UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Tatyana Xavier Almeida Matteucci Ferreira

Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família: contribuições para a capacitação do Agente Comunitário de Saúde

Goiânia
2011

Tatyana Xavier Almeida Matteucci Ferreira

Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família: contribuições para a capacitação do Agente Comunitário de Saúde

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Rita Goreti Amaral
Co-orientadora: Profa. Dra Janaína V. Guimarães

Goiânia
2011

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Goiás

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluno(a): Tatyana Xavier Almeida Matteucci Ferreira

Orientador(a): Profa. Dra Rita Goreti Amaral

Co-Orientador(a): Profa. Dra Janaína Valadares Guimarães

Membros:

1. Profa. Dra Rita Goreti Amaral

2. Prof. Dr. Reginaldo Teixeira Mendonça

3. Profa. Dra. Edna Joana Cláudio Manrique

OU

4. Profa. Dra. Adélia Yaeko Kiosen Nakatani

5. Profa. Dra. Rejane Faria Ribeiro-Rotta

Data: 21/02/2011

Sim, do mundo nada se leva.
Mas é formidável ter uma porção de coisas a que dizer adeus.

Millôr Fernandes

AGRADECIMENTOS

Agradecer primeiramente a Deus, pai, criador de todas as coisas, que até aqui me acompanhou em todos os momentos, com seu amor e proteção, e que, tenho certeza, me acompanhará sempre.

À Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação pelo apoio financeiro, e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) pela concessão da bolsa de mestrado.

À professora Dra Rita Goreti Amaral, minha orientadora, amiga, conselheira de todas as horas, à quem tenho muito carinho e tenho o privilégio de ser aluna.

À minha co-orientadora, professora Dra Janaína Guimarães Valadares, tão prestativa e carinhosa, foi um prazer começarmos a trabalhar juntas, espero que esta parceria continue por bastante tempo.

À Suelene que me amparou em diversos momentos durante essa trajetória, sua ajuda foi fundamental, obrigada Su.

À Iraci, da Coordenação de Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde, que ajudou abrir caminhos para que este estudo fosse colocado em execução, prestou seu auxílio alegre e competente nas capacitações e acabou se tornando uma grande amiga.

Aos Agentes Comunitários(as) de Saúde do Distrito Sanitário Leste, sem os quais seria impossível ter chegado aqui, e para quem este trabalho almeja servir.

À Nadja, Edna e Lourdinha, do Laboratório Rômulo Rocha, muito obrigada meninas.

Aos colegas de trabalho da Farmácia Escola da UFG, Aline, Núsia, Bernadete, Eliane, Suzana, Luciana, Lucas e Gilcilene, que me auxiliaram principalmente no final desta longa caminhada.

À Fabyola, minha amiga. Compartilhamos as dores e as delícias de concluir, primeiro uma monografia de final de curso, e agora um mestrado! Quem diria...

Aos meus pais, que me incentivaram desde criança no meu gosto pelos estudos. Às minhas irmãs, Bárbara e Beatriz.

E a você, Eduardo. Amizade, alegria, incentivo, compreensão, carinho, dedicação, paciência... você me dá isso e muito mais através de um único sentimento: amor. Muito obrigada meu bem, eu te amo muito.

SUMÁRIO

SIGLAS E ABREVIATURAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO 09

2. OBJETIVOS 17

2.1 OBJETIVO GERAL 17

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 17

3. MÉTODOS 18

3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 19

3.2 PLANEJAMENTO DA CAPACITAÇÃO E ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS 19

3.3 DESENVOLVIMENTO DA CAPACITAÇÃO 21

3.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS 22

4. PUBLICAÇÃO 24

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 53

5.1 CONCLUSÕES 53

5.2 COMENTÁRIOS 53

REFERÊNCIAS 56

ANEXOS 61

APÊNDICES..... 72

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CCJ	Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania
CCU	Câncer do Colo do Útero
CEP-UFG	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás
ESF	Estratégia Saúde da Família
HPV	Papiloma Vírus Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SISCOLO	Sistema de Informação Do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero
SMS-GO	Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UABSF	Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família
UFG	Universidade Federal de Goiás

RESUMO

Introdução: O câncer do colo do útero (CCU) é a segunda neoplasia mais comum entre as mulheres brasileiras, a principal estratégia para sua prevenção é a detecção precoce de suas lesões precursoras através da realização do exame citopatológico. Apesar da existência do programa de rastreamento não houve redução na incidência e mortalidade por CCU no Brasil. A Estratégia Saúde da Família apresenta potencialidade para trabalhar na organização do rastreamento do CCU e, neste contexto, deve-se considerar que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm papel central. Objetivo: Contribuir para a capacitação dos ACS na prevenção do CCU. Metodologia: Estudo de intervenção realizado com os ACS do município de Goiânia-GO. Foi realizada uma capacitação dos ACS sobre prevenção do CCU. Durante a capacitação foram utilizados questionários estruturados para coleta de dados. Para a análise estatística todas as variáveis foram estudadas de maneira descritiva, através do cálculo de frequências absolutas e relativas. O conhecimento dos ACS sobre a prevenção do CCU antes e após a capacitação foi comparado através do Teste de McNemar, adotando um erro de 5%. Resultados: Verificou-se a deficiência de conhecimento dos ACS sobre a prevenção do CCU antes da capacitação. Observou-se o aprimoramento do conhecimento após a capacitação, especialmente em relação à finalidade do exame citopatológico, a preparação adequada da mulher para sua realização, sobre o agente causador do CCU e sobre os resultados dos exames citopatológicos ($p < 0,05$). Conclusões: Os resultados deste estudo mostraram que após capacitação os ACS tiveram um melhor conhecimento sobre a finalidade do exame citopatológico e sobre a preparação da mulher para sua realização, sobre o agente causador e os fatores de risco do CCU e ainda demonstraram entendimento sobre os resultados dos exames citopatológicos, elemento que antes da capacitação praticamente todos os ACS tinham dúvidas.

Palavras-Chave: Saúde da Família, Câncer do colo do útero, Capacitação.

ABSTRACT

Introduction: Uterine cervical cancer (UCC) is the second most common malignancy among women in Brazil, the main strategy for early detection of premalignant lesions is the cytopathology. Despite the existence of the screening program there was no reduction in the incidence and mortality rate of UCC in Brazil. The Family Health Strategy has the potential to work in the organization of UCC screening and in this context, one should consider that the Community Health Agents (CHA) play a central role. Objective: Contribute to the training of CHA in preventing UCC. Methodology: Intervention study conducted with the CHA from Goiânia-GO. The training of CHA on the prevention of UCC was conducted. During the training structured questionnaires were used to collect data. For statistical analysis, all variables were evaluated descriptively by calculating the absolute and relative frequencies. Knowledge of CHA on UCC preventing practices before and after training was compared by the McNemar test, adopting a 5% error. Results: There was a lack of knowledge of CHA about the prevention of UCC before the training. We observed the improvement of knowledge after the training, especially in relation to the purpose of cytopathology, the proper preparation of women for their achievement, on the causative agent of UCC and the results of cytopathology ($p < 0,05$). Conclusions: The results showed that after training the CHA had a better knowledge about the purpose of cytopathology and, on preparing women for their achievement, on the causative agent and the risk factors for UCC and demonstrate some understanding of the results of cytopathology.

Key Words: Family Health, Cervical Cancer, Education.

1. INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU) é a segunda neoplasia maligna mais comum entre as mulheres brasileiras e a quarta causa de morte por câncer nesta população (BRASIL, 2007a). Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) em Goiânia eram esperados 3.610 novos casos de câncer no ano de 2010, sendo que, dentre estes, 160 seriam CCU (BRASIL, 2009a).

A causa primária do CCU é a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV); mais de 100 genótipos deste vírus já foram catalogados, sendo que 40 deles podem infectar a região anogenital. Entre esses últimos, os tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 e 68 são considerados de alto risco, devido a sua associação com o CCU (BRASIL, 2006a; NADAL; MANZIONE, 2006).

Existem ainda co-fatores que aumentam o risco do desenvolvimento da doença, dentre eles, a não realização periódica do exame citopatológico; início precoce da atividade sexual; multiplicidade de parceiros sexuais; tabagismo; nível sócio-econômico baixo; uso de métodos de contracepção hormonais; má nutrição e multiparidade (BRASIL, 2006a; CASARINI E PICOLLO 2008; PAHO, 2001).

Esta patologia é uma afecção progressiva sendo caracterizada por alterações intra-epiteliais cervicais, que podem se desenvolver para um estágio invasivo ao longo de uma a duas décadas. Possuindo etapas bem definidas e de lenta evolução, o CCU permite a interrupção de seu desenvolvimento a partir de um diagnóstico precoce e tratamento oportuno a custos reduzidos. Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de cura, chegando perto de 100%, quando diagnosticado precocemente e podendo ser tratado em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos (BRASIL, 2006a; DUAVY et al., 2007).

