

Atenção básica: indicadores de Saúde da Mulher no Estado do Tocantins, Brasil

Primary care: women's health indicators in the state of Tocantins, Brazil

Patrick Nunes Brito¹ , Tássylla Caroline Ferreira Pereira¹ , Durval Nolasco das Neves Neto¹ ,
Cristina Zanettini Ribeiro² 

¹Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC) - Araguaína (TO), Brasil.

²Instituto Tocantinense Presidente Antonio Carlos S/A (ITPAC) - Palmas (TO), Brasil.

Como citar: Brito PN, Pereira TCF, Neves Neto DN, Ribeiro CZ. Atenção básica: indicadores de Saúde da Mulher no Estado do Tocantins, Brasil. Cad Saúde Colet, 2022; 30(3) 407-415. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230030461>

Resumo

Introdução: Na região norte do Brasil observa-se a maior taxa de incidência e mortalidade por câncer de colo uterino (CCU), uma patologia 100% curável quando diagnosticada precocemente. **Objetivo:** Este estudo visa apresentar uma análise temporo-espacial da adesão ao exame de rastreio do CCU, assim como o número de gestantes acompanhadas por agentes de saúde em domicílio, no estado do Tocantins. **Método:** Os dados para a análise foram obtidos através da plataforma DATASUS, considerando um período de quinze anos (2001 a 2015), e foram organizados em planilhas através do software Excel. Para a avaliação espacial, ferramentas de geoprocessamento foram utilizadas, como o software Quantum GIS, com o intuito de gerar mapas temáticos. **Resultados:** Os resultados revelaram que embora existam programas de prevenção do CCU, a adesão ao exame pelas mulheres no estado é muito inferior ao desejado. Quanto ao acompanhamento domiciliar das gestantes, a maior parte dos municípios registrou médias acima do esperado. **Conclusão:** Mediante ao estudo nota-se a necessidade de adotar novas medidas para melhorar a adesão ao exame preventivo do CCU, já que empregar apenas campanhas educacionais não está sendo suficientemente efetivo. Em relação ao acompanhamento das gestantes, é necessário avaliar a qualidade e não apenas a quantidade, para que seja possível uma melhor orientação e cuidado.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; neoplasias do colo do útero; geoprocessamento; visita domiciliar.

Abstract

Background: The northern Brazil has the highest rates of incidence and mortality from cervical cancer (CC), a 100% curable pathology if diagnosed early. **Objective:** This study aims at a temporo-spatial analysis of the adherence to the screening test for CC and the number of pregnant women monitored by health agents at home, in the state of Tocantins. **Method:** Data searched on the DATASUS platform covering a 15-year period (2001 to 2015) and organized on Excel spreadsheets. The spatial assessment was performed through geoprocessing tools, such as the Quantum GIS program, to generate thematic maps. **Results:** The results revealed that despite the CC prevention programs, women's adherence to the exam is still far below the expected for the state. In turn, most municipalities registered averages above expectations concerning pregnant women monitoring. **Conclusion:** The study indicates the need to adopt new measures to improve the adherence to the CC preventive exam since educational campaigns have not been effective enough. Pregnant women monitoring should be assessed in terms of quality and not just of quantity to provide better guidance and care.

Keywords: primary health care; uterine cervical neoplasms; geoprocessing; house calls.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Trabalho realizado no Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC) – Araguaína (TO), Brasil.

Correspondência: Patrick Nunes Brito. E-mail: patrick091979@hotmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Set. 16, 2018. Aprovado em: Nov. 21, 2020

INTRODUÇÃO

A trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil seguiu uma linha temporal de constante fortalecimento, desde seu início com o sanitarismo campanhista em meados da década de 60, passando pelo modelo médico assistencial privatista, até chegar no final dos anos 80, o modelo atual, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988¹.

