

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM
MATERNO-INFANTIL

SÍLVIA RENATA GOMES REMÍGIO SOUSA

PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTO DA COLETA DE CITOLOGIA NAS
USF's DO MUNICÍPIO DE ARCOVERDE –PE, ATRAVÉS DAS
CONDICIONALIDADES DA SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM
ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL

SÍLVIA RENATA GOMES REMÍGIO SOUSA

PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTO DA COLETA DE CITOLOGIA NAS
USF's DO MUNICÍPIO DE ARCOVERDE –PE, ATRAVÉS DAS
CONDICIONALIDADES DA SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção em: Saúde Materna, Neonatal e do Lactente, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Noíse Pina Maciel

Mestre em Saúde Coletiva

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTO DA COLETA DE CITOLOGIA NAS USF's DO MUNICÍPIO DE ARCOVERDE –PE, ATRAVÉS DAS CONDICIONALIDADES DA SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA** de autoria do aluna **SÍLVIA RENATA GOMES REMÍGIO SOUSA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna, Neonatal e do Lactente.

Profa. Orientadora: Noíse Pina Maciel

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7-9
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
2.1 Conceito de Saúde.....	11
2.2 Programa Bolsa Família.....	12
2.3 Condicionalidades do PBF.....	12-13
2.4 O exame Papanicolaou no cotidiano da Atenção Primária.....	13-14
3 MÉTODO.....	15-17
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	15-19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20-21
6 REFERÊNCIAS.....	22-25
7 ANEXOS	26-37

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Pirâmide etária do município de Arcoverde.....	16
---	-----------

RESUMO

O câncer de colo de útero é a terceira neoplasia maligna que acomete as mulheres. Foram estimados cerca de 15.590 mil novos casos para o ano de 2014, com um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres. Constitui um problema de saúde pública em países em desenvolvimento sendo caracterizado por altas taxas de prevalência e mortalidade. O controle dos cânceres do colo de útero depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis e articulação intersetorial. No Brasil, a estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde é o exame citopatológico em mulheres de 15 a 64 anos. **Objetivo geral:**Elaborar um plano de ação visando aumentar o número de exames de Papanicolau realizados entre as mulheres de 15 a 64 anos, cadastradas nas Unidades de Saúde da Família e beneficiárias Programa Bolsa Família (PBF), do município de Arcoverde-PE. **Método:** envolve os métodos, exploratório, descritivo e explicativo. **Resultado/analise:** foram realizadas duas oficinas com os agentes comunitários de saúde, onde, instituiu cronograma para a realização do cadastro das mulheres de acordo com a faixa etária; disponibilizou os dados deste levantamento acerca das mulheres que não aderiram ao exame citológico a Coordenação do Bolsa Família na Saúde, onde desenvolveu ações de conscientização. Em relação a análises de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos no município de Arcoverde - PE no período de 2008 a 2012 constatamos uma queda nos anos de 2011(0,44), 2012 (0,84), 2013 (0,92). **Considerações finais:** Esta experiência nos permite reafirmar o potencial da educação e da reorganização do processo de trabalho como outra orientação para as práticas dos serviços de saúde. Apesar de poucos, os dois momentos educativos compartilhados com os ACS demonstraram ser essenciais para estimular a construção de um vínculo capaz de elevar o compromisso e favorecer a análise crítica da realidade comunitária e de trabalho.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero é a terceira neoplasia maligna que acomete as mulheres, apenas superado pelos cânceres de pele não melanoma e da mama. Foram estimados cerca de 15.590 mil novos casos para o ano de 2014, com um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres. Sua frequência é variável conforme região e implica em que ocupe as seguintes posições no país é o mais incidente na região Norte (23,57/ 100 mil). Nas regiões Centro-Oeste (22,19/ 100 mil) e Nordeste (18,79/ 100 mil), é o segundo mais freqüente. Na região Sudeste (10,15/100 mil), o quarto e, na região Sul (15,87 /100 mil), o quinto mais freqüente (INCA, 2014).

Constitui um problema de saúde pública em países em desenvolvimento sendo caracterizado por altas taxas de prevalência e mortalidade, acomete geralmente mulheres de nível socioeconômico baixo e em fase produtiva (ANDRADE et al 2013). O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis e articulação intersetorial (INCA, 2014). No Brasil, a estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde é o exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos (BRASIL, 2013). Para a efetividade do programa de controle do câncer do colo do útero, faz-se necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade dos serviços e ações da linha de cuidado, bem como o tratamento e o seguimento das pacientes (INCA, 2014).

As Unidades de Saúde da Atenção Primária são consideradas porta de entrada do usuário no sistema de saúde, espaço em que o enfermeiro é importante integrante da equipe multiprofissional na Estratégia Saúde da Família-ESF, onde os profissionais têm uma responsabilidade pelas pessoas ali residentes conforme a área de abrangência. Os enfermeiros destas equipes sempre concentram esforços para reduzir mitos, tabus e preconceitos e buscam o convencimento da clientela feminina sobre ações educativas e preventivas do câncer de colo de útero (MELO; VILELA; SALIMENA; SOUZA, 2012).

O conceito adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, onde saúde não é apenas a ausência de doenças, diversas vezes citado e longe de ser uma realidade, simboliza um compromisso, um horizonte a ser perseguido.

Assim, o Governo Federal criou por meio da Lei nº 10.836/2004, o Programa Bolsa Família – PBF, um programa de transferência de renda direcionado as famílias pobres e

extremamente pobres, que vincula o recebimento do auxílio financeiro ao cumprimento de condicionalidades nas áreas de saúde, educação e assistência social, com a finalidade de promover o acesso das famílias aos direitos sociais básicos, promovendo a melhoria das condições de vida. Particularmente com o acompanhamento das condicionalidades, o PBF permite uma abordagem integral tanto das famílias, em sua trajetória de vida, quanto das ações voltadas para o enfrentamento das suas situações de vulnerabilidades (BRASIL, 2012).

A importância da Equipe de Saúde da Família (ESF) no acompanhamento nutricional de crianças, gestantes e nutrizes do PBF foi ressaltada em vários estudos (BRAGANÇA; XIMENES, 2011), demonstrando notadamente o papel importante da equipe principalmente do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na identificação da situação de vulnerabilidade familiar.

Pudemos constatar que o município de Arcoverde - PE realiza a vigilância nutricional das crianças, gestantes e nutrizes do PBF, restringindo-se apenas ao registro de peso e altura, e mesmo assim com dificuldades, devido ao vasto número de formulários existentes. Mesmo usuários identificados fora da faixa de normalidade de peso não estavam sendo encaminhados para intervenção.

Para Trevisani e Jaime (2012) o PBF coloca-se como um desafio, no que diz respeito ao direito à saúde, à interação entre pobreza e desigualdade e à fragmentação do acesso aos serviços de saúde. Com isso, o desenho do PBF pode ser visto como uma estratégia de promoção de equidade no acesso à serviços de saúde. Contudo a efetividade dessa função depende da organização dos municípios.

Quando se busca analisar as características associadas a não atualização do exame citopatológico, observa-se que os fatores que levam a não realização deste exame têm se repetido nos diferentes estudos brasileiros. Entre eles estão: mulheres pertencentes às faixas etárias mais jovens, não brancas, com baixo nível socioeconômico, com baixa escolaridade, sem companheiro e que não consultaram no último ano (GONÇALVES et al, 2011).