A prevenção primária do CCU é a prevenção da infecção pelo HPV, no entanto essa ação apresenta desafios maiores do que a prevenção da maioria das outras doenças sexualmente transmissíveis. A infecção pelo HPV é geralmente assintomática e facilmente transmissível. Enquanto existem tratamentos para as lesões verrucosas nos genitais externos causadas por alguns tipos de HPV, não há tratamento para

eliminar a infeccção persistente, responsável pelo desenvolvimento da neoplasia. A recomendação do uso de preservativos e redução do número de parceiros sexuais pode ajudar as mulheres a reduzir a chance de contaminação pelo vírus, mas o grau em que esta medida afeta a incidência do CCU na população como um todo ainda não pode ser determinada (BRASIL, 2006a; PATH, 2000).

Uma abordagem mais promissora para a prevenção primária são as vacinas contra o HPV. No Brasil estão liberadas para uso a vacina bivalente, que protege contra os tipos 16 e 18, e a quadrivalente, contra os tipos 6, 11, 16 e 18. Os dados obtidos de pesquisas até o momento são encorajadores, mas muito ainda necessita ser esclarecido, principalmente quanto ao custo-efetividade e segurança de programas de vacinação (BRASIL, 2009b; ELUF NETO, 2008; NADAL; MANZIONE, 2006; PATH, 2000).

Apesar dos desfechos favoráveis quanto à eficácia e a segurança da vacina contra o HPV em vários estudos, não existem ainda resultados para a prevenção do CCU devido ao curto período de seguimento dos estudos. Alguns aspectos ainda precisam ser esclarecidos, como o tempo de duração da imunidade, necessidade de reforço da vacina, possibilidade de desequilíbrio da prevalência de outros tipos oncogênicos de HPV, impacto da vacinação em saúde pública e riscos em grupos específicos como gestantes e imunodeprimidos. Devido a esses fatores, o Ministério da Saúde (MS) decidiu pela não recomendação da inclusão da vacina contra HPV na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais de 2008 - RENAME (BRASIL, 2009b).

No Brasil, a principal estratégia utilizada para detecção precoce/rastreamento do CCU é a realização do exame citopatológico, conhecido popularmente como exame preventivo do colo do útero, exame de Papanicolaou ou citologia oncótica. A periodicidade de sua realização, estabelecida pelo MS, está em acordo com as recomendações dos principais programas internacionais (BRASIL, 2006a).

O exame citopatológico deve ser realizado em mulheres de 25 a 59 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. Essa recomendação apóia-se na observação da história natural do CCU, que permite a detecção precoce de lesões pré-malignas ou malignas e o seu tratamento oportuno, graças à lenta progressão que apresenta para doença mais grave (BRASIL, 2006a).

Têm-se priorizado a periodicidade trienal do exame citopatológico, pois estudos sugerem que não há diferenças significativas na redução da incidência do CCU quando se realizam exames com intervalos anuais ou trienais. Além disso, os custos para um programa de rastreamento anual seriam bem mais elevados, ferindo, portanto, a lógica custo-benefício que permeia as políticas de saúde, principalmente em países com escassez de recursos, como no caso brasileiro (BRASIL, 2006a; PINHO et al., 2003a).

Além da possibilidade de cura, o tratamento da neoplasia em sua etapa pré-invasora, apresenta um menor custo quando comparado ao custo do tratamento do câncer em seu estágio invasivo (BRENNA et al., 2001; PATH, 2000).

O governo brasileiro, através de políticas sociais, tem se empenhado para reduzir o quadro de morbi-mortalidade do CCU com a implantação de programas de assistência à saúde da mulher. Como resultado dessas políticas, pode-se citar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, com processo de implantação e implementação na década de 90 (BRITO et al., 2007), atualmente consolidado como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, e o Programa “Viva Mulher”, com abrangência nacional, implantado em 1996, através de uma parceria entre o MS e INCA (PINHO et al., 2003b).

Em 2008, a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJ) da Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei 843/07, que permite às trabalhadoras ausentarem-se do serviço, sem corte no trabalho, nos dias em que estiver comprovadamente realizando exames preventivos do CCU ou de câncer da mama (BRASIL, 2007b).

Também em 2008 foi publicada no Diário Oficial da União a Lei 11.664 que determina que o SUS, por meio dos seus serviços, próprios, conveniados ou contratados, deve assegurar a assistência integral à saúde da mulher, incluindo amplo trabalho informativo e educativo sobre a prevenção, a detecção, o tratamento e controle, ou seguimento pós-tratamento, do CCU e de câncer da mama. A lei também garante a realização de exame de prevenção do CCU a todas as mulheres que já tenham iniciado sua vida sexual, independente da idade (BRASIL, 2008).

A despeito de todos os esforços não houve redução na taxa de mortalidade por CCU no Brasil (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011a; CHUBACI; MERIGHI, 2005).

Para Pinho et al.(2003a), as razões para a permanência de altas taxas de incidência e mortalidade por CCU em muitos países em desenvolvimento encontram-se principalmente no grau de implementação de ações de prevenção efetivas, de curto e longo prazos, tanto no plano técnico, garantindo o diagnóstico e tratamento das lesões precursoras detectadas, quanto nos planos educacional, social, político e econômico.

A prevenção envolve políticas públicas, ações profissionais e a participação da população. Essas ações articuladas resultarão em benefícios para os usuários do sistema de saúde, à medida que considerem e trabalhem efetivamente essas variáveis. É preciso considerar que a prevenção não é condição que se planeje, ou se organize de forma isolada e desvinculada do contexto social (PELLOSO et al., 2004).

No Brasil, as ações de prevenção não recebem atenção que as caracterizem como ações educativas, já que ocorre uma falta de conscientização da população sobre a importância do diagnóstico precoce e também uma falta de definição nos serviços de saúde sobre o caminho a ser percorrido pela mulher, desde a queixa até o diagnóstico e tratamento especializado (PELLOSO et al., 2004).

Nos países onde o impacto do rastreamento na redução da incidência e da mortalidade por CCU tem sido mais evidente, como países da Europa, foram adotados programas organizados de rastreamento, que seguem um conjunto de ações programadas, com população e periodicidade definidas. Estes programas conseguem atingir alta cobertura, pois possuem registro do universo das mulheres-alvo e dos históricos dos controles, de tal forma que essas possam ser convocadas, de acordo com a periodicidade estabelecida (ANTTILA, 2009; PETO, 2004).

Ainda é predominante no Brasil o rastreamento oportunístico, isto é, a realização do exame citopatológico através da procura ocasional dos serviços de saúde, determinada por razões diversas que não o rastreamento do CCU (MENDONÇA, 2008).

A cobertura do exame acaba tendo uma distribuição irregular, sendo realizado repetidamente, somente em algumas mulheres. Em geral estas mulheres não fazem parte do grupo de risco do ponto de vista epidemiológico, visto que são, em sua maioria, jovens, entre 25 e 34 anos, em que se observa uma demanda ao serviço de saúde em busca de serviços de pré-natal ou de planejamento familiar. O rastreamento oportunístico não se caracteriza, portanto, como uma prática custo/efetiva (PINHO,

2003b; PETO, 2004). Isto contribui para a ineficiência do programa de rastreamento e acaba por não reduzir as taxas de incidência e mortalidade por essa doença (MENDONÇA, 2008).

O Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero do MS (SISCOLO) compreende um conjunto de informações sobre os exames realizados. Sendo assim, o SISCOLO é um sistema transversal de informação, registra os exames e procedimentos, a partir dos quais são identificadas as mulheres que os realizaram. Desta forma, quem não faz exames não existe no sistema. O sistema não é capaz de identificar o universo de mulheres sob risco de desenvolver CCU e que não estão realizando regularmente os controles periódicos (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; VALE, 2010).

Dessa forma, é apropriado que outras estratégias de busca ativa de mulheres sob risco sejam testadas. Neste contexto, deve-se considerar o potencial da Estratégia Saúde da Família (ESF) na reorganização do rastreamento do CCU.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é organizativa da Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, caracteriza-se como uma prática assistencial integral, exercida por meio da responsabilidade clínica e territorial, isto é, uma prática integral na atenção às necessidades em saúde dos indivíduos e na co-responsabilidade pela saúde da população no seu território (BRASIL, 2007c; COSTA; CARBONE 2004, TOMAZ, 2002). Foi iniciada em junho de 1991 com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e em janeiro de 1994 foram formadas as primeiras equipes de saúde da família (COSTA ; CARBONE, 2004).

A ESF é estabelecida em Unidades de Atenção Básica à Saúde da Família (UABSF). Cada equipe é responsável por uma população de 3,5 mil a 4 mil habitantes, ou mil famílias, com as quais desenvolvem ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes. A composição mínima de cada equipe é de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) suficientes para cobrir a população adscrita, respeitando o teto máximo de 1 (um) ACS para cada 750 pessoas ou 12 ACS por equipe (BRASIL, 2007c).

