

## Prevenção do câncer do colo do útero: avanços para quem? Um retrato da iniquidade em estado da Região Nordeste

Keila Silene de Brito e Silva <sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-0291-0708>

Marilia Cristina Prado Louvison <sup>5</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-1630-3463>

Antonio Flaudiano Bem Leite <sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0211-6608>

Adriana Falangola Benjamin Bezerra <sup>6</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-5278-3727>

Deise Maria da Conceição Silva <sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-5760-2833>

Oswaldo Yoshimi Tanaka <sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-5653-0794>

<sup>1</sup> Núcleo de Saúde Coletiva. Centro Acadêmico de Vitória. Universidade Federal de Pernambuco. R. Alto do Reservatório, s.n. Bela Vista. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. CEP: 55.608-680. E-mail: britokeila@hotmail.com

<sup>2</sup> Vigilância em Saúde. Secretaria de Saúde de Vitória de Santo Antão. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

<sup>3</sup> Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família. Associação Caruaruense de Ensino Superior. Caruaru, PE, Brasil.

<sup>4,5</sup> Departamento de Política, Gestão e Saúde. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>6</sup> Departamento de Medicina. Centro de Ciência da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

### Resumo

*Objetivos:* analisar o acesso ao exame preventivo para o câncer de colo do útero em Pernambuco, entre 2002 e 2015, por meio da cobertura do citopatológico.

*Métodos:* foram utilizados dados de domínio público do Departamento de Informática do SUS, processados no Tabet e Excel® e calculados os coeficientes de inclinação de tendência temporal, por meio de técnicas de regressão simples. Por fim, foram plotados em mapas temáticos de cobertura de exames citopatológicos no aplicativo Terraview 4.2.2.

*Resultados:* Pernambuco apresentou aumento na tendência de cobertura ao exame para todas as regiões de saúde até 2010. A partir deste ano, apresentou uma tendência de estabilização e diminuição. Ao comparar a cobertura no primeiro e no último ano, em 2002 42,7% dos municípios estavam com cobertura abaixo de 0.2 e em 2015 o cenário muda para 41,1% de municípios com cobertura acima 0.6. Destaca-se que neste mesmo ano 13,5% dos municípios ainda apresentavam uma cobertura baixa e muito baixa (<0.4). Tendências temporais de crescimento e decréscimo tiveram forte significância.

*Conclusões:* todas as regiões de saúde apresentaram cobertura inferior ao preconizado, em algum período ou em todos, mesmo com a tendência estadual de crescimento, demonstrando uma característica heterogênea e desigual.

**Palavras-chave** Indicadores de saúde, Iniquidade social, Acesso aos cuidados de saúde, Informe técnico



## Introdução

No Brasil, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer de maior incidência por câncer entre as mulheres, excluindo-se o de pele não melanoma.<sup>1</sup> Ao mesmo tempo, é um dos tipos que apresenta maior potencial de prevenção e cura, desde que diagnosticado precocemente.

O alto potencial de prevenção e cura pode ser justificado por tratar-se de uma doença de evolução lenta, com etapas bem delimitadas e com facilidade na detecção de alterações ainda na fase inicial, viabilizando o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz.<sup>2,3</sup>

No Brasil, o contexto epidemiológico do câncer do colo do útero é bastante heterogêneo. Ao analisar as regiões do país, destaca-se a maior incidência à Região Norte (26,24/100 mil), seguidas das Regiões Nordeste (16,10/100 mil) e Centro-Oeste (12,35/100 mil). As Regiões Sul (12,60/100 mil) e Sudeste (8,61/100 mil) apresentam incidências mais baixas.<sup>1</sup> Pesquisa recente<sup>4</sup> que analisou as tendências temporais da mortalidade por câncer do colo do útero no país e calculou projeções de mortalidade até o ano de 2030, aponta que enquanto as Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste demonstraram uma tendência significativa de redução, o Nordeste apresentou em 10 anos (1996 a 2006) uma tendência de aumento, seguido de uma estabilidade. No que diz respeito às projeções para 2030, no caminho contrário à tendência nacional de redução da mortalidade por esse tipo de câncer, as Regiões Norte e Nordeste seguirão registrando as maiores taxas, mantendo a desigualdade regional do país.