No último século, a mulher, mesmo representando metade da população brasileira (50,77%), não era priorizada nas políticas públicas de saúde², e a mudança deste paradigma ocorreu somente após a década de 80. A atenção à saúde da mulher experienciou um salto de qualidade, pela primeira vez, com a formulação de propostas que incluíam serviços públicos de contracepção, prevenção de principais enfermidades, atenção à gestante e a incorporação da própria mulher como sujeito ativo no cuidado da sua saúde, abrangendo todas as etapas de vida³.

No contexto da atenção primária, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm fundamental importância no atendimento ambulatorial à mulher, como, por exemplo, na realização e coleta de exames preventivos. Um dos pilares da saúde da mulher está relacionado à prevenção do câncer de colo de útero, condição que acomete cerca de 230 mil pacientes por ano no país e que é considerado, atualmente, o segundo câncer mais prevalente no sexo feminino⁴.

No Brasil, a região norte contempla a maior taxa de incidência e mortalidade por esta causa, e espera-se que em 2020 o estado do Tocantins seja o sexto colocado com maior número de casos na região. O rastreio desta doença, implementado no Brasil na década de 90, ocorre através da realização do Papanicolau, um exame simples, barato e de fácil realização, sendo preconizado pelo Ministério da Saúde para mulheres a partir dos 25 anos de idade com vida sexual ativa, ou até três anos após o primeiro ato sexual, devendo ser realizado até os 64 anos de idade, anualmente⁵.

Outra prioridade que tange às UBS refere-se ao acompanhamento completo das gestantes, que inclui a busca ativa das mesmas até o final da gestação, podendo ser realizado através das visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde (ACS)⁶.

Em virtude da importância da atenção básica, foi e é necessária uma avaliação da progressão dos resultados obtidos pelas ações desenvolvidas, cujos dados são alocados em sistemas de banco de dados online, alimentados por informações cedidas pelas unidades de saúde, como o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), sistema que, dentre outras funções, avalia as atividades do SUS e permite o estudo, pesquisa e desenvolvimento de tecnologias para aprimorar as ações de saúde.

O presente artigo tem como prioridade avaliar a saúde da mulher, com ênfase na avaliação dos exames preventivos e da assistência prestada pelos ACS através de visitas domiciliares às gestantes. Objetiva-se assim, o estudo desses temas no contexto do estado do Tocantins, de modo que sejam apontados no decorrer do artigo fatos que permitiram tal situação, além da sugestão de medidas que visem a sua melhoria e aprimoramento.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, com análises qualitativas voltadas às políticas públicas de saúde e análises quantitativas dos indicadores relacionados a saúde da mulher no estado do Tocantins. A correlação das análises permite uma melhor exploração do cenário observado no estado⁷.

A análise espacial comporta o estado do Tocantins, o mais novo estado da federação, criado em 1988, mesmo ano da instituição do SUS. É organizado em 139 municípios agrupados em oito Microrregiões e duas Mesorregiões, localizando-se a sudeste da região Norte do país, tendo como limites os estados de Maranhão a nordeste, Piauí a leste, Bahia a sudeste, Goiás a sul, Mato Grosso a sudoeste e Pará a noroeste⁸.

As bases cartográficas digitais que abrangem os municípios tocantinenses foram obtidas via internet pela página do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), usando como referência a estrutura político-administrativa vigente em 2013, para assim permitir melhor visualização das mudanças relativas aos indicadores da saúde da mulher nos anos analisados⁹.

O estudo foi idealizado com base nos indicadores do eixo saúde da mulher no estado do Tocantins, os dados foram analisados individualmente, em escala municipal, e avaliados em ordem cronológica ao longo de 15 anos (2001 a 2015), levando em consideração os dados médios de intervalos quinquenais (2001 a 2005, 2006 a 2010 e 2011 a 2015).

A orientação necessária para realização do estudo foi obtida no manual do Ministério da Saúde “Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF”,⁹ disponível no DATASUS. Os indicadores de Saúde da Mulher selecionados para o estudo incluíram a proporção de mulheres na faixa etária de 15 anos ou mais com exame citopatológico do colo de útero, e a proporção de gestantes acompanhadas pelos ACS por meio de visitas domiciliares.