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica, em 2009 o Brasil possuía mais de 30 mil Equipes de Saúde da Família credenciadas pelo MS e mais de 230 mil ACS. A cidade de Goiânia-GO possuía 150 Equipes de Saúde da Família credenciadas, com uma estimativa de cobertura populacional de mais de 400 mil pessoas; contava com aproximadamente 506 ACS, com uma estimativa de cobertura populacional de mais de 290 mil pessoas (BRASIL, 2011b).

De acordo com o princípio da integralidade, a ESF oferta prioritariamente assistência promocional e preventiva, sem, contudo descuidar da atenção curativa e reabilitadora e tem as atividades de educação em saúde incluídas entre as responsabilidades dos profissionais que compõem suas equipes (ALVES, 2005).

Nas regiões onde a ESF esteja 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 referi-las para o exame de rastreamento são ferramentas para o controle. Por meio das equipes de saúde da família, têm-se a possibilidade de alterar o modo de rastreamento daquelas comunidades, de oportunístico, para um programa organizado (DANTAS 2008; VALE, 2010).

Apesar do cenário favorável, o impacto da ESF no rastreamento do CCU ainda não foi demonstrado (ALBUQUERQUE, 2009; VALE, 2010).

Na ESF o papel do ACS é um diferencial, estes profissionais constituem uma importante tática de aprimoramento e de consolidação da estratégia. O sucesso da ESF depende do vínculo entre os profissionais da saúde e a população e o ACS desponta como o elo que possibilita a confiança e o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade assistida (JUNGES, 2008).

Por compartilhar o mesmo contexto social e cultural e o mesmo universo linguístico das pessoas de sua comunidade o ACS tem maior facilidade na a identificação de fatores responsáveis ou intervenientes no adoecimento das pessoas do bairro, assim como, no desenvolvimento de estratégias mais eficazes no âmbito da adesão às recomendações médicas (NUNES et. al.; 2002). Por pertencer à comunidade, não apenas têm em comum suas características, mas conhecem seus anseios e suas necessidades, e, por isso, são capazes de preencher lacunas (SILVA; DALMASO, 2002).

As ações do ACS se desenvolvem nos domicílios de sua área de responsabilidade e também nas programações de suas unidades. Ficou estabelecido através da Lei 11.350 de 2006 que desenvolver ações básicas de promoção da saúde e prevenção de doenças; promover educação em saúde; participar do processo de programação e planejamento local das ações de saúde e realizar o diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade são algumas das principais responsabilidades dos ACS (BRASIL, 2006c; COSTA E CARBONE, 2004).

Durante a pesquisa bibliográfica sobre o papel desempenhado pelo ACS na prevenção do CCU, foi encontrado um trabalho bastante revelador: o relato de caso de uma ACS (DANTAS, 2008) premiado no III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família. A ACS relata que durante seu trabalho fez o levantamento em sua microárea do número de mulheres que já havia realizado o exame, percebendo que a cobertura estava muito aquém da esperada. Além disso, pesquisou os motivos que levavam as mulheres de sua região a não realizarem o exame. A partir dos dados obtidos, a ACS criou uma estratégia própria para modificar a situação, visitando mais frequentemente as mulheres, orientado-as sobre a importância do exame e esclarecendo suas dúvidas. Este *trabalho-depoimento* revela o potencial do ACS, que percebe e transforma a realidade que o circunda.

Os ACS têm grandes potencialidades na prevenção do CCU. Estes profissionais promovem a interação mais direta entre as mulheres e o serviço de saúde, podendo assim, incentivar a procura para realização do exame citopatológico, conscientizar sobre a importância do exame; orientar as mulheres com resultados positivos para lesões precursoras dando suporte de seguimento, contribuir para diminuir o número de novos casos e o número de mortes causadas pela doença; podem ainda contribuir para o levantamento de dados sobre a cobertura do exame (DANTAS, 2008; VALE, 2010).

A atuação dos ACS na identificação da população de mulheres-alvo e convocação daquelas que nunca fizeram o exame citopatológico ou que está há mais de três anos sem fazê-lo ainda é deficiente. Essa ação totalmente compatível com o papel dos ACS deve ser introduzida ou reforçada nos programas de capacitação destes profissionais e, obviamente, deve ser uma preocupação de toda a equipe da ESF (VALE, 2010).

Apesar da importância da atuação do ACS junto à comunidade, observa-se que para a admissão deste não é exigido um alto grau de escolaridade, apenas a conclusão do ensino fundamental. A responsabilidade de identificar, orientar, encaminhar e acompanhar os pacientes, muitas vezes não é suprido com os treinamentos isolados que esses profissionais recebem (BORNSTEIN; STOTZ, 2008; KÄFER; SCHEID, 2007). Segundo Tomaz (2002), o processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel. Ainda segundo o autor, urge a implantação de formas mais abrangentes e organizadas de formação e capacitação dos profissionais de saúde, entre eles o ACS.

O treinamento dos ACS deve muni-los de conhecimentos diversos em torno da questão do processo de saúde-doença, incorporando, além da perspectiva biomédica, outros saberes que o habilitem no processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades (NUNES et. al., 2002). Diante dessas necessidades diversos autores discutem metodologias e processos de formação para estes profissionais. O consenso a que se parece ter chegado é tem-se obtido melhores resultados na capacitação desse profissional a partir de metodologias de ensino ativas e participativas, como as baseadas na problematização, aprendizagem significativa e educação dialógica (DUARTE et. al., 2007; ALVES, 2005; SILVA; DALMASO, 2002).

Diante desse contexto, e compreendendo que o ACS é um ator importante nas ações para prevenção do CCU no âmbito da ESF, consideramos relevante contribuir para a capacitação desses profissionais nesta área

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Contribuir para a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde na prevenção do câncer do colo do útero.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Conhecer o perfil do Agente Comunitário de Saúde;
2.2.2 Conhecer a formação do Agente Comunitário de Saúde em relação às práticas de prevenção do câncer do colo do útero;
2.2.3 Verificar o conhecimento do Agente Comunitário de Saúde sobre as disponibilidades e necessidades de sua comunidade frente à prevenção do câncer do colo do útero;
2.2.4 Avaliar o conhecimento do Agente Comunitário de Saúde sobre as medidas de prevenção do câncer do colo do útero antes e após a capacitação.

3. MÉTODOS

Este foi um estudo de intervenção (MEDRONHO et. al., 2009), com abordagem quantitativa dos dados (MARCONI; LAKATOS, 2009), realizado na Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Goiás (UFG) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS-GO).

A equipe de pesquisadores foi composta por professores doutores e alunos do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da UFG, e por médicos e enfermeiros da Coordenação de Estratégia Saúde da Família da SMS-GO.

O presente estudo é parte dos resultados do projeto intitulado "Avaliação do Impacto da Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde na Prevenção do Câncer do Colo do Útero no município de Goiânia", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (CEP-UFG), nº protocolo 101/2009 (Anexo 1). Contou com apoio financeiro através do edital nº6 PROEXT 2009 da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (MEC) e com bolsa de mestrado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) através do edital nº 02 – Bolsas de Formação: Fortalecimento de Políticas Públicas.

O município de Goiânia é dividido em sete distritos sanitários este estudo foi desenvolvido no Distrito Sanitário Leste do município de Goiânia por esse ser campo de estágio dos cursos da área da saúde da UFG. O estudo teve como base os 90 ACS das UABSF do Distrito Sanitário Leste.

Dos 90 ACS, 69 estiveram presentes na capacitação sobre prevenção do CCU. Três participantes foram excluídos do estudo, dois por não assinarem o TCLE e um por preenchimento incompleto do instrumento de coleta de dados, totalizando uma amostra de 66 ACS.

3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo:

- Os ACS que faziam parte das equipes de saúde da família do Distrito Sanitário Leste no período do estudo, que aceitaram participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) e que preencheram os instrumentos de coleta de dados.

Foram excluídos do estudo:

- Os ACS que não aceitaram participar e/ou não assinaram o TCLE e os que não preencheram os instrumentos de coleta de dados.

3.2 PLANEJAMENTO DA CAPACITAÇÃO E ELABORAÇÃO DOS INTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O planejamento da capacitação e a elaboração dos instrumentos de coleta de dados ocorreram através da realização de três encontros da equipe de pesquisadores.

3.2.1 Planejamento da capacitação

O conteúdo abordado foi definido a partir de reflexões realizadas sobre as atribuições dos ACS nas ações de prevenção do CCU, tendo como base as orientações do MS. Após a definição do conteúdo foi elaborada uma apostila (Apêndice 2).

A capacitação foi planejada com uma duração aproximada de 4 horas, com roteiro determinado para fosse realizada de maneira padronizada (Apêndice 3).