O investimento para redução da incidência e das taxas de mortalidade pelo câncer do colo do útero teve início em 1998 com a criação do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino. Dentre as ações do programa, uma das estratégias consideradas mais efetivas para o seu controle é o rastreamento do câncer e de lesões precursoras, por meio do exame citopatológico cérvico uterino.<sup>5</sup> O Ministério da Saúde por meio do Instituto Nacional de Controle de Câncer (INCA) preconiza que o mesmo deve ser realizado anualmente, priorizando mulheres de 25 a 64 anos, porém após dois exames anuais consecutivos negativos, pode realizar-se a cada três anos.<sup>6</sup>

A Organização Mundial da Saúde afirma que ao atingir uma cobertura de 80%, associada ao tratamento nos estágios iniciais, tem-se como resultado a redução de até 90% das taxas de incidência de câncer cervical invasor.<sup>7</sup>

Na perspectiva de fortalecer o sistema de saúde,

em 2006 foi criado o Pacto pela Saúde, no qual foi estabelecido um conjunto de compromissos entre os entes federativos definidos nas suas três diretrizes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Na primeira diretriz, o controle do câncer do colo do útero foi incluso como uma das prioridades pactuadas.<sup>8</sup>

Em 2011, o Decreto Federal nº 7.508/2011 institucionaliza o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e fortalece acordos de colaboração firmados entre os entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde, mediante pactuações de indicadores e metas, como critérios de avaliação de desempenho.<sup>9</sup>

Nessa perspectiva, em 2014, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), divulga o Caderno de Metas e Resultados dos Indicadores do Pacto/COAP, e assume 64 indicadores como prioritários, dentre estes o indicador razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária. O referido indicador é universal e contribui para a avaliação do acesso a exames preventivos para o câncer do colo do útero, permitindo identificar situações que demandem intervenções, além de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para esse grupo específico.<sup>10</sup>

No Plano Estadual de Saúde (PES) de 2008-2011, bem como no de 2011-2015, o estado de Pernambuco reafirma seu compromisso registrando os objetivos de planejar, promover, coordenar, apoiar e supervisionar, no âmbito estadual, a garantia da execução das ações revistas e programadas para a saúde da mulher, mediante a execução de diretrizes que incluía a redução da morbimortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, e o controle do câncer de colo de útero e mama.<sup>11,12</sup>

Diante da magnitude do problema do câncer do colo do útero e dos compromissos firmados pelo estado de Pernambuco, considera-se importante apresentar como se desenha temporalmente o acesso ao exame preventivo para câncer de colo do útero no estado.

### **O acesso das mulheres ao exame preventivo: um olhar analítico**

Para analisar o acesso ao exame preventivo Pernambuco, foi realizado um estudo de abordagem quantitativa, considerando a cobertura do citopatológico no período de 2002 a 2015.

O Estado de Pernambuco, com 9,3 milhões habitantes, está localizado na Região Nordeste do Brasil

e possui extensão territorial com mais de 98 mil km<sup>2</sup>, com 184 municípios e o distrito estadual de Fernando de Noronha.<sup>13</sup> As Regiões de Saúde no estado são distribuídas em 4 Macrorregiões (Figura 1).

As regiões constituem-se geograficamente de municípios limítrofes com identidade cultural, econômica e social semelhantes, compartilhando redes de comunicação e de transportes, cuja finalidade é integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. As Macrorregiões são organizações territoriais compostas pelas Regiões de Saúde com o objetivo de ofertar ações e serviços de média e alta complexidade, ou seja procedimentos ou ações que requerem maior complexidade tecnológica e ultrapassam a capacidade de apenas uma região.<sup>13</sup>

Foi utilizado o indicador avaliativo de cobertura: relação entre o número exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, em determinado município e ano, tendo como denominador a população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano dividido por 3.<sup>14</sup>

Por se tratar de uma série histórica de treze anos acerca de um procedimento que durante esse período teve seu registro transitado em distintos sistemas de informação (Siscolo, Siscan, SIA), optou-se por utilizar os métodos de cálculo e as bases de dados disponíveis e elaboradas pelo Ministério da Saúde no Departamento de Informática do SUS<sup>15</sup> a fim de

evitar vieses. Desta forma, foram analisadas as cronologias dos seguintes programas: Pactos de Atenção Básica, Pacto pela Saúde - 2010/2011, Transição Pacto pela Saúde e COAP - 2012 e Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, em suas edições anuais 2013, 2014 e 2015.

