



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



Kelvya Fernanda Almeida Lago Lopes

**DESVELANDO SABERES E PRÁTICAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO**

São Luís
2016

Kelvya Fernanda Almeida Lago Lopes

**DESVELANDO SABERES E PRÁTICAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, sob a modalidade profissional.

Orientador: Profa. Dra. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde.

São Luís
2016

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Lopes, Kelya Fernanda Almeida Lago.
DESVELANDO SABERES E PRÁTICAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO /
Kelya Fernanda Almeida Lago Lopes. - 2016.
101 f.

Orientador(a): Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim.
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs,
Universidade Federal do Maranhão, SÃO LUÍS, 2016.

1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Atenção Primária à
Saúde. 3. Câncer de Colo do Útero. 4. Saúde da Mulher.
I. Rolim, Isaura Letícia Tavares Palmeira. II. Título.

Kelvya Fernanda Almeida Lago Lopes

DESVELANDO SABERES E PRÁTICAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, sob a modalidade profissional.

Área de Concentração: Saúde da Família
Linha de Pesquisa: Educação em Saúde

Data de aprovação: 20 / 09 / 2016.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim
Presidente/Orientadora - Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Emília Soares Chaves Rouberte
Primeira Examinadora - Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Profa. Dra. Lena Maria Barros Fonseca
Segunda Examinadora - Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Rosangela Fernandes Lucena Batista
Suplente - Universidade Federal do Maranhão

Para Francisco Fernando Pereira Lopes e Elvia Maria Almeida Lago Lopes, meus amados pais, que sempre se esforçaram e se dedicaram a mim: obrigada pela formação humana e por tanto amor!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas obras divinas realizadas diariamente em minha vida, toda honra e toda glória a ti, meu Pai!

Aos meus pais, Francisco Fernando Pereira Lopes e Elvia Maria Almeida Lago Lopes, pelo amor e companheirismo desde sempre. Minha gratidão e respeito! Amo-os, sem limites!

À minha madrinha amada, Maria de Nazaré Almeida Lago Pinto, pelas orações, pelos incentivos e pelas motivações, acreditando sempre em minha capacidade!

Ao mestrado profissional da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), nucleadora Universidade Federal do Maranhão (UFMA), instituição que viabilizou todo esse processo de formação e titulação tão almejada.

À professora Liberata Campos Coimbra, coordenadora do curso, por toda amorosidade dedicada a nós, mestrandos.

À minha orientadora, professora Doutora Isaura Letícia Palmeira Rolim, por todo o suporte humano e profissional, sempre me motivando para a concretização dessa dissertação!

Ao corpo docente da RENASF/UFMA por todo conhecimento compartilhado.

Aos professores que compuseram a banca examinadora, que gentilmente aceitaram avaliar esse estudo.

Aos agentes comunitários de saúde das Equipes de Saúde da Família Campo de Belém e Caxirimbú, pela disponibilidade em participar da pesquisa.

À coordenadora de atenção primária à saúde de Caxias/MA, Aurilívia Caroline Lima Barros, por permitir a realização do estudo.

Aos professores e amigos, Eliel dos Santos Pereira e Raimundo Calixto Martins Rodrigues, pela amizade e compreensão sempre.

Ao amigo e diretor do curso de enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), José de Ribamar Ross, pela amizade e pelo entusiasmo a mim dispensadas.

Ao meu namorado, Reginaldo Torres Pereira Junior, pela dedicação, pelo respeito, pelo amor e pelo companheirismo.

Às minhas amigas, Cinthia Valéria Oliveira Medeiros, pela acolhida em São Luís; Natália Pereira Marinelli e Josiane da Rocha Silva Ferraz, pela motivação.

Aos queridos amigos e colegas do mestrado, pela convivência prazerosa e pelos momentos de aprendizado e reflexão compartilhados, que foram muito além do curso e se estenderam para a vida. Especialmente às queridas Ana Magda Magnani, Elenice Jardim Lopes, Daniela Malagoni Fagundes, Rachel de Jesus Pimentel Araújo, Daniele Luce Almeida Oliveira e Edeane Rodrigues Cunha.

Às colaboradoras Elide Karine Pereira da Silva, Raimunda Thays Cardoso dos Santos e Rivane Sousa da Silva, pelo empenho em ajudar efetivamente na coleta de dados para a pesquisa.

Meu muito obrigada a todos!

*Mas os que esperam no Senhor renovam
as suas forças, sobem com asas como
águias, correm e não se cansam,
caminham e não se fatigam.*

Isaías 40.31

RESUMO

A atuação do agente comunitário de saúde, profissional que compõe a Estratégia Saúde da Família, favorece a transformação de situações-problema que afetam a qualidade de vida da comunidade. Nesse sentido, focalizando nos altos índices de morbimortalidade por câncer de colo do útero e correlacionando-os às medidas de prevenção que lhe são necessárias, considera-se que a atuação adequada deste profissional pressupõe o sucesso da educação em saúde a favor da prevenção do câncer cervical. Os objetivos dessa pesquisa foram: analisar saberes e práticas dos ACS sobre a prevenção do câncer de colo uterino; promover a reflexão crítica dos ACS sobre as ações para a prevenção do câncer de colo do útero; identificar, a partir dos ACS, as estratégias que possam melhorar a adesão das mulheres às medidas de prevenção do câncer de colo do útero. O suporte metodológico utilizado ancorou-se na pesquisa convergente assistencial, mediada pela abordagem qualitativa. Realizaram-se entrevistas individuais, observação participante e utilizou-se um diário de campo para os encontros da roda de conversa e oficina temática versando sobre a temática em tela. Participaram do estudo 13 agentes comunitários de saúde na etapa de entrevista e sete nos demais encontros. A fase de análise baseou-se na proposta de análise de conteúdo de Bardin, com a categorização dos resultados das entrevistas, nas observações dos pesquisadores e pelo IRAMUTEQ®, um programa que realiza diagnósticos quantitativos de dados textuais. Os resultados apontaram que os saberes dos participantes sobre câncer de colo uterino apresentaram diversidades, envolvendo o saber com embasamento científico e o saber empírico, desvelando que o conhecimento e as práticas deles sobre o câncer do colo uterino indicaram lacunas e fragmentos. Diante desses resultados, torna-se importante pontuar que as estratégias para prevenção desse tipo de câncer devem ser planejadas desde os seus aspectos organizacionais, envolvendo a gestão, a equipe e as usuárias, havendo necessidade de educação permanente dos profissionais onde todos ensinam e todos aprendem pelo compartilhamento de saberes, sempre em busca da reparação e das melhoras para o atendimento assistencial à mulher.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Agente Comunitário de Saúde. Saúde da Mulher. Câncer de Colo do Útero.

ABSTRACT

The performance of the community health worker, professional composing the Family Health Strategy, favors the transformation of problem situations that affect the quality of life of comunidade. In this sense, focusing on the high rates of mortality from cervical cancer and correlating them to prevention measures that are necessary, it is considered that the proper performance of this professional, assumes the success of health education for the prevention of cervical cancer. The objectives of this study were to assess knowledge and practices of community health agents on the prevention of cervical cancer; promote critical reflection on the actions to prevent cervical cancer; identify, from the agents, the strategies to improve adherence of women to prevention of cervical cancer. The methodological support used was anchored in the convergent analysis, mediated by qualitative approach. There were individual interviews, participant observation and the use of a diary for the conversation meetings and thematic workshop dealing on the subject discussed. The study included 13 community health workers in the interview stage and seven in other meetings. The analysis phase was based on the proposal of Bardin content analysis, with the categorization of the interviews' results, the observations of the researchers and the IRAMUTEQ®, a program that performs quantitative diagnosis of textual data. The results showed that the knowledge of participants on cervical cancer showed diversity, involving knowledge with scientific evidence and empirical knowledge, revealing that knowledge and their practices on cervical cancer indicated gaps and fragments. Considering these results it is important to point out that strategies for the prevention this type of cancer should be planned from its organizational aspects, involving management, staff and users, requiring professional training, who must observe the interventions directly and identifying weaknesses, always in search of the concert and repair.

Keywords: Primary health care; Community health agent; Women's health; Cancer cervical.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Itinerário da Pesquisa Convergente Assistencial em suas Fases (Caxias-MA, 2016).....	39
Figura 2 – Movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência da pesquisa e da prática assistencial, formando espaços de superposição dessas atividades.....	41
Figura 3 – Resultados da análise de similitude (Caxias-MA, 2016).....	68
Figura 4 – Resultados da análise de nuvens de palavras (Caxias-MA, 2016).	70
Figura 5 – “Árvore de ideias: <i>Prevenção do Câncer de Colo do útero</i> ”	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa em Caxias-MA (2016)47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
ACSs	- Agentes Comunitários de Saúde
APS	- Atenção Primária à Saúde
CA	- Câncer
CADWEB	- Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde
CCU	- Câncer de Colo Uterino
CHD	- Classificação Hierárquica Descendente
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
EAB	- Equipes de Atenção Básica
ESF	- Estratégia Saúde da Família
EPS	- Educação Permanente em Saúde
MS	- Ministério da Saúde
NASF	- Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PNI	- Programa Nacional de Imunizações
PRO-ONCO	- Programa de Oncologia
PSF	- Programa Saúde da Família
RAS	- Redes de Atenção à Saúde
SDM	- Serviço de Referência para Diagnóstico e Câncer de Mama
SUS	- Sistema Único de Saúde
SISCOLO	- Sistema de Informação do Câncer de Colo Uterino
SISCAN	- Sistema de Informação de Câncer
SISMAMA	- Sistema de Informação do Câncer de Mama

- SRC - Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões precursoras do Câncer de Colo Uterino
- UBS - Unidade Básica de Saúde
- UEMA - Universidade Estadual do Maranhão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS DO ESTUDO	17
3 MARCO TEÓRICO	18
3.1 Atenção Primária à Saúde na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde e a ESF	18
3.1.1 Estratégia Saúde da Família (ESF)	22
3.2 O Agente Comunitário de Saúde: saberes e práticas de uma categoria	24
3.2.1 O processo de trabalho do ACS	27
3.2.2 Educação Permanente do ACS.....	29
3.3 A Saúde da Mulher sob a ótica da prevenção do câncer de colo uterino.....	30
3.3.1 Prevenção do câncer de colo uterino: o papel da ESF e as barreiras para a sua efetivação.....	33
3.3.2 O ACS na prevenção do CCU	37
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO	38
4.1 Tipo de estudo e abordagem metodológica	38
4.2 Itinerário da pesquisa convergente-assistencial.....	38
4.2.1 Fase de concepção	39
4.2.2 Fase de instrumentação	40
4.2.2.1 Cenário e espaço físico da pesquisa.....	40
4.2.2.2 Participantes da pesquisa	40
4.2.2.3 Negociação da proposta.....	41
4.2.2.4 Instrumentos e técnicas de coleta de dados	42
4.2.3 Fase da perscrutação.....	43
4.2.4 Fase de análise	44
4.3 Aspectos éticos do estudo.....	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	47
5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa	47
5.2 Categorização dos saberes e práticas dos ACS sobre o câncer de colo uterino	50
5.2.1.1 Subcategoria: O saber com embasamento científico sobre o CCU	51
5.2.1.2 Subcategoria: O saber empírico sobre o CCU	56
5.2.2 Categoria II: Ações dos agentes de saúde para a prevenção do CCU	59
5.3 Roda de conversa e oficina temática sobre câncer de colo do útero	61
5.3.1 Roda de conversa	61
5.3.1.1 Teste	67
5.3.2 Oficina temática.....	71
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICES	83
ANEXOS	91

1 INTRODUÇÃO

A Conferência de Alma-Ata, em 1979, já definia Atenção Primária à Saúde (APS) como metodologia de trabalho que envolve meios científicos e práticos para o atendimento dos indivíduos e da família, os quais são considerados aceitáveis e acessíveis pela sociedade, onde tais entes são participativos e envolvidos em toda essa dinâmica e estimulados a desenvolver autonomia e autodeterminação.

Nessa acepção, Mendes (2012) descreve elementos essenciais que constituem a APS, como as ações de educação em saúde; o saneamento básico; a atenção materno-infantil; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado às morbidades mais comuns; a farmácia básica; a promoção de alimentação saudável e dispensação de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares, em conformidade com a saúde como expressão de direito humano.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, este tem se empenhado em condicionar estratégias que necessitam ser gerenciadas, preconizando os princípios da universalidade, equidade e integralidade, sendo um direito de todos e dever do Estado.

O SUS, por meio da Política da Atenção Básica (PNAB), de 2011, reorientou o modelo assistencial, a partir da atenção básica, tomando para isto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), com o intuito contribuir para uma nova forma de agir nos processos de trabalho dos profissionais e na rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Dessa maneira, segundo Lopes (2013), há uma definição de responsabilidades entre os profissionais da equipe, assim como a necessidade de conhecer a realidade das famílias inscritas para, a partir daí, estabelecer o vínculo sanitário com os usuários.

A ESF é reconhecida como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, as diretrizes e os fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e comunidades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Brasil (2009) enfatiza a importância do Agente Comunitário de Saúde (ACS), afirmando que este é o profissional que favorece as mudanças e sua ação

transforma as situações-problema que afetam a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade. Para que isso aconteça, ele deve estar em permanente vigilância.

Todas as famílias e pessoas do território devem ser acompanhadas pelo ACS, por meio da visita domiciliar, na qual se desenvolvem ações de educação em saúde. No entanto, sua atuação não se restringe apenas ao domicílio, mas ocorre também nos diversos espaços comunitários, como igrejas, escolas ou na própria UBS, valorizando as questões culturais da comunidade e integrando o saber popular e o conhecimento técnico.

A presente pesquisa pressupõe que o sucesso da educação em saúde à favor da prevenção do CCU depende da atuação adequada desses profissionais, considerando os altos índices de morbimortalidade por Câncer de Colo do Útero (CCU), terceiro tumor mais frequente na população feminina (INCA, 2011), embora com a detecção precoce da neoplasia, obtenha-se 100% de cura (BRASIL, 2001).

No município de Caxias- MA, foi realizado um levantamento do quantitativo de mulheres, na faixa etária de 25 a 64 anos, residindo em áreas cobertas pela ESF, identificou-se que apenas 11,34% das mulheres adscritas e incluídas na faixa etária de risco, realizaram o exame papanicolau, não diferenciando dos índices baixos de todo território brasileiro (CAXIAS, 2014).

Em uma análise significativa sobre esses dados, o estudo de Pinho e Coutinho (2007) apontou que em muitos casos, a falha no diagnóstico precoce encontra explicação no conhecimento inadequado da população feminina sobre a doença e sua condição assintomática, bem como sobre a importância do exame e possibilidade de tratamento antecipado.

Nesse sentido, optou-se, como linha de pesquisa para este estudo, a educação em saúde, que em conformidade com Campos e Guimarães (2003), representa uma estratégia muito importante na formação de comportamentos que promovam ou mantenham uma boa saúde; que estimula a busca de soluções e a organização de ações individuais e coletivas; e ainda é tido como um recurso pelo qual o conhecimento científico na área de saúde atinge a vida cotidiana das pessoas, subsidiando a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

Contemplando a educação em saúde como atribuição das ESF, em especial do ACS, para o controle do CCU, enquanto fator de transformação do

processo saúde-doença, surgiu o interesse para o desenvolvimento dessa pesquisa, onde a relevância do estudo repousou na possibilidade de desvelar o conhecimento e as práticas dos ACS para a prevenção do câncer uterino no município de Caxias-MA, permitindo a compreensão do que é realizado e dos entraves existentes para a adesão das mulheres às práticas de prevenção.

Os métodos aplicados no decorrer dessa investigação foram conduzidos em diversos momentos de autorreflexão dos ACS participantes, por meio de entrevistas individuais, roda de conversa, testes para avaliação do conhecimento e oficina temática para a problematização sobre o câncer de colo uterino, além de construção de estratégias com o intuito de melhorar adesão de mulheres às práticas preventivas, o que estimulou o aperfeiçoamento do conhecimento e do trabalho grupal, por intermédio das intervenções realizadas.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

- ✓ Analisar saberes e práticas dos ACS sobre a prevenção do câncer de colo uterino;
- ✓ Promover a reflexão crítica dos ACS sobre as ações para a prevenção do câncer de colo do útero.
- ✓ Identificar, a partir dos ACS, as estratégias que possam melhorar a adesão das mulheres às medidas de prevenção do câncer de colo do útero.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Atenção Primária à Saúde na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde e a ESF

A Atenção Primária à Saúde¹ (APS) apresenta-se, universalmente, como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades, onde é envolvida por diversas concepções e denominações advindas de propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS (MATTA; MOROSINI, 2008).

Starfield (2002) conceitua a APS por meio de quatro atributos essenciais: o acesso de primeiro contato, que é utilizar o serviço a cada novo agravo ou novo episódio do agravo; a longitudinalidade, que é a utilização de forma regular e frequente; a integralidade, que requer o direcionamento adequado à cada necessidade; e a coordenação, que implica em disponibilizar informações essenciais a respeito dos problemas que requerem soluções. Além desses atributos, ainda relaciona três derivados: a orientação familiar, decorrente da consideração do contexto familiar na atenção integral; a orientação comunitária, que decorre do reconhecimento das necessidades sociais; e a competência cultural, que envolve a atenção às necessidades de uma população com características culturais especiais.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, tendo em vista a dinamicidade

¹ Tendo como base que a Política Nacional de Atenção Básica considera equivalentes os termos *atenção básica* e *Atenção Primária à Saúde* (BRASIL, 2012), Mendes (2012) aduz que a expressão *atenção primária à saúde* refere-se, na sua origem, à atenção que se dá no primeiro contato das pessoas usuárias com o sistema de atenção à saúde, que é a propriedade mais fundamental da APS; já a palavra *básica* não significa esse atributo essencialíssimo da APS.

existente no território em que vivem essas populações. A utilização de tecnologias de cuidado complexas e variadas devem auxiliar no manejo de demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância no território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento, devem ser acolhidos (BRASIL, 2012).

Para Menrhy (2002), é válido ressaltar que em se tratando de uso de tecnologias de cuidado, as envolvidas no trabalho em saúde são classificadas em: a) leves: relações do tipo produção de vínculo, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho; b) leves-duras: saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica e a epidemiologia; c) duras: material concreto, como máquinas, normas, estruturas organizacionais.

Para direcionar a APS, em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2006), pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica no Brasil. Assim, o Ministério da Saúde (MS) passou a apreciar o Programa Saúde da Família² não mais como programa, mas como estratégia prioritária para a reorganização da APS no país. A Estratégia Saúde da Família (ESF) representa, para o SUS, uma oportunidade de expandir o acesso à APS para a população, de consolidar o processo de municipalização da organização da atenção à saúde, de facilitar a regionalização pactuada entre os municípios, e de coordenar a integralidade (BRASIL, 2006).

Ainda em 2006, o Pacto pela Vida definiu como prioridade "consolidar e qualificar a ESF como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS" (SAMPAIO et al., 2012).

Após cinco anos, o MS publicou uma nova PNAB em substituição à edição de 2006. A nova política, por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, manteve muitos aspectos da anterior, e consolidou as mudanças que ocorreram desde então, avançando no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além

² O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu em 1993, sendo inicialmente implantado em 13 municípios. Seu financiamento era realizado por meio de convênios entre as Secretarias Municipais e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (SAMPAIO et al., 2012).

dos diversos formatos de ESF, houve a inclusão de Equipes de Atenção Básica (EAB) para a população de rua (Consultórios na Rua); ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as populações ribeirinhas (BRASIL, 2011; 2012).

Desse modo, a APS responsabiliza-se pela atenção à saúde de seus usuários, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema; oferta ações de saúde de caráter individual e coletivo; organiza o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde-doença; garante o acesso a qualquer outra unidade funcional do sistema em função das necessidades de cada usuário; responsabiliza-se por esse usuário, independentemente de seu atendimento estar se dando em outra unidade do sistema; e, dessa forma, ordena o funcionamento da rede (LAVRAS, 2011).

Analisando o histórico da APS no Brasil, apreende-se que concepção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) vem sendo discutida há algum tempo, mas foi incorporada oficialmente ao SUS por dois instrumentos jurídicos: a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS; e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 (MENDES, 2012).