A metodologia utilizada na capacitação foi fundamentada na aprendizagem significativa e educação dialógica. Na aprendizagem significativa, educador e estudante

têm papéis diferentes dos tradicionais. O professor não é mais a fonte principal da informação (conteúdos), mas o facilitador do processo ensino-aprendizagem, que deve estimular o aprendiz a ter postura ativa, crítica e reflexiva durante o processo de construção do conhecimento (BRASIL, 2003). Nessa vertente está a educação dialógica, cujo objetivo não é o de informar para saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde (ALVES, 2005; CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

A capacitação foi agendada para o mês de julho de 2009, fazendo parte de um dos módulos do Curso Introdutório de Formação para ACS realizado pela SMS-GO. Os ACS foram divididos em turmas de aproximadamente 30 participantes.

3.2.2 Elaboração do instrumento de coleta de dados

Um questionário foi elaborado, com perguntas abertas e fechadas (MARCONI; LAKATOS, 2002) para ser utilizado como instrumento de coleta de dados.

O questionário (Apêndice 4) era composto por três blocos de perguntas: no primeiro foram abordados os aspectos de identificação e sócio-demográficos dos ACS; no segundo foi verificado o conhecimento sobre a prevenção do CCU e no terceiro questões sobre as disponibilidades e necessidades de sua comunidade frente à prevenção dessa doença.

Foi aplicado em dois momentos distintos: no início da capacitação foi aplicado o questionário completo, ao final da capacitação apenas o segundo bloco foi aplicado (Apêndice 5). Dessa forma foi possível comparar o conhecimento dos ACS sobre a prevenção do CCU antes e após a capacitação.

O questionário continha perguntas para avaliar os seguintes quesitos do conhecimento dos ACS sobre a prevenção do CCU:

1. População que deve realizar o exame citopatológico;
2. Periodicidade de realização do exame citopatológico;
3. Finalidade do exame citopatológico;
4. Preparação da mulher para realização do exame citopatológico;
5. Agente causador do câncer do colo do útero;
6. Fatores de risco para o câncer do colo do útero;
7. Resultados dos exames citopatológicos.

3.3 DESENVOLVIMENTO DA CAPACITAÇÃO

A capacitação seguiu um roteiro pré-estabelecido (Apêndice 3).

No início os ACS foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e convidados a participar, aos que aceitaram, foi solicitado o consentimento informado individual através da assinatura do TCLE.

O questionário (Apêndice 4) foi então distribuído aos ACS. As perguntas do questionário foram lidas pelas facilitadoras. Conforme era realizada a leitura das perguntas os ACS respondiam ao questionário.

Em seguida foi realizada uma breve introdução do tema “Prevenção do Câncer CCU”, abordando sua epidemiologia e a importância da prevenção.

Os ACS foram, então, divididos em 10 grupos, cada grupo com pelo menos dois ACS para realização de uma dinâmica. A cada grupo foi entregue uma pergunta em tarjeta, dentre as listadas a seguir:

1- O que é o câncer o colo do útero?

2- Quais os fatores de risco para o câncer do colo do útero?

3- Como prevenir o câncer do colo do útero?

4- O que é o exame de prevenção do câncer do colo do útero? Ele é doloroso?

5- Quem deve fazer o exame de prevenção do câncer do colo do útero?

6- De quanto em quanto tempo a mulher deve fazer o exame de prevenção do câncer do colo do útero?

7- Que cuidados a mulher deve ter para fazer o exame de prevenção do câncer do colo do útero?

8- O que fazer quando o resultado do exame de prevenção do câncer do colo do útero for alterado?

9- O que é um resultado alterado do exame de prevenção do câncer do colo do útero?

10- Quais os sinais de alerta para o câncer do colo do útero?

Os grupos tiveram um tempo de, aproximadamente, 15 minutos para discutir a pergunta recebida e elaborar uma resposta. Em seguida todos os grupos foram reunidos em um grande círculo. Sob orientação das facilitadoras, um a um, cada grupo leu e respondeu a sua pergunta. A seguir todo o grupo discutia a resposta e as facilitadoras complementavam as informações quando necessário.

Após a dinâmica, a apostila foi então distribuída aos ACS e lida em voz alta; as informações contidas seguiam a mesma ordem das perguntas utilizadas na dinâmica da capacitação.

Ao final o segundo bloco do questionário (Apêndice 5) foi aplicado aos ACS.

3.4 PROCESSAMENTO E ANALISE DOS DADOS

Os questionários foram identificados por números a fim de preservar a identidade dos participantes. As respostas dos questionários foram armazenadas em um banco de dados utilizando-se o programa Epi Info TM Versão 3.3.2. (Centers for Disease Control and Prevention, 2005).

Para avaliação do conhecimento dos ACS sobre a prevenção do CCU considerou-se os critérios expostos no quadro 1.

Quadro 1 – Critérios para avaliação das respostas do questionário referentes ao conhecimento do Agente Comunitário de Saúde sobre a prevenção do câncer do colo do útero

Pergunta	Resposta correta
População que deve realizar o exame citopatológico	Todas as mulheres que já iniciaram a atividade sexual, independente da idade, e mesmo aquelas que não têm mais vida sexual ativa.
Periodicidade de realização do exame citopatológico	1/1 ano.
Finalidade do exame citopatológico	Evitar o câncer do colo do útero.
Preparação da mulher para realização do exame citopatológico	Não estar menstruada; não utilizar duchas vaginais cremes ou óvulo e não manter relações sexuais pelo menos 3 (três) dias antes do exame.
Agente causador do câncer do colo do útero	Respostas que se referiram ao HPV ou ao HPV juntamente com os fatores de risco para o câncer do colo do útero.
Fatores de risco para o câncer do colo do útero	HPV,falta do uso de preservativo e grande nº de parceiros sexuais.
Resultados dos exames	Normal: Inflamação e presença de microrganismos. Alterado: demais itens.

Para a análise estatística todas as variáveis foram estudadas de maneira descritiva, através do cálculo de frequência absoluta e relativa.

Foi utilizado o programa Sigma stat 2.0 (Systat Software Inc., EUA) para realização dos testes estatísticos. O conhecimento do ACS sobre as medidas de prevenção do CCU antes e após a capacitação foi comparado através do Teste de McNemar, adotando um erro de 5%.

O teste de McNemar é um teste não paramétrico utilizado quando dois conjuntos são investigados, o segundo constituído dos mesmos elementos do primeiro, formando-se pares de unidades onde cada indivíduo funciona como seu próprio controle. São, pois, amostras relacionadas, pareadas ou dependentes, tomadas para testar-se a média das diferenças antes e depois da condição objeto da pesquisa (SIEGEL, 2006).

4 PUBLICAÇÃO

Formação do Agente Comunitário de Saúde na prevenção do câncer do colo do útero

Knowledge of Community Health Agent on uterine cervical cancer prevention

Tatyana Xavier Almeida Matteucci Ferreira, Suelene Brito do Nascimento Tavares, Iraci Rodrigues de Rezende, Edna Joana Cláudio Manrique, Janaína Valadares Guimarães, Luíz Carlos Zeferino, Rita Goreti Amaral

Submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva (Anexo 2).

Resumo

A principal estratégia prevenção do câncer do colo do útero (CCU) é a detecção precoce de suas lesões precursoras através do exame citopatológico. A incidência do CCU no Brasil não está diminuindo. A Estratégia Saúde da Família apresenta potencialidade para trabalhar na organização do rastreamento do CCU e, neste contexto, deve-se considerar que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm papel central. Este estudo teve por objetivo contribuir para a capacitação dos ACS na prevenção do CCU. Este foi um estudo de intervenção realizado com os ACS do município de Goiânia-GO. Foi realizada uma capacitação dos ACS sobre prevenção do CCU, durante a qual foram utilizados questionários estruturados para coleta de dados. O conhecimento dos ACS sobre prevenção do CCU antes e após a capacitação foi comparado através do Teste de McNemar. Verificou-se a deficiência de conhecimento dos ACS sobre a prevenção do CCU antes da capacitação. Observou-se o aprimoramento do conhecimento após a capacitação, especialmente em relação à finalidade do exame citopatológico, a preparação adequada da mulher para sua realização, sobre o agente causador do CCU e sobre os resultados dos exames citopatológicos ($p < 0,05$).

Palavras-Chave: Saúde da Família, Câncer do colo do útero, Capacitação.

Abstract

The main strategy of prevention of uterine cervical cancer (UCC) is the early detection of precursor lesions by cytopathology. Incidence of the UCC in Brazil is not decreasing. The Family Health Strategy has the potential to work in the organization of UCC screening and in this context, one should consider that the Community Health Agents (CHA) play a central role. This study aimed to contribute to the empowerment of CHA in the prevention of the UCC.This was an

intervention study conducted with the CHA from Goiânia-GO. We conducted a training to ACS on prevention UCC, during which structured questionnaires were used for data collection. The ACS knowledge about prevention of UCC before and after training was compared by the McNemar test. There was a lack of knowledge about the prevention of UCC before the training. We observed the improvement of knowledge after the training, especially in relation to the purpose of cytopathology, the proper preparation of women for their achievement on the causative agent of the UCC and the results of cytopathology ($p<0,05$).