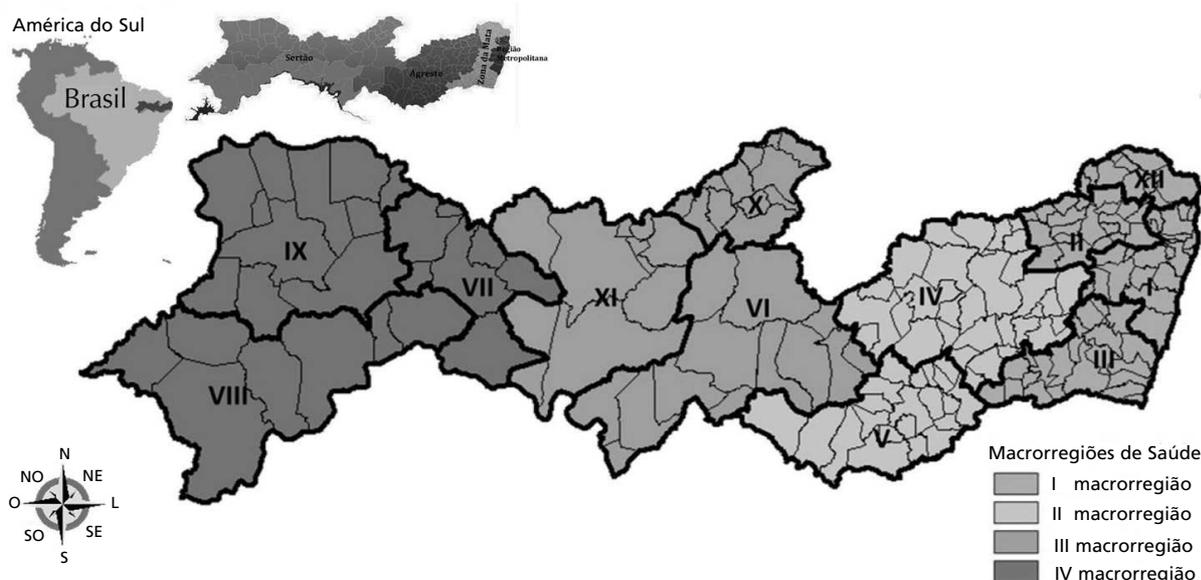
A tabulação dos dados foi realizada por meio do Tabnet e, em seguida, foram exportados e processados em planilha eletrônica do Excel®, no qual foram organizados e consolidados em um banco de dados único do indicador. Foram produzidas as seguintes medidas estatísticas: coeficiente de regressão de tendência temporal da reta de regressão e o teste de significância (Teste *F*) para todos os municípios do estado.

Para verificar a tendência temporal do indicador avaliativo de cobertura de câncer do colo do útero, foi aplicada um modelo de regressão linear simples representada pela fórmula:  $Y = \alpha + \beta X$ , onde *Y* é uma variável dependente, representada pelo indicador, e *X* a variável independente, representada pelo ano de avaliação de cobertura do indicador. Para testar significâncias (*p*-valor) o ponto de corte foi de 0,05 da análise de regressão, tanto para o Teste *F*, como para o Teste-*t*, com a confirmação pelos respectivos intervalos de confiança (IC95%).<sup>16</sup>

A partir da análise dos dados, foram gerados gráficos no Excel® e mapas temáticos no TerraView 4.2.2, para melhor ilustrar a cobertura do citopatológico no Estado de Pernambuco.

Figura 1

Regiões e Macrorregiões de Saúde. Pernambuco, 2014.<sup>13</sup>



As bases de dados secundários utilizadas na elaboração desse estudo são de domínio público e não contém dados pessoais detalhados dos pacientes, garantindo sua confidencialidade, sendo dispensada a avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e 510, de 07 de abril de 2016.

**Um cenário de iniquidades no acesso ao exame preventivo**

Ao analisar a média trienal da cobertura do citopatológico no estado e em suas regiões de saúde (Figura 2), pôde-se identificar, para triênio de 2002 a 2004, uma cobertura, predominantemente, abaixo de 0,20. No triênio seguinte (2005 a 2007), há um discreto aumento na cobertura. Entre 2008 e 2010, o estado alcança a maior cobertura (aproximadamente, 0,60) ao longo dos treze anos. Entre 2011 e 2013 há uma queda (abaixo de 0,50) que se manteve no último biênio (2014 e 2015).