Na Portaria Ministerial, a RAS é definida *"como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado"*. No Decreto Presidencial, explicita-se que *"a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde"* (BRASIL, 2011, grifo do nosso).

A atenção primária à saúde deve cumprir, nas redes de atenção à saúde, três funções: resolução, ordenação e responsabilização. A função de resolução, intrínseca à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde, consiste em solucionar a grande maioria dos problemas de saúde; a de coordenação, relacionada ao desempenho do papel de centro de comunicação, funda-se em organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas e coisas pelos diversos pontos de atenção à saúde da rede; a função de responsabilização baseia-se em

corresponsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos (MENDES, 2002).

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde inicia-se pelas portas de entrada do SUS e completa-se na rede regionalizada e hierarquizada”. Nesse sentido, a atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Após pactuação tripartite, em 2011, foram priorizadas as seguintes redes temáticas: Rede Cegonha (recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses); Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial (com prioridade para o enfrentamento do álcool, crack, e outras drogas); Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas (intensificação da prevenção e do controle do câncer de mama e colo do útero); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. Todas as redes também são transversalizadas pelos temas: qualificação e educação; informação; regulação; e promoção e vigilância à saúde (BRASIL; 2014).

Com vistas à articulação e ordenação das RAS, a Atenção Básica à Saúde estrutura-se como primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, sendo constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo às necessidades de saúde dos indivíduos e do coletivo. Nesse âmbito, Brasil (2014a) descreve cinco funções:

- I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;
- II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
- III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos, através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e interssetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para

consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários³.

Mesmo com toda essa gama organizacional, Lavras (2011) traz uma reflexão acerca do que ocorre em sistemas de saúde no mundo todo, e afirma que o SUS, hoje, é um sistema fragmentado, que dificulta o acesso, gera descontinuidade assistencial e compromete a integralidade da atenção ofertada, ou seja, o sistema não dá conta de responder adequadamente às exigências colocadas pelo quadro de necessidades de saúde.

O autor supracitado ainda considera que a fragmentação do SUS se manifesta de diferentes formas, mas principalmente: como fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e/ou entre estas e a gerência dos serviços; como desarticulação entre os serviços de saúde e/ou entre estes e os de apoio diagnóstico e terapêutico; e como desarticulação entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos.

3.1.1 Estratégia Saúde da Família (ESF)

A ESF visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida pelo MS e pelos gestores estaduais e municipais, representados, respectivamente, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, as diretrizes e os fundamentos da atenção básica; de

³ Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=funcoes_ab_ras>. Acesso em: 15 jan. 2016.

ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades; além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Andrade et al. (2006) asseveram que a ESF surgiu como uma proposta tecnicamente viável de concentrar a atenção nas ações primárias de saúde em áreas de risco, a fim de expandir o acesso aos serviços de APS e realizar uma superação imediata das desigualdades de acesso à saúde.

Ayris et al. (2006) ratificam que a ESF foi proposta como estratégia de reorientação do modelo de assistência a partir da organização da atenção básica, apostando no estabelecimento de vínculos e na criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre profissional e população. Os autores ainda destacam que a ESF tem como inspiração o conceito antigo de Paidéia, que significa desenvolvimento integral do ser humano, entendido como cuidar da saúde, da educação, das relações sociais do ambiente, sem esquecer o respeito com as diferenças individuais e coletivas.

De acordo com PNAB, a ESF deve pautar suas ações em cinco princípios: caráter substitutivo das práticas convencionais de assistência à saúde; atuação territorial; desenvolvimento de atividades em função do planejamento local, focadas na família e comunidade; busca de integração com instituições e organizações sociais para o estabelecimento de parcerias; ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2012).

O foco central da ESF é contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em concordância com os princípios do SUS, transmitindo-lhe uma nova forma de agir nos processos de trabalho cotidiano dos profissionais e na dinâmica do dia a dia das UBS. Nesse contexto, há definição de responsabilidades entre a equipe, assim como a necessidade de conhecer a realidade da população, e com isto estabelecer o vínculo sanitário com os usuários (LOPES, 2013).

Atualmente, confirma-se o aumento gradual da cobertura da atenção básica por meio da ESF, com alcance do patamar de 56,41% de cobertura da população do país, por intermédio do trabalho de 34.702 equipes, o que representa o atendimento total de 109.429.035 milhões de cidadãos. Se comparados os dados

atuais aos do início da gestão, são 9.360.374 milhões a mais de brasileiros cobertos (BRASIL, 2014b).

Apesar dos avanços conquistados com o SUS, no que diz respeito ao acesso a ações e serviços de saúde, e da expressiva ampliação da atenção básica por meio da ESF, com o objetivo de reorientar a forma como vinha sendo produzida a saúde, pode-se afirmar que o modelo de atenção à saúde predominante no Brasil ainda é centrado no hospital e no saber médico, é fragmentado, é biologicista e mecanicista (BRASIL, 2012), como corrobora Lavras (2012).

A literatura confirma que desde 1994, em se tratando de composição, as equipes da ESF estão organizadas, minimamente, por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis ACS, e equipe de saúde bucal, sendo que outros profissionais podem ser incorporados, de acordo com as necessidades da população (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014).

Destaca-se que a ESF possui especificidades relacionadas à composição da equipe multiprofissional, número de pessoas atendidas por equipe, carga horária de trabalho (Anexo A).

3.2 O Agente Comunitário de Saúde: saberes e práticas de uma categoria

Com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), emergiu a categoria ACS para atuar nas unidades básicas e ser mediadora do vínculo entre a comunidade e os serviços de saúde. Esse profissional inicialmente não tinha qualificação nem regulação profissional. Dada a importância de sua função no programa e em decorrência de seu papel estratégico no fortalecimento da atenção básica enquanto política pública para a saúde, houve a necessidade de capacitá-lo. Todavia, somente em 2002, a profissão foi criada em termos de lei, que em 2006 foi revogada para que ajustes pudessem ser feitos. A nova regulamentação ocorreu com a promulgação da Lei nº 11.350 (BRASIL, 1990).

De Barros et al. (2010) trazem à tona um breve histórico sobre a categoria profissional do ACS, destacando que em 1997 ocorreu a base legal da profissão. Em seguida, pouco mais de uma década, a profissão foi oficializada e, em 2006, houve a edição de uma medida provisória que regulamentou suas atividades.

A busca pela reforma assistencial do sistema de saúde brasileiro consistiu, também, na formação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(PACS)⁴, ainda em 1990. Esse programa teve como modelo inicial as experiências realizadas nos Estados do Mato Grosso do Sul, Paraná e Ceará, cujo objetivo principal era a diminuição da mortalidade infantil e materna. Tal experiência foi avaliada como satisfatória e implantada principalmente nos Estados das regiões Norte e Nordeste, servindo como uma das bases do programa, em 1994. O ACS, ainda na atualidade, é configurado como personagem da própria comunidade, que se identifica com ela em sua cultura, em sua linguagem e em seus costumes, pois reside na área onde trabalha, faz parte dela, o que define um envolvimento pessoal diferenciado com os problemas que comprometem a saúde das famílias acompanhadas (BRASIL, 2001).

Nunes (2002) afirma que os ACS vêm se transformando em força de trabalho numerosa e são atores importantes para o reordenamento do cuidado no SUS. Seu trabalho pode ser considerado complexo e expresso em um movimento duplo: educa a população para maneiras de prevenção e orientação sobre doenças e fornece aos profissionais de saúde informações para a compreensão dos problemas de saúde das famílias e das necessidades da população.

Ávila (2011) destaca que são inúmeras as atribuições cuja responsabilidade incide sobre os ACS, classificando-as em três grandes grupos: ações de prevenção e promoção da saúde; de mediação entre o serviço de saúde e os usuários; e de acompanhamento e reabilitação. O autor ainda estabelece como principal atributo para o agente de saúde, desempenhar a maior parte de suas atividades, a função de educador em saúde, uma vez que a competência com que ele realiza suas atividades depende desse atributo.

Cogitando as responsabilidades do ACS, o Ministério da Saúde (2012) inclui no elenco de ações propostas:

- ✓ estimular continuamente a organização comunitária;

⁴ A primeira experiência de Agentes Comunitários de Saúde como uma estratégia abrangente de saúde pública estruturada ocorreu no Ceará, em 1987, com o objetivo duplo de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca e, ao mesmo tempo, contribuir para a queda da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança. Essa estratégia expandiu-se rapidamente no Estado, atingindo praticamente todos os municípios em três anos, sendo encampada pelo Ministério da Saúde (MS), mais ou menos nos mesmos moldes, em 1991. As primeiras experiências do Programa de Saúde da Família (PSF), nos paradigmas atuais, também surgiram no Ceará, em janeiro de 1994, sendo promovidas pelo MS em março do mesmo ano, como estratégia de reorganização da atenção básica no país. A partir daí, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) passou a ser incorporado pelo PSF (TOMAZ, 2002).

- ✓ participar da vida da comunidade, principalmente das organizações, estimulando a discussão das questões relativas à melhoria de vida da população;
- ✓ fortalecer elos entre a comunidade e os serviços de saúde;
- ✓ coletar dados sobre aspectos sociais, econômicos, sanitários e culturais;
- ✓ informar aos demais membros da equipe de saúde a disponibilidade, as necessidades e a dinâmica social da comunidade;
- ✓ orientar a comunidade para a utilização adequada dos serviços de saúde;
- ✓ registrar nascimentos, doenças de notificação compulsória e de vigilância epidemiológica, e óbitos ocorridos;
- ✓ cadastrar todas as famílias de sua área de abrangência;
- ✓ identificar e registrar todas as gestantes e crianças de 0 a 6 anos de sua área de abrangência, por meio de visitas domiciliares;
- ✓ atuar integrando as instituições governamentais e não governamentais, grupos de associações da comunidade (parteiras, clube de mães etc.);
- ✓ executar, dentro de seu nível de competência, ações e atividades básicas de saúde;
- ✓ acompanhamento de gestantes e nutrízes;
- ✓ incentivo ao aleitamento materno;
- ✓ acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança;
- ✓ garantia do cumprimento do calendário da vacinação e de outras vacinas que se fizerem necessárias;
- ✓ controle das doenças diarreicas;
- ✓ controle da Infecção Respiratória Aguda (IRA);
- ✓ orientação quanto a alternativas alimentares;
- ✓ utilização da medicina popular;
- ✓ promoção de ações de saneamento e melhoria do meio ambiente.

Na opinião de Baptistini e Figueiredo (2014), existem alguns desafios sobre o saber-fazer e saber-ser ACS. Os autores exemplificam que este profissional tem a função de entender e interpretar o universo científico e popular; mergulha nos problemas das famílias, o que exige flexibilidade em sua prática e a amplitude das finalidades da ESF; é envolvido ora por uma vertente mais assistencial e de vigilância, ora para a promoção de saúde e qualidade de vida; e ainda busca

resolver os conflitos e dificuldades de relacionamento com os membros da comunidade e dentro da própria equipe de saúde, entre outras tarefas.

3.2.1 O processo de trabalho do ACS

O conceito de *processo de trabalho* é descrito como o modo pelo qual se desenvolvem as atividades profissionais ou a maneira como se realiza determinado trabalho. Todo processo de trabalho realiza-se em algum objeto, sobre o qual se exerce ação transformadora, com o uso de meios e em condições determinadas. Elementos físicos e biológicos ou mesmo elementos simbólicos, assim como subjetividades ou complexos sociais, podem ser objetos dos diversos processos de trabalho (FARIA, 2009, grifo nosso).

Merhy (1997) menciona que o trabalho em saúde é um processo relacional, produzido por meio do trabalho vivo em ato, ou seja, a partir do encontro entre duas pessoas, onde se estabelece um jogo de expectativas e produções, criando espaços de escutas, discursos, empatias e significados. Para tanto, utilizam-se, para a sua realização, tecnologias de saúde relacionadas ao modo de agir singular de cada trabalhador.

Nesse contexto, o MS (BRASIL, 2009) assevera que a ação do agente de saúde favorece a transformação de situações-problema que afetam a qualidade de vida das famílias, dando como exemplo o saneamento básico, a destinação do lixo, as condições precárias de moradia, as situações de exclusão social, o desemprego, a violência intrafamiliar, as drogas lícitas e ilícitas, os acidentes etc. Seu trabalho tem como principal objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade, e para que isso aconteça de fato, assume a vigilância da comunidade, estando sempre em alerta.

Kafer e Scheid (2007) destacam que em tempos remotos, com o PACS, para a atuação do ACS junto à comunidade, não houve exigência de um alto grau de escolaridade – apenas a conclusão do ensino fundamental –, e muito menos de algum tipo de formação específica prévia, e que sua responsabilidade era identificar, orientar, encaminhar e acompanhar os pacientes.

Os supracitados autores observaram que nem sempre esses profissionais possuem suporte necessário para contornar as dificuldades encontradas diariamente, já que são cobrados tanto pela comunidade que atendem e que exige

deles conhecimentos diversos, quanto pela UBS, que requer qualidade e rendimento de seu trabalho. Ademais, deve-se atentar para a dimensão desse problema, ao examinar que a atuação do ACS influencia a qualidade do trabalho desenvolvido, já que constituem o principal elo entre a população atendida e a UBS.

Tratando-se de processo de trabalho do ACS, Nogueira e Ramos (2000) identificaram a dimensão tecnológica e a solidária e social, as quais consideram que têm, sempre, potenciais de conflitos e que esse é o dilema permanente do agente: a dimensão social convivendo com a dimensão técnico-assistencial.

Nessa mesma acepção, Silva e Dalmaso (2002) explicam que as duas dimensões principais podem ser identificadas na proposta de atuação do ACS: uma mais técnica, onde se situa o atendimento aos indivíduos e às famílias, a prevenção de morbidades e o acompanhamento de grupos ou problemas específicos; e outra mais política, onde a saúde é entendida no contexto mais amplo e onde se insere a organização da comunidade e a transformação das condições de vida.

Os referidos autores entendem que na convivência entre as diferentes dimensões existe conflito na dinâmica do cotidiano, e que o saber sistematizado e os instrumentos existentes na área da saúde não são suficientes para suprir as necessidades de trabalho dos agentes, tanto no que se refere à abordagem familiar como em relação ao contato com situações de vida precária.

Bornstein e Stotz (2008), por meio de uma revisão bibliográfica, cujo objetivo foi sistematizar as referências da literatura relacionadas às concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos ACS, concluíram que o papel desse profissional como mediador é uma unanimidade, tanto no que tange à mediação entre o serviço e a comunidade, como entre diferentes saberes, e tal papel assume um caráter vertical, na medida em que o serviço prioriza suas orientações na comunidade e procura convencer a população com relação ao saber tecnocientífico.

O caráter transformador da mediação dar-se-ia à medida que existisse maior compartilhamento do conhecimento e maior permeabilidade dos serviços quanto às necessidades e demandas da população, o que para os autores parece implicar em contradições que significam, por um lado, prestígio e poder junto à população de sua área de atuação e, por outro, desgaste ao absorver a pressão de

pessoas da comunidade insatisfeitas com o serviço ou que procuram conseguir favorecimentos, em termos de acesso.

Baptistini e Figueiredo (2014) apontam para os desafios do trabalho do ACS na zona rural, onde esses profissionais convivem com algumas situações singulares de suas ações, onde um dos principais desafios é o acesso aos domicílios rurais, que geralmente são distantes ou mesmo quase inacessíveis.

3.2.2 Educação Permanente do ACS

Evidencia-se a importância de conceituar Educação Permanente em Saúde (EPS). Para uma compreensão mais efetiva, Ceccim (2005) menciona que a EPS pode corresponder à educação em serviço, quando coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica, que pode corresponder à educação continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos; e também à educação formal de profissionais, quando se apresenta em uma amplitude complexa da realidade de vivências profissionais.

Nesse sentido, a educação permanente, parte de uma dimensão pedagógica, deve ser encarada, igualmente, como uma importante estratégia de gestão, com a potencialidade de provocar mudanças na rotina dos serviços e como um processo que se dá na fase ativa do trabalho (BRASIL, 2012).

De Barros (2010) ratifica que, no campo da formação, como aspecto inovador, diferindo dos processos de capacitação propostos pelo MS, a proposta de formação dos ACS permitiu maior participação das escolas técnicas do SUS em todo o processo de elaboração do curso e na discussão acerca do profissional que se deseja formar. Tal fato desencadeou grande mobilização de todos os envolvidos, no tocante à participação nas articulações e decisões políticas da formação em saúde.

Segundo Miccas e Batista (2014), o entrelaçar de educação e trabalho deve orientar a formação e a gestão, comprometidas não apenas com a qualidade da técnica, mas conjugadas às necessidades da população, tendo como debate principal a necessidade de formulação ou reformulação e implantação de políticas. Logo, tem-se como primeiro passo a construção de uma realidade nacional do problema, identificando as falhas de gestão e gerência e a não consonância com as indicações do MS.

3.3 A Saúde da Mulher sob a ótica da prevenção do câncer de colo uterino

Em conformidade com Oliveira e Almeida (2008), o cuidado com a saúde da mulher não deve se restringir apenas ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, mas ao que seria a busca pela compreensão do processo de saúde-doença, buscando seu bem-estar físico, mental e social, deixando de atender pontualmente a queixas e agravos, e passando a observá-la em sua totalidade e atendendo a todas as suas necessidades.

Nesse diapasão, foi criado, em 1986, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), como resultado das políticas sociais visando à execução de programas de assistência à saúde da mulher. Entre as ações do programa estava a prevenção do câncer de colo uterino, que é feito por meio do exame de papanicolau, uma das ações básicas na assistência à saúde da mulher.

O câncer de colo de útero é identificado quando há alterações celulares e uma disseminação das células anormais de forma progressiva e gradativa no colo do útero. Essa doença apresenta alto grau de morbidade e mortalidade, porém, dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de cura pela prevenção (OLIVEIRA, 2013; ROMAN; PANIS, 2010).

É válido retomar aspectos importantes na história do cuidar do bem-estar da saúde da mulher, visto que em 1990, foi criado, no Brasil, o Programa de Controle do Câncer de Colo de Útero e instituído, pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) / MS, baseando-se na detecção precoce da neoplasia maligna em mulheres assintomáticas, processo conhecido como rastreamento ou *screening* (CONAS, 2011).

Progressivamente, em 1996, foi realizado, pelo INCA/MS, o Projeto Piloto do *Programa Viva Mulher*, em substituição ao *Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero*, em quatro municípios e um Estado, visando ao controle do CCU, culminando em 1997, sendo realizado em seis capitais brasileiras a primeira Campanha Nacional de Rastreamento, por meio do exame papanicolau. O segundo momento foi intensificado em 1998, em nível nacional. Já o terceiro período, de 1999 a 2000, foi caracterizado pelo agrupamento, com a capacitação de recursos humanos, reestruturação da rede de serviços, sistema de informação adequado e garantia de recursos financeiros aos procedimentos envolvidos na assistência (ZAGIACOMI, 2010, grifo nosso).

Em 2002, ocorreu a segunda mobilização nacional para a detecção precoce da doença objetivando, prioritariamente, captar, acompanhar e tratar as mulheres que nunca haviam realizado o exame citopatológico. Após esses dois momentos de intensificação, as ações foram consolidadas nos Estados e no Distrito Federal, com destaque para alguns avanços, como: padronização nacional dos laudos de exames; disseminação da técnica de cirurgia de alta frequência; ampliação da oferta do exame citopatológico; disponibilização de informações técnicas e gerenciais; e consolidação do Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) (BRASIL, 2010).

Logo em 2004, o Ministério da Saúde avançou em relação às políticas de saúde para a mulher, lançando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) – Princípios e Diretrizes, em parceria com diversos setores da sociedade, com o compromisso de implementar ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas previsíveis e evitáveis (BRASIL, 2006).

INCA (2015) reporta a magnitude do CCU, que anualmente apresenta 530 mil casos novos mundialmente, garantindo a quarta posição entre os tipos de câncer comumente apresentados por mulheres; simultaneamente, é a quarta causa de morte por câncer, sendo responsável por 265 mil óbitos por ano. Há uma estimativa de 16.340 novos casos para 2016, com 15,85 ocorrências a cada 100 mil mulheres. Ressalta-se que em 2013, representou uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 4,86 óbitos para cada 100 mil mulheres.

Quando analisado por regiões brasileiras, o CCU destaca-se como o mais incidente no Norte do país, com 23,97 casos por 100.000 mulheres; nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, encontra-se a segunda posição, com taxas de 20,72/100 mil e 19,49/100 mil, respectivamente; outrossim, é o terceiro mais verificado na região Sudeste, 11,3/100 mil; e quarto na Sul, 15,17/100 mil. Proporcionalmente, a maior mortalidade também é na região Norte; em 2013, houve uma taxa de mortalidade de 11,51 mortes por 100.000 mulheres nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, cujas taxas de mortalidade foram de 5,83/100 mil e 5,63/100 mil, ocupando a terceira posição por mortalidade; já as regiões Sul e Sudeste tiveram as menores

taxas (4,39/100 mil e 3,59/100 mil), representando a sexta colocação entre os óbitos por câncer em mulheres (INCA, 2015)⁵.

O CCU é raro em mulheres até 30 anos, e o pico de sua incidência dá-se na faixa etária de 45 a 50 anos. A mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta década de vida, com expressivas diferenças regionais (INCA, 2015).

Para a avaliação das ações de rastreamento, em 1999 foi elaborado o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), caracterizado como um sistema de informação que registrava os dados informatizados dos procedimentos de citopatologia, histopatologia e controle de qualidade do exame preventivo de colo do útero, referentes ao Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero no Brasil. O SISCOLO era composto por dois módulos operacionais: o módulo laboratório, que registrava os dados referentes aos procedimentos de citopatologia, histopatologia e monitoramento externo da qualidade; e o módulo coordenação, que registrava as informações de seguimento das mulheres que apresentavam resultados de exames alterados (BRASIL, 2013a).

A esse respeito, INCA (20??) afirma que:

O Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) foi desenvolvido pelo INCA em 1999, em parceria com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), como ferramenta de gerência das ações do Programa de Controle do Câncer de Colo do Útero. O sistema está implantado nos laboratórios de citopatologia que realizam o exame citopatológico do colo do útero pelo Sistema Único de Saúde e nas coordenações estaduais, regionais e municipais de detecção precoce do câncer (módulo de coordenação). O formulário de requisição do exame citopatológico está disponível nas Unidades de Atenção Primária à Saúde e também nas Unidades Secundárias que tratam as lesões precursoras. As orientações básicas para uso do sistema pelos laboratórios e pelas coordenações podem ser acessadas nos manuais operacional e gerencial disponíveis no site do DATASUS⁶.

Em substituição ao SISCOLO, em março de 2011 foi lançado o Sistema de Informações (SISCAN) que integra e substitui os sistemas oficiais de informação dos Programas Nacionais de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, SISCOLO e SISMAMA. O SISCAN é integrado ao Cadastro Nacional de Usuários do SUS (CADWEB), permitindo a identificação de usuários pelo número do cartão SUS, e a atualização automática de seu histórico de seguimento. É desenvolvido em

⁵ Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

⁶ Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/deteccao_precoce>. Acesso em: 8 jan. 2016.

plataforma web e possibilita que as unidades de saúde informatizadas e com acesso à internet sejam usuários do sistema para fazer a solicitação de exames, visualizar os resultados e acompanhar as mulheres com exames alterados (seguimento) (OPAS, 2013).

3.3.1 Prevenção do câncer de colo uterino: o papel da ESF e as barreiras para a sua efetivação

Após dez anos de implantação da PNAISM, em 2014, a Portaria nº 189/2014 instituiu o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer de Colo do Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. Esta portaria estabeleceu os critérios para a habilitação das unidades, além do rol mínimo de exames necessários para o diagnóstico desses dois tipos de câncer. Ainda em 2014, o MS, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), iniciou a campanha de vacinação de meninas entre 11 e 13 anos contra o Vírus do Papiloma Humano (HPV). A vacina é a quadrivalente, que oferece proteção contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 de HPV. A vacina trará importante contribuição nas ações de prevenção desse câncer (INCA, 2015).

As ações de prevenção de saúde, além de promover abordagens para grupos específicos, são fundamentais que ocorram em todos os contatos da usuária com o serviço, estimulando-a a realizar os exames de acordo com a indicação. Correspondem a uma estratégia fundamental, não só para aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames, como para reforçar sinais e sintomas de alerta, que devem ser observados pelas usuárias a fim de que sejam aplicadas formas de prevenção e tratamento adequado (BRASIL, 2013).

Brasil (2006) ainda destaca que:

O PNAISM incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2006, p. 13).

Com a implantação do PAISM, a principal contribuição do programa ao controle do câncer de colo do útero foi introduzir e estimular a coleta de material para o exame citopatológico como procedimento de rotina da consulta ginecológica. Em 1986, foi constituído o Programa de Oncologia (PRO-ONCO), que elaborou o projeto *Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino*, identificando as ações necessárias para a expansão do controle dessa neoplasia: integração entre os programas existentes e entre eles e a comunidade para efetivar o atendimento às mulheres; ampliação da rede de coleta de material e da capacidade instalada de laboratórios de citopatologia; articulação da rede primária com os serviços de níveis secundário e terciário para o tratamento. Uma grande contribuição do PRO-ONCO foi a realização da reunião nacional, em 1988, conhecida por *Consenso sobre a Periodicidade e Faixa Etária no Exame de Prevenção do Câncer Cervicouterino* (INCA, 2011, grifo nosso).

O exame de papanicolau tem este nome em homenagem ao seu criador, George Nicholas Papanicolaou, que ao estudar alterações hormonais das células em diferentes fases do ciclo menstrual, observou que também era possível o diagnóstico das células tumorais do colo do útero (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2008).

Esse procedimento, além de sua importância para a saúde da mulher, é fundamental para detecção precoce de lesões pré-invasivas e, conseqüentemente, um instrumento essencial para a diminuição da mortalidade por essa patologia (OLIVEIRA, 2013). Consiste no principal método para identificação do CA de colo uterino e das lesões precursoras, neoplasia intraepitelial ou câncer invasivo (BRINGHENTI et al., 2010). No entanto, esse exame apresenta baixa sensibilidade, em se tratando de lesões de alto grau, como aduzem Stabile et al. (2012), que seria de 50% em um único exame.

Segundo a faixa etária, Brasil (2006) destaca que o exame de colpocitologia oncótica deve ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade. É fator essencial na prevenção do câncer de colo uterino que as mulheres realizem com frequência o exame de citologia oncótica, sendo preconizado, inicialmente, uma vez por ano. Após dois exames anuais consecutivos negativos, a frequência recomendada passa a ser a cada três anos. Souza (2011) revela que nessas oportunidades, as mulheres devem ser orientadas acerca dos fatores de risco, devendo-se ressaltar, ainda, as vantagens da detecção precoce da doença.

Em relação à coleta de material para o exame preventivo do colo do útero, consiste em uma técnica de coleta de material citológico do colo do útero, sendo coletada uma amostra da parte externa, ectocérvice, e outra da parte interna, endocérvice. Para essa coleta, é introduzido um espéculo vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo por meio de uma espátula de madeira e de uma escovinha endocervical. Uma coleta adequada desse material é de suma relevância para o êxito do diagnóstico. O profissional de saúde deve assegurar-se de que está preparado para realizá-lo e de que tem o material necessário para isso. A garantia da presença de material em quantidades suficientes é primordial para o sucesso da ação (BRASIL, 2006; 2013).

Castro (2010) corrobora que é responsabilidade da APS atuar no controle dos cânceres de colo do útero e de mama, desenvolvendo intervenções que se preocupem com a integralidade do cuidado, com a detecção precoce de alterações e com o acesso adequado e oportuno aos métodos diagnósticos e tratamentos (BRASIL, 2013).

A atuação da ESF no contexto da atenção primária à saúde da mulher e, especificamente, no controle de câncer de colo do útero é essencial, uma vez que a maior proximidade com elas pode atuar como instrumento de esclarecimento e compreensão.

Na prevenção e no controle dessa doença, 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 de câncer, baseada em informações e esclarecimentos ao público feminino sobre: rastreamento; identificação da faixa etária; reconhecimento de mulheres com risco aumentado; convocação para exame; realização de coleta da citologia; identificação de faltosas e reconvocação; recebimento de laudos; identificação de mulheres com resultados positivos; 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 esse procedimento; planejamento e execução de ações na área sob responsabilidade sanitária da equipe, voltadas para a melhoria da cobertura do exame. A equipe da ESF também é responsável pela vigilância dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento, além de identificação de

falhas no acesso e fechamento dos casos. Pode, inclusive, oferecer diferentes modalidades de suporte a pacientes em tratamento curativo ou paliativo (INCA, 2011).

Os profissionais da ESF precisam rever suas práticas, inserindo no rol de suas tecnologias as questões relacionais e comportamentais que facilitem a relação entre profissional e usuário, inserindo o vínculo, o acolhimento, a responsabilização, o saber ouvir o outro, como ferramentas que possibilitarão uma prática de saúde centrada no usuário e em suas necessidades, sendo, dessa forma, capaz de redirecionar o modelo assistencial de saúde (CAMPOS et al., 2008; FRANCO; MERHY, 2007).

Apreciando a efetividade das medidas de prevenção e de detecção precoce, a equipe da ESF pode oferecer melhor acompanhamento das mulheres do território, promovendo maior sensibilização e compreensão quanto à realização periódica da citologia oncológica. Os membros da equipe possuem papel indispensável no rastreamento dessas mulheres, possibilitando a sua identificação ao realizar a busca ativa (INCA, 2010; PIRES; SÁ, 2013).

Para Albuquerque et al. (2009), nas regiões onde a ESF foi implantada, existe um cenário favorável à reorganização do rastreamento do CCU. O cadastramento das famílias, a identificação das mulheres sob risco e a possibilidade de serem referenciadas para o exame de rastreamento são ferramentas úteis para o controle da doença. Por meio das ESF, tem-se a possibilidade de alterar o modo de rastreamento daquelas comunidades para um programa organizado. Entretanto, apesar do cenário favorável, o impacto da ESF no rastreamento do CCU ainda não foi demonstrado.

Conforme Fernandes et al. (2009), a realização do exame de colpocitologia oncológica tem-se confrontado, na prática, com algumas barreiras presentes nos mais diversos aspectos da vida da mulher, dificultando o alcance da cobertura desejada. Para Lopes e Chavier (2011), existem diversos fatores que levam as mulheres a não realizarem o exame citopatológico, a exemplo de: medo de expor seu corpo, vergonha, desmotivação, dificuldade de acesso ao exame. Já Amorin (2006) refere-se a outros aspectos, como: idade avançada; baixo nível socioeconômico; pertencer a certos grupos étnicos; não ter parceiro fixo, como as

solteiras, separadas e viúvas; limitação de acesso aos serviços de saúde; ou por barreiras socioeconômicas, culturais e geográficas.

Os profissionais de saúde devem estar capacitados e habilitados para a realização do exame e fornecer as orientações e condições necessárias às mulheres, pois elas precisam receber orientações sobre a coleta do exame, finalidade e importância. Então, deve-se promover um ambiente acolhedor e que forneça privacidade, com a oferta de estabelecimentos de saúde e horários flexíveis para a realização do exame, verificando a proximidade de sua residência ou trabalho e, principalmente, o respeito às limitações impostas pela individualidade das mulheres (CHRISTEN; FELICIANO; VELHO, 2010).

3.3.2 O ACS na prevenção do CCU

A ESF tem como princípio a garantia de acesso à atenção básica, bem como o estabelecimento de vínculo e cuidado integral com a população. Nessa esfera, a atuação dos agentes de saúde é fundamental, contribuindo para a identificação e captação das mulheres que deixaram de realizar os exames preventivos de câncer de colo do útero (AMORIM et al., 2006).

Albuquerque (2009) afirma que um aspecto que merece destaque é o fato de a visita do agente comunitário não influenciar na cobertura e manutenção da regularidade na coleta do teste de papanicolau. Situação semelhante foi observada na região Nordeste do país, denunciando lacunas no que se refere ao cuidado integral da mulher na atenção básica. Contudo, quando se considera o objetivo do programa, o ACS vê-se como educador para a saúde, organizador de acesso e observador ativo da comunidade, levando à equipe informações coletadas a partir da captação de necessidades, identificação de prioridades e detecção de casos de risco para intervenção da equipe (SILVA, 2001).

O enfoque no diálogo que se estabelece entre o ACS e a comunidade é necessário para a abertura ao mundo da reflexão, do respeito mútuo e do caminho para o conhecimento. Essa relação dialógica é imprescindível para o enfrentamento de problemas de saúde da comunidade, e para favorecer o processo de empoderamento nas práticas sociais, na perspectiva de fortalecer o controle social no SUS (FREIRE, 2002).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO

4.1 Tipo de estudo e abordagem metodológica

O suporte metodológico utilizado nessa pesquisa tem como modalidade a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), mediada pela abordagem qualitativa.

Na PCA, o essencial é a convergência, ou seja, pontos de junção das ações de assistência e de investigação científica, em contínua ação dialógica, de modo a produzir ações de compromisso entre o trabalho do pesquisador e do grupo de profissionais da assistência, oportunizando a produção de novas informações, estruturando conhecimentos e delineando ações.

A reflexão dos participantes quanto ao trabalho desenvolvido mostra a possibilidade de direcionamento do cuidado assistencial e da pesquisa. A modalidade convergente assistencial caracteriza-se como um delineamento dual: por um lado, diferencia-se de outros tipos de pesquisa, por ser específica, ao propor o desenvolvimento de conhecimento técnico/tecnológico para a minimização de problemas, introdução de inovações e mudanças na prática assistencial; por outro, requer a imersão do pesquisador na assistência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

4.2 Itinerário da pesquisa convergente-assistencial

Trentini; Paim; Silva (2014) designaram as fases que constituem o processo convergente assistencial, onde cada uma compõe um subprocesso com vários passos consecutivos e inter-relacionados. As fases desse tipo de pesquisa, segundo as autoras, mostram-se distribuídas em quatro, caracterizadas e relacionadas à presente pesquisa. Esse processo de organização das fases está configurado na Figura 1, onde cada uma delas foram descritas.

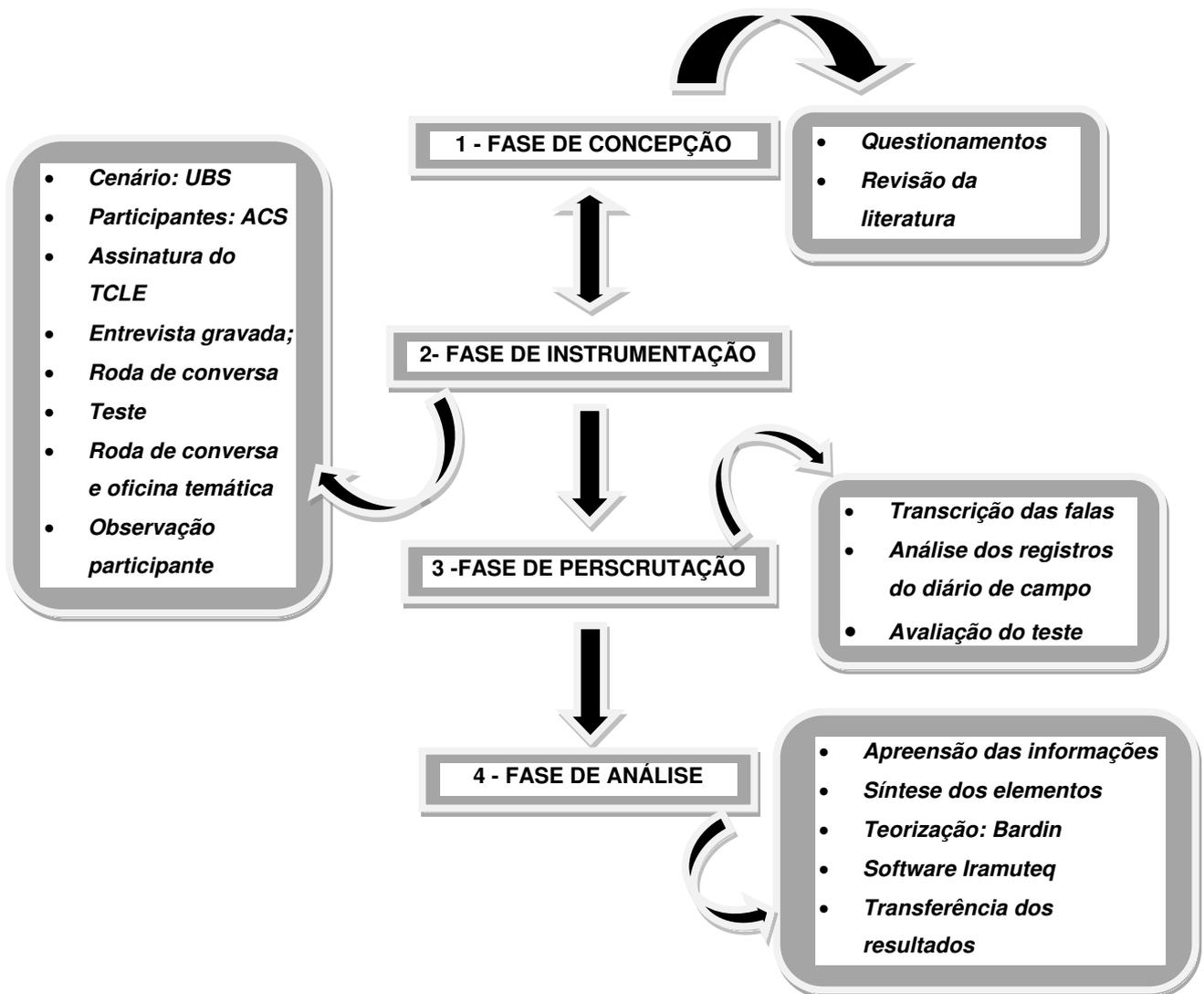


Figura 1 – Itinerário da Pesquisa Convergente Assistencial em suas Fases. Caxias-MA, 2016.

Fonte: elaborado pela autora

4.2.1 Fase de concepção

Essa fase foi construída com muita reflexão, envolvendo revisões de literatura, questionamentos e decisões, por isso é chamada de *concepção da pesquisa*, a qual, articulada ao problema, evidencia o processo de pesquisa.

Destarte, os questionamentos emergiram da prática assistencial da pesquisadora enquanto enfermeira da ESF, buscando conhecimento em amplitude em relação à prática de ACS, sobretudo no que concerne à prevenção do câncer de colo uterino, ancorados nos objetivos propostos para a pesquisa e na busca de um marco teórico que fundamentasse as autoindagações.

4.2.2 Fase de instrumentação

Nessa etapa, o pesquisador está obrigatoriamente envolvido no conhecimento da prática assistencial, no que diz respeito ao detalhamento dos procedimentos escolhidos relacionados ao espaço físico da pesquisa, aos participantes dela, à negociação da proposta, aos instrumentos e às técnicas de coleta de dados.

4.2.2.1 Cenário e espaço físico da pesquisa

O estudo foi realizado no município de Caxias, Estado do Maranhão, localizado na mesorregião do leste maranhense, ao norte do Estado, a 374 quilômetros da capital, São Luís.

A rede pública de saúde do município está estruturada de forma hierarquizada, conforme a complexidade das ações de saúde realizadas, atuando na atenção primária, da média à alta complexidade. Em referência à atenção básica, é formada por 32 UBS, sendo 21 localizadas na zona urbana e 11 na zona rural, distribuídas em pontos estratégicos do município.

Foram selecionadas, por conveniência, devido a proximidade de localização e locomoção, duas UBS, uma constituída por ACS de zona urbana e outra de zona rural, onde foram promovidas entrevistas com os ACS participantes, e para os demais, propostos encontros, utilizando como espaço físico uma sala de aula da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA).

4.2.2.2 Participantes da pesquisa

A pesquisa convergente assistencial não estabelece critérios rígidos para a seleção da amostra porque não valoriza o princípio da generalização, devendo ser constituída pelos sujeitos envolvidos no problema e, entre eles, os que têm mais condições para contribuir com informações que possibilitem abranger todas as dimensões do problema em estudo (TRENTINI; PAIM, 2004).