Key Words: Family Health, Cervical Cancer, Education.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU) é a segunda neoplasia mais comum entre as mulheres brasileiras, perdendo somente para o câncer de mama[1]. Esta doença inicia-se a partir de alterações intra-epiteliais que podem evoluir para forma invasiva em uma ou duas décadas. A principal estratégia para prevenção é a detecção precoce das lesões precursoras do CCU através da realização do exame citopatológico. O Ministério da Saúde recomenda que este exame seja realizado prioritariamente em mulheres de 25 a 59 anos de idade, a cada três anos após dois exames anuais consecutivos negativos[2,3].

Apesar da existência do programa de rastreamento não houve redução na taxa de mortalidade por CCU no Brasil[2, 4, 5].

Alguns países conseguiram reduzir significativamente a incidência e a mortalidade por CCU após a adoção de programas organizados de rastreamento, que seguem um conjunto de

ações programadas, com população-alvo e periodicidade definidas. Estes programas conseguem atingir alta cobertura, pois possuem registro do universo das mulheres-alvo e dos históricos dos controles, de tal forma que essas possam ser convocadas, de acordo com a periodicidade recomendada[6,7].

Ainda é predominante no Brasil o controle oportunístico, isto é, a realização do exame citopatológico quando há procura ocasional dos serviços de saúde, determinada por razões diversas que não o rastreamento do CCU. Isto contribui para a ineficiência do programa de rastreamento e acaba por não reduzir as taxas de incidência e mortalidade por esta doença[6,7,8,9].

Destaca-se ainda que o Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) registra exames e procedimentos, a partir dos quais são identificadas as mulheres que os realizaram. Desta forma, quem não faz exames não existe no sistema. O SISCOLO não é, portanto, capaz de identificar o universo de mulheres sob risco de desenvolver CCU e que não estão realizando os controles periódicos[2,10,11].

Sendo assim, é apropriado que outras estratégias de busca ativa de mulheres sob risco sejam testadas, devendo-se considerar o potencial da Estratégia Saúde da Família (ESF) na reorganização do rastreamento do CCU[11].

A ESF é organizativa da ABS no Sistema Único de Saúde (SUS)[12, 13,14]. Sendo assim, caracteriza-se como uma prática assistencial integral, exercida por meio da responsabilidade clínica e territorial, isto é, uma prática integral na atenção às necessidades em saúde dos indivíduos e na co-responsabilidade pela saúde da população no seu território[13,15,16].

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 referi-las para o exame de rastreamento são ferramentas para o controle. Por meio das equipes de saúde da família, têm-se a possibilidade de alterar o modo de rastreamento

daquelas comunidades, de oportunístico, para um programa organizado [11,17]. Apesar do cenário favorável, o impacto da ESF no rastreamento do CCU ainda não foi demonstrado[11,18].

Na ESF o papel do ACS é um diferencial, estes profissionais constituem uma importante tática de aprimoramento e de consolidação da estratégia. O sucesso da ESF depende do vínculo entre os profissionais da saúde e a população e o ACS desponta como o elo que possibilita a confiança e o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade assistida[19].

Os ACS têm grandes potencialidades na prevenção do CCU. Promovem a interação mais direta entre as mulheres e o serviço de saúde, podendo assim, incentivar a procura para realização do exame citopatológico, conscientizar sobre a importância do exame; orientar as mulheres com resultados positivos para lesões precursoras dando suporte de seguimento, contribuir para diminuir o número de novos casos e o número de mortes causadas pela doença; podem ainda contribuir para o levantamento de dados sobre a cobertura do exame [11,17].

A atuação dos ACS na identificação da população de mulheres-alvo e convocação daquelas que nunca fizeram o exame citopatológico ou que está há mais de três anos sem fazê-lo ainda é deficiente. Essa ação totalmente compatível com o papel dos ACS deve ser introduzida ou reforçada nos programas de capacitação destes profissionais e, obviamente, deve ser uma preocupação de toda a equipe da ESF[11].

Apesar da importância da atuação do ACS junto à comunidade, observa-se que para a admissão deste não é exigido um alto grau de escolaridade, apenas a conclusão do ensino fundamental. A responsabilidade de identificar, orientar, encaminhar e acompanhar os pacientes, muitas vezes não é suprido com os treinamentos isolados que esses profissionais recebem[20, 21]. Segundo Tomaz[16], o processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel.

O treinamento dos ACS deve muní-los de conhecimentos diversos em torno da questão do processo de saúde-doença, incorporando, além da perspectiva biomédica, outros saberes que o habilitem no processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades[22]. Diante dessas necessidades diversos autores discutem metodologias e processos de formação para estes profissionais. O consenso a que se parece ter chegado é que se tem obtido melhores resultados na capacitação desse profissional a partir de metodologias de ensino ativas e participativas, como as baseadas na problematização, aprendizagem significativa e educação dialógica[23, 24, 25].

Neste contexto, e compreendendo que o ACS é um ator importante nas ações para prevenção do CCU no âmbito da ESF, consideramos relevante contribuir para a capacitação desses profissionais nesta área. Assim, este estudo teve como objetivo contribuir para a capacitação dos ACS na prevenção do CCU.

METODOLOGIA

Este foi um estudo de intervenção[26], com abordagem quantitativa dos dados[27].

A equipe de pesquisadores foi composta por professores doutores e alunos do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG), e por médicos e enfermeiros da Coordenação de Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-GO (SMS-GO).

O presente estudo é parte dos resultados do projeto intitulado “Avaliação do Impacto da Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde na Prevenção do Câncer do Colo do Útero no

município de Goiânia", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (CEP-UFG), nº protocolo 101/2009 (Anexo 1). Cumpriu com os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque III [28] e na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde [29].

O estudo contou com apoio financeiro através do edital nº6 PROEXT 2009 da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (MEC) e com bolsa de mestrado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) através do edital nº 02 – Bolsas de Formação: Fortalecimento de Políticas Públicas.

O município de Goiânia-GO é dividido em sete distritos sanitários. O presente estudo se desenvolveu no Distrito Sanitário Leste por esse ser campo de estágio dos cursos da área da saúde da UFG. O estudo teve como base os 90 ACS das UABSF do Distrito Sanitário Leste. Foram incluídos no estudo todos os ACS do Distrito Sanitário Leste que aceitaram participar mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que preencheram os instrumentos de coleta de dados.

Dos 90 ACS, 69 estiveram presentes na capacitação sobre prevenção do CCU. Três participantes foram excluídos do estudo, dois por não assinarem o TCLE e um por preenchimento incompleto do instrumento de coleta de dados, totalizando uma amostra de 66 ACS.

Planejamento

Inicialmente, a equipe participou de três encontros com objetivo de discutir o conteúdo a ser abordado na capacitação e elaborar os instrumentos de coleta de dados.

O conteúdo abordado foi definido a partir de reflexões realizadas sobre as atribuições dos ACS nas ações de prevenção do CCU tendo como base as orientações do MS. Após a definição do conteúdo foi elaborada uma apostila.

A metodologia utilizada na capacitação foi fundamentada na aprendizagem significativa e educação dialógica. Na aprendizagem significativa, educador e estudante têm papéis diferentes dos tradicionais. O professor não é mais a fonte principal da informação (conteúdos), mas o facilitador do processo ensino-aprendizagem, que deve estimular o aprendiz a ter postura ativa, crítica e reflexiva durante o processo de construção do conhecimento. O objetivo da educação dialógica não é o de informar para saúde, mas de transformar saberes existentes, sendo assim, o tema foi abordado a partir do conhecimento dos próprios ACS. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde[30,31,32].

A capacitação foi planejada com uma duração aproximada de 4 horas, com roteiro determinado para que fosse realizada de maneira padronizada; ocorreu no mês de julho de 2009, fazendo parte de um dos módulos do Curso Introdutório de Formação para ACS realizado pela SMS-GO. Os ACS foram divididos em turmas de aproximadamente 30 participantes.

Instrumento de coleta de dados

Um questionário foi elaborado, com perguntas abertas e fechadas[33] para ser utilizado como instrumento de coleta de dados.

O questionário era composto por três blocos de perguntas: no primeiro foram abordados os aspectos de identificação e sócio-demográficos dos ACS; no segundo foi verificado o conhecimento sobre a prevenção do CCU e no terceiro questões sobre as disponibilidades e necessidades de sua comunidade frente à prevenção dessa doença.

Foi aplicado em dois momentos distintos: no início da capacitação foi aplicado o questionário completo, ao final da capacitação apenas o segundo bloco foi aplicado. Dessa forma

foi possível comparar o conhecimento dos ACS sobre a prevenção do CCU antes e após a capacitação.