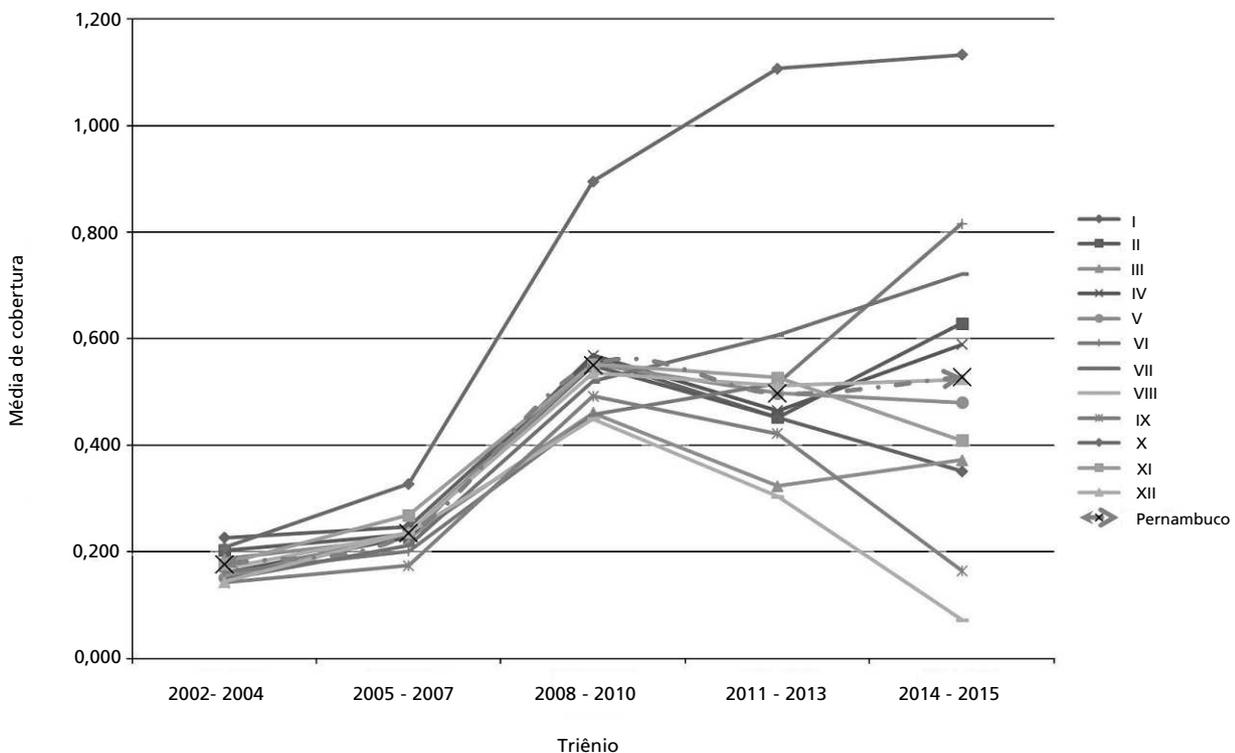
Em relação à média por Região de Saúde, nos

primeiros triênios (2002 a 2004 e 2005 a 2007) as médias estaduais e regionais estiveram equiparadas. Entretanto, a partir do terceiro triênio (2008 a 2010) acontece uma mudança expressiva no cenário: as médias regionais vão se diferenciando das estaduais e entre si. No sertão, a regional de Afogados de Ingazeira (X) chama a atenção por se sobrepôr às demais, apresentando uma média de cobertura acima de 0,80, com tendência crescente nos triênios seguintes. Em contraposição, as regiões de Petrolina (VIII) e Ouricuri (IX) se destacam por apresentar queda após o triênio de 2008 a 2010, chegando a uma cobertura abaixo de 0,20 no último biênio (Figura 2).

Ao analisar a distribuição de cobertura dos exames citopatológicos no ano de 2002 por município (Figura 3), observa-se que os 184 municípios e o distrito de Fernando de Noronha apresentaram uma cobertura abaixo de 0,4, estando 79 destes abaixo de 0,2. Em 2015, houve um importante aumento na cobertura do preventivo, com 76 municípios com cobertura alta/muito alta (acima de 0,6) e 44 classificados com cobertura mediana (0,4 a 0,6).

**Figura 2**

Média de cobertura trienal de exame citopatológico segundo Geres. Pernambuco, 2002-2015.



Entretanto, 25 municípios ainda apresentam cobertura baixa ou muito baixa (menos de 0,4), demonstrando uma necessidade de maior atenção para estas localidades, apesar da melhora no cenário do estado (Figura 3).

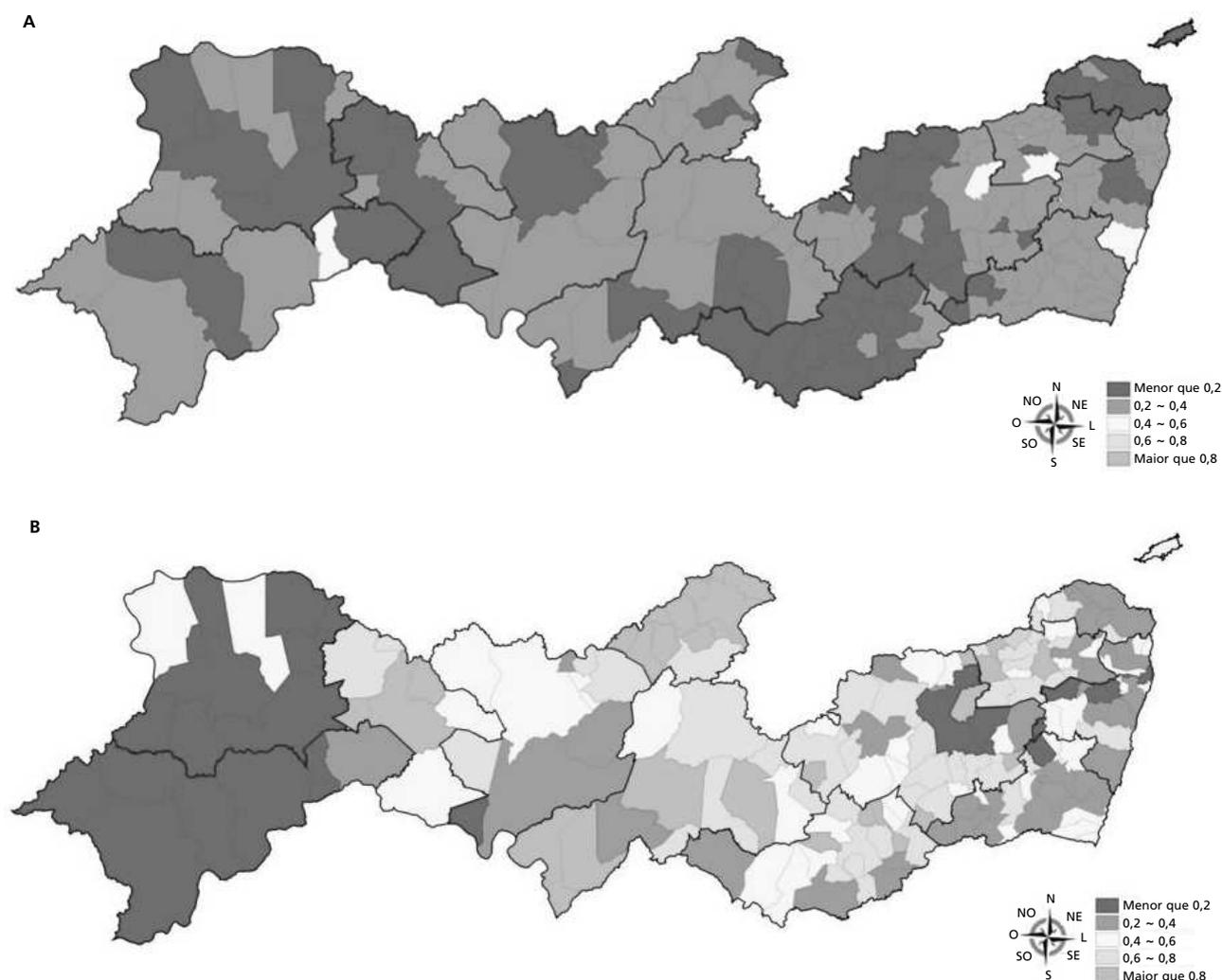
Analisando a tendência anual nos últimos quatorze anos (Figura 4), foi possível observar que dos 184 municípios e mais o distrito de Fernando de Noronha, 173 (94,0%) obtiveram tendência crescente de crescimento, estatisticamente significativa,

da cobertura de exame citopatológico ao longo de sua série histórica. Entretanto, torna-se preocupante a situação apresentada de 12 municípios que apresentaram tendência negativa de crescimento.

A partir análise de regressão e seus testes de hipóteses estatísticos (Teste  $F$  e  $t$ ), observa-se que, de maneira geral, há uma tendência crescente de crescimento na cobertura do citopatológico do estado nos quatorze anos avaliados (Figura 4), com valor significativo ( $p < 0.05$ ) de crescimento.

**Figura 3**

Distribuição de cobertura de exames de citopatológico do colo-útero segundo município. Pernambuco.



A= Cobertura de exames de citopatológico do colo-útero ano de 2002; B= Cobertura de exames de citopatológico do colo-útero ano de 2015.

**Figura 4**

Tendência anual nos quatorze anos de avaliação de cobertura de exames de citopatológico do colo-útero segundo município. Pernambuco, 2002 a 2015.



### **Reflexões sobre a desigualdade no acesso e os desafios para expansão da cobertura**

Como observado nos achados deste estudo, entre 2002 e 2010 o indicador esteve em crescimento e a média da cobertura trienal das regionais estavam equiparadas, apesar de ainda estarem aquém da cobertura preconizada pela Organização Mundial da Saúde.<sup>7</sup> A partir do triênio seguinte (2011 a 2013), evidencia-se um declínio gradativo em algumas regionais, bem como a diferenciação entre elas.

O aumento na cobertura observado nos primeiros triênios, pode ter sido impulsionado pela expansão do acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) no país,<sup>17</sup> associada às diversas ações nacionais de incentivo à prevenção e controle do câncer do colo do útero, como o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino (1998),<sup>5</sup> o Pacto pela Saúde (2006),<sup>8</sup> o Decreto 7.508 (2011),<sup>9</sup> bem como o Plano de Enfrentamento de Doenças Crônicas 2011-2022 (2011),<sup>18</sup> que estabeleceu a meta de 85% para cobertura do exame.

Por outro lado, nota-se que tais iniciativas, mesmo associadas a compromissos firmados no âmbito estadual,<sup>11,12</sup> não foram suficientes para continuidade da expansão na cobertura nos anos seguintes, demonstrando um cenário crítico, especialmente no sertão pernambucano, que apresentou as piores coberturas ao longo dos anos. As regionais de Petrolina (VIII) e Ouricuri (IX) são as que mais

se destacam negativamente pela permanência na condição das mais baixas coberturas do estado. O contexto observado na VIII regional torna-se ainda mais preocupante quando se considera o fato desta corresponder a uma macrorregião e, portanto, responsável por uma prestação de serviço mais estruturada para o conjunto de municípios. Mais outra contradição, é observar que consta nos sistemas de informação que essa região é uma das poucas do estado que oferta todos os procedimentos necessários para o cuidado do câncer do colo do útero.<sup>18</sup>

É importante salientar que a expansão isolada da cobertura do citopatológico não é suficiente para a redução dos indicadores de morbidade e mortalidade em câncer do colo do útero. A qualidade do material coletado e a subsequente análise são fundamentais para viabilizar um resultado fidedigno, evitando falso-negativo. E neste quesito, de acordo Santos *et al.*,<sup>19</sup> durante o período de 2006 a 2009, Pernambuco estava entre os estados com o maior percentual de amostras insatisfatórias. A qualidade, tanto da coleta quanto da análise laboratorial do preventivo é crucial para um diagnóstico preciso e para garantir o seguimento adequado das mulheres.<sup>20</sup>

A situação do estado se torna frágil ao associar os achados deste estudo com os resultados obtidos na pesquisa de Lira<sup>21</sup> que aponta que a maior frequência de atipias nos exames citopatológicos estava concentrada em regionais localizadas no

agreste e no sertão.

A tendência decrescente do indicador e os diversos padrões entre as regiões de saúde do estado, podem ser interpretadas com base em questões já apontadas em outros estudos, como a dificuldade de acesso à APS<sup>2</sup> e/ou a resistência das mulheres em realizar o exame por medo, vergonha, constrangimento, além do desconhecimento acerca da importância do procedimento.<sup>22,23</sup> Entretanto, é importante ressaltar que estes fatores se concentram em mulheres em condições de vulnerabilidade.