A fim de compor uma parcela significativa para o estudo, foram convidados os ACS que compõem a ESF de uma zona rural e de uma zona urbana do município, totalizando 22 colaboradores como participantes do estudo, sendo

incluídos aqueles que atuam na ESF do município de Caxias-MA há pelo menos um ano e estejam em pleno desenvolvimento de suas atividades como ACS.

Portanto, não foram incluídos os profissionais que atuam há menos tempo na ESF, que estivessem de férias, com doenças que impossibilitassem o seu deslocamento, ou mesmo de licença no momento da pesquisa.

Assim, por meio de convite prévio sobre a realização da pesquisa, participaram do estudo 13 ACS na etapa da entrevista, sendo oito lotados na zona urbana e cinco na rural. Não obstante, sete ACS da zona urbana estiveram presentes nos demais encontros, tal presença foi relacionada ao fato da facilidade para o deslocamento, ao local dos demais encontros (roda de conversa e oficina temática).

4.2.2.3 Negociação da proposta

O processo de mudanças e/ou inovações em um espaço coletivo de assistência caracteriza-se como trabalho coletivo, verificado pela pesquisadora enquanto enfermeira da ESF, exercendo a corresponsabilização de atuar juntamente com os ACS na prevenção do câncer de colo uterino e identificando na PCA a prioridade de dança com a prática assistencial, que se caracteriza como movimento de aproximação, afastamento e convergência, de modo a criar espaços de superposição entre a pesquisa e a assistência, como mostra a Figura 2.

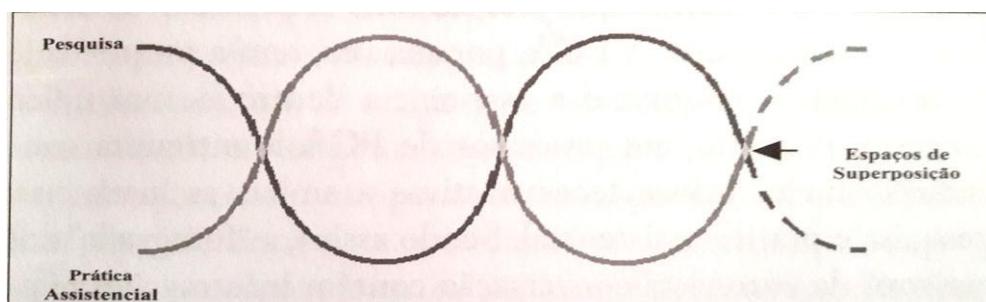


Figura 2 – Movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência da pesquisa e da prática assistencial, formando espaços de superposição destas atividades.

Fonte: Paim; Trenini (2004).

Importa ressaltar que foram selecionadas três acadêmicas de enfermagem da UEMA, as quais estavam cursando o 7º e 8º períodos, como colaboradoras, para ajudar nos encontros em grupo com os ACS.

Para tanto, foram realizados quatro encontros distintos com os ACS participantes da pesquisa, onde a negociação da proposta se deu no primeiro, no mês de fevereiro, o qual foi agendado por meio de uma carta convite (Apêndice A), entregue nas UBS, em uma semana prévia à data solicitada.

Logo, o primeiro encontro, realizado na UEMA, no Anexo-Saúde, teve como objetivo explicitar as intenções da pesquisa e as propostas para as demais reuniões. Ao final, aqueles que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

4.2.2.4 Instrumentos e técnicas de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em três encontros, um individual, para a entrevista, e dois em grupo, com a ajuda das colaboradoras, conforme segue:

- a) entrevista individual, com agendamento prévio da data no dia do primeiro encontro, que tomou como base um roteiro semiestruturado (Apêndice C), dividido em duas partes: a primeira para identificar o perfil dos participantes; e a segunda contendo sete questões abertas, sendo gravadas utilizando-se o recurso de gravação digital de áudio para a captura das falas, preservando-se a individualidade e o anonimato dos participantes. As entrevistas ocorreram nos meses de março e abril, nas respectivas UBS, e tiveram duração média de dez minutos;
- b) roda de conversa sobre o tema câncer de colo uterino, com estimulação constante de diálogo e troca de informações. Com esse intuito, utilizaram-se um roteiro de observação participante (Apêndice D) e um diário de campo para registro dos aspectos mais relevantes, de acordo com os objetivos da pesquisa, e em seguida, a aplicação de um teste (Apêndice E) para avaliação dos conhecimentos apreendidos. Esse encontro ocorreu no mês de maio, e foi realizado por meio de um convite, em data que antecedeu o encontro, para que houvesse organização das agendas de trabalho, e foi realizado em uma sala de aula do Anexo-Saúde/UEMA;

c) oficina temática para análise das ações de saúde que são realizadas pelos ACS sobre a prevenção do câncer de colo uterino, por meio do diálogo crítico-reflexivo, seguido pelo estímulo à construção de uma “árvore de ideias”, com sugestões e estratégias viáveis para melhorar a adesão das mulheres ao exame e de acordo com a realidade local, utilizando-se a observação participante e o diário de campo. Foi efetivada uma semana após a roda de conversa. Enfatiza-se que na roda de conversa e na oficina temática, mesmo com o agendamento prévio da data, houve presença de sete ACS, todos atuantes na ESF da zona urbana.

Para Marconi e Lakatos (2011), a observação participante é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também inserir-se na realidade e examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar e para os registros das informações.

Polit (2011) trata sobre o uso do diário de campo, que é considerado um controle diário de eventos e conversas.

É válido destacar que um dos pressupostos da PCA é a imersibilidade do pesquisador na assistência durante todo o processo investigativo, visando à construção de mudanças compartilhadas nesse lugar assistencial do cuidado em saúde. Nesse âmbito, o pesquisador, ao fazer a imersão, comporta-se como um dos agentes da prática assistencial e, ao mesmo tempo, continua com a sua atividade de pesquisador.

4.2.3 Fase da perscrutação

Perscrutar significa examinar, investigar rigorosamente, procurar entrar nas especificidades da situação, o que também faz parte das fases de investigação e de análise.

Dessa maneira, as falas dos participantes da pesquisa, gravadas na entrevista, foram transcritas na íntegra, bem como todo o material construído nos encontros, para posterior análise da fase observacional em campo, utilizando-se o diário de campo para registro minucioso de expressões, questionamentos, afirmações e comportamentos, assim como avaliação do teste que foi aplicado.

4.2.4 Fase de análise

A análise das informações na PCA consta de quatro processos: *apreensão, síntese, teorização e transferência*.

Para a organização das informações, manteve-se o registro em ordem cronológica para *apreensão* das informações por meio de dados registrados para posterior *síntese*, reunindo os elementos diferentes, concretos ou abstratos para difundi-lo em um todo coerente.

A consistência da *teorização* (maneira de descobrir a significância do significante e significância do insignificante), que consiste em um trabalho de especulação, verificação, seleção, revisão e descarte e, de alguma maneira, descobrir a insignificância do fenômeno (PAIM; SILVA; TRENTINI, 2014, grifo nosso).

Tomou-se por base teórica a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), constituindo-se de leitura detalhada de todo o material transcrito; identificação de palavras e conjuntos de palavras que tivessem sentido para a pesquisa; e classificação em categorias que apresentassem semelhança quanto ao critério sintático ou semântico.

Para discorrer sobre os resultados acerca da roda de conversa e oficina temática, empregaram-se a observação participante e os registros do diário de campo. Já no tratamento realizado para a avaliação dos testes aplicados logo após a roda de conversa, foi utilizado o *software Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ®)*, que é um programa gratuito que realiza análises quantitativas de dados textuais bem simples [...] até análises multivariadas [...] (CAMARGO; JUSTO, 2013, p. 515).

Os referidos autores relatam que esse *software* permite a utilização de diferentes recursos técnicos de análise lexical, por meio do *corpus* que é construído pelo pesquisador, sendo constituído pelo conjunto do texto que se pretende analisar, destacando-se: análises lexicais clássicas; análise de especificidades; método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD); análise de similitude; e nuvem de palavras determinada por frequência.

Dessas cinco formas de análise de dados textuais oferecidas pelo *software*, optou-se por duas, a nuvem de palavras e a análise de similitude, que organizam a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e

visualmente clara. A primeira realiza o agrupamento das palavras e as organiza graficamente em função de sua frequência, e a segunda permite identificar as co-ocorrências e indicações de conexão entre os vocábulos. As análises utilizadas nessa pesquisa fundaram-se em lexicográfica básica, com a finalidade de descrição do número de palavras, número de textos e segmentos de texto que compõem o *corpus* de análise, que é o conjunto de textos originados pelas respostas escritas nos testes dos participantes sobre o câncer de colo uterino (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Continuando a fase de análise, o quarto e último processo estabeleceu-se pela *transferência* dos resultados, que consistiu na possibilidade de contextualizá-los e socializá-los, e assim permitir que outras pessoas/equipes utilizem a experiência. É nesse sentido que a PCA sustenta o princípio da imersibilidade, que significa o envolvimento do pesquisador com o espaço da prática assistencial de maneira a inserir-se como parte dela para a produção de mudanças compartilhadas com os participantes.

“Essa análise temática vem ocorrendo de forma cíclica com a produção de dados, caracterizando o ir e vir da metodologia” (OLIVEIRA, 2011, p. 47), o que foi facilitado pela experiência da pesquisadora, que atua em ESF há aproximadamente uma década.

4.3 Aspectos éticos do estudo

A pesquisa foi realizada de acordo com as recomendações contidas na resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que reúne os aspectos éticos e legais em pesquisa que envolve seres humanos. Obtivemos autorização da instituição para realização do estudo (Anexo B).

Os participantes do estudo foram orientados sobre o anonimato, a natureza, os objetivos e os benefícios da pesquisa. Em conformidade com a resolução, foi considerado o respeito pela dignidade humana, sendo preservada a privacidade e a individualidade, por meio do compromisso firmado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante (Apêndice B), que poderia retirar a sua anuência no momento que desejasse.

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário/UFMA, pelo Parecer nº 1308448, em 4 de novembro de 2015 (Anexo C)

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Na Tabela 1, apresentam-se algumas características dos ACS, participantes do estudo, de acordo com idade, sexo, grau de escolaridade, tempo de atuação como ACS, outra profissão, capacitação sobre câncer de colo uterino e localização da UBS.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa em Caxias-MA (2016)

Característica	Referência	Resultados	Porcentagem
Idade	25-30	01	7,69%
	31-35	05	38,46%
	36-40	04	30,79%
	41-45	02	15,38%
	>46	01	7,69%
Sexo	Feminino	07	53,84%
	Masculino	06	46,15%
Grau de Escolaridade	Ensino Superior Completo	05	38,46%
	Ensino Médio Completo	05	38,46%
	Ensino Fundamental	02	15,38%
	Ensino Superior Incompleto	01	7,69%
Anos de atuação como ACS	11-15	07	53,84%
	5-10	06	46,15%
Possui outra profissão	Não	09	69,23%
	Sim	04	30,79%
Já recebeu capacitação sobre o CCU?	Sim	11	84,71%
	Não	02	15,38%
Localização da UBS onde atua	Zona Urbana	08	61,53%
	Zona Rural	05	38,46%

Fonte: elaborado pela autora

Participaram das entrevistas 13 ACS e de acordo com as informações consolidadas na Tabela 1, há predomínio de adultos jovens na faixa etária de 31 a 35 anos, 38,46% (05).

No que diz respeito ao sexo, a maioria é do sexo feminino, com 53,84% (07), enquanto o sexo masculino apresentou 46,15% (06). A esse respeito, Tomaz (2002) revela uma importante informação, pois a primeira experiência de ACS, que se iniciou no Ceará, em 1987, e teve o objetivo duplo de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca e, ao mesmo tempo, contribuir para a

queda da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança.

Ferraz e Aertz (2005) apontam que essa predominância de mulheres desempenhando a função de ACS tem sido correlacionada ao papel tradicional de cuidadora que a mulher desempenha na sociedade. Seguindo essa ideologia, nota-se que a predominância do sexo feminino se manteve na pesquisa, embora a participação do sexo masculino possibilite olhares diferenciados, o que repercute em seu processo de trabalho.

Quanto à escolaridade, sobressaíram-se aqueles que possuem ensino médio completo e ensino superior completo com 38,46% (05), respectivamente.

Lunardelo (2004), com um estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, também apresentou resultado proporcional ao nível médio. Porém, apenas um ACS possuía ensino superior completo, evidenciando que o grau de escolaridade se ancora na qualidade técnica e teórica do serviço desses profissionais, devido ao nível educacional, o que por um lado pode trazer vantagens, pois podem ser considerados mais cultos e com maior capacidade de compreensão em determinadas situações; mas por outro, pode demandar certas atribuições que não seriam de sua competência profissional, quando suas atividades se confundem com as que seriam realizadas de acordo com a sua graduação, visto que o MS, por meio do art. 3º (incisos I a III), da Lei nº 10.507/2002, ressalta sobre pontos o exercício da profissão de ACS e estabelece que este deve ter apenas o nível de ensino fundamental completo, e que não há exigência de maior grau de escolaridade, devido ao fato de que os ACS são pessoas extraídas da própria comunidade.

Quanto aos anos de atuação profissional, os partícipes confirmaram o período de 11 a 15 anos - 53,84% (07), e 5 a 10 anos 46,15% (06). Mais de uma década de atuação profissional demonstra a possibilidade de vínculo com a comunidade, o que se dá pelo envolvimento com as famílias, pela continuidade da assistência prestada durante todos esses anos e, ainda, pela baixa alternância de profissionais atuando rotineiramente na microárea, participando e sendo fiel conhecedor das peculiaridades dessas famílias, o que, de fato, caracteriza o processo de trabalho desenvolvido.

Sobre essa idealização, Bornstein e David (2014, p. 115) comentam: “a continuidade e o estabelecimento de vínculo entre a equipe e a população são

abordados pelos agentes de saúde como uma forma de detectar situações antes mesmo que elas cheguem ao serviço e de atender com presteza às necessidades dos moradores”.

A esse respeito, Ferraz e Aertz (2005) destacaram, em sua investigação, que o tempo de serviço dos ACS no PACS obteve uma média 8,3 anos, que significou baixa rotatividade desse trabalhador nas atividades e constituiu fator importante no processo de qualificação do agente, que se constrói em suas práticas diárias de trabalho.

As informações testemunharam que 69,23% (09) não exercem outra atividade laboral, o que leva a considerar que suas ações são realizadas integralmente. Enquanto isso, os demais, 30,79% (04), exercem outras atividades paralelamente à de ACS. Não foi questionado acerca de qual a profissão desempenhada e nem a carga horária dispensada a ela.

Nesse sentido, vale destacar que a Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014, estabelece a jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas, que é exigida para a garantia do piso salarial previsto na lei supracitada, o qual deverá ser integralmente dedicado a ações e serviços de promoção da saúde, vigilância epidemiológica e combate a endemias em prol das famílias e comunidades assistidas, dentro dos respectivos territórios de atuação, segundo as atribuições previstas (Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12994.htm>. Acesso em: 20 mar. 2016).

No que diz respeito à educação permanente, por meio de capacitação abordando a temática em tela, 84,71% (11) confirmaram que já passaram por capacitação. Ressalte-se que 15,38% (02) afirmaram que não foram capacitados, notando-se uma grande fragilidade para adequá-los como qualificados, já que mesmo atuando por mais de dez anos, as ações ou informações sobre o CCU podem encontrar vários entraves a esse respeito. Os dados corroboram para o fato de que o processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado e, muitas vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel (TOMAZ, 2002).

Verificou-se que 61,53% (08) atuam na ESF da zona urbana, e 38,46% (05), da zona rural. Considera-se uma boa proporção, visto que esta última é

composta por um número menor de ACS que a representatividade dos ACS da zona rural foi relevante.

5.2 Categorização dos saberes e práticas dos ACS sobre o câncer de colo uterino

O produto dos dados das entrevistas resultou em transcrição e análises, organizadas e sistematizadas à luz das bases teórico-conceituais de Bardin (2011), de modo a dar densidade às categorias analíticas e atender a um dos objetivos do estudo. O tratamento e a inferência à interpretação, também proposta pela PCA, permite que os conteúdos recolhidos se constituam em análises reflexivas, em observações individuais e gerais das entrevistas, considerando os conceitos que os ACS apresentaram sobre o que eles conhecem, orientam e realizam a respeito do câncer uterino, e as medidas realizadas para a prevenção da doença.

Foram feitos agrupamentos desses conteúdos em duas categorias temáticas, destinadas a classificar os elementos segundo suas semelhanças e diferenciações para que, em seguida, fosse realizado o reagrupamento dos dados em função de características comuns. Dessa forma, a pesquisa formou a primeira categoria, intitulada Diversidades de saberes dos ACS sobre o câncer de colo uterino, originando as subcategorias: o saber com embasamento científico sobre o CCU e o saber empírico sobre o CCU. A segunda categoria foi denominada Ações dos ACS para a prevenção do CCU. Todas as categorias e subcategorias passaram a ser verificadas com o objetivo de se extrair o conteúdo e a significância das falas.

Os partícipes dessa etapa da pesquisa foram codificados pelas iniciais ACS, seguidas por um número ordinal, em ordem crescente, de acordo com a ocorrência das entrevistas.

5.2.1 Categoria I: Diversidades de saberes dos ACS sobre o câncer de colo uterino

Identificou-se que as percepções dos agentes de saúde sobre o câncer do colo uterino foram diversificadas. Eles exibiram certa fragilidade ao explicar o que é a doença, sendo que a maioria informou que a realização do exame citopatológico

é importante para a prevenção e as alocações constataram certo desconhecimento em relação ao intervalo de tempo apropriado para a realização do exame. Entretanto, apenas um partícipe explicou detalhadamente como deve ser a frequência adequada para realizá-lo, evidenciando uma fragmentação do conhecimento sobre a idade adequada e os cuidados antes da realização do exame.

Ao serem questionados sobre o seu entendimento, apresentaram diferentes concepções que, de forma geral, giram em torno dessas duas subcategorias, como foi possível apreender em suas falas.

5.2.1.1 Subcategoria: O saber com embasamento científico sobre o CCU

Os discursos a seguir apontam que a maioria dos entrevistados possui um conhecimento permeado por concepção científica, baseado em um saber fundamentado na literatura acerca do CCU. É de fundamental importância conhecer o significado que os ACS atribuem ao conceito de CCU para que se possa compreender seu entendimento acerca de uma doença que apresenta dados de morbimortalidade alarmantes. Ademais, baseando-se em suas respostas, infere-se sobre o que eles podem explicar às mulheres no cotidiano de sua prática assistencial.

Pode-se captar, a partir de seus discursos, o conceito de neoplasia, quando questionados sobre o que é o câncer de colo uterino:

ACS 3: *Pra mim o câncer de colo do útero são **alterações nas células que compõem o útero**, pra mudar suas células, que faziam suas funções normais e esse câncer sai com outras funções, como inflamação, deteriorização de outras células e assim por diante (grifo nosso).*

ACS 6 : *É o aumento das células de uma maneira desordenada que vai causar vários outros distúrbios aí no caso esse vai ser localizado no colo do útero (grifo nosso).*

ACS 11: *É um vírus adquirido através do HPV, depois de adquirido vai desenvolvendo o CA no colo (grifo nosso).*

Nota-se, pelas respostas, que os entrevistados relacionam o conceito de CCU com a existência de alterações, em nível celular, do colo uterino, e ao HPV, insinuando certo conhecimento sobre a origem do câncer, demonstrando ter noção sobre o tema, ao pontuar aspectos essenciais e com uma linguagem simples e de boa compreensão. A utilização de uma linguagem acessível, que consiga sensibilizar as mulheres sobre essa neoplasia, faz-se presente no cotidiano do processo de

trabalho do ACS, o que requer dele um entendimento básico sobre a doença, permitindo a perpetuação de informações seguras e precisas.

Fazendo um comparativo aos conceitos descritos, Barros; Marin e Abrão (2002) descreveram o câncer de colo uterino como uma neoplasia maligna que acontece no epitélio da cérvice uterina, proveniente de alterações celulares que evoluem de forma insignificante, terminando no carcinoma cervical invasor, ocorrendo em períodos que variam de 10 a 20 anos.

Oliveira (2013) afirma que o CCU é identificado quando há alterações celulares e uma disseminação das células anormais de forma progressiva e gradativa no colo uterino.