O questionário continha perguntas para avaliar os seguintes quesitos do conhecimento dos ACS sobre a prevenção do CCU:

1. População que deve realizar o exame citopatológico;
2. Periodicidade de realização do exame citopatológico;
3. Finalidade do exame citopatológico;
4. Preparação da mulher para realização do exame citopatológico;
5. Agente causador do câncer do colo do útero;
6. Fatores de risco para o câncer do colo do útero;
7. Resultados dos exames citopatológicos.

Desenvolvimento da capacitação

A capacitação seguiu roteiro pré-estabelecido.

No início os ACS foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e convidados a participar, aos que aceitaram, foi solicitado o consentimento informado individual através da assinatura do TCLE.

O questionário foi então distribuído aos ACS. As perguntas dos questionários foram lidas pelas facilitadoras. Conforme era realizada a leitura das perguntas os ACS respondiam ao questionário.

Em seguida foi realizada uma breve introdução do tema “Prevenção do Câncer do Colo do Útero”, abordando sua epidemiologia e a importância da prevenção.

Os ACS foram, então, divididos em 10 grupos, cada grupo com pelo menos dois ACS para realização de uma dinâmica. A cada grupo foi entregue uma pergunta em tarjeta, dentre as listadas a seguir:

1- O que é o câncer o colo do útero?

2- Quais os fatores de risco para o câncer do colo do útero?

3- Como prevenir o câncer do colo do útero?

4- O que é o exame de prevenção do câncer do colo do útero? Ele é doloroso?

5- Quem deve fazer o exame de prevenção do câncer do colo do útero?

6- De quanto em quanto tempo a mulher deve fazer o exame de prevenção do câncer do colo do útero?

7- Que cuidados a mulher deve ter para fazer o exame de prevenção do câncer do colo do útero?

8- O que fazer quando o resultado do exame de prevenção do câncer do colo do útero for alterado?

9- O que é um resultado alterado do exame de prevenção do câncer do colo do útero?

10- Quais os sinais de alerta para o câncer do colo do útero?

Os grupos tiveram um tempo de, aproximadamente, 15 minutos para discutir a pergunta recebida e elaborar uma resposta. Em seguida todos os grupos foram reunidos em um grande círculo. Sob orientação das facilitadoras, um a um, cada grupo leu e respondeu sua pergunta. A seguir todo o grupo discutia a resposta e as facilitadoras complementavam as informações quando necessário.

Após a dinâmica, a apostila foi então distribuída aos ACS e lida em voz alta; as informações contidas seguiam a mesma ordem das perguntas utilizadas na dinâmica da capacitação.

Ao final o segundo bloco do questionário foi aplicado aos ACS.

Análise dos dados

As respostas dos questionários foram armazenadas em um banco de dados utilizando-se o programa Epi Info TM Versão 3.3.2.[34].

Para avaliação do conhecimento dos ACS sobre a prevenção do CCU considerou-se os critérios expostos no quadro 1.

Quadro 1 – Critérios para avaliação das respostas do questionário referentes ao conhecimento do Agente Comunitário de Saúde sobre a prevenção do câncer do colo do útero

Pergunta	Resposta correta
População que deve realizar o exame citopatológico	Todas as mulheres que já iniciaram a atividade sexual, independente da idade, e mesmo aquelas que não têm mais vida sexual ativa.
Periodicidade de realização do exame citopatológico	1/1 ano.
Finalidade do exame citopatológico	Evitar o câncer do colo do útero.
Preparação da mulher para realização do exame citopatológico	Não estar menstruada; não utilizar duchas vaginais cremes ou óvulo e não manter relações sexuais pelo menos 3 (três) dias antes do exame.
Agente causador do câncer do colo do útero	Respostas que se referiram ao HPV ou ao HPV juntamente com os fatores de risco para o câncer do colo do útero.
Fatores de risco para o câncer do colo do útero	HPV, falta do uso de preservativo e grande nº de parceiros sexuais.
Resultados dos exames	Normal: Inflamação e presença de microrganismos. Alterado: demais itens.

Para a análise estatística todas as variáveis foram estudadas de maneira descritiva, através do cálculo de freqüência absoluta e relativa. Utilizou-se o programa Sigma stat 2.0[35] para realização dos testes estatísticos. O conhecimento do ACS sobre as medidas de prevenção do CCU antes e após a capacitação foi comparado através do Teste de McNemar, adotando um erro de 5%[36].

RESULTADOS

A quase totalidade dos ACS era do sexo feminino e tinha curso médio ou técnico profissionalizante. A maioria tinha idade entre 30 e 39 anos, era casado e atuava como ACS entre 1 e 10 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sócio-demográfico dos Agentes Comunitários de Saúde

	n	Frequência (%)
Idade		
20 a 29 anos	10	15,2
30 a 39 anos	33	50,0
40 a 50 anos	23	34,8
Sexo		
Feminino	62	93,9
Masculino	04	6,1
Escolaridade		
Ensino médio	35	53,0
Curso técnico profissionalizante	29	44,0
Ensino superior	02	3,0
Estado civil		
Solteiro	18	27,3
Casado	38	57,6
Amasiado	03	4,5
Viúvo	01	1,5
Divorciado	06	9,1
Tempo de atividade como ACS em anos		
< 1	10	15,1
1 a 5	27	40,9
6 a 10	24	36,4
≥ 11	05	7,6
Total	66	100,0

A grande maioria dos ACS participantes do estudo já havia participado de capacitações, no entanto, a metade deste número achava que as informações recebidas não eram suficientes para o seu trabalho. Quando perguntado sobre o que faltou ou falta nestas capacitações foram

relatados, principalmente, a falta de aprofundamento dos temas e a falta de continuidade (Tabela 2).

Tabela 2 – Avaliação da formação do Agente Comunitário de Saúde

	n	Frequência (%)
Participou de algum curso de formação para ACS		
Sim	59	89,4
Não	07	10,6
Total	66	100,0
Quais ? (foi possível mais de uma resposta)		
Câncer de mama	25	42,4
Câncer do colo do útero	18	30,5
Saúde da mulher	08	13,5
Você acha que as informações recebidas durante as capacitações foram suficientes para seu trabalho como ACS ?		
Sim	29	49,2
Não	30	50,8
Total	59	100
O que você acha que faltou ou falta nas capacitações que tem recebido ? (foi possível mais de uma resposta)		
Continuidade	15	50,0
Aprofundamento dos temas	08	26,7

Quase a totalidade dos ACS (97%, n=64) declarou conhecer informações sobre a prevenção do CCU, relatando como sendo fontes da informação o curso de formação para ACS (77,3%, n=51), enfermeiros (75,8%, n=50), palestras (72,7%, n=48), médicos (65,1%, n=43) e rádio/TV (48,5%, n=32).

Alguns ACS relataram que é difícil para a mulher agendar um exame de prevenção na UABSF, dentre as dificuldades citadas estiveram a falta de vagas e a falta de espaço para coleta (Tabela 3).

Tabela 3 - Conhecimento do Agente Comunitário de Saúde acerca das disponibilidades e necessidades de sua comunidade frente à prevenção do câncer do colo do útero

	n	Frequencia (%)
Na Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família onde você trabalha é dificil para a mulher agendar um exame de prevenção ?		
Sim	18	27,3
Não	48	72,7
Total	66	100,0
Quais seriam estas dificuldades ? (foi possível mais de uma resposta)		
Faltam vagas para agendamento	16	88,9
Falta espaço para coleta	04	22,2

Quando perguntado quais os motivos que impediam as mulheres da região de realizarem o exame de prevenção foram citados sentimentos de vergonha (75,7%, n=50) e medo (36,4%, n=24) e o desconhecimento (25,7%, n=17).

Grande parte dos ACS (84,8%, n=56) declarou que aborda o assunto prevenção do CCU em suas visitas domiciliares.

A tabela 4 mostra o conhecimento dos ACS sobre a prevenção do CCU antes e após a capacitação. Destaca-se o aprimoramento do conhecimento especialmente em relação à finalidade do exame citopatológico e a preparação da mulher para sua realização, sobre o agente causador e os fatores de risco para o CCU e sobre os resultados dos exames citopatológicos ($p < 0,05$).

Tabela 4 - Conhecimentos dos Agentes Comunitários de Saúde acerca do câncer do colo do útero e sua prevenção antes e após a capacitação

Conhecimentos acerca do câncer do colo do útero e sua prevenção	Antes	Após capacitação	p*
	n (%)	n (%)	
Finalidade do exame citopatológico	22 (33,3)	37 (56,1)	0,003
População que deve realizar o exame citopatológico	46 (69,7)	44 (66,7)	0,832
Periodicidade correta do exame citopatológico	55 (83,3)	59 (89,4)	0,219
Preparação da mulher para realização do exame citopatológico	39 (59,1)	57 (86,4)	0,001
Agente causador do câncer do colo do útero	22 (33,3)	41 (62,1)	<0,001
Fatores de risco para o câncer do colo do útero	46 (69,7)	61 (92,4)	0,001
Resultados dos exames citopatológicos	01 (1,5)	15 (22,7)	<0,001

*Teste de McNemar

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que, após capacitação, os ACS tiveram um melhor conhecimento sobre a finalidade do exame citopatológico e a preparação da mulher para sua realização, sobre o agente causador e os fatores de risco para o CCU. Demonstraram ainda entendimento sobre os resultados dos exames citopatológicos, elemento que antes da capacitação praticamente todos os ACS tinham dúvidas.