Os dados foram organizados em planilhas e processados com cálculos de frequência, utilizando o software Microsoft Office Excel versão 2016, sendo posteriormente importados para o software Quantum Gis (QGIS), versão 2.18, uma plataforma de espacialização da informação geográfica, fundamentado nos princípios da semiologia gráfica ou neográfica, em que os dados e resultados estatísticos são desencadeados pelas informações¹⁰. A utilização desta plataforma permite a visualização, edição e o geoprocessamento de malhas cartográficas⁹, facilitando a interpretação e análise, de modo visual, dos dados obtidos. O geoprocessamento é uma importante estratégia de planejamento e avaliação, visto que auxilia no processo de tomada de decisões, a partir da investigação epidemiológica da situação relativa à saúde da população¹¹.

Os resultados são demonstrados através do alicerce visual e descritivo. A avaliação dos indicadores é fomentada nos mais atuais parâmetros do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

A Figura 1 retrata o indicador referente à proporção de mulheres na faixa etária de 15 anos ou mais com exame citopatológico do colo de útero (PCCU), com dados divididos em 3 intervalos idênticos. A análise da figura demonstra uma situação quase homogênea no primeiro intervalo temporal (2001 a 2005), com valores médios inferiores a 0,075 em sua maioria. No intervalo seguinte (2006 a 2010) uma melhoria do indicador é percebida, com maior heterogeneidade dos valores, refletida pela presença de mais municípios apresentando valores acima de 0,3, embora a maioria ainda apresente valores inferiores a 0,075. Já no último intervalo (2011 a 2015) o indicador se apresenta estável, entretanto, agora exibindo distribuição mais central, quando comparada aos outros intervalos.

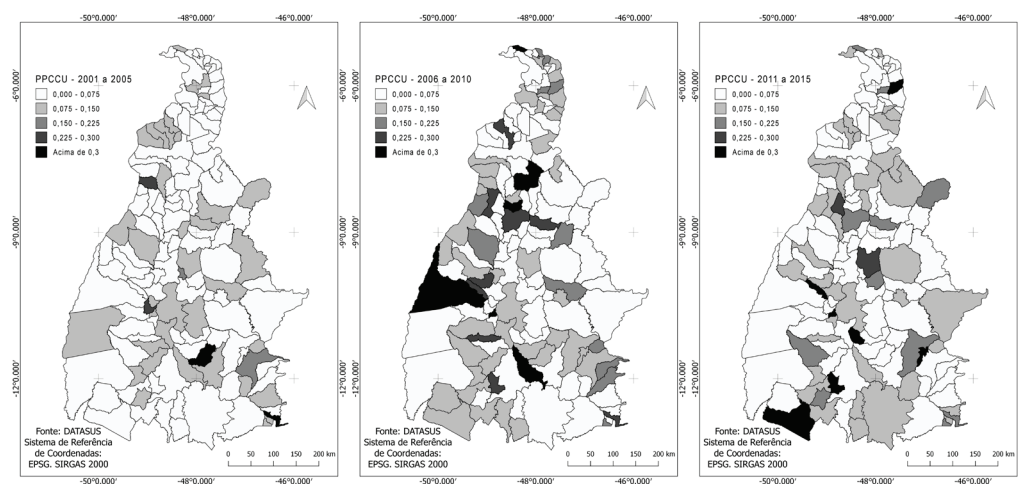


Figura 1. Mapa do estado Tocantins - Proporção de mulheres na faixa etária de 15 anos ou mais com exame citopatológico do colo de útero no período de 2001 a 2015

Desse modo, a análise da Figura 1 permite compreender que, embora discreta, de fato ocorreu uma melhoria no indicador da PCCU, com predominância de valores mais elevados ao sul do estado, que faz fronteira com o estado de Goiás e Bahia. Embora a maior parte dos municípios apresente uma melhora gradual dos seus indicadores, tal evento não foi unânime e pode-se observar que alguns valores regrediram, piorando o seu conceito diante do indicador explorado. A capital do estado de Tocantins apresentou-se em todos os intervalos analisados com valor inferior a 0,075.

A Figura 2 refere-se à proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares dos ACS (PACS), sendo observados no primeiro intervalo temporal valores superiores a 90% para acompanhamento domiciliar na maior parte dos municípios, sendo tal fato mantido e melhorado no intervalo seguinte (2006 a 2010). Nota-se que no segundo intervalo apenas 4 dos 139 municípios não apresentaram valores superiores a 90%. No último intervalo (2011 a 2015), entretanto, tal situação de aprimoramento não foi mantida, embora o valor do indicador ainda se mantivesse alto na maior parte do estado. Neste último intervalo temos o pior cenário deste indicador nos 3 quinquênios, com regressão dos valores em alguns municípios, entre os quais a capital do estado, que obteve valores entre 70% e 80%.

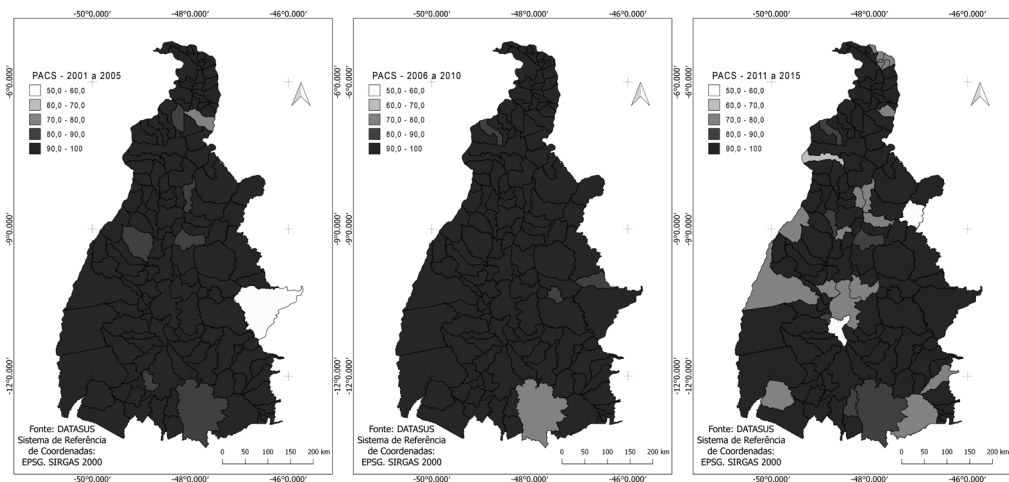


Figura 2. Mapa do estado Tocantins - Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares dos ACS no intervalo de 2001 a 2015

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos através desta pesquisa permitem uma avaliação dos municípios do Tocantins acerca da atenção à saúde da mulher e à atenção pré-natal prestada. O enfoque do presente estudo é relatado de maneira original, considerando o PCCU e PACS, sendo o primeiro expresso pela produção e oferta de exames citopatológicos do colo de útero (Papanicolau) à população feminina com 15 anos ou mais adscrita no estado do Tocantins, e o segundo pela proporção de gestantes cadastradas no sistema de saúde que tiveram acompanhamento periódico por meio de visita domiciliares dos agentes de saúde.

O câncer de colo de útero (CCU) é o quarto câncer mais incidente na população feminina brasileira, atrás apenas dos cânceres de pele não melanoma, mama e colorretal, respectivamente. Está relacionado a infecção persistente de tipos oncogênicos do Papilomavírus Humano (HPV), 16 e 18 prioritariamente, embora não curse com doença na maioria dos casos¹². Outros fatores associados à gênese dessa neoplasia incluem a idade, sexarca precoce, tabagismo, baixa condição socioeconômica, imunossupressão e má higiene íntima¹³⁻¹⁵.

Embora existente desde a década de 40, apenas na década de 90, através da implementação do Programa Viva Mulher, pelo Ministério da Saúde, foi desenvolvido um protocolo de rastreamento realmente eficaz, associado à monitorização e disponibilidade

de melhores recursos para a detecção do CCU em todo país¹. Ademais, em 1998, foi criado o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero, que posteriormente passou a ser coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), e permanece, até hoje, como principal encarregado na coordenação de ações para controle e prevenção do câncer^{6,16,17}. Tal situação pode ser observada analisando cautelosamente o primeiro intervalo temporal na Figura 1, onde é possível verificar que, no início do século, o indicador ainda encontra-se visualmente imaturo, com poucas áreas de abrangência, adequação e efetividade das políticas, um reflexo da recente implantação das novas medidas e programas.

Para o Brasil, estima-se que haja 16.590 novos casos de câncer de colo cervical no ano de 2020, e que destes, cerca de 40% evoluam à óbito¹². Trata-se do terceiro tipo de câncer mais incidente na região Norte do país, com 21,20 casos para cada 100 mil mulheres, sendo considerada a região com as maiores taxas de mortalidade por esta causa¹⁸. No estado de Tocantins, para o ano de 2020, o INCA estima que o CCU seja o terceiro câncer mais incidente na população geral e o segundo no sexo feminino, com 27,90 casos para cada 100 mil mulheres¹².

De acordo com valores referenciais preconizados pelo Ministério da Saúde, um valor superior a 0,3 é tido como bom parâmetro de adequação para a proporção de mulheres na faixa etária de 15 anos ou mais com exame citopatológico do colo de útero.

Embora o exame preventivo seja gratuito e ofertado em livre demanda na atenção primária, a análise da Figura 1 permite inferir que a adesão é muito baixa no estado do Tocantins, de forma geral e em todos os intervalos temporais analisados, revelando que a procura por esse cuidado ainda não se encontra efetivada no estado¹⁹. Diante de tal cenário, a análise das causas para tal fenômeno é importante, entretanto, as pesquisas para a região Norte do país acerca deste tema são escassas e, quando existentes, revelam-se desatualizadas e de difícil aplicação na atualidade. Pesquisas conduzidas em outras regiões brasileiras^{19,20} demonstram que existe grande similaridade nas causas apontadas para tal fenômeno, causas estas que poderiam ser aplicadas e reproduzidas no Tocantins para criação de hipóteses.

As possíveis explicações para esta situação podem ser agrupadas em 3 grupos distintos principais: (1) questões referentes às crenças e atitudes em saúde, (2) questões referentes à organização dos serviços de saúde e (3) questões referentes ao desconhecimento da importância de tal procedimento. Em relação ao primeiro grupo, dados apontam^{14,16,18-20} que este é o principal obstáculo relacionado a não realização do exame. Salientam-se os sentimentos da população feminina, como vergonha, desconforto e medo. A vergonha é uma barreira tanto para a realização do exame, quanto para a continuidade do mesmo, devido a necessidade de exposição corporal perante o médico, portanto, orientações que viabilizem a conscientização de que o exame favorece o cuidado e a proteção à saúde devem ser sempre disponibilizadas²¹. O medo provém de experiências prévias que possam ter sido negativas, além da apreensão quanto ao resultado, que pode ser positivo para o câncer²².

Diante da organização dos serviços, as usuárias apontaram como principais fatores a dificuldade para comparecer à UBS no horário de atendimento, visto que, diferente da realidade americana²³, os horários de agendamento no Brasil comumente são os mesmos dos horários de trabalho. Outros pontos levantados nesse grupo são a distância entre o domicílio das usuárias e a UBS mais próxima, além da insuficiência de recursos materiais e a demora para o atendimento²⁴. A população feminina desiste de realizar o exame em momentos futuros, devido ao descrédito nos serviços de saúde, refletindo desta forma uma associação negativa entre o sistema e saúde feminina. Os mecanismos que poderiam ser adotados a fim de facilitar a adesão deste grupo foram ressaltados pelas usuárias na pesquisa de Silva et al.¹⁹, que, dentre outros, sugeriram um maior número de salas para atendimento, maior número de funcionários, agendamentos mais flexíveis e maior agilidade no procedimento.

Já para o último grupo, encontra-se estabelecido que mulheres com baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade procuram menos a assistência médica devido ao desconhecimento da importância do exame e autopercepção da severidade da doença, deixando-as mais susceptíveis²⁵. A baixa escolaridade dificulta o entendimento do exame, prejudicando as ações de promoção e prevenção à saúde^{19,20,26}.

No segundo intervalo quinquenal (2006 a 2010) observa-se uma melhora do acompanhamento do CCU na região, fato este que pode ser atribuído à Intensificação do Rastreamento de CCU, ação realizada em 2009, que visa o aperfeiçoamento de práticas e adoção de novas medidas para aprimorar o rastreamento do CCU na região Norte²⁷, onde há maior incidência desta patologia. Entretanto, apesar deste avanço, o mesmo ainda foi discreto e a meta instituída pelo Ministério da Saúde não foi obtida em nenhum dos intervalos analisados. Isto indica que, embora sejam constantemente desenvolvidas ações de incentivo, a realização de exames preventivos e ações como o Janeiro Verde, mês dedicado a alertar sobre a importância do diagnóstico precoce da doença e medidas prevenção, estes ainda são insuficientes em sua função²⁷.

Observando os valores da Figura 1 também é plausível ressaltar a possibilidade de sub-registros. Diversos municípios obtiveram valores extremamente baixos, isto pode não apenas significar a não adesão das mulheres aos serviços de atenção básica, como também indicar uma possível falha quanto ao repasse das informações para plataformas de armazenamento de dados, como o DATASUS, desta forma caracterizando um sub-registro.

Outro indicador analisado na presente pesquisa foi a proporção de gestantes acompanhadas por visitas domiciliares dos ACS (Figura 2), proporção esta que foi obtida através do percentual de gestantes com acompanhamento domiciliar em relação às cadastradas, em determinado intervalo tempo-espacial.

O enfoque da intervenção domiciliar no Brasil ocorreu no início do século XX, processo estimulado através da criação da profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e sua inserção na atenção básica, em 2002, pela lei nº 10507²⁸. Os ACS são profissionais que se destacam pelo acolhimento, vínculo e cuidado aos pacientes na área de abrangência de determinada UBS, medidas essas que podem ser realizadas em caráter domiciliar²⁹. O novo modelo de atenção à saúde tornou esses profissionais indispensáveis no Brasil, com a progressiva efetivação na promoção da saúde individual e coletiva, inicialmente por meio do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, por fim, com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF)²⁷.

Na análise da Figura 2 verificam-se valores consistentes, e até mesmo elevados, em todos os intervalos temporais em relação às metas de atenção básica impostas pelo Ministério da Saúde, já que o próprio ministério recomenda ao menos uma visita mensal. No primeiro momento (2001 a 2005) a área de cobertura foi alta, fato inusitado, visto que a criação do ACS ocorreu apenas em 2002, sugerindo que, embora a implementação desses profissionais na sociedade tenha sido recente, a contratação e capacitação dos mesmos foi cumprida rapidamente. O segundo intervalo apresentou as melhores taxas, indicando que 135 municípios do estado continham mais de 90% das gestantes em acompanhamento pelo ACS. Já no último intervalo, observa-se uma regressão dos valores, fato este que pode ter ocorrido devido à carência de novas medidas e ações de incentivo à atividade dos ACS, acarretando redução da intensidade nos serviços prestados pelos mesmos.

De acordo com o Ministério da Saúde, os ACS devem realizar no mínimo uma visita mensal a cada família na sua área de abrangência. A visita domiciliar (VD) é estratégica para o combate às doenças e na assistência à saúde²⁷, tendo como principais objetivos conhecer o domicílio e suas características ambientais; identificar fatores socioeconômicos, culturais e de risco individuais e familiares; verificar a estrutura e a dinâmica familiares com elaboração do genograma; e prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio.

Em relação à gestante, os objetivos estão relacionados à busca ativa e ao acompanhamento daquelas que não comparecem às consultas regulares e/ou não possuem adequação às recomendações do pré-natal²⁷. Há evidências suficientes que permitem constatar que a oferta de cuidados a nível domiciliar propicia melhora de indicadores básicos de saúde³⁰, o que pode ser expresso através do fato que gestantes visitadas pelos ACS tendem a iniciar o pré-natal mais precocemente, realizando um maior número de consultas e exames complementares^{29,31}.

O amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas deve constituir-se em medidas prioritárias para que sejam alcançadas as metas relativas à cobertura da saúde da mulher. Além disso, é necessário observar a implementação

de programas de saúde voltados a estados específicos, visto que cada estado tem sua própria epidemiologia, questões socioculturais e, portanto, embora um programa de saúde possa ser eficaz em um estado, pode não o ser em outro. A garantia de uma assistência adequada com redução das barreiras para o acesso às ações de promoção em saúde é fundamental para o progresso.

A observação das Figuras 1 e 2 permite fazer uma análise geral do estado, entretanto, sem apontar as reais causas dos dados, o que é tido como uma limitação do presente estudo, que não comprova, apenas cria hipóteses. Não obstante, cumpre ressaltar a carência de estudos sobre saúde na região Norte do país, dificultando a comparação entre os estados e municípios desta área, além da divergência quanto à adequação à saúde entre os municípios inseridos em uma mesma microrregião, fator este que impossibilitou uma análise satisfatória das microrregiões ao invés da análise isolada dos municípios.

CONCLUSÃO

O exame de rastreamento do câncer de colo de útero e a realização de visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde às gestantes são essenciais para alcançar as metas propostas pelo Ministério da Saúde em relação ao eixo Saúde da Mulher. O rastreio do câncer de colo de útero, através do exame citopatológico, caminha a passos curtos na busca de uma cobertura adequada no estado do Tocantins, possivelmente devido ao esquecimento no qual foi mantida por anos a região norte do estado de Goiás, hoje Tocantins, e também à carência de investimentos locais.

Quanto às visitas domiciliares às gestantes, o presente estudo obteve valores acima da meta, apresentando uma melhoria dos indicadores para a saúde pública. Não obstante, é necessário implementar estratégias para garantir o funcionamento de programas voltados à Atenção Básica e Saúde da Mulher no estado, em especial para a prevenção do câncer de colo de útero.

REFERÊNCIAS

1. Nascimento MI, Silva GA, Monteiro GT. História prévia de realização de teste de Papanicolau e câncer do colo do útero: estudo caso-controle na Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012 out;28(10):1841-53. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001000004>. PMID:23090165.
2. Silva AD, Silva MET, Andrade JSO, Nunes BCM, Pego CO. Exame Papanicolau: percepção das mulheres sobre os motivos que influenciam a sua não realização. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;34(34):1-6. <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e1125.2019>.
3. Aguilár RP, Soares DA. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. *Physis*. 2015;25(2):359-79. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200003>.
4. Barbosa IR, Souza DLB, Bernal MM, Costa ICC. Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. *Cien Saude Colet*. 2016;21(1):253-62. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.03662015>.
5. Thuler LCS. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(5):216-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032008000500002>. PMID:19142495.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Qualificação dos indicadores do manual instrutivo para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado em 2020 mar 24]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_indicadores_manual_instrutivo_equipes.pdf
7. Cox JW, Hassard J. Triangulation in organizational research: a representation. *Organization*. 2005;12(1):109-33. <http://dx.doi.org/10.1177/1350508405048579>.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Divisão do Brasil e mesorregiões e microrregiões geográficas [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento; 1990 [citado em 2020 mar 20]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/DRB/Divisao%20regional_v01.pdf

9. Brito PN, Pereira TCF, Neves DN No, Ribeiro CZ. Distribuição espacial de indicadores do pré-natal no Estado do Tocantins de 2001 a 2015. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2019;19(4):1033-43.
10. Bertin J. A neográfica e o tratamento da informação. Curitiba: Ed. UFPR; 1986. 273 p.
11. Ribeiro MA, Albuquerque IMN, Paiva GM, Vasconcelos JPC, Araujo MAVF, Vasconcelos MIO. Georreferenciamento: ferramenta de Análise do Sistema de Saúde de Sobral – Ceará. *SANARE.* 2014 jun-dez;13(2):63-69.
12. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2017 [citado em 2020 mar 10]. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/02/estimativa-c%C3%A2ncer-2018.pdf>
13. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral das Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [citado em 2020 mar 10]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/recursos/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf
14. Davim RMB, Torres GV, Silva RAR, Silva DAR. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolaou. *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(3):296-302. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000300007>. PMID:16323600.
15. Moscicki AB. HPV vaccines: today and in the future. *J Adolesc Health.* 2008 out;43(4 Supl.):S26-40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.07.010>. PMID:18809143.
16. Oliveira MM, Pinto IC. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2007;7(1):31-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000100004>.
17. World Health Organization. Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda. Geneva: WHO; 2009.
18. Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLT, Aquino EML, Menezes G, Szwarcwald CL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2009;25(2 Supl. 2):301-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400012>.
19. Silva MAS, Teixeira EMB, Ferrari RAP, Cestari MEW, Cardelli AAM. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolaou. *Rev Rene.* 2015 jul-ago;16(4):532-9. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000400010>.
20. Ferreira MLS. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. *Esc Anna Nery.* 2009;13(2):378-84. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200020>.
21. Rafael RMR, Moura ATMS. Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da saúde da família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2010;26(5):1045-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500026>. PMID:20563404.
22. Soares MC, Mishima SM, Meincke SMK, Simino GPR. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um Município do Sul do Brasil. *Esc Anna Nery.* 2010;14(1):90-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000100014>.
23. Manzo BF, Silva JMA, Souza RC, Souza SR, Pereira SM. Fatores relacionados a não continuidade da realização do exame citológico Papanicolaou. *Percurso Acad.* 2011 jul-dez;1(2):227-41.
24. Gonçalves CL, Duarte G, Dias-da-Costa JS, Quintana SM, Marcolin AC. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. *Cien Saude Colet.* 2011;16(5):2501-10. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500020>. PMID:21655724.
25. Thuler LCS, Bergmann A, Casado L. Perfil das Pacientes com Câncer do Colo do Útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de Base Secundária. *Rev Bras Cancerol.* 2012;58(3):351-7. <http://dx.doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n3.583>.
26. Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLTA, Aquino EML, Menezes G, Szwarcwald CL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2009;25(2 Supl. 2):301-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400012>.
27. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero [Internet]. 2ª ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [citado em 2020 mar 21]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf

28. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 de julho de 2002.
29. Andrade VMP, Cardoso CL. Visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde: concepções de profissionais e usuários. *Psico-USF*. 2017 jan-abr;22(1):87-98. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712017220108>.
30. Haines A, Sanders D, Lehmann U, Rowe AK, Lawn JE, Jan S, et al. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. *Lancet*. 2007;369(9579):2121-31. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60325-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60325-0). PMID:17586307.
31. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Ulmi EF, Dall'Agnol MM, Neumann NA. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008 nov;24(11):2614-22. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100016>. PMID:19009141.