Assim, pode-se identificar a existência conceitual com fundamento em aspectos científicos e apropriada ao que é exigido para essa categoria profissional, podendo-se levar em consideração o seu grau de escolaridade, que proporciona facilidade ao realizar uma descrição mais ampla, o que não foi observado em uma pesquisa realizada com 15 ACS na cidade de Santa Catarina, em 2010, quando essa categoria foi questionada sobre o conhecimento a respeito da prevenção do câncer de colo uterino, onde se verificou que os agentes possuíam dúvidas (LANZONI et al., 2010).

Quando questionados sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de CCU, destacaram-se os seguintes relatos:

ACS 2: *Segundo o que eu entendo sobre os fatores de risco? É [...] Mulheres que tem vários parceiros, mulheres que fumam, mulheres que iniciaram a atividade sexual muito cedo, é [...] Estresse. Tudo isso aí pode causar né?* (grifo nosso).

ACS 4: *Na relação sexual ela pode pegar alguma doença do parceiro, também falta de higiene, falta do exame de prevenção* (grifo nosso).

ACS 11: *Relação sexual sem preservação, a falta de prevenção do exame Papanicolau anualmente, Dst's* (grifo nosso).

As transcrições das respostas exibiram aspectos voltados para a multiplicidade de parceiros, a prática sexual sem proteção, o tabagismo, o início precoce das relações sexuais, associados à transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e à não realização da citologia oncótica, o que, de fato, implica em saberes e na transmissão de informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas às mulheres, revelando uma iniciativa que favorece o processo de

educação em saúde, seja nas visitas domiciliares ou em outros locais que permitam esclarecimentos diretos ao público feminino, em especial.

Para reforçar os fatores de risco relacionados, Silveira (2005) elenca elementos para o desenvolvimento do câncer de colo uterino, como a existência de baixas condições socioeconômicas, o início precoce das atividades sexuais, múltiplos parceiros, gravidez precoce, tabagismo, infecções repetitivas pelo HPV e uso prolongado de anticoncepcionais.

Nessa esfera, Feliciano; Christen e Velho (2010) realizaram uma pesquisa estatística descritiva em uma cidade de Santa Catarina, com uma amostra de 264 mulheres, obtendo como resultados que 79% desse público iniciaram as atividades sexuais na faixa etária de 12 a 19 anos, sendo condição considerada como fator de risco para o CCU esse início precoce da vida sexual, demonstrando que as mulheres jovens são mais expostas às causas do câncer. Confirmaram, além disso, que é possível identificar os grupos com maior propensão para o desenvolvimento de câncer de colo uterino, tais como mulheres sexualmente ativas que possuem múltiplos parceiros, com nível socioeconômico baixo e que fazem uso de tabaco, bem como o aumento do uso de contraceptivo hormonal oral, levando à diminuição do uso de métodos de barreira, como o códon masculino ou feminino, o que provoca maior exposição às DST's e aumenta os riscos para o progresso da doença.

Sobre medidas de prevenção que as mulheres devem adotar, obtiveram-se as réplicas a seguir:

ACS 1: Sempre está procurando o médico, fazendo seus exames de rotina, dentro do ano, acho que duas vezes no ano, os exames de rotina no geral e os exames também voltados pra mulher, como citologia (grifo nosso).

ACS 3: Ao meu ver, a prevenção principal, número um, se colocasse numa listagem seria o exame pelo menos uma vez, anual, existem mulheres que não fazem esse exame anual, o citológico. Isso já seria primordial, o número um. E observar suas alterações básicas, porque elas se conhecem né? Sentiu uma alteração, já procurar um serviço médico. Por exemplo, escorrimento, coceiras, ardências como elas fala, ardências nas partes íntimas delas, às vezes quando vai procurar já tá com muito tempo (grifo nosso).

ACS 8: O exame, citologia, eu acho que é o único meio de prevenção pra saber como é que tá que é pra poder prevenir (grifo nosso).

Os relatos mostram que as bases de prevenção para o CCU são a realização da citologia oncológica e a busca por atendimento médico, evidenciando a valorização de medidas secundárias de cuidado, onde nenhum dos entrevistados

citou as primárias, voltadas ao sexo seguro por meio do uso de preservativos, abandono do tabaco, adoção hábitos de vida saudáveis, conhecimento sobre os sinais e sintomas de alerta, que são medidas tomadas para atingir a diminuição do risco de contágio pelo HPV e precaver o câncer uterino. Igualmente, considera-se como prevenção primária a vacinação efetiva de meninas de 11 a 13 anos contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 de HPV.

Nessa concepção, Moura et al. (2010) promoveram uma pesquisa qualitativa com mulheres atendidas em uma UBS a fim de investigar o conhecimento e a motivação que as levaram a submeter-se ao exame, e constataram que pouco se valoriza a prevenção direcionada ao controle das DST, que há ênfase no diagnóstico etiológico das doenças e que o autocuidado é uma postura que deve ser cada vez mais estimulada na vida das mulheres

Partindo da significância dada à realização do teste de papanicolau, por parte dos participantes dessa pesquisa, justifica-se tal ênfase tomando por base o que Junior e Pinho (2003) realçam, ao descreverem que o exame detecta precocemente lesões do colo uterino antes de elas se tornarem invasivas, sendo considerado o mais efetivo e eficiente a ser aplicado coletivamente em programas de rastreamento de câncer cérvico-uterino, correspondendo a uma técnica difundida há décadas. Portanto, o exame colpocitológico apresenta alta eficácia para o diagnóstico precoce, além de ser um método aceito pela população e comunidade científica, seguro, de fácil execução, não invasivo e de baixo custo (BRASIL, 2009).

Ao serem questionados sobre a periodicidade adequada para a realização do exame, pode-se apontar a única resposta, baseada no que o MS recomenda:

ACS 10: *No meu ponto de vista também, fez um exame e não deu nada tem que repetir com um ano porque não deu nada eu acho que nesses dois intervalos de um ano de um pro outro deu tudo oquei e se ela se cuidar eu acho que ela deve esperar uns três anos pra continuar e ficar fazendo de três em três anos até* (grifo nosso).

A resposta apresentada demonstrou conhecimento apropriado sobre a necessidade de realização da citologia oncótica a cada triênio, correlacionando-a aos resultados negativos para a displasia ou neoplasia a cada exame realizado. Essa assertiva é uma relevante conduta de orientação a ser realizada de forma fidedigna, levando sempre em consideração a educação das mulheres para os aspectos considerados fatores de risco e para os sinais e sintomas de prevenção

desse câncer, em uma perspectiva que vai de encontro às estratégias realizadas na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

A esse respeito, é válido considerar a periodicidade trienal para a realização do exame colpocitológico, baseado em estudos que sugerem que não há diferenças significativas na redução de incidência do câncer cervical quando se realizam exames com intervalos anuais ou trienais. Contudo, em se tratando de custos para um programa de rastreamento anual, seriam bem mais elevados, devido ao maior número de coletas de material cérvico-vaginal exigidas, sendo contrário à lógica do custo-benefício que permeia as políticas de saúde, principalmente em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (JUNIOR; PINHO, 2003).

Os participantes foram indagados sobre os cuidados que a mulheres devem ter antes de realizar o exame, ao que replicaram:

ACS 3: *Ela saber [...] ela não tá de menstruação, não é isso? Não ter tido relação sexual, 24 horas, anteriormente, seria o cuidados básico [...].*

ACS 6: *Não pode ter tido relação sexual no dia anterior ao exame, não pode está menstruada nem perto de menstruar. Mulheres gestantes tem um tempo que pode fazer.*

Ao interpretar essas respostas, verifica-se que há conhecimento por parte dos partícipes no que se refere aos cuidados básicos na fase que antecede a coleta do exame. Tal prudência é fundamental para a garantia adequada de material e eficácia do exame, para que não condicionem coletas insuficientes, ou mesmo que a mulher busque o atendimento e se apresente em situação inadequada para realizá-lo. Os entrevistados enfatizaram o período menstrual, a importância da abstinência sexual, e ainda consideraram que há um período apropriado para a gestante realizar o procedimento de coleta.

Além dos cuidados relacionados de maneira bem simples, é importante ligá-los a mais detalhes, informando às mulheres que o exame preventivo é indolor, simples e rápido. Pode causar um pequeno desconforto que diminui se a paciente conseguir relaxar e se o exame for realizado com boa técnica e de forma delicada.

Para garantir um resultado correto, a mulher não deve ter relações sexuais, mesmo com uso de preservativos, nos dois dias anteriores ao exame; deve evitar o uso de duchas, medicamentos vaginais (pomadas, cremes ou similar). É primordial, além disso, que não esteja menstruada, porque a presença de sangue pode alterar o resultado. Mulheres grávidas também podem se submeter ao exame,

sem prejuízo para a sua saúde ou a do bebê, preferencialmente após o primeiro trimestre de gestação (Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/237_papanicolau.html, 2011>. Acesso em: 20 mar. 2016).

5.2.1.2 Subcategoria: O saber empírico sobre o CCU

Nessa subcategoria, destacam-se as respostas a determinadas perguntas do questionário, as quais denotaram um conhecimento deturpado ou baseado no senso comum, remetendo à necessidade de análise acerca de como está sendo realizado o trabalho educativo e informativo reservado ao grupo feminino do território em questão.

Acerca dos relatos sobre o câncer de colo do útero, as respostas conceituais foram:

ACS 4: *É uma **doença que pega através de bactérias**, tipo assim começa pela inflamação que as mulheres acha que é uma inflamação normal, mas na realidade quando vai descobrir pode ser outra doença mais avançada, tipo assim eu não sei bem explicar as palavras (grifo nosso).*

ACS 5: *É um mal que vem e ataca as pessoas, e as pessoas tem que tá não preparada, mas se prevenir contra esse mal e o câncer do colo do útero é uma doença que a mulher tem que se prevenir [...] (grifo nosso).*

ACS 8: *Pra mim, o que é o câncer de colo do útero, começa com um **ferimento**, né? Por falta de prevenção em relação ao colo. **Um ferimento no colo do útero**. É o câncer do colo (grifo nosso).*

ACS 9: *“Eu acho assim câncer de colo de útero é uma... é uma... é assim... é uma, é uma, **uma ferida que causa que causa no câncer tipo uma inflamação, não é?**[...]” (grifo nosso).*

Ao interpretar essas falas, infere-se a concepção empírica voltada para a existência de ferimento ou de processo inflamatório e conhecimentos impróprios para conceituar o câncer cervical. Nessa observância, os relatos apontam para a presença de sinais e sintomas, como um processo inflamatório, ou a presença de secreção vaginal abundante, eritema, edema, dor ou prurido na região da genitália feminina, entre outros, cuja conduta adequada é o encaminhamento ao profissional médico para a realização de tratamento e posterior submissão ao exame colpocitológico.

Para essa significação, o MS (BRASIL, 2006) estabelece que na evidência de sinais flogísticos, as mulheres devem ser imediatamente tratadas e em seguida, direcionadas à coleta de exame preventivo. Vale ressaltar que a ectopia é situação fisiológica e, por isso, as denominações ferida no colo do útero ou raladura

são inapropriadas, bem como é inadequado afirmar que o exame colpocitológico serve para detectá-las, e embora, muitas vezes, seja possível a identificação do agente ou dos efeitos citopatológicos sugestivos de sua presença, o exame preventivo não tem como objetivo identificar DST.

A respeito de como a mulher pode prevenir o CCU, a interlocução selecionada foi:

ACS 7: *Fazer exames periodicamente, exames ginecológicos que por sinal são de fácil acesso na maioria dos casos que é nas unidades de saúde, eu acho que questão de, de amor próprio, questão de higienização, questão de buscar informações, mas, no geral, eu acho que tempo é, é [...] tempo, e querer se cuidar porque [...] e querer se cuidar pra fazer o exame, o exame é simples e é gratuito nas unidades de saúde, principalmente.*

A resposta descrita acima deu ênfase à realização de exames ginecológicos com o escopo de prevenir a neoplasia cérvico-uterina, porém não fez referência ao exame que teria esse objetivo. É válido destacar que apesar de não citar o exame, foi o único participante que deu ênfase ao cuidado da mulher na busca por informações que estimulem o autocuidado e, concomitantemente, a realização de exames oferecidos nas UBS, remetendo aos estímulos educacionais e informativos da maneira que relaciona como apropriada ao entendimento de que as mulheres necessitam.

Ressalte-se a argumentação destinada à idade ideal para a realização e periodicidade do exame, demonstrando que nenhum dos entrevistados respondeu adequadamente e apenas um revelou conhecer a respeito da periodicidade, como observado na subcategoria sobre o saber com embasamento científico.

Para melhor compreensão, coadunaram-se as seguintes contestações:

ACS 2: *A partir do momento em que **começa a ter a vida sexual ativa**, essa mulher já pode tá fazendo o exame né? Porque a gente sabe que atualmente o câncer do colo de útero, ele não atinge só mulheres de 40, 60 anos, jovens também, eu conheço jovem que já faleceu de câncer de colo do útero, sem nem ter um filho e nem nada (grifo nosso).*

ACS 5: ***A partir dos 30 anos** (grifo nosso).*

ACS 7: *O exame de prevenção? Eu acho que **depois que começa ter relação sexual?** Eu acho que sim (grifo nosso).*

ACS 3: *A idade, nos dias de hoje, é **a partir de quando ela já tem a primeira atividade sexual, a gente já recomenda a procurar realizar** (grifo nosso).*

ACS 1: ***A cada seis meses** (grifo nosso).*

ACS 6: ***Normalmente uma vez por ano**, tem mulheres que dependendo do resultado do exame tem que fazer de seis em seis meses (grifo nosso).*

ACS 7: *Eu acho que pelo menos duas ou três vezes ao ano seja ideal* (grifo nosso).

ACS 12: *No início pelo menos de 2 em 2 anos, mas o certo seria todo ano* (grifo nosso).

As afirmações indicam que a idade para efetuar a coleta do exame está relacionada ao início da vida sexual. Sobre tal fato, nota-se que a idade precoce favorece o maior número de parceiros sexuais em toda a vida. Nesse contexto, mulheres muito jovens podem apresentar diversos comportamentos de risco para a contaminação pelo HPV e demais DST's, principalmente pela prática de sexo desprotegido.

Então, as respostas desses entrevistados conectam-se à realidade que eles exibem: a necessidade de realizar o exame o mais cedo possível, como forma de prevenção. Todavia, para refutar essas afirmativas, o método de rastreamento do CCU deve ser oferecido gratuitamente às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, idade em que já tiveram atividade sexual, sendo a quarta década de vida da mulher o período em que se encontram as maiores incidências.

Junior e Pinho (2003), ao tratar sobre a questão da idade, confirmam que rastrear jovens não sinaliza impacto na redução de incidência por câncer cervical, pois nesse grupo populacional, as lesões predominantes são de baixo grau e mais da metade apresentam regressão espontânea dentro de seis a dezoito meses. Outrossim, os autores destacam a relação de custo-benefício para a periodicidade a cada três anos, mediante dois exames anuais negativos.

Com relação aos cuidados antes da realização do exame, foi possível captar os seguintes discursos:

ACS 1: *Não ter relações no dia anterior e também não tomar banho, não lavar a região que vai ser coletado o material* (grifo nosso).

ACS 5: *Não é necessário nenhum cuidado* (grifo nosso).

No que se refere às cautelas adotadas e que antecedem a coleta do teste papanicolau, observou-se o desconhecimento dos ACS para um fato essencialmente importante para a eficácia dos resultados dos exames, além de demonstrar, nesse quesito, informe errôneo quanto à negação de cuidado e à não higienização da genitália, onde se percebe que o perfil de educador se encontra totalmente fragilizado para atuação em locais que ofereçam oportunidades para extinguir as dúvidas das mulheres e proporcionar uma coleta de material adequado.

Em outro estudo, articulado por Vasconcelos et al. (2011), demonstrou-se um conhecimento considerado vasto por parte das mulheres, em comparação ao resultado da presente pesquisa, obtendo-se os seguintes resultados no se refere à avaliação do conhecimento: das 250 mulheres participantes do estudo e dentre as que responderam, citaram abstinência sexual, higiene íntima e não usar duchas ou cremes vaginais.

5.2.2 Categoria II: Ações dos agentes de saúde para a prevenção do CCU

Nessa categoria, sublinham-se as representações em função das transcrições das falas, com a finalidade de apresentar e proporcionar o julgamento de ações ou estratégias realizadas *in loco* nas microáreas de responsabilidade dos ACS. Apreende-se que há uma superficialidade quando os participantes citam a promoção de palestras educativas como incentivo à realização da citologia oncótica, seja em grupos ou nas visitas domiciliares, muitas vezes voltadas para informações como horários estabelecidos pela equipe ou agendamento do exame.

Percebeu-se, ainda, que o ser e o fazer ACS engrenam-se em um *mister* de funções cotidianas, pois não se verificou a emissão de orientações essenciais, que também são necessárias para a efetiva busca pela prevenção.

Sobre as características apontadas, importa considerar que há uma variedade de expectativas existentes sobre a função do ACS, que ora se vê como educador em saúde, ora como organizador de acesso e observador da comunidade, levando informações para a equipe, como a identificação e captação de necessidades, demonstrando uma dicotomia entre o que se pensa e o que se faz, mediada pela percepção de que o objeto de atenção é a família como um todo, em uma área territorial definida, com práticas voltadas para a promoção e prevenção, dando ênfase às ações educativas (DALMASO; SILVA, 2002; JORGE, 2007).

Quanto às ações de prevenção realizadas pelos entrevistados, são observadas nas falas a seguir:

ACS 5: *Oriento na visita domiciliar, falo o dia e o horário que é feito o exame e encaminho. Eu sempre acompanho assim, eu tenho as minhas fichas ou então um caderninho que eu anoto o nome daquela pessoa, endereço e tudo e às vezes a data porque aí eu sempre reaviso ela novamente assim: tá perto de você fazer outro exame (grifo nosso).*

ACS 6: *É feito palestras educativas na comunidade no geral, oriento e converso durante a visita domiciliar acerca do dia da citologia e horário do*

exame, os cuidados que a mulher tem que ter, o porquê dela fazer o exame (grifo nosso).

ACS 7: [...] *no mais a gente pede o principal é a questão do exame, pra vir quando tem os dias de marcação de exames de prevenção aqui no posto, a gente marca pra elas, a gente fica indagando elas que o exame é simples, é rápido, que não vai atrapalhar, que não vai doer, isso durante as visitas domiciliares. Como tem os dias específicos pra esse tipo de exame a gente fica indagando elas e informando o risco que ela corre e como é fácil e acessível o exame. No dia da visita se alguém se interessa em fazer o exame a gente já marca. Tem o dia específico no posto de manhã e à tarde a gente já traz todos os dados e já tem os dados aí no dia ela vem só fazer o exame (grifo nosso).*

ACS 10: *Palestras, geralmente acompanhada do enfermeiro porque é tipo assim o agente de saúde na comunidade acho que por ser visto todo dia rotineiramente a gente perde um pouco a credibilidade daquilo que a gente fala e aí geralmente a gente opta por levar uma pessoa diferente com uma visão diferente, com um conhecimento mais aprofundado em relação aí a gente reúne as mulheres faz a palestra. Antes quando a gente tinha ambulância disponível a gente levava a ambulância pra área pra colher o material na casa da mulher. Levava geralmente a técnica de enfermagem que não tinha aquela coisa: – ah é um homem! Aí a gente fechava a ambulância e aí era colhido. A gente fazia esse mutirão em todas as áreas uma vez por mês, então facilitava muito (grifo nosso).*

ACS 13: *Nós fazemos palestras em grupo, nas visitas diárias eu oriento sobre a questão do cuidado com as mulheres (grifo nosso).*

Nota-se que a promoção da saúde acontece em nível individual ou grupal, na visita domiciliar, articulando-se com o trabalho da equipe, com destaque para a sua dimensão instrutiva, onde muitas informações são pontuadas na busca de propiciar um encontro apropriado com a mulher. Apontamentos como as medidas de prevenção primária não se revelaram entre os requisitos propostos para a prevenção, tais como sinais e sintomas ginecológicos de alerta, prática de sexo seguro, incentivo à vacinação contra o HPV, entre outras informações tão relevantes quanto o estímulo à realização do exame.

Salienta-se uma das respostas, a qual dá atenção aos ACS que realizam suas atividades em zona rural, onde são motivados a realizar diferentes estratégias de captação de mulheres, a exemplo da realização de mutirões de saúde, momento em que toda a ESF se desloca para determinada área rural a fim de realizar o atendimento, utilizando-se de improvisos de locais para a assistência individual ou coletiva, que muitas vezes ocorre na residência de um dos moradores, em uma escola e até mesmo em uma ambulância, como referido em uma das falas.

Então, acontece naquele contato a oportunidade para realizar a sensibilização das mulheres, bem como o tratamento de sinais e sintomas e até mesmo a coleta de material para o exame. Nesse momento, vem à tona a questão da acessibilidade, permeada por grandes desafios das famílias residentes em zona

rural e pelo processo de trabalho peculiar das ESF, que se desdobram para viabilizar o acesso às ações de saúde.

Em relação ao trabalho em equipe, o ACS ressaltou a importância da figura do enfermeiro como educador em potencial para proporcionar a uma palpitante sensibilização das mulheres, vinculando-as à possibilidade de rastreamento do CCU.

Sobre esta ótica de práticas, Lanzoni et al. (2012) realizaram entrevistas com ACS de duas UBS, onde a maioria relatou que prestava informações básicas sobre a prevenção do CCU e revelou a necessidade de saber mais sobre a saúde da mulher para obter mais argumentos no momento de esclarecer as dúvidas da comunidade. Destarte, demonstraram suas preocupações e seus anseios quanto à qualidade das informações que prestam à população, daí porque consideraram imprescindível conhecer os assuntos para melhor atender à população.

Portando, concretiza-se, por meio dessas entrevistas, que há fragilidade e fragmentação das informações dispensadas ao público feminino. Daí porque se propõem os demais encontros, como descritos a seguir.

5.3 Roda de conversa e oficina temática sobre câncer de colo do útero

5.3.1 Roda de conversa

O terceiro encontro foi realizado em uma das salas de aula da UEMA, Anexo-Saúde, posteriormente às entrevistas, com agendamento programado de acordo com a negociação e por meio de aviso prévio impresso e fixo no mural das respectivas UBS. Estiveram presentes sete participantes, dois homens e cinco mulheres, todos pertencentes à ESF da zona urbana.

Transcreveram-se alguns trechos de falas que marcaram o encontro, para os quais se utilizou a letra P (de participante), seguida do numeral ordinal para a identificação. Os ACS da zona rural não compareceram, então acredita-se que a questão do deslocamento para o local foi um impedimento para que eles se fizessem presentes.

A roda de conversa realizada nesse momento da pesquisa, referente à prevenção do câncer de colo uterino, possibilitou considerar aspectos importantes

com a integração dos participantes, pesquisadoras e colaboradoras, por meio da conversação.

Partiu-se da constatação de que o diálogo contribui com a autonomia do sujeito, rompendo com a cultura do silêncio, até porque a premissa básica daqueles que realizam o processo educativo é proporcionar o fortalecimento pessoal dos seres humanos com quem interagem e ajudá-los a ajudar-se, fazê-los agente de sua transformação.

Para Freire (1994; 2001), em uma relação vertical em que há ausência de uma experiência dialógica e de participação, as pessoas tornam-se inseguras e incapazes de tomar decisões. Ao tempo em que quando se estabelece uma relação de reciprocidade, desvela-se um processo interativo.

Considera-se, também, que a realização desse encontrou tomou um caráter de educação permanente dos profissionais, no sentido de ampliar e atualizar o conhecimento a respeito da temática.

A *roda*, segundo Melo e Cruz (2014), é um espaço que estabelece o ambiente de diálogo e interação, ampliando suas percepções sobre o conhecimento do cotidiano e seu processo de trabalho.

A conversa foi estruturada por perguntas e conceitos envolvendo diversos tópicos que foram estimulados no decorrer no encontro, entre os quais, destacam-se: o conceito de câncer de colo uterino; a anatomia do aparelho genital feminino; foco nos fatores de risco para o desenvolvimento do CCU, com abordagem dos sinais e sintomas mais comuns; ênfase nas orientações de prevenção primária, incluindo a vacinação contra o HPV; periodicidade preconizada para rastreamento; e as medidas a serem adotadas pelas mulheres antes de realizar o exame.

Os colaboradores desse estudo fizeram-se presentes e, então, iniciou-se o evento, com a organização das cadeiras dispostas em roda e confecção de crachás. Ao chegar ao local, cada um dos participantes recebeu um crachá, onde escreviam seu nome para auxiliar em sua identificação, o que facilitou os registros da observação pelo roteiro do diário de campo, bem como no decorrer do encontro. Às 8h40, iniciaram-se as atividades, com a apresentação de cada um dos integrantes da roda e uma dinâmica de grupo, visando a um “quebra-gelo” (Anexo D), que durou em torno de dez minutos, com o intuito de tornar o ambiente descontraído e deixar os participantes à vontade.

Não se percebeu timidez nas atuações, e associou-se tal aspecto ao fato de todos pertencerem à mesma equipe, pois demonstraram uma ótima relação interpessoal. A dinâmica propiciou um momento de descontração permeado por muitos sorrisos.

A seguir, utilizou-se um recurso audiovisual, com a projeção de um vídeo intitulado *O amor em tempos de HPV*⁷, empregado como estímulo provocador para iniciar o diálogo. O vídeo remete a uma abordagem sobre o vírus HPV, de forma didática, demonstrando a transmissão, a replicação, o aparecimento de sinais e sintomas, e a busca de tratamento, intensificando a adesão ao sexo seguro. A partir daí, um dos partícipes mencionou sua compreensão sobre o vídeo, como exibido nesse trecho de sua fala:

P3: *O desespero quando se sabe que tem HPV, com dúvidas sobre o tratamento e medo de ter algo mais sério, medo de morrer.*

A empatia demonstrada pelo ACS revela o temor que as mulheres sofrem ao serem diagnósticas com algum tipo de doença, principalmente quando essas desconhecem a possibilidade de tratamento e cura, e esse fato ainda se torna um impedimento na busca de atendimento médico e uma barreira para a realização do papanicolau.

Sobre essa condição, os demais participantes apontaram situações alegadas pelas mulheres para a não realização do exame colpocitológico, em conformidade com a literatura, a saber: medo de expor o corpo, vergonha, idade precoce ou avançada, o fato de ser histerectomizada, ausência de parceiro fixo e barreiras culturais.

Uma das colaboradoras demonstrou anatomicamente o aparelho feminino, por meio de uma prótese, destacando os órgãos que o constituem, focalizando no colo do útero, com a descrição dos sinais e sintomas de alerta, e os fatores de risco para o desenvolvimento do CCU. No decorrer de seu discurso, enfatizou a necessidade de as mulheres serem informadas sobre tais aspectos e

⁷ Produção do Núcleo de Divulgação do Programa de Oncobiologia (vinculado ao Instituto de Bioquímica Médica da UFRJ) para prevenção dos tipos de câncer relacionados ao Vírus do Papiloma Humano (HPV). A animação foi feita com a técnica de Stop-motion em massinha. Mais informações no site <www.oncobiologia.bioqmed.ufrj>. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=OIhkABRvSwl>>. Acesso em: 25 maio 2016.

que investir nesse tipo de informação se torna imprescindível para impactar na redução de câncer cervical.

Nesse momento, os partícipes demonstraram-se atentos e curiosos em conhecer ou reconhecer essa anatomia feminina. Acredita-se que isso foi possível pelo do uso da prótese, que despertou a atenção de todo. Ressalta-se que Ceccim (2005) afirma que o uso de instrumentos e recursos com conteúdo pertinente favorece a educação permanente para a formação técnica dos profissionais.

Partindo da pergunta: O que é realizado para que a mulher tenha vontade de fazer o exame?, houve a seguinte resposta em destaque:

***P7:** Orientar a mulher para que ela faça o exame com frequência, pois as chances de cura é muito grande, mas a gente tem resistência em mulheres idosas, devido a cultura, mas devido as orientações e propagandas elas procuram fazer o exame.*

Nota-se que a ênfase no discurso anterior, sobre a importância de proporcionar às mulheres momentos de informações, a fim de promover o autocuidado, refletiu-se positivamente na alocação acima, já que ainda apontou a dificuldade apresentada pelas idosas. Entretanto, com promoção da saúde e da mídia, o potencial de rastreamento tem chances de acontecer.

Rodrigues et al. (2012) refutam que a utilização da mídia impressa e verbal visa a atingir um maior número de usuárias dos serviços do SUS, porém o alcance dessa estratégia é de difícil mensuração.

Durante o diálogo, um dos participantes fez ressalva sobre o local de realização do exame, evocando a fala: **P1:** *Elas fazem na rede particular.* Os demais complementaram, afirmando que o público feminino das áreas exibe insatisfação pela demora em receber o resultado e, às vezes, descrença na qualidade do exame realizado na UBS, preferindo fazê-lo na rede privada, onde **P1:** *No máximo em dois dias estão com seu exame em mãos.* No que se refere à não utilização da UBS para realizar o exame preventivo, Andrade et al. (2010) reportaram que 38% das mulheres participantes do estudo executaram o último procedimento em setor privado, situação considerada de grau elevado.

Sobre a imunização contra o HPV em meninas adolescentes, todos os participantes consideraram-se despreparados para transmitir informações sobre a vacina, confirmando que diversas vezes suas ações são delegadas com o escopo

de atingir metas, sem qualquer tipo de informação prévia pertinente à execução das atividades, como revelado no discurso: **P5:** *Ninguém nunca chegou pra explicar. Fomos pra escola pra falar que as meninas seriam vacinadas, mas só isso, sem saber de nada sobre ela.*

A esse respeito, compartilham-se conhecimentos a fim de clarificar informações importantes sobre a vacinação, com suporte teórico, reforçando que se trata de uma vacina quadrivalente, contra infecções dos subtipos de HPV 6, 11, 16 e 18, que tem sido uma ferramenta utilizada em vários países para a prevenção do HPV e câncer do colo do útero. Tem-se como público-alvo meninas de 9 a 13 anos de idade, o que sugere que ainda não houve contato com esses tipos de vírus nessa faixa etária. Saliente-se que a vacinação em homens melhora moderadamente o efeito sobre a incidência de câncer cervical, que o governo brasileiro adota essas estratégias apenas para a população feminina, e que vaciná-las antes dos 14 anos mostra um melhor impacto sobre a incidência desse câncer, além de reduzir gastos com a produção da vacina (BOONE; ERICKSON; HUH, 2012; RIBASSIN; LOUNES; CLEMENCON; 2012).

Por isso, considera-se pertinente que a ESF promova um momento para realizar a educação permanente destinada a esse assunto, porque em virtude do tempo e dos objetivos desse encontro, as informações foram repassadas de forma sucinta, gerando a necessidade de mais informes.

Durante o diálogo, os ACSs manifestaram desejo de aprender, interagindo constantemente, fazendo questionamentos e expondo suas necessidades de aprendizagem. Notou-se situação semelhante em estudo realizado para uma capacitação de agentes, demonstrando a necessidade de obterem informação, a vontade de se conhecerem, de cuidarem de seu próprio corpo, de exteriorizarem suas dúvidas, há muito tempo guardadas. Os autores ainda mencionaram que diante do avanço tecnológico e científico pelo qual a sociedade vem passando, intensifica-se a necessidade de aperfeiçoamento e atualização de conhecimentos, principalmente aos profissionais atuantes na área da saúde e educação, e que o ACS merece destaque para integrar-se no processo de atualização de saberes (LANZONI et al., 2012).

A roda de conversa foi realizada com êxito, destacando a relação dialógica com a participação ativa de todos os membros envolvidos, com discursos

problematizados, sobressaindo-se alocações voltadas para a necessidade de educação permanente para a temática da vacina contra o HPV e problemas organizacionais, como a ausência de resultado do exame, que se torna uma grande barreira no rastreamento do câncer.

Os participantes indicaram situações comparativas, revelando que em tempos remotos, havia falta de material para a coleta, o que não acontece atualmente. Todavia, o resultado não é apresentado em tempo hábil, e há barreiras encontradas no dia a dia de seu processo de trabalho quanto a incentivar os adolescentes às práticas preventivas, observadas a partir dessa alocação: **P4:** *Os jovens são informados mas não se previnem*, onde se nota que as metas de prevenção podem não ser alcançadas.

Percebeu-se que os ACS mantinham um relacionamento afetivo com a equipe de saúde da ESF e com os usuários. Suas atividades são exercidas conforme a normas regulamentares que regem suas atribuições e desempenham atividades de prevenção, promoção e educação em saúde. Porém, notou-se que almejavam uma preparação teórica mais adequada para lidar com situações cotidianas e que o tema bordado precisa ser atualizado anualmente.

Em relação aos benefícios que a metodologia dialogada favorece no conhecimento dos agentes, a pesquisa de Silva et al. (2012), cujo objetivo foi relatar a experiência de capacitação de ACSs a respeito do tema câncer cérvico-uterino, resultou na utilização, pelos profissionais, de seus conhecimentos prévios e experiências vividas para compreender e refletir sobre novos saberes que lhes eram transmitidos, e tal atividade lhes forneceu novas ferramentas para o exercício profissional. Os autores incentivaram a realização da capacitação e a atualização constante desses profissionais para a promoção de saúde e o fortalecimento do SUS.

Nessa vertente, Kafer e Scheid (2007) afirmam que a educação contribui para subsidiar e fortalecer as orientações prestadas com propriedade e consistência à comunidade.

Terminada essa etapa, estipulou-se um intervalo de 15 minutos para descanso e socialização dos participantes e logo após deu-se continuidade às atividades, com a aplicação do teste para avaliação dos conhecimentos apreendidos, cujos resultados serão verificados no subitem adiante.

5.3.1.1 Teste

Após o diálogo, foi aplicado um teste (Apêndice E) com quatro questões abertas. Para análise das respostas, utilizou-se o método do gráfico de similitude e nuvem de palavras, que agrupa os vocábulos e os organiza graficamente em função de sua frequência. Segundo Camargo e Justo (2013), é uma análise lexical mais simples, porém graficamente interessante.

Sendo assim, utilizando o IRAMUTEQ, a construção do *corpus* de todas as respostas constatou textualmente a frequência de palavras e foram encontradas 308 ocorrências, 13 segmentos de texto e 7 números de texto. Desse modo, foram selecionadas e transcritas algumas respostas que clarificam a avaliação, e também utilizou-se a letra *P* para a identificação.

Prosseguindo, houve a exploração do material, com a finalidade de verificar as expressões dos conhecimentos dos participantes sobre questões como conceito, sinais e sintomas do câncer cérvico-uterino, e exame destinado à sua prevenção. Com a permissão de uma organização interna dos diversos elementos constituintes dessa representação, usou-se o recurso de análise de similitude, visando a avaliar as co-ocorrências existentes entre as conexões do *corpus* textual (PEREIRA, 2005). (Figura 3).

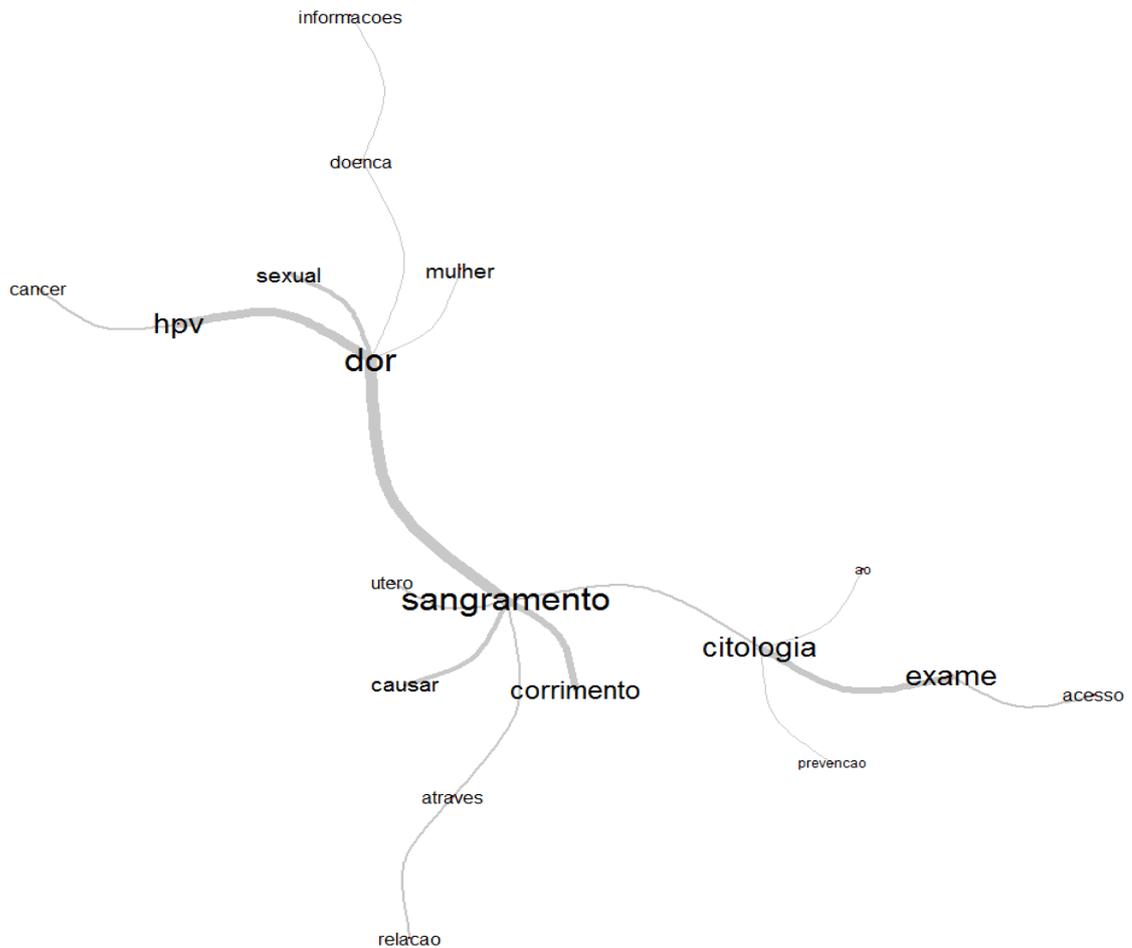


Figura 3 – Resultados da análise de similitude. Caxias-MA, 2016.

Fonte: elaborado pela autora.

Observa-se que a árvore é exibida na interface dos resultados da análise de similitude, com a identificação de ocorrências simultâneas entre as palavras e sugestões de conexidade entre os seis termos: HPV, dor, sangramento, citologia, exame, todos auxiliando na apresentação do campo representacional dos resultados do teste aplicado.

Pelos extratos abaixo, pode-se compreender que a descrição do conceito de câncer de colo uterino está vinculada à transmissão do HPV, evidenciando a co-ocorrência entre HPV e câncer:

P1: *É um tipo de câncer, atinge o útero da mulher através do vírus HPV, após uma relação sexual sem camisinha.*

P2: *Alterações causadas nas células do colo do útero, sendo estas alterações causada pelo HPV.*

Nessa análise, observa-se que todas as respostas remeteram à transmissão do HPV, levando às modificações celulares, dando origem ao câncer.

Retomando a questão conceitual, apenas um dos participantes entrevistados fez menção sobre o vírus. Durante a roda de conversa, esse aspecto foi discutido, voltado aos tipos virais mais oncogênicos e sobre a vacina quadrivalente contra o HPV, disponível em todas as UBS brasileiras. Com esse fato, considera-se que estimular a habilidade de *ter conhecimentos técnicos*, conforme Brasil (2009), é essencial para o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde, para todo trabalhador dessa área.

Relembrando o que INCA (2015) estabelece sobre esse aspecto conceitual, destaca-se:

O câncer do colo do útero, também chamado de cervical, é causado pela infecção persistente por alguns tipos (chamados oncogênicos) do Papilomavírus Humano - HPV. A infecção genital por este vírus é muito frequente e não causa doença na maioria das vezes. Entretanto, em alguns casos, podem ocorrer alterações celulares que poderão evoluir para o câncer (BRASIL, 2015).

Sublinham-se os organizadores **dor e sangramento** e suas respectivas relações com os segmentos **sexual, mulher, doença, informações, útero, causar, corrimento, através e relação**.