A grande maioria dos ACS possuía conhecimento adequado da periodicidade correta de realização do exame citopatológico antes da capacitação, isso justifica a inexistência de diferença significativa do conhecimento acerca deste tema antes e após a capacitação.

A capacitação não supriu a deficiência de conhecimento dos ACS em relação à finalidade do exame citopatológico e população que deve realizá-lo. Isso pode ser atribuído a conceitos formados no cotidiano de trabalho. Muitos ACS atribuem ao exame a finalidade de diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis e corrimentos vaginais. Talvez isso ocorra porque muitas mulheres procuram pela sua realização quando possuem queixas ginecológicas[9,37]. Em decorrência desta crença, acreditam que o exame deve ser feito em mulheres que não iniciaram atividade sexual, e também em pré-adolescentes e crianças com corrimento vaginal.

Apesar dos resultados bastante favoráveis da capacitação, vale atentar para o fato de que ela não foi capaz promover a compreensão total do tema por todos os ACS presentes. A educação contínua e permanente desses profissionais se mostra, neste momento, de suma importância. A promoção de educação deve ser constante, como sugerido por Kafer e Scheid[21], preocupando-se em alcançar um bom domínio do conhecimento, a fim de que os ACS sejam capazes de orientar a

população de maneira adequada e resolutiva, atingindo os objetivos de prevenção e promoção da saúde na população.

Diante dos resultados ficou evidente a carência de formação dos ACS sobre as práticas de prevenção do CCU. Este achado está de acordo com outros estudos que evidenciaram a ineficiência dos treinamentos ofertados aos ACS em fornecer aporte de conhecimento suficiente para o bom desempenho de seu trabalho[20,21]. Isto pode decorrente de um processo de formação desestruturado, destacado na falta de continuidade das capacitações e aprofundamento dos temas relatado pelos ACS que participaram do estudo. No município de Goiânia, apenas em 2009, 12 anos após a implantação da ESF, foi realizado o primeiro Curso Introdutório de Formação para os ACS. Anteriormente apenas capacitações temáticas de curta duração haviam sido ministradas a esses profissionais.

A falta de continuidade das capacitações e a falta de aprofundamento dos temas foram reveladas também nas falas de ACS em estudos realizados em outros municípios brasileiros[19,21]. Ao comparar estes dados fica evidente que um processo inadequado de qualificação, composto de diversos micro-treinamentos, fragmentados, dados por diferentes programas, fora do contexto e sem uma seqüência lógica é a realidade da formação de muitos ACS em nosso país[16].

Não se constitui objetivo do presente estudo a avaliação da metodologia da capacitação. No entanto vale relatar que o modelo proposto de capacitação mostrou-se de simples execução, podendo ser realizado em diversos ambientes, como escolas, igrejas ou centros comunitários uma vez que necessita de infra-estrutura simples, sem a necessidade de instrumentos didáticos como quadro-negro, computadores ou aparelhos de multimídia.

O modelo foi bastante elogiado pelos ACS, sendo relatado por muitos que as capacitações recebidas anteriormente eram realizadas através de palestras em grandes auditórios, às vezes com mais de 100 (cem) participantes. A utilização de uma metodologia mais interativa,

com um número menor de participantes permitiu mais voz aos ACS, que não somente fizeram muitos questionamentos, mas também trouxeram à discussão suas vivências no trabalho. As metodologias ativas de ensino já se mostraram bastante eficazes na capacitação de ACS[38, 29].

Segundo Tomaz[16], quando se pretende discutir a formação de recursos humanos é fundamental termos clareza do perfil do profissional a ser capacitado e suas necessidades de formação. O perfil dos ACS encontrado neste estudo é semelhante ao observado em outros municípios brasileiros[40,41, 42].

A predominância do sexo feminino é uma tendência observada mundialmente, principalmente nas profissões relacionadas à área da saúde[42]. Esta predominância pode facilitar o trabalho das ACS na atuação de sensibilização das mulheres para a prevenção do CCU. Por pertencerem à mesma comunidade são também influenciadas por todas as crendices, tabus e preconceitos sociais das mulheres de seu meio, o que pode facilitar a compreensão desses fatores e seu enfrentamento.

Em relação à idade, observou-se predominância de ACS com idade maior de 30 anos. A idade mínima para contratação do ACS é de 18 anos. Acredita-se que os ACS com mais idade tendem a conhecer melhor a comunidade, no entanto, eles também têm seus próprios conceitos sobre o processo saúde-doença, advindos de experiências próprias ou alheias, podendo ser mais resistentes a novos conceitos relacionados à promoção da saúde em sua comunidade[40].

Os dados referentes à escolaridade demonstram que grande parte dos ACS que participaram deste estudo possui escolaridade acima do nível médio, mínimo exigido para sua contratação. Um padrão mais elevado de escolaridade pode facilitar o processo de capacitação desses profissionais[41].

Quanto ao tempo de trabalho, encontrou-se uma baixa rotatividade desses trabalhadores. O tempo de permanência no trabalho é importante para o entendimento do papel do agente, que é construído nas suas práticas cotidianas[40].

Os ACS foram capazes de definir as disponibilidades e necessidades de sua comunidade frente à prevenção do CCU. A identificação dos fatores dificultadores das ações de prevenção a essa doença em sua comunidade, como, por exemplo, a falta de espaço adequado para coleta, o número insuficiente de vagas e os sentimentos de medo e vergonha que impedem as mulheres da região de realizarem o exame citopatológico é fundamental na atividade de "elo" entre a equipe de saúde e população que o ACS deve exercer.

Ao trazer para a equipe da ESF estas informações, os ACS fornecem subsídios para que a realidade das famílias seja conhecida, as situações de risco sejam identificadas e ocorra o enfrentamento dos problemas a fim de que a população receba atendimento adequado às suas necessidades[43].

A capacidade de servir de elo de comunicação entre a equipe da ESF e a comunidade é uma particularidade deste profissional, uma vez que deve obrigatoriamente residir na área de atuação, tendo maior proximidade com o usuário e adentrando frequentemente no seu domicílio, sendo capaz de estabelecer relações que favoreçam o levantamento das informações sobre a saúde individual e familiar daqueles com quem se relaciona na comunidade[43].

É importante ressaltar o motivo da dificuldade de agendamento do exame citopatológico relatada pelos ACS. A falta de vagas e falta de espaço para coleta do exame citopatológico nas Unidades de Atenção Básica à Saúde da Família (UABSF), já destacado em outros estudos[44, 45], põe em evidência que, apesar dos mais de 10 anos do programa "Viva Mulher", o grau de implantação e implementação das ações necessárias à prevenção desta doença ainda é questionável. É imprescindível que as mulheres sensibilizadas sobre a importância da realização

do exame citopatológico encontrem uma rede de serviços capaz de suprir a demanda, quantitativa e qualitativamente, em todo o país[46].

Grande parte dos ACS deste estudo declarou que aborda o assunto prevenção do CCU em suas visitas domiciliares de rotina. Em estudo realizado no interior do estado de Minas Gerais a visita domiciliar do ACS foi, na fala dos próprios usuários da ESF, um momento de transmissão de informações importantes e orientações que de certa forma impulsionaram mudanças saudáveis de comportamento[47].

Apesar de não ter sido objetivo deste estudo, foi possível observar que a responsabilidade de identificar as mulheres que necessitam de realizar o exame, orientar sobre a prevenção dessa doença e acompanhar as mulheres com resultados alterados não foi suprida através dos treinamentos anteriormente ofertados a esses ACS.

Ainda neste estudo, durante a capacitação foi enfatizado que a visita domiciliar é um momento muito importante para orientar a mulher sobre o exame citopatológico, sua finalidade e a frequência correta de sua realização. É também a ocasião adequada para informar sobre a forma correta de se preparar para a realização do exame, uma vez que a preparação inadequada pode influenciar na qualidade do resultado. Os sentimentos da mulher em relação ao exame podem ser trabalhados, visando reduzir a vergonha, o medo e a tensão e principalmente conscientizá-las da importância da realização do exame citopatológico.