É de grande relevância e interesse, portanto, para a gestão local dos serviços de saúde, a avaliação do acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa, uma vez que compete aos responsáveis técnicos das secretarias municipais de saúde, onde a gestão intersetorial é fundamental no âmbito das condicionalidades do PBF, pois a atuação conjunta das áreas de saúde, educação e assistência social, além de possibilitar o registro do acompanhamento

das condicionalidades das famílias, permite a identificação de problemas relacionados à oferta e/ou acesso aos serviços, que devem ser objeto de ações específicas para sua resolução.

Todavia, convém ressaltar que, não é fácil mudar os hábitos da população, principalmente, dos segmentos mais desfavorecidos da sociedade e com baixa escolaridade. Onde a inquietação se direcionou ao cotidiano da baixa procura das mulheres ao serviço de saúde para realização o exame Papanicolaou, o que nos levou a proposição das seguintes indagações: Quais ações efetivas poderemos realizar as famílias beneficiárias do PBF, influenciando na adesão das mulheres ao exame Papanicolaou? Decidimos fazer uma intervenção mais efetiva por parte do poder público tendo em vista a conscientização dos fatores de riscos acerca do câncer cérvico-uterino e aumento da cobertura do exame nas unidades municipais de saúde.

Assim sendo, este estudo tem como objetivo geral:

Elaborar um plano de ação visando aumentar o número de exames de Papanicolau realizados entre as mulheres de 15 a 64 anos, cadastradas nas Unidades de Saúde da Família e beneficiárias Programa Bolsa Família (PBF), do município de Arcoverde-PE.

Os objetivos específicos são:

- Monitorar o índice de coleta do exame citológico nas USF's do município de Arcoverde-PE, pelo acompanhamento das condicionalidades da saúde das famílias beneficiárias pelo PBF.
- Promover o diagnóstico precoce do câncer cérvico-uterino, através do aumento da cobertura da coleta do exame citológico.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Conceito de Saúde

“Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”, este conceito foi adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, diversas vezes citado, longe de ser uma realidade, simboliza um compromisso, um horizonte a ser perseguido. Várias críticas foram realizadas ao conceito da OMS que remete à idéia de uma “saúde ótima”, possivelmente inatingível e utópica já que a mudança é predominante na vida, e não um “estado estável”, que uma vez atingido possa ser mantido (BRASIL,1994 p.59).

Desde então, este conceito vem sendo aprimorado, e na primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em 1978, foi adotada a Declaração de Alma-ATA, que reafirma o significado da saúde como um direito fundamental (OPAS/OMS, 1978). Para Travassos (2012) apud OPAS/OMS (1879) conclui-se que a promoção e a proteção à saúde é essencial para o desenvolvimento econômico e social e, conseqüente condição única para melhoria da qualidade de vida dos homens e paz mundial.

Mendes (2004) relata que, a carta de Ottawa de 1986, lista condições e recursos fundamentais, identificando as ações na promoção da saúde e ressaltando a importância da equidade. Nesta mesma linha, a Conferência da Austrália em 1988 torna notória a importância das Políticas Públicas como pressuposto para vidas saudáveis, destacando a responsabilidade das decisões políticas, principalmente as de caráter econômico para a saúde.

A normatização do conceito de saúde representou avanços na tentativa da conquista de melhores condições de vida e saúde para as populações. O conceito foi trabalhado levando em conta o coletivo, pensando no bem comum, porém, em âmbito individual estes conceitos tornam-se muitas vezes falhos (TRAVASSOS, 2012)

Apesar das críticas ao conceito proposto pela OMS, ele foi determinante para o reconhecimento da saúde como um direito fundamental do ser humano. A saúde ficou reconhecida como indispensável à dignidade humana bem como sua relação com as condições sócio-ambientais e econômicas (SILVA, 2007).

2.2 Programa Bolsa Família

Com o conceito de que saúde não é apenas a ausência de doenças é que o Programa Bolsa Família (PBF) surge como uma das estratégias governamentais desenvolvidas, mediante transferência direta de renda, para tentar combater a fome e a pobreza das famílias brasileiras (OLIVEIRA et al, 2011). A expectativa é que com o incremento financeiro, haja também uma melhoria das condições de saúde das famílias beneficiadas.

Para Oliveira et al (2011) programas de transferência direta de renda podem ser úteis para melhorar, considerando diversos aspectos, a saúde infantil, sobretudo quando se trata da redução da desnutrição. O Programa Bolsa Família foi criado através da unificação dos Programas bolsa escola, bolsa alimentação, cartão Alimentação e vale gás, pela Medida Provisória nº 132 que foi transformada na Lei 10.836 de Janeiro de 2004, sendo regida por decretos e medidas complementares editadas posteriormente (FERREIRA, 2009).

Reconhecendo a influência da pobreza como fator determinante de algumas doenças, principalmente em crianças, gestantes e nutrizes, e a necessidade de acompanhamento das condicionalidades da saúde, do Programa Bolsa Família, principalmente nestes grupos, justificase a necessidade de reordenamento do acompanhamento destas famílias, através da implantação de um plano de ação que sirva como instrumento para a reorganização e acompanhamento das condições de saúde destas famílias. Muitos dos problemas vivenciados pelas áreas de saúde e educação não são solucionados somente pelas próprias áreas, pois em contextos de situações de vulnerabilidade social tais dificuldades apresentam dimensões multidimensionais que requerem uma abordagem integral em conjunto com outras áreas de atuação (XIMENES, 2011).

O PBF possui três eixos, transferência de renda, que visa promover o alívio imediato da pobreza, condicionalidades que reforçam o acesso das famílias aos direitos sociais básicos, e por fim ações e programas complementares que objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade em que se encontram (BRASIL, 2012).

A importância da Equipe de Saúde da Família (ESF) no acompanhamento nutricional de crianças, gestantes e nutrizes do PBF foi ressaltada diversas vezes no estudo de Bragança (2011), demonstrando notadamente o papel importante da equipe principalmente do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na identificação da situação de vulnerabilidade familiar.

2.3 Condicionalidades do Programa Bolsa Família

O principal objetivo das condicionalidades é a elevação do grau de efetivação dos direitos sociais básicos de saúde e educação, dos beneficiários, historicamente os mais excluídos dos serviços de educação e saúde, ou mais precariamente atendidos. Dentre as condicionalidades da saúde está o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil por meio da vigilância alimentar e nutricional, conforme o calendário mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde, que quer elevar o grau de concretização de direitos sociais e romper o ciclo de reprodução continuada da pobreza. O monitoramento das condicionalidades da saúde é gerenciado pelo Ministério da Saúde, sendo de responsabilidade das esferas públicas a oferta de ações e serviços de imunização; vigilância nutricional; pré-natal e atividades educativas aos beneficiários (Portaria Interministerial nº 2.509, 2004). O descumprimento das condicionalidades acarretará na suspensão ou cancelamento do benefício (BRASIL, 2012).

Dentre as condicionalidades da saúde está o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil por meio da vigilância alimentar e nutricional, conforme o calendário mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde, que quer elevar o grau de concretização de direitos sociais e romper o ciclo de reprodução continuada da pobreza. O descumprimento das condicionalidades acarretará na suspensão ou cancelamento do benefício (BRASIL, 2012).

A permanência de um beneficiário no PBF depende do cumprimento de condicionalidades, que é a participação efetiva das famílias no processo educacional e programas de saúde que promovam a melhoria das condições de vida (FERREIRA, 2009).

O monitoramento das condicionalidades da saúde é gerenciado pelo Ministério da Saúde, sendo de responsabilidade das esferas públicas a oferta de ações e serviços de imunização; vigilância nutricional; pré-natal e atividades educativas aos beneficiários (Portaria Interministerial nº 2.509, 2004).

O período de acompanhamento das famílias é semestral, estando dividido em duas vigências, a primeira referente aos meses de janeiro a junho e a segunda aos meses de julho a dezembro. Para que as famílias não recebam nenhum tipo de advertência, suspensão ou cancelamento do Programa é necessário ter no mínimo um acompanhamento a cada vigência do

Programa. O acompanhamento das famílias deve ser registrado pelos profissionais de saúde para que posteriormente esses dados sejam encaminhados ao MS, via online (FERREIRA, 2009).

O alcance do alto índice de acompanhamento das condicionalidades do PBF de modo geral, deve ser de todas as esferas envolvidas no município, saúde, educação e assistência, não só porque isso resulta num maior montante de recursos do Índice de Gestão Descentralizada (IGD), mas também por facilitar a gestão do programa, que é de interesse de todos (BRAGANÇA, 2011).

O PBF coloca-se então como um desafio, no que diz respeito ao direito à saúde, à interação entre pobreza e desigualdade e à fragmentação do acesso aos serviços de saúde. Com isso, o desenho do programa na área da saúde, pode ser visto como uma estratégia de promoção de equidade no acesso à serviços de saúde. Contudo a efetividade dessa função depende da organização de cada município envolvido no processo (TREVISANI E JAIME, 2012).

2.4 O exame Papanicolaou no cotidiano da Atenção Primária

Configurando-se como um importante problema de saúde pública, segundo as últimas estimativas mundiais para o ano de 2012, o câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, com 527 mil casos novos. Sua incidência é maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos. Em geral, ela começa a partir de 30 anos, aumentando seu risco rapidamente até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos. Esse câncer foi responsável pelo óbito de 265 mil mulheres em 2012, sendo que 87% desses óbitos ocorreram em países em desenvolvimento. Assim, para o câncer de colo do útero, o já citado estudo do INCA apresentou uma sobrevida aproximada de 70% (INCA, 2014).

Essa temática está inserida no âmbito da saúde da mulher, área considerada estratégica para ações prioritárias no Sistema Único de Saúde (SUS) no nível da Atenção Primária. Entretanto ainda se mostra insuficiente como sinalizado nas estimativas a incidência, tendência de mortalidade e em muitas regiões e situações, o diagnóstico ainda é feito em estágios avançados da doença (INCA, 2011). Isto quanto mais tardia é sua detecção, menores são as possibilidades de reduzir danos, condição que dimensiona a importância de ações preventivas (BRASIL, 2013).

Diversos estudos apontam que os fatores responsáveis pelos altos níveis de câncer cérvico uterino no Brasil são: insuficiência de recursos humanos e de materiais disponíveis na rede de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento; utilização inadequada dos recursos existentes; má articulação entre os serviços de saúde na prestação da assistência nos diversos níveis de atenção; indefinição de normas e conduta; baixo nível de informações de saúde da população em geral; insuficiência de informações necessárias ao planejamento das ações de saúde; baixa qualidade das amostras de exame de papanicolaou; Papiloma Vírus Humano (HPV); a imunossupressão; o uso prolongado de contraceptivos orais; e a higiene íntima inadequada (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010; AMÉRICO et al, 2010; UCHIMURA et al, 2009; ANJOS et al, 2010; SOARES et al, 2010; GONÇALVES et al, 2011; MELO; VILELA; SOUZA, 2012; ANDRADE et al, 2013).

A vacina contra o HPV é uma promissora ferramenta para o combate ao câncer do colo do útero. Em 2014, o Ministério da Saúde implementou no Sistema Único de Saúde (SUS) a vacinação gratuita de meninas de 9 a 13 anos, com a vacina tetravalente, que protege contra dois principais tipos oncogênicos de HPV (16 e 18). A vacinação, contudo, não exclui as ações de prevenção e de detecção precoce pelo rastreamento, que busca lesões precursoras e câncer em mulheres sem sintomas. Com exceção do câncer de pele, esse tumor é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura, quando diagnosticado precocemente. O teste citopatológico convencional (Papanicolaou) é a principal estratégia de programas de rastreamento do câncer do colo do útero no mundo (INCA, 2014).

3. MÉTODO

O presente estudo trata-se de um projeto de intervenção, que segundo Contrandriopoulos et al.(1997), é um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática. Uma intervenção pode ser uma técnica, um programa, um tratamento, uma organização, uma determinada política.

A tecnologia que melhor define este projeto é a TECNOLOGIA DE CONCEPÇÃO – o produto é o próprio projeto e plano de ação desenvolvido, portanto a proposta é aumentar a cobertura de exame citopatológico no município de Arcorverde-PE

Este trabalho envolve os métodos, exploratório, descritivo e explicativo. Na fase conceitual utilizaremos o método exploratório, mais especificamente o método bibliográfico. Esta fase tem como principal objetivo aumentar a compreensão da autora sobre o tema e propiciar subsídios para a formulação do trabalho.

Numa segunda etapa foi utilizado o método descritivo que teve como principal característica descrever a implantação do monitoramento e acompanhamento das mulheres na faixa etária de 15 a 64 anos nas famílias beneficiárias do PBF. Os agentes comunitários de saúde serão treinados acerca das ações de conscientização, de modo que possam estimular a mulher a aderirem ao exame citológico. Após isso, será organizado um processo de levantamento das mulheres atendidas nas Unidades de Saúde da Família com o intuito de identificar aquelas mulheres que não aderiram ao supracitado exame, a fim de que elas sejam o objetivo primordial de ações direcionadas no sentido da conscientização para realização.

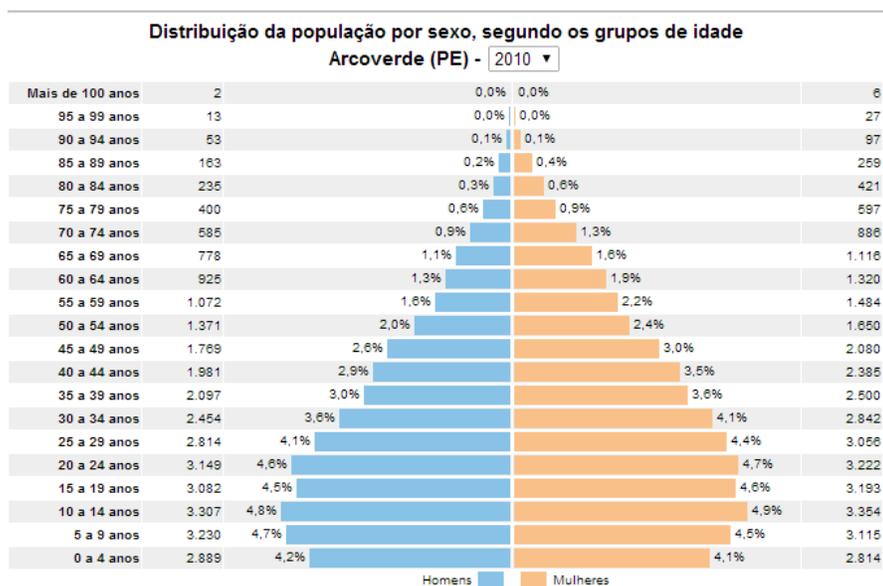
Numa terceira fase utilizamos o método explicativo onde identificamos como a gestão intersetorial é fundamental no âmbito das condicionalidades do PBF, pode interferir na reorganização do processo de acompanhamento das famílias Beneficiárias pelo Programa Bolsa Família, permitindo identificar os problemas relacionados à oferta e/ou serviços de coleta do exame Papanicolaou, que devem ser objetos de ações específicas para sua resolução.

3.1 Área de estudo

O Município de Arcoverde está localizado na Microrregião do Sertão do Moxotó do Estado de Pernambuco e representa um importante centro aglutinador de investimentos, devido a sua privilegiada posição logística no Estado. Com uma área territorial de 353,383 km², possui um Índice de Desenvolvimento Humano - IDH incomum se comparado aos municípios sertanejos, sendo o 5º maior IDH do interior. A população estimada no ano de 2013 é de 72.102 habitantes (IBGE, 2013).

Com uma população predominantemente feminina, o município de Arcoverde possui a base estreita, de sua pirâmide etária como visualizamos na figura 1, mostrando uma tendência mundial que vem ocorrendo nos últimos anos, em países em desenvolvimento, significando que a população jovem (principal população economicamente ativa) é limitada. Atualmente o município tem 17.590 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos (SIAB, 2014).

Figura 1 – Pirâmide etária do Município de Arcoverde



Fonte: IBGE, 2012

Em relação à transferência de renda, existe no município um total de 10.932 família cadastradas, entre elas 8.269 famílias beneficiárias no PBF (mês de referência julho/2013).

Em relação à rede de saúde a cidade de Segundo a Secretaria de Saúde de Arcoverde (2013), a cidade possui uma rede básica de atenção à saúde, composta por 17(dezessete) USF com Estratégia de Saúde Bucal (ESB) modalidade tipo I, 15 (quinze) delas localizadas na zona urbana e 02 (duas) na zona rural, mais 06(seis) Unidades Básicas de Saúde (UBS) de apoio as

ESF da zona rural. Possui ainda dois Núcleos de Apoio ao Saúde da Família(NASF), um Centro de Saúde da Mulher, um Centro de Especialidades Médicas com exames de diagnose, um Centro de Atenção ao Idoso, um Centro Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, uma Políclínica 24h, uma Clínica de Fisioterapia, um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/HIV/AIDS (CTA/COAS), um Laboratório Municipal, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), sendo o município sede da VI Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco (GERES)(CNES, 2013).

A cobertura populacional atual (dezembro/2013) para as equipes de saúde da família (ESF) é de 75,23% e com um total de 100 Agentes Comunitários de Saúde (CNES, 2013).

O acompanhamento dos beneficiários do programa é feito através das 17 USF acima citadas, por meio da pesagem e aferição de altura feitos pelos ACS's, informações do pré natal nos beneficiários de cada família inscritos no programa, devendo com este plano de ação passar a monitorar a realização do exame Papanicolaou da mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos de famílias beneficiadas pelo PBF.

3.2 Questões éticas

Por tratar-se de um trabalho que analisou dados secundários, através das revisões bibliográficas, documental e via internet, e ainda por não se tratar de pesquisa, não sendo utilizados dados relativos à sujeitos e nem descrição de situações assistenciais, o projeto não demanda a submissão à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Ainda assim alguns princípios éticos foram observados. Dentre os especificados na Resolução 466/12, os que aqui destacamos são a adequação aos princípios científicos e obediência à metodologia adequada.

4. RESULTADOS / ANÁLISE

Primeiramente identificamos, através das conversas informais e a vivência no cotidiano das equipes do município de Arcoverde - PE que não estavam conseguindo de fato atingir o quantitativo de coletas de exame Papanicolaou conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Nesse cenário, nos propusemos a conhecer possibilidades e traçar caminhos para o aumento da cobertura de exames Papanicolaou realizada nos beneficiários do PBF na direção de uma ação

social comprometida com a população socialmente excluída, no exercício de seus direitos de cidadania e do direito humano à qualidade de vida.

Após conhecer melhor a realidade do PBF, no território, buscou-se construir diálogos com os ACS, por concebê-los como parceiros estratégicos para buscar estratégias de ampliação de cobertura do exame Papanicolaou para prevenção do câncer de colo de útero que ainda um grande problema da saúde pública brasileira pelas altas taxas de morbimortalidade de mulheres causada pelo Câncer de Colo de útero.

Assim, foram realizadas duas oficinas com os agentes, sendo ouvidas suas inquietações, saberes e anseios a respeito da abordagem da vivência das beneficiárias nas ações de prevenção do câncer de colo de útero em seu processo de trabalho. Com os resultados em mãos, e a reivindicação, pelos ACS, da necessidade de diminuição do número de fichas utilizadas, utilizamos a mesma ficha de acompanhamento da condicionalidade do PBF, visando a melhoria do processo de trabalho na Vigilância em Saúde, foi organizado um ciclo de estudos, abordando os seguintes temas: PBF; conceito, condicionalidades, critérios de inclusão e benefícios do PBF; Importância da adesão das mulheres ao exame Papanicolaou. Ao final deste ciclo de estudos, o grupo instituiu cronograma para a realização do cadastro das mulheres de acordo com a faixa etária; disponibilizou os dados deste levantamento acerca das mulheres que não aderiram ao exame citológico a Coordenação do Bolsa Família na Saúde, onde desenvolveu ações de conscientização voltadas de maneira específica para as mulheres que não aderiram ao exame citológico.

Em relação a análises de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos no município de Arcoverde - PE no período de 2008 a 2012 constatamos uma queda nos anos de 2011(0,44), 2012 (0,84), 2013 (0,92). Em Pernambuco, a justificativa da redução desse indicador em 2012 para em 2013, refere-se a mudança de gestão nos municípios, onde muitos deles ainda estão se adequando ao processo desse segmento (COAP, 2013).

Observando o quantitativo baixo de coletas realizadas em mulheres de 25 a 64 anos nas equipes da ESF tem sido um desafio para o enfermeiro, que como membro da equipe de saúde busca melhorar a cobertura na perspectiva de construir uma agenda integrada e participativa que busque, reduzir , ampliar e estimular estas mulheres no protagonismo de prevenção do câncer de colo de útero. Melo et al (2012), em seu estudo em Minas Gerais, afirmam que devemos levar em

consideração a relevância do contexto sócio, político, econômico e cultural em que são desenvolvidas suas atividades, e apontou além de falta de material para realização do exame, o excesso de trabalho e a resistência de algumas mulheres. O que temos percebido no município de Arcoverde é que a resistência tem sido uma preocupação. As equipes tem tido também vasto número de formulários e atribuições existentes o que dificulta o acesso as informações desses usuários. Assim, a discussão e reflexão das equipes sobre a elaboração de um plano de ação de acompanhamento das mulheres nessa faixa etária das famílias beneficiárias pelo Programa Bolsa Família, objetivando a reorganização do acompanhamento das condicionalidades da saúde no município, iniciaram em setembro de 2013, período de acompanhamento da segunda vigência do ano, para que no momento da visita ao domicílio os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) solicitasse uma comprovação de que esta mulher estava com seu exame Papanicolaou em dia e assim atestar que a família estava cumprindo com sua agenda de saúde, pois, há que se ressaltar que apenas a procura por livre demanda das mulheres não é suficiente para uma boa cobertura do exame.

Em abril de 2014 estaremos iniciando o acompanhamento da condicionalidade da primeira vigência de 2014 e será realizada a primeira avaliação do plano de ação, analisando os índices alcançados e possíveis modificações na estratégia que culminem em adesão das mulheres beneficiárias às medidas preventivas do câncer de colo uterino.

Para identificar o êxito das atividades planejadas, corrigir precocemente propondo novas ações e medir a sua eficácia e eficiência será utilizado uma planilha de acompanhamento mensal da quantidade de coletas realizadas por cada ESF, comparando o número de adesão das mulheres ao exame citológico antes e depois das ações desenvolvidas de conscientização. Acredita-se que com esse monitoramento as equipes terão maior e melhor desempenho alcançado, com isso, o aprimoramento na população alvo e conseqüentemente atingindo a meta pactuada de cobertura.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de colo do útero é um problema de saúde pública no Brasil. Apesar dos avanços obtidos, as taxas de morbi-mortalidade continuam altas, mesmo sendo uma patologia de evolução lenta, o que possibilita o diagnóstico precoce e o tratamento. Hoje, o câncer de colo uterino figura como a segunda neoplasia maligna mais comum entre as mulheres. Além disso, convém ressaltar que o baixo índice de coleta do exame citológico no âmbito da estratégia de saúde da família, deixa claro que, os programas de prevenção do câncer de colo uterino ainda não estão atingindo as mulheres que apresentam maior risco de desenvolver esse tipo de câncer.

Sendo assim, faz necessário que novas medidas sejam tomadas para que se aumentem a cobertura do rastreamento dessa neoplasia. É preciso prevenir e diagnosticar o câncer o mais cedo possível e com isso, no decorrer do tempo, assegurar às pessoas que o diagnóstico precoce do câncer levará a utilização de meios de tratamento mais simples, menos dispendiosos e mais eficazes tornando-o tratável, reduzindo assim o número de óbitos.

A iniciativa de elaborar um plano de ação para o ACS utilizando Livro de Acompanhamento das Famílias Beneficiadas pelo Programa Bolsa Família, nos moldes em que foi conduzido, configurou-se como um importante início para momentos de diálogo, embasamento teórico e formação dos ACS no que diz respeito à compreensão da Vigilância em Saúde e a melhoria de seu processo de trabalho. Evidencia-se a necessidade de ampliar as discussões acerca do assunto não apenas com os ACS, mas com os demais profissionais das equipes de saúde da família.

Esta experiência nos permite reafirmar o potencial da educação e da reorganização do processo de trabalho como outra orientação para as práticas dos serviços de saúde. Apesar de poucos, os dois momentos educativos compartilhados com os ACS demonstraram ser essenciais para estimular a construção de um vínculo capaz de elevar o compromisso e favorecer a análise crítica da realidade comunitária e de trabalho. Nessa direção, sentimos que esta proposta pôde qualificar a ação cotidiana dos Agentes, baseando-se na reorganização do processo de trabalho no acompanhamento das famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família e no alcance das metas preconizadas pelo pacto à saúde. Apostar nestas vivências pode ser uma forma de possibilitar

uma nova cultura nos serviços de saúde, onde se priorizem a comunicação, a participação e a criatividade.

Como lições capazes de orientar reajustes no programa, o presente plano ressalta a importância de investir na capacidade governativa dos municípios, uma vez que através de uma série de ações, incluindo a capacitação profissional, o levantamento das mulheres que não aderiram ao supracitado exame e as ações de conscientização desenvolvidas de forma que direcione para estas mulheres por faixa etária, é que o índice de coleta aumente, pois só por intermédio de um diagnóstico precoce que o controle e o prognóstico do câncer uterino cervical poderá ser promissor. Não só no que se refere à produção das informações exigidas pelo governo federal, mas também para a construção de um instrumento de trabalho utilizado em seu cotidiano que os ajudem a atuarem de forma simultânea ao programa.

6. REFERÊNCIAS

AMERICO, C F. et al. Análise da influência do acondicionamento diferenciado de lâminas para colpocitologia no resultado laboratorial. *Texto Contexto-Enferm*, Florianópolis, v. 19, n.2, p.123-129, junho, 2010.

ANJOS, S J S B et al. Fatores de risco para o câncer de colo de útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 4, p.67-75, 2010.

ANDRADE, S. S. C.; SILVA, F. M. C.; SILVA, M. S. S.; OLIVEIRA, S. H. S.; LEITE, K.N.S.; SOUSA, M.J. Compreensão de usuárias de uma unidade de saúde da família sobre o exame Papanicolau. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.18, n. 8, p. 2301-2310, 2013.

BRASIL, Parâmetros Curriculares Nacionais. Saúde. Brasília: Ministério da Educação, v. 09, n. 2, p. 59-90, 1994.

BRASIL. Ministério da saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, 2006.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Programa nacional de controle do câncer do colo uterino. Brasília, 2010.

BRAGANÇA, D.K.C.L. Acompanhamento nutricional das crianças do sistema bolsa família na saúde . Brasília. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome – MDS. Programa Brasil Sem Miséria. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.brasilsemmiseria.gov.br/>. Acesso em: 24 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2011.

CNES. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Arcoverde: 2013.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. et al. A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. **SciELO**. Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf> >. Acesso em: 16 de Novembro de 2013.

FERREIRA, M. N. Programas de Transferência Condicionada de Renda e Acesso aos Serviços de Saúde: um estudo da experiência do Programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009.

GONÇALVES, C. V.; SASSI, R.M.; NETTO, I.O.; CASTRO, N.B.; BORTOLOMEDI, A.P. Cobertura do citopatológico do colo uterino em Unidades Básicas de Saúde da Família. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.33, n.9: 258-63, 2011.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados Populacionais do Censo IBGE**. Estimativa 2013.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2014.

Lei nº 10.219 de 11 de abril de 2001. Cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à educação – “Bolsa Escola”, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2001; 11 abr.

Lei nº 10.836, de 9 de Janeiro de 2004. Regulamenta o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Diário Oficial da União; 2004.

Medida Provisória nº 2.206 de 6 de setembro de 2001. Cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde: Bolsa Alimentação e dá outras providências. Diário Oficial da União 2001.

Medida provisória nº 132, de 20 de outubro 2003. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Diário Oficial da União; 2003.

MELO, M.C.S.C; VILELA, F.; SALIMENA, A.M.O.; SOUZA, I.E.O. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 58, n. 3: 389-398, 2005.

MENDES, I.A.C. Development and health: the declaration of Alma- ATA and posterior movements. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 12, n. 3, p. 447-47, 2004.

OLIVEIRA, F.C.C. et al . Estado nutricional e fatores determinantes do déficit estatural em crianças cadastradas no Programa Bolsa Família. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 20, n. 1, p. 07-18, 2011.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em <http://www.opas.org.br> Acesso em: 01 dez. 2013.

Portaria Interministerial Nº 2.509, de 18 de Novembro de 2004. Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Diário Oficial da União; 2004.

Pernambuco. Secretaria Estadual da Saúde. **Indicadores COAP 2013**. Macrorregião 3- Sertão Pernambucano. Pernambuco: Secretaria Estadual da Saúde, 2012.

SIAB. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Arcoverde: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

SILVA, B. M. P. O Sistema Único de Saúde: descompasso entre realidade normativa e realidade fática, 2007. São Paulo. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.

SOARES M C et al. Câncer de colo uterino: Caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 173- 187, maio/jun, 2010.

TRAVASSOS, D. V. Judicialização da Saúde e Sistema Único de saúde: estudo de Casos de Três Tribunais Brasileiros. Belo Horizonte. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

TREVISANI, J. J. D.; JAIME, P. C. Acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família: estudo de caso no município do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, em 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 21, n. 3, p. 375-384, 2012.

UCHIMURA N S. Qualidade e desempenho das colpocitologias na prevenção de câncer de colo uterino. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n.5, p.23-29, 2009.

XIMENES, D.A.; AGATTE, J.P. A Gestão das Condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma experiência intersetorial e federativa. *Inc. Soci.*, v.5, n.1, p.11-19, 2011.

7. ANEXOS

Tabela 1 - População residente por faixa etária e sexo em Arcoverde, Pernambuco e Brasil no ano de 2010

Idade	Arcoverde		Pernambuco		Brasil	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	2.323	2.258	277.508	268.115	5.638.154	5.444.151
5 a 9 anos	3.230	3.115	378.324	366.005	7.623.749	7.344.867
10 a 14 anos	3.307	3.354	423.568	411.963	8.724.960	8.440.940
15 a 19 anos	3.082	3.193	407.498	406.100	8.558.497	8.431.641
20 a 24 anos	3.149	3.222	402.836	414.746	8.629.807	8.614.581
25 a 29 anos	2.814	3.056	379.000	400.641	8.460.631	8.643.096
30 a 34 anos	2.454	2.852	344.709	372.344	7.717.365	8.026.554
35 a 39 anos	2.097	2.500	301.541	333.661	6.766.450	7.121.722
40 a 44 anos	1.981	2.385	271.173	305.896	6.320.374	6.688.585
45 a 49 anos	1.769	2.080	233.862	268.313	5.691.791	6.141.128
50 a 54 anos	1.371	1.650	191.000	225.663	4.834.828	5.305.231
55 a 59 anos	1.072	1.484	152.743	190.010	3.902.183	4.373.673
60 a 64 anos	925	1.320	128.560	160.049	3.040.897	3.467.956
65 a 69 anos	778	1.116	95.597	124.093	2.223.953	2.616.639
70 a 74 anos	582	886	73.653	100.594	1.667.289	2.074.165
75 a 79 anos	400	597	46.054	66.426	1.090.455	1.472.860
80 a 84 anos	235	421	31.232	46.240	668.589	998.311

Idade	Arcoverde		Pernambuco		Brasil	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
85 a 89 anos	163	259	16.348	24.574	310.739	508.702
90 a 94 anos	53	97	6.460	11.060	114.961	211.589
95 a 99 anos	13	27	1.870	3.534	31.528	66.804
Mais de 100 anos	2	6	387	1.212	7.245	16.987

Fonte: IBGE, 2013.

Tabela 2- Relatório Consolidado do Bolsa Família na Saúde em Arcoverde, referente a primeira vigência de 2013

Agrupe por Regional				Agrupe por Região								
ARCOVERDE				Arcoverde								
Relatório consolidado do Bolsa Família												
MS / SE / DATASUS												
Informações gerais sobre famílias												
Período: 1ª Vigência de 2013												
Emissão: 28/12/2013 - 11:34:23 Data da última consolidação: 09/07/2013:												
Regional: ARCOVERDE												
Região de Saúde: Arcoverde												
Todas as Famílias												
Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Coordenação-Geral da Alimentação e Nutrição												
PE												
Município	Famílias Beneficiárias Perfil Saúde			Famílias Acompanhadas			Famílias Não Acompanhadas					
	Arquivo início vigência	Complementar	Total de Famílias Beneficiárias Perfil Saúde	Arquivo início vigência	Complementar	Totalmente	Parcialmente	Localizadas	Não Localizadas	Não Visitadas	Total	
ARCOVERDE	6.631	1.458	7.943	5.783	1.250	62	7.008	19	74	755	0	848

Tabela 3- Relatório Informativo da Bolsa Família e Cadastro Único do Índice de Gestão Descentralizada-IGD de Arcoverde, referente a agosto de 2013.



RI Bolsa Família e Cadastro Único
ARCOVERDE (PE)
 IBGE: 260120

Data: 26/12/2013
 Horário: 11:18:42

Índice de Gestão Descentralizada

		Mês Referência
Idades e adolescentes das famílias do PBF com frequência escolar informada	10.152	08/2013
Idade crianças e adolescentes das famílias do PBF no município	10.230	08/2013
IFE - Taxa de Acompanhamento de Frequência Escolar (Item 1 / Item 2)	0,99	08/2013
Famílias do PBF com condicionalidade de Saúde informada	7.095	08/2013
Idade famílias com perfil Saúde no município	7.943	08/2013
IAS - Taxa de Acompanhamento de Agenda de Saúde (Item 4 / Item 5)	0,89	08/2013
Cadastros válidos de Famílias com Perfil CadÚnico no município	10.198	08/2013
Óbitos de famílias no município – perfil CadÚnico (Censo 2010)	10.855	08/2013
TCQ - Taxa de Cobertura Qualificada de Cadastros (Item 7 / Item 8)	0,94	08/2013
Atualizações de cadastros válidos no município - perfil CadÚnico	8.744	08/2013
Cadastros válidos de Famílias no município com perfil CadÚnico	10.155	08/2013
TAB - Taxa de Atualização Cadastral (Item 10 / Item 11)	0,86	08/2013
Fator 1: Operação (média aritmética de TAFE, TAAS, TCQC e TAC)	0,92	08/2013
Fator 2: Adesão ao SUAS	1	08/2013
Fator 3: Comprovação de Gastos pelo FMS	1	08/2013
Fator 4: Aprovação da Comprovação de Gastos pelo CMAS	1	08/2013
GM-M (Fator 1 x Fator 2 x Fator 3 x Fator 4)	0,92	08/2013
Estimativa total de famílias de baixa renda no município - perfil CadÚnico	10.856	08/2013
Quantidade de famílias consideradas para cálculo do repasse	8.744	08/2013
Valor de Repasse sem Incentivos (Item 17 x R\$ 3,25 x Item 19)	28.144,56	08/2013
Índice 1 - Proporção de famílias em descumprimento de condicionalidades acompanhadas	784,34	09/2013
Índice 2 - Demandas de fiscalização pendentes no prazo	0	09/2013

Tabela 4- Análise da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos com meta estabelecida para realização do citopatológico do colo uterino no ano, em Unidades de Saúde da Família, no município de Arcoverde em 2012.

UNIDADE	POPULAÇÃO FEM. DE 25 A 64	1/3 DAS MULHERES	META MENSAL	META SEMANAL
IMAGEL	1148	382	32	8
MARTA XAVIER	1206	402	33	8
SUCUPIRA	896	298	25	6
JOSÉ C. ALVES	1094	365	30	8
JK	1602	534	45	11
BOA VISTA	715	238	20	5
VILA DO PRESÍDIO	452	151	13	3
COHAB I	771	257	21	5
CARLOS BRADLEY	928	309	26	6
SÃO JOSÉ	878	293	24	6
BARRAGEM	1211	404	34	9
COHAB II	750*	250	21	5
UNIVERSITÁRIO	472*	157	13	3
CARAÍBAS	606	202	17	4
ALDEIA VELHA	457	152	13	3
COSTA LEITÃO	737	246	21	5
CARDEAL	1297	432	36	9

Fonte: SIAB, 2012

Tabela 5- Análise da cobertura da realização do citopatológico do colo uterino no ano, em Unidades de Saúde da Família, no município de Arcoverde em 2012.

UNIDADE	P. F 25 A	1/3 MULH	JAN	FEV	MA R	AB R	MAI	JU N	JU L	A G	S E	OU T	NO V	DEZ
---------	--------------	-------------	-----	-----	---------	---------	-----	---------	---------	--------	--------	---------	---------	-----

	64	ER												
IMAGEL	1148	382	15	14	23	12	12	0	09	12	14	59	32	7
MARTA XAVIER	1206	402	11	19	27	23	19	0	11	15	3	50	30	7
SUCUPIRA	896	298	11	7	69	6	10	5	16	9	3	40	38	4
JOSÉ C. ALVES	1094	365	7	0	04	0	9	2	0	3	8	13	101	0
JK	1602	534	10	0	7	06	17	08	15	7	15	60	60	6
BOA VISTA	715	238	13	10	16	02	25	10	12	16	17	45	35	6
VILA DO PRESÍDIO	452	151	05	5	6	05	14	0	15	20	0	28	24	0
COHAB I	771	257	26	11	26	27	34	14	37	12	14	33	36	21
CARLOS BRADLEY	928	309	21	15	18	22	23	11	10	19	41	71	54	7
SÃO JOSÉ	878	293	3	9	0	0	12	0	19	18	07	16	29	8
BARRAGE M	1211	404	16	0	5	06	11	7	27	16	13	58	27	0
COHAB II	750	250	19	05	13	15	25	19	21	12	11	39	63	9
UNIVERSI T.	472	157	20	06	21	18	19	42	14	21	7	67	39	8
CARAÍBAS	606	202	3	12	08	11	9	4	7	5	25	20	22	16
ALDEIA VELHA	457	152	20	5	07	01	02	3	05	0	11	62	09	9
COSTA LEITÃO	737	246	0	0	8	0	9	3	6	4	0	27	15	0
CARDEAL	1297	432	15	09	19	18	26	7	19	11	16	52	43	5

Fonte: SISCOLO-2012

* ABAIXO DA META

Tabela 6- Análise da cobertura da realização do citopatológico do colo uterino no ano, em Unidades de Saúde da Família, no município de Arcoverde em 2013.

UNIDADE	P. F	1/3	JAN	FEV	MA	ABR	MAI	JUN	JU	A	SE	OU	NOV	DEZ
---------	------	-----	-----	-----	----	-----	-----	-----	----	---	----	----	-----	-----

	25 A 64	MULHE R			R				L	G				
IMAGEL	1148	382	21	4	2	3	9	12	17	15	8	59	32	25
MARTA XAVIER	1206	402	19	8	11	18	15	29	14	31	24	50	30	13
SUCUPIRA	896	298	9	8	7	7	9	4	24	7	0	40	38	10
JOSÉ C. ALVES	1094	365	4	1	4	5	7	0	5	1	15	61	101	31
JK	1602	534	7	7	5	14	13	13	24	17	18	60	60	40
BOA VISTA	715	238	11	13	7	8	13	12	22	36	59	45	35	28
VILA DO PRESÍDIO	452	151	10	1	4	14	12	0	13	10	16	16	29	46
COHAB I	771	257	0	13	32	24	8	12	40	28	10	33	36	19
CARLOS BRADLEY	928	309	16	18	22	16	23	18	22	25	37	71	54	18
SÃO JOSÉ	878	293	8	5	9	11	19	5	19	38	13	16	35	8
BARRAGEM	1211	404	13	6	6	22	8	11	18	6	8	58	27	6
COHAB II	750	250	24	9	4	13	23	24	23	14	9	28	43	28
UNIVERSIT.	472	157	15	10	28	19	20	40	7	38	43	67	37	13
CARAÍBAS	606	202	0	8	6	2	7	8	3	2	11	20	22	34
ALDEIA VELHA	457	152	0	0	4	8	7	9	7	2	6	19	9	15
COSTA LEITÃO	737	246	5	5	3	4	0	3	21	5	0	27	15	4
CARDEAL	1297	432	16	14	5	28	12	7	13	22	9	52	43	14

Fonte: SISCOLO- 2013

* ABAIXO DA META

ANEXOS

Tabela 1 - População residente por faixa etária e sexo em Arcoverde, Pernambuco e Brasil no ano de 2010

Idade	Arcoverde		Pernambuco		Brasil	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	2.323	2.258	277.508	268.115	5.638.154	5.444.151
5 a 9 anos	3.230	3.115	378.324	366.005	7.623.749	7.344.867
10 a 14 anos	3.307	3.354	423.568	411.963	8.724.960	8.440.940
15 a 19 anos	3.082	3.193	407.498	406.100	8.558.497	8.431.641
20 a 24 anos	3.149	3.222	402.836	414.746	8.629.807	8.614.581
25 a 29 anos	2.814	3.056	379.000	400.641	8.460.631	8.643.096
30 a 34 anos	2.454	2.852	344.709	372.344	7.717.365	8.026.554
35 a 39 anos	2.097	2.500	301.541	333.661	6.766.450	7.121.722
40 a 44 anos	1.981	2.385	271.173	305.896	6.320.374	6.688.585
45 a 49 anos	1.769	2.080	233.862	268.313	5.691.791	6.141.128
50 a 54 anos	1.371	1.650	191.000	225.663	4.834.828	5.305.231
55 a 59 anos	1.072	1.484	152.743	190.010	3.902.183	4.373.673
60 a 64 anos	925	1.320	128.560	160.049	3.040.897	3.467.956
65 a 69 anos	778	1.116	95.597	124.093	2.223.953	2.616.639
70 a 74 anos	582	886	73.653	100.594	1.667.289	2.074.165

Idade	Arcoverde		Pernambuco		Brasil	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
75 a 79 anos	400	597	46.054	66.426	1.090.455	1.472.860
80 a 84 anos	235	421	31.232	46.240	668.589	998.311
85 a 89 anos	163	259	16.348	24.574	310.739	508.702
90 a 94 anos	53	97	6.460	11.060	114.961	211.589
95 a 99 anos	13	27	1.870	3.534	31.528	66.804
Mais de 100 anos	2	6	387	1.212	7.245	16.987

Fonte: IBGE, 2013.

Tabela 2- Relatório Consolidado do Bolsa Família na Saúde em Arcoverde, referente a primeira vigência de 2013

Agrupar por Regional				Agrupar por Região								
ARCOVERDE				Arcoverde								
Relatório consolidado do Bolsa Família MS / SE / DATASUS Informações gerais sobre famílias Período: 1ª Vigência de 2013 Emissão: 28/12/2013 - 11:34:23 Data da última consolidação: 09/07/2013: Regional: ARCOVERDE Região de Saúde: Arcoverde Todas as Famílias								Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Coordenação-Geral da Alimentação e Nutrição		PE		
Município	Famílias Beneficiárias Perfil Saúde			Famílias Acompanhadas			Famílias Não Acompanhadas					
	Arquivo início vigência Acomp. obrigatório	Complementar Acomp. não obrigatório	Total de Famílias Beneficiárias Perfil Saúde	Arquivo início vigência Acomp. obrigatório	Complementar Acomp. não obrigatório	Totalmente	Parcialmente	Localizadas	Não Localizadas	Não Visitadas	Total	
ARCOVERDE	6.631	1.458	7.943	5.783	1.250	62	7.006	19	74	755	0	848
	7.943	1.458	7.943	5.547	672	12	6.231	0	1	3	1.805	1.809

Tabela 3- Relatório Informativo da Bolsa Família e Cadastro Único do Índice de Gestão Descentralizada-IGD de Arcoverde, referente a agosto de 2013.

		Mês Referência	
			
		RI Bolsa Família e Cadastro Único ARCOVERDE (PE) IBGE: 260120	
		Data: 26/12/2013 Horário: 11:18:42	
Índice de Gestão Descentralizada			
			Mês Referência
crianças e adolescentes das famílias do PBF com frequência escolar informada	10.152		08/2013
idade crianças e adolescentes das famílias do PBF no município	10.230		08/2013
IFE - Taxa de Acompanhamento de Frequência Escolar (item 1 / item 2)	0,96		08/2013
famílias do PBF com condicionalidade de Saúde informada	7.095		08/2013
idade famílias com perfil Saúde no município	7.943		08/2013
IAS - Taxa de Acompanhamento de Agenda de Saúde (item 4 / item 5)	0,89		08/2013
cadastros válidos de Famílias com Perfil CadÚnico no município	10.188		08/2013
estimativa de famílias no município – perfil CadÚnico (Censo 2010)	10.855		08/2013
TCQ - Taxa de Cobertura Qualificada de Cadastros (item 7 / item 8)	0,94		08/2013
atualizações de cadastros válidos no município - perfil CadÚnico	8.744		08/2013
cadastros válidos de Famílias no município com perfil CadÚnico	10.155		08/2013
TAB - Taxa de Atualização Cadastral (item 10 / item 11)	0,86		08/2013
Fator 1: Operação (média aritmética de TAFE, TAAS, TCQC e TAC)	0,92		08/2013
Fator 2: Adesão ao SUAS	1		08/2013
Fator 3: Comprovação de Gastos pelo FMS	1		08/2013
Fator 4: Aprovação da Comprovação de Gastos pelo CMAS	1		08/2013
IGD-M (Fator 1 x Fator 2 x Fator 3 x Fator 4)	0,92		08/2013
estimativa total de famílias de baixa renda no município - perfil CadÚnico	10.855		08/2013
Quantidade de famílias consideradas para cálculo do repasse	5.744		08/2013
Valor de Repasse sem Incentivos (item 17 x R\$ 3,25 x item 18)	26.144,56		08/2013
Índice 1 - Proporção de famílias em descumprimento de condicionalidades acompanhadas	784,34		08/2013
Índice 2 - Demandas de fiscalização atendidas no prazo	0		08/2013

Tabela 4- Análise da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos com meta estabelecida para realização do citopatológico do colo uterino no ano, em Unidades de Saúde da Família, no município de Arcoverde em 2012.

UNIDADE	POPULAÇÃO FEM. DE 25 A 64	1/3 DAS MULHERES	META MENSAL	META SEMANAL
IMAGEL	1148	382	32	8
MARTA XAVIER	1206	402	33	8
SUCUPIRA	896	298	25	6
JOSÉ C. ALVES	1094	365	30	8
JK	1602	534	45	11
BOA VISTA	715	238	20	5
VILA DO PRESÍDIO	452	151	13	3
COHAB I	771	257	21	5
CARLOS BRADLEY	928	309	26	6
SÃO JOSÉ	878	293	24	6
BARRAGEM	1211	404	34	9
COHAB II	750*	250	21	5
UNIVERSITÁRIO	472*	157	13	3
CARAÍBAS	606	202	17	4
ALDEIA VELHA	457	152	13	3
COSTA LEITÃO	737	246	21	5
CARDEAL	1297	432	36	9

Fonte: SIAB, 2012

Tabela 5- Análise da cobertura da realização do citopatológico do colo uterino no ano, em Unidades de Saúde da Família, no município de Arcoverde em 2012.

UNIDADE	P. F 25 A 64	1/3 MULH ER	JAN	FEV	MA R	AB R	MAI	JU N	JU L	A G	S E	OU T	NO V	DEZ
IMAGEL	1148	382	15	14	23	12	12	0	09	12	14	59	32	7
MARTA XAVIER	1206	402	11	19	27	23	19	0	11	15	3	50	30	7
SUCUPIRA	896	298	11	7	69	6	10	5	16	9	3	40	38	4
JOSÉ C. ALVES	1094	365	7	0	04	0	9	2	0	3	8	13	101	0
JK	1602	534	10	0	7	06	17	08	15	7	15	60	60	6
BOA VISTA	715	238	13	10	16	02	25	10	12	16	17	45	35	6
VILA DO PRESÍDIO	452	151	05	5	6	05	14	0	15	20	0	28	24	0
COHAB I	771	257	26	11	26	27	34	14	37	12	14	33	36	21
CARLOS BRADLEY	928	309	21	15	18	22	23	11	10	19	41	71	54	7
SÃO JOSÉ	878	293	3	9	0	0	12	0	19	18	07	16	29	8
BARRAGE M	1211	404	16	0	5	06	11	7	27	16	13	58	27	0
COHAB II	750	250	19	05	13	15	25	19	21	12	11	39	63	9
UNIVERSI T.	472	157	20	06	21	18	19	42	14	21	7	67	39	8
CARAÍBAS	606	202	3	12	08	11	9	4	7	5	25	20	22	16
ALDEIA VELHA	457	152	20	5	07	01	02	3	05	0	11	62	09	9
COSTA LEITÃO	737	246	0	0	8	0	9	3	6	4	0	27	15	0
CARDEAL	1297	432	15	09	19	18	26	7	19	11	16	52	43	5

Fonte: SISCOLO-2012

* ABAIXO DA META

Tabela 6- Análise da cobertura da realização do citopatológico do colo uterino no ano, em Unidades de Saúde da Família, no município de Arcoverde em 2013.

UNIDADE	P. F 25 A 64	1/3 MULHE R	JAN	FEV	MA R	ABR	MAI	JUN	JU L	A G	SE	OU	NOV	DEZ
IMAGEL	1148	382	21	4	2	3	9	12	17	15	8	59	32	25
MARTA XAVIER	1206	402	19	8	11	18	15	29	14	31	24	50	30	13
SUCUPIRA	896	298	9	8	7	7	9	4	24	7	0	40	38	10
JOSÉ C. ALVES	1094	365	4	1	4	5	7	0	5	1	15	61	101	31
JK	1602	534	7	7	5	14	13	13	24	17	18	60	60	40
BOA VISTA	715	238	11	13	7	8	13	12	22	36	59	45	35	28
VILA DO PRESÍDIO	452	151	10	1	4	14	12	0	13	10	16	16	29	46
COHAB I	771	257	0	13	32	24	8	12	40	28	10	33	36	19
CARLOS BRADLEY	928	309	16	18	22	16	23	18	22	25	37	71	54	18
SÃO JOSÉ	878	293	8	5	9	11	19	5	19	38	13	16	35	8
BARRAGEM	1211	404	13	6	6	22	8	11	18	6	8	58	27	6
COHAB II	750	250	24	9	4	13	23	24	23	14	9	28	43	28
UNIVERSIT.	472	157	15	10	28	19	20	40	7	38	43	67	37	13
CARAÍBAS	606	202	0	8	6	2	7	8	3	2	11	20	22	34
ALDEIA VELHA	457	152	0	0	4	8	7	9	7	2	6	19	9	15
COSTA LEITÃO	737	246	5	5	3	4	0	3	21	5	0	27	15	4
CARDEAL	1297	432	16	14	5	28	12	7	13	22	9	52	43	14

Fonte: SISCOLO- 2013

* ABAIXO DA META