Esses termos são tratados como características que evidenciam os sinais e sintomas de alerta na busca por prevenção, apresentados pelas mulheres, o que pode ser observado nesta resposta: **P3: Corrimento; sangramento; verrugas; dor nas relações sexuais; feridas**.

Assim, tem-se como características de alerta mais citadas: dor e sangramento. Com as conexidades, trazem uma significância que: as mulheres precisam de informações a esse respeito e que a doença do útero é transmitida pela relação sexual devido ao HPV.

Sangramento vaginal espontâneo após o coito ou esforço; corrimento vaginal anormal; dor pélvica; dispareunia e, em casos mais avançados, podem estar associadas queixas urinárias ou intestinais. Esses sintomas podem, não necessariamente, significar o desenvolvimento de câncer de colo de útero, porque também podem estar associados a outros tipos de patologias, no entanto, requerem a busca de atendimento médico.

Lowdermilk et al. (2012) consideram que o CCU pré-invasivo é frequentemente assintomático. O sangramento vaginal anormal, principalmente o pós-coito, é o sintoma clássico do câncer invasivo e os outros sintomas tardios incluem sangramento retal, hematúria, dor nas costas, dor nas pernas e anemia.

Os participantes responderam corretamente que o exame destinado ao rastreamento precoce do câncer, como demonstra a Figura 3, é a citologia. Nessa assertiva, Lowdermilk et al. (2012) ressaltam que o método isolado mais confiável para detectar o câncer pré-invasivo é o teste papanicolau, que pode detectar 90% das alterações cervicais iniciais.

Pelo método da nuvem de palavras, demonstrado na Figura 4, o *software* IRAMUTEQ realizou uma organização lexical, graficamente, em função de sua frequência, permitindo rápida identificação das palavras-chave do *corpus*. Pela análise da significância dada à última pergunta do questionário: O que você deve realizar para melhorar a adesão das mulheres ao exame preventivo?. Os eixos mais citados nas respostas foram: **exame, acesso, através, informações, prevenção**.

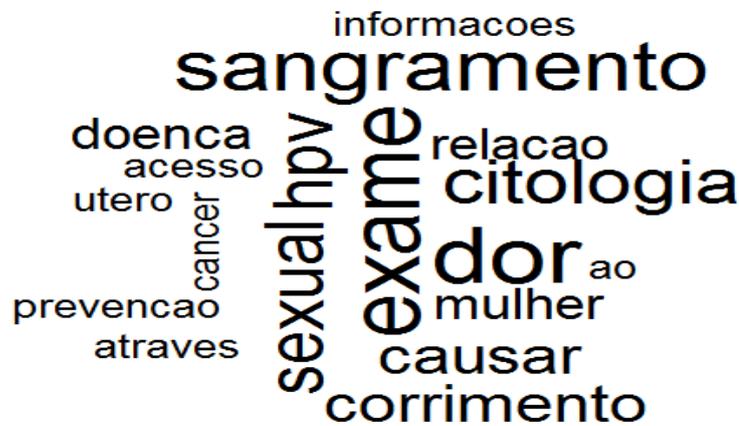


Figura 4 – Resultados da análise de nuvens de palavras. Caxias-MA, 2016.

Fonte: elaborado pela autora.

Sobre a habilidade de executar e colaborar para a prevenção do câncer cervical, é interessante notar que a ligação entre informações/orientações e a realização do exame citológico é frequente, como se pode observar nessas alocações:

P2: *Mais eficácia das orientações a elas, facilitar o acesso ao exame.*

P6: *Dar informações, melhorar o acesso dessas mulheres ao posto de saúde ou ao local onde essas possam realizar o exame.*

P7: Facilitar o acesso dessas mulheres às UBS, orientá-las quanto à importância do exame de prevenção e estar sempre trabalhando a questão da orientação voltada para a saúde como um todo.

As repostas demonstram que eles assumem a responsabilidade de realizar orientações que envolvam os aspectos preventivos e a acessibilidade das mulheres à UBS, na busca de efetivar a ação. Sobre isso, encontram-se semelhanças nas transcrições das entrevistas, que teve como resultado a realização da promoção da saúde, mas há ausência no sentido de apontar as medidas de prevenção primária entre os requisitos propostos para tal.

Apesar disso, na fase do teste citaram com veemência a questão do acesso, que carrega consigo uma série de significações. A esse respeito, Brasil (2012) exhibe, entre os fundamentos e diretrizes da atenção básica, o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, caracterizando-o pelos aspectos de: qualidade e resolução; acolhimento de usuários, com a promoção da vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde, pressupondo, ainda, uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde por livre demanda.

A roda de conversa e o teste mostraram-se como uma oportunidade de compartilhar experiências e sentimentos, bem como avaliar as contribuições dos aspectos teóricos, vislumbrando uma projeção positiva sobre as abordagens educativas propostas e mencionadas para o público feminino.

O encontro foi finalizado por volta de meio dia, com agradecimentos pela participação de todos e, em acordo, foram agendados dia e horário do próximo encontro.

5.3.2 Oficina temática

Nesse encontro, contou-se com a presença dos mesmos participantes do momento anterior, com duração de aproximadamente 2h30, iniciando às 14h30.

O planejamento dessa oficina teve como mola propulsora o que Brasil (2004) menciona sobre o desafio, que é preparar profissionais adequados às necessidades do SUS, pois tal fato implica, entre outras mudanças, profundas alterações na forma de organização da formação desses profissionais, e que é necessário que eles se conscientizem da importância do conhecimento científico

agregado à experiência dos ACS. Portanto, a realização dessa oficina foi pautada no processo participativo, seguindo a proposta do MS para a educação permanente, por meio da educação problematizadora, dialógica e participante (AFONSO, 2006; BRASIL, 2009).

A oficina atende ao que foi afirmado por Melo et al. (2010), permeada por uma prática pedagógica dinâmica, baseada em intercâmbios de saberes técnico-científicos e populares, possibilitando o fortalecimento do processo de aprendizagem, pois os questionamentos formulados pelos envolvidos acerca das próprias experiências cotidianas promovem a inclusão social e abertura de novas perspectivas de vida.

Iniciou-se um diálogo para que o grupo refletisse sobre como são as estratégias atuais que eles utilizam para propiciar, de modo geral, o envolvimento de toda a ESF sobre a temática em questão.

As estratégias mencionadas foram semelhantes às respostas das entrevistas, citando, de modo geral, que as informações são cedidas durante as visitas domiciliares, estimulando as mulheres a buscarem a UBS às quartas-feiras, dia da semana estabelecido pela ESF, e promovendo palestras educativas antes da coleta.

Após essa autorreflexão, propôs-se que o grupo desenvolvesse a construção simbólica de uma árvore, cujo objetivo estivesse voltado para a configuração de estratégias sugeridas para a prevenção do câncer cervical. Sugeriu-se que o desenho fosse nomeado por “Árvore de ideias”, e que o grupo teria de escolher um título para caracterizá-la. Observou-se que as discussões e o compartilhamento de informações com os ACS contaram com a afinidade do grupo, o que tornou toda a atividade simples e agradável.

Os participantes foram estimulados a buscar figuras em revistas e recortá-las, buscando imagens e palavras. Foram disponibilizados pincéis e lápis de cor, para que pudessem constituir cada parte da árvore, composta por: raiz, caule, copa e frutos.

A oficina foi mediada por questionamentos a fim de estimular a reflexão dos participantes para a escolha de estratégias que fossem pertinentes à sua realidade cotidiana, sendo possível aferir a existência de trabalho em equipe pelo grupo, com demonstrações de divisão de tarefas, onde cada membro foi designado

- Caule: há necessidade de maior envolvimento entre o trabalho da equipe, a gestão e a comunicação entre comunidade e serviço; aumentar o investimento voltado para a capacitação dos profissionais da equipe que, em conjunto, podem viabilizar a transformação da realidade local.
- Frutos: mesmo com o investimento do governo na realização de propagandas, muitas mulheres ainda se sentem envergonhadas em buscar a realização do exame; é premente que a gestão municipal tome providências quanto à entrega de resultados dos exames em tempo hábil, o que poderia garantir satisfação e confiança das usuárias, além de estabelecer um diagnóstico fiel. Além disso, há necessidade de efetivação da educação permanente no serviço, envolvendo assuntos pertinentes aos problemas locais; realização de palestras planejadas com antecedência; controle individual dos ACS por meio de fichas, para que possam acompanhar de forma mais organizada a periodicidade para a realização do exame, e viabilizem o agendamento programado das coletas, que seriam realizadas por demanda espontânea, respeitando sempre as suas particularidades; necessidade de buscar ativamente as adolescentes para realizar a vacinação contra o HPV, pois nesse momento, é considerada uma falha.

Sobre esses aspectos, Brasil (2012) recomenda que o serviço de saúde deva se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população e/ou de diminuir danos e sofrimentos desta ou, ainda, ser responsável pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. Ainda ratifica que a proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desvelamos que o conhecimento e as práticas dos ACS sobre o câncer do colo uterino apresentaram lacunas e fragmentos nesses aspectos. Os resultados apontaram que os saberes dos ACS sobre câncer de colo uterino apresentaram diversidades envolvendo o saber com embasamento científico e o saber empírico. A maioria dos entrevistados possui conhecimento fundamentado na literatura e utilizam uma linguagem adequada e compreensível para que as mulheres possam captar as informações sobre aspectos conceituais e fatores de risco; a prevenção é direcionada às medidas secundárias e alguns cuidados foram citados como importantes antes de realizar o exame. Os demais, empiricamente associaram o conceito de câncer a um ferimento, bem como saberes inadequados, e associaram que a coleta do exame deve ser realizada desde o início da vida sexual, independente da idade, além de desconhecerem os cuidados que antecedem a realização do exame.

Constatou-se que as ações destinadas à prevenção do CCU acontecem com a promoção da saúde, por meio de palestras educativas em nível coletivo, bem como nas visitas domiciliares, com incentivo à realização de citologia oncológica.

O estímulo ao senso crítico aconteceu com o diálogo problematizador realizado por meio da roda de conversa, onde os participantes manifestaram desejo de aprender e, assim, atuar da forma mais adequada para lidar com situações cotidianas.

Em se tratando das estratégias sugeridas pelos ACS para melhorar a adesão das mulheres às medidas preventivas, citaram ações viáveis à realidade, porém perpassam a estrutura e o processo de trabalho.

Diante dos resultados encontrados torna-se necessário pontuar que as estratégias para prevenção do CCU, devem ser planejadas pela equipe com apoio da gestão municipal, propiciando à usuária a confiabilidade em receber seu exame em tempo hábil e conseqüentemente levando à sua autonomia e veracidade das informações transmitidas, bem como a capacidade de cuidar-se. A educação permanente dos profissionais constitui uma necessidade para tornar as ações educativas mais adequadas às necessidades da população e sua realização deve ser realizada periodicamente no intuito de fortalecer o conhecimento, onde todos

ensinam e todos aprendem pelo compartilhamento de saberes, sempre em busca da reparação e das melhoras para o atendimento assistencial à mulher.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, K. M. et al, Cobertura do teste de papanicolau e fatores associados à não realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2009.
- AMORIM, V. M. S. L. et al. Fatores associados à não realização do exame de papanicolau: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2006.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: ANDRADE, M. S. et al. Fatores associados à não adesão ao papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 111-120, jan./mar. 2014.
- ANDRADE, L.O.M; BARRETO, I.C.H.C; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S; MINAYO, M.C.S; AKERMAN, M. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006.
- ÁVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 16, n. 1, p. 349-360, 2011.
- AYRES, J. R. de C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-84.
- BARDIN. **Análise de conteúdo**. Edições 70, 2011.
- BAPTISTINI, R. A.; FIGUEIREDO, T.A. M; Agente comunitário de saúde: desafios na zona rural. **Ambiente & Sociedade**. São Paulo v. XVII, n. 2 n p. 53-70 abr.-jun. 2014
- BARROS, D.F; BARBIERI, A.R; IVO, M.L.; SILVA, M.G. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 78-84.
- BARROS; S. M. O.; MARIN, H. F.; ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**: guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca, 2002.
- BOONE, J. D.; ERICKSON, B. K.; HUH, W. K. New insights into cervical cancer screening. **J. Gynecol. Oncol.**, v. 23, n. 4, p. 282-287, 2012.
- BORNSTEIN, V. J.; DAVID, H. M. S. L. Contribuições da formação técnica do Agente Comunitário de Saúde para o desenvolvimento do trabalho da Equipe Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 107-128, jan./abr. 2014.
- BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 259-268, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 160 p.

_____. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b, 160 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.260 p

_____. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino**. Controle do câncer de colo uterino. Brasília, 2001.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011**. Brasília, 2011.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura_colo_do_uterio.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

_____. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2016**: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

CAXIAS, Secretaria Municipal de Vigilância Sanitária de Caxias- MA. **Vigilância em Saúde – Serviço de Oncologia, Biópsias e Estatística de Caxias**, 2014.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M.; IRAMUTEQ: Um *software* gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.) **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2006, p. 783-836.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

CEZARIO, K. G. et al.. Conhecimento de gestantes sobre o exame citopatológico: um estudo na atenção básica em saúde. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 5, p. 1171-7, maio 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. **Proposta de fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo do útero e de mama**. Relatório final, de julho de 2010, elaborado pelo grupo de trabalho instituído por Portaria MS 310, de 10/02/2010. INCA/MS, abr. 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/NT%2009_2011%20-%20Cancer%20de%20Colo%20de%20%C3%9Atero%20e%20Mama%20R.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2016.

DE BARROS, D. F. et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 78-84, 2010.

FARIA, Horácio; WERNECK, Marcos; SANTOS, Max André dos. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; Coopmed, 2009. 68p.

FERRAZ, L.; AERTZ, D. R. G. O cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF em Porto Alegre. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 10, n. 2, p. 347-55, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

_____. **Educação e mudança**. 20. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 12. ed. Rio de Janeiro: Imago, 2001.

HOMMA, A.; MOREIRA, M. Novos desafios para a capacitação tecnológica nacional de vacinas: inovação tecnológica autóctone e transferência de tecnologia. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 238-239, 2008.

JORGE, M. S. B. et al. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre sua prática no Programa de Saúde da Família. **Revista APS**, v. 10, n. 2, p. 128-136, jul./dez. 2007.

KAFER, M.; SCHEID, S. B. Importância da educação continuada para os agentes comunitários de saúde: relato de experiência. **Rev. Educ. Educere et Educare**, v. 2, n. 3, p. 261-65, 2007.

LANZONI. Desvelando o conhecimento do agente comunitário de saúde sobre câncer do colo uterino. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 478-84, jul./set. 2012.

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

LOPES, Estela Auxiliadora Almeida. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica e seu potencial de gerar mudanças no trabalho dos profissionais**. Brasília, 2013. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, 2013.

LOWDERMILK, D. L. et al. Tradução Maiza Ritomy Ide. et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto**. São Paulo, 2004.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MATTA, G. C. A.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 4 abr. 2016.

MELO, C. M. C. H. de; CRUZ, G. de C. Roda de conversa: uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo no ensino médio **Imagens da educação**, v. 4, n. 2, p. 31-39, 2014.

MENDES, E.V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 71-112.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MICCAS, Fernanda Luppino; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

NOGUEIRA, R.; RAMOS, Z. V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis* – o Agente Comunitário de Saúde**. [Texto para discussão 735]. 2000. 33p. Disponível em: < <http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

NUNES, M. O. O Agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saude Pública**, v. 18, n. 6, p. 1639-46, 2002.

OLIVEIRA, Juliana Rodrigues Ferreira. Saberes e práticas de mulheres no cuidado de si: contribuições ao cuidado de enfermagem em uma perspectiva educativa. 2011. 129f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN, Rio de Janeiro, 2011.

OLIVEIRA, Silvia Letícia; ALMEIDA, Ana Carla Hidalgo de. A percepção das mulheres frente ao exame de papanicolau: da observação ao entendimento. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 3, p. 518-26, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v14n3/a16v14n3.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2016.

PEREIRA, F. J. C. Análise de dados qualitativos aplicados às representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB, 2005. p. 25-60.

PINHO, V. F. S.; COUTINHO, E. S. F. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Cad Saude Pública** [Internet]. 2007; v. 23, n. 5, p. 1061-9. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n5/16.pdf>>. Acesso em 10 fev. 2016.

POLIT, Denise F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTAL DA SAÚDE. **Redes prioritárias**. Departamento de Atenção Básica, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_proprietaria>. Acesso em: 8 fev. 2016.

RIBASSIN-MAJED, L.; LOUNES, R.; CLEMENCON, S. Efficacy of vaccination against HPV infections to prevent cervical cancer in France: present assessment and pathways to improve vaccination policies. **PLoS One**, v. 7, n. 3, 2012.

RODRIGUES, B. C. et al. Educação em saúde para a prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 149-154, 2012. Suplemento. 1.

SÁ, Francineide Campos de; PIRES, Vitória Augusta Teles Netto. Citologia oncótica do colo do útero: atuação de equipes da Estratégia Saúde da Família para alcançar as metas de cobertura. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga: Unileste, v. 6, n.

1, jul./ago. 2013. Disponível em: <<http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v6/01-citologia-oncotica-do-colo-do-utero-atuacao-de-equipes-da-estrategia-saude-da.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2015.

SAMPAIO, L. F. R. et al. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: GUSSO, G., LOPES, J. M. C. (Org.) **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 4.

SILVA, J. A. **O Agente Comunitário de Saúde do Projeto QUALIS**: agente institucional ou agente de comunidade? Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O Agente Comunitário de Saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, v. 6, n. 10, p. 75-83, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

THEISEN, N. I. S. **Agentes Comunitários de Saúde (ACS)**: condições de trabalho e sofrimento psíquico. Santa Cruz do Sul, 2004.

TOMAZ, J. B. C. O Agente Comunitário de Saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004. 144p.

_____; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. **Pesquisa convergente assistencial - PCA**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Porto Alegre: Mória, 2014. 176 p.

ZANGIACOMI, Andréa de Jesus. **Perfil das mulheres submetidas ao exame cérvico-uterino do PSF Alvorada de Itaobim**: Contribuições para organização do processo de trabalho. 2010. 55 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Itaobim/MG, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2384.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA CONVITE



CONVITE

PREZADO (A) AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

A Enfermeira Pesquisadora, Kelvya Fernanda Almeida Lago Lopes, convida Vossa Senhoria para participar de uma reunião a realizar-se nesta **quarta-feira, dia 24.02.16, às 16h, no Anexo Saúde, Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), Rua Quininha Pires, nº 746, Centro.**

Assunto a ser abordado:

- Participação voluntária em pesquisa científica para Trabalho de Conclusão de Curso Tipo Dissertação.

Sua presença é muito importante!

Atenciosamente,

Coordenadora da Atenção Primária em Saúde

Enfermeira Pesquisadora

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Agente Comunitário de Saúde,

Nós, Kelyva Fernanda Almeida Lago Lopes e Profa. Dra. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim, pesquisadoras da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), estamos convidando você a participar de um projeto de pesquisa, intitulado **Desvelando saberes e práticas de agentes comunitários de saúde sobre a prevenção do câncer de colo uterino: uma pesquisa convergente assistencial.**

Em sua participação, você não terá qualquer despesa e também não receberá nenhum pagamento e/ou gratificação. Sua participação é importante, contudo, após ler atentamente todas as informações da pesquisa, abaixo, e a pesquisadora prestar todos os esclarecimentos, você decidirá se aceitará participar ou não.

Em caso de recusa, você não será punido, nem terá qualquer prejuízo e/ou dano, podendo retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização. Em caso de aceitação e após ter compreendido perfeitamente tudo o que foi informado e estando consciente de seus direitos, riscos e benefícios de sua participação na pesquisa, assine esse documento, que está em duas vias, onde uma via ficará com a pesquisadora e a outra pertence a você.

Informação sobre a pesquisa:

- a) *Objetivos:* analisar os saberes e as práticas dos ACS sobre a prevenção do câncer de colo uterino; estimular o senso crítico dos ACS sobre as estratégias que são desenvolvidas na prevenção do câncer de colo do útero; avaliar quais as estratégias realizadas que facilitam a adesão ao exame papanicolau;
- b) *Justificativa:* a atenção às mulheres na prevenção ao câncer de colo uterino deve ser realizada por meio de estratégias da Equipe Saúde da Família, e considerando o papel do ACS como membro da equipe que orienta ações de

prevenção de doenças, promoção à saúde, acompanhamento das pessoas da comunidade, entre outras atribuições, a pesquisa destina-se a fazer uma análise dos saberes e práticas utilizadas por esses profissionais, para estimular a adesão das mulheres ao exame citopatológico e prevenir o câncer de colo uterino.

- c) *Procedimentos que serão utilizados*: sua participação acontecerá em quatro momentos. No primeiro encontro, você participará de uma reunião sobre os objetivos da pesquisa e fará um agendamento de horário para participar de uma entrevista; no segundo momento, será realizada uma entrevista individual, que terá perguntas sobre informações pessoais e profissionais, bem como questões sobre os seus conhecimentos acerca do câncer de colo uterino, com a utilização de um gravador no momento da entrevista, que terá duração aproximada de 30 minutos; no terceiro encontro, você participará de um diálogo em grupo, por meio de uma roda de conversa sobre a temática onde serão debatidas as dificuldades encontradas pelas mulheres para aderir ao exame citopatológico e, em seguida, você responderá a um teste sobre o câncer de colo uterino; no último encontro, em grupo, descreverá as sugestões para melhorar a adesão das mulheres ao exame. Esses dois últimos terão duração aproximada de duas horas.
- d) *Explicação dos possíveis desconfortos e riscos*: os possíveis riscos à sua saúde física e mental são de ordem subjetiva, como sensação de incômodo ou constrangimento ao responder à entrevista, ou nos diálogos dos encontros em grupos. Contudo, o anonimato ficará sobre o mais absoluto sigilo, sendo que a qualquer momento poderá deixar de participar da pesquisa, em qualquer que seja o encontro ocorrido. Na gravação das entrevistas, será respeitado o anonimato e tão logo a pesquisa termine, os depoimentos serão transcritos com códigos e a gravação, apagada.
- e) *Os benefícios esperados nessa participação*: os benefícios que deverá esperar com a sua participação referem-se ao fato de que o estudo servirá para analisar as estratégias de prevenção do câncer de colo uterino realizadas por Agentes Comunitários de Saúde no município em questão, e os dados obtidos na pesquisa auxiliarão na realização da pesquisa científica para em ações de saúde da mulher dentro das estratégias da Equipe Saúde da Família.

Rubricas:

Participante da Pesquisa: _____

Pesquisador Responsável: _____

Pesquisadora de Campo: _____

Estamos disponíveis para fornecer as informações quando julgar necessário, comprometendo-nos a proporcionar respostas adicionais sobre qualquer dúvida que por ventura venha a ter sobre o desenvolvimento do estudo.

Obrigada por sua colaboração!

Assinatura do ACS Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura da Pesquisadora de Campo

Pesquisadora Responsável: Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

Professora do Departamento de Enfermagem – UFMA

Endereço Institucional: Avenida dos Portugueses, nº 1966, Bacanga, São Luís - MA.
CEP: 65080-805

Fone: (98) 981561878

E-mail: leticiaprolim@yahoo.com

Para informar ocorrências irregulares ou danos durante a participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, composto por um grupo de diferentes profissionais e membros da sociedade que avaliam o estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes.

Endereço: Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro – São Luís – MA. CEP: 65020-070.

Fone: (98) 2109-1000.

E-mail: cep@huufma.br

Rubricas:

Participante da Pesquisa: _____

Pesquisador Responsável: _____

Pesquisadora de Campo: _____

Caxias- MA, ____/____/____.

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Idade:

Sexo: Masculino () Feminino()

<p>Escolaridade:</p> <p>() Ensino Médio Incompleto () Ensino Superior Completo</p> <p>() Ensino Médio Completo () Pós-Graduação</p> <p>() Ensino Superior Incompleto () Outros</p>
<p>UBS em que trabalha:</p>
<p>Anos de atuação como ACS:</p>
<p>Possui outra profissão?</p> <p>() Sim Qual? _____</p> <p>() Não</p>
<p>Você já recebeu alguma capacitação a respeito do câncer de colo do útero?</p> <p>() Sim () Não</p>

- 1) Para você, o que é câncer de colo do útero?
- 2) Quais os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino?
- 3) Qual a idade em que a mulher que deve fazer o exame de prevenção?
- 4) Com relação ao intervalo de tempo, quando a mulher deve fazer o exame de prevenção?
- 5) Quais são os cuidados necessários para a mulher realizar o exame?
- 6) O que você realiza para efetivar a prevenção do câncer de colo uterino?

APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

DATA:
LOCAL:
HORÁRIO DE INÍCIO:
HORÁRIO DE ENCERRAMENTO:
TOTAL DE PARTICIPANTES:
RELAÇÃO INTERPESSOAL <input type="checkbox"/> BOA <input type="checkbox"/> ÒTIMA <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM <input type="checkbox"/> MUITO RUIM Observações:
TRECHOS DE FALAS QUE MARCARAM DURANTE O ENCONTRO
HOUVE FUGA AO TEMA CENTRAL? Descrição:
AVALIAÇÃO DO ENCONTRO: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Muito bom <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Cansativo <input type="checkbox"/> Ruim
PERCEPÇÃO GERAL:

APÊNDICE E – TESTE

1. O que é o câncer de colo uterino?
2. Quais os sinais e sintomas do câncer de colo uterino?
3. Qual o exame que a mulher deve realizar para prevenir o câncer de colo uterino? E qual ela deve realizar para o diagnóstico?
4. Por que muitas mulheres não realizam o exame de prevenção do câncer de colo do útero?
5. O que você deve realizar para melhorar a adesão das mulheres ao exame preventivo?

ANEXOS

ANEXO A – ESPECIFICIDADES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

São itens necessários à Estratégia Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional (Equipe de Saúde da Família), composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Pode-se acrescentar a essa composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal;

II - o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por Equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando os critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma ESF, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas ESF e com carga horária total de 40 horas semanais; e

V - carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da Equipe de Saúde da Família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na Equipe de Saúde da Família, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial. Serão admitidas também, além da inserção integral (40h), as seguintes modalidades de inserção dos profissionais médicos generalistas ou especialistas em saúde da família ou médicos

de família e comunidade nas Equipes de Saúde da Família, com as respectivas equivalências de incentivo federal:

I - dois médicos integrados a uma única equipe em uma mesma UBS, cumprindo, individualmente, carga horária semanal de 30 horas – equivalente a um médico com jornada de 40 horas semanais, com repasse integral do incentivo financeiro referente a uma Equipe de Saúde da Família;

II - três médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, cumprindo, individualmente, carga horária semanal de 30 horas – equivalente a dois médicos com jornada de 40 horas semanais, de duas equipes, com repasse integral do incentivo financeiro referente a duas Equipes de Saúde da Família;

III - quatro médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, com carga horária semanal de 30 horas – equivalente a três médicos com jornada de 40 horas semanais, de três equipes –, com repasse integral do incentivo financeiro referente a três Equipes de Saúde da Família;

IV - dois médicos integrados a uma equipe, cumprindo, individualmente, jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 85% do incentivo financeiro referente a uma Equipe de Saúde da Família; e

V - um médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma Equipe de Saúde da Família. Tendo em vista a presença do médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a essa especificidade. Além disso, é recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas. As equipes com essa configuração são denominadas *equipes transitórias*, pois ainda que não tenham tempo mínimo estabelecido de permanência nesse formato, é desejável que o gestor, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores, que preveem horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe.

A quantidade de Equipes de Saúde da Família na modalidade transitória ficará condicionada aos seguintes critérios:

I - município com até 20 mil habitantes e contando com uma a três Equipes de Saúde da Família poderá ter até duas equipes na modalidade transitória;

II - município com até 20 mil habitantes e com mais de três equipes poderá ter até 50% das Equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;

III - municípios com população entre 20 mil e 50 mil habitantes poderá ter até 30% das Equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;

IV - município com população entre 50 mil e 100 mil habitantes poderá ter até 20% das Equipes de Saúde da Família na modalidade transitória; e

V - município com população acima de 100 mil habitantes poderá ter até 10% das Equipes de Saúde da Família na modalidade transitória.

Em todas as possibilidades de inserção do profissional médico descritas acima, considerando a importância de manutenção do vínculo e da longitudinalidade do cuidado, esse profissional deverá ter usuários adscritos de modo que cada usuário seja obrigatoriamente acompanhado por um agente comunitário de saúde, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um enfermeiro e um médico e, preferencialmente, por um cirurgião-dentista, um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, sem que a carga horária diferente de trabalho comprometa o cuidado e/ou processo de trabalho da equipe.

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXIAS
SECRETARIA DE SAÚDE

Memorando Nº 060 / GAB – SMS

Caxias, 08 de Outubro de 2015.

Prezado (a) Senhor (a),

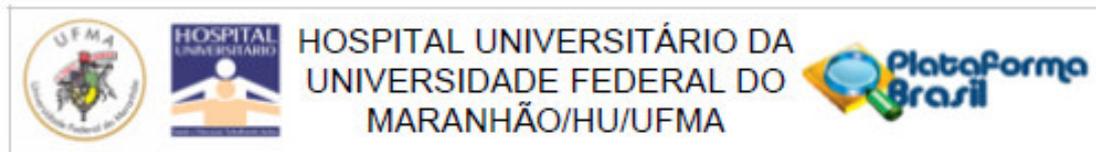
Em atenção à Solicitação de Autorização para Desenvolvimento de Trabalho de Conclusão do Curso Tipo Dissertação do MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Maranhão - UFMA intitulado: "DESVELANDO SABERES E PRÁTICAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: uma pesquisa convergente assistencial", apresentamos a enfermeira KELVYA FERNANDA ALMEIDA LAGO LOPES sob coordenação e orientação da Prof.ª Dra ISAURA LETÍCIA TAVARES PALMEIRA ROLIM, as quais desenvolverão as atividades desta pesquisa na Rede Municipal de Saúde de Caxias, respeitando a Resolução Nº 488/2012 do Conselho Nacional de Saúde resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005, e, 347/2005), viabilizando a produção de dados da pesquisa citada, para que se cumpram os objetivos do projeto apresentado.

Sem mais para o momento, atentamente,


Mônica Cristina Melo Santos
Coordenação de Planejamento

Ilmo (a) Sr (a):
Coordenador (a) / Diretor (a)
Secretaria Municipal de Saúde
Caxias - MA

ANEXO C – PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESVELANDO SABERES E PRÁTICAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: uma pesquisa convergente assistencial.

Pesquisador: Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50438015.0.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.308.448

Apresentação do Projeto:

Os índices extremamente baixos de cobertura de exames preventivos contrasta com a elevada prevalência do câncer de colo do útero e de mama no Brasil estimados entre 10% e 8% respectivamente, ao passo que a Organização Mundial de Saúde estabelece em 85% a cobertura mínima de impacto epidemiológico para que haja prevenção efetiva do CCU. No município de Caxias-MA foi realizado um levantamento do quantitativo de mulheres, na faixa etária de 25 a 64 anos, residindo em áreas cobertas pela ESF, identificando que apenas 11,34% das mulheres adscritas e incluídas na faixa etária de risco, realizaram o exame Papanicolau, não diferenciando dos índices baixos de todo território brasileiro. Nesse contexto, dando ênfase à atenção às mulheres através das estratégias da ESF, e considerando o papel do ACS, como o membro da equipe, que orienta ações de prevenção de doenças, promoção à saúde, entre outras condutas, estabelecidas pelo planejamento da equipe e que todas as pessoas da comunidade deverão ser acompanhadas, principalmente aquelas em situação de risco, entretanto a responsabilidade de identificar, orientar, encaminhar e acompanhar os pacientes muitas vezes não é cumprida. Pressupõe-se que o sucesso da educação em saúde depende, dentre outros fatores, da atuação adequada dos profissionais e ACS, vinculada aos programas de educação que tenham como meta a formação de indivíduos comprometidos com o cuidado da sua própria saúde e a dos cidadãos de

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.308.448

sua comunidade. A relevância do estudo repousa na assertiva de que desvelar o conhecimento e as práticas dos ACS para a prevenção do câncer uterino, permitirá a compreensão do que é realizado ou dos entraves existentes para a adesão das mulheres às práticas de prevenção de sua saúde e promoverá a auto-reflexão destes profissionais, passando a aperfeiçoar habilidades e adotando-se o hábito da educativo estratégico permanente para ser eficaz. Trata-se de Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), caracterizada pela propriedade de articulação teórica com a prática assistencial em saúde, visto que ela é desenvolvida a partir da necessidade de resolução de uma situação-problema da prática vivenciada por seus participantes/pesquisadores. A amostra dos participantes será por conveniência, escolhendo-se ACS de duas equipes, uma constituída por ACS de zona urbana e outra de zona rural, levando em consideração máxima de 12 ACS por equipe de saúde, o que totalizará uma amostra de 24 participantes. Para a coleta de dados será utilizado a observação participante, um diário de campo dos encontros com os participantes da pesquisa, e a entrevista semi-estruturada individual utilizando-se um roteiro, as quais serão gravadas em dispositivo digital portátil, o que possibilitará ouvir e transcrever as falas dos participantes na íntegra. É indicado o uso de gravador na realização de entrevistas para que seja ampliado o poder de registro e captação de elementos de comunicação de extrema importância, pausas de reflexão, dúvidas ou entonação da voz, aprimorando a compreensão da narrativa. A coleta de dados iniciará em Abril/2016 e será concluída em Maio/2016. A análise de conteúdo dos dados consistirá na leitura detalhada de todo o material transcrito das entrevistas, no diário de campo, na identificação de palavras e conjuntos de palavras, comportamentos que tenham sentido para a pesquisa, tendo em vista que a PCA, permite essa especificidade que consiste em manter, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a prática assistencial, com o propósito de encontrar alternativas, para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações no contexto da prática em que ocorre a investigação. Financiamento próprio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar saberes e práticas dos ACS sobre a prevenção do câncer de colo uterino;

Objetivo Secundário:

-Estimular senso crítico dos ACS sobre as estratégias que são desenvolvidas na prevenção do câncer de colo do útero;

-Avaliar quais são as estratégias realizadas que facilitam a adesão ao exame Papanicolau.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.308.448

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores, os possíveis riscos à saúde física e mental são de ordem subjetiva, como sensação de incômodo ou constrangimento ao responder a entrevista ou nos diálogos dos encontros em grupos, porém o anonimato ficará sobre o mais absoluto sigilo, sendo que a qualquer momento o participante poderá deixar a pesquisa em qualquer que seja o encontro ocorrido. Na gravação das entrevistas, será respeitado o anonimato e tão logo a pesquisa termine, os depoimentos serão transcritos com códigos e a gravação será apagada. Em relação aos benefícios, relatam que o estudo servirá para analisar as estratégias de prevenção do câncer de colo uterino realizadas por Agentes Comunitários de Saúde no município de Caxias-MA, e a partir dos dados obtidos na pesquisa auxiliará na realização da pesquisa científica para em ações de saúde da mulher dentro das estratégias da Equipe Saúde da Família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trabalho relevante, pois pretende analisar saberes e práticas dos profissionais da atenção básica (agentes comunitários de saúde) sobre a prevenção do câncer de colo uterino. A apresentação dos resultados permitirá a elaboração de estratégias de prevenção do câncer de colo uterino na localidade avaliada, além de propor ações de saúde da mulher dentro das estratégias da Equipe Saúde da Família.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo cumpre com as exigências da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares em relação aos "Termos de apresentação obrigatória": Folha de rosto, Projeto de pesquisa original na íntegra, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Termo de Anuência dos pesquisadores, Orçamento, Cronograma, Declaração de responsabilidade financeira, Termo de compromisso na utilização dos dados, divulgação e publicação dos resultados da pesquisa.

Recomendações:

Após a conclusão da pesquisa, sugerimos a divulgação dos resultados obtidos para a equipe de saúde da localidade estudada, mantendo os participantes anonimizados.

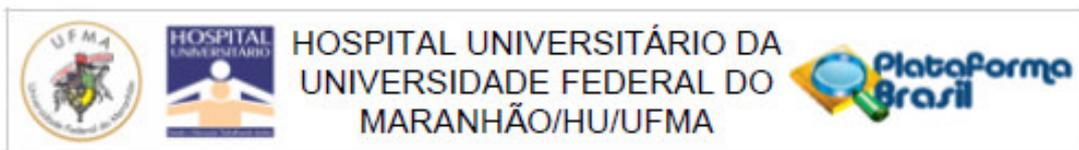
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa—CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	Fax: (98)2109-1223
	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.308.448

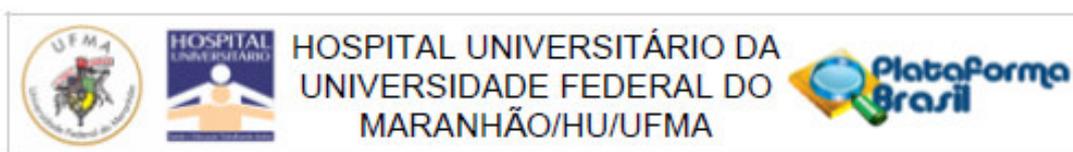
APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_603628.pdf	13/10/2015 22:34:53		Aceito
Declaração de Pesquisadores	CURRI_LATTES.pdf	13/10/2015 22:31:27	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA.docx	13/10/2015 22:21:27	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO_PESQUISA.pdf	13/10/2015 22:20:39	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Outros	CARTA_CEP.pdf	13/10/2015 22:13:01	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Outros	Decla_instituicao.pdf	13/10/2015 22:09:53	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Outros	Termo_Compromisso.pdf	13/10/2015 22:08:20	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Outros	Termo_Anuencia.pdf	13/10/2015 22:07:20	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Outros	Decla_Financeira.pdf	13/10/2015 22:04:44	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Outros	EXPLICITACAO_REPONSABILIDADE.pdf	13/10/2015 22:01:50	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	13/10/2015 21:52:11	Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.308.448

Ausência	TCLE.pdf	13/10/2015 21:52:11	Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	13/10/2015 21:43:41	Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	13/10/2015 21:42:01	Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	13/10/2015 21:37:28	Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 04 de Novembro de 2015

Assinado por:

**Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador)**

ANEXO D – DINÂMICA EM GRUPO⁸

DINÂMICA EM GRUPO

Dinâmica de Grupo - O garotinho chamado Amor

Fazer gestos cada vez que na história aparecerem as seguintes palavras:

Paz – aperto de mão

Amor – um abraço

Garra – troca de lugar

Sorriso – gargalhada

Bem-vindos – palmas

O garotinho chamado AMOR

Era uma vez um garotinho chamado Amor.

O Amor sonhava sempre com a paz.

Certo dia, descobriu que a vida só teria sentido quando ele descobrisse a paz e foi justamente nesse dia que o Amor saiu a procura da paz.

Chegando ao colégio onde ele estudava, encontrou os seus amigos, que tinham um sorriso nos lábios, e foi nesse momento que o Amor passou a perceber que o sorriso dos amigos transmitia a paz, pois percebeu que a paz existe no interior de cada um de nós, e para isso basta dar um sorriso.

E nesse instante, interferindo nos pensamentos do garotinho AMOR, a turma gritou bem forte:

- Amor, Amor, você encontrou a paz que procurava?

O Amor respondeu com muita garra: Sim! Sim! Encontrei. Vocês querem saber? Tragam a paz, um sorriso bem bonito e sejam bem-vindos!

Como aplicar:

Escrever antecipadamente um cartaz com as palavras destacadas e os gestos a serem feitos e colocar em lugar visível. Explicar aos participantes que estarão naquele momento fazendo um quebra-gelo e que devem seguir os gestos de acordo com a história que será contada. Então, cada vez que uma das palavras for

⁸ Disponível em: <<http://dilmaalves.blogspot.com.br/2008/09/dinmica-de-grupo-o-garotinho-chamado.html>>. Acesso em: 2 abr. 2016.

citada, o gesto deve ser feito por todos (chamamos de quebra-gelo esse tipo de dinâmica, pois como é aplicada no início da reunião, as pessoas “derrubam as barreiras” por meio dos gestos e da descontração).

Começar a leitura do texto (que pode ser adaptado de acordo com a realidade do grupo a ser trabalhado).