

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
DA FAMÍLIA**

**UM PLANO DE AÇÃO PARA COBERTURA
DO EXAME CITOLÓGICO DO COLO UTERINO**

CRISTIANE VEIGA PINTO AZZI

BELO HORIZONTE-MG

2011

CRISTIANE VEIGA PINTO AZZI

**UM PLANO DE AÇÃO PARA A COBERTURA
DO EXAME CITOLÓGICO DO COLO UTERINO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lenice de Castro Mendes Villela.

BELO HORIZONTE-MG

2011

CRISTIANE VEIGA PINTO AZZI

**UM PLANO DE AÇÃO PARA A COBERTURA
DO EXAME CITOLÓGICO DO COLO UTERINO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lenice de Castro Mendes Villela.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Lenice de Castro Mendes Villela orientadora
Prof^a. Fernanda Magalhães Duarte

Aprovada em Belo Horizonte: 10/12/2011

AGRADECIMENTOS

A Deus, Fonte de tudo que sou e A quem devo toda honra e glória.

À minha orientadora, Dr^a Lenice de Castro Mendes Villela, pela decisiva contribuição.

À minha amiga, Dr^a Flávia Costa, pelas valiosas observações.

Ao meu companheiro, Emerson Montalvão, pela paciência e apoio incondicionais.

RESUMO

Objetivo: elaborar um plano de ação para aumentar a cobertura de exames preventivos do colo do útero para mulheres de 25 a 59 anos atendidas pela equipe azul do Centro de Saúde Nossa Senhora de Fátima. **Métodos:** realizou-se revisão da literatura acerca do câncer de colo do útero, enfatizando-se a cobertura dos exames em programas de saúde da família, nas bases de dados Scielo e Lilacs, série histórica de 1990 a 2011. Elaborou-se diagnóstico situacional utilizando-se dados secundários da equipe azul e da Intranet da Prefeitura de Belo Horizonte. **Resultados:** foi elaborado um plano operativo para a baixa cobertura de exames preventivos do colo do útero para as mulheres de 25 a 59 anos atendidas pela equipe azul do Centro de Saúde Nossa Senhora de Fátima. **Conclusões:** a partir da análise da literatura consultada neste trabalho, pôde-se concluir que diminuir a mortalidade por câncer do colo do útero permanece um desafio e aumentar a cobertura do exame preventivo um objetivo a ser perseguido pelos serviços de saúde. Além disso, elaborar um diagnóstico situacional, identificando e priorizando os problemas, é essencial para a construção do plano de ação, de forma sistematizada e, por isso, com mais chances de êxito.

Palavras-chave: Saúde da Mulher, Medicina Reprodutiva, Neoplasias do Colo do Útero, Esfregaço Vaginal, Adenocarcinoma.

ABSTRACT

Objective: develop a plan of action to increase the coverage of cervical preventive examinations for women from 25 to 59 years serviced by the blue team of Health Center our Lady of Fatima. **Methods:** literature review was held about cervical cancer, emphasizing the coverage of examinations in family health programmes, in Scielo and Lilacs databases, from 1990 to 2011. Situational diagnosis drawn up using secondary data from the blue team and the Intranet of the Prefecture of Belo Horizonte. **Results:** operating a plan was drawn up for the low coverage of cervical preventive examinations for women from 25 to 59 years serviced by the blue team of Health Center our Lady of Fatima. **Conclusions:** from the literature review found in this work, he might conclude that decrease the mortality from cervical cancer remains a challenge and increase coverage of preventive examination a goal to be pursued by the health services. In addition, prepare a situational diagnosis, identifying and prioritizing the problems, is essential for the construction of the plan of action, so systematized and therefore more likely to be successful.

Keywords: Women's Health, Reproductive Medicine, Uterine Cervical Neoplasms Adenocarcinoma, Vaginal Smears.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIS	Carcinoma <i>in situ</i>
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
ESF	Equipe de Saúde da Família
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPV	Papilomavírus humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
INCA	Instituto do Câncer
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NIC	Neoplasia intraepitelial cervical
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAHO	Organização Pan-Americana de Saúde
PAP	Papanicolaou
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNCC	Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISREDE	Sistema de Saúde em Rede
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Estimativas para o ano 2010, taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária, Brasil.....	15
TABELA 2 - Estimativas para o ano 2010 das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária, região Norte.....	16
TABELA 3 - Estimativas para o ano de 2010 das taxas brutas de incidência por 10 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária, região Centro-Oeste.....	16
TABELA 4 - Estimativas para o ano de 2010 das taxas brutas de incidência por 10 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária, Nordeste.....	17
TABELA 5 - Estimativas para o ano de 2010 das taxas brutas de incidência por 10 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária, Sul.....	17
TABELA 6 - Estimativas para o ano de 2010 das taxas brutas de incidência por 10 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária, Sudeste.....	18

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

FIGURA 1 - Distribuição da população da área de abrangência da Equipe Azul, por sexo, segundo risco.....	10
FIGURA 2 - Distribuição da população feminina por faixa etária de 25 a 59, de abrangência da Equipe Azul.....	11
FIGURA 3 - Morbidade ambulatorial, por sexo e causas na população do estudo....	12
FIGURA 4 - Mortalidade, por faixa etária, segundo causa na população do estudo..	12

Quadros

QUADRO 1 - Estudos transversais baseados em amostras probabilísticas sobre a cobertura do exame de Papanicolaou, Brasil, 1987-2003.....	20
QUADRO 2 - Estudos transversais baseados em amostras não probabilísticas sobre a cobertura do exame de Papanicolaou. Brasil, 1998-2002.....	21
QUADRO 3 - Comunidade da Vila Marçola - equipe azul - priorização dos problemas.....	30
QUADRO 4 - Plano operativo da equipe 3 (azul) para enfrentamento da baixa cobertura do exame citopatológico do colo do útero - papanicolaou.....	34

SUMÁRIO¹

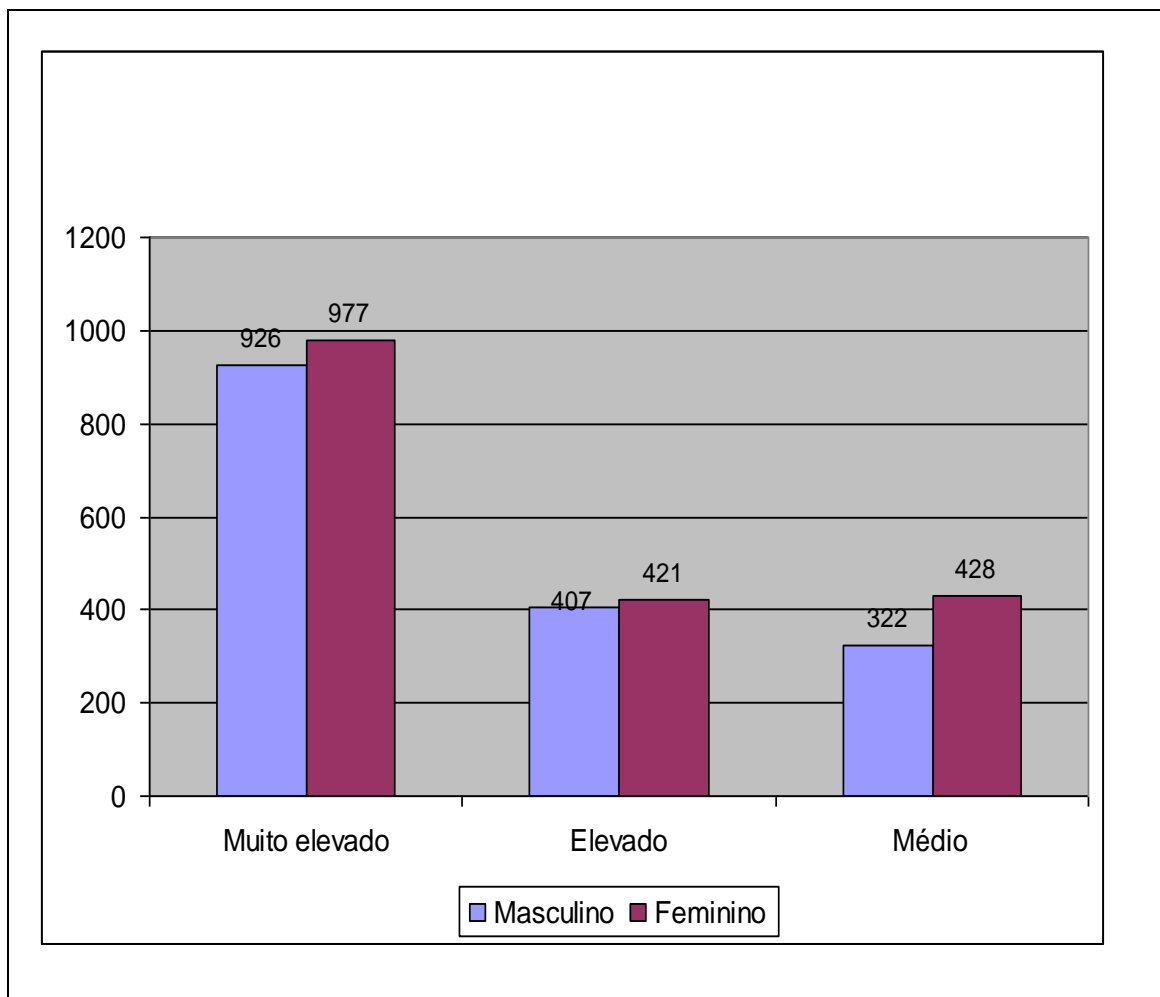
1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
4 METODOLOGIA.....	28
5 RESULTADOS.....	30
5.1 Plano operativo.....	32
5.2 Limitações do estudo....	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	36