O presente estudo se propôs a contribuir para a formação do ACS na prevenção do CCU por esse ser um profissional de grande importância no âmbito da ESF. No entanto, não se deve esquecer que a ESF é caracterizada pelo trabalho em equipe. Tomaz[16] destaca que nos escritos e nas falas sobre o papel do ACS têm se colocado nas costas desse profissional o papel de consolidação da ESF e do SUS. Na realidade, isso depende de fatores técnicos, políticos, sociais e

do envolvimento de diferentes profissionais, incluindo os próprios ACS, que, sem dúvida, são fundamentais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ESF pode contribuir para a organização do programa de rastreamento do CCU no Brasil. Por meio da adscrição da clientela é possível identificar as mulheres que não realizam exames regularmente e então incluí-las no rastreamento por meio da busca ativa pelos ACS. Esta ação pode contribuir de maneira significativa para o aumento da cobertura do exame citopatológico e, consequentemente, diminuir a morbi-mortalidade por CCU entre as mulheres de nossa população. Para que este objetivo seja atingido é imprescindível a adequada formação do ACS para busca ativa e orientação adequada destas mulheres, não esquecendo a necessidade de participação dos outros profissionais da equipe de saúde da família.

Os dados resultantes deste estudo foram apresentados à Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS-GO). A partir desses resultados foi elaborado e implantado um "Plano de ação para prevenção do Câncer do Colo do Útero no município de Goiânia-GO¨. Entendendo a ESF como um modelo assistencial que prioriza o trabalho multidisciplinar e em equipe, a necessidade de envolvimento e capacitação de todos os profissionais ficou evidente, sendo assim, este plano de ação inclui a capacitação não somente dos ACS, mas de todos os profissionais que compõe as 166 equipes de saúde da família do município.

Sendo assim, este estudo serviu de subsídio na identificação das falhas no treinamento e capacitação dos ACS em relação aos conhecimentos sobre a prevenção do CCU e contribuiu para

o estabelecimento de um plano de ação para prevenção desta patologia nas UABSF do município de Goiânia-GO. Estudos subsequentes serão realizados para avaliar o impacto deste plano de ação, especialmente para verificar o aumento da cobertura dos exames citopatológico levando em consideração as recomendações do Ministério da Saúde.

AGRADECIMENTOS

Ao prof. Dr. Cláudio Rodrigues Leles pela contribuição na análise dos dados. À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) pela bolsa de mestrado concedida através do edital nº002/2010 e ao Ministério da Educação (MEC) pelo apoio financeiro.

REFERÊNCIAS

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.

2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama - Cadernos de Atenção Básica, n. 13. Brasília: MS; 2006.

3 Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140> Acesso em: 27/01/2011.

4 Brasil. Instituto Nacional do Câncer - Atlas de Mortalidade por Câncer. Disponível em: URL: htpp://www.inca.gov.br. Acesso em 22/01/2011.

5 Chubaci RYS; Merighi MAB. Exame para detecção precoce do câncer cérvico-uterino: vivência de mulheres das cidades de Kobe e Kawasaki, Japão e São Paulo, Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2005; 5(4):471-81.

6 Peto J; Gilham C; Fletcher O; Matthews FE. The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK. Lancet. 2004; 364(9430):249-56.

7 Anttila A; Von Karsa L; Aasmaa A; Fender M; Patnick J; Rebolj M; Nicula F; Vass L; Valerianova Z; VOTI L; Sauvaget C; Ronco G. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. Eur. J. Cancer. 2009; 45(15):2649-58.

8 Mendonça VG; Lorenzato FRB; Mendonça JG; Menezes TC; Guimarães MJB. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sóciodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2008; 30(5):248-55.

9 Pinho AA; Franca Júnior I; Schraiber LB; D'Oliveira AFPL. Cervical cancer screening in the Municipality of São Paulo: coverage and factors involved in submitting to the Pap test. Cad. Saúde Pública. 2003; 19 suppl. 2:303-13.

10 Brasil. Instituto nacional do câncer. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas - Recomendações para profissionais de saúde. Rev. Bras. Cancerologia. 2006; 52(3):213-36.

11 Vale DBAP; Morais SS; Pimenta AL; Zeferino, LCZ. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no município de Amparo, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2010; 26(2):383-90.

12 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

13 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2007.

14 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: MS; 2007.

15 Costa EMA; Carbone MH. Saúde da Família – uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio; 2004.

16 Tomaz JBC. O Agente Comunitário de Saúde não deve ser um "super-herói". Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2002; 6(10):75-94.

17 Dantas JSS. Agente Comunitária contra o Câncer do Colo do Útero – relato de experiência. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família : trabalhos premiados. Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

18 Albuquerque KM; Frias PG; Andrade CLT; Aquino EML; Menezes G; Szwarcwald CL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2009; 25, suppl.2:301-309.

19 Junges JR; Mazari CK; Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. Ciênc. Saúde Coletiva. Em publicação 2008. Disponível em: < http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3230> Acesso em 07/09/2010.

20 Bornstein VJ; Stotz EN. Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. Ciênc. Saúde Coletiva 2008; 13(1): 259-68.

21 Käfer M; Scheid SB. Importância da educação continuada para os agentes comunitários de saúde: relato de experiência. Revista de Educação. 2007; 2(3):262-65.

22 Nunes MO; TRAD LB; Almeida BA; Homem CR; Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad. de Saúde Pública, 2002;18(6):1639-1646.

23 Duarte LR; Silva DSJR; Cardoso, SH. Building an educational program together health community agents. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2007;11(23):439-47.

24 Alves VS. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2005;9(16):39-52.

25 Silva JA; Dalmaso ASW. O Agente Comunitário de Saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2002;6(10):75-96.

26 Medronho RA; Bloch KV; Luiz RR; Werneck GL. Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

27 Marconi MA; Lakatos EM. Metodologia Científica. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

28 World Medical Association. Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 2008. Disponível em: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>. Acesso em 09/11/2010.

29 Brasil. Resolução nº 196/96 Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p. 50.

30 Alves VS. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2005; 9(16):39-52.

31 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Reunião com os Pólos de Capacitação em Saúde da Família Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Brasília, 2003.

32 Chiesa AAM; Veríssimo MLÓR. A educação em saúde na prática do PSF. In: Manual de enfermagem. BRASIL, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem/ Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 135)

33 Marconi MA; Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

34 Centers for Disease Control and Prevention, 1600 Clifton Rd. Atlanta, GA 30333, USA, 2005.

35 Systat Software, Inc. 225 W WashingtonSt., Suite 425 Chicago, IL 60606.

36 Siegel S, Castellan Jr. NJ. Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento. 2.ed.Trad. Carmona, SIC. Porto Alegre: Artmed, 2006.

37 Davim RMB; Torres GV; Silva RAR; Silva DAR. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolau. Rev. Esc. Enferm. USP. 2005; 39(3):296-302.

38 Alvarenga KF; Bevilacqua MC; Martinez MANS; Melo TM; Blasca WQ; Taga MFL. Proposta para capacitação de agentes comunitários de saúde em saúde auditiva. Pró-Fono Rev. Atual Cient. 2008 jul/set; 20(3):171-76.

39 Bastiani JAN; Padilha MICS. Experiência dos Agentes Comunitários de Saúde em doenças sexualmente transmissíveis. Rev. bras. enferm. 2007; 60(2):233-36.

40 Ferraz L; Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005; 10(2):347-55.

41 Mota RRA; David MSL. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? Trab. Educ. Saúde. 2010; 8(2):229-48.

42 Santos KT; Saliba NA; Moimaz SAS; Arcieri RM; Carvalho ML. Agente Comunitário de Saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? Ciênc. Saúde Coletiva. Em

publicação, 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/lista_artigos.php> Acesso em 26/07/2010.

43 Fortes PAC; Spinetti SR. A informação nas relações entre os Agentes Comunitários de Saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. Saude Soc. 2004; 13(2): 70-5.

44 Brenna SMF; Hardy E; Zeferino LC; Namura I. Knowledge, attitudes, and practices related to the Pap smear among women with cervical cancer. Cad. Saúde Pública. 2001;17(4): 909-14.

45 Torres EA; Ribeiro PM; Machado CJ., "... vai lá, tira a roupa... e... pronto ": As mulheres desfavorecidas e o acesso a consultas ginecológicas em Belo Horizonte, MG. In: Seminário População, Pobreza e Desigualdade, 2007 Rev. Bras. Est. Pop. 2008; 25(1):49-69.

46 Casarin RM; Piccoli JCE. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. Ciênc. Saúde Coletiva. Em publicação 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/lista_artigos.php> Acesso em 26/07/2010.

47 Azeredo CM; Cotta RMM; Schott M; Maia TM; Marques ES. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. Ciênc. Saúde Coletiva [online] 2007; 12(3):743-53.

Colaboradores

TXAM Ferreira, SBN Tavares, IR Rezende, EJC Manrique, JV Guimarães e RG Amaral participaram da concepção e projeto.

TXAM Ferreira, RG Amaral, LC Zeferino participaram da análise e interpretação dos dados.

TXAM Ferreira redigiu o artigo.

JV Guimarães e LC Zeferino realizaram revisão crítica do artigo.

RG Amaral aprovou a versão final a ser publicada.

Artigo baseado na dissertação de mestrado de Tatyana Xