceres, passa a ocupar a primeira e segunda posição no respectivo período (MARINHO, PASSOS, FRANCA, 2016).

#### **4.2.2. Estratégias e diretrizes para o rastreamento do câncer do colo do útero**

As primeiras estratégias organizadas nacionalmente, no campo das políticas públicas, de prevenção do câncer do colo do útero no Brasil, datam de 1984, no escopo de ações do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism). As diretrizes gerais do Paism destacavam a importância da capacitação do sistema de saúde para atender as necessidades da população feminina e realizar o controle das patologias mais prevalentes, expandindo as ações para além do ciclo gravídico-puerperal. A grande contribuição do Paism para o controle do câncer do colo do útero foi introduzir e estimular a coleta de material para o exame citopatológico como procedimento de rotina na consulta ginecológica (INCA, 2016).

No contexto de redemocratização do país, o fortalecimento da luta dos movimentos de mulheres por melhores condições de saúde possibilitou que o controle das doenças mais prevalentes, como o câncer do colo do útero, passasse a ter maior atenção do Ministério da Saúde, com a intensificação das ações educativas e ampliação da oferta de exames Papanicolaou (PINHO, 2003; TEIXEIRA, 2015). Essas ações, entretanto, ocorreram de forma díspare, em virtude dos diferentes graus de organização e oferta dos serviços públicos de saúde no país (LAGO, 2004; AZEVEDO E SILVA *et al.*, 2015).

Em 1986, foi elaborado, no âmbito do Programa de Oncologia (Pro-Onco), do Ministério da Saúde, o projeto Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino. Esse projeto possibilitou a ampliação da rede de coleta de material e da capacidade instalada de laboratórios de citopatologia em todo o país, estabelecendo ainda a periodicidade e a faixa etária para o exame de prevenção do câncer do colo do útero (INCA, 2016). Não obstante o Pro-Onco ter favorecido uma articulação da rede básica com os serviços de nível secundário e terciário para o tratamento, as ações de prevenção e controle do câncer do colo do útero não alcançaram o sucesso almejado. Dessa forma, reconhecendo as falhas existentes e, incentivado pelo protocolo de Cooperação Técnica celebrado junto ao Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 3040/98, instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero (PNCCCU), que ficou

conhecido pelo nome da campanha de intensificação das ações denominada Programa Viva Mulher<sup>8</sup> (TEIXEIRA e FONSECA, 2007). Essa campanha foi projetada no âmbito do PNCCCU e atuou especificamente sobre um universo constituído por mulheres da faixa etária de 35 a 49 anos, que representa o grupo de maior risco para a doença (BRASIL, 1999).

Inicialmente, a ideia de ações no formato de campanha originou críticas ao Viva Mulher, em razão da natureza vertical desse modelo de intervenção, contrário à concepção de atenção integral à saúde da mulher (LAGO, 2004). Entretanto, a busca de consenso na Comissão Tripartite demonstrou o interesse do programa ser desenvolvido entre as três esferas de governo e não como uma ação vertical, partindo apenas do Ministério da Saúde. A apresentação do Programa ao Conselho Nacional de Saúde, através de sua Comissão de Saúde da Mulher - CISMU – foi outra estratégia utilizada para obter-se a homologação da linha estrutural básica apresentada (BRASIL, 1999).

Em 1998, foi desenvolvida a primeira fase de intensificação do Programa Viva Mulher, com o objetivo de estruturar a rede de serviços e capacitar os profissionais para o tratamento ambulatorial da lesão precursora. A fase de consolidação do programa ocorreu entre 1999 e 2000 e definiu as diretrizes gerais para a incorporação das ações de rastreamento do câncer do colo do útero pelos gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2002, foi realizada a segunda fase de intensificação com o objetivo de ampliar a cobertura das ações de rastreamento, captar as mulheres da faixa etária com maior risco de apresentar lesões precursoras do câncer do colo do útero e ainda incluir ações que contemplassem a detecção precoce do câncer de mama (INCA, 2018).

Nas duas campanhas foram utilizadas estratégias de comunicação para despertar a atenção do público e mobilizar as mulheres de 35 a 49 anos de idade para realizarem o exame preventivo nas unidades de saúde. Essa convocação nacional da população-alvo através da mídia (TV, rádio, *outdoor*, cartaz e folder) levou a um aumento de 81% no número de exames realizados no SUS, gerando a necessidade de ampliação da capacidade instalada para a realização dos atendimentos no país (Ministério da Saúde, 2002). Problemas diversos como o

---

<sup>8</sup> Para uma análise mais específica do Programa Viva Mulher ver: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Viva Mulher 20 anos: história e memória do controle do câncer do colo do útero e de mama no Brasil: catálogo de documentos / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: Inca, 2018.

despreparo do sistema de saúde para lidar com o grande número de mulheres que atenderam à solicitação para realizar o exame, o número insuficiente de profissionais para a leitura das lâminas e as dificuldades de seguimento das mulheres com citologia positiva trouxeram limitações para que o Programa Viva Mulher alcançasse plenamente suas metas. Após a avaliação dos resultados das campanhas realizadas, o programa foi transformado em uma ação permanente de rastreamento do câncer do colo do útero, em âmbito nacional, disponível nos serviços públicos de saúde em todo o país (Brasil, 2002).

Talvez por representar a marca de um governo, a denominação Viva Mulher deixou gradativamente de ser utilizada, passando-se a utilizar o nome Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama e, posteriormente, Ações de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (INCA, 2018).

No histórico do Programa, desde a sua criação até o momento presente, há uma dinâmica instável de gestão, que ora atribui papel coordenador ao INCA e ora a outra área técnica da própria estrutura do MS em Brasília. A alternância e a pouca definição sobre os papéis da coordenação em nível central compromete o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações. Situação agravada pela dificuldade de estruturar e manter equipes gerenciais para o programa seja nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) seja nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS). A gestão 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” (INCA, 2010). Para alcançar seus objetivos um programa de controle de câncer exige a implementação organizada e sistemática de ações descritas em um plano, de acordo com prazos estabelecidos e recursos humanos, físicos e financeiros definidos (OPAS, 2007).

Desde 1998, quando foi lançado o PNCCCU, o método utilizado para o rastreio do câncer do colo do útero no Brasil pelo SUS é a citologia convencional (exame de Papanicolaou). A realização do exame ocorre de forma oportunista, pois as mulheres geralmente fazem o rastreamento como parte da avaliação de rotina quando vão às unidades de saúde para serem atendidas por médicos ou enfermeiros (VALE *et al.*, 2016). Ao contrário de países onde há recrutamento ativo da população-alvo, o rastreamento no Brasil ocorre, de modo geral, a partir da procura ocasional e espontânea dos serviços de saúde por razões diversas que não o rastreamento do câncer do colo do útero (VALE *et al.*, 2010). Esse padrão

predominante ocasiona um grande número de mulheres que são submetidas ao rastreio além do recomendado pelas diretrizes nacionais, enquanto, de outra parte, um grupo permanece sem realizar os exames de rastreamento (INCA, 2016).

Após a realização do Programa Viva Mulher, um marco histórico para as ações e políticas voltadas ao controle do câncer do colo do útero, o ano de 2005 foi marcado por dois importantes acontecimentos na atenção oncológica: o lançamento da Política Nacional da Atenção Oncológica (Portaria GM 2439/2005) e do Plano de Ação para o Controle do Câncer Útero e de Mama 2005-2007 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). O primeiro estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero como um dos componentes fundamentais a ser previsto nos planos estaduais. O segundo propôs diretrizes estratégicas para o controle do câncer do colo do útero, tais como: aumento de cobertura da população-alvo, garantia da qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas.

A manutenção dos elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil fez com que o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 310, instituísse, em 2010, um grupo de trabalho com a finalidade de avaliar o PNCCCU. Esse grupo teve o objetivo de avaliar os resultados do programa, elaborar propostas para o seu aperfeiçoamento técnico e operacional, estabelecer estratégias dirigidas às regiões com altas taxas de incidência e de mortalidade e também avaliar as possibilidades de incorporação de novas tecnologias para a prevenção e controle do câncer do colo do útero. A relevância epidemiológica e a magnitude social do câncer do colo do útero no país, a dificuldade de a maioria dos estados alcançarem as metas pactuadas do Pacto pela Saúde<sup>9</sup>, a necessidade de ampliar a participação da atenção básica no rastreamento organizado, de qualificar o seguimento das mulheres com resultados alterados e de aumentar o acesso das mulheres com lesões precursoras ao tratamento adequado, foram algumas das justificativas para a criação do grupo de trabalho. No relatório final, as propostas para o aperfeiçoamento técnico e operacional do programa

---

<sup>9</sup> O Pacto pela Saúde foi instituído pela Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e representou um conjunto de compromissos sanitários derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. O Pacto teve como objetivo estimular ações prioritárias no campo da saúde que deveriam ser executadas com foco em resultados e com a explicitação dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance dos resultados. Dentre as prioridades elencadas constava contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama. Os objetivos e metas para o Controle do Câncer do Colo do Útero instituídas foram: a) Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo do útero, e b) incentivo para a realização da cirurgia de alta frequência realizada em ambulatório.

foram organizadas em cinco eixos principais: (1) fortalecimento do rastreamento organizado e da gestão do programa; (2) garantia de qualidade do exame citopatológico; (3) garantia de tratamento adequado das lesões precursoras; (4) intensificação das ações de controle do câncer do colo do útero na região norte e (5) avaliação de alternativas de ações para o seu controle (INCA, 2010).

Um dos elos essenciais para o aperfeiçoamento do programa de rastreamento é a garantia da qualidade dos exames citopatológicos. O Brasil vem buscando estabelecer critérios para avaliação da qualidade dos exames e contratualização dos laboratórios desde o Viva Mulher. No entanto, a maior parte dos laboratórios ainda processa um número de exames inferior ao recomendado como critério de excelência pela Organização Panamericana de Saúde, que é de 15.000 exames/ano (OPS, 2000).

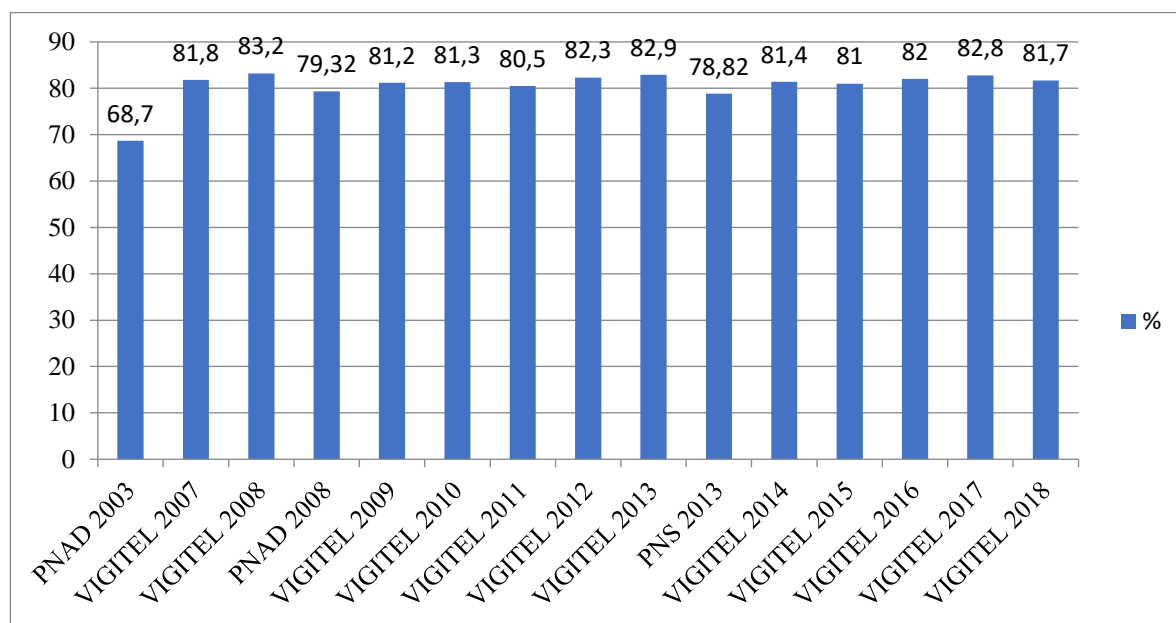
Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), por meio da qual definiu padrões para acompanhamento e monitoramento interno e externo da qualidade dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS (Portaria GM/MS n.º 1.504, de 23 de julho de 2013). Em estudo realizado com base nos sistemas de informação do SUS, Junior *et al.* (2018) ressaltaram que, apesar de haver um baixo percentual de amostras insatisfatórias no Brasil, como um todo, os exames realizados apresentam baixo percentual de representatividade da zona de transformação e baixo índice de positividade, aspectos que comprometem a boa qualidade dos exames citopatológicos.

É preciso ressaltar que o número total de exames citopatológicos realizados no Brasil seria, a princípio, suficiente para garantir a cobertura de 70 a 80% da população-alvo coberta pelo SUS, se fossem respeitadas a periodicidade e a faixa etária estabelecida (AZEVEDO E SILVA *et al.*, 2015).

Com relação à cobertura da população-alvo, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) apontam para coberturas acima de 70% (Gráfico 4).



**Gráfico 4** - Percentual de mulheres da população-alvo que informaram a realização de exames citopatológicos nos últimos três anos, em diferentes pesquisas nacionais, Brasil

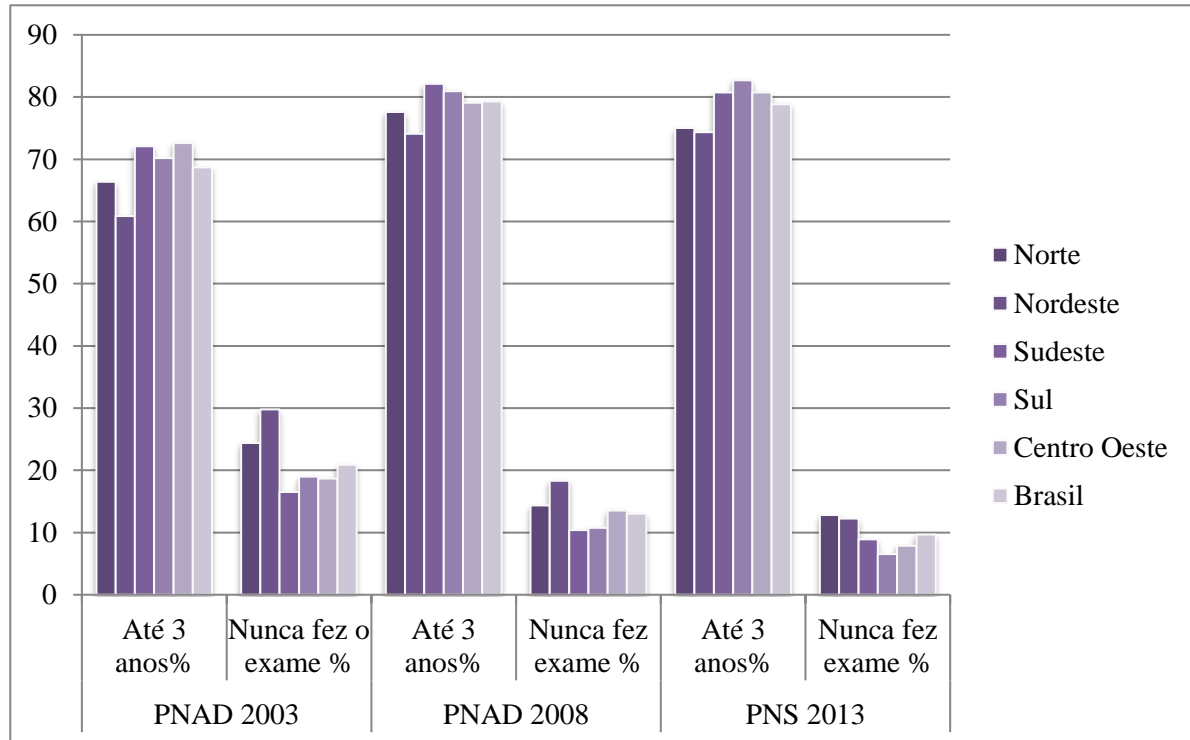


Fonte: IBGE. Elaboração própria.

Apesar de ter ocorrido aumento no acesso aos exames de rastreamento nas últimas décadas, os dados das pesquisas nacionais que apresentam o percentual de mulheres que informaram ter feito o preventivo ginecológico nos últimos três anos precisam ser considerados com cautela, pois essas coberturas estão baseadas em informações autorrelatadas, podendo estar superestimadas.

Na ausência de um sistema de informação nominal que possibilite conhecer, de fato, a real cobertura dos exames realizados no país, as pesquisas nacionais têm sido utilizadas como referência, mas seus resultados devem ser ponderados. A cobertura expressa pode não ser fidedigna, porém a análise dos dados estratificados por regiões chama a atenção pelo percentual significativo de mulheres que afirmaram nunca terem realizado o exame preventivo. O Gráfico 5 mostra que esse percentual tem se mantido elevado, principalmente nas regiões Norte e Nordeste onde a incidência e mortalidade por câncer do colo do útero é maior.

**Gráfico 5** - Relação entre os exames citopatológicos em mulheres da população-alvo e a população feminina do mesmo grupo etário e lugar de residência, por região, Brasil



Fonte:

IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD - Suplemento Saúde.

IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS - Suplemento Saúde.

Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA).

O estudo realizado por Oliveira *et al.* (2018), com o objetivo de estimar e descrever a cobertura do exame Papanicolaou, relatado por mulheres brasileiras entre 25 e 64 anos, na PNS, e comparar com as estimativas do Vigitel para o mesmo indicador nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, em 2013, constatou que, para o Brasil como um todo, as maiores coberturas foram observadas em mulheres com maior escolaridade, brancas e residentes na área urbana, sendo que as regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores proporções de realização do exame. O estudo evidenciou desigualdades socioeconômicas no acesso aos serviços de saúde, sendo maior o acesso na população com maior renda e escolaridade, variando ainda conforme a raça/cor da pele. Os autores ressaltam que a verificação de diferenças regionais quanto à realização do exame impacta negativamente no alcance da meta de aumentar cobertura do exame de Papanicolaou prevista no Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT. Os estudos da Organização Mundial da Saúde

apontam a necessidade de cobertura em torno de pelo menos 80% da população-alvo para impactar os índices de mortalidade pela doença.

A despeito do aumento da oferta de exames para o rastreamento do câncer do colo do útero no país com a expansão da atenção básica, alguns estudos observam, principalmente nas regiões mais pobres, menores coberturas entre as mulheres com maior vulnerabilidade social (MACHADO, LIMA, VIANA, 2008; MALTA, JORGE, 2014; FACCHINI *et al.*, 2006; BARCELOS *et al.*, 2017).

Devido à inexistência de um sistema de informação nominal, como já mencionado, que possibilitasse a identificação do número de mulheres que realizam os exames, o INCA propôs que a razão dos exames citopatológicos fosse utilizada como um indicador *proxy* de cobertura, que avalia apenas a oferta de exames e não o número de mulheres examinadas. Este indicador foi utilizado em monitoramento no Pacto pela Saúde e permanece sendo usado na avaliação da oferta de exames preventivos para câncer do colo do útero e possibilita a análise das variações temporais no acesso ao exame de rastreamento (INCA, 2014).

Segundo as *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero*, o início da coleta deve ser aos 25 anos de idade, para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual, e seguir até os 64 anos de idade. O rastreio pode ser interrompido quando essas mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (INCA, 2016). A realização de exames fora da faixa etária alvo e da periodicidade recomendada, além de sobrecarregar os serviços, compromete o acesso das mulheres que nunca realizaram o exame e o alcance da cobertura necessária. Porém, apesar das recomendações, cerca de 20% a 25% dos exames são realizados fora do grupo etário alvo e aproximadamente metade deles com intervalo de um ano ou menos, quando a periodicidade recomendada são três anos (INCA, 2014).

A repetição de um grande número de exames em até um ano sugere o não cumprimento das recomendações nacionais, pois somente as mulheres que deram início ao rastreamento, as que tiveram exames com amostra insatisfatória e as que apresentaram alterações com necessidade de controle em intervalo menor deveriam repetir o exame no período de um ano (INCA, 2012; DIAS, TOMAZELLI e ASSIS, 2010). Nesse contexto, existe um grupo de mulheres excessivamente rastreadas, com exames anuais, e outro de mulheres que nunca

foram submetidas ao exame ou o fizeram após a periodicidade recomendada, comprometendo a efetividade das ações de controle (MAIA, SILVA e SANTOS, 2018).

A melhoria dos sistemas de informação e vigilância do câncer, para aprimorar o gerenciamento das ações, constituiu uns dos eixos prioritários do plano lançado em março de 2011, pela então Presidenta da República Dilma Rousseff, para o fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero e de mama (BRASIL, 2013). A qualificação do sistema de informação foi pensada com o objetivo de possibilitar a busca ativa de mulheres que não realizaram os exames dentro do prazo previsto e acompanhamento da trajetória daquelas com exames alterados; o acesso direto aos dados produzidos sem necessidade de geração e envio de arquivos pelos prestadores; a identificação da mulher e a disponibilidade da informação em tempo real ao ser inserida no sistema pela internet.

O primeiro sistema de informação, o SISCOLO (Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero), foi desenvolvido no âmbito do Programa Viva Mulher e possibilitou a padronização do laudo em todo o país, o monitoramento e a avaliação das ações realizadas<sup>10</sup>. Por ser informatizado, tornou possível coletar as informações dos exames citopatológicos realizados na rede nacional de assistência do SUS, possibilitando avaliar o perfil das mulheres que realizaram o exame, a qualidade da coleta, a prevalência de alterações e lesões precursoras e as citologias oncóticas alteradas. Por ser um sistema que tinha como base o exame e não a mulher, não possibilitava o acompanhamento da real evolução da cobertura das ações de rastreamento no país, pois indicava somente a quantidade de exames e não o número de mulheres examinadas, não permitindo verificar a repetição de exames para uma mesma mulher.

Em 2013, foi instituído pelo MS um novo sistema, o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), uma versão em plataforma web que vem passando por um complexo processo de implantação. A instabilidade do sistema nos primeiros anos de implantação e o fato de o sistema ainda não gerar nenhum tipo de relatório foram apontados por Sartori (2016) como importantes limitações. A autora reconhece se tratar de um sistema com grande potencial de

---

<sup>10</sup> O SISCOLO foi implantado de modo oficial em todo o país através da Portaria/SAS/MS nº 408, de 30 de julho de 1999, visando proporcionar o gerenciamento das ações de rastreamento do câncer do colo do útero.

auxílio à equipe de saúde e, por isso, suas fragilidades precisam ser corrigidas e o sistema aperfeiçoado.

Por ser um sistema nominal, o SISCAN oferece melhores condições para o monitoramento e seguimento das mulheres que realizaram o exame citopatológico, além de facilitar a gerência da assistência à mulher com a solicitação de exames e a visualização de laudos pela Unidade Básica de Saúde (UBS). Para atender às necessidades de melhoria expressas no Plano lançado em 2011, o SISCAN avançou na capacidade de fornecer subsídios para a avaliação dos serviços que executam os procedimentos referentes ao rastreamento do câncer do colo do útero, possibilitando o melhor planejamento das ações para a organização da rede assistencial e para o acompanhamento das usuárias com exames alterados (INCA, 2013). A possibilidade de identificação da usuária, tornando possível o cálculo de cobertura dos exames, é considerada a principal melhoria do sistema, pois se trata de um dado fundamental para a avaliação e o planejamento de ações. A identificação da mulher em um sistema de informação é fundamental para que o país possa passar de um rastreamento oportunístico para um rastreamento organizado com a convocação das mulheres para a realização dos exames de acordo com a periodicidade estabelecida. O SISCAN permitirá o acompanhamento longitudinal das usuárias, pois o registro terá como unidade de observação a mulher, e não mais o exame.

É importante ainda ressaltar que, dentre as ações para o controle do câncer do colo do útero, o MS, no ano de 2014, iniciou a campanha de vacinação de meninas adolescentes contra o vírus HPV. Os estudos demonstram o papel promissor dessa vacina como contribuição relevante nas ações de prevenção do câncer do colo do útero. No entanto, permanecem imprescindíveis as ações de prevenção e de detecção por meio do rastreamento em mulheres assintomáticas como estratégias de controle da doença (INCA, 2014; BRASIL, 2016).

No Quadro 9, há o registro histórico dos principais marcos do controle do câncer do colo do útero no Brasil.

**Quadro 9** - Principais marcos do controle do câncer do colo do útero no Brasil

ANO	PRINCIPAIS MARCOS
1984	Lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, com destaque para a prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama.
1986	Criação do Programa de Oncologia do Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde (Pro-Onco) com foco nos quatro tipos de câncer mais incidentes, entre eles o do colo do útero.
1988	Criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal
1995	Elaboração do projeto piloto do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero.
1997	Implantação do projeto-piloto, denominado Viva Mulher em seis localidades (Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e estado de Sergipe)
1998	Instituição do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero
1999	Criação do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO
2002	Realização da segunda fase de intensificação do Programa Viva Mulher
2005	Lançamento da Política Nacional de Atenção Oncológica, que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e da mama como componente fundamental.
	Elaboração do Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo e de Mama 2005-2007
2006	Inclusão no Pacto pela Saúde de indicadores e metas a serem atingidos nos estados e municípios visando à melhoria do desempenho das ações de controle do câncer do colo do útero
2010	Criação do Grupo de Trabalho com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero
2011	Lançamento do plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer pela presidente da república Dilma Rousseff com priorização do controle do câncer do colo do útero.
	Lançamento do Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022
	Publicação da atualização das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero pelo INCA
2012	Publicação do Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia
2013	Instituição da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
	Lançamento do Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), uma versão em plataforma web que integra os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Câncer de Mama (SISMAMA).
	Publicação da Portaria da QualiCito para definição de padrões de qualidade e avaliação da qualidade do exame citopatológico do colo do útero no âmbito do SUS
2014	Publicação da Portaria que instituiu o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero (SRC).
	Início da campanha de vacinação contra o vírus HPV em meninas entre 11 e 13 anos no Programa Nacional de Imunizações (PNI)

**Quadro 9 (continuação)** - Principais Marcos do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero no Brasil

ANO	PRINCIPAIS MARCOS
2016	Publicação da 2ª edição revista, ampliada e atualizada das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.
2016	Publicação da 2ª edição revista e ampliada do Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia

Fonte: Elaboração própria com base na bibliografia consultada

O fato de não existir um sistema de convite/convocação para as mulheres da população-alvo participarem do rastreamento faz com que os exames sejam realizados principalmente quando as usuárias procuram a rede básica de saúde espontaneamente, após o surgimento de algum sintoma indicativo de problema de saúde, ou motivadas por algum programa específico como pré-natal e contracepção (VALE *et al*, 2010; CARVALHO, O'DWER e RODRIGUES, 2018). Esse caráter oportunístico, somado a problemas na qualidade dos registros nos sistemas de informações e à baixa adesão aos protocolos nacionais, acarreta dificuldades para o monitoramento, avaliação e organização das ações de detecção precoce da doença (RIBEIRO, AVEZEDO E SILVA, 2018).

Um programa de rastreamento organizado que possibilite entrar em contato com as mulheres por meio de carta ou mensagens telefônicas ainda é uma agenda a ser cumprida no Brasil. A estratégia de saúde da família (ESF) apresenta características que podem contribuir para modificar este cenário, tais como: a adscrição da população por critério territorial, a capilaridade em territórios socialmente desfavorecidos e a presença de agentes comunitários de saúde (MAIA, SILVA e SANTOS, 2018). Carvalho, O'Dwer e Rodrigues (2018) avaliam que as equipes da ESF precisam se responsabilizar pela realização da busca ativa das mulheres da população-alvo para realização dos exames de rastreamento em seu território. As autoras ressaltam que a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)<sup>11</sup>, em 2012, favoreceu a melhoria dos serviços e a ampliação do acesso da população, pois a cobertura do exame citopatológico foi um dos indicadores de

<sup>11</sup> O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq) é parte de um esforço de melhoria permanente da qualidade tanto dos serviços quanto do processo de trabalho e de gestão. O programa tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorarem a qualidade dos serviços de saúde oferecidos em seu território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, a partir do repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem a melhoria no padrão de qualidade no atendimento.

qualidade da assistência contemplados pelo programa para o repasse de recursos vinculado ao desempenho das equipes. Entretanto, o fato de os profissionais não possuírem preparo adequado para realizarem o monitoramento e a análise dos indicadores tem repercutido no não alcance do resultado esperado (BOUSQUAT *et al*, 2019).

Para que as equipes da ESF e as unidades de saúde da APS possam operar de forma satisfatória no seguimento das mulheres e promover a integralidade, é necessário que, além de um sistema de informação nominal, existam também instrumentos adequados que tornem possível a comunicação entre os níveis assistenciais para o atendimento às necessidades de saúde da mulher. É preciso garantir o acesso a serviços resolutivos no nível secundário para a realização de consultas com especialistas e exames necessários para a conclusão diagnóstica e o tratamento adequado. Nesse cenário, a Rede de Atenção à Saúde (RAS), com seus mecanismos de referência e contrarreferência, é fundamental para garantir o acesso aos serviços e a integralidade do cuidado. Estudos demonstram que a relação dos serviços da APS com os serviços especializados vem ocorrendo de modo desarticulado, fragmentado, com baixa resolutividade, incertezas quanto ao atendimento e muitas vezes de maneira informal (LAVRAS, 2011; PAULA, VOLOCHKO e FIGUEIREDO, 2016). Bousquat *et al* (2019) ressaltam que a presença de uma APS integral e resolutiva é fundamental para a efetivação da RAS em sistemas universais de saúde. Para os autores, apenas a articulação da APS com os demais componentes da RAS poderá garantir o cuidado regular e contínuo, em prol da integralidade.

As questões referentes à RAS e à continuidade da assistência são fundamentais para a discussão do seguimento das mulheres com exames alterados. O estudo realizado por Farias e Barbieri (2016), sobre o seguimento no rastreamento do câncer do colo do útero em uma região de saúde, verificou inconformidades entre os resultados dos exames e as condutas clínicas estabelecidas nas diretrizes nacionais, bem como importantes falhas em decorrência da desarticulação dos serviços, não havendo efetivo monitoramento do fluxo de cuidados na rede de saúde. As autoras ressaltam que a falta de comunicação entre os níveis de atenção e entre os serviços assistenciais geram interrupções e atrasos no tratamento e chamam a atenção para o fato de os sistemas de informações não serem utilizados para monitorar o tratamento.

Dessa forma, apesar de os estudos indicarem que a ESF contribuiu para a melhoria da estrutura dos serviços e a prestação do cuidado na APS (TOMASI *et al.*, 2015), as barreiras



referentes à dificuldade de acesso, à busca ativa da população-alvo e ao seguimento das mulheres com exames alterados permanecem como problemas a serem enfrentados (BRITO-SILVA *et al.*, 2014).

Em 2017 foi sancionada a Lei 13.522 que estabeleceu a obrigatoriedade de as equipes da APS desenvolverem estratégias específicas de busca ativa das mulheres que enfrentam dificuldades para fazer exames preventivos e de rastreamento dos cânceres de colo do útero e de mama. Apesar de o argumento de que é necessária uma postura mais proativa dos serviços de saúde para aumentar a adesão das mulheres às estratégias de controle do câncer, a lei não previu a forma como se dará essa busca ativa diante da falta de recursos e com a infraestrutura existente.

A realização do seguimento é condição necessária para o alcance das metas e ações estabelecidas nacionalmente para o controle do câncer do colo do útero no Brasil, descritas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e no Plano Nacional de Saúde (Quadro 10).

**Quadro 10** - Ações nacionais para o controle do câncer do colo do útero no Brasil

PLANO	OBJETIVO / ESTRATÉGIA	META / AÇÃO
Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde. PNS 2016 – 2019. Brasília, 2016.	<p>Objetivo:</p> <p>Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.</p>	<p>Meta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar 30 milhões de exames citopatológicos para rastreamento do câncer de colo do útero em mulheres de 25-64 anos.</li> </ul>
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.	<p>Estratégia:</p> <p>Fortalecer a rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama.</p>	<p>Meta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Implantar o Programa de Gestão da Qualidade de Citopatologia nos laboratórios que realizam esse tipo de exame;</li> <li>✓ Ampliar e/ou manter a cobertura de exame citopatológico do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, em todas as regiões do país;</li> <li>✓ Garantir tratamento de mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer do colo do útero.</li> </ul> <p>Ações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aperfeiçoar o rastreamento do câncer do colo do útero e evoluir do modelo oportunístico para o modelo organizado, com garantia de confirmação diagnóstica, tratamento de lesões precursoras e referência dos casos confirmados de câncer para o nível terciário.</li> <li>✓ Implantar o Programa de Gestão da Qualidade de Citopatologia.</li> <li>✓ Capacitar profissionais da Atenção Básica e Secundária para o rastreamento do câncer do colo do útero</li> <li>✓ Desenvolver estratégias para difusão de informação e mobilização social relativas à prevenção e à detecção precoce do câncer do colo do útero.</li> <li>✓</li> </ul>

As características gerais do programa e ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil estão resumidas no quadro 11.

**Quadro 11** - Características das políticas e ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil

COMPONENTES	DESCRIÇÃO
<b>Programa Nacional</b>	Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero criado em 1998, porém com história marcada por rupturas e descontinuidades na gestão. Variações na esfera política nacional que provocaram não somente alterações na nomenclatura como também na condução das ações.
<b>População-alvo</b>	Mulheres de 25 a 64 anos
<b>Método e Intervalo</b>	Citologia convencional (Papanicolaou) a cada três anos, após dois exames anuais negativos
<b>Vacina contra HPV</b>	Foi incorporada ao calendário de vacinação nacional do Sistema único de Saúde em 2014. Atualmente destinada a meninas e meninos de 9 a 14 anos de idade.
<b>Meta de Cobertura</b>	80% da população-alvo
<b>Infraestrutura Assistencial</b>	Conta com um sistema de referência para as mulheres com resultados anormais que precisam de seguimento para tratamento das lesões precursoras, câncer invasivo e cuidados paliativos.
<b>Sistema de Informação</b>	Sistema de Informação do Câncer (SISCAN)
<b>Diretrizes clínicas</b>	Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, 2016.
<b>Característica geral do sistema de saúde</b>	Sistema de Saúde público com acesso universal e gratuito, descentralizado e financiado pelas três esferas de governo (federal estadual e municipal). Participação complementar de serviços privados de saúde no SUS. Existência de ampla rede de serviços privados vinculada a planos de saúde.

Fonte: Elaboração própria com base na bibliografia pesquisada.

## **5. POLÍTICAS DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO CHILE**

### **5.1. CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

#### **5.1.1. O Estado e suas atribuições na área da saúde**

O Chile é um dos dois únicos países, junto com o Equador, que não têm uma fronteira com o Brasil na América do Sul. Possui uma área territorial de 756.945 km<sup>2</sup> e um litoral que se estende por 6.435 quilômetros ocupando uma longa e estreita faixa costeira no continente sul americano. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística do Chile (INE), em 2018, a população oficial do país era de 18.751.405 de pessoas.

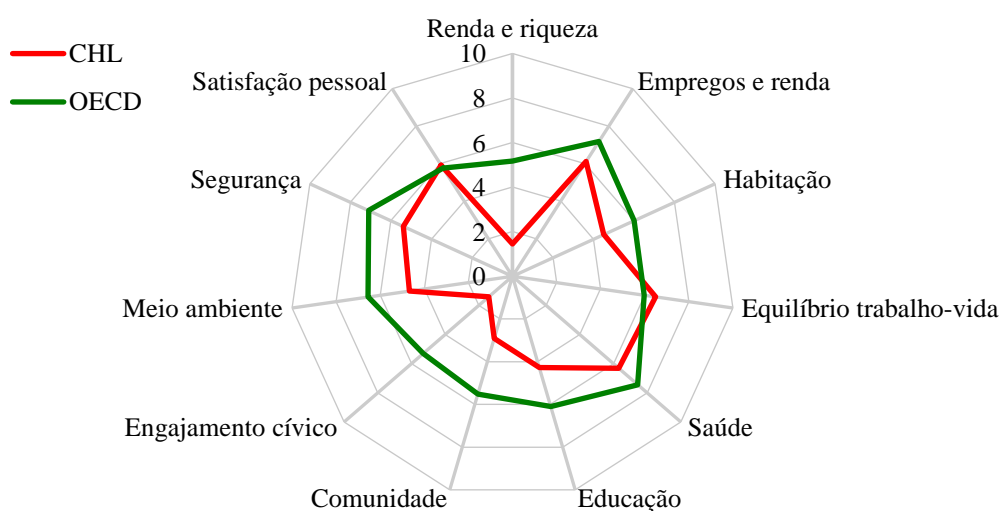
De acordo com os dados publicados pelo Banco Mundial (WORLD BANK, 2019b), o Chile representou, nas últimas décadas, uma das economias de mais rápido crescimento da América Latina, reduzindo a taxa de incidência de pobreza de 36% em 2000 para 8,6% em 2017. A queda no coeficiente de Gini de 0,52 para 0,46 nesse intervalo, demonstra que a desigualdade reduziu significativamente nesse período. No plano social, o relatório aponta a necessidade de se reduzir a pobreza remanescente, fortalecer a classe média, melhorar a qualidade dos serviços de saúde e educação e reduzir as restrições ao acesso às políticas sociais.

O Chile figura entre os países com desenvolvimento humano muito alto e ocupa a 44<sup>a</sup> posição no relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,84; expectativa de vida ao nascimento de 79,7 anos; taxa de alfabetização da população adulta de 96,3; e média de 10,3 anos de escolaridade no ano de 2017 (UNDP, 2018).

De acordo com o relatório da OCDE publicado em 2018, a qualidade de vida dos chilenos teve significativa melhora nas últimas décadas. Na Figura 2, é possível perceber que a qualidade de vida é próxima da média da OCDE em algumas dimensões do bem-estar, em particular no que se refere a emprego e renda, equilíbrio entre vida pessoal e trabalho, saúde e bem-estar subjetivo. No entanto, a relação entre o maior e o menor decil de renda permanece entre os maiores registrados na OCDE. O relatório ressalta que, apesar de terem ocorrido alguns esforços nas últimas décadas, para aumentar a equidade no acesso aos serviços de

saúde e à assistência à infância, ainda é necessário fortalecer políticas redistributivas, com aumento nas transferências para os mais vulneráveis, para uma melhor distribuição da prosperidade.

**Figura 2** - Indicadores de bem-estar, Chile e Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), 2017



Nota: Cada dimensão de bem-estar é medida por um a quatro indicadores do conjunto de indicadores de Vida Melhor da OCDE. É feita uma média simples para cada indicador normalizado. Os indicadores são normalizados entre 10 (melhor) e 0, de acordo com a seguinte fórmula:  $[(\text{valor do indicador} - \text{pior valor mínimo}) / (\text{melhor valor} - \text{pior valor})] \times 10$ .

Fonte: OECD Economic Surveys: Chile 2018. OCDE, 2018.

O Chile é, constitucionalmente, uma república democrática e está organizado politicamente como um Estado unitário, com administração territorialmente descentralizada. Está dividido em 16 regiões, subdivididas em 56 províncias. Para a administração local, as províncias estão divididas em 346 comunas. Apesar de cada região ser constituída de um governo regional, o país é altamente centralizado em termos de poder decisório, pois o governo federal tem um nível significativo de influência na gestão das regiões, incluindo as áreas metropolitanas. É o único país da América do Sul cujas autoridades regionais não são diretamente eleitas, como acontece em países federados (Argentina, Brasil e Venezuela) e países unitários (Bolívia, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru e Uruguai), onde as autoridades executivas no nível regional são escolhidas por meio de eleições diretas. No Chile, os gestores

regionais são nomeados pelo Presidente da República. Apenas em 2013, pela primeira vez, os Conselheiros Regionais<sup>12</sup> foram eleitos democraticamente. A descentralização no Chile avançou desde o retorno à democracia em 1990, com o aprofundamento de reformas políticas em questões financeiras e administrativas. Entretanto, em aspectos típicos da autonomia política subnacional permanece a prevalência da agenda do governo federal sobre as agendas subnacionais (GRIN, BONIVENTO, ABRUCIO, 2017).

Está estabelecido pela lei que a missão do ministério é construir um modelo de saúde baseado em uma atenção primária fortalecida e integrada, que coloque o usuário no centro, com ênfase no atendimento das populações ao longo do ciclo de vida, e que também estimule a promoção e prevenção em saúde, bem como monitoramento, rastreabilidade e cobertura financeira (CHILE, 2004, 2005, 2005a).

A adaptação das políticas, normas, planos e programas de natureza nacional à realidade regional é realizada pela Secretaria Regional de cada região administrativa. Todas as políticas, planos e projetos de desenvolvimento regionais devem estar em conformidade com as diretrizes estratégicas do Plano Nacional de Saúde. Cabe também às Secretarias Regionais avaliar o nível de cumprimento das metas estabelecidas pela administração municipal de saúde e seus estabelecimentos (CHILE, 2005, 2005a).

O processo de administração municipal faz parte da concepção de descentralização do sistema público de saúde. Os estabelecimentos são administrados com base nos convênios realizados entre os *Servicios de Salud* e os municípios e devem cumprir normas, planos e programas elaborados pelo Ministério da Saúde. O município se compromete a oferecer atenção ambulatorial para a promoção, prevenção, recuperação da saúde e reabilitação, com autonomia para a gestão do recurso que administra, submetendo-se à supervisão técnica da autoridade sanitária correspondente. Os municípios são autônomos na gestão e prestação dos serviços de acordo com o marco legal, pois a responsabilidade pela formulação e implementação das políticas é do Ministério da Saúde, indutor das políticas, por ser o

---

<sup>12</sup> O Conselho Regional (CORE) é um órgão colegiado com poderes normativos, resolutivos e fiscalizadores. Sua finalidade é tornar efetiva a participação da comunidade regional. É eleito desde 2013, por sufrágio universal, por voto direto dos cidadãos. Esses conselhos integram os governos regionais e foram criados por meio de uma reforma constitucional feita no ano de 1991.

responsável pela quase totalidade do financiamento da APS (ALMEIDA, OLIVEIRA e GIOVANELLA, 2018).

A administração municipal de saúde foi criada em 1981, com aumento progressivo do número de serviços da Atenção Primária à Saúde (APS). A municipalização possibilitou o desenvolvimento de um sistema técnico-administrativo ativo e complexo de gestão da APS. Contudo, a heterogeneidade dos municípios, em termos de capacidade administrativa, faz com que a eficiência de gestão local da APS seja bastante diversificada no país. Em 2005, foi iniciada a reforma da APS no país com a implementação do *Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario*, caracterizado por ser centrado na pessoa em seu contexto social, ter ênfase nas ações de promoção e prevenção, prover cuidados integrais e promover a participação social e a intersetorialidade (CHILE, 2008).

No Chile, o governo municipal é denominado de *Municipalidad*. De acordo com a Constituição Federal, trata-se de corporações de direito público com a responsabilidade de administrar cada município, assegurando a participação da comunidade no progresso econômico, social e cultural. As *municipalidades* estão sob responsabilidade do governo dos 346 municípios do país<sup>13</sup> e são consideradas indispensáveis para a execução de uma série de políticas públicas. Contudo, como observa Cossani (2014), a limitada autonomia administrativa e financeira deixa as *municipalidades* em uma posição enfraquecida em relação a outros órgãos do Estado, pois, embora possuam relativa independência para exercer suas funções, precisam se submeter a outros níveis de governo para desenvolverem ações compartilhadas e, também, ao controle externo do Estado na execução dos planos e políticas nacionais.

A grande maioria das cidades do país é governada por uma única *Municipalidad*, mas existem duas exceções: as conurbações<sup>14</sup> e as cidades metropolitanas. A primeira surge da união física de pelo menos dois centros urbanos, devido à expansão territorial de um ou de ambos. A segunda é representada pelos casos de Santiago, Valparaíso e Concepción. Em

---

<sup>13</sup> Estritamente falando, existem 345 municipalidades para 346 comunas. Isso porque a Comuna de Antártica do Chile é responsável pela municipalidade de Cabo de Hornos.

<sup>14</sup> “O processo de conurbação, enquanto fenômeno urbano foi definido classicamente como o processo de expansão urbana que ocorre nos grandes aglomerados urbano, em que a metrópole se expande sobre as cidades do seu entorno. Entretanto, uma vez que a conurbação é resultado da expansão urbana, mais recentemente passou-se a admitir a ocorrência do fenômeno também em áreas não metropolitanas” (SANTOS e PEIXINHO, 2015, p. 36).

todas essas situações, cada Municipalidade governa apenas parte da cidade. Contudo, independentemente do tipo de comuna que governam, todas as Municipalidades são homogêneas e reguladas pela Lei Orgânica Constitucional das Municipalidades (LOCM), tendo exatamente os mesmos regulamentos, funções e atribuições, sempre circunscritas ao limite da Comuna (CHILE, 2010).

O Chile é dividido em regiões, que são governadas por um intendente e um Gabinete Regional formado por secretários ministeriais e diretores de serviço, todos nomeados diretamente pelo Presidente da República. As regiões, por sua vez, são subdivididas em províncias, em que cada governador, também nomeado pelo Presidente, responde diretamente ao intendente. Por fim, cada província é composta por vários municípios que são administrados por um prefeito e um conselho municipal, autoridades locais que são eleitas por meio de eleições que acontecem a cada quatro anos (ORELLANA, 2017).

O arcabouço legal, que rege o sistema de saúde chileno, determina as funções de administração, financiamento, seguro e prestação de cuidados. Esse arcabouço baseia-se nos diversos documentos normativos utilizados pelo Ministério da Saúde para regulamentar as diferentes funções das entidades que desempenham atividades no sistema de saúde (GATTINI, 2017).



Fonte: NordNordWest y Janitoalevic, 2018.



O direito constitucional à proteção à saúde está previsto na Constituição Nacional em vigor desde 1980. No Capítulo III, sobre direitos e deveres, o Artigo 19 declara que a Constituição assegura a todas as pessoas:

“9º.- El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control único de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.” (CHILE, 2014)<sup>15</sup>

Com a Constituição de 1980, há o reconhecimento da existência de um setor privado de saúde e a liberdade de escolha entre este e o sistema público. Esse dispositivo constitucional gerou uma grande mudança no setor saúde, pois possibilitou que as ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, fossem delegadas ao setor privado. As ações de saúde passaram a constituir um setor não exclusivo do Estado, devendo ser acatado o direito de a população escolher o sistema de saúde de que deseja participar (ISAPRE, 2016).

O direito de escolher o sistema de saúde do qual desejam se beneficiar, seja ele estatal ou privado, merece ser analisado com atenção. A utilização da expressão "seja estatal ou privado" e não "entre estatal ou privado" não estabelece, de acordo com Nancuante, Romero y Sotomayor (2012), uma obrigação constitucional de o Estado garantir um sistema público, pois o que está de fato protegido por lei é a garantia da liberdade de escolha e não que haja vários sistemas. Esta proteção estaria de acordo com os objetivos perseguidos pelo regime militar de estabelecer uma separação estrita entre economia e política e entre Estado e sociedade civil, perfeitamente alinhado com o modelo neoliberal consagrado no texto original da Constituição de 1980. Para Allard Soto, Hennig Leal e Galdamez Zelada (2016), os direitos previstos no art. 19 da Constituição, não são cobertos em todas as dimensões de

---

<sup>15</sup> **Livre tradução:** 9º.- O direito à proteção da saúde. O Estado protege o acesso livre e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação de saúde e reabilitação do indivíduo. Ele também terá a coordenação e o controle exclusivos de ações relacionadas à saúde. É dever do Estado garantir a execução das ações de saúde, sejam elas fornecidas por meio de instituições públicas ou privadas, na forma e condições determinadas por lei, que podem estabelecer cotizações obrigatórias. Cada pessoa terá o direito de escolher o sistema de saúde a que deseja se vincular, seja público ou privado.

proteção social, pois representam mais uma perspectiva de direito individual. Ou seja, o que está garantido não é o conteúdo social desses direitos, mas a liberdade de escolha.

Embora tratado como direito individual na Constituição, o direito à saúde recebeu tratamento como direito social na jurisprudência. Essa compreensão teve impacto nas modificações mais recentes do sistema de saúde chileno que começaram em 2005, quando entraram em vigor a nova *Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión* e a *Ley del Régimen General de Garantías en Salud*. A primeira estabeleceu as regras para a gestão e fortaleceu a participação cidadã, e a segunda instituiu o plano de *Acceso Universal a Garantías Explícitas* (AUGE) que, tanto o setor público quanto o privado, devem obrigatoriamente assegurar aos seus respectivos beneficiários, regulando garantias de acesso, tratamento e proteção financeira. Um dos principais objetivos dessa reforma foi modificar a estrutura legal do sistema de saúde, com o propósito de promover maior equidade e solidariedade, reduzindo as desigualdades em saúde em prol dos grupos mais desfavorecidos da sociedade (CHILE, 2004a; 2004b).

A política criada com o Plano AUGE, também conhecido como *Régimen General de Garantías Explícitas en Salud* (GES), deu origem a um sistema de garantias em saúde de caráter universal e politicamente legitimado devido à participação de diversos atores que atuaram na definição dos princípios orientadores do plano, tanto no nível técnico quanto político, gerando acordos que permitiram a coalizão política para a sua implementação. Um ator importante nesse processo foi o então Presidente Ricardo Lagos, que assumiu uma liderança importante para a definição da política (HUENCHO, 2012; OLAVARRIA-GAMBI, 2013).

No Chile, não há princípios estabelecidos em lei para a saúde como ocorre em alguns países como o Brasil. Os parâmetros para a organização do setor são dados pelo texto constitucional que estabelece o direito à proteção à saúde e a responsabilidade do Estado em vigiar a execução das ações e serviços de saúde, de instituições públicas ou privadas, reafirmando a segmentação do sistema de saúde.

Enquanto financiador da saúde, o Chile destina 8,9% do seu Produto Interno Bruto (PIB) à saúde, número próximo da média dos países que compõem a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), excetuando-se os Estados Unidos da

América (EUA) cujos gastos de 16,9% do PIB são muito maiores que os demais (OECD, 2019).

O financiamento global do sistema de saúde chileno compreende uma combinação de contribuições públicas e privadas que são atribuídas e transferidas entre as diferentes entidades de seguro e prestação de serviços. A contribuição pública em saúde vem do orçamento geral do Estado, que é gerado a partir da arrecadação de impostos gerais e específicos da população (GATTINI, 2017). Os subsídios estatais que representam o componente solidário da seguridade social na área da saúde no Chile são canalizados exclusivamente para a cobertura fornecida pelo *Fondo Nacional de Salud* (Fonasa). Paolucci e Velasco (2017) ressaltam que o Fonasa oferece um seguro de saúde solidário, em termos de pagamentos e riscos, assegurando com a contribuição de 7% do salário um plano comum, para todos os contribuintes e seus dependentes.

Cumprindo o seu papel regulador e normativo, o MINSAL tem o dever de publicar anualmente o Plano Nacional de Saúde Pública com as atividades a serem realizadas no ano seguinte. Esse plano precisa apontar atividades de acordo com os objetivos nacionais e indicar a cobertura esperada dos programas de vacinação, de diagnóstico precoce das doenças consideradas prioridades nacionais e também estabelecer as medidas que serão implementadas para o controle de doenças transmissíveis que representam uma ameaça à saúde da população, dentre outras (CHILE, 2005a). Ao disponibilizar às equipes de saúde um conjunto de diretrizes técnicas, o MINSAL tem como objetivo otimizar o modelo de gerenciamento da rede de serviços, com ênfase especial na APS, para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (CHILE, 2019b).

O Chile enfrentou mudanças muito rápidas em seu perfil epidemiológico. A prevalência predominante de doenças infecciosas, maternas e infantis, nos anos 60, moveu-se rapidamente para uma maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, no final da década de 1980. Essa mudança tornou necessário readequar as políticas e prioridades de saúde. Desde então, o Ministério da Saúde, vem redefinindo suas prioridades, considerando o resultado do estudo de carga de doenças e anos de vida saudáveis perdidos. Nesse contexto, a alta prevalência e o impacto das doenças cardiovasculares, saúde mental, acidentes e câncer na saúde pública têm direcionado as políticas de promoção da saúde (SALINAS C, VIO DEL R., 2002).

Em 1998, foi elaborado o primeiro *Plan Nacional de Promoción de la Salud*, seguindo as recomendações da Carta de Ottawa. Implementadas em 98% dos municípios do país, as estratégias se concentraram em diminuir os fatores de risco e fortalecer os fatores de proteção da saúde por meio de um modelo de gestão territorial local, com trabalho intersetorial e participação da comunidade e organizações sociais (CHILE, 2010).

Nesse âmbito, na agenda de reformas no setor saúde, realizadas no Chile nas últimas décadas, a discussão sobre políticas de promoção de saúde tem recebido cada vez maior destaque e faz parte da *Estrategia Nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020* (CHILE, 2010). O documento ressalta que as intervenções precisam ser construídas com base em evidências científicas e contextualizadas para o local onde serão implementadas, valorizando a gestão dos recursos locais e a interação com a APS para ativação dos dispositivos existentes nas comunidades. Esta política enfatiza as enfermidades crônicas não transmissíveis e seus principais fatores de risco como tabagismo, obesidade, sedentarismo, hipertensão arterial, diabetes, depressão, entre outros (BELEÑO, 2016).

Medidas como a Lei do Tabaco, o aumento de impostos sobre o álcool, a regulação de adição de sódio nos alimentos e a promoção de estilos de vida saudável, assim como as intervenções assistenciais direcionadas para a população de alto risco, tais como os programas de prevenção e controle de câncer, diabetes e hipertensão, são algumas das ações no âmbito da prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis (CHILE, 2010).

A vontade política de reforçar a estratégia de promoção da saúde tem sido reiterada por todos os governos dos últimos anos e, após mais de uma década de experiência, essa visão tem sido fortalecida com a instalação e construção de um ativo institucional e social, por meio de políticas de abrangência nacional. A Estratégia Nacional de Saúde 2011-2020 propõe cinco grupos de estratégias focadas na promoção da saúde e fatores protetores: (1) promoção da saúde nas cidades; (2) promoção e prevenção nos locais de trabalho; (3) segurança alimentar; (4) intervenção em atenção primária; e (5) comunicação social.

Nesse contexto, as diretrizes de promoção de saúde, para o período 2011-2020, estão estruturadas em três objetivos principais. O primeiro é apoiar os governos municipais e regionais para criar condições estruturais que viabilizem as mudanças necessárias para a promoção de estilos de vida saudáveis. O segundo é promover o reconhecimento da

importância da promoção da saúde nos municípios a partir do binômio saúde/desenvolvimento local. E o terceiro é conseguir a participação dos indivíduos, grupos e comunidades na construção de estilos de vida saudáveis, através da disseminação de informação em saúde e da capacitação para discussão de políticas públicas locais (CHILE, 2010). O Quadro 12 apresenta os objetivos estratégicos para a década 2011-2020:

**Quadro 12.** Objetivos estratégicos e metas para a década 2011-2020

TEMA	OBJETIVOS	META
Saúde otimizada	Aumentar as pessoas com fatores de proteção para a saúde	Aumentar em 20% a prevalência de pelo menos cinco fatores de proteção (1), em população acima de 15 anos.
Consumo de tabaco	Reduzir o uso de tabaco	Reduzir em 5% a prevalência projetada de consumo de tabaco no mês passado em população de 12 a 64 anos
Consumo de álcool	Reduzir o consumo excessivo de álcool	Diminuir a prevalência projetada do consumo de álcool em 10% (2) na população de 15 a 24 anos
Excesso de peso e obesidade	Diminuir a prevalência da obesidade infantil	Diminuir a prevalência de obesidade em crianças menores de seis anos em 10% (3)
Sedentarismo	Aumentar a prevalência da prática de atividade física em adolescentes e jovens	Aumentar a prevalência de atividade física suficiente em 30% (4) na população entre 15 e 24 anos
Comportamento Sexual	Aumentar a prevalência de comportamentos sexuais seguros em adolescentes e jovens	Aumentar em 20% a prevalência de uso consistente de preservativos na população sexualmente ativa de 15 a 19 anos
Uso de drogas ilícitas	Diminuir a prevalência do uso de drogas ilícitas na população em geral	Diminuir a prevalência de uso de drogas ilícitas em 5% (5) durante o último ano em uma população de 12 a 64 anos

Notas:

- (1) Não fumar, IMC <25, atividade física regular, pelo menos cinco porções de frutas e vegetais, consumo de OH sem risco, PA <120/80 mm Hg, Repolho total <200 mg / dl, glicemia baixa 100 mg / dl.
- (2) AUDI T score do instrumento maior que 7.
- (3) População sob controle, DEIS.
- (4) Atividade física ou esporte, fora do trabalho, por 30 minutos, pelo menos, três vezes por semana.
- (5) Maconha, pasta base e cocaína.

Fonte: Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020.

### 5.1.2. Organização do sistema e vias de acesso da população às ações e serviços de saúde

O sistema de saúde chileno é dual e baseado em seguros, havendo uma combinação público/privado tanto no financiamento quanto na provisão. Todos os trabalhadores são obrigados a contribuir com 7% dos seus rendimentos tributáveis para o financiamento do seu seguro de saúde, mas com liberdade de escolha entre o Fonasa e as *Instituciones de Salud Previsional* (Isapre).

No Quadro 13 estão elencados os principais componentes de acesso ao sistema de saúde chileno:

**Quadro 13** - Componentes de acesso do Sistema de Saúde

Componentes	Sistema Público	Sistema Privado
<b>Seguradora</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 (Fonasa)</li> <li>• 76% da população</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 13 (7 Isapres abertas e 6 fechadas)</li> <li>• 18% da população</li> </ul>
<b>Financiamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuição salarial (7% salário) + subsídio do Estado.</li> <li>• Coparticipação segundo a renda e tipo de prestador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuição salarial (7% salário) + contribuição voluntária (3% salário).</li> <li>• Coparticipação segundo tipo de plano.</li> </ul>
<b>Planos de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Igual em cobertura de serviços.</li> <li>• Diferente em coparticipação (aumentam de acordo com o valor) e em prestadores (públicos e privados).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variação de acordo com serviços cobertos, coparticipação e provedores.</li> </ul>
<b>Valor pago</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De acordo com o rendimento, cobre todo o grupo familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De acordo com o conteúdo do plano, sexo e idade + valor fixo para os serviços do Plano AUGE.</li> <li>• Seguro individual.</li> </ul>
<b>Prestadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Públicos e privados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Privados</li> </ul>
<b>Afiliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As Isapre podem recusar os indivíduos de acordo com o estado de saúde ou restringir a cobertura</li> </ul>

Fontes: Extraído de PAOLUCCI y VELASCO (2017). Realizada a atualização dos dados com a Pesquisa CASEN de 2017.

Além do seguro saúde obrigatório, executado pelo Fonasa e pelas Isapre, há também os seguros voluntários, executados por companhias privadas que cobrem os copagamentos dos seguros obrigatórios, os gastos catastróficos, as consultas em centros médicos privados e

a assistência odontológica (PAOLUCCI e VELASCO, 2017). No Quadro 14 é possível visualizar as principais características dos seguros existentes:

**Quadro 14:** Características do Sistema de Saúde no Chile

Sistema	Tipo	Administração	Fontes de Financiamento	Esfera jurídica dos prestadores	Cobertura populacional
<b>FONASA</b>	Sistema Público de Seguro Social	Estatal	Contribuições sociais	Estatal	Cobertura de 78% da população
			Fontes fiscais	Privado com fins lucrativos	
<b>ISAPRE</b>	Seguros Privados de Saúde	Privada Com fins lucrativos	Contribuições sociais	Privado Com fins lucrativos	Cobertura de 18% da população
<b>Forças Armadas</b>	Seguro Social de Saúde	Estatal	Contribuições sociais	Estatal	Cobertura de 3% da população
			Fontes fiscais		
<b>Organizações Administradoras da Lei de Acidentes de Trabalho e Doenças Ocupacionais</b>	Seguros Privados sem fins lucrativos	Mutuárias	Contribuições sociais (Empregadores)	Privado Sem fins lucrativos	Cobertura de 70% dos trabalhadores assalariados
		Privada sem fins lucrativos			
	Seguro público	Instituto de Segurança Trabalhista (ISL)		Privados e Públicos	ISL tem alguns programas para a população vulnerável em conjunto com o Ministério da Saúde
		Estatal			
Seguros Privados sem fins lucrativos	Administração delegada				

Fonte: Comisión Asesora Presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado. Informe final. Santiago de Chile; 2014.

Aproximadamente 76% da população é afiliada ao Fonasa, enquanto 18% pertencem às Isapre, 3% pertencem ao sistema de saúde das forças armadas ou de polícia e 3% da população não está vinculada a nenhum sistema de saúde (ISAPRE, 2016). O segmento da população filiado ao Fonasa é o de maior idade, com menor nível de renda econômica e com maior carga de doença. Em contrapartida, os beneficiários das Isapre são caracterizados como sendo principalmente cidadãos jovens, de alta renda e mais saudáveis. A maioria das pessoas dos primeiros quatro quintis de renda estão afiliadas ao sistema público e somente o quinto quintil (os 20% mais ricos da população) apresenta uma maior afiliação às Isapre (Tabela 3).

**Tabela 3** – Percentual da população inscrita no sistema de saúde por quintil de renda autônoma *per capita*, 2018.

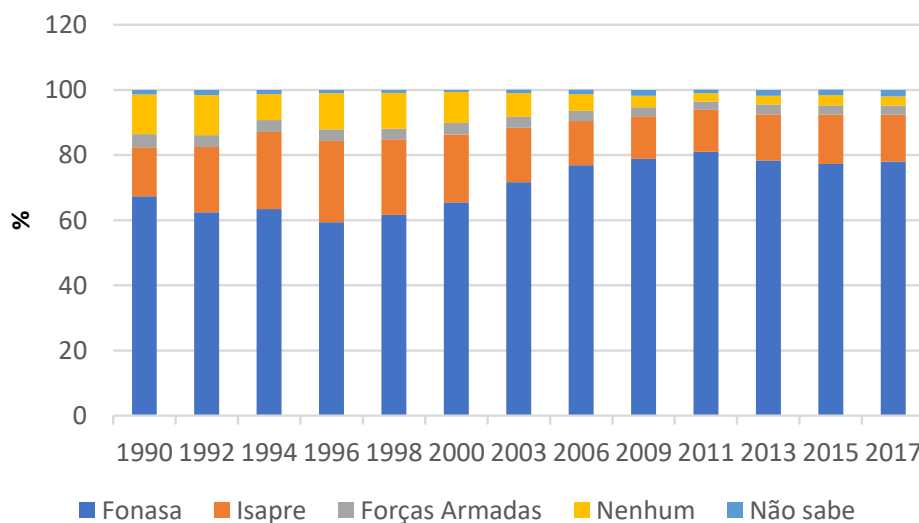
Sistema de Salud	Quintil de renda <i>per capita</i>					
	I	II	III	IV	V	Total
% da população inscrita no FONASA	92,9	89,4	82,5	71,2	39,2	77,3
% da população inscrita nas ISAPRE	2,1	4,3	9,1	18,7	51,4	15,1
% da população não vinculada a um sistema de saúde	2,5	3,0	3,5	3,3	3,0	3,1

Fonte: *Informe de Desarrollo Social*, 2018.

Em relação ao sistema de saúde das forças armadas e de segurança pública (*Fuerzas Armadas y Fuerzas de Orden y Seguridad Pública*), cada modalidade possui uma rede de prestadores com regulamentação do Ministério da Defesa. Entre elas está a Saúde da Marinha, a Divisão de Saúde da Força Aérea, o Comando de Saúde do Exército, Fundo de Previdência da Defesa Nacional e do Departamento de Previdência dos Carabineros de Chile (Policiais). Eles gerenciam e administram uma rede de provedores próprios que fornecem cobertura nacional aos seus beneficiários, integrando medicina curativa e preventiva (ISAPRE, 2016; ISAGS, 2012).

No gráfico 6 é possível verificar o aumento progressivo com relação à cobertura populacional no sistema público:

**Gráfico 6** - Distribuição de população chilena segundo sistema de saúde (1990-2017)



Fonte: Dados do Instituto Nacional de Estatísticas do Chile, 2017.



O conceito de cobertura em saúde tem implícitas duas áreas. A cobertura legal, que prevê os direitos dos usuários, e a cobertura efetiva que se refere ao grau de disponibilidade, acessibilidade e uso dos serviços. Erazo (2011) ressalta que, em muitos casos, a cobertura legal não traduz acesso efetivo aos serviços de saúde, pois não está acompanhada dos mecanismos efetivos para implementá-la em sua plenitude, ocasionando barreira mediante listas de espera e maior segmentação com diferentes esquemas de asseguração. Portanto, a obrigatoriedade de filiação a um seguro saúde não parece ser suficiente para que as pessoas obtenham cobertura para uma assistência adequada (PAOLUCCI y VELASCO, 2017).

Apesar de 97% população chilena ter acesso a um mecanismo de provisão de saúde, principalmente por meio de seguros, sejam eles públicos ou privados, os gastos com recursos próprios são altos. A proporção de gasto por desembolso direto é de 33,4%, um percentual que excede a média de 19% dos países da OCDE (OECD, 2019). No Chile, os desembolsos diretos são principalmente relacionados a medicamentos, a serviços odontológicos, a consultas com especialistas e a serviços hospitalares. Além dos desembolsos diretos, a exigência de coparticipação faz com que apenas um terço da população declare estar confiante ou muito confiante de que será capaz de arcar com os cuidados de que necessita se ficar gravemente doente (PAOLUCCI y VELASCO, 2017).

No Quadro 15, é possível visualizar a cobertura financeira dos filiados ao sistema público de acordo com o grupo de rendimento. Os únicos que de fato não pagam por sua saúde no Chile são os grupos A e B que correspondem apenas a 30% da população (TETELBOIN HENRION, 2015).

**Quadro 15** - Cobertura financeira em Fonasa segundo grupo de rendimento e tipo de prestadores e de serviços

Grupo	Descrição dos beneficiários em casa grupo	Cobertura financeira		
		Modalidade institucional	Modalidade de livre escolha**	Prestação com GES***
A	Beneficiários carentes de recursos para cotizar em saúde, ou em condições de indigência (não contribuintes).	AA: 100%. AH: 100%.	-	100%
B	Beneficiários com rendimentos menores a US\$ 401,66* ao mês (contribuintes). Trabalhadores do setor público de saúde.	AA: 100%. AH: 100%.	AA: Máx. 60%. AH: Máx. 50%. 75% em PAD	100%

**Quadro 15 (continuação) - Cobertura financeira em Fonasa segundo grupo de rendimento e tipo de prestadores e de serviços**

Grupo	Descrição dos beneficiários em casa grupo	Cobertura financeira		
		Modalidade institucional	Modalidade de livre escolha**	Prestação com GES***
C	Beneficiários com rendimentos entre US\$ 401,66* e US\$ 586,43* ao mês (contribuintes).	AA: 100% (CG) / 90% (especialistas). AH: 90%		Limite de coparticipação
D	Beneficiários com rendimentos de US\$ 586,43* ou mais por mês (contribuintes).	AA: 100% (CG) / 80% (especialistas). AH: 80%.		

Fonte: Extraído de PAOLUCCI y VELASCO (2017). Realizada a atualização dos dados com a Pesquisa CASEN de 2017 e com informações dos sítios web da *Superintendencia de Salud y de Fonasa*.

Nota: AA = atenção ambulatorial, AH = atenção hospitalar. CG = Clínico geral. PAD= Pagamentos associados ao diagnóstico (pagamentos fixos para determinados protocolos de atendimento). Apenas os serviços odontológicos têm cobertura financeira diferenciada (menor) em atenção ambulatorial e hospitalar. \* Valores convertidos em dólar americano. \*\* A modalidade de livre escolha permite que os segurados do setor público adquiram benefícios de saúde por meio de prestadores privados com taxas reguladas. O pagamento implica coparticipação pelo usuário. \*\*\*Garantias explícitas de saúde (GES).

O setor público de saúde chileno é constituído pelas organizações que integram o *Sistema Nacional de Servicios de Salud* (SNSS). O SNSS é composto pelo *Ministerio de Salud* (Minsal) e seus órgãos dependentes; *Instituto de Salud Pública de Chile* (ISP); *Central de Abastecimento* (CENABAST); *Fondo Nacional de Salud* (FONASA) e *Superintendencia de Salud*. A assistência à saúde na rede pública é realizada pelo SNSS, com sua rede de 29 serviços regionais de saúde, e pelo sistema municipal de atenção básica. Em situações específicas, é possível a contratação de serviços privados pelo Fonasa (BECERRIL-MONTEKI, REYES, MANUEL, 2011). A rede de cada *Servicio de Salud* é formada pelo conjunto de estabelecimentos municipais de atenção primária em seu território e pelos demais estabelecimentos públicos ou privados conveniados. Essa rede assistencial deve complementar os outros *Servicios de Salud*, garantindo a integralidade da atenção da população assistida (CHILE, 2005a).

Para compreender o sistema público de saúde do Chile é necessário destacar o *Plan de Garantías Explícitas de Salud* (AUGE). Atualmente o conjunto de benefícios conta com 85 problemas de saúde prioritários e dentre eles o câncer do colo do útero (CHILE, 2019; 2019a). Após entrar em vigor em 1º de julho de 2005, o Plano AUGE instituiu uma série de direitos

para os usuários, prevendo ampliar o acesso à assistência médica e melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços, através das seguintes garantias:

1. **Garantia Explícita de Acesso** – representa a obrigação das instituições públicas (Fonasa) e privadas (Isapre) assegurarem a assistência à saúde referente aos problemas definidos na lei para todos os indivíduos inscritos em uma rede de cuidados em seu local de residência.
2. **Garantia Explícita de Qualidade** – determina que a prestação da assistência siga padrões preestabelecidos de qualidade, a partir de evidências científicas.
3. **Garantia Explícita de Oportunidade** – estabelece um prazo máximo de tempo para a realização da assistência, tanto para a primeira consulta como o atendimento pós-diagnóstico.
4. **Garantia Explícita de Proteção Financeira** – determina que o pagamento dos benefícios não seja um obstáculo para receber os serviços determinados na lei. Cabe ao Fonasa cobrir os custos da assistência do segmento da população isento de contribuição.

Em resumo, as garantias do Plano AUGE estão baseadas nos princípios de: eficiência sanitária (resolver os problemas de saúde mais prevalentes); oportunidade (tempos máximos de atendimento); qualidade (padronização de procedimentos através de protocolos) e equidade (financeira e de acesso). As Isapre são obrigadas a garantir aos contribuintes e seus beneficiários as mesmas garantias relacionadas ao acesso, qualidade, proteção financeira e oportunidade contempladas no Plano AUGE. O preço dos serviços prestados deve ser o mesmo para todos os beneficiários, sem variação por sexo e idade, mesmo que previstas no contrato do plano complementar dos usuários (URBINA, 2005)

Para Erazo (2011), um dos aspectos mais positivos da Reforma AUGE foi o fortalecimento do sistema público de saúde com a ampliação de coberturas e a maior equidade no acesso, pois possibilitou a incorporação de segmentos populacionais antes excluídos das ações de saúde em um sistema segmentado e inequitativo. Apesar de os dados apontarem para uma diminuição de internações por patologias incluídas na lista AUGE, o que sugere maior resolubilidade na atenção ambulatorial recebida (CONILL, 2018), uma preocupação presente durante o processo da reforma AUGE, e que ainda é hoje uma questão em debate, se refere ao

aumento de lista de espera para problemas de saúde não garantidos, sob a acusação de haver uma priorização para os atendimentos das patologias listadas.

Infante e Paraje (2010) consideram que essa questão traz consequências negativas sobre a percepção do funcionamento do sistema de saúde, pois cria a imagem das garantias explícitas como um mecanismo de racionamento e não de universalização. Para Tetelboin Henrion (2015), a instalação do sistema AUGE, com o objetivo de dar uma atenção prioritária a um conjunto de enfermidades definidas em uma lista judicializada, afeta o direito de atenção à saúde dos demais usuários e os princípios de equidade que deveriam sustentar as políticas de saúde nas sociedades democráticas. A autora ressalta que o AUGE aumenta os privilégios econômicos das Isapre com a compra de serviços privados pelo sistema público quando houver o risco do não cumprimento de algumas garantias e introduz uma nova segmentação no setor público.

De modo geral, o segmento da população beneficiária do sistema público de saúde no Chile é composto por trabalhadores dos setores públicos e privados, e seus dependentes, que fazem a opção de destinar a contribuição obrigatória ao Fonasa. Trabalhadores autônomos e pessoas que contribuam como voluntários, bem como pensionistas de qualquer natureza ou que recebam subsídios por incapacidade de trabalho ou pelo desemprego também são considerados beneficiários. As mulheres grávidas, incluindo o puerpério até o sexto mês, mesmo que não sejam filiadas; crianças até seis anos de idade; pessoas desprovidas de recursos e os estrangeiros incluídos em programas de refugiados, também têm direito ao sistema público de saúde (CHILE, 2005).

Em síntese, o sistema de saúde chileno se destaca pela segmentação entre o público e o privado, sendo o sistema público o que cobre a população pobre, os mais doentes e os com maiores riscos, enquanto o setor privado cobre o percentual mais rico, jovem e saudável. Por conseguinte, há diferenças acentuadas entre os grupos sociais em termos de acesso ao sistema de saúde, favorecendo grupos de melhor status socioeconômico. Os desembolsos diretos são considerados altos e tendem a gerar injustiças e desigualdades no financiamento e acesso aos serviços de saúde. Apesar de o Plano AUGE ter possibilitado maior acesso da população ao sistema de saúde para as enfermidades consideradas prioritárias, o sistema público, como um todo, padece de desigualdades regionais e municipais, falta de coordenação nos problemas de atenção, falhas no sistema de referência, falta de profissionais (principalmente médicos na

atenção básica), longas filas de espera e falta de medicação (TETELBOIN HENRION, 2015). Entretanto, apesar dessas desigualdades, o Chile alcançou indicadores de saúde favoráveis, o que o destaca entre os países da região latino-americana (OYARTE, 2018).

## 5.2. ESTRATÉGIAS, PROGRAMAS E DIRETRIZES PARA O CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

### 5.2.1. Magnitude e fatores associados à ocorrência do câncer do colo do útero

As informações sobre os novos casos de câncer no Chile, com o objetivo de estabelecer a incidência, são coletadas pelos *Registros Poblacionales de Cáncer* (RPC). O Chile conta com RPC em operação em seis localidades (Região Antofagasta, Região Los Ríos, Província de Biobío, Província de Concepción, Região de Arica e Região de Maule), todos atendendo aos padrões de qualidade estabelecidos pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC) para permitir estimar a incidência de outras regiões que não os possuem e também para o país. A análise da qualidade dos RPC do Chile foi realizada pelo Registro de População de Câncer de Tarragona, no âmbito de um acordo de cooperação técnica que, desde 2011, é realizado entre o Ministério da Saúde do Chile e a *Fundación para la Investigación y Prevención del Cáncer* (FUNCA) na Espanha (CHILE, 2018).

A estimativa de incidência do câncer do colo do útero no Chile é realizada a partir das notificações de casos atendidos apenas no sistema público de saúde. Os casos gerados pelo sistema privado de saúde não são computados (CHILE, 2006; ARIAS, 2014). O primeiro informe realizado pelos RPC do Chile estimou, para o período de 2003-2007, uma taxa bruta de 14,6 por 100 mil mulheres, com cerca de 1.279 casos novos por ano, ocupando o terceiro lugar após câncer de mama e de vesícula biliar, excluindo pele não melanoma. Apenas as regiões de Arica e Parinacota (12,3/100 mil), Antofagasta (13,0/100 mil), Metropolitana (10,8/100 mil) e Aisén (14,3/100 mil) apresentaram incidências menores do que a do país no quinquênio analisado (CHILE, 2012).

Os dados mais atuais publicados pela IARC mostram uma taxa estimada de incidência bruta de 16,9 e ajustada de 12,2 por 100 mil mulheres para o ano de 2018. Apesar dessa taxa bruta mais alta, o país permanece, juntamente com o Brasil, com as menores taxas no

continente latino americano (FERLAY *et al*, 2018). Na Tabela 4, pode-se observar que o câncer do colo do útero passou a ocupar a sexta posição entre os cânceres que mais afetam a população feminina no Chile.

**Tabela 4** – Estimativa de incidência dos principais tipos de câncer na população feminina, todas as idades, Chile, 2018

Câncer	Número de Casos	Taxa Bruta*	Taxa Padronizada*
Mama	5 393	58.7	40.9
Cólon e Reto	2 912	31.7	18.2
Vesícula Biliar	1 848	20.1	11.7
Estômago	1 733	18.9	10.3
Pulmão	1 710	18.6	10.6
Colo do Útero	1 549	16.9	12.2

\* Taxas brutas e padronizadas por idade por 100.000

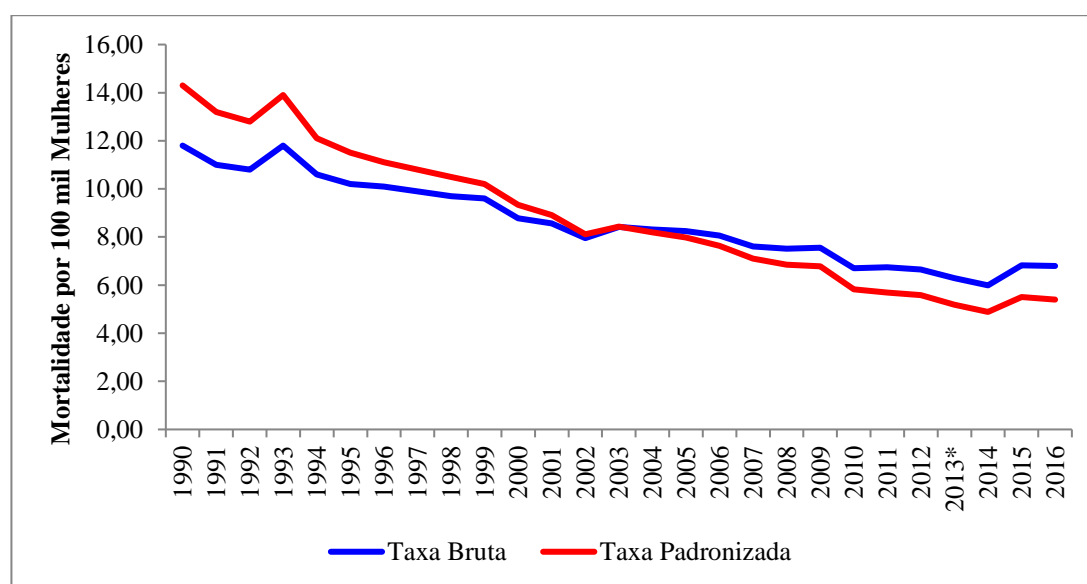
Fonte: FERLAY *et al*, 2018 (GLOBOCAN).

A elevação das taxas de incidência de câncer do colo do útero pode refletir a melhora de técnicas de diagnóstico e a expansão da garantia de acesso em ações de detecção precoce durante as duas últimas décadas, fazendo com que um número maior de mulheres esteja sendo diagnosticado com a doença no país. Entretanto, permanecem diferenças regionais, pois os padrões geográficos desse câncer mostram uma variabilidade que está relacionada a fatores como os níveis de desenvolvimento, estilos de vida, acesso e uso dos serviços de saúde. Nesse contexto, as regiões que apresentam as maiores taxas de incidência de câncer do colo do útero também apresentam os piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), segundo a análise realizada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2018). Tal pesquisa constatou que os indicadores de educação, saúde, renda e pobreza melhoraram no período 2006-2017, com repercussões em todas as regiões do país. Entretanto, as desigualdades continuam entre as regiões em indicadores de desenvolvimento mais complexos, como vulnerabilidade econômica das famílias, acesso a recursos de saúde e qualidade de ofertas educacionais no ensino superior (PNUD, 2018).

Com relação à mortalidade, as taxas são obtidas a partir das estatísticas vitais do *Departamento de Estadísticas e Información de Salud* (DEIS), que, além dos números de óbitos ocorridos no país, fornecem anualmente a frequência, a localização territorial e algumas características dessas mortes. Os dados de mortalidade são produzidos desde 1982 pelo *Convenio Nacional de Estadísticas Vitales* (CNEV), em conjunto com o *Servicio de Registro Civil e Identificación* (SRCeI) e o *Instituto Nacional de Estadísticas* (INE).

A queda na mortalidade por câncer do colo do útero no Chile, nas últimas décadas, é um importante indicador da eficácia dos esforços realizados para o controle desse câncer no país (LOZANO, NAGHAVI, FOREMAN *et al.*, 2013). Entre 1990 e 2016, a taxa de mortalidade no Chile passou de 14,0 para 5,4 por 100 mil mulheres, decrescendo de forma significativa (Gráfico 7).

**Gráfico 7** - Taxa de mortalidade para câncer do colo do útero, bruta e ajustada por idade. Chile, 1990-2016



Fonte: Departamento de Estadística e Información de Salud – DEIS

1 Taxa por 100 mil mulheres

2 Taxa por 100 mil mulheres, ajustada à população do Chile 2002.\* Mudança de população do ano de 2013 usando "INE Population Update 2002 - 2012 e 2013-2020 projection", INE 2014

Essa tendência de declínio na taxa de mortalidade colocou o Chile entre os países com a menor mortalidade por câncer do colo do útero da América do Sul, equiparando-se à queda observada nos países com maiores rendas. Essa redução de mais de 50% na mortalidade por câncer do colo do útero é decorrente das mudanças significativas nas políticas públicas de prevenção e tratamento implementadas. Outros aspectos importantes a considerar, além do

impacto das políticas públicas de saúde, é a diminuição da proporção da população abaixo da linha de pobreza (38,4%, em 1990. para 14,4%, em 2011) e o aumento do Produto Interno Bruto (PIB) nas últimas décadas no Chile (VIDAL, HOFFMEISTER, BIAGINI, 2013).

Na análise regional, verificam-se grandes variações nas taxas de mortalidade (Quadro 16). O câncer do colo do útero representava a segunda causa de óbito por câncer em mulheres na Região de Aísen, com uma taxa de mortalidade de 9,92 por 100 mil mulheres, no ano de 2016, e a oitava na Região de Los Rios, com taxa de 3,85/100 mil.

**Quadro 16** - Taxas de mortalidade dos principais tipos de câncer na população feminina, todas as idades, segundo região de residência, Chile, 2016

Localidade	Ordem de Classificação							
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°
<b>Chile</b>	Mama (12,17)	Brônquios e Pulmão (10,10)	Estômago (8,61)	Vesícula (8,42)	Cólon (7,72)	Pâncreas (6,34)	<b>Colo do Útero (5,39)</b>	Fígado (4,68)
<b>Arica Y Parinacota</b>	Brônquios e Pulmão (13,34)	Mama (12,00)	Vesícula (9,84)	<b>Colo do Útero (6,81)</b>	Fígado (6,50)	Pâncreas (5,30)	Bexiga (4,71)	Estômago (4,54)
<b>Tarapacá</b>	Mama (15,04)	Brônquios e Pulmão (13,03)	Vesícula (10,30)	Estômago (9,35)	<b>Colo do Útero (7,05)</b>	Cólon (6,36)	Fígado (5,47)	Pâncreas (3,92)
<b>Antofagasta</b>	Brônquios e Pulmão (21,13)	Mama (14,29)	Pâncreas (9,63)	Bexiga (8,86)	Cólon (8,81)	Estômago (6,98)	<b>Colo do Útero (5,57)</b>	Ovário (5,55)
<b>Atacama</b>	Brônquios e Pulmão (11,56)	Mama (10,06)	<b>Colo do Útero (7,98)</b>	Cólon (7,64)	Vesícula (7,00)	Estômago (6,66)	Ovário (5,97)	Pâncreas (4,00)
<b>Coquimbo</b>	Mama (10,57)	Estômago (8,25)	Brônquios e Pulmão (8,12)	Cólon (8,07)	Vesícula (7,99)	<b>Colo do Útero (7,90)</b>	Pâncreas (6,50)	Fígado (4,21)
<b>Valparaíso</b>	Mama (13,00)	Brônquios e Pulmão (10,08)	Estômago (8,89)	Cólon (8,88)	<b>Colo do Útero (6,97)</b>	Vesícula (5,80)	Fígado (5,32)	Ovário (5,08)
<b>Metropolitan a de Santiago</b>	Mama (12,11)	Brônquios e Pulmão (11,02)	Cólon (7,26)	Estômago (7,09)	Vesícula (6,79)	Fígado (4,15)	<b>Colo do Útero (4,14)</b>	Ovário (3,47)



**Quadro 16 (Continuação)** - Taxas de mortalidade dos principais tipos de câncer na população feminina, todas as idades, segundo região de residência, Chile, 2016

Localidade	Ordem de Classificação							
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°
<b>Libertador Gral. Bernardo O'Higgins</b>	Mama (12,94)	Estômago (8,71)	Brônquios e Pulmão (8,68)	Vesícula (8,00)	Cólon (7,75)	Pâncreas (6,40)	<b>Colo do Útero (5,49)</b>	Fígado (5,40)
<b>Maule</b>	Mama (11,94)	Estômago (11,17)	Cólon (10,28)	Vesícula (9,41)	Brônquios e Pulmão (8,48)	Pâncreas (5,24)	Fígado (5,23)	<b>Colo do Útero (4,39)</b>
<b>Biobío</b>	Mama (12,39)	Vesícula (11,37)	Estômago (10,78)	Brônquios e Pulmão (7,91)	Cólon (7,85)	Pâncreas (6,62)	<b>Colo do Útero (5,64)</b>	Fígado (5,26)
<b>La Araucanía</b>	Vesícula (14,74)	Mama (12,76)	Estômago (11,39)	Cólon (7,70)	Pâncreas (6,57)	Brônquios e Pulmão (6,46)	<b>Colo do Útero (5,85)</b>	Fígado (4,44)
<b>Los Ríos</b>	Vesícula (13,30)	Mama (9,49)	Brônquios e Pulmão (6,62)	Estômago (6,58)	Cólon (6,28)	Ovário (5,53)	Fígado (5,42)	<b>Colo do Útero (3,85)</b>
<b>Los Lagos</b>	Vesícula (14,47)	Estômago (12,88)	Brônquios e Pulmão (10,68)	Mama (10,55)	<b>Colo do Útero (8,38)</b>	Pâncreas (6,92)	Cólon (6,91)	Fígado (6,11)
<b>Aisén Del Gral. Carlos Ibáñez Del Campo</b>	Brônquios e Pulmão (14,97)	<b>Colo do Útero (9,92)</b>	Mama (8,62)	Vesícula (7,24)	Estômago (7,06)	Cólon (6,93)	Pâncreas (5,24)	Ovário (4,87)
<b>Magallanes y de La Antártica Chilena</b>	Mama (14,59)	Pâncreas (11,50)	Vesícula (11,06)	Estômago (9,68)	Brônquios e Pulmão (8,75)	Fígado (7,22)	Cólon (6,78)	<b>Colo do Útero (6,19)</b>

Fonte: Departamento de Estadística e Información de Salud – DEIS. Taxa por 100 mil mulheres.

Apesar das taxas decrescentes, ainda morrem mais de 700 mulheres a cada ano no país e a diferença, de acordo com o nível socioeconômico e a escolaridade, é muito marcante. Em estudo realizado por Ferreccio (2018) em 2009, verificou-se que a mortalidade por câncer do colo do útero é quatro vezes maior em mulheres com menos de quatro anos de escolaridade do que naquelas com mais de 12 anos. A estratificação social marcante da mortalidade por esse câncer é evidente, atingindo prioritariamente as mulheres com menores níveis de escolaridades e residentes das áreas mais periféricas.

Suarez e Prieto (2006) consideram que os resultados alcançados com as ações de controle do colo do útero demonstram que, mesmo em um cenário com financiamento escasso, é possível obter resultados de alto impacto. Eles ressaltam que, embora seja preciso reconhecer que o Chile não resolveu o problema, não se pode ignorar os avanços alcançados. Destacam ainda que a manutenção do câncer do colo do útero como um problema de saúde pública, responsável pela mortalidade de um número significativo de mulheres, retrata a incompetência de um sistema de saúde em lidar com essa problemática. A análise que os autores realizaram há mais de uma década, é significativa, pois o câncer do colo do útero ainda é um grande problema de saúde pública no país. Ele representou, em 2018, a sétima causa de morte por câncer em toda a população feminina como pode ser observado na Tabela 5.

**Tabela 5** – Estimativa de mortalidade dos principais tipos de câncer na população feminina, todas as idades, Chile, 2018

<b>Câncer</b>	<b>Número de Casos</b>	<b>Taxa Bruta*</b>	<b>Taxa Ajustada*</b>
Mama	1 688	18.4	11.1
Cólon e Reto	1 588	17.3	8.9
Pulmão	1 525	16.6	9.3
Estômago	1 136	12.4	6.4
Vesícula Biliar	1 063	11.6	6.4
Pâncreas	816	8.9	4.8
Colo do Útero	725	7.9	5.0

\* Taxas brutas e padronizadas por idade por 100 mil.

Fonte: FERLAY *et al*, 2018 (GLOBOCAN).

O câncer do colo do útero é uma das principais causas específicas de carga da doença em mulheres no Chile. O primeiro estudo de carga realizado no país, publicado em 2006 pelo Ministério da Saúde, mostra o câncer do colo do útero ocupando a 15ª posição, no ano de 1993. Apesar de o segundo estudo publicado em 2008 indicar que ele não está mais entre as 20 ocorrências com maior carga de doença em mulheres, ainda é uma das principais causas específicas para a análise devido a sua magnitude (CHILE, 2011). O câncer do colo do útero tem um importante impacto social e econômico, já que afeta mulheres relativamente jovens e em idade produtiva (CHILE, 2006; URRUTIA, 2015). Em 2000, ocupou a segunda posição

entre os cânceres responsáveis pelos maiores índices de anos de vida potencialmente perdidos na população feminina, sendo superado apenas pelo câncer de mama. Em 2013, passou a ocupar a quinta posição ficando atrás dos cânceres de mama, vesícula biliar, pulmão e estômago, respectivamente.

Para Urrutia (2015), o fato de as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero ter diminuído no país não elimina o desafio de se estabelecer estratégias para avaliar a qualidade do atendimento recebido para o grande número de mulheres diagnosticadas e sobreviventes. A autora ressalta a necessidade do reconhecimento do impacto que a doença produz na esfera física, psicológica e sexual da mulher. Para a avaliação da qualidade do cuidado, a opinião dos usuários deve ser um indicador prioritário, pois a implementação de estratégias para melhorar a qualidade da atenção exige saber quais aspectos precisam ser modificados antes da realização de outras novas intervenções (URRUTIA S, VILLEGAS R, POUPIN B, 2010).

### **5.2.2. Estratégias e diretrizes para o rastreamento do câncer do colo do útero**

Os esforços para a detecção precoce do câncer de colo do útero no Chile começaram em 1966, por meio de um acordo com a Faculdade de Medicina da Universidade do Chile, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), para a realização anual do exame de Papanicolaou nas mulheres inseridas no programa materno-infantil na atenção primária. Esse acordo possibilitou a expansão progressiva de laboratórios de citologia e a formação de recursos humanos nos três níveis de atenção. Após a avaliação dos resultados em 1987, as medidas implementadas foram reformuladas, com base nas recomendações da OPAS, e com critérios de eficiência e eficácia, dando origem ao *Programa Nacional Pesquisa y Control del Cáncer*. A periodicidade do exame Papanicolaou passou a ser trienal e a população-alvo mulheres entre 25 e 64 anos. Dentre os objetivos do programa, constava garantir a oportunidade e a confiabilidade do exame e o tratamento dos casos detectados. As estratégias foram implementadas em um projeto piloto na Região Metropolitana, entre 1988 e 1994, e, após a avaliação, foram expandidas para todo o país (LANZA *et al*, 2010).

A supervisão do programa é centralizada no Ministério da Saúde, mas o mesmo é administrado de maneira independente em cada *Servicio de Salud* e *Municipalidad*, o que cria diferenças bastante significativas entre as comunas com maior e menor recurso financeiro

(MURILLO *et al.*, 2008). As ações de controle contemplam a promoção de saúde e prevenção do câncer de colo do útero e de seus fatores de risco, assim como estratégias para a detecção precoce das lesões precursoras, critérios de diagnóstico, tratamentos e seguimento (CHILE, 2015).

Em 1997, o câncer do colo do útero foi definido como uma prioridade programática no Chile, e, desde então, a cobertura na população-alvo aumentou consideravelmente, tendo evoluído de 26%, em 1990, para 68%, em 2004. Em 2005, o câncer do colo do útero foi incluído no Plano AUGE com a meta de reduzir em 40% a taxa de mortalidade, sendo estabelecidos prazos para a realização de diagnóstico e tratamento (LANZA *et al.*, 2010). As Diretrizes Clínicas AUGE mantiveram a recomendação para a população-alvo, assim como a periodicidade trienal.

Visando à qualificação das ações, o Ministério da Saúde do Chile lançou, em 2015, uma nova publicação da *Guías Clínicas AUGE - Cáncer Cérvico Uterino*, incluindo novas recomendações destinadas a aperfeiçoar o programa, formuladas a partir da revisão sistemática das evidências e da avaliação dos riscos e benefícios de opções alternativas. Os protocolos e as diretrizes descritos na Guia Clínica têm o objetivo de reduzir a incidência, a morbidade, a mortalidade e também melhorar a qualidade de vida de mulheres com câncer do colo do útero, além de fornecerem uma base científica sólida e atualizada para as equipes de saúde em aspectos relacionados à prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da doença. As recomendações, de acordo com a Guia Clínica, atualizada em 2015, são:

- a) Vacinar contra o HPV meninas entre 9 e 13 anos de idade em um esquema de 2 doses, 0 e 12 meses;
- b) Manter a prevenção secundária na população vacinada;
- c) Realizar triagem com Papanicolaou, em mulheres entre 25 a 64 anos, a cada três anos.
- d) Realizar triagem primária em mulheres de 30 a 64 anos, com detecção de HPV e triagem com Papanicolaou ou genotipagem de HPV 16-18, em intervalos de cinco anos (se disponível);
- e) Realizar a triagem de mulheres HPV positivas com genotipagem do HPV 16-18 ou Papanicolaou reflexo;

f) Realizar controle clínico de acompanhamento trimestral nos dois primeiros anos após o tratamento, controle clínico semestral, a partir do terceiro ano, e controle clínico anual, a partir do quinto ano.

Com a publicação das novas diretrizes, desde 2015 existem duas orientações para os grupos populacionais específicos: a primeira é realizar o rastreamento com exame Papanicolaou em mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos, a cada três anos; e a segunda, para as áreas onde o exame de DNA HPV estiver disponível, realizá-lo em mulheres de 30 a 64 anos, a cada cinco anos (CHILE, 2015).

Com relação às vacinas contra o HPV, o Chile adotou um esquema de duas doses administradas em escolas para meninas de 9 a 13 anos. As diretrizes reforçam que a vacinação deve ser realizada em conjunto com a estratégia de rastreamento em pessoas com mais de 24 anos de idade e a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. As meninas vacinadas devem continuar com seu programa de prevenção secundária, na idade adulta, de acordo com recomendações específicas. Em 2014, o Chile incorporou a vacina ao Programa Nacional de Imunização apenas para as meninas, e, em 2019, os meninos de mesma idade foram incluídos ao programa de vacinação.

Sendo um dos elos essenciais para o aperfeiçoamento do programa de rastreamento do câncer do colo do útero, a garantia da qualidade dos exames citopatológicos, no Chile, remonta ao desenvolvimento de uma rede de laboratórios públicos de citologia estabelecida em meados da década de 1960, como produto de um convênio entre o Ministério da Saúde e o Laboratório de Citologia da Universidade de Chile, quando se iniciaram as primeiras ações coordenadas para estruturar o método de citologia de Papanicolaou em todo o país (CHILE, 2018a).

Como parte de um programa de garantia da qualidade, o *Instituto de Salud Pública de Chile* (ISP) disponibiliza, desde 1993, em conjunto com o Centro de Oncologia Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade do Chile, um programa de avaliação externa da qualidade para todos os laboratórios públicos e privados do país. Os profissionais citotécnicos e patologistas da área, através da plataforma PEEC (<http://peec.ispch.gov.cl/>), são inscritos para participarem da avaliação que consiste em enviar um conjunto de dez casos citológicos para cada laboratório. As respostas dos participantes são enviadas através da plataforma, e os resultados são divulgados, individualmente, ao profissional e ao seu diretor técnico. No final

do período de avaliação, é realizado um *workshop* com todos os laboratórios participantes para apresentação de um resumo da atividade e levantamento de questões de interesse na área (CHILE, 2018a).

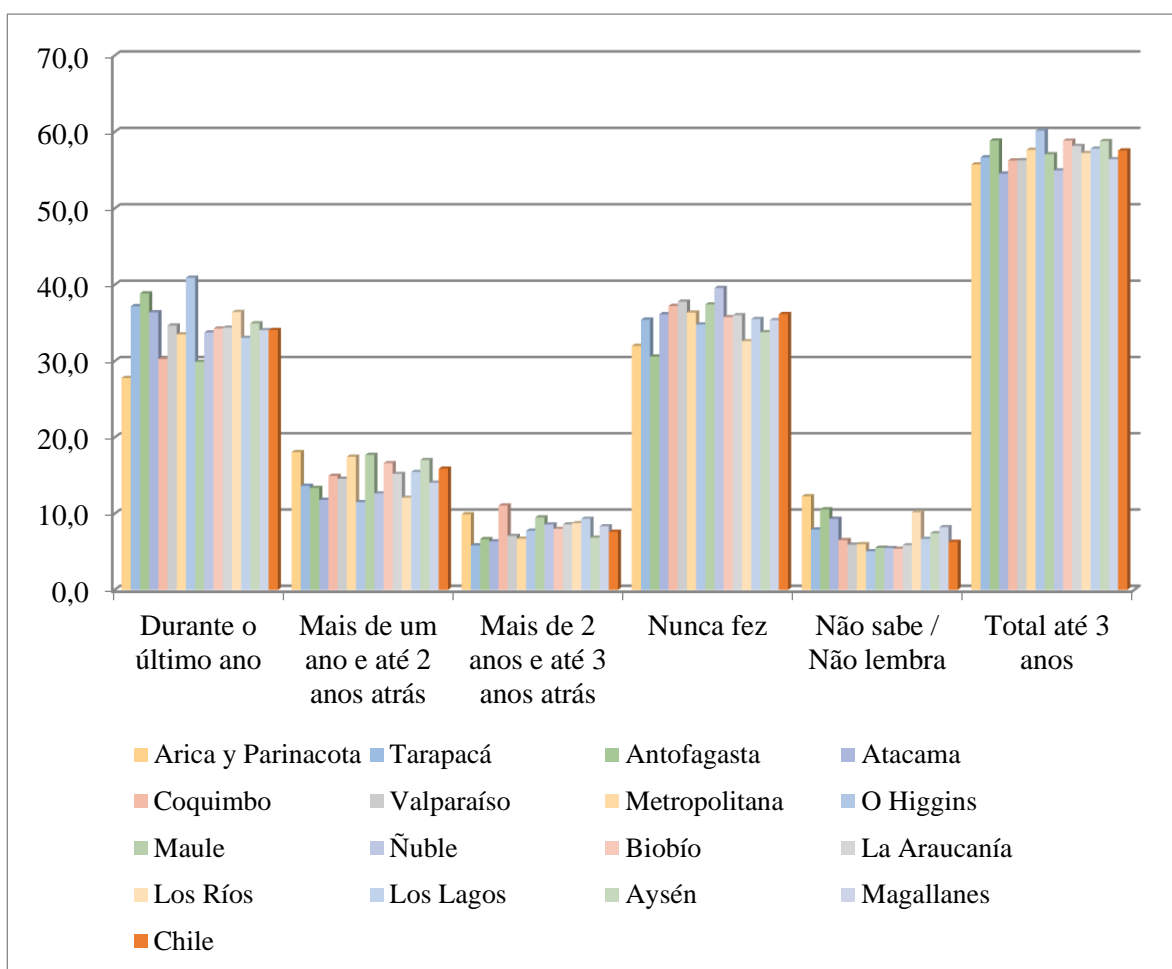
As *Recomendaciones de buenas prácticas para laboratorios de citopatología ginecológica*, publicadas pelo ISP, têm o objetivo de contribuir com melhorias na qualidade dos processos inerentes aos laboratórios de citologia. Dentre as recomendações de boa prática, consta a orientação nacional de que os laboratórios públicos e privados devam processar 30.000 amostras anuais, com um mínimo de 15.000 exames. Esta orientação tem como base a avaliação de que os laboratórios que efetuarem menos do que o mínimo exigido perdem na confiabilidade dos exames, pois não concentram um número de amostras anormais necessárias para manter a acurácia e a competência analítica dos profissionais (CHILE, 2016; 2018).

Apesar de a cobertura de mulheres com Papanicolaou vigente haver aumentado desde a implementação do Programa, ainda não se alcançou a meta nacional de 80%, considerada como a cobertura necessária para um real impacto na redução da incidência e da mortalidade. Nos anos de 2007 e 2008, o Programa alcançou sua máxima cobertura, apresentando um percentual de 68% de mulheres da população-alvo com exame Papanicolaou vigente. Nos últimos anos, essa cobertura tem se mantido dentro da média nacional de 64.7% no sistema público, apresentando variações no país como um todo. Urrutia (2017) considera ser necessário investigar as causas e analisar profundamente este problema, uma vez que a não aderência das mulheres ao rastreamento pode significar, no futuro, um aumento das mortes provocadas pelo câncer do colo do útero. A autora estima que, apesar da avaliação positiva do programa e dos êxitos obtidos nas últimas décadas com a redução das taxas de incidência e mortalidade, é preocupante a cobertura do Papanicolaou que se mantém, nacionalmente, abaixo das metas estabelecidas.

A meta nacional estabelecida para a Atenção Primária à Saúde (APS) com relação ao Papanicolau é reduzir o número de mulheres sem exame vigente até alcançar 80% da cobertura na população-alvo. A meta pactuada anualmente é a redução de 20% do déficit até atingir o objetivo estabelecido nacionalmente. O aumento da cobertura é uma meta coletiva para a equipe dos centros de saúde, que conta com um bônus trimestral sobre o vencimento, pago pelo Minsal. O fato de ser uma meta coletiva tem a finalidade de estimular que toda a

equipe de saúde busque assegurar que todas as usuárias atendidas no serviço estejam com o Papanicolaou atualizado, encaminhando para consulta as que não estejam com seu exame em dia (CHILE, 2017; 2017a).

**Gráfico 8** - Distribuição de mulheres de acordo com tempo decorrido desde o último exame de Papanicolaou, por região, 2017



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social do Chile, Pesquisa Casen.

O *Programa de Controle del Cáncer Cervicouterino* tem como população-alvo as mulheres assintomáticas de 25 a 64 anos de idade. As mulheres com resultado de exames compatíveis e/ou sintomas e suspeita de câncer do colo do útero são incluídas no Programa (CHILE, 2015). As estratégias para convocação da população-alvo são favorecidas pelo fato de que toda população, para acessar o sistema público de saúde, precisa estar inscrita em um centro de saúde na APS. Essa obrigatoriedade favorece a identificação e o controle de todas as

mulheres na faixa etária alvo do Programa, residentes na área de abrangência dos serviços. Entretanto, Almeida, Oliveira e Giovanella (2018), na análise sobre a integração de rede e a coordenação do cuidado no Chile, registraram que, de acordo com os profissionais, a inscrição ativa e voluntária dos usuários pode gerar certa desassistência para o pequeno percentual de população de maior vulnerabilidade que não procura espontaneamente as unidades de saúde.

O fato de os exames realizados estarem disponíveis para consulta em uma plataforma *online* chamada *Cito-Expert*, onde cada profissional autorizado pode verificar se determinada usuária está em dia com o exame preventivo, é outro aspecto que também favorece a organização do programa, pois a possibilidade de identificação da população-alvo adscrita e a confirmação da vigência dos exames para cada usuária atendida nos serviços tornam possível a realização de busca ativa das mulheres. Uma das estratégias realizadas é verificar, no sistema, se a mulher, ora atendida no serviço de saúde, está com o exame em dia e, caso não esteja, comunicar de imediato às *matronas* ou aos *matrones*<sup>16</sup> para a realização da coleta de material para o exame cérvico-uterino.

Uma vez que há metas estabelecidas e um forte controle ministerial sobre cada procedimento das garantias GES, todas as mulheres com exames alterados são alvo de busca ativa por parte dos serviços, para que os prazos estabelecidos sejam realizados e os tratamentos efetuados de forma adequada. No Quadro 17, é possível verificar as coberturas garantidas pelo Plano AUGE e os prazos estabelecidos.

---

<sup>16</sup> A MATRONA NA ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES NO CHILE. A profissão de *Matrona/Matrón* surge com a criação da primeira Escola de Obstetrícia vinculada à Escola Medicina da Universidade do Chile em 1834, apenas um ano após a criação da Faculdade de Medicina, com o objetivo de resolver o grave problema de ausência de profissional capacitado para atendimento às mulheres em trabalho de parto no país. Em 1913, o ensino da Assistência à Criança foi incorporado ao currículo da Escola de Obstetrícia, depois renomeado como Escola de Obstetrícia e Puericultura. Em 1952, o Serviço Nacional de Saúde [,] reforça o papel da *matrona/matrón*, estendendo seu trabalho para fora do hospital, de modo a alcançar os consultórios da periferia e as comunidades, para atenção integral à saúde da mulher. A duração da carreira é de cinco anos, atingindo o grau em *Matronería* (Obstetrícia e Puericultura) e o título de *Matrona/Matrón* que lhe permite exercer legalmente a profissão. Desde 1980, o Ministério da Saúde incorporou, no âmbito das atividades desses profissionais, as ações do Programa de Controle do Câncer Cervicouterino e de Mama (LORENZETTI SILVA, 2005).



**Quadro 17** - Problema de saúde AUGÉ N° 3 – Câncer do Colo do Útero

Garantias	Cobertura GES
Acesso	Toda beneficiária: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Com mais de 25 anos e menos de 65, terá acesso à realização do PAP a cada três anos.</li> <li>• Com suspeita, terá acesso à confirmação de diagnóstico.</li> <li>• Com a confirmação do diagnóstico, terá acesso ao tratamento e seguimento.</li> <li>• Com a recorrência, terá acesso à confirmação diagnóstica, tratamento e seguimento (enquanto estiver em tratamento terá garantia de acesso para continuar).</li> </ul>
Oportunidade	Rastreamento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• O laudo com o resultado do PAP para as beneficiárias entre 25 a 65 anos será entregue no prazo de 30 dias após a realização do exame.</li> </ul> Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• A confirmação do diagnóstico será feita dentro de 40 dias após a suspeita.</li> <li>• O estadiamento será feito dentro de 20 dias a partir da confirmação do diagnóstico.</li> </ul> Tratamento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para a lesão pré-invasora, começará dentro de 30 dias a partir da confirmação do diagnóstico.</li> <li>• Para o câncer invasor, começará dentro de 20 dias após o estadiamento.</li> <li>• Os tratamentos adjuvantes começarão dentro de 20 dias a partir da indicação médica.</li> </ul> Seguimento <ul style="list-style-type: none"> <li>• O primeiro controle será realizado dentro de 90 dias a partir da indicação médica.</li> </ul>
Proteção Financeira	Fonasa A e B: sem copagamento Fonasa C: copagamento de 10% do valor da tarifa Fonasa D / Isapre: copagamento de 20% do valor da tarifa

Fonte: FONASA.

No Chile, o DEIS é a referência técnica na produção de estatísticas de informação de saúde. Dentre os sistemas de informações disponíveis está o Sistema de Informação da Rede de Assistência (SIDRA), criado em 2008, com o objetivo estratégico de digitalizar os estabelecimentos que compõem a rede de atenção à saúde com alguns componentes prioritários, tais como: agenda, referência e contrarreferência, distribuição de medicamentos, urgência e registro clínico eletrônico. Além desse, há o Sistema de Informação para a Gestão de Garantias Explícitas de Saúde (SIGGES), projetado em 2005 para monitorar o cumprimento das garantias proporcionadas pelos decretos AUGÉ e para servir como suporte da gestão local. O SIGGES é um sistema que funciona em rede, onde são capturados os dados

dos usuários e dos atendimentos para o monitoramento, por meio de consultas e relatórios, do cumprimento das garantias. Portanto, é um instrumento de gestão e permite que determinados atores tomem decisões para que as metas estabelecidas pelo nível central sejam alcançadas. Ao mesmo tempo, o seu uso contínuo modifica as formas de trabalhar, pois padroniza as ações de saúde, criando rotinas e organização, sem necessariamente implicar em uma otimização do trabalho. Além de informar sobre ações e encaminhamentos na rede de saúde, o SIGGES relata falhas do sistema de saúde e uma das mais significativas são as listas de espera, ou seja, a lista de pacientes que não recebem o atendimento no tempo determinado pelo protocolo AUGE. Essas listas de espera geram alertas que devem ser priorizados, pois são indicadores de sucesso ou fracasso do sistema de saúde e, por isso, grande parte das ações estão voltadas para diminuir ou eliminar as listas de espera. O SIGGES é uma tecnologia central no sistema de saúde chileno, não apenas para a execução do AUGE, mas para grande parte do funcionamento de uma rede de saúde complexa e extensa que visa integrar os diferentes níveis assistenciais e provedores de serviços espalhados por todo o território nacional. No entanto, existem questionamentos com relação ao fato de o sistema tornar invisíveis as áreas rurais e isoladas, desprovidas de acesso às redes de internet, o privilegiamento de ações curativas sobre preventivas e de promoção da saúde, bem como das patologias AUGE sobre as não-AUGE (CARRASCO e MEDINA, 2018).

Junto com esses dois sistemas, o *Cito Expert*, utilizado para registrar todos os resultados de Papanicolaou e também detectar as usuárias com exames atrasados, forma uma rede de sistema de informação estratégica para a identificação da mulher e para possibilitar a realização do rastreamento organizado do câncer do colo do útero no Chile.

Para o planejamento das ações do programa de controle do câncer, o registro de câncer de base populacional é de suma importância, pois coleta informações sobre todos os novos casos que ocorrem em uma área geográfica definida, com o objetivo de estabelecer a incidência da doença e o risco populacional de apresentá-la. Essas informações contribuem para ampliar o conhecimento sobre a enfermidade e seus fatores de risco e para o planejamento e a avaliação do impacto das ações realizadas (CHILE, 2018).

A divulgação dos resultados do Programa é realizada por meio de um relatório anual de avaliação, com o objetivo de efetuar um diagnóstico atualizado dos recursos e das atividades nos três níveis de atenção. O relatório analisa o grau de resolutividade em relação à

detecção, diagnóstico, estadiamento e tratamento, identificando as lacunas existentes no cumprimento de garantias explícitas, constituindo uma guia para tomada de decisão e alocação de recursos. Os itens avaliados são:

1. Organização do programa;
2. Recursos disponíveis no programa;
3. Exames e procedimentos;
4. Funcionamento do comitê de oncologia;
5. Treinamento;
6. Registros;
7. Cuidado de nível primário;
8. Atenção de nível secundário;
9. Atendimento de nível terciário;
10. Indicadores de impacto.

O relatório é realizado com base na consolidação dos dados fornecidos anualmente pelos 29 Serviços de Saúde (CHILE, 2017a).

No Quadro 18, há o registro histórico dos principais marcos das políticas e ações de controle do câncer do colo do útero no Chile.

**Quadro 18** - Principais marcos das políticas e ações do controle do câncer do colo do útero no Chile

ANO	PRINCIPAIS MARCOS
1966	Início das ações nacionais de controle do câncer do colo do útero
1987	Reformulação do Programa Nacional de Câncer do Colo do Útero
1988	Implementação do projeto piloto na Região Metropolitana
1993	Investimento em equipamentos no nível secundário e terciário
	Realização de campanhas de promoção e divulgação
	Criação do Laboratório Nacional de Referência em Citopatologia
1994	Expansão nacional das novas estratégias do Programa
1996	Informatização dos Laboratórios de Citologia
1997	Gratuidade para radioterapia no sistema público
1998	Atualização e publicação das orientações metodológicas do programa

**Quadro 18 (continuação) - Principais Marcos do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero no Chile**

<b>ANO</b>	<b>PRINCIPAIS MARCOS</b>
<b>1999</b>	Conferência Nacional para o Consenso sobre o Tratamento do Câncer Invasivo.
<b>2001</b>	Financiamento do tratamento com quimioterapia e radioterapia no setor público
	Realização da pesquisa da situação do diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero
<b>2002</b>	Realização da Pesquisa de Recursos e Cuidados em Câncer do Colo do Útero
	Publicação do Guia Clínico do Câncer do Colo do Útero
<b>2003</b>	Incorporação do câncer do colo do útero no Piloto do Programa AUGE, garantindo prazos máximos para acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento.
<b>2005</b>	Atualização e unificação nacional da nomenclatura para laudos citológicos.
	Atualização da rede de atenção ao câncer do colo do útero.
	Início do Plano de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) en Salud
<b>2006</b>	Atualização das diretrizes clínicas para o rastreamento do câncer do colo do útero
	Publicação da Guia Clínica AUGE – Câncer do Colo do Útero
<b>2010</b>	Publicação da nova versão atualizada da Guia Clínica AUGE – Câncer do Colo do Útero
<b>2013</b>	Incorporação da vacina contra o HPV no programa anual de imunização para meninas de 09 a 13 anos
<b>2014</b>	Realização de projeto piloto no Programa de Avaliação Externa da Qualidade (PEEC). Todos os laboratórios públicos e privados foram convidados a participar para certificação da qualidade analítica de suas metodologias de diagnóstico no teste de Papanicolaou.
<b>2015</b>	Ampliação da vacina contra HPV para meninas até 13 anos.
	Publicação da Guia Clínica AUGE - Câncer do Colo do Útero
	Autorização do uso de teste DNA HPV para mulheres com mais de 30 anos (onde o teste estiver disponível)
<b>2016</b>	Estudo piloto na Região de Valdivia para implementação do rastreamento com teste de DNA HPV.
<b>2018</b>	Publicação do Plano Nacional de Câncer 2018 – 2028
<b>2019</b>	Introdução do rastreio com DNA HPV em 15 serviços de saúde no país, previsão de 2020 ser implantado no Chile.

Fonte: Elaboração própria com base na bibliografia consultada.

A realização da busca ativa das mulheres com exames alterados é uma imposição instituída pela coordenação do Programa AUGE. Todas as mulheres com exames alterados são notificadas, de imediato, aos *Centros de Salud Familiar* (CESFAM) pelos laboratórios por meio de um correio eletrônico direcionado a *matronas (es)* para convocação imediata da mulher. São realizadas três tentativas de contatos telefônicos para que a mulher compareça ao serviço de saúde e receba os encaminhamentos necessários. No caso de não haver sucesso na convocação via telefone, é realizada visita domiciliar por um agente administrativo/agente comunitário de saúde, informando que o resultado do exame já se encontra disponível, solicitando comparecimento ao CESFAN para consulta com a *matrona/matrón*.

A equipe da APS desempenha um papel essencial no rastreamento do câncer do colo do útero, uma vez que representa o ponto inicial de contato para a busca do diagnóstico da doença, encaminhamento às especialidades, manejo dos sintomas, apoio psicológico e tratamento de doenças intercorrentes. De acordo com as estratégias nacionais, as equipes de saúde da APS devem estar preparadas para responder às necessidades decorrentes do câncer, das complicações da própria doença ou de seus tratamentos, além de apoio em cuidados paliativos (CHILE, 2016).

No nível secundário, estão localizados os Centros de Diagnóstico de Especialidade e Tratamento (CDT), os Centros de Referência de Saúde (CRS), a rede de cuidados paliativos, os serviços de urgência hospitalar e a rede de laboratório de citologia e patologia. Nesse nível, opera a Unidade de Coordenação de Pacientes com Câncer e são realizadas todas as atividades de avaliação, confirmação do diagnóstico e tratamento ambulatorial da lesão precursora do câncer do colo do útero. No atendimento especializado de nível terciário, realizam-se as cirurgias, radioterapias e quimioterapias. Incluem-se também nesse nível os comitês de oncologia, onde todos os casos de câncer do colo do útero são discutidos com os especialistas (CHILE, 2015).

As características gerais das políticas e ações de controle do câncer do colo do útero no Chile estão resumidas no quadro 19:

**Quadro 19** - Características das políticas e ações de controle do câncer do colo do útero no Chile

COMPONENTES	DESCRIÇÃO
<b>Programa Nacional</b>	Programa Nacional de Câncer Cervicouterino, 1987
<b>População-alvo</b>	25 a 64 anos
<b>Método e Intervalo</b>	Realizar triagem com PAP, em mulheres entre 25 a 64 anos, a cada três anos. Realizar triagem primária em mulheres de 30 a 64 anos, com detecção de HPV e triagem com PAP ou genotipagem de HPV 16-18, em intervalos de cinco anos (se disponível);
<b>Vacina contra HPV</b>	Desde 2014 a vacina é distribuída de forma gratuita pelo Ministério da Saúde a todas as meninas de 11 e 12 anos, quarto e quinto ano básico escolar respectivamente. Atualmente destinada a meninas e meninos.
<b>Meta de Cobertura</b>	80% da população-alvo
<b>Infraestrutura Assistencial</b>	Conta com um sistema de referência para as mulheres com resultados anormais que precisam de seguimento para tratamento das lesões precursoras, câncer invasivo e cuidados paliativos.
<b>Sistema de Informação</b>	Sistema de Informação para a Gestão de Garantias Explícitas de Saúde (SIGGES)
<b>Diretrizes clínicas</b>	Guía Clínica Câncer Cervicouterino, 2015
<b>Característica geral do sistema de saúde</b>	Sistema de saúde misto (parceria público / privado) tanto no financiamento quanto na prestação dos serviços. O subsistema público é chamado Sistema Nacional de Serviços de Saúde (SNSS), e o subsistema privado consiste nas Instituições de Saúde Previdenciárias (ISAPRE). Em 2003 o câncer do colo do útero foi incorporado ao Plano AUGE (Acesso Universal de Garantias Explícitas) com garantia de acesso gratuito à confirmação diagnóstica e ao tratamento.

Fonte: Elaboração própria com base na bibliografia pesquisada.

As metas e ações estabelecidas nacionalmente para o controle do câncer do colo do útero no Chile estão descritas no Plano Nacional de Câncer (Quadro 20).

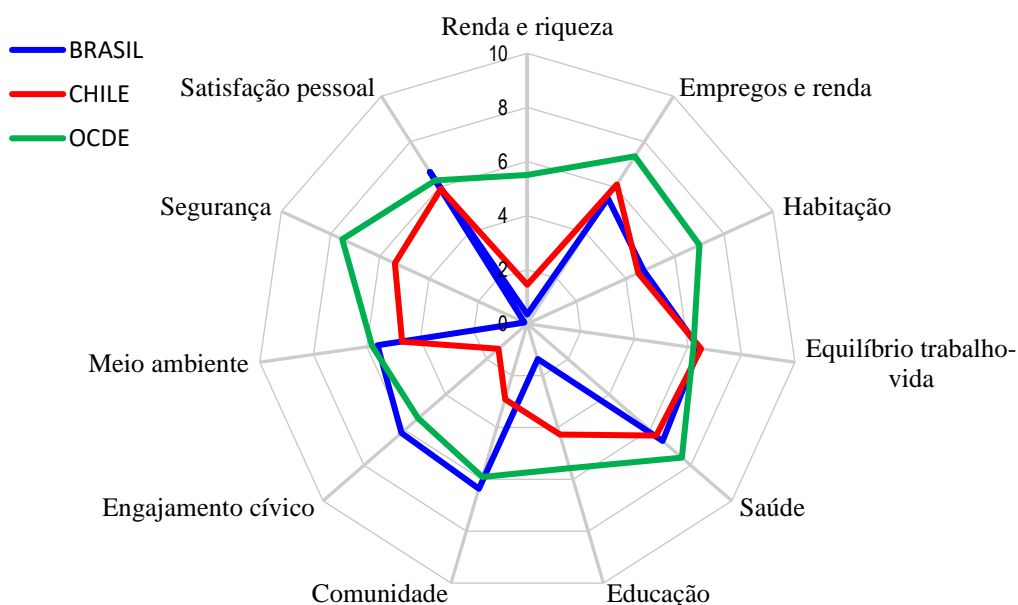
**Quadro 20 - Ações nacionais para o controle do câncer do colo do útero no Chile**

PLANO	OBJETIVO	ESTRATÉGIA	
Ministerio de Salud, Departamento de Manejo Integral del Cáncer y otros Tumores. División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. PLAN NACIONAL DE CÁNCER 2018 – 2028. Santiago, 2018.	Melhorar o diagnóstico precoce do câncer: triagem, diagnóstico e estadiamento oportuno.	Teste de triagem para HPV	
	Garantir diagnóstico oportuno em pacientes com suspeita de câncer	Programa de Detecção Precoce do Câncer do Colo do Útero	
	Melhorar a qualidade no tratamento do câncer	Comitês Oncológicos por telemedicina	
	Melhorar a equidade da cobertura geográfica do tratamento do câncer	Estudo de lacunas na cobertura geográfica do câncer Programa de expansão de infraestrutura	
	Garantir o acesso aos cuidados paliativos	Gestão e articulação da rede de saúde Financiamento intersetorial para cuidados paliativos	
MARCOS DO PLANO DE AÇÃO E INVESTIMENTO DO PLANO NACIONAL DE CÁNCER			
LINHA ESTRATÉGICA	ÁREA	OBJETIVO	MARCO
Provisão de serviços assistenciais	Rastreamento, diagnóstico e estadiamento oportuno	Melhorar o diagnóstico precoce de câncer	Medir a cobertura do rastreamento com o teste de HPV
		Garantir o diagnóstico oportuno em pacientes com suspeita de câncer	Programa de detecção precoce de câncer do colo do útero implementado
			Medir a cobertura efetiva de PAP nas mulheres entre 25 e 65 anos
Fortalecimento da Rede Oncológica	Infraestrutura e equipamento	Dotar a Rede Oncológica Nacional de infraestrutura e equipamentos adequados para cobrir as necessidades da população	Anatomia Patológica
			Biologia Molecular
			Braquiterapia
			Acelerador linear

## 6. BRASIL E CHILE: O CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM PERSPECTIVA COMPARADA

O Brasil e o Chile são países atravessados por grandes desigualdades sociais e econômicas. Apresentam bons resultados em apenas algumas medidas de bem-estar em comparação com os países da OCDE, porém abaixo da média em importantes indicadores como educação, segurança, emprego, moradia e saúde. Tais resultados expressam a desigualdade, tanto em termos de renda quanto de oportunidades de emprego e educação, acesso aos serviços de saúde e melhoria do padrão de vida (OCDE, 2018). Entretanto, a comparação entre os dois países mostra importante diferença nos indicadores relacionados à educação, à comunidade, ao engajamento cívico, à segurança e à renda (Figura 3). Estando a magnitude do câncer do colo do útero associada às desigualdades sociais, tais aspectos precisam ser considerados, pois impactam na manutenção desse câncer como importante problema de saúde pública em ambos os países (PARIKH, BRENNAN and BOFFETTA, 2003; NUCHE-BERENGUER and SAKELLARIOU, 2019.). As diferenças socioeconômicas têm reflexos na disparidade da ocorrência do câncer do colo do útero e no seu perfil epidemiológico, impactando na sobrevivência e na qualidade de vida após o diagnóstico (WUNSCH FILHO *et al*, 2008).

**Figura 3** - Indicadores de Bem-Estar - Brasil, Chile e OCDE, 2017



Fonte: Índice de Vida Melhor 2017 da OCDE.



Na área da saúde, é possível verificar na Tabela 6 que, embora o Brasil apresente um maior percentual de gasto total em saúde em relação ao PIB, o gasto público em saúde do Chile é elevado em termos proporcionais e *per capita*.

**Tabela 6** – Indicadores socioeconômicos e de financiamento em saúde, Brasil e Chile

INDICADORES		ANO	BRASIL	CHILE
SOCIOECONÔMICOS	População (em milhões) <sup>a</sup>	2020	212.559	19.116
	População Feminina (em milhões) <sup>a</sup>	2020	108.124	9.691
	Expectativa de Vida ao Nascer (Mulheres) <sup>b</sup>	2016	77,80	83,10
	Produto Nacional Bruto <i>per capita</i> <sup>c</sup>	2018	15.820	24.190
	Cobertura populacional (Sistema Público) %	2019	100,00	76,01 <sup>b</sup>
	Cobertura populacional (Sistema Privado) %	2019	24,20	17,97 <sup>e</sup>
FINANCIAMENTO	Gasto total em saúde em % PIB <sup>d</sup>	2017	9,47	8,98
	Gasto público em saúde em % do PIB <sup>d</sup>	2017	3,96	4,50
	Gasto público em saúde em % do gasto total em saúde <sup>d</sup>	2017	42,00	50,00
	Gasto público em saúde per capita em US\$ <sup>d</sup>	2017	795,66	1.190,55
	Desembolso direto em % do gasto total em saúde <sup>d</sup>	2017	27,46	33,55

Fontes:

a. United Nations DESA/PopulationDivision. World Population Prospects 2017. Disponível em: <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>. Acesso em 12/11/2019.

b. OECD. Stat. Disponível em: <http://stats.oecd.org>. Acesso em 12/11/2019.

c. The World Bank. GNI per capita, PPP (current international \$). Disponível em: [https://data.worldbank.org/indicador/NY.GNP.PCAP.PP.CD?name\\_desc=false](https://data.worldbank.org/indicador/NY.GNP.PCAP.PP.CD?name_desc=false). Acesso em 12/11/2019.

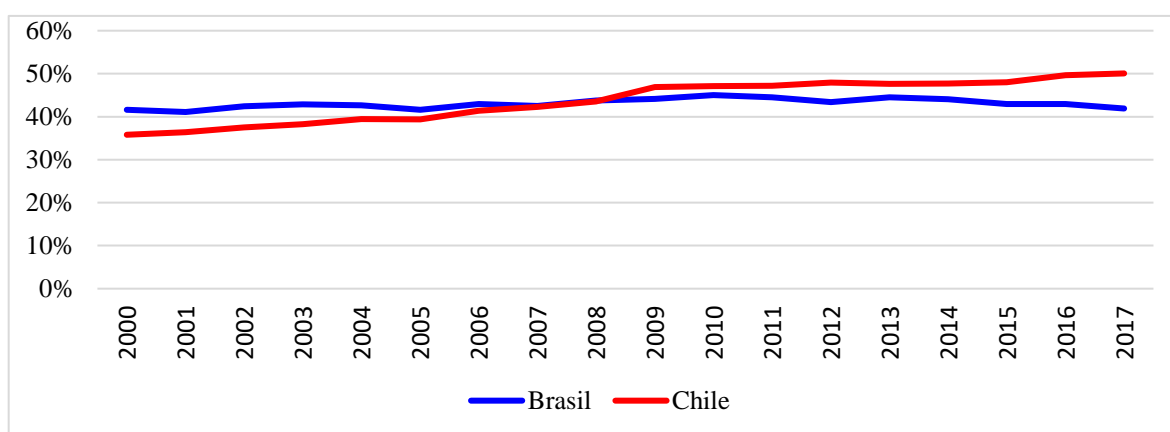
d. WHO. Global Health Expenditure Database. Disponível em: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/es>. Acesso em 03/03/2020.

e. Chile. Superintendencia de Salud. <http://www.supersalud.gob.cl/664/w3-propertyvalue-6059.html>

Parece paradoxal que, apesar de o Brasil possuir um sistema público universal, o gasto público em saúde seja menor do que no Chile onde não há um sistema de saúde com essa característica. De 2000 a 2017, observa-se uma elevação progressiva da proporção do gasto público em saúde na despesa total em saúde no Chile, enquanto, no Brasil, essa proporção se

mantém, apesar de pequenas variações ao longo do período (Gráfico 9). Esse fato é decorrente de um excesso de incentivos governamentais para o mercado privado e de restrições do ponto de vista da atuação do Estado no financiamento de ações e serviços públicos de saúde no Brasil, o que repercute na abrangência da assistência e também na qualidade da atenção à saúde (FIGUEIREDO *et al.*, 2018). Observa-se que, nos dois países, o gasto público não supera o gasto privado, o que revela certa similitude na organização do sistema de saúde, na qual o setor privado tem presença predominante.

**Gráfico 9** - Gasto público em saúde em % do gasto total em saúde, Brasil e Chile



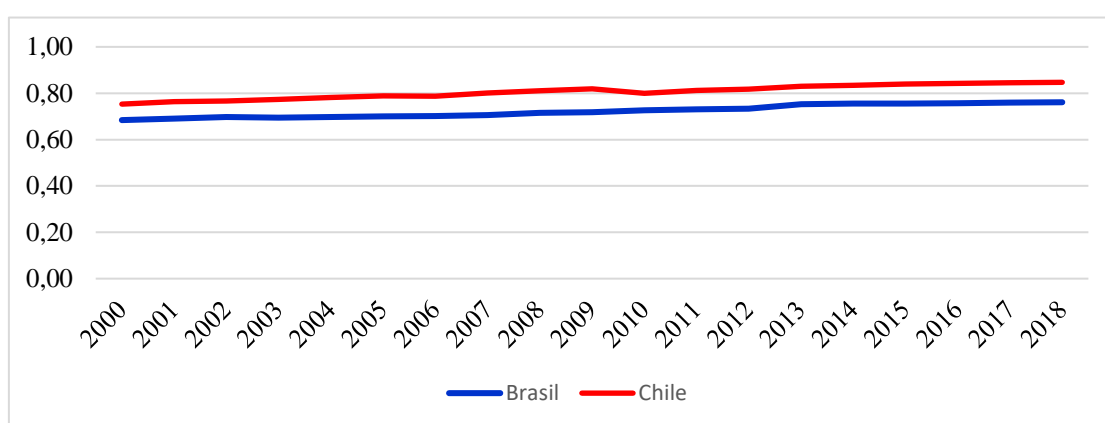
Fonte: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/es>. Acesso em: 04.03.2020

Apesar de a menor proporção do gasto privado em saúde sugerir maior comprometimento com políticas universais dirigidas à redução das desigualdades (SATYRO *et al.*, 2019), o Chile se destaca por ter um dos sistemas de saúde mais desiguais da região, em grande parte devido aos gastos por desembolso direto (BURIS *et al.*, 2014). Parte desses gastos se deve à baixa cobertura em relação aos medicamentos que representam 35,8% dos gastos diretos com saúde (OCDE, 2019). O Chile ocupa o quinto lugar entre os 35 países da OCDE com maiores gastos por desembolso direto e obteve os piores resultados na avaliação de 2019 com relação ao acesso, à capacidade de resposta e à qualidade das políticas e serviços de saúde (OCDE, 2019). É nesse contexto que direcionar esforços para diminuir as despesas diretas tornou-se um dos principais desafios do sistema de saúde chileno na atualidade (OYARTE, 2018).

A situação do Chile é emblemática, pois os gastos públicos são superiores aos gastos públicos do Brasil, mas o sistema de saúde permanece extremamente desigual, com acesso estratificado pela renda do contribuinte. Tal situação reforça a análise de Piola (2013) de que

maiores gastos não implicam necessariamente em serviços de melhor qualidade, mais eficientes e equitativos, pois os modelos de financiamento e de organização do sistema influenciam sobremaneira os resultados de saúde. A situação do câncer do colo do útero e das demais patologias AUGE são exceções no contexto chileno, pois contam com garantias de acesso, qualidade e proteção financeira.

Como organização político-administrativa, Brasil e Chile são repúblicas presidencialistas. A diferença é que o Brasil é uma República Federativa cujo sistema político está baseado na atuação dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário nas três esferas de governo. O Chile, por sua vez, é um Estado unitário, com administração territorial descentralizada nas regiões, províncias e comunas, porém com concentração de poder político na autoridade central. Em ambos, o governo central tem papel relevante para corrigir assimetrias nas esferas subnacionais e possui a responsabilidade de promover o fortalecimento e o desenvolvimento equitativo e solidário no território nacional. O Chile faz parte da relação de países com IDH muito alto, de acordo com o PNUD (1º lugar na América Latina), mas permanece com importante desigualdade social e territorial que o faz descer no ranking internacional, onde ocupa a 44ª posição entre todos os países. No Brasil, país que ocupa a 79ª posição, a desigualdade é ainda mais evidente (PNUD, 2018). O gráfico 10 evidencia a diferença de IDH entre os dois países.



**Gráfico 10.** Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano, Brasil e Chile, 2000 a 2018

Fonte: UNDP. Human Development Data. Disponível em <http://hdr.undp.org/en/data>. Acesso em 15.03.2020

O marco legal da saúde em ambos os países está estabelecido nas respectivas constituições. No Brasil, a Constituição Federal (1988) reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado e, no Chile, a Constituição Nacional (1980) estabelece a

obrigatoriedade de o Estado assegurar a todas as pessoas o direito à proteção da saúde. Os princípios de universalização, equidade e integralidade que norteiam a organização do SUS estão bem descritos no texto constitucional brasileiro. No Chile, não há princípios estabelecidos em lei para a saúde, porém o texto constitucional faz referência à responsabilidade do Estado em vigiar a execução das ações e serviços de saúde, protegendo o acesso livre e igualitário. Tal condição, segundo García-Huidobro (2013), deixa implícito o encargo do Estado de garantir as ações saúde, embora seja permitida a participação da iniciativa privada. A existência de um quadro institucional e jurídico constitui um arcabouço legal para que as políticas de saúde sejam políticas de Estado, compreendidas como um direito dos cidadãos e cidadãs (CECCHINE, 2016).

Em relação à responsabilidade do Estado como gestor, regulador e financiador do sistema de saúde, em ambos os países ele é o principal regulador e, além de definir os macroprocessos, também estabelece os mecanismos para o direcionamento da assistência à saúde. No Brasil e no Chile, o Ministério da Saúde, no nível central, tem a responsabilidade de desenvolver normas e parâmetros para a estruturação do sistema de saúde, bem como de alocar recursos financeiros para as esferas subnacionais e as estruturas de gestão regional. Em ambos, todas as políticas, planos e projetos regionais de saúde devem estar em conformidade com as respectivas diretrizes nacionais. Cabe destacar que, no Brasil, a existência de conselhos de saúde diferencia radicalmente o modelo institucional do SUS do SNS, pois a participação de representantes da sociedade civil modifica as relações entre os cidadãos e os gestores compondo um cenário de disputas e interesses, por vezes contraditórios, que podem influir no direcionamento das políticas de saúde (LABRA, 2001). No Brasil há instâncias formais de participação em saúde nas esferas nacional, regional e local. No Chile, apenas na esfera local (GIOVANELLA e ALMEIDA, 2017).

O acesso às ações e serviços públicos de saúde no Brasil está configurado na forma de um sistema público universal que oferece cobertura para toda a população, sem exclusão de grupos populacionais. No Chile, para ter acesso ao sistema público de saúde, os trabalhadores e pensionistas devem contribuir com 7% dos seus rendimentos tributáveis. Os segmentos da população não enquadrados nas categorias de população vulnerável, protegidos por lei, e que não contribuem para o FONASA, constituem o grupo sem cobertura (CHILE, 2005). As estratégias de universalidade, no Chile, estão restritas às garantias de saúde do Plano AUGE,

implementadas com o objetivo de proporcionar maior equidade na assistência à saúde para a população. Todavia, favorecem o acesso às ações e serviços de saúde apenas para tratamento das patologias listadas como prioridades no país. Os serviços de saúde não listados no AUGE ficam sem prioridade, gerando as chamadas listas de espera não-AUGE. Somente os serviços de emergências garantem, de fato, o acesso universal a todas as pessoas que precisam de atendimento, independente de serem ou não segurados.

As desigualdades regionais configuram barreiras de acesso para parte da população em ambos os países. No Brasil, por ser um país de dimensão continental, a população que reside em áreas remotas, especialmente nas regiões norte e nordeste do país, enfrenta maior dificuldade na utilização de serviços de saúde, principalmente na atenção especializada, não sendo por acaso que, nessas regiões, o câncer do colo do útero apresente as maiores taxas de incidência e mortalidade. No Chile, além das barreiras regionais de acesso e a centralização da assistência nas regiões metropolitanas, há as relacionadas à contribuição financeira obrigatória e aos gastos com medicamentos, consultas médicas e exames que necessitam de copagamento.

Com relação ao controle do câncer do colo do útero, o Brasil e o Chile contam com as duas estratégias de prevenção: vacinação contra papilomavírus humano (HPV) e detecção precoce de lesões precursoras. Em ambos os países, a vacina é gratuita e foi introduzida no calendário nacional de vacinação em 2014, sendo, atualmente, disponível para meninas e meninos. A diferença na estratégia está no fato de o Chile seguir as recomendações internacionais para vacinação em adolescentes nas escolas, enquanto no Brasil ela é feita apenas nas unidades básicas de saúde. Outra diferença é que, no Chile, a vacinação é obrigatória, no Brasil, ela é considerada um direito, parte do programa de imunização. O desconhecimento da população sobre a importância da vacina, a falta de prescrição médica e as notícias equivocadas veiculadas sobre a sua segurança são motivos para a recusa da vacina por parte da população nos dois países. O mesmo ocorre em países de maior nível socioeconômico e educacional, como Austrália, EUA, Canadá, Holanda, Espanha, Suécia e França (ZANINI et al., 2017). O Quadro 21 mostra que o Chile alcançou uma cobertura mais elevada que o Brasil:

**Quadro 21.** Cobertura vacina contra HPV no Brasil e no Chile, 2019

Vacina contra HPV		Brasil	Chile
1º dose	Meninas	73,1 %	91,0%
	Meninos	52,0 %	88,9%
2º dose	Meninas	47,4 %	79,5%
	Meninos	28,6 %	Sem informação

Fonte: Registro Nacional de Inmunizaciones, DEIS (Chile).  
Sistema de informação do Programa Nacional de Imunizações (Brasil).

A vacinação em ambiente escolar é uma estratégia comprovada para aumentar a cobertura vacinal, como observado nos países que adotaram este modelo (KOPS *et al.*, 2019). No Brasil a primeira dose, em 2014, realizada nas escolas, alcançou 100% de cobertura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). A baixa cobertura atual tem sido atribuída, em grande parte, ao fato de a estratégia de vacinação ocorrer agora nas unidades de saúde e não mais no ambiente escolar. Atualmente, o PNI orienta estratégias que integrem unidades de saúde e escolas, numa ação conjunta, pois a escola e os profissionais de saúde possuem papel preponderante para esclarecimento e sensibilização dos adolescentes e familiares para o cuidado com a saúde (BRASIL, 2019c).

O Brasil e o Chile possuem diretrizes para o controle do câncer do colo do útero, estabelecidas em protocolos nacionais, com definição de faixa etária da população-alvo, periodicidade de realização do exame e conduta para tratamento e seguimento das mulheres com exames alterados (CHILE, 2015; BRASIL, 2016). A diferença é que no Brasil a triagem é realizada apenas com o teste de citologia convencional (Papanicolaou), enquanto no Chile, desde 2020, está disponível também, na rede pública, o teste de biologia molecular (DNA HPV), em 15 dos 29 *Servicios de Salud* do país. Ambos os países trabalham com a meta nacional de cobertura de 80% da população-alvo. No Chile, a cobertura alcançada no país tem se mantido próxima de 70%; entretanto, no Brasil, por não haver ainda um sistema de informação nominal plenamente implantado, não é possível conhecer a real cobertura do programa. O percentual próximo de 80% estimado, com base em pesquisas nacionais, deve ser avaliado com cautela.

A garantia da qualidade do exame citopatológico é ponto fundamental no rastreamento do câncer do colo do útero (SIEGL, 2014; ARAUJO JR, 2015). No Brasil, apesar de a obrigatoriedade da participação comprovada em um sistema de controle de qualidade constar como exigência, desde 2001, para a contratualização dos laboratórios prestadores de serviços para o SUS, os estudos mostram que os indicadores de qualidade da maioria dos laboratórios ainda apresentam parâmetros abaixo dos recomendados pelo Ministério da Saúde (INCA, 2016a). Em 2019, apenas 10 de um total de 27 estados apresentaram informações sobre a realização do exame de controle de qualidade externo no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), que é o sistema de registro obrigatório para pagamento. Dentre os obstáculos à realização do controle externo de qualidade, apontado pelos gestores do programa no âmbito estadual e municipal, está o fato de o SISCAN ainda não disponibilizar os relatórios de monitoramento externo da qualidade (MEQ) e de haver muitas inconsistências nesse sistema, ainda em fase de implantação.

No Chile, o programa de garantia da qualidade é coordenado pelo ISP e disponibiliza, desde 1993, um programa de avaliação externa da qualidade para todos os laboratórios públicos e privados do país. O monitoramento realizado parece refletir no índice de positividade, um parâmetro de análise que expressa a sensibilidade em detectar lesões na população rastreada. Para o ano de 2018, o índice de positividade no Chile foi de 3,62%, enquanto no Brasil foi de 2,76%, abaixo do parâmetro nacional estabelecido como igual ou maior a 3% (INCA, 2016a). O monitoramento externo realizado no Chile tem sido apontado como fator importante na manutenção da qualidade e na confiabilidade do resultado dos exames no sistema público. A coordenação centralizada dessa ação no ISP favorece a organização e a qualidade do planejamento de um conjunto integrado de atividades em associação com a Universidade do Chile, cujo laboratório é acreditado pelo *College of American Pathologists* (CAP), um dos mais exigentes sistemas de avaliação internacional.

O sistema de informação existente no Brasil desde 2013, o SISCAN, apesar de ser capaz de registrar, arquivar e sistematizar as informações referentes aos exames de rastreamento e também selecionar as amostras para monitoramento externo, favorecendo a criação de um programa de gestão da qualidade, funciona com limitações em grande parte dos estados brasileiros. No Chile, há dois sistemas de informação que são utilizados para o monitoramento do programa: o Cito-Expert, que registra e arquivava os dados dos exames

realizados em plataforma online, onde todos os profissionais autorizados podem verificar se a usuária está em dia com seus exames preventivos do câncer do colo do útero, e o SIGGES, projetado para monitorar o cumprimento das garantias estabelecidas pelo Plano AUGE e constitui um importante suporte da gestão local.

Para a organização das ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil, a efetiva implantação do SISCAN em todo o país é ainda uma perspectiva a ser alcançada. A potencialidade do sistema para realização dos seguimentos das mulheres e avaliação dos indicadores de cobertura é reconhecida e gera grande expectativa dos profissionais envolvidos com o programa. No Chile, o seguimento é possível, porque o país conta com sistema de informação nominal plenamente implantado. Essa é uma marcante diferença entre os dois programas e coloca o Chile à frente do Brasil na organização das ações. O sistema de informação nominal é condição *sine qua non* para a realização do rastreamento de base populacional (IARC, 2005; OPAS, 2016).

A ausência desse sistema no Brasil dificulta a implementação de estratégias de busca ativa e seguimento pelas equipes da ESF. Na diversidade brasileira, há localidades que possuem prontuário eletrônico na rede municipal, o que facilita o acompanhamento das mulheres na população adscrita (MAIA, SILVA, SANTOS, 2018). Contudo, essa não é uma realidade em muitos municípios do país, onde o controle é feito de forma manual, dificultando por demais a sua execução. Dados de 2018 apontam que 90% das UBS tinham computadores disponíveis, 80% acesso à Internet e 69% sistema eletrônico para registro das informações dos pacientes (CETIC.BR, 2019). Mesmo nesse cenário desfavorável, algumas estratégias são realizadas na APS para o cadastramento e a busca ativa da população a fim de minimizar o impacto das barreiras no acesso ao citopatológico pelas mulheres menos favorecidas (FERNANDES et al., 2019; GALVÃO *et al.*, 2019).

Há semelhança nas características das usuárias que frequentam regularmente os centros de atenção primária à saúde nos dois países: pertencem ao segmento da população mais desfavorecido, mães jovens que vão ao centro de saúde para controle de natalidade e cuidado de seus filhos e mulheres adultas que estão inseridas em algum controle de doença crônica como hipertensão e diabetes (GUIBU, 2017; STATCOM, 2015). Em ambos os países, as consultas espontâneas, especificamente destinadas ao exame preventivo, são mais raras. Normalmente, o exame é realizado quando a usuária vai à consulta para controle ginecológico



ou procura atendimento para métodos anticoncepcionais. Apesar de haver um programa de controle do câncer do colo do útero em funcionamento, nos dois países, há mais de 30 anos, os fatores associados à não realização do exame preventivo seguem sendo os mesmos, tais como: falta de conhecimento, medo e problemas atribuídos à disponibilidade de tempo. No quadro 22, estão listados alguns dos principais obstáculos descritos na literatura:

**Quadro 22** – Obstáculos relacionados à não realização do exame preventivo do câncer do colo do útero no sistema público de saúde no Brasil e no Chile

OBSTÁCULOS		BRASIL	CHILE
Obstáculos relacionados às usuárias e seu contexto	<b>Desinformação sobre o exame</b> - informações limitadas sobre o objetivo do Papanicolaou.	X	X
	<b>Adiamento do cuidado pessoal</b> - postergação do exame pela mulher, secundarizado pelo cuidado de sua família.	X	X
	<b>Mitos relacionados ao exame</b> - medo de o exame ser doloroso, que uma parte do útero seja removida, medo do câncer, dentre outros.	X	X
	<b>Imposições misóginas do cônjuge</b> – atitudes machistas que inibem ou impedem a mulher de realizar o exame.	X	
	<b>Vergonha</b> – pudor na exposição do corpo durante o exame.	X	
	<b>Exames realizados no sistema de saúde privado</b> - usuárias que vão ao ginecologista e realizam o exame preventivo no sistema privado.		X
Obstáculos associados ao desempenho das unidades de saúde e equipes da APS	<b>Carga de trabalho na APS</b> – excesso de demanda e dificuldade para a busca ativa.	X	X
	<b>Priorização das ações assistenciais</b> - as ações de promoção da saúde e prevenção são secundarizadas pela lógica do tratamento.	X	X
	<b>Falha na coordenação interinstitucional</b> – pouco comprometimento das equipes em verificar se as mulheres da faixa etária do programa em atendimento na unidade estão com os exames em dia.	X	X
	<b>Horário restrito de funcionamento dos serviços</b> - o horário comercial das unidades de saúde limita o acesso das usuárias que trabalham e têm dificuldades de liberação para o cuidado com a saúde.	X	X

Fonte: Elaboração própria com base na bibliografia consultada.

Com exceção dos fatores relacionados às imposições misóginas do cônjuge, a vergonha/pudor das usuárias e a realização do exame no sistema privado, os demais obstáculos relacionados à não realização do exame preventivo são comuns nos dois países do estudo. No Brasil, é comum encontrar referências na literatura ao fato de as usuárias sentirem pudor na exposição do corpo e à restrição dos cônjuges como fatores que impedem as mulheres de realizar o exame citopatológico do colo do útero. No Chile, os únicos registros nesse aspecto estão relacionados ao fato de algumas mulheres mais velhas não se sentirem à vontade de realizar o exame com *matrones* (profissionais masculinos), porém, talvez por serem situações raras, não apareçam entre os principais motivos na literatura pesquisada. Apenas no Chile, a realização de exames no sistema privado aparece como um fator de não realização do exame no sistema público. Apesar de no Brasil essa informação ser ponderada na análise da baixa cobertura do programa, ela não é ressaltada entre os motivos da sua não realização. No Chile, no sistema público de saúde, há uma modalidade de livre escolha, onde os usuários do FONASA podem comprar um *voucher* e frequentar outros centros médicos ou clínicas privadas conveniadas, o que facilita a realização do exame por parte das usuárias que não conseguem horário para realizá-lo nos CESFAM. Nesse caso, o exame não fica registrado no SIGGES e a mulher com amostra alterada deve voltar para APS. Às vezes, as unidades de saúde fazem um segundo exame, o que duplica os serviços, prejudica a integração da rede e aumenta os custos desnecessariamente.

A falta de conhecimento sobre o que é e a importância do Papanicolau, articulado ao receio de um diagnóstico de câncer, leva muitas mulheres a não realizarem o exame. Com perfis de usuárias da APS semelhantes, nos dois países, a realização do exame acaba sendo postergada e/ou negligenciada diante das responsabilidades da mulher com os demais membros da família ou com as obrigações do espaço doméstico familiar. O medo de sentir dor durante a coleta da amostra, registrado como um mito relacionado ao exame nos dois países, está entre os obstáculos mais frequentes na literatura. E a resposta de que não há dor, mas apenas uma sensação de incômodo passageiro, comum no Brasil, parece desconsiderar o fato de que muitas mulheres podem realmente sentir dor por questões anatômicas ou pela inabilidade do profissional. Entre os obstáculos relacionados às unidades de atendimento e às equipes de saúde, nos dois países há registro de sobrecarga de trabalho da equipe responsável pela coleta – enfermagem no Brasil e matronas no Chile, dificultando o agendamento dos

exames, além da priorização de atividades assistenciais e do horário limitado de atendimento das unidades de saúde.

No Brasil, um estudo censitário das unidades de saúde (TOMASI, E. *et al.*, 2015) revelou que somente metade dos estabelecimentos de APS apresentava estrutura apropriada para a realização do exame preventivo e que apenas 30% das equipes poderiam ser classificadas com prática adequada ao rastreamento, indicando carência de equipamentos e insumos que restringem o escopo de ações do programa, sinalizando barreiras de acesso e qualidade que impactam a adesão das mulheres ao rastreamento (FERNANDES *et al.*, 2019). A desarticulação entre os níveis de atenção é outro problema constantemente mencionado nas análises do sistema de saúde brasileiro e acarreta falhas no seguimento do câncer do colo do útero, pois pode gerar interrupções e atrasos no tratamento (LOPES e RIBEIRO, 2019). Já o Chile se destaca pela acentuada institucionalização de instrumentos de coordenação do cuidado amplamente reconhecidos e, sobretudo, pela definição de protocolos elaborados pelo Ministério da Saúde (ALMEIDA, OLIVEIRA e GIOVANELLA, 2018). A reconhecida segmentação e fragmentação do subsistema público é ainda um problema a ser enfrentado, porém a experiência chilena demonstra ter alcançado relativo sucesso no seguimento das mulheres para a garantia do tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero.

Realizar o seguimento das mulheres com alterações suspeitas pressupõe monitorar como estão sendo encaminhadas e tratadas no sistema de saúde, como pressupõe a atenção à saúde na perspectiva de integralidade (SALA *et al.*, 2011). No Brasil, os problemas relacionados às informações de seguimento são constantes (INCA, 2010). Em 2010, apenas 23% das mulheres diagnosticadas, no ano anterior, tiveram seguimento informado no SISCOLO (BRASIL, 2013). Na vigência do SISCOLO, embora a unidade de registro não fosse a mulher, o sistema reunia informações demográficas e epidemiológicas, armazenava laudos citopatológicos e histopatológicos, permitindo identificar as mulheres com exames positivos para monitorar o caso até o desfecho final, seja cura ou óbito (INCA, 2011). Entretanto, a alimentação desse módulo de seguimento sempre foi problemática, com sub-registro em todas as regiões. Um estudo realizado por Oliveira (2011) verificou que as informações de seguimento das mulheres no município de Fortaleza (CE) não refletiam a realidade do acompanhamento efetuado, constatando que 33,7 % das mulheres que não apresentavam informações de seguimento no SISCOLO haviam realizado os procedimentos e

tratamentos necessários na rede pública de saúde. Apesar dessa subnotificação constatada é importante ressaltar que este percentual é baixo considerando que o esperado seria que todas as mulheres com exames alterados realizassem os procedimentos necessários, em breve intervalo de tempo.

No Chile, a promulgação do Plano AUGE e o estabelecimento de prazos para realização dos exames e de tratamentos complementares tornaram a realização do seguimento uma exigência ainda maior. O cadastro obrigatório da população nos centros de atenção primária para atendimento no sistema público de saúde e a existência de um sistema de informação de base populacional favorecem ainda mais a sua realização. A fragilidade do programa está na dificuldade em atingir a meta de cobertura e alcançar as mulheres da população-alvo que nunca realizaram o exame ou que o fizeram fora da periodicidade recomendada (URRUTIA, 2017). Em 2015, foi realizado um estudo encomendado pela *Asociación Chilena de Municipalidades* (AChM) com objetivo de apresentar propostas para aumentar a cobertura na população-alvo e implementar melhorias no programa. As estratégias apresentadas foram: realizar atividades integradas com o sistema educacional para promoção de ações relacionadas à saúde da mulher e esclarecimentos sobre o exame preventivo; divulgar o direito legal das usuárias de 40 anos ou mais ausentarem-se do trabalho para realização do exame preventivo; tornar obrigatória a realização do exame preventivo; unificar as informações dos exames realizados no sistema público e no privado; avaliar periodicamente a qualidade dos serviços na APS; melhorar a qualidade do atendimento na unidade de saúde e coordenar o trabalho dos profissionais de saúde em nível multidisciplinar (STATCOM, 2015).

Verifica-se, então, que o aumento da cobertura está associado a um conjunto de estratégias que dependem de muitos fatores, como a qualificação da coordenação do programa em cada localidade, a motivação das equipes de saúde da APS, o acesso físico às unidades de saúde e vencer barreiras psicológicas/emocionais (medo, vergonha, informações equivocadas e crenças), que impedem muitas mulheres de realizarem o exame preventivo (SALAS, GUZMAN, CAZOR, 2005). Na perspectiva da análise comparada, é possível considerar que algumas propostas realizadas a partir dos resultados encontrados no Chile podem qualificar as ações também no Brasil. Lembrando, sempre, que, apesar de haver possibilidade de aprendizagem com as experiências internacionais, jamais será possível fazer uma

transferência automática, pois, além das considerações metodológicas aplicadas, é necessário considerar o contexto e suas determinações históricas, políticas, econômicas e culturais.

No Brasil, a parceria com o setor de educação é realizada em muitas localidades na busca de um diálogo com os professores sobre a prevenção do câncer do colo do útero, pois faz parte do processo de trabalho das equipes da ESF desenvolver ações intersetoriais, em interlocução com escolas e demais espaços comunitários, em sua área de abrangência (BRASIL, 2017). Dessa forma, a estratégia proposta para o setor de educação no Chile pode ser adaptada à realidade das comunidades brasileiras e se somar às estratégias já realizadas. Todavia, a discussão incentivada pelo atual governo federal sobre “ideologia de gênero” e “escola sem partido” coloca barreiras na atuação dos professores para abordagem de temas relacionados à sexualidade e direito das mulheres.

Com relação à proteção legal para facilitar a participação das mulheres no rastreamento do câncer do colo do útero, no Brasil, já existe a Lei nº 13.767/2018 que permite às trabalhadoras, inseridas no mercado formal, a ausência do serviço para a realização de exame citopatológico, prevendo a ausência comprovada, sem preocupações quanto a perdas salariais. Porém, no atual contexto de instabilidade democrática e retirada de direitos sociais (DRUCK, DUTRA e SILVA, 2019), em uma conjuntura de reformas trabalhistas e ameaças diante do quadro de desemprego, muitas mulheres, alijadas de seus direitos, poderão não fazer uso da Lei.

A discussão da obrigatoriedade dos exames preventivos já foi pauta na Câmara dos Deputados no Brasil (Projeto de Lei 4957/16). A proposta colocava como condição para a concessão do benefício do Programa Bolsa Família a realização de exame preventivo ginecológico e a mamografia de rastreamento; porém, a tramitação da proposta pelas comissões da Câmara recebeu muitas críticas e o texto foi alterado para perder o caráter punitivo. Destaca-se que o cuidado com a saúde precisa ser exercido como um direito da mulher e não estar associado à punição ou a barreiras de acesso aos serviços de saúde e benefícios sociais, criando obstáculos que afetarão ainda mais as mulheres que já se encontram em situação de vulnerabilidade (CECCHINI, 2016).

Tanto no Brasil como no Chile, a informação sobre a realização do exame preventivo para o câncer do colo do útero está restrita aos exames realizados no sistema público de saúde. A unificação das informações do sistema público e da rede privada possibilitaria conhecer a

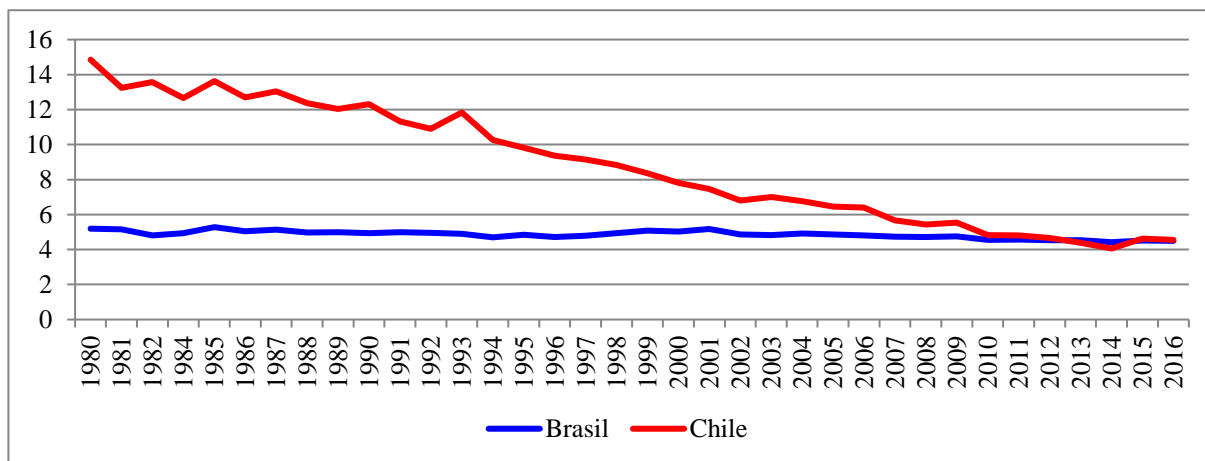
real cobertura da população feminina rastreada. Em ambos os países essa ainda é uma questão sem previsibilidade de ocorrer, pois não há integração entre os sistemas de informação.

No Brasil, a *Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)* constituiu um processo de verificação in loco dos padrões de qualidade das equipes da APS (UCHÔA *et al.*, 2018). Esta ação representou uma possibilidade de avaliação periódica da qualidade da APS do sistema público, pois o PMAQ tinha como objetivo promover a melhoria do acesso e qualidade da atenção à saúde em todo país. Constata-se, dessa forma, que houve o interesse de realizar pesquisas para avaliação dos serviços de saúde da APS e averiguar o nível de satisfação dos usuários da APS também no Brasil. Melhorar a qualidade do atendimento, fornecendo informações qualificadas para a compreensão das usuárias durante a realização do exame é apontado como necessidade em ambos os países, pois o desconhecimento da importância do exame é uma das principais respostas identificadas nas pesquisas acerca dos motivos de as mulheres não realizá-lo. Adequar a disponibilidade de atendimento é uma demanda constante, visto que há um número cada vez maior de mulheres inseridas no mercado de trabalho e que exercem suas atividades laborais no horário de funcionamento das unidades de saúde, com o agravante de muitas vezes trabalharem em local distante de sua residência.

Na comparação entre os países do estudo, verifica-se que, no Brasil, os fatores identificados por Wiesner-Ceballos *et al.* (2009) como os principais responsáveis pelas falhas nos programas de rastreamento do câncer do colo do útero (não realização da busca ativa da população em risco, ausência de sistemas de controle de qualidade dos exames e seguimento inadequado de mulheres com resultados alterados) são mais evidentes e bastante significativos, pois o SISCAN ainda não possibilita o monitoramento dos exames realizados na população-alvo; não há um sistema de controle de qualidade nacionalmente implantado e o seguimento das mulheres com exames alterados não tem sido adequadamente realizado.

O gráfico 11 com as taxas mortalidade ajustadas pela população mundial, permite perceber que, apesar de os países apresentarem valores muito semelhantes na atualidade, partiram de patamares muito diferentes. O Chile, em 1980, apresentava taxa de mortalidade por câncer do colo do útero de 14,85 por 100 mil mulheres, quase três vezes maior do que o Brasil com taxa de 5,20 por 100 mil mulheres.

**Gráfico 11** - Taxa de mortalidade para câncer do colo do útero, ajustada por idade pela população mundial. Brasil e Chile, 1980-2016



Fonte: Globocan. Ferlay (2018).

Verifica-se que os dois países têm tradição, organização e avanços no que tange ao rastreamento do câncer do colo do útero, porém as desigualdades existentes abrangem questões que os programas por si só não darão conta.

Por fim, é possível constatar que a ausência de uma coordenação e acompanhamento amplo e sistemático das ações e de seus resultados no Brasil, nos diversos níveis de gestão, tem sido um problema permanente. O primeiro relatório do Programa em 1999 já apontava a importância de assessoria aos estados e municípios na gestão do programa para a definição e implementação das suas estratégias locais. No segundo relatório, em 2002, foi ressaltada, novamente, a importância de subsidiar os gestores para que conheçam as bases do Programa e possam conhecer as responsabilidades de cada nível de governo na garantia de acesso da população referenciada. Também no Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, em 2005, a necessidade do desenvolvimento de capacitações e assessoria técnica aos gestores estava presente. Em 2010, no relatório final do grupo constituído pelo MS para avaliar o PNCCU, a necessidade do fortalecimento da gestão do programa foi apontada como um cinco eixos principais para o seu aperfeiçoamento técnico e operacional. Também no Plano de Enfrentamento das DCNT no Brasil, publicado em 2011, a necessidade de fortalecer as ações de prevenção e qualificação do diagnóstico precoce e tratamento do câncer do colo de útero está presente. Passada uma década, esta necessidade se mantém.

O quadro 23 sistematiza as principais características dos sistemas de saúde e das políticas e ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil e no Chile.

**Quadro 23.** Sistema de Saúde, políticas e ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil e no Chile

DIMENSÕES	SUB-DIMENSÕES	BRASIL	CHILE
<p><b>Contexto das Políticas Públicas de Saúde</b></p>	<p>Marco constitucional e atribuições do Estado na saúde</p>	<p>República Federativa com atuação dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário nas esferas federal, estadual e municipal.</p> <p>A Constituição Federal assegura a saúde como um direito de todos e dever do Estado.</p> <p>O Estado é o principal regulador e, além de definir os macroprocessos, também estabelece os mecanismos para o direcionamento da assistência à saúde.</p> <p>O Ministério da Saúde tem a responsabilidade de desenvolver normas e parâmetros para a estruturação do SUS e aprovisionar incentivos financeiros para esferas estaduais e municipais.</p> <p>No âmbito estadual, o planejamento da saúde deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios.</p> <p>A gestão municipal é responsável pelo planejamento, organização, execução e avaliação das ações e serviços de saúde locais, prioritariamente, pela gestão da atenção básica que é desempenhada com apoio técnico e financeiro da União e dos estados.</p> <p>Enquanto financiador da saúde, o Estado brasileiro destina 9,47% do seu Produto Interno Bruto (PIB) à saúde.</p>	<p>Estado unitário com administração territorial descentralizada em regiões, províncias e comunas.</p> <p>A Constituição Nacional estabelece o direito à proteção à saúde e a responsabilidade do Estado em vigiar a execução das ações e serviços de saúde.</p> <p>O Estado é o principal regulador e além definir os macroprocessos também determina os mecanismos para o direcionamento da assistência à saúde.</p> <p>O Ministério da Saúde propõe políticas, formula planos e programas de saúde, definindo as linhas de ação e os parâmetros para cada atividade, além de assegurar o cumprimento da regulamentação e alocação de recursos.</p> <p>A adaptação das políticas nacionais à realidade regional é realizada pela Secretaria Regional. Todas as políticas, planos e projetos regionais devem estar em conformidade com as diretrizes do Plano Nacional de Saúde.</p> <p>Cabe às Secretarias Regionais avaliar o cumprimento das metas pela administração municipal.</p> <p>Os municípios são autônomos na gestão e prestação dos serviços de acordo com as políticas formuladas pelo Ministério da Saúde.</p> <p>Enquanto financiador da saúde, o Estado chileno destina 8,98% do seu Produto Interno Bruto (PIB) à saúde.</p>



**Quadro 23 (continuação)** – Matriz de análise para o estudo das políticas de controle do câncer do colo do útero no Brasil e no Chile

DIMENSÕES	SUB-DIMENSÕES	BRASIL	CHILE
<b>Contexto das Políticas Públicas de Saúde (continuação)</b>	Organização do sistema público de saúde e vias de acesso da população às ações e serviços de saúde	<p>Sistema público universal de saúde.</p> <p>Cerca de 24% da população tem seguro privado configurando o que se denomina dupla cobertura.</p> <p>Sistema público de saúde com cobertura integral</p> <p>Sem barreiras legais de acesso.</p> <p>As desigualdades regionais configuram barreiras de acesso para parte da população que enfrenta maior dificuldade na utilização dos serviços de saúde, especialmente nas regiões norte e nordeste do país onde a fixação de especialistas e o insuficiente quantitativo de profissionais em áreas remotas produzem lacunas na assistência à saúde.</p> <p>Estrutura do sistema de saúde: Sistema Único de Saúde (Sistema Público de Saúde); Planos e Seguros Privados de Saúde (Seguros Privados de Saúde); Forças Armadas (Seguro Social de Saúde) e Empresas públicas, sociedades de economia mista, fundações e autarquias dos três níveis de Governo (Seguros Privados sem fins lucrativos).</p> <p>A prestação de serviços públicos de saúde e as ações promovidas integram uma rede regionalizada e hierarquizada. Organização tripartite, com direção única e autonomia em cada esfera de governo.</p>	<p>Sistema dual e baseado em seguros.</p> <p>Contribuição obrigatória de 7% dos rendimentos para o financiamento do seguro saúde.</p> <p>O sistema público de saúde (Fonasa) cobre cerca de 76% da população e o sistema privado (Isapres) 14%.</p> <p>Sistema público de saúde com cobertura abrangente</p> <p>As estratégias de universalidade restritas às garantias de saúde do Plano AUGE.</p> <p>As principais barreiras de acesso estão relacionadas à contribuição financeira obrigatória, à centralização da assistência médica na Região Metropolitana e aos custos de medicamentos, consultas médicas e exames que necessitam de copagamento.</p> <p>Estrutura do sistema de saúde: FONASA (Sistema Público de Seguro Social); ISAPRE (Seguros Privados de Saúde); Forças Armadas (Seguro Social de Saúde) e Organizações Administradoras da Lei de Acidentes de Trabalho e Doenças Ocupacionais (Seguros Privados sem fins lucrativos).</p> <p>A organização da saúde pública no Chile ocorre por meio do Sistema Nacional de Serviços de Saúde (SNSS), que é uma entidade pública com uma estrutura reguladora e com foco na prestação da assistência à população. Possui uma rede de serviços descentralizados em nível regional e sub-regional.</p>

**Quadro 23 (continuação)** – Matriz de análise para o estudo das políticas de controle do câncer do colo do útero no Brasil e no Chile

DIMENSÕES	SUB-DIMENSÕES	BRASIL	CHILE
<p><b>Estratégias e diretrizes para o controle do câncer do colo do útero</b></p>	<p>Rastreamento do câncer do colo do útero</p>	<p>Triagem com citologia convencional, com um exame a cada três anos, após dois exames anuais negativos para mulheres de 25 e 64 anos de idade.</p> <p>Programa de garantia da qualidade em implantação. Portaria publicada, em 2013, com definição de parâmetros para monitoramento interno e externo da qualidade para laboratórios públicos e privados prestadores de serviços no SUS.</p> <p>Programa oportunístico, sem um sistema de convite para as mulheres da população-alvo participarem do rastreamento.</p> <p>Existência de um sistema de informação de base populacional em implementação (SISCAN) que registra informações sobre o diagnóstico e as condutas relativas aos exames positivo/alterados. Além de fornecer o laudo padronizado, seleciona amostras para monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero.</p> <p>A divulgação de alguns indicadores do Programa é realizada pelo INCA que publica periodicamente o Informativo Detecção Precoce, com informações referentes aos exames citopatológicos do colo do útero, apresentadas por Unidade da Federação (UF) e Regiões, fornecendo um panorama das ações do programa.</p>	<p>Triagem com citologia convencional a cada três anos para mulheres de 25 e 64 anos de idade e teste de DNA-HPV com intervalos de cinco anos (nas localidades onde estiver disponível) para mulheres de 30 a 64 anos.</p> <p>Programa de garantia da qualidade realizado desde 1993 pelo <i>Instituto de Salud Pública de Chile</i> (ISP) em parceria com o Centro de Oncologia Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade do Chile.</p> <p>Programa oportunístico, sem um sistema de convite para as mulheres da população-alvo participarem do rastreamento.</p> <p>Possibilidade de convocação da população-alvo favorecida pelo fato de existir um sistema de saúde de base populacional e toda pessoa, para acessar o sistema público de saúde, precisa estar inscrita em um centro de saúde na APS.</p> <p>Existência de um sistema de informação (Cito-Expert) que registra e arquiva os dados dos exames realizados em plataforma online. Há também o Sistema de Informação para a Gestão de Garantias Explícitas de Saúde (SIGGES), projetado para monitorar o cumprimento das garantias estabelecidas e para servir como suporte da gestão local.</p> <p>A divulgação dos resultados do Programa é realizada por meio de um relatório anual de avaliação com o objetivo de efetuar um diagnóstico atualizado dos recursos e das atividades nos três níveis de atenção. O relatório analisa o grau de resolutividade em relação à detecção, diagnóstico, estadiamento e tratamento, identificando as lacunas existentes no cumprimento de garantias explícitas, constituindo uma guia para tomada de decisão e alocação de recursos.</p>

**Quadro 23 (continuação)** – Matriz de análise para o estudo das políticas de controle do câncer do colo do útero no Brasil e no Chile

DIMENSÕES	SUB-DIMENSÕES	BRASIL	CHILE
<p><b>Estratégias e diretrizes para o controle do câncer do colo do útero (Continuação)</b></p>	<p>Rastreamento do câncer do colo do útero (continuação)</p>	<p>A função “Gerenciar Seguimento” em funcionamento no SISCAN permite que as coordenações e as unidades de saúde acompanhem as mulheres com exames suspeitos ou alterados.</p> <p>Em 2017, foi sancionada a Lei 13.522 que estabelece a obrigatoriedade de profissionais da APS desenvolverem estratégias específicas para a busca ativa das mulheres que enfrentam dificuldades para fazerem os exames preventivos. Entretanto, não foi prevista na lei a forma como se dará essa busca ativa diante da falta de recursos e com a infraestrutura existente.</p> <p>A linha de cuidado determina a coleta do exame na atenção primária, a confirmação do exame e tratamento das lesões precursoras na atenção secundária e o tratamento do câncer do colo do útero na atenção terciária. Dificuldades na comunicação entre os níveis de atenção e os serviços assistenciais, além da sub oferta dos procedimentos, especialmente no nível secundário, geram interrupções e atrasos no tratamento. A legislação determina o prazo de 60 dias para início do tratamento do câncer após a confirmação diagnóstica.</p>	<p>Uma vez que há metas estabelecidas e um forte controle ministerial sobre cada procedimento das garantias GES, o seguimento é realizado para todas as mulheres com exames alterados.</p> <p>A realização da busca ativa das mulheres com exames alterados é uma imposição instituída pela coordenação do Programa AUGE, para que os prazos estabelecidos sejam realizados e os tratamentos efetuados de forma adequada.</p> <p>A linha de cuidado determina a coleta do exame na atenção primária, a confirmação do exame e tratamento das lesões precursoras na atenção secundária e o tratamento do câncer do colo do útero na atenção terciária. O monitoramento por parte das garantias AUGE estabelece o prazo para cada ação ser realizada.</p>

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese buscou analisar as políticas e ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil e no Chile, com um recorte para as ações de detecção precoce. A análise dos casos foi construída em perspectiva comparada, ressaltando o que é comum e o que é específico de cada país. Fazendo valer uma das principais potencialidades dos estudos comparativos, que é a capacidade de proporcionar maior conhecimento da própria experiência (MARMOR, FREEMAN E OKMA, 2005), este estudo apresentou um panorama para a melhor compreensão da realidade brasileira.

A possibilidade de realizar uma leitura de alcance mais abrangente e que excede as explicações baseadas em características muito locais é um elemento positivo da comparação entre países. O conhecimento sobre o sistema de saúde chileno e a forma como as ações para o controle do câncer do colo do útero estão organizadas naquele país trouxeram lições em perspectiva, fornecendo elementos para a percepção e compreensão das diferenças inerentes a cada contexto. Uma das principais lições possíveis de se extrair para o Brasil da experiência chilena é a organização do programa, com gestão bem definida e mecanismos de avaliação e monitoramento consolidados nacionalmente. O programa de qualidade do exame citopatológico e a garantia do seguimento da mulher com prazos estabelecidos para a confirmação diagnóstica e o tratamento também merecem destaque, demonstrando como a organização do sistema de saúde verdadeiramente afeta o desempenho das ações de controle do câncer do colo do útero.

Os programas de controle do câncer do colo do útero no Brasil e no Chile fazem parte do sistema de saúde e da dinâmica social de seus respectivos países e, apesar de apresentarem elementos similares em sua estrutura, não funcionam da mesma forma. A busca por compreender o modelo de proteção à saúde de cada país foi fundamental para identificar as características mais gerais da conformação de cada programa, pois as condições de acesso e a abrangência de serviços estão condicionadas pelo tipo de proteção social à saúde no qual estão inseridos. No caso do Brasil, apesar de o SUS garantir o acesso integral às ações e serviços de saúde para todas as mulheres como um direito legalmente constituído, a desarticulação existente entre os diferentes níveis assistenciais que compõem a linha de cuidado do câncer do colo do útero comprometem a confirmação diagnóstica e a realização do

tratamento oportuno. Diferentemente, no Chile, apesar de o país não dispor de um sistema universal de saúde, mas um sistema público segmentado por critério de pagamento, as garantias instituídas pelo Plano Auge para o controle do câncer do colo do útero afiançam os procedimentos necessários com qualidade e prazo definidos para todas as mulheres da população alvo. O Brasil precisa, sem abrir mão da universalidade do sistema de saúde, garantir, tal qual o Chile, que as ações de controle do câncer do colo do útero sejam executadas com maior êxito.

O câncer do colo do útero é um exemplo clássico de uma doença evitável que causa significativa morbimortalidade em mulheres socialmente desfavorecidas, principalmente pelas barreiras de acesso agravadas por questões de gênero, reflexo das desvantagens sistemáticas que as mulheres experimentam no cotidiano (BASU, 2019). O Informe sobre Desarrollo Humano 2019, onde Chile ocupa a 62ª posição e o Brasil a 89ª no ranking mundial referente ao índice de igualdade de gênero (PNUD, 2019), expressa o quanto os dois países precisam avançar nessa questão. As desigualdades globais na incidência e mortalidade do câncer do colo do útero aumentam em relação ao menor desenvolvimento humano e aos maiores níveis de desigualdade de gênero (Singh et al., 2012). As taxas de pobreza, gastos com saúde *per capita*, urbanização e alfabetização estão significativamente relacionados à incidência e mortalidade do câncer do colo do útero. Alguns indicadores como a expectativa de vida, população alfabetizada e renda per capita, entre outros, colocam o Chile em situação de vantagem (Apêndice 1).

Sabe-se que as desigualdades socioeconômicas na participação no rastreamento do câncer do colo do útero são menos prováveis de serem encontradas em países com programas organizados, onde o acesso às ações e serviços de saúde está disponível de forma universal para toda a população (SARFATI, 2019). O Brasil, apesar de contar com um sistema universal de saúde, não possui programa de rastreamento organizado e a maior cobertura de exames é observada em mulheres com maior escolaridade. O Chile, por sua vez, além de não contar com um sistema universal de saúde, também não possui ainda um programa organizado, já que não há um sistema de convocação das mulheres da população-alvo conforme a faixa etária e periodicidade estabelecidas. Todavia, em termos de coordenação e sistematização de condutas, o programa chileno se destaca em comparação ao brasileiro. O programa chileno tem como característica uma gestão centralizada, continuidade no corpo

técnico, padronização de protocolo, metas e indicadores de desempenho monitorados continuamente. No Brasil, a concepção das ações de controle do câncer do colo do útero, não como um programa de fato, mas como diretrizes e recomendações impactou muito na gestão das ações nacionais. As críticas existentes quanto à verticalidade das ações, acabou também com a lógica do programa. Contudo, diante dos desafios existentes, devido às diferenças regionais e a fragmentação do sistema de saúde, ter uma coordenação nacional que conduza as ações é algo de grande importância, sobretudo para resolução das desigualdades de acesso. No Brasil falta uma linha clara de coordenação e acompanhamento de resultados como ocorre no Chile.

Nos dois países, as maiores taxas de incidência e mortalidade são observadas entre os grupos mais vulneráveis, confirmando que o maior risco de câncer do colo do útero deve-se à indisponibilidade ou à limitação de acesso às ações de saúde. Embora os programas de controle de câncer possam reduzir as barreiras advindas das desigualdades sociais, não as eliminam totalmente e, por isso, é importante haver estratégias destinadas a aumentar a cobertura com intervenções voltadas aos grupos mais desfavorecidos (MENVIELLE, KULHÁNOVÁ e MACKENBACH, 2019). Nesse aspecto, tanto o Brasil quanto o Chile necessitam de ações mais ousadas para o alcance das mulheres da população-alvo que permanecem à margem do rastreamento, em consequência das iniquidades sociais.

Diferente de países onde as ações de rastreamento ainda não foram implementadas, devido aos custos para infraestrutura, recursos humanos, materiais de consumo, monitoramento e vigilância (VACCARELLA et al., 2016), o Brasil e o Chile contam com programa de controle do câncer do colo do útero e com uma complexa rede de ações e serviços, que incluem a vacinação contra o HPV e o rastreio de lesões precursoras. Dessa forma, uma redução significativa na incidência e mortalidade por câncer do colo do útero em um futuro próximo poderá ocorrer, se as ações de prevenção e detecção precoce alcançarem a cobertura e a qualidade esperada (SANKARANARAYANAN, 2019). Reduzir a incidência e mortalidade por câncer do colo do útero, de forma mais expressiva como sabe-se possível, dependerá, porém, da capacidade de ambos os países superarem os problemas e limites identificados. No Brasil, maiores esforços para garantir a qualidade dos exames, a confirmação diagnóstica e o tratamento precisam ser realizados, pois o exercício da comparação demonstrou que há diferenças significativas na qualidade dos laboratórios, na

abrangência do sistema de informação e na organização da rede de referência, com melhores resultados no Chile. Por certo, novos recursos são necessários para permitir uma oferta adequada e menos desigual nas diferentes regiões do país. Não é, porém, nessa direção que o cenário parece sinalizar. O fechamento dessa tese se dá em momento em que se encontra em discussão nova proposta para as transferências intergovernamentais de recursos para a APS, locus primordial das ações de rastreamento no SUS, com possibilidade de agravar as restrições orçamentárias.

Por fim, cabe ressaltar as limitações dessa tese. Em função do seu foco, ela dedicou-se a analisar a política e organização das ações de controle do câncer do colo do útero, por meio de um breve resgate histórico dos programas e da observação da configuração atual. Todavia, para a compreensão mais ampla da política de controle de câncer seria relevante investigar mais profundamente as imbricações do sistema público e privado existentes nos dois países. Como agenda de pesquisa, ressalta-se a importância de que outros estudos voltem sua atenção para tais questões e para a discussão das reformas em disputa responsáveis pela configuração do sistema na atualidade. Também como perspectivas futuras estão as questões reconhecidamente problemáticas na implementação das ações em foco, em especial a gestão e a formação de profissionais. Ainda como parte dos limites do desenvolvimento de estudos de caso foge ao alcance dessa tese gerar generalizações (Yin, 2005). Visa contribuir para a compreensão do tema estudado e o debate das políticas públicas para o controle do câncer no Brasil.

Esta tese representa o esforço de fazer uma análise comparada de dois países com muitas singularidades, mas também de usar na comparação um arcabouço teórico mais amplo, envolvendo a compreensão da configuração dos sistemas de proteção social e das políticas de saúde para depois mergulhar e tentar entender melhor os desafios das políticas relacionadas ao controle do câncer do colo do útero. Alguns aprofundamentos analíticos serão necessários para o desdobramento do trabalho realizado e com maior criticidade sobre os aspectos que envolvem o programa no Brasil. Como o conhecimento é fruto de um processo construído na coletividade onde se está inserido, termino essa tese com o desejo de manter diálogo e de seguir com a subjetividade curiosa com que dialeticamente me relaciono no mundo como sujeito de ocorrências, como sujeito da História, nas palavras de Paulo Freire.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. – Ano 1, n. 2 (mar. 2007). – Rio de Janeiro: ANS, ano 13, n. 1 (mar.), 2019.

ALBUQUERQUE, Tales Iuri Paz e; FRANCO DE SA, Ronice Maria Pereira; ARAUJO JUNIOR, José Luiz do Amaral Correia de. Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1695-1706, jun. 2016.

ALLARD SOTO, Raúl; HENNIG LEAL, Mónica Clarissa; GALDAMEZ ZELADA, Liliana. El derecho a la salud y su (des)protección en el estado subsidiario. **Estudios constitucionales**, Santiago, v. 14, n. 1, p. 95-138, jul. 2016.

ALMEIDA, Celia. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. p. S23-S36, 2002.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; OLIVEIRA, Suelen Carlos de and GIOVANELLA, Lúgia. Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.23, n.7, 2018.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Ligia; MARTINS FILHO, Moacir Tavares and LIMA, Luciana Dias de. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.24, n.12, 2019.

ARIAS, Paula Estefanía Bustos. Evaluacion del programa nacional de cancer cervicouterino, mediante la metodologia del marco logico. Memoria para optar al título de: Ingeniero de Ejecución en Administración de Empresas. Profesor Guía: Carolina Elena Leyton Pavez. Universidad del Bío-Bío. Chillán – Chile, 2014.

ARAUJO JR, Mario Lucio C., SANTANA, Daniela A., ALMEIDA, Livia B., QUINTANA, Shirley B. S., SILVA, Gloria Regina F., & FONSECA, Rachel C. S. P. Quality in cytopathology: an analysis of the internal quality monitoring indicators of the Instituto Nacional de Câncer. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, 51(2), 102-107, 2015.

ARBY, Marc; WEIDERPASS, Elisabete; SILVIA DE SANJOSÉ, Laia Bruni; SARAIYA, Mona; FERLAY, Jacques; BRAY, Freddie. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. **Lancet Glob Health** 2020; 8: e191–203. Published Online, 2019.

ARROSSI, Silvina; SANKARANARAYANAN, Rengaswamy; PARKIN, Donald Maxwell. Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America. **Salud Publica Mex.**;45 suppl 3:S306-S314, 2003.



AZEVEDO E SILVA, Gulnar; GIRIANELLI, Vania Reis; GAMARRA, Carmen Justina and BUSTAMANTE-TEIXEIRA, Maria Teresa. Cervical cancer mortality trends in Brazil, 1981-2006. **Cad Saúde Pública**; 26(12): 2399-2407, 2010.

AZEVEDO E SILVA, Gulnar; ZEFERINO, Luiz Carlos; THULER, Luiz Claudio Santos; TEIXEIRA, Maria Teresa Bustamante; GUERRA, Maximiliano Ribeiro. A situação dos cânceres do colo do útero e da mama no Brasil *in* Teixeira, Luiz (organizador). **Câncer de mama, câncer de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas**. – Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015.

AZEVEDO E SILVA, Gulnar; GAMARRA, Carmen Justina; GIRIANELLI, Vania Reis e VALENTE, Joaquim Gonçalves. Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. **Rev Saúde Pública**; 45(6):1009-1018, 2011.

BADIE, Bertrand; HERMET, Guy. El método comparativo. In: **Política comparada**. México: Fondo de Cultura Económica, 1993. p. 7-59.

BAHIA, Ligia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00067218, 2018.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 829-839, June 2009.

BARATA, Rita Barradas. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista USP**, (51), 138-145, 2001.

BARBOSA, Isabelle Ribeiro; SOUZA, Dyego Leandro Bezerra de; BERNAL, María Milagros; COSTA, Iris do Céu Clara. Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(1): 253-262, 2016.

BARCELOS, Mara Rejane Barroso; LIMA, Rita de Cássia; TOMASI, Elaine; NUNES, Bruno Pereira; DURO, Suele Manjourany Silva; FACCHINI, Luiz Augusto. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. **Revista Saúde Publica**, 2017.

BARTLETT, Lesley; VAVRUS, Frances. Estudos de Caso Comparado. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v. 42, n. 3, p. 899-920, July 2017.

BASU, Partha. HPV vaccination and screening for cervical cancer - *In Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research* / edited by S. Vaccarella, J. Lortet-Tieulent, R. Saracci, D.I. Conway, K. Straif, C.P. Wild. IARC Library Cataloguing in Publication Data, World Health Organization, 2019

BECERRIL-MONTEKI, Victor; REYES, Juan de Dios; MANUEL, Annick. Sistema de salud de Chile. **Salud Publica Mexico** / vol. 53, suplemento 2. Cuernavaca, Morelos, 2011.

BELEÑO, Carlos Andrés Martínez. Promoción de la salud y perspectivas de desarrollo en Chile, Colombia y México. Una mirada desde la política y las políticas públicas. Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública, Universidad Autónoma de Nuevo León. **Revista STATUS**. Vol. 1. Núm. 1, 2016.

BECKER, Howard S. Observação Social e Estudos de Caso Sociais. In: **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. Ed. Hucitec, 1997.

BEHRING, Elaine Rossetti. Fundamentos de política social. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (org.). **Serviço social e saúde formação e trabalho profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política**. Brasília, São Paulo: UNB, Imprensa Oficial do Estado, 1995.

BOUSQUAT, Aylene et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, supl. 2, 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3.040, de 21 de junho de 1998. Instituir o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde Núcleo de Coordenação Nacional. Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino. Relatório Final. Brasília, 1999.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Viva Mulher. **Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas**. Rio de Janeiro: Inca. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria

de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da Saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Por dentro do Ministério da Saúde: orientações aos novos servidores** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama - 2ª edição. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 13 - Brasília – DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 2.446, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Direito à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2015b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde: PNS 2016-2019**. Brasília; 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de

saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde**. – Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União. Resolução nº 614, de 15 de fevereiro de 2019. Brasília, 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto constitucional originalmente publicado no Diário Oficial da União de 5 de outubro de 1988. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2019a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Brasília, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Saúde Brasil 2019 uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019c.

BRAWLEY, Otis W. Cancer screening: A general perspective In **Cancer prevention and screening - Concepts, principles and controversies**. Edited by Rosalind A. Eeles, Christine D. Berg, Jeffrey S. Tobias. John Wiley & Sons: Oxford, 2019.

BRAY, Freddie; COLOMBET, Murielle; MERY, Les; PIÑEROS, Marion; ZNAOR, Ariana; ZANETTI, Roberto and FERLAY, Jacques (editors). **Cancer Incidence in Five Continents**, Vol. XI (electronic version). Lyon: International Agency for Research on Cancer: IARC, 2017.

BRITO-SILVA, Keila; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi and TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Rev. Saúde Pública**. 2014, vol.48, n.2, pp.240-248.

BULCOURF, Pablo Alberto & CARDOZO, Nelson Dionel ¿Por qué comparar políticas públicas. **Documentos de Política Comparada**, 3, 1–49, 2008.

BULGACOV, SERGIO. Estudo Comparativo e de Caso de Organizações e Estratégias. **Organização e Sociedade**, Salvador, Bahia, v. 5, n.11, 1998.

BURIS, Paulo; BUSTAMENTE, Nicolás; ROJAS, Juan Pablo; KATZ, Jorge. **Análisis crítico del sistema de salud chileno - La Puja Distributiva y sus Consecuencias**. Universidad de Chile, Facultad de Economía y Negocios. Santiago de Chile, 2014.

CAPOTE NEGRIN, Luis G. "Epidemiology of Cervical Cancer in Latin America." **Ecancermedicalscience** 9 (2015): 577. PMC. Web. 9 Aug, 2017.

CARRASCO, Jimena; MEDINA, Sebastián. El Sistema Informático de la Reforma GES en Chile: una etnografía de dispositivos de gobierno sanitario. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, 2018.

CARVALHO, Priscila Guedes de; O'DWER, Gisele and RODRIGUES, Nádia Cristina Pinheiro. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. **Saúde debate**, vol.42, n.118, pp.687-701, 2018.

CAVIEDES, Rafael D. Cómo entender el sistema de salud chileno: más allá de lo público y lo privado. **Serie Informe Social** n. 177, 2019.

CECCHINI, Simone. **Protección social con enfoque de derechos para la América Latina del siglo XXI**. OPERA. 18, 11-33, jun. 2016.

CENTRO REGIONAL DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO (CETIC.BR). **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros: TIC Saúde 2018**. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR [editor]. - São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2019.

CHILE. Decreto Ley 2763 de 03-08-1979. Reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Biblioteca del Congreso Nacional. Última Versión: 2004.

CHILE. Ministerio de Salud. Ley 19.937. Modifica el D.L. n° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Santiago, 2004a.

CHILE. Ministerio de Salud. Ley AUGE N° 19.966. Establece un régimen de garantías en salud. Santiago, 2004b.

CHILE. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública. Decreto con Fuerza de Ley 1. Santiago, 2005.

CHILE. Ministerio de Salud. Decreto 136. Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud. Santiago, 2005a.

CHILE. Ministerio de Salud. **Guía Clínica Cáncer Cervicouterino**. Serie Guías Clínicas Minsal n°XX, 3ª edición. Santiago: Minsal, 2006.

CHILE. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División Atención Primaria Departamento de Diseño y Gestión de Atención Primaria, 2008.

CHILE. Ministerio del Interior. Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo. Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades: Texto refundido, coordinado y sistematizado, fijado por el DFL N° 1 de 2006. Santiago, 2010.

CHILE. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, 2010a.

CHILE. Ministerio de Salud. **Sistematización de la Información sobre Cáncer Cérvico Uterino en Chile: Revisión y Análisis de Estudios de Costo-efectividad de la Vacuna contra VPH.** Santiago: Minsal, 2011.

CHILE. Ministerio de Salud. Unidad de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles Y Estudios. Departamento de Epidemiología. División Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. **Primer Informe de Registros Poblacionales de Cáncer de Chile.** Quinquenio 2003-2007. Santiago: Minsal, 2012.

CHILE. **Constitución Política de la República de Chile**, 1980. Publicación: Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 2014.

CHILE. Ministerio de Salud. **Guía Clínica AUGE. Cáncer Cervicouterino (CaCu).** Santiago: Minsal, 2015.

CHILE. **Estrategia Nacional de Cáncer.** Documento para Consulta Pública. Santiago, 2016.

CHILE. **Documento de Trabajo n° 2 “Encuesta CASEN 2015 Indicadores de Género”.** Santiago, 2017.

CHILE. Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento Manejo Integral del Cáncer y otros Tumores. **Evaluación Programa Cáncer Cervicouterino (CCU). Año 2015.** Santiago, 2017a.

CHILE. Ministerio de Salud. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. **Plan Nacional De Cáncer 2018.** Santiago, 2018.

CHILE. Departamento Laboratorio Biomédico Nacional y de Referencia. Instituto de Salud Pública de Chile. **Recomendaciones buenas practicas para laboratorios citopatología ginecológica.** Santiago, 2018a.

CHILE. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud. Pública Decreto N. 42.449. Aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de Garantías en Salud. Santiago, 2019.

CHILE. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud. Pública. AUGE 85. Garantías de Oportunidad. Santiago, 2019a.

CHILE. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2020. Santiago, 2019b.

CONASEMS. Nota Técnica CONASEMS. Novas regras sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2018.

CONASS. Resolução Nº 588 de 12 de Julho de 2018. Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). CONASS, 2018.

CONILL, Eleonor M. Sistemas comparados de saúde. In: MINAYO, M. C. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CONILL, Eleonor. M.; FAUSTO, Márcia Cristina. R.; GIOVANELLA, Lígia. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10 (Supl.1), p. S151-S27, 2010.

CONILL, Eleonor. M. Sistemas universais para a América Latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**; 31(4): 1-13, 2018.

COSSANI, Camilo Vial. Las municipalidades y su papel en el contexto institucional en Chile. Trabajo preparado para presentación en la mesa “Diálogo sobre la descentralización municipal en Argentina y Chile”, en el XI Congreso Chileno de Ciencia Política, organizado por la Asociación Chilena de Ciencia Política (ACCP). Santiago, 2014.

COSTA, Ana Maria; NORONHA, José Carvalho de y NORONHA, Gustavo Souto de. Barreiras ao universalismo do sistema de saúde brasileiro *In Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha*. Coordinación general de Carolina Tetelboin Henrion; Asa Cristina Laurell. - 1ª ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2015.

COSTA, Nilson do Rosário. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1065-1074, Apr. 2017.

CRUZ, Adriane e ROSA, Tatiana. Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde. CONSENSUS - **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, ano VI, número 21, CONASS, 2016.

DESLANDES, Sueli F.; GOMES, Romeu A. Pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosi MLM, Mercado FJ (organizadores). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2004. P.99-120.

DI GIOVANNI, Geraldo. As estruturas elementares das políticas públicas. **Caderno de pesquisa**, Campinas, n.82, 2009.

DIAS, Maria Beatriz. Kneipp.; TOMAZELLI, Jeane Glauca.; DE ASSIS, Mônica. “Rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil: análise de dados do Siscolo no período de 2002 a 2006”. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 19, p.293-306, 2010.

DIAS, Maria Socorro de Araújo *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 103-114, jan.2018.

DENNY, Lynette; JEMAL, Ahmedin; SCHUBAUER-BERIGAN, Mary; ISLAMI, VILAHUR, Farhad Nadia; FIDLER, Miranda; SARFATI, Diana; SOERJOMATARAM, Isabelle; MARTEL, Catherine de; and VACCARELLA, Salvatore. Social inequalities in cancer risk factors and health-care access In **Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research** / edited by S. Vaccarella, J. Lortet-Tieulent, R. Saracci, D.I. CONWAY, David; STRAIF, Kurt; WILD, Christopher P. IARC Library Cataloguing in Publication Data, World Health Organization, 2019.

DRAIBE, Sônia M. Estado de Bem-Estar, Desenvolvimento Econômico e Cidadania: algumas lições da literatura contemporânea in Hochman, Gilberto; Arretche, Marta e Marques, Eduardo (org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

DRAIN, Paul K; HOLMES, Kink K.; HUGHES, James; KOUTSKY, Laura A. Determinants of cervical cancer rates in developing countries. **Int J Cancer**; 100:199-205, 2002.

DRUCK, Graça; DUTRA, Renata; SILVA, Selma Cristina. A contrarreforma neoliberal e a terceirização: a precarização como regra. **Caderno CRH**, Salvador, v. 32, n. 86, p. 289-306, Aug. 2019.

DURIGUETTO, Maria Lúcia; DEMIER, Felipe. Democracia blindada, contrarreformas e luta de classes no Brasil contemporâneo. **Argumentum Revista Científica**, v. v.9, p. 08-28, 2017.

ERAZO, Álvaro. **La protección social en Chile. El Plan AUGE: Avances y desafíos**. Sección del Desarrollo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas. Santiago de Chile, 2011.

FACCHINI, Luiz Augusto; PICCINI, Roberto; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine; SILVEIRA, Denise S.; SIQUEIRA, Fernando V. *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Cienc Saude Coletiva**;11(3):669-81, 2016.

FARIAS, Ana Cristina Bortolasse de and BARBIERI, Ana Rita. Seguimento do câncer de colo de útero: Estudo da continuidade da assistência à paciente em uma região de saúde. **Esc. Anna Nery**, vol.20, n.4, 2016.

FERLAY Jacques *et al.* Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2018. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>, accessed [16 de janeiro de 2018].

FERNANDES, Noêmia Fernanda Santos; GALVÃO, Jôse Ribas; ASSIS, Marluce Maria Araújo; ALMEIDA, Patty Fidelis de; & SANTOS, Adriano Maia dos. Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. **Cadernos de Saúde Pública**, 35(10), 2019.



FERRECCIO, Catterina. Nuevas estrategias de prevención y control de cáncer de cuello uterino en Chile. **Salud pública Méx**, Cuernavaca, v. 60, n. 6, p. 713-721, dic. 2018.

FIGUEIREDO, Juliana Oliveira; PRADO, Nilia Maria de Brito Lima; MEDINA, Maria Guadalupe and PAIM, Jairnilson Silva. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe2, p. 37-47, Oct. 2018.

FILGUEIRA, Fernando. Welfare and Democracy in **Latin America: The Development, Crises and Aftermath of Universal, Dual and Exclusionary Social States**, Ginebra, UNRISD, 2005.

FLEURY, Sonia. Reforming Health Care in **Latin America: Challenges and Options** (Chap 1) in Sonia Fleury, S. Belmartino & E. Baris (eds.). Reshaping Health Care in Latin America - Ottawa, IDRC, 2000.

FLEURY, Sonia; OUVERNEY, Assis. O sistema único de saúde brasileiro: Desafios da gestão em rede. **Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão**, Lisboa, v. 11, n. 2-3, p. 74-83, 2012.

FLEURY, Sonia e OUVERNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social in Giovanella, Lígia (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. /organizado por Lígia Giovanella, Sarah Scorei, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012a.

FLEURY, Sonia. The Welfare State in Latin America: reform, innovation and fatigue. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, 2017.

FRENK, Julio. "The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress". **PLoS Med**. 7: 2010.

FONSECA, Luiz Augusto Marcondes; RAMACCIOTTI, Adriana de Souza e ELUF NETO, José. Tendência da mortalidade por câncer do útero no Município de São Paulo entre 1980 e 1999. **Cad. Saúde Pública**, vol.20, n.1, pp.136-142; 2004.

GAGE, Julia C.; FERRECCIO, Catterina; GONZALES, Miguel; ARROYO, Raul; HUIVÍN, Militza; ROBLES, Sylvia C. Follow-up care of women with an abnormal cytology in a low-resource setting. **Cancer Detect Prev**; 27(6):466-471, 2003.

GALVÃO, Jôse Ribas, ALMEIDA, Patty Fidelis de, SANTOS, Adriano Maia dos, & FERNANDES, Noêmia Fernanda Santos. Trajetórias assistenciais de usuárias pela APS em uma região de saúde: trânsito livre, pontos de lentidão e parada. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva**, 29(4), 2019.

GAMARRA, Carmen Justina; VALENTE, Joaquim Gonçalves, AZEVEDO E SILVA, Gulnar. Magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero na Região Nordeste do Brasil e fatores socioeconômicos. **Rev Panam Salud Publica.**; 28(2):100–6; 2010.

GARCÍA-HUIDOBRO, Rodolfo Figueroa. El Derecho a la Salud. **Estudios Constitucionales**, Año 11, N° 2pp. 283 – 332, 2013.

GATTINI, Cesar. El Sistema de Salud en Chile. **Observatório Chileno de Salud Pública**. Escuela de Salud Pública Universidad de Chile. Santiago, 2017.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 177-190, June, 2006.

GIOVANELLA, Lígia; FEO, Oscar; FARIA, Mariana; TOBAR, Sebastian. (orgs.) **Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad** / Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; Rio de Janeiro: Isags, 2012.

GIOVANELLA, Ligia; STEGMÜLLER, Klaus. Tendências de reformas da atenção primária à saúde em países europeus. **J Manag Prim Health Care**; 5(1):101-113; 2014.

GIOVANELLA, Ligia; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, 2017.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, June 2018.

GIRIANELLI, Vania Reis; GAMARRA, Carmen Justina e AZEVEDO E SILVA, Gulnar. Os grandes contrastes na mortalidade por câncer do colo uterino e de mama no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, vol.48, n.3, 2014.

GIRIANELLI, Vania Reis; THULER, Luiz Claudio Santos e AZEVEDO E SILVA, Gulnar. Adesão ao rastreamento para câncer do colo do útero entre mulheres de comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, vol.36, n.5, pp.198-204; 2014.

GOSS, Paul E.; LEE, Brittany L.; BADOVINAC-CRNJEVIC, Tanja et al. Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. **Lancet Oncol**, 14: 391-436, 2013.

GRIN, Eduardo José, BONIVENTO, José Hernandez y ABRUCIO, Fernando (Ed.). **El gobierno de las grandes ciudades: gobernanza y descentralización en la metrópolis de América Latina**. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD); Universidad Autónoma de Chile. Santiago, 2017.

GUIBU, Ione Aquemi, MORAES, José Cássio de, GUERRA JUNIOR, Augusto Afonso, COSTA, Ediná Alves, ACURCIO, Francisco de Assis, COSTA, Karen Sarmento, KARNIKOWSKI, Margô Gomes de Oliveira, SOEIRO, Orlando Mario, LEITE, Silvana Nair, & ÁLVARES, Juliana. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 51(Suppl. 2), 17s. Epub November 13, 2017.

HUENCHO, Verónica Figueroa. La reforma de la salud en Chile: implicancias competuales y metodologicas para un estudio de caso in GAMBI, Mauricio Olavarría (Ed.). **El Plan Auge y la reforma de la salud**. – 1ª ed. – Santiago de Chile: Universitaria, 2012.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Handbooks of Cancer Prevention**. Volume 10. Cervix Cancer Screening. IARCPress. Lyon, 2005

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

INFANTE, Antonio y PARAJE, Guillermo. **La Reforma de Salud en Chile**. Documento de Trabajo. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – Chile. Área de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad. PNUD, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Falando sobre câncer do colo do útero**. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo**. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA) e do câncer do colo do útero (SISCOLO): manual gerencial**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Monitoramento das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama [Internet]. **Informativo Detecção Precoce**. ago/dez; 3(3):1-12; 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Sistema de informação do câncer: manual preliminar para apoio à implantação**. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Monitoramento das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama. **Informativo Detecção Precoce** jan/abr; 5(1):1-8.; 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Vigilância e Análise de Situação. **Atlas On-line de Mortalidade: usos e aplicações**. Rio de Janeiro, RJ. INCA, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Viva Mulher 20 anos: história e memória do controle do câncer do colo do útero e de mama no Brasil: catálogo de documentos**. – Rio de Janeiro: INCA, 2018.

ISAGS. **Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad** / Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; Ligia Giovanella, Oscar Feo, Mariana Faria, Sebastián Tobar (orgs.). Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

ISAPRE. **El Sistema de Salud Chileno: Orígenes, Transformaciones y Desafíos**. Serie de Informes Técnicos. Santiago, 2016.

JUNIOR, Josué Barros; FREITAS, Kerma Márcia de; SILVA, Valéria Kely Gomes da; DUARTE, Rafael Bezerra; CARVALHO, Elisa Maria Ramos. O câncer do colo do útero: um rastreamento nos sistemas de informações. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências - Icó-Ceará**, v.1, n.1, p. 108 – 122, Jan-Abr, 2018.

KLEIN, Rudolf. Learning from others: shall the last be the first? **J Health Polit Policy Law**, 22(5): 1267-78. PMID: 9394248, 1997.

KOPS, Natália Luiza; HOHENBERGER, Glaucia Fragoso; BESSEL, Mariana; HORVATH, Jaqueline Driemeyer Correia; DOMINGUES, Carla; KALUME MARANHÃO, Ana Goretti, ALVES DE SOUZA, Flavia Moreno; BENZAKEN, Adele; PEREIRA, Gerson Fernando; WENDLAND, Eliana Marcia. Knowledge about HPV and vaccination among young adult men and women: Results of a national survey. **Papillomavirus Research**. Jun; 7:123-128, 2019.

LABRA, Eliana. Política e saúde no Chile e no Brasil: contribuições para uma comparação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 361-376, 2001

LAGO, Tânia Di Diacomio do. **Políticas nacionais de rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: análise do período 1998-2002**. Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2004.

LANZA, Sandra *et al.* Aplicación de metodología de marco lógico para el análisis del programa nacional de pesquisa y control del cáncer cervicouterino en Chile. **Rev. chil. obstet. ginecol.**, Santiago, v. 75, n. 5, p. 294-299, 2010.

LAURELL, Asa Cristina. Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. **Saúde debate**, v. 38, n. 103, p. 873-87, 2014

LAURELL, Asa Cristina. Proyectos políticos y opciones de salud en América Latina (Ideología, discurso y realidades). **Rev Cubana Salud Pública**, Ciudad de La Habana, v. 42, n. 3, p. 489-502, sept. 2016.

LAVRAS, Carmen. Atenção Primária à Saúde e a Organização de redes Regionais de Atenção Saúde no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LAWSON, Herschel W; HENSON, Rosemarie; BOBO, Janet Kay; KAESER, Mary K. Implementing recommendations for the early detection of breast and cervical cancer among low-income women. **Oncology** (Williston Park), 2000.

LEE, Nancy C. et al. "Implementation of the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program: The Beginning." *Cancer* 120.0 16 (2014): 2540–2548. **PMC**. Web. 2 Nov. 2017.

LENIZ MARTELLI, Javiera et al. Early detection of cervical cancer in Chile: time for change. **Rev. méd. Chile, Santiago**, v. 142, n. 8, p. 1047-1055, agosto 2014.

LIMA, Luciana Dias de. **Federalismo, Relações Fiscais e Financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais**. Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Orientador: Prof. Dr. Eduardo Levcovitz. Rio de Janeiro, 2006.

LIMA, Luciana Dias de. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. *In* Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, Vol. 3. pp. 73-139, 2013.

LIMA, Luciana Dias de; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; SCATENA, João Henrique Gurtler; MELO, Enirtes Caetano Prates de; OLIVEIRA, Evangelina Xavier Gouveia de; CARVALHO, Marília Sá; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de; MARTINELLI, Nereide Lucia, & OLIVEIRA, Clarice Furtado de. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, 35(Suppl. 2), 2019.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Políticas Sociais e de Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica in Giovanella, Lígia (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. /organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

LOPES, Viviane Aparecida Siqueira; RIBEIRO, José Mendes. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3431-3442, Sept. 2019.

LORENZETTI SILVA, Letícia. **La matrona en la atención de salud de la mujer en Chile**. Colégio de Matronas e Matrones de Chile, 2005.

LOZANO R, NAGHAVI M, FOREMAN K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, 380 (9859): 2095-128; 2013.

LUCIANI, Silvana; ANDRUS, Jon K. A Pan American Health Organization Strategy for Cervical Cancer Prevention and Control in Latin America and the Caribbean - **Reprod. Health Matters** 59: 59-66, 2008.

LUZURIAGA, Maria José; BAHIA, Lígia. Procesos de expansión y límites a la privatización de la atención de la salud en América Latina: más allá de las tipologías. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, 2017.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; VIANA, Ludmilla da Silva. Configuração da atenção básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saude Publica**. 2008; 24 Supl 1:s42-57.

MACHADO, Cristiani Vieira. Desenvolvimento, proteção social e política de saúde: o Brasil no contexto latino-americano. In: Viana, Ala; Ibanez, N; Bousquat, A. (Org.). **Saúde, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação**. 1aed.São Paulo: HUCITEC/CEALAG, 2012.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. Políticas e sistemas de saúde na América Latina: identidade regional e singularidades nacionais. **Cad. Saúde Pública** vol.33 supl.2 - Rio de Janeiro, 2017.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública** vol.33 supl.2 - Rio de Janeiro, 2017.

MACHADO, Cristiani Vieira. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2197-2212, 2018.

MAGALHAES, Rosana. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1767-1776, jun. 2016.

MAIA, Melanie Noël; SILVA, Rhayane Peres de Oliveira da; SANTOS, Laís Pimenta Ribeiro dos. A organização do rastreamento do câncer do colo uterino por uma equipe de Saúde da Família no Rio de Janeiro. **Rev. bras. med. fam. comunidade**; 13(40): 1-10, jan.-dez. 2018.

MALTA, Deborah Carvalho e JORGE, Alzira de Oliveira. Análise de tendência de citologia oncológica e mamografia das capitais brasileiras. **Cienc Cult**. [cited 2017 Mar 12];66(1):25-9., 2014.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, jun. 2018.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, June, 2016.

MARINHO, Fatima; PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; FRANCA, Elisabeth Barboza. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 713-724, Dec. 2016.

MARMOR, Theodore, FREEMAN, Richard & OKMA, Kieke. Comparative Perspectives and Policy Learning in the World of Health Care. **Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice**, 7(4), 331–348, 2005.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1105-1119, 2018.

MENDES, Áquilas e CARNUT, Leonardo. Novo modelo de financiamento para qual Atenção Primária à Saúde? Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco. 23 de outubro de 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/formacao-e-educacao/novo-modelo-de-financiamento-para-qual-atencao-primaria-a-saude-artigo-de-aquilas-mendes-e-leonardo-carnut/43609/> Acesso em: 10 de março de 2020.

MENVIELLE, Gwenn; KULHÁNOVÁ, Ivana and MACKENBACH, Johan P. - Assessing the impact of a public health intervention to reduce social inequalities in cancer In **Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research** / edited by S. Vaccarella, J. Lortet-Tieulent, R. Saracci, D.I. Conway, K. Straif, C.P. Wild. IARC Library Cataloguing in Publication Data, World Health Organization, 2019

MERHY, Emerson Elias. **A Saúde Pública como Política**. 2, ed. - Porto Alegre: Editora da Rede Unida, 2014a.

MERHY, Emerson Elias. **Capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo**. 2. ed. - Porto Alegre: Rede Unida, 2014b.

MESA-LAGO, Carmelo. Un reto de Iberoamérica en el siglo XXI: La extensión de la cobertura de la seguridad social. **América Latina Hoy**, vol. 48, abril, pp. 67-81. Universidad de Salamanca. Salamanca, España, 2008.

MESA-LAGO, Carmelo, “Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de políticas”, **Serie Políticas Sociales** No. 150, UN Economic Commission for Latin America and the Caribbean (CEPAL), Santiago de Chile, 2009.

MINAYO, Maria Cecilia S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 9a ed. revista e aprimorada. São Paulo: Ed. Hucitec, 2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. **Viva Mulher. Câncer do Colo do Útero: Informações Técnico-Gerenciais e Ações Desenvolvidas**. Rio de Janeiro: Inca, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama 2005-2007**. INCA, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância Em Saúde Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada)**, BRASÍLIA, 2018.

MOLINA, Carlos G. (ed.). **Universalismo básico. Una nueva política social para América Latina**, Washington D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 2006.

MULLER, Erildo Vicente; BIAZEVIC, Maria Gabriela Haye; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira and CROSATO, Edgard Michel. Tendência e diferenciais socioeconômicos da mortalidade por câncer de colo de útero no Estado do Paraná (Brasil), 1980-2000. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.16, n.5, pp.2495-2500, 2011.

MURILLO, Raul; ALMONTE, Maribel; PEREIRA, Ana; FERRER, Elena; GAMBOA, Oscar; JERONIMO, José *et al.* Cervical cancer screening programs in Latin America and the Caribbean. **Vaccine**, 26 (Suppl 11), 2008.

NERI, Marcelo C. **A Escalada da Desigualdade: Qual foi o Impacto da Crise sobre Distribuição de Renda e Pobreza?** Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2019.

MURILLO, Raúl, and ROBLES, Claudia. Research Needs for Implementing Cancer Prevention and Early Detection in Developing Countries: From Scientists to Implementers Perspectives. **BioMed Research International**, 2019.

NANCUANTE, Ulises; ROMERO, Andrés; SOTOMAYOR, Roberto. **Régimen jurídico de la salud**. Chile: Santiago, LegalPublishing, 2012.

NUCHE-BERENGUER, Bernardo, and SAKELLARIOU, Dikaios. Socioeconomic determinants of cancer screening utilisation in Latin America: A systematic review. **PloS one** vol. 14,11 e0225667. 25 nov. 2019.

OCAMPO, María Teresa Pinto. Comparar es cuestión de método: Enseñanza y producción de conocimiento comparado en la academia colombiana. **Análisis Político** n° 68, Bogotá, enero-abril, 2010: págs. 43-61.

OKMA, Kieke G; CHENG, Tsung-Mei; CHINITZ, David; CRIVELLI, Luca; LIM, Meng-Kin; MAARSEF, Hans *et al.* Six countries, six health reform models? health care reform in Chile, Israel, Singapore, Switzerland, Taiwan and The Netherlands. **JCPA**, 12(2):75-113, 2010.

OKMA, Kieke G. H.; MARMOR, Theodore R. Comparative studies and healthcare policy: learning and mislearning across borders. **Clin Med (Lond)**.;13(5):487–491; 2013.

OLAVARRIA-GAMBI, Mauricio. A golpes de autoridad. El presidente Ricardo Lagos y el Acceso Universal de Garantías Explícitas en Salud (AUGE). **Revista de Ciencias Sociales (RCS)**. Vol. XIX, No. 4, Octubre – Diciembre, 2013.



OLIVEIRA, Max Moura de, ANDRADE, Silvânia Suely Caribé de Araújo, OLIVEIRA, Patrícia Pereira Vasconcelos de, SILVA, Gulnar Azevedo e, SILVA, Marta Maria Alves da, & MALTA, Deborah Carvalho. Cobertura de exame Papanicolaou em mulheres de 25 a 64 anos, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2018.

OLIVEIRA, Nancy Costa de **Avaliação do seguimento de mulheres com diagnóstico de câncer de colo uterino/ Nancy Costa de Oliveira**. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Escolástica Rejane Ferreira Moura Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza, Ceará. – Fortaleza, 2011.

ORELLANA, Arturo. Gobernar, planificar y gestionar nuestras áreas metropolitanas: Un modelo en construcción *in* COSSANI, Camilo Vial; BONIVENTO, José Andrés HERNÁNDEZ (Ed.). **¿Para qué Descentralizar? Centralismo y Políticas Públicas en Chile: Análisis y Evaluación por Sectores**. Universidade Autonomo de Chile, Instituto Chileno de Estudos Municipales. Santiago, 2017.

ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Health at a Glance 2019: OECD Indicators**, OECD Publishing, Paris, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Controle integral do câncer do colo do útero. Guia de práticas essenciais**. Washington, DC: OPAS, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres**. Washington, DC: OPAS, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS; 2018.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO (OCDE). **Relatórios Econômicos OCDE: Brasil**. OECD, 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Informe sobre la salud en el mundo 2010 — Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal**. Ginebra, Suiza: OMS; 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Situación de los Programas para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino: Evaluación rápida mediante encuesta en 12 países de América Latina**. Washington, D.C.: OPS, 2010a.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Módulo de citología: procedimientos**. Washington, D.C.: OPS, 2000.

OYARTE, Marcela; ESPINOZA, Manuel; BALMACEDA, Carlos; VILLEGAS, Rodrigo; CABIESES, Báltica; DÍAZ, Janepsy. Gasto de Bolsillo en Salud y Medicamentos en Chile: Análisis Comparativo de los Periodos 1997, 2007, y 2012. **Value in Health Regional Issues**, Volume 17, Pages 202-209, December 2018.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1819-1829, nov. 2007.

PAOLINO Melisa, ARROSSI Silvina. Análisis de los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: implicancias para la gestión. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, 8(3):247-261, Septiembre - Diciembre, 2012.

PAOLUCCI, Francesco y VELASCO, Carolina. **Reformando el sistema de seguros de salud chileno: Elección, competencia regulada y subsidios por riesgo**. Serie Debates de Política Pública. Centro de Estudios Públicos (CEP). Santiago de Chile, 2017.

PARIKH, Seema; BRENNAN, Paul and BOFFETTA, Paolo. Meta-analysis of social inequality and the risk of cervical cancer. **Int. J. Cancer**: 105, 687–691. International Agency for Research on Cancer, Lyon, France 2003.

PAULA, Silvia Helena Bastos de; VOLOCHKO, Anna; FIGUEIREDO, Regina. Linha de cuidado de câncer de mama e de colo de útero: um estudo sobre referência e contrarreferência em cinco regiões de saúde de São Paulo, Brasil. Revista BIS – **Boletim do Instituto de Saúde. Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos**. Vol. 17, Nº. 2. São Paulo, 2016.

PECORELLI Sergio; FAVALLI, Giuseppe; ZIGLIANI, Lucia; ODICINO, Franco. Cancer in women. **Int J Gynaecol Obstet.**:82(3):369-79, 2003.

PEREIRA, João Márcio Mendes. Banco Mundial, reforma dos Estados e ajuste das políticas sociais na América Latina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2187-2196, 2018.

PÉREZ-LIÑÁN, Aníbal. El Método Comparativo: Fundamentos y Desarrollos Recientes. **Revista Latinoamericana de Política Comparada** 2 (3), 2007.

PÉREZ-LIÑÁN, Aníbal. El metodo comparativo y el analisis de configuraciones causales. **Revista Latinoamericana de Política Comparada**, 3(3), 125–148, 2010.

PINHO, Adriana de Araujo. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v.3, n.1, p.95-112. 2003.

PIOLA, Sérgio Francisco et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. Fundação Oswaldo Cruz. In: **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, Vol. 4. pp. 19-70, 2013.

PIOLA, Sergio Francisco. Financiamento da saúde em países selecionados da América Latina. In: Rodrigues VA, organizador. **Observatório internacional de capacidades humanas, desenvolvimento e políticas públicas: estudos e análises**. 1. ed. Brasília, DF: UNB; p. 193-211, 2011.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD). Desigualdad Regional en Chile: Ingresos, Salud y Educación en Perspectiva Territorial. Resumen Ejecutivo. Diciembre, 2018.

PRONKO, Marcela. A comparação como ferramenta de conhecimento e os processos de integração supranacional: desafio para as Ciências Sociais in FAUSTO, Ayrton, PRONKO, Marcela e YANNOULAS, Silvia. **Políticas Públicas de Trabalho e Renda na América Latina e no Caribe**. Brasília: FLACSO/Brasil, Editorial Abaré, p. 573-594, 2003.

RAMOS, Andressa Lima, et al. A atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família na prevenção do câncer de colo de útero. **Sanare**, Sobral, v.13, n.1, p.84-91, jan./jun, 2014.

REDE DE INSTITUTOS E INSTITUCIONES NACIONALES DE CÁNCER (RINC/UNASUR). **Plan Regional para la Asistencia Técnica a los Países de Rinc-Unasur para el Control y Eliminación del Cáncer Cervicouterino**. Proyecto FIC - RINC/UNASUR, 2017.

RIBEIRO, Caroline Madalena; AZEVEDO E SILVA, Gulnar. Avaliação da produção de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde do Brasil em 2015. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 27(1):e20172124, 2018.

ROBLES, Sylvia C. "Is a once-in-a-lifetime pap smear the best option for low-resourced settings?", **International Journal of Cancer**. 111, 1, pp. 160-161, 2004.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 37-60, Mar. 2014.

ROSE, Richard. **Learning from comparative public policy**. New York, NY: Routledge, 2005.

RUESCHEMEYER, Dietrich. Can one or a few cases yield theoretical gains? In.: MAHONEY, J.; RUESCHEMEYER, D. (Orgs.). **Comparative Historical Analysis in the Social Sciences**. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

SALAS, Paola; GUZMAN, Sergio y CAZOR, Giselle. Estrategias efectivas para aumentar la cobertura del Papanicolaou en el programa de detección del cáncer cervicouterino. **Revista Chilena de Salud pública**; 9(1):12-19; 2005.

SALA, Arnaldo; LUPPI, Carla Gianna; SIMOES, Oziris and MARSIGLIA, Regina Giffoni. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, vol.20, n.4, 2011.

SALINAS., Judith; VIO DEL., Fernando. Promoción de la Salud en Chile. **Revista Chilena de Nutrición**, v. 29, supl. 1, p. 164-173. Santiago, 2002.

SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento; VERAS, Mariana. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 32, n. 92, p. 47-61, Apr. 2018.

SANKARANARAYANAN, Rengaswamy. Low-cost approaches to reducing social inequalities in cancer in low-and middle-income countries and disadvantaged populations - *In Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research* / edited by S. Vaccarella, J. Lortet-Tieulent, R. Saracci, D.I. Conway, K. Straif, C.P. Wild. IARC Library Cataloguing in Publication Data, World Health Organization, 2019.

SARFATI, Diana. Why social inequalities matter in the cancer continuum *In Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research* / edited by S. Vaccarella, J. Lortet-Tieulent, R. Saracci, D.I. Conway, K. Straif, C.P. Wild. IARC Library Cataloguing in Publication Data, World Health Organization, 2019.

SANTOS, Alexandre Eduardo e PEIXINHO, Dimas Moraes. Processo de conurbação: elementos espaciais do fenômeno em área não metropolitana. *Estudos Geográficos*, Rio Claro, 13(1): 35-52, jan./jun. 2015

SARTORI, Mariana Cláudio da Silva. **Avaliação da qualidade do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO/SISCAN)**. 87f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

SATYRO, Natália G. D.; FREITAS, Rosiene; ZANETTI, Danúbia and BARBOSA, Pedro M. R.. Comparando políticas sociais em governos de esquerda. *Cad. CRH*, vol.32, n.85, 2019.

SERVO, Luciana Mendes Santos; PIOLA, Sérgio Francisco; PAIVA, Andrea Barreto de; Ribeiro, José Aparecido. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências - *in Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde* / organizadores: Clarice Melamed, Sérgio Francisco Piola. - Brasília: Ipea, 2011.

SIEGL, Elvira J; MILLER, Jacqueline W; KHAN, Kris; HARRIS, Susan E. Quality assurance through quality improvement and professional development in the National Breast and Cervical Cancer. *Early Detection Program Cancer*; 120 Suppl 16: 2584-90, 2014.

SILVA, Lourdes Karoline Almeida; JÚNIOR. Francisco Oliveira Barros. Os percalços de uma política: relação à brasileira entre o estado e a política de combate ao câncer. *Serv. Soc. & Saúde*, Campinas, SP v. 12, n 1 (15), jan./jun. 2013.

SILVA, Mario Jorge Sobreira da; BERGMANN, Anke; SIQUEIRA, Alessandra de Sá Earp; CASADO, Letícia; ZAMBONI, Mauro Musa. Influência das Iniquidades Sociais e dos Cuidados de Saúde na Incidência e Mortalidade por Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 64(4): 459 - 460, 2018.

SILVA, Ronaldo C. F. **Evidências científicas e análise comparada de programas de rastreamento: elementos para a discussão das condições essenciais para o rastreamento organizado do câncer de mama no Brasil**. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 2012.

SILVEIRA FILHO, Roberto Moreira; SANTOS, Adriano Maia dos; CARVALHO, Jamille Amorim e ALMEIDA, Patty Fidelis de. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Physis*, vol.26, n.3, pp.853-878, 2016.

SINGH, Gopal K.; AZUINE, Romuladus E.; SIAHPUSH, Mohammad. Global inequalities in cervical cancer incidence and mortality are linked to deprivation, low socioeconomic status, and human development. **Int J MCH AIDS**, 2012.

SIQUEIRA, Lauren; FAHEL, Murilo Castro. X. Gasto e Política Pública de Saúde: Uma Análise da Transição Epidemiológica no Brasil, Chile e Cuba entre os Anos 1960 e 2010. **Revista Economia e Políticas Públicas**, v. 3.1, p. 32-53-53, 2015.

SOUZA, Maria de Fatima Marinho de; FRANCA, Elisabeth Barboza; CAVALCANTE, Adeilson. Carga da doença e análise da situação de saúde: resultados da rede de trabalho do Global Burden of Disease (GBD) Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 1-3, May 2017.

SOJO, Ana. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2673-2685, June, 2011.

SOJO, Ana. **Protección social en América Latina: la desigualdad en el banquillo**, Libros de la CEPAL, N° 143 (LC/PUB.2017/7-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2017.

SPERANDIO, Ana Maria *et al.* 10 anos da Política Nacional de Promoção da Saúde: trajetórias e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1681-1682, jun. 2016.

SPOSATI, Aldaiza. Tendências latino-americanas da política social pública no século 21. **Rev. katálysis**, vol.14, no.1, p.104-115. Jun, 2011.

STAKE, Robert. Case Studies. In: DENZIN, N.; LINCOLN, T. **Handbook of Qualitative Research**. London: Sage, 2005.

STATCOM. **Estudio cuanti-cualitativo sobre cobertura papanicolau en población usuaria de atención primaria de salud municipal** (Informe Final) - Preparado para Comisión de Salud Asociación Chilena de Municipalidades. Chile: Santiago, 2015.

STRASSER-WEIPPL, Kathrin; CHAVARRI-GUERRA, Yanin; VILLARREAL-GARZA, Cynthia; BYCHKOVSKY, Brittany L; DEBIASI, Marcio; LIEDKE, Pedro E. R. *et al.*. Progress and remaining challenges for cancer control in Latin America and the Caribbean. **Lancet Oncol.** 16:1405–1438, 2015.

SUAREZ, Eugenio. PRIETO, Marta. Cervical cancer: the Chilean perspective. FIGO 26th Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer. **Int J Gynaecol Obstet.** Nov;95 Suppl 1:S235-8; 2006.

TEIXEIRA, Luiz Antonio e FONSECA, Cristina M. O. (Coord.), **De Doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil** - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

TEIXEIRA, Luiz Antonio. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção ao câncer de colo do útero no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 221-239, Mar. 2015

TETELBOIN HENRION, Carolina. Tendencias y contratendencias en el sistema de salud de Chile en el marco de la situación regional In **Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha**. Coordinación general de Carolina Tetelboin Henrion; Asa Cristina Laurell. - 1ª ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2015.

TOMASI, E. 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 Matern. Infant.**, Recife, v. 15, n.2 171-180 abr. / jun., 2015.

TSUCHIYA, Carolina Terumi; LAWRENCE, Tatiana; KLEN, Mariana Stutz; FERNANDES, Roberta Arinelli; ALVES, Marcia Regina. O câncer de colo do útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher. **J. bras. econ. saúde**; 9 (1), 2017

UCHÔA, Severina Alice da Costa, MARTINIANO, Claudia Santos, QUEIROZ, Ana Angélica Rêgo de, BAY JÚNIOR, Osvaldo de Goes, NASCIMENTO, Wezila Gonçalves do, DINIZ, Ítalo Vinícius Albuquerque, & HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Inovação e utilidade: Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, 42(spe1), 100-113, 2018.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP). **Human Development Indices and Indicators. 2018 Statistical Update**. New York, 2018.

URBINA, Rafael Urriola. Financiamiento y equidad en salud: el seguro público chileno. **Revista de la Cepal**, 87; diciembre, 2005.

URRUTIA S, Maria Teresa. Câncer Cervicouterino en Chile: análisis de un nuevo paradigma preventivo. **Temas de la agenda pública** año 10/Nº 78/ mayo de 2015.

URRUTIA S, María Teresa; VILLEGAS R, Natalia; POUPIN B, Lauren. Garantías explícitas en salud: conocimiento y fuentes de información en un grupo de mujeres del Programa Auge Câncer Cérvico Uterino. **Rev. Chil. Obstet. Ginecol.**, Santiago, v. 75, n. 4, p. 221-226, 2010.

VACCARELLA, Salvatore; DE VRIES, Esther; SIERRA, Mónica S.; CONWAY, David I. and MACKENBACH, Johan P. Social inequalities in cancer within countries In **Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research** / edited by S. Vaccarella, J. Lortet-Tieulent, R. Saracci, D.I. Conway, K. Straif, C.P. Wild. IARC Library Cataloguing in Publication Data, World Health Organization, 2019.

VALE, Diama Bhadra; MORAIS, Sirlei Siani; PIMENTA, Aparecida Linhares; ZEFERINO, Luiz Carlos. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.383-390, fev. 2010.

VALE, Diama Bhadra; SAUVAGET, Catherine; MUWONGE, Richard; FERLAY, Jacques; ZEFERINO, Luiz Carlos; MURILLO, Raul; SANKARANARAYANA, Rengaswamy. Disparities in time trends of cervical cancer mortality rates in Brazil. *Cancer Causes Control*. Springer International Publishing Switzerland, 2016.

VERZTMAN, Julio S. Estudo psicanalítico de casos clínicos múltiplos. *In* A. M. Nicolaci-da-Costa, & D. R. Romão-Dias (Orgs.). *Qualidade faz diferença: métodos qualitativos para a pesquisa em psicologia e áreas afins* (pp. 67-92). Rio de Janeiro, RJ: Loyola, 2013.

VIACAVA, Francisco; LAGUARDIA, Josué; UGÁ, Maria Alicia D.; PORTO, Silvia Marta; MOREIRA, Rodrigo da Silva; BARROS, Heglauco da Silva; SILVA, Hugo Sabino da. *PROADESS - Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento*. Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

VIACAVA, Francisco, OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de, CARVALHO, Carolina de Campos, LAGUARDIA, Josué, & BELLIDO, Jaime Gregório. (2018). SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1751-1762.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LEVCOVITZ, Eduardo. Proteção social: introduzindo o debate. *In*: VIANA AL, ELIAS PE, IBÁÑEZ N (Org.). *Proteção social: dilemas e desafios*. Hucitec, p.15-57. São Paulo, 2005.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 645-684, 2008.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; FONSECA, Ana Maria Medeiros da; SILVA, Hudson Pacifico da. Proteção social na América Latina e Caribe: mudanças, contradições e limites. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, e00216516, 2017.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. Universalismo x Focalização e outras controvérsias: espécies em extinção? *in* Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde / organizadores: Clarice Melamed, Sérgio Francisco Piola. - Brasília: Ipea, 2011.

VIDAL, Carolina; HOFFMEISTER, Lorena; BIAGINI, Leandro. Tendencia de la mortalidad por cáncer de cuello uterino en Chile: aplicación de modelos de regresión joinpoint. *Rev Panam Salud Publica*, 33(6):407-413, 2013.

WIESNER-CEBALLOS, Carolina; MURILLO MORENO, Raul Hernando; PIÑEROS PETERSEN, Marion; TOVAR-MURILLO, Sandra Lourdes; CENDALES DUARTE, Ricardo; GUTIÉRREZ, Martha Cielo. Control del cáncer cervicouterino en Colombia: la perspectiva de los actores del Sistema de salud. *Rev Panam Salud Publica*, 25(1):1-8; 2009.

WORLD BANK. The World Bank In Brazil. Last Updated: Oct 14, 2019. Washington, DC, 2019. Disponível em: <https://www.worldbank.org/en/country/brazil/overview> (Acessado em 12.01.2020).

WORLD BANK. Global Economic Prospects. Heightened Tensions, Subdued Investment. International Bank for Reconstruction and Development. Washington, DC, 2019a.

WORLD BANK. The World Bank In Chile. Last Updated: Oct 14, 2019. Washington, DC, 2019b. Disponível em: <https://www.worldbank.org/en/country/chile/overview> (Acessado em 12.01.2020)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: a Manual for Managers. 1st ed. Seattle, Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cancer Control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes, Module 2. Prevention, WHO, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Plan of Action for Cervical Cancer Prevention and Control 2018-2030 - 56th Directing Council. 70th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas. Washington, D.C., USA, 2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Independent High-level Commission on NCDs. Report of Working Group 1. WHO, 2019.

WUNSCH FILHO, Victor; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; BOING, Antonio Fernando and LORENZI, Ricardo Luiz. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. *Physis*, vol.18, n.3, 2008.

YAZBEK, Maria Carmelita. Estado e Políticas Sociais. *Praia Vermelha (UFRJ)*, v. 18, p. 72-94, 2008.

YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZAKUS, David; BHATTACHARYYA, Onil; WEI, Xiaolin. Chapter 20. Health Systems, Management, and Organization in Global Health IN *Understanding Global Health*, Second Edition. William H. Markle (org.), Melanie A. Fisher (org.), Raymond A. Smego Jr.(org.). MC Graw Hill: LANCE, 2013.

ZANINI, Natalie Vieira, PRADO, Bianca Stawinski, HENDGES, Rafael de Castro, dos SANTOS, Carolina Arnaut, CALLEGARI, Fernanda Vieira Rodovalho, & BERNUCI, Marcelo Picinin. Motivos para recusa da vacina contra o Papilomavírus Humano entre adolescentes de 11 a 14 anos no município de Maringá-PR. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 12(39), 1-13, 2017.

ZEFERINO, Luiz Carlos. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. *Rev Bras Ginecol Obstet*; 30(5):213-5, 2008.



## APÊNDICE 1

Quadro – Indicadores para o controle do câncer no Brasil e no Chile

DIMENSÕES	SUB-DIMENSÕES		BRASIL	CHILE
<b>INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS</b> <a href="https://datos.bancomundial.org/tema/salud?locations=BR-CL">https://datos.bancomundial.org/tema/salud?locations=BR-CL</a>	População total (2018)		209.469.333	18.729.160
	Expectativa de vida no nascimento (anos)	Total (2017)	75,5	79,9
		Homens (2017)	71,8	77,3
		Mulheres (2017)	79,2	82,3
	População alfabetizada de adultos (2017)		93,08 %	96,40 %
	Renda nacional bruta US\$ per capita (2018)		8.920,76	15.923,36
<b>FATORES DE RISCO</b> <a href="https://datos.bancomundial.org/tema/salud?locations=BR-CL">https://datos.bancomundial.org/tema/salud?locations=BR-CL</a>  <a href="https://hpvcentre.net/datastatistics.php">https://hpvcentre.net/datastatistics.php</a>	Prevalência de tabagismo em adultos (2016)		13,9 %	37,8 %
	Prevalência de tabagismo em mulheres (2016)		10,1 %	34,2 %
	Paridade (nascimento por mulher) (2017)		1,73	1,67
	Prevalência de HPV (mulheres > 25 anos com citologia normal)		19,2 %	18,6 %
<b>INCIDÊNCIA DE CÂNCER EM MULHERES</b> <a href="http://gco.iarc.fr/today/home">http://gco.iarc.fr/today/home</a>	Todos os cânceres	Número de casos (2018)	280.764	201.5
		Taxa Padronizada (2018)	25.882	178.0
	Câncer do colo do útero	Número de casos (2018)	16.298	1.549
		Taxa Padronizada (2018)	12,2	12,2
<b>MORTALIDADE POR CÂNCER EM MULHERES</b> <a href="http://gco.iarc.fr/today/home">http://gco.iarc.fr/today/home</a>	Todos os cânceres	Número de mortes (2018)	114.454	13.463
		Taxa Padronizada (2018)	77,9	82,4
	Câncer do colo do útero	Número de mortes (2018)	8.079	725
		Taxa Padronizada (2018)	5,8	5,00

Quadro (Continuação) – Indicadores para o controle do câncer no Brasil e no Chile

DIMENSÕES	SUB-DIMENSÕES		BRASIL	CHILE
<p><b>PROGRAMAS NACIONAIS DE CÂNCER E REGISTROS DE CÂNCER</b></p> <p>Chile. Estrategia Nacional de Salud 2011 – 2020 (2011)</p> <p>Brasil. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil - 2011-2022 (2011)</p> <p><a href="http://www.inca.gov.br">www.inca.gov.br</a></p> <p><a href="http://www.deis.cl/">http://www.deis.cl/</a></p>	Política, estratégia ou plano de ação nacional integrado para DCNT	Existe uma política, estratégia ou plano de ação integrado para as DCNT?	Sim	Sim
		O câncer está incluído no plano DCNT?	Sim	Sim
		Ano de implementação	2011	2011
	Política, estratégia ou plano de ação contra o câncer	Existe uma política, estratégia ou plano de ação para câncer?	Sim	Sim
		Ano de implementação	2005	2005
	Registro de Câncer e Sistema de Informação	Existe Registro de Câncer de Base Populacional?	Sim	Sim
		Existe Registro Hospitalar de Câncer?	Sim	Sim
		Existe Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero	Sim	Sim

Quadro (Continuação) – Indicadores para o controle do câncer no Brasil e no Chile

DIMENSÕES	SUB-DIMENSÕES		BRASIL	CHILE
<p style="text-align: center;"><b>POLÍTICAS PARA A PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO CÂNCER</b></p> <p>A Lei Federal nº 12.546/2011 proíbe o uso de produtos fumígenos em recinto coletivo fechado.</p> <p>Lei Nacional nº 20.660/2013 proíbe o uso de produtos fumígenos em recinto coletivo fechado.</p> <p>Report on Tobacco Control in the Region of the Americas, 2018</p>	Controle do Tabaco	Espaços livres de fumo?	Sim	Sim
		Impostos sobre o tabaco (% sobre preço de venda)	67.95 %	89.13 %
		Advertências de saúde sobre os perigos do tabaco nos maços de cigarros?	Sim	Sim
		Proibição de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco?	Sim	Sim
	Vacina contra HPV	A vacina está incluída no programa nacional de imunização?	Sim	Sim
		Ano de introdução	2014	2014
		População-alvo	Meninas de 09 a 14 anos	Meninas de 09 a 13 anos
		Estratégia de administração	Escola e Unidades de Saúde	Escolas, 4ª ano (primeira dose) e 5ª ano básico (segunda dose)

Quadro (Continuação) – Indicadores para o controle do câncer no Brasil e no Chile

DIMENSÕES	SUB-DIMENSÕES		BRASIL	CHILE
<b>RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO</b>	Diretrizes Clínicas	Existem diretrizes nacionais para o rastreamento do câncer do colo do útero?	Sim	Sim
		Recomendações do guia (Teste / faixa etária / frequência)	Pap / mulheres 25-64 anos / a cada 3 anos após 2 paps anuais negativos consecutivos	Pap / 25-64 anos / a cada 3 anos /DNA HPV/ 30 anos ou mais/a cada 5 anos
	Disponibilidade e cobertura dos serviços de rastreamento	Citologia convencional	Disponível em toda a rede pública	Disponível em toda a rede pública
		Teste DNA HPV	Não coberto pelo sistema público de saúde	Disponível em alguns serviços de saúde
		Cobertura da população-alvo	79 % (PNS 2013)	67% (CASEN 2013)
	<b>TRATAMENTO DE CÂNCER E CUIDADOS PALIATIVOS</b> <a href="https://dirac.iaea.org/Query/Countries#">https://dirac.iaea.org/Query/Countries#</a>	Radioterapia	Disponível no setor público?	Sim
Quimioterapia		Disponível no setor público?	Sim	Sim
Tratamento Cirúrgico		Disponível no setor público?	Sim	Sim
Cuidados Paliativos		Disponível no setor público?	Sim	Sim
Listado de prestaciones específico. Régimen de garantías explícitas en salud - anexo decreto supremo n°3, de 2016, del ministerio de salud				