¹ Este trabalho foi revisado de acordo com as novas regras ortográficas aprovadas pelo Acordo Ortográfico assinado entre os países que integram a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), em vigor no Brasil desde 2009. E foi formatado de acordo com a ABNT NBR 14724 de 17.04.2011.

1 INTRODUÇÃO

A área de atuação do Centro de Saúde Nossa Senhora de Fátima do Distrito Sanitário Centro-Sul, da Prefeitura de Belo Horizonte, possui três equipes de saúde da família, que atendem à população de 43.997 pessoas (IBGE, 2000). A equipe de saúde da família (ESF) - equipe azul - responsabiliza-se por 569 famílias, no total de 2.213 pessoas cadastradas, (BELO HORIZONTE, 2009) com predominância do sexo feminino (52,46%) (FIG. 1).

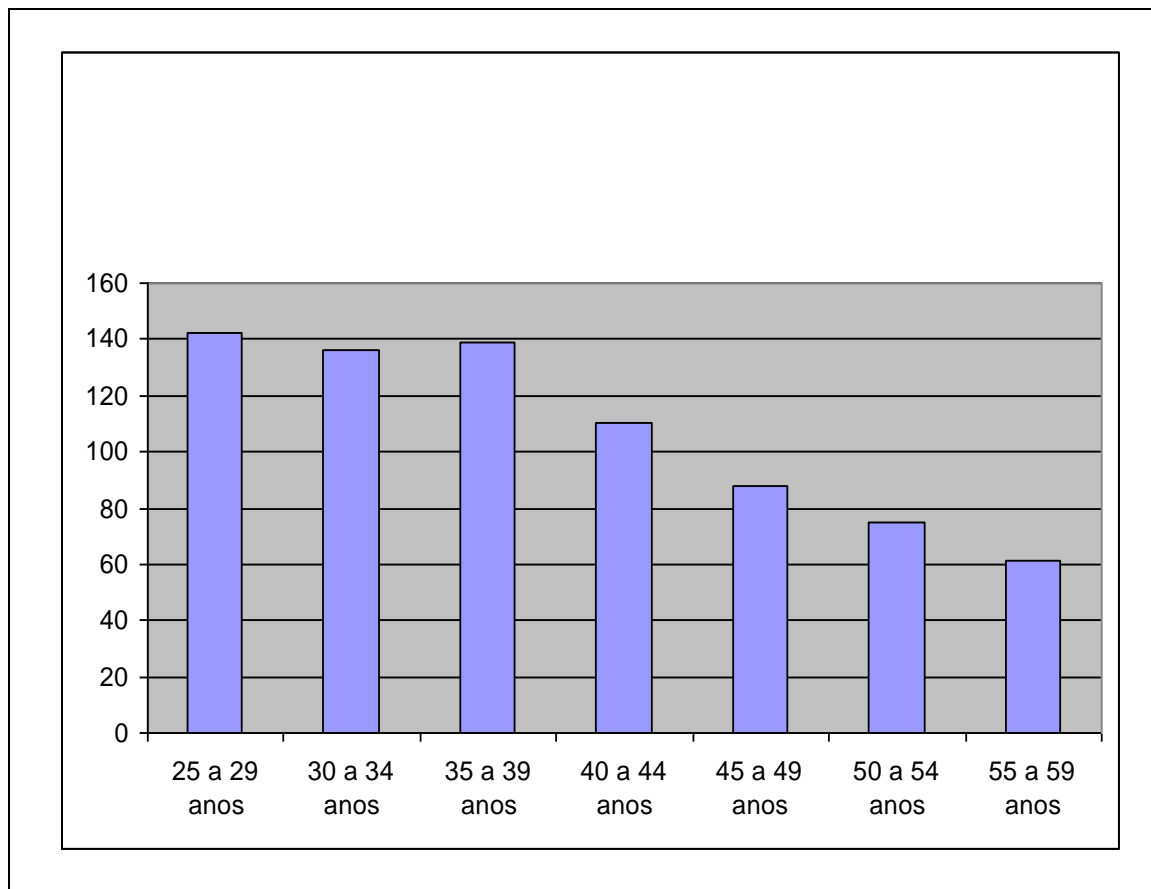
FIGURA 1 - Distribuição da população da área de abrangência da equipe azul, por sexo, segundo risco



Fonte: IBGE (2000).

A faixa etária prevalente da população feminina foi de 20 a 39 anos (FIG. 2). Essa população reside em área de risco médio, elevado e muito elevado, na Vila Marçola, que faz parte do Aglomerado da Serra.

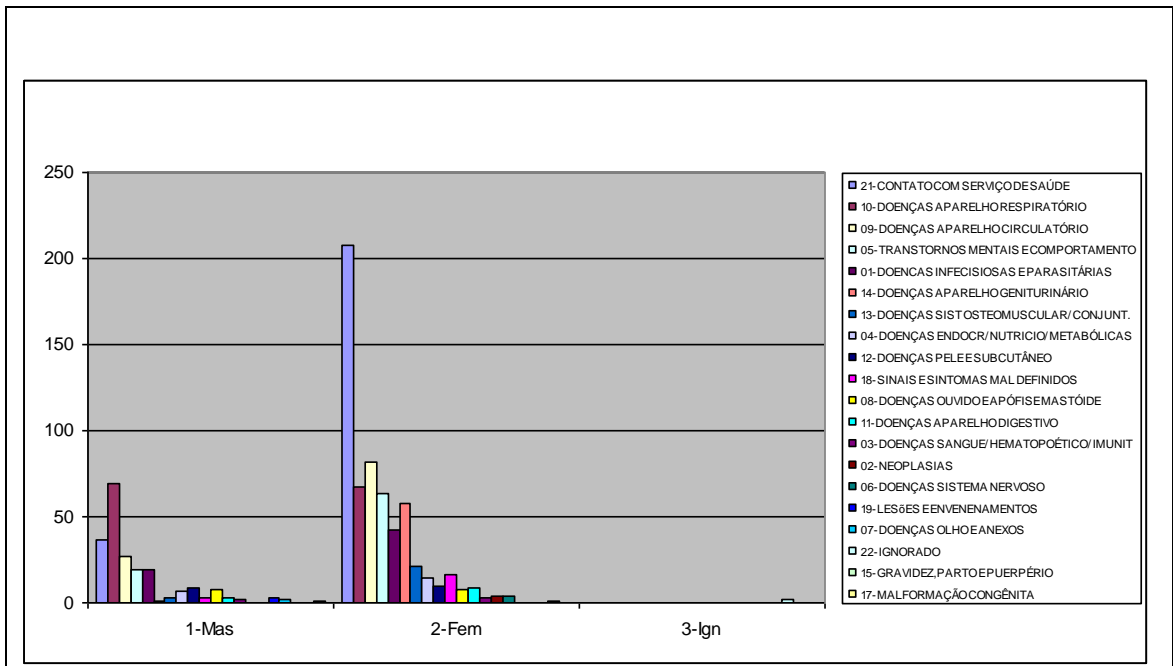
FIGURA 2 - Distribuição da população feminina por faixa etária de 25 a 59, de abrangência da equipe azul



Fonte: IBGE (2000).

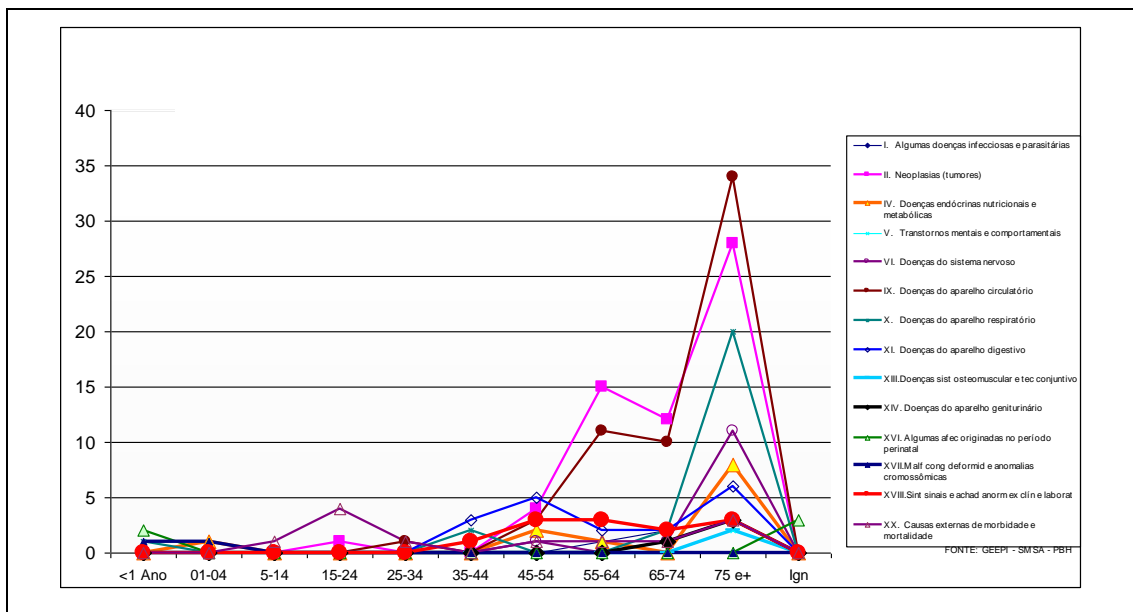
As principais causas de morbimortalidade na área de abrangência do Centro de Saúde Nossa Senhora de Fátima estão distribuídas conforme as FIG. 3 e 4. As doenças crônicas mais prevalentes foram hipertensão e diabetes *mellitus*, com, respectivamente, 208 e 43 pacientes sendo acompanhados pela equipe. As principais causas de mortalidade nessa população foram as doenças dos aparelhos circulatório e respiratório.

FIGURA 3 – Morbidade ambulatorial, por sexo e causas na população do Centro de Saúde Nossa Senhora de Fátima, Belo Horizonte, 1999.



Fonte: Belo Horizonte (1999).

FIGURA 4 – Mortalidade, por faixa etária, segundo causa na população do Centro de Saúde Nossa Senhora de Fátima, Belo Horizonte, 2008.



Fonte: Brasil,2008

A proporção de mulheres com exame preventivo para câncer de colo de útero, na população de responsabilidade da ESF Azul, foi de 40,32% em 2008 e 2009, realizados

segundo protocolo da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), que preconiza uma coleta a cada três anos (BELO HORIZONTE, 2009). Esse indicador se apresentou muito baixo nos anos de 2008 e 2009, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Considerando que o denominador usado estabelece 33% das mulheres entre 25 e 59 anos e que é recomendado um exame a cada três anos após duas citologias anuais consecutivas normais, o esperado é um valor próximo de 100% ou pelo menos superior a 80%, como estimado pelo Ministério da Saúde (INCA, 2006).

Para a realização do diagnóstico situacional, utilizou-se a proposta de Carlos Matus (1989 *apud* CARDOSO; FARIA; SANTOS, 2008), sendo que a equipe azul analisou como problema prioritário a baixa cobertura do exame de prevenção do câncer de colo uterino nas mulheres de 25 a 59 anos.

Como critérios para a escolha desse problema, levaram-se em conta a importância do tema, sua urgência e a capacidade da equipe em enfrentá-lo. Além disso, em várias discussões realizadas em equipe, foram consenso a necessidade de aumento da oferta de vagas nas agendas para coleta do exame citopatológico e a constatação, entre os membros da equipe, de grande demanda reprimida para o exame, uma vez que a equipe passou longo tempo sem médico em 2008.

Outro fator considerado pela equipe é o fato de a enfermeira não realizar a coleta do exame, por não se sentir tecnicamente habilitada. Foi discutida a necessidade de realizar atividades educativas com a finalidade de aumentar a conscientização da população para a importância do exame, bem como tentar diminuir também o absenteísmo nas consultas para coleta do material para avaliação.

De acordo com o Instituto do Câncer (INCA, 2000), que considera a importância do câncer de colo a segunda neoplasia mais incidente nas mulheres brasileiras e comprova a eficácia de 90% do exame preventivo como método de rastreamento do câncer de colo, decidiu-se elaborar um plano de intervenção com o intuito de aumentar a cobertura desse exame nas mulheres da equipe azul.

2 OBJETIVOS

Elaborar um plano de ação para aumentar a cobertura de exames preventivos do colo do útero para as mulheres de 25 a 59 anos da equipe azul do Centro de Saúde Nossa Senhora de Fátima, do município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O câncer do colo uterino é o segundo mais frequente entre as mulheres, com previsão de 500.000 casos novos ao ano no mundo, levando ao óbito cerca de 230.000 mulheres por ano, segundo estimativa do INCA 2009-2011 (BRASIL, 2009). No Brasil, o número de casos novos de câncer de colo para 2010 esperado é de 18.430, com risco estimado de 18 casos a cada 100.000 habitantes (TAB. 1). Ao mesmo tempo, com exceção do câncer de pele, é o câncer que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.

TABELA 1 - Estimativas para o ano 2010, taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária, Brasil

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	49.240	49,27	17.540	74,56
Colo do Útero	18.430	18,47	5.280	22,50
Cólon e Reto	14.800	14,80	5.530	23,54
Traqueia, Brônquio e Pulmão	9.830	9,82	3.130	13,37
Estômago	7.680	7,70	2.340	9,94
Leucemias	4.340	4,33	1.330	5,52
Cavidade Oral	3.790	3,76	1.090	4,48
Pele Melanoma	2.970	2,92	860	3,38
Esôfago	2.740	2,69	660	2,55
Outras Localizações	78.770	78,83	28.510	121,33
Subtotal	192.590	192,74	66.270	282,03
Pele não Melanoma	60.440	60,51	12.800	54,45
Todas as Neoplasias	253.030	253,23	79.070	336,52

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10

Fonte: Brasil (2009).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo é o mais incidente na região Norte (23/100.000). Nas regiões Centro-Oeste (20/100.000) e Nordeste (18/100.000), ocupa a segunda posição mais frequente. E nas regiões Sul (21/100.000) e Sudeste (16/100.000), a terceira posição (TAB. 2 a 6) (BRASIL, 2009).

TABELA 2 - Estimativas para o ano 2010 das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária, região Norte

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	1.350	16,62	800	31,17
Colo do Útero	1.820	22,82	960	37,49
Cólon e Reto	320	4,03	210	8,07
Traqueia, Brônquio e Pulmão	410	5,05	240	9,34
Estômago	440	5,64	260	10,13
Leucemias	250	3,05	140	4,38
Cavidade Oral	150	1,60	100	2,84
Pele Melanoma	80	0,44	60	0,88
Esôfago	80	0,63	50	0,91
Outras Localizações	3.060	38,09	1.750	68,31
Subtotal	7.960	99,07	4.570	178,37
Pele não Melanoma	2.230	27,90	920	35,51
Todas as Neoplasias	10.190	126,76	5.490	214,32

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10

Fonte: Brasil (2009).

TABELA 3 - Estimativas para o ano de 2010 das taxas brutas de incidência por 10 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária, região Centro-Oeste

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	8.270	30,11	3.260	53,14
Colo do Útero	5.050	18,42	1.360	22,38
Cólon e Reto	1.730	6,27	750	12,17
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.570	5,70	600	9,90
Estômago	1.660	5,98	460	7,54
Leucemias	940	3,41	300	4,93
Cavidade Oral	1.070	3,81	240	3,97
Pele Melanoma	270	0,99	120	1,58
Esôfago	490	1,75	200	2,91
Outras Localizações	10.910	39,71	6.250	102,16
Subtotal	31.960	116,34	13.540	221,31
Pele não Melanoma	16.860	61,33	2.710	44,25
Todas as Neoplasias	48.820	177,73	16.250	265,56

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10

Fonte: Brasil (2009).

TABELA 4 - Estimativas para o ano de 2010 das taxas brutas de incidência por 10 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária, Nordeste

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	2.690	37,68	730	51,75
Colo do Útero	1.410	19,85	340	24,17
Cólon e Reto	820	11,40	240	17,35
Traqueia, Brônquio e Pulmão	650	9,01	150	11,22
Estômago	420	6,01	100	7,15
Leucemias	280	3,89	70	5,10
Cavidade Oral	230	3,28	70	4,64
Pele Melanoma	120	1,58	30	2,68
Esôfago	140	2,02	30	1,95
Outras Localizações	3.950	55,31	1.040	73,96
Subtotal	10.710	149,98	2.800	199,14
Pele não Melanoma	4.670	65,51	880	62,27
Todas as Neoplasias	15.380	215,38	3.680	262,06

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10

Fonte: Brasil (2009).

TABELA 5 - Estimativas para o ano de 2010 das taxas brutas de incidência por 10 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária, Sul

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	27.620	64,54	10.850	94,71
Colo do Útero	7.040	16,44	2.180	19,03
Cólon e Reto	8.790	20,55	3.650	31,92
Traqueia, Brônquio e Pulmão	4.860	11,37	1.730	15,07
Estômago	3.750	8,77	1.300	11,34
Leucemias	2.050	4,80	690	5,99
Cavidade Oral	1.780	4,15	570	4,96
Pele Melanoma	1.500	3,52	490	4,18
Esôfago	1.230	2,86	300	2,56
Outras Localizações	45.610	106,57	16.300	142,35
Subtotal	104.230	243,55	38.060	332,39
Pele não Melanoma	24.020	56,15	6.850	59,91
Todas as Neoplasias	128.250	299,69	44.910	392,23

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10

Fonte: Brasil (2009).

TABELA 6 - Estimativas para o ano de 2010 das taxas brutas de incidência por 10 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária, Sudeste

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	9.310	64,30	1.900	96,82
Colo do Útero	3.110	21,47	440	22,37
Cólon e Reto	3.140	21,66	680	34,73
Traqueia, Brônquio e Pulmão	2.340	16,11	410	21,08
Estômago	1.410	9,76	220	11,00
Leucemias	820	5,61	130	6,46
Cavidade Oral	560	3,94	110	5,22
Pele Melanoma	1.000	6,84	160	8,03
Esôfago	800	5,45	80	3,88
Outras Localizações	15.240	105,26	3.170	161,68
Subtotal	37.730	260,60	7.300	372,32
Pele não Melanoma	12.660	87,49	1.440	73,49
Todas as Neoplasias	50.390	347,99	8.740	445,67

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10

Fonte: Brasil (2009).

No ano de 1998, com a publicação da Portaria GM/MS nº 3.040/98, de 21 de junho de 1998 (BRASIL, 1998), o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino (PNCC), elegendo o exame colpocitológico (Papanicolaou) como método único de rastreamento das lesões precursoras e do câncer de colo uterino. Esse programa tem como objetivos a detecção precoce e o tratamento das lesões precursoras do câncer de colo, priorizando o exame colpocitológico para a faixa etária de 25 a 59 anos. Determina, ainda, a periodicidade a cada três anos após dois exames normais consecutivos com intervalo de um ano entre eles, com a finalidade de aumentar a cobertura desse exame para 80% da população (BRASIL, 2008).

A coordenação do Programa foi transferida para o INCA por meio da Portaria GM/MS nº 788/99, de 23 de junho de 1999 (BRASIL, 1999). Foi também nesse ano que se instituiu o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) como componente estratégico no monitoramento e gerenciamento das ações (Portaria nº 408, de 30 de agosto de 1999) (BRASIL, 1999) (INCA, 2011).

Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde (Portaria GM nº 2.439/2006, de 31 de dezembro de 2005) (BRASIL, 2005). A importância da detecção precoce dessas neoplasias foi reafirmada no Pacto pela Saúde, em 2006, por meio da inclusão de indicadores na pactuação de metas com estados e municípios, para a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional (INCA, 2011).

Para Feitosa e Almeida (2007), pode-se considerar que o desempenho do programa é influenciado por três fatores:

- A capacidade de cada município em cumprir com suas metas que foram acordadas a partir da ampliação da cobertura populacional ao exame colpocitológico;
- a capacidade operacional da rede de serviços de saúde na coleta, transporte e interpretação técnica adequada das citologias;
- o nível socioeconômico das mulheres, que interfere na resposta aos chamados de participação no programa.

O Inquérito Domiciliar realizado pelo Ministério da Saúde nos anos 2002 e 2003 mostrou que, para as 16 capitais analisadas, a cobertura estimada do exame de Papanicolaou variou entre 74 e 93% (BRASIL, 2003). Contudo, o percentual desses exames que foram realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) variou entre 33 e 64%, o que pode, em parte, explicar o diagnóstico tardio e a manutenção das taxas de mortalidade, bem como as altas taxas de incidência observadas no Brasil.

No Brasil há poucas estimativas sobre a cobertura das ações de detecção precoce do câncer do colo do útero na população feminina. Por isso, Martins, Thuler e Valente (2005) realizaram revisão sistemática da literatura tendo como objetivo descrever o panorama da cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil, com ênfase na identificação dos seus determinantes. Foram pesquisadas as bases de dados *on-line* Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLINE - 1966 a 2004 (literatura internacional em Ciências da Saúde), acervo da biblioteca da Organização Pan-Americana de Saúde (PAHO) e WHOLIS (sistema de informação da biblioteca da Organização Mundial de Saúde - OMS).

A revisão foi ampliada por meio da busca por referências bibliográficas dos estudos relevantes, solicitação de estudos publicados e não publicados, especialistas e outras fontes. Os autores selecionaram os artigos que preenchiam os seguintes critérios: ser um estudo transversal, ter sido realizado no Brasil, conter informações sobre a cobertura do exame Papanicolaou (alguma vez na vida ou nos últimos três anos) ou sobre seus fatores determinantes.

Nos QUADROS 1 e 2 os autores listam as publicações sobre a cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil. Ressaltaram que há diferenças metodológicas entre os estudos em relação aos seguintes aspectos: representatividade da amostra, faixa etária das mulheres entrevistadas e periodicidade do exame (alguma vez na vida ou nos últimos três anos). Dos 13 estudos, nove utilizaram delineamento transversal de base populacional, baseando-se em amostra aleatória representativa da população, e quatro usaram delineamento transversal a partir de amostra não aleatória. Os resultados obtidos por esses dois grupos de estudo foram apresentados separadamente (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

QUADRO 1 - Estudos transversais baseados em amostras probabilísticas sobre a cobertura do exame de Papanicolaou, Brasil, 1987-2003

Autor, ano da publicação	Localização	Ano	Número de mulheres	Faixa etária (anos)	Cobertura de Papanicolaou na vida	Cobertura de Papanicolaou nos últimos três anos
Nascimento, Eluf-Neto e Rego (1996)	São Paulo-SP	1987	967	15 a 59	68,9	60,8
Dias-da-Costa <i>et al.</i> (1998)	Pelotas-RS	1992	934	20 a 69	-	65,0
Cesar <i>et al.</i> (2003)	Rio Grande-RS	1995	1.302	15 a 49	43,0	-
Dias-da-Costa <i>et al.</i> (2003)	Pelotas-RS	1999/2000	1.122	20 a 69	-	72,2
Pinho <i>et al.</i> (2003)	São Paulo-SP	2000	1.050	15 a 49	86,1	77,3
Quadros <i>et al.</i> (2004)	Pelotas-RS	2002	1.198	25 a 59	78,7	68,8
Brasil (2004)	16 cidades	2002/2003	8.143*	25 a 59	-	73,4 a 92,9
Azwarwald <i>et al.</i> (2004)	Brasil	2003	-	18 a 69	-	66,0
IBGE (2003)	Brasil	2003	-	> 24	79,1	68,7

*Somatório das amostras das 16 cidades.

Fonte: Martins, Thuler e Valente (2005).

QUADRO 2 – Estudos transversais baseados em amostras não probabilísticas sobre a cobertura do exame de Papanicolaou. Brasil, 1998-2002

Autor, ano da publicação	Localização	Ano	Número de mulheres	Faixa etária (anos)	Cobertura de Papanicolaou Na vida	Cobertura de Papanicolaou nos últimos três anos
Pinotti <i>et al.</i> (1990)	São Paulo	1988	3.703	15 a 49	53,1	-
Lopes <i>et al.</i> (1995)	Região Norte	1994	1.478	>= a 16	60,0	-
	Região Nordeste				58,0	-
	Região Sudeste				69,0	-
	Região Sul				62,0	-
	Região Centro-Oeste				60,0	-
IBOPE (2002)	São Paulo	2002	2.300	20 a 69	90,0	-
Paraná (2002)	Paraná	2002	2.007	>= a 16	-	75*

*Nos últimos cinco anos. IBOPE: Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística.

Fonte: Martins, Thuler e Valente (2005).

A partir dessa revisão sistemática, os autores concluíram que são poucos os estudos transversais, principalmente os baseados em amostras probabilísticas, sobre a cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil. A maioria dos estudos encontrados concentra-se nas regiões Sul e Sudeste do país e foi realizada em grandes cidades. Além dessa falta de pesquisas, existe pouca padronização metodológica em relação à amostragem e perfil das mulheres investigadas, o que torna difícil a comparação entre elas (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

Os autores ressaltaram que investigações realizadas com amostras não probabilísticas podem apresentar tendências em seus resultados, além da impossibilidade do cálculo dos erros de amostragem, afirmando que essas diferenças metodológicas podem ter contribuído para a grande variabilidade observada nas coberturas. Entretanto, apesar de todos esses problemas, há tendência a aumento temporal no percentual de mulheres submetidas a pelo

menos um exame de Papanicolaou na vida. E acrescentam que, no Brasil, as altas taxas de mortalidade têm se mantido relativamente estáveis nos últimos anos.

Estudo realizado em 96 centros nacionais de tratamento de câncer mostrou que o percentual de mulheres com doença avançada (estádios III e IV) no momento do diagnóstico vem diminuindo, passando de 51,7% em 1995 para 42,5% em 2002: redução de 18%³² (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005). Em contrapartida, os fatores que levam as mulheres a não se submeterem ao exame de Papanicolaou têm se repetido nos diferentes estudos: mulheres com baixo nível socioeconômico, com baixa escolaridade, com renda familiar baixa e pertencentes às faixas etárias mais jovens. Os autores observaram, também, que a maioria desses estudos trabalhou com um modelo teórico de cunho individual, enfatizando características sociodemográficas e comportamentais, sem levar em consideração outras dimensões importantes associadas à dificuldade de acesso ao exame de Papanicolaou sob um aspecto organizacional ou programático. E concluíram:

Os dados apresentados apontam para desigualdades regionais na cobertura do exame de Papanicolaou na população feminina brasileira e para a necessidade de intervenção junto àqueles fatores a ela associados, priorizando-se atividades de educação para o diagnóstico precoce em pessoas sintomáticas e rastreamento em mulheres assintomáticas, além da garantia de acesso aos métodos de diagnóstico e tratamento adequados (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005, p. 490).

Sabe-se, atualmente, que para o desenvolvimento das lesões intraepiteliais e do câncer de colo do útero e da sua forma invasora, a presença do papilomavírus humano (HPV) é condição necessária, mas não suficiente. Além da permanência do HPV, para a evolução das lesões intraepiteliais para o câncer do colo uterino são necessários outros fatores de risco, como o tabagismo, o início precoce da atividade sexual, multiparidade, uso de anticoncepcionais orais, promiscuidade sexual e associação a outros agentes infecciosos, como o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e *Chlamydia Trachomatis* (INCA, 2000).

Zeferino *et al.* (1998) realizaram estudo observacional-transversal que avaliou 1.177 mulheres com infecção pelo HPV, 1.561 com neoplasia intraepitelial cervical (NIC) e 773 com carcinoma invasor. O objetivo foi estimar a duração e o tempo de evolução do câncer do colo do útero a partir da infecção pelo HPV até as formas invasoras avançadas, tomando como parâmetro a idade média ao diagnóstico. A conclusão foi que as NICs 1 e 2 originam-se diretamente da infecção pelo HPV e a maioria das NICs 2 é lesão transiente. Eles encontraram, também, que a lesão de duração mais longa é o carcinoma *in situ* (CIS)

do colo do útero, com tempo médio do período subclínico da neoplasia do colo uterino sendo de 18,2 anos. Os autores terminam afirmando que esses resultados reforçam o conhecimento de que o controle ginecológico com coleta de exame a cada três, cinco ou até mesmo 10 anos pode reduzir a mortalidade por carcinoma de colo uterino, em razão do longo tempo de evolução dessa neoplasia.

No Brasil, o exame citopatológico (papanicolaou) é o método de rastreamento recomendado pelo Ministério da Saúde para prevenção do câncer de colo do útero prioritariamente na faixa etária de 25 a 59 anos (INCA, 2000).

Em estudo exploratório sobre o custo-efetividade no rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil, Caetano e Caetano (2005) analisaram vários exames, como a citologia convencional (teste de Papanicolaou); a citologia oncótica em meio líquido; a captura híbrida para HPV com coleta por profissional de saúde; o teste de captura híbrida para HPV com autocoleta pela própria paciente; a combinação de citologia convencional e teste de captura híbrida para HPV; e a combinação de citologia em meio líquido e teste de captura híbrida para HPV. Foi utilizado um modelo analítico de decisão para simular os impactos financeiros e em saúde das tecnologias de rastreamento, tendo como unidade final de desfecho os casos detectados de câncer de colo do útero ou lesões precursoras de alta malignidade. Os autores concluíram que o teste de Papanicolaou foi o que apresentou a melhor razão no incremento de custo-efetividade entre todos os exames analisados.

O diagnóstico e o tratamento precoces do câncer do colo uterino constituem uma causa de morte evitável (DEROSSO *et al.*, 2001; FONSECA; RAMACCIOTTI; ELUF NETO, 2004; MENDONÇA *et al.*, 2008).

Mendonça *et al.* (2008), em estudo transversal acerca da mortalidade por câncer de colo do útero, a partir das características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco, constataram que óbitos por câncer do colo uterino são mais frequentes em mulheres na idade adulta. Além disso, foi salientada no referido estudo a prevalência em mulheres negras, solteiras, do lar, moradoras de bairros periféricos e menos abastados. Perceberam-se as diferenças no risco de morte entre as faixas etárias e o local de residência a partir de tal trabalho. Os autores citaram revisão sistemática sobre o tema, que mostrou que a não realização do exame citológico no Brasil associa-se à baixa

escolaridade, ao baixo nível socioeconômico, à baixa renda familiar, à vivência sem companheiro, à cor parda, ao uso de contraceptivo oral, à ausência de problemas ginecológicos, à vergonha ou ao medo em relação ao exame, ao fato de não ter realizado consulta médica no ano anterior à pesquisa, à dificuldade de acesso à assistência médica, à ausência de solicitação médica e à não realização do autoexame das mamas no ano que antecedeu a pesquisa (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

Zeferino (2008, s.p.) afirma que:

O eficiente controle do câncer do colo uterino está diretamente relacionado com a qualidade do sistema de saúde, que além de identificar as mulheres que precisam fazer controles, deveria oferecer: qualidade para garantir diagnóstico correto e realizar tratamento preciso; acesso fácil e ágil aos serviços; flexibilidade para marcar e remarcar consultas; rapidez no atendimento.

Em estudo transversal para estimar a prevalência de HPV e avaliar os fatores associados em mulheres de 25 a 59 anos assistidas pela Estratégia Saúde da Família e residentes na Baixada Fluminense - Rio de Janeiro, no período de dezembro de 2001 a julho de 2002, Girianelli, Thuler e Silva (2010) encontraram baixa prevalência de HPV. Avaliam que isso pode ter ocorrido por se tratar de uma amostra populacional. Encontraram, também, que apenas os fatores relacionados ao comportamento sexual mostraram-se associados à infecção pelo HPV, porém a influência do tabagismo nesse processo ainda precisa ser mais bem-avaliada e compreendida, sugerindo que novos estudos precisam ser realizados.

Foi encontrada frequência aumentada de lesões precursoras do câncer de colo em adolescentes e mulheres jovens (de 25 a 59 anos) no município de Rio Branco, Acre. Esse estudo transversal de Leal *et al.* (2003) referiu que essa frequência estava aumentada fora do esperado, associada à exposição precoce aos fatores de risco e consequente antecipação do desenvolvimento do câncer de colo uterino nessas mulheres.

Com o objetivo de analisar as ações programáticas visando ao combate do câncer de colo no estado do Amazonas, de 2001 a 2005, Corrêa e Villela (2008) reportaram que não houve aumento na cobertura, apesar de melhoria na qualidade das lâminas, e que não houve impacto em diminuir a mortalidade por esse câncer no referido estado. Foi sugerido, então, aumento por parte dos gestores nos programas de capacitação profissional e ações para aumentar a captação de mulheres na faixa etária de mais alto risco.

Pinho e França-Júnior (2003), na tentativa de criar um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do exame de Papanicolaou, propuseram uma nova forma de abordagem aos fatores relacionados à cobertura, buscando avaliar outros fatores de cunho social, cultural e organizacional no acesso e realização dos exames. Acreditam que, para o êxito nas ações de rastreamento do câncer de colo, são necessárias políticas públicas visando diminuir a vulnerabilidade individual, programático-organizacional e social a que as mulheres estão submetidas.

Pesquisa exploratória e descritiva foi realizada por Oliveira, Pinto e Coimbra (2007), com abordagem qualitativa dos dados de coleta de 14 exames citopatológicos (papanicolaou) realizados em quatro Unidades de Saúde da Família em dezembro de 2002. A conclusão foi que a abordagem humanizada com responsabilização profissional-equipe favorece o cuidado integral, fortalecendo o vínculo das usuárias com o serviço de saúde e a promoção à saúde.

Avaliando os métodos empregados no PNCC do Ministério da Saúde (Brasil, 1998), Neto *et al.* (2001) acompanharam a coleta de exame preventivo de Papanicolaou em mulheres de 35 a 49 anos do município de Navaraí-MS em Unidades Básicas de Saúde. As pacientes com exame alterado foram encaminhadas para colposcopia e biópsia dirigida. A escolha da citologia oncótica como método único de rastreamento no PNCC permitiu elevados índices de falso-negativos (27,3%) e de falso-positivos (12,5%). No rastreamento de neoplasias cervicais, a colposcopia mostrou-se procedimento importante e indispensável para nortear as condutas terapêuticas a serem adotadas.

Estudo teórico descritivo realizado por Cruz e Loureiro (2008) usou como fonte principal de informações dados do Ministério da Saúde e do INCA e como fonte de apoio livros, artigos científicos, periódicos e dissertações que abordam a influência dos aspectos socioculturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. Apesar de todo o empenho do Ministério da Saúde e dos profissionais em alcançar as mulheres, pôde-se considerar que a abordagem de comunicação para com as mulheres almejadas pelos programas de prevenção ainda se mostra deficiente.

A dissertação de mestrado de Mauad (2001) avaliou o programa de prevenção do câncer de colo do útero do município de Jaú. Após utilizar análise estatística aplicando o teste do Qui-quadrado, observou relação positiva entre os exames alterados e os principais fatores de risco: coitarca, número de parceiros e tabagismo. Concluiu, então, que o referido programa daquele município foi eficaz nos moldes em que foi proposto, mas, para atingir a meta preconizada pela OMS, novos esforços deverão ser envidados, principalmente com intensificação da busca ativa e da divulgação do programa.

Foram entrevistadas 14 mulheres no município de Ribeirão Preto, por meio de pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva feita por Oliveira e Pinto (2007). Foi utilizada para coleta de dados a entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi dividida em três temas: o olhar da mulher sobre o processo saúde-doença; a mulher e a prevenção do câncer do colo do útero; e as práticas de prevenção do câncer do colo do útero nos núcleos de saúde da família. A maioria das mulheres entrevistadas apresenta um conceito holístico de saúde, tendo conhecimento popular bem elaborado do conceito de prevenção. Ainda se sugeriu que as práticas de educação em saúde precisam ser reforçadas com a participação de toda a equipe de saúde. As Unidades de Saúde da Família têm potencialidades para qualificar a prática da prevenção do câncer de colo do útero e promover mais integralidade das ações em saúde, empregando o conhecimento da atenção primária em saúde.

A prevalência, qualidade e desempenho das colpocitologias na prevenção do câncer de colo do útero foram analisados em estudo retrospectivo dos dados do SIS-Colo do Ministério da Saúde, no município de Maringá, Paraná. As 17.664 colpocitologias coletadas no ano de 2005 foram investigadas por Uschimura *et al.* (2009), que encontraram que a prevalência das alterações colpocitológicas abaixo dos índices esperados e a cobertura populacional insuficiente de colpocitologia comprometem o desempenho da prevenção de câncer de colo uterino. A população de baixa condição socioeconômica requer atenção especial e a população mais abastada deve ser orientada quanto à recomendada periodicidade do exame e quanto à faixa etária de mais alto risco.

Silva, Franco e Marques (2005) realizaram estudo com o objetivo de avaliar o conhecimento de 294 mulheres - funcionárias de hospital, escolas e professoras com idades entre 20 e 57 anos - sobre o câncer de colo do útero de mama, por meio de teste objetivo e

questionário no município de São Carlos, São Paulo. Embora 89,11% delas tenham procurado adotar condutas preventivas, as mulheres avaliadas tinham dúvidas sobre a forma de incidência e de prevenção desses cânceres. Identificam-se a viabilidade e a aplicabilidade do instrumento (teste objetivo) como recurso técnico para planejamento de intervenções que ampliem o conhecimento sobre a doença e mudem a atitude da população na prevenção e detecção precoce do câncer de mama e colo do útero no âmbito da saúde pública.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do diagnóstico situacional utilizaram-se informações dos cadernos dos agentes comunitários, dados encontrados em caderno de registro de coleta de citologia oncológica do centro de saúde, bancos de dados como o POTE (servidor central da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte – SMS/PBH que armazena os dados dos prontuários eletrônicos e do cadastro BH-Vida), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Intranet e saúde em rede da Prefeitura de Belo Horizonte, no período de 2008 e 2009. Foram realizadas várias discussões em reuniões de equipe para priorização do problema detectado como prioritário e consequente elaboração do plano de ação. Foi realizada também revisão na literatura tendo como base os bancos de dados do LILACS e Scielo, série histórica de 1990 a 2011. usando como descritores as palavras câncer do colo, exame preventivo do colo do útero e saúde da família.

De acordo com Cardoso, Faria e Santos (2008), uma maneira de selecionar os problemas, ou seja, de priorizar quais deverão ser enfrentados primeiramente, é a construção de uma planilha em que os problemas identificados são analisados e selecionados quanto à prioridade. Os critérios adotados pelos autores supra mencionados são a atribuição do valor “alto, médio ou baixo” para a quantificar a relevância do problema; a definição da solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto; e a numeração dos problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios de seleção.

Segundo protocolo da SMSA de Belo Horizonte, para identificar o indicador de cobertura do exame preventivo, adota-se como numerador a quantidade de mulheres de 25 a 59 anos, residentes na área, atendidas em qualquer protocolo pelo médico generalista e/ou ginecologista e/ou enfermeiro, que realizaram coleta de material para exames citopatológicos do colo do útero (papanicolaou), registradas no Sistema de Saúde em Rede (SISREDE) e com a requisição do exame preenchida no sistema e confirmada no módulo

coleta. No denominador usam-se 33% do número total de mulheres de 25 a 59 anos na área e período considerados, com base no Censo BH-Social.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Nº de mulheres com solicitação de exames citopatológico, na faixa etária de 25 a 59 anos} * 100}{\text{População esperada (33\% da população feminina 25 a 59 anos)}}$$

O protocolo da SMSA preconiza uma coleta a cada três anos, após duas citologias anuais consecutivas negativas. Por isto, consideram-se 33% a proporção estimada da população feminina residente na faixa etária de 25 a 59 anos.

Considerando que o denominador usado já estabelece 33% das mulheres entre 25 e 59 anos, já que é estipulado um exame a cada três anos após duas citologias anuais consecutivas normais, o esperado seria um valor próximo de 100% ou pelo menos superior a 80% como preconizado pelo Ministério da Saúde.

Segundo a SMSA (BELO HORIZONTE, 2009), esse indicador contribui para o diagnóstico e monitoramento do estado de saúde das mulheres e da atenção primária em saúde em determinada área e período que intervêm no manejo da ocorrência de situações de risco na população. Contribui também para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação das políticas públicas e ações voltadas para a promoção da saúde da mulher. Além disso, auxilia na identificação de variações temporais e por área de cobertura adequada da assistência à mulher, como também identifica situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Segundo o Ministério da Saúde (INCA, 2006), quando o rastreamento apresenta boa cobertura (superior a 80%) e é realizado de acordo com os padrões de qualidade preconizados, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade pelo câncer de colo do útero.

5 RESULTADOS

Para melhor descrever o problema priorizado, a equipe azul utilizou o indicador da Prefeitura de Belo Horizonte, por intermédio do SISREDE, que calcula a cobertura de exames realizados em mulheres de 25 a 59 anos, na área de abrangência da equipe nos anos de 2008 e 2009. Esse indicador apresentava-se muito baixo, idêntico e com valores de 40,32% em 2008 e 2009. Para selecionar os problemas, a equipe azul em várias reuniões e discussões, construiu o quadro a seguir para estabelecer o problema prioritário referente a baixa cobertura do exame citológico do colo do útero, apresentados no quadro a seguir:

QUADRO 3 - Comunidade da Vila Marçola - equipe azul - priorização dos problemas

Principais Problemas	Importância	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa cobertura de citologia oncótica do colo do útero	Alta	Parcial	1
Território em mudança constante com população flutuante pela implantação do projeto vila viva	Alta	Parcial	2
Desemprego	Alta	Fora	3
Violência	Alta	Parcial	4

A equipe azul considerou a observação comum entre seus membros da demanda reprimida pela coleta do exame preventivo do colo do útero, seja pela queixa frequente das usuárias que não conseguem agendá-lo e também pela agenda sem vagas do médico generalista e do ginecologista. A equipe ponderou que esse fato, em parte, pode ser explicado pela falta de médico na equipe por vários meses em 2008. Outro descritor do problema é a dificuldade técnica da enfermeira da equipe em realizar o exame preventivo do colo do útero, sendo ele realizado somente pelo médico da equipe. Outro ponto discutido foi a observação de que,

apesar de toda dificuldade no agendamento, ainda havia absenteísmo às consultas para coleta, que também deveria ser considerado.

Buscando então realizar uma explicação situacional para o problema da baixa cobertura do exame citológico do colo do útero, a equipe sintetizou o seguinte:

- A estrutura do serviço de saúde e do processo de trabalho na equipe interferindo no uso dos protocolos da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) e do Ministério da Saúde, na estrutura do serviço de saúde e do processo de trabalho, capacitação profissional e no apoio diagnóstico visando melhorar a coleta do exame citológico do colo do útero, podendo, em consequência, melhorar o indicador de cobertura e diminuir as mortes por esse câncer.
- Ambiente político, cultural e socioeconômico da área adscrita à equipe, levando a hábitos e estilo de vida e nível de informação das usuárias da equipe, como, por exemplo, o tabagismo, a falta de informação sobre o exame e sua importância, a falta do autocuidado em saúde, a promiscuidade sexual, o início precoce da atividade sexual, multiparidade, uso de anticoncepcionais orais e coinfeções genitais. Todos são fatores associados ao desenvolvimento do câncer invasor do colo em pacientes previamente infectadas pelo HPV.
- Modelo de desenvolvimento econômico e social do país, determinando as políticas públicas e o modelo assistencial que interferem diretamente tanto na estrutura do serviço de saúde e do processo de trabalho quanto no ambiente político, cultural e socioeconômico da área adscrita.

Todos esses determinantes, tanto os gerais como os mais imediatos, estão interligados e se constituem nas causas do nosso problema a ser enfrentado. Entre essas causas, foram selecionados como "nós críticos", ou seja, que se forem atacadas efetivamente irão impactar o problema, o nível de informação, a estrutura do serviço de saúde oferecido e o processo de trabalho na equipe.

A partir dos "nós críticos" identificados, a equipe discutiu as ações voltadas para solucioná-los, levando em conta os recursos necessários e disponíveis e analisando a viabilidade desse plano operativo.

Analisar a viabilidade do plano consiste em avaliar qual ator irá controlar cada recurso, analisando seu posicionamento em relação ao problema e sua motivação quanto ao plano. A motivação dos atores envolvidos pode ser transformada a partir de ações que busquem mobilizar, convencer e até mesmo pressionar certos atores para melhorar a viabilidade do plano.

A equipe azul, com todos os seus membros motivados favoravelmente, construiu, então, um plano operativo estabelecendo os responsáveis por cada ação a ser desenvolvida, além de estabelecer prazos para o cumprimento das ações. Foi pactuado em equipe um compromisso de aumentar a cobertura do exame preventivo do colo do útero para próximo de 80% ao ano, nos próximos 3 anos.

5.1 PLANO OPERATIVO

QUADRO 4 - Plano operativo da equipe 3 (azul) para enfrentamento da baixa cobertura do exame citopatológico do colo do útero - papanicolaou

Operações	Resultados esperados	Produtos	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
Viva Mulher	Aumento da cobertura do exame preventivo do colo do útero para próximo de 80% ao ano, nos próximos 3 anos	Cobertura adequada da população feminina entre 25 e 59 anos de idade	Aumento da oferta de exames (demanda espontânea), um período por semana na agenda do médico e do enfermeiro da equipe	Cristiane (Médica) e Carla(Enfermeira)	Início: 1 mês Término: 1 ano com reavaliações a cada 3 meses.
Capacitação da Enfermeira	Capacitação da enfermeira da equipe para coleta do exame	Aumento da capacidade produtiva (realização de exames)	Formação/capacitação técnica da enfermeira	Cristiane (Médica)	Início: imediato Término: 3 meses
Educação para Todos	Aumento da informação da população e aumento da adesão/cobertura visando atingir 100% da população-alvo e aumentar o	Avaliação do nível de informação da comunidade	Palestras e distribuição de material (folhetos) educativo para a comunidade	Esmeralda e Celina (Técnicas de enfermagem)	Início imediato término em 3 anos com reavaliações a cada 3 meses

	conhecimento da população sobre o tema				
Saber mais Mulher	Aumento da demanda a partir de diminuição do absenteísmo às consultas		Formação de multiplicadores (ACS) para busca ativa da população Criação de um grupo operativo com mulheres para discussões e aprendizado coletivo	Carla (enfermeira)	Início: imediato Término: 3 anos

A equipe azul está na fase de início de implementação do plano operativo, mas está pensando na gestão deste processo, sabendo que, para o êxito das ações, não basta apenas um plano operativo bem estruturado, sendo fundamental um bom sistema de gestão. As próximas reuniões da equipe estarão voltadas para a criação do sistema de gestão do plano operativo, pois é bem reconhecido que para o sucesso de qualquer plano operativo é imprescindível um bom sistema de gestão.

5.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

É importante ressaltar as limitações deste indicador:

- A falta do registro do procedimento realizado pelo profissional de saúde na palheta de procedimentos dos protocolos do sistema saúde em rede implica a redução dos valores expressos pelo indicador.
- Não são contabilizadas na área da equipe de saúde da família as mulheres que realizam o exame citopatológico em serviços fora da rede municipal de saúde.
- As mulheres atendidas são contabilizadas no indicador da ESF responsável pela sua área de moradia.
- Os dados cadastrais de endereço da família estão desatualizados no Censo BH-Social.
- A falta do registro do procedimento realizado pelo profissional de saúde na palheta de procedimentos dos protocolos do sistema saúde em rede implica a redução dos valores expressos pelo indicador.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise da literatura revisada, ficou claro que a mortalidade por câncer de colo do útero continua sendo um grande desafio a ser enfrentado no Brasil. O aumento da cobertura do exame preventivo do câncer de colo uterino deve ser meta de todo serviço de saúde, principalmente dos serviços de atenção primária.

Na prevenção e controle do câncer do colo do útero, muitas ações são executadas nesse nível de atenção, desde aquelas voltadas para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), até as dirigidas para a detecção precoce do câncer: informação e esclarecimento da população sobre o rastreamento, identificação da população feminina na faixa etária prioritária, identificação de mulheres com risco aumentado, convocação para exame, realização da coleta da citologia, identificação de faltosas e reconvocação, recebimento dos laudos, identificação das mulheres com resultados positivos no rastreamento para vigilância do caso, orientação e encaminhamento das mulheres para unidade secundária, avaliação da cobertura de citologia na área, avaliação da qualidade da coleta e supervisão dos técnicos para coleta, planejamento e execução de ações, na área sob responsabilidade sanitária da equipe, voltadas para a melhoria na cobertura do exame.

A equipe é também responsável pela vigilância dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento, identificação de falhas no acesso e fechamento dos casos. Pode também proporcionar diferentes modalidades de suporte para as mulheres em tratamento curativo ou paliativo, no sentido de efetivar as ações de promoção e prevenção à saúde.

A elaboração do diagnóstico situacional, identificando e priorizando os problemas, é essencial para a construção do plano de ação de forma sistematizada e, por isso, com mais chances de êxito.

A equipe azul tornou-se muita mais motivada e coesa após a realização de um diagnóstico situacional com a participação de todos. Foi fundamental para o crescimento da equipe e para aumentar o senso comum de responsabilidade individual e coletivo na equipe. Após várias reuniões e discussões, a equipe construiu de forma participativa um plano operativo com muita motivação de todos, uma vez que o problema priorizado foi também escolhido de forma pactuada com a participação efetiva de todos os seus membros.

REFERÊNCIAS

BELO Horizonte. Prefeitura de Belo Horizonte. 1999. **Banco de dados do Tabnet**. Disponível em: www.portalpbh.pbh.gov.br. Acessado em: 24 de novembro e 01 de dezembro de 2009.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Disponível em: <http://pote.pbh/indicadores>. Acessado em: 25 de novembro e 03 dezembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010**: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**. Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em: http://www.inca.gov.br/publicacoes/publicacao_inquerito22_06.pdf. Acessado em: 06 de julho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.040/98**, de 21 de junho de 1998. Instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino (PNCC). Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Coordenação de prevenção e vigilância. **Estimativa 2008**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acessado em: 06 de julho de 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)**. Brasília, 2008.

CAETANO, C.; CAETANO, C.M.M. **Custo-efetividade no rastreamento do câncer cérvico-uterino no Brasil**: um estudo exploratório. Equipe técnica do Ministério da Saúde. Brasília, 2005.

CARDOSO, F.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Módulo planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon, 2008, p. 51.

CÔRREA, D.A.D.; VILLELA, W.V. O controle do câncer do colo do útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 8, n. 4, p. 491-497, 2008.

CRUZ, L.M.B.; LOUREIRO, R.P.A. Comunicação na abordagem preventiva do câncer de colo do útero: importância das influências históricos-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde Soc São Paulo**, v. 17, n. 2, p. 120-131, 2008.

DEROSSI, S.A. *et al.* Evolução da mortalidade e anos potenciais de vida perdidos por câncer cérvico-uterino em Salvador (BA), 1979-1997. **Rev Bras Cancerol**, v. 47, n. 2, p. 163-70, 2001.

FEITOSA, T.M.P.; ALMEIDA R.T. Perfil de produção do exame citopatológico para controle do câncer do colo do útero em Minas Gerais, Brasil, em 2002. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 907-17, 2007.

FONSECA, L.A.M.; RAMACCIOTTI, A.S.; ELUF NETO, J. Tendência da mortalidade por câncer do útero no município de São Paulo, entre 1980 e 1999. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 136-42, 2004.

GIRIANELLI, V.R.; THULLER, L.C.S.; SILVA, G.A. Prevalência de HPV em mulheres assistidas pela Estratégia Saúde da Família na Baixa Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.32, n. 1, p. 39-46, 2010.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acessado em: 10 de dezembro de 2009.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica>. Acessado em: 16 de agosto de 2011.

IBOPE. INSTITUTO BRASILEIRO DE OPINIÃO PÚBLICA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de opinião pública com a população feminina em relação aos exames preventivos para câncer ginecológico**. Sumário analítico. São Paulo, 2002.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Condutas do INCA/MS/INCA/MS. Câncer do colo do útero. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 46, n. 4, p. 351-54, 2000.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero**. Ministério da Saúde, INCA, Rio de Janeiro, 2011.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas**. Recomendações para profissionais de saúde, 2006.

LEAL, E.A.S. *et al.* Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do município de Rio Branco-Acre. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 3, n. 25(2), p. 81-86, 2003.

LOPES, E.R. *et al.* Comportamento da população feminina brasileira em relação ao câncer cérvico-uterino. **J Bras Ginecol**, v. 105, n. 11/12, p. 505-15, 1995.

MARTINS, L.F.L.; THULER, L.C.S.; VALENTE, J.G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n. 8, p. 485-92, 2005.

MAUAD, L.M.Q. Estudo do Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero no Município de Jaú-SP. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, 2001. Print version ISSN 0100-7203. doi: 10.1590/S0100-72032001000900011

MENDONÇA, V.G. *et al.* Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 30, n. 5, p. 248-55, 2008.

OLIVEIRA, M.M.; PINTO, I.; COIMBRA, V.C.C. Potencialidades no atendimento integral: a prevenção do câncer de colo do útero na concepção de usuárias da estratégia saúde da família. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 426-430, 2007.

OLIVEIRA, M.M.; PINTO, I.C. 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 Matern Infant**, Recife, v. 7, n. 1, p. 31-38, jan. / mar., 2007.

PARANÁ. Governo do estado do Paraná. Secretaria de Estado de Saúde. Instituto de Saúde. **Câncer cérvico uterino**. Sumário analítico. Curitiba; 2002.

PINHO, A.A. *et al.* Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no município de São Paulo. **Cad Saúde Pública**, v. 19, Supl. 2, p. 303-13, 2003.

PINHO, A.A.; FRANÇA-JUNIOR, I.F. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e utilização do Teste de Papanicolaou. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 3, n. 1, p. 95-112, 2003.

PINOTTI, J.A., *et al.* Avaliação da assistência ginecológica no estado de São Paulo. **Rev Ginecol Obstet**, v. 1, n. 1, p. 7-21, 1990.

QUADROS, C.A.T.; VICTORA, C.G.; DIAS-DA-COSTA, J.S. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 16, n. 4, p. 223-32, 2004.

NETO, A.R. *et al.* Avaliação dos métodos empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino do Ministério da Saúde. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 23, n. 4, p. 209-216, 2001.

SILVA, N.C.B.; FRANCO, M.A.P.F.; MARQUES, S.L. Conhecimento de mulheres sobre câncer de mama e de colo do útero. **Paidéia**, v. 15, n. 32, p. 409-416, 2005.

UCHIMURA, N.S. *et al.* Qualidade e desempenho das colpocitologias na prevenção de câncer de colo uterino. **Rev Assoc Med Brás**, v. 55, n. 5, p. 569-74, 2009.

ZEFERINO, L.C. *et al.* Duração da neoplasia intraepitelial e do carcinoma invasor do colo uterino: estudo epidemiológico. **RBGO**, v. 20, n. 10, p. 565-569, 1998.

ZEFERINO, L.C. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, May 2008. Print version ISSN 0100-7203. doi: 10.1590/S0100-72032008000500001.