As iniquidades sociais se relacionam tanto com a baixa cobertura do citopatológico quanto às maiores taxas de mortalidade.<sup>24,25,26</sup> Ao verificar o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)<sup>27</sup> do estado e por região de saúde, identifica-se que Pernambuco está classificado em uma faixa intermediária de desenvolvimento, com quase metade das regionais classificadas com baixo IDH. Em relação às regiões de Petrolina (VIII) e Ouricuri (IX), observa-se uma convergência desta baixa cobertura com o IDH destas regiões. A VIII regional, apesar de apresentar um IDH intermediário, ao detalhar este índice por município, observa-se que a maioria se encontra na faixa de baixo IDH. A IX região, composta por onze municípios, apresenta apenas dois com IDH médio. Esta comparação reforça a relação entre desigualdade social e acesso à saúde.

Outro aspecto que precisa ser reforçado é o fato deste se tratar de um estudo com base em dados secundários. Essas fontes podem apresentar um excesso ou subregistro de dados decorrente da alimentação inadequada dos sistemas de informação. Essa fragilidade pode resultar em valores de indicadores que não se aproximam da real situação avaliada. O achado acerca de Afogados da Ingazeira (X), por exemplo, aponta para a necessidade de pesquisas complementares detalhadas sobre esta região para compreender a atipia (cobertura acima de 1.0) observada nos últimos anos.

Apesar de observado resultado positivo em alguns municípios no último ano analisado, quando comparado ao cenário do primeiro ano estudado, nota-se que os melhores resultados se concentram nos municípios mais próximos da capital (região Metropolitana e na Zona da Mata). O estudo de Girianelli *et al.*<sup>28</sup> reforça essa compreensão acerca da desigualdade no acesso das pessoas que residem mais distante dos grandes centros urbanos. Os autores apontam que no Nordeste as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero apresentam queda apenas nas suas capitais, enquanto houve aumento de óbitos nos municípios do interior.

Outro fator que também pode contribuir com a

cobertura abaixo do preconizado pela OMS é a realização deste procedimento pela rede privada, como já apontado em estudo anteriormente desenvolvido por Brito-Silva *et al.*<sup>2</sup> Sugere-se desenvolvimento de pesquisas que contemplem cálculos de estimativas de cobertura que também considerem a participação da saúde suplementar.

O Estado de Pernambuco, durante o período de 2002 a 2015, cresceu, em termos populacionais, de 8,0 para 9 milhões de habitantes, aproximadamente. Em relação às mulheres, o crescimento foi de 11,8% e na faixa etária de 25 a 64 anos o aumento foi de mais 24,0%.<sup>13</sup> Apesar do aumento da população feminina nesta faixa etária, o estado também teve tendência geral de expansão de cobertura do indicador, de 0,18 em 2002, para 0,53 em 2015, representando aumento no acesso ao exame preventivo. Entretanto, as características desse indicador é muito heterogênea quando se observa níveis territoriais menores.

Apesar das recomendações e da relevância do indicador, o presente estudo indica que todas as regionais em algum período ou em todos apresentaram uma cobertura inferior ao preconizado, tornando necessário identificar os fatores que determinam este cenário para que se possa ampliar o acesso ao exame preventivo.

A situação observada em Pernambuco, especialmente no sertão, é preocupante e demanda o desenvolvimento de estratégias que viabilizem a mudança do cenário no estado. Sugere-se ainda o desenvolvimento de estudos de abordagem qualitativa ou mista que podem contribuir para melhor compreender a dinâmica das regiões de saúde em Pernambuco, viabilizando o dimensionamento dos fatores relacionados à baixa cobertura do citopatológico.

## Contribuição dos autores

Keila Silene de Brito-Silva e Antonio Flaudiano Bem Leite contribuíram na concepção e planejamento do trabalho, na análise e interpretação dos dados. Deise Maria da Conceição Silva contribuiu com a análise e interpretação dos dados. Oswaldo Yoshimi Tanaka, Marília Louvison e Adriana Falangola Benjamin Bezerra contribuíram na revisão crítica do conteúdo. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

## Referências

1. INCA (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
2. Brito-Silva K, Bezerra AFB, Chaves LDP, Tanaka OY. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48 (2): 240-8.
3. Correa MS, Silveira DS, Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28 (12): 2257-66.
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. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21 (1): 253-62.
5. INCA (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro; 2016. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero\\_2016\\_corrigido.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf)
6. Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2 ed. Brasília, DF; 2013. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle\\_canceres\\_colo\\_uterio\\_2013.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf).
7. WHO (World Health Organization). Information Centre on Human Papilloma Virus (HPV) and Cervical Cancer: Human papillomavirus and related cancers in Brazil. Nova York; 2010. Disponível em: [www.who.int/hpvcentre](http://www.who.int/hpvcentre).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 325, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Brasília, DF; 2008. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0325\\_21\\_02\\_2008.html](http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0325_21_02_2008.html)
9. Brasil. 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. Brasília, DF; 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm).
10. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Metas e resultados dos indicadores PACTO/COAP 2014. Recife; 2014.
11. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Plano estadual de saúde 2008-2011: Pernambuco para todos. Recife; 2009. Disponível em: [http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano\\_estadual\\_de\\_saude\\_2008-2011.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_saude_2008-2011.pdf).
12. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Versão preliminar do Plano estadual de saúde 2012-2015. Recife; 2012. Disponível em: <http://www.saude.pe.gov.br/arquivos/Versao%20Preliminar%202012%20-%202015.pdf>.
13. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Perfil Socioeconômico, Demográfico e Epidemiológico: Pernambuco 2016. Recife: SES-PE; 2016. 238p. Disponível em: [http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/perfil\\_socioeconomico\\_demografico\\_e\\_epidemiologico\\_de\\_pernambuco\\_2016.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/perfil_socioeconomico_demografico_e_epidemiologico_de_pernambuco_2016.pdf).
14. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015. Brasília, DF; 2015. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_diretrizes\\_objetivos\\_2013\\_2015.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015.pdf).
15. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de Saúde e Pactuações. Brasília, DF; 2015. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/indicadores-de-saude>.
16. Peternelli LA. Testes de Significância. In: Peternelli LA. Material didático INF162: Estatística I. Viçosa: UFV; 2004. Cap. 06, p. 77-88. Disponível em: <http://www.dpi.ufv.br/~peternelli/inf162.www.16032004/materiais/CAPITULO6.pdf>.
17. Pinto LF, Giovannella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018; 23 (6): 1903-14.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF; 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf).
19. Santos RS, Melo ECP, Santos KM. Análise espacial dos indicadores pactuados para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. *Texto Contexto-Enferm*. 2012; 21 (4): 800-10.
20. Silva DSM, Silva AMN, Brito LMO, Gomes SRL, Nascimento MDSB, Chein MBC. Rastreamento do câncer do colo do útero no Estado do Maranhão, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19 (4): 1163-70.
21. Lira CRS. Serviços de saúde voltados ao câncer do colo uterino em Pernambuco: um olhar a partir dos sistemas de informações em saúde [monografia]. Recife: Centro de Pesquisas Ageu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
22. Silva MAS, Teixeira EMB, Ferrari RAP, Cestari MEW, Cardelli AAM. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolaou. *Revista Rene*. 2015; 16 (4): 532-9.
23. Ferreira MLSM. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. *Esc Anna Nery*. 2009; 13 (2): 378-84.
24. Müller EV, Biazevic MGH, Antunes JLF, Crosato EM. Tendência e diferenciais socioeconômicos da mortalidade por câncer de colo de útero no Estado do Paraná (Brasil),

- 1980-2000. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16 (5): 2495-500.
25. Barbosa I, Costa I, Pérez M, Souza D. As iniquidades sociais e as disparidades na mortalidade por câncer relativo ao gênero. *RCP*. 2015; 1 (2): 79-86.
26. Barcelos MRB, Lima RCD, Tomasi E, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51: 67.
27. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fundação João Pinheiro. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Brasília: PNUD; IPEA; FJP; [2013]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br>.
28. Girianelli VR, Gamarra CJ, Silva GA. Os grandes contrastes na mortalidade por câncer do colo uterino e de mama no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48 (3): 459-67.

---

Recebido em 20 de Maio de 2019

Versão final apresentada em 16 de Janeiro de 2020

Aprovado em 4 de Março de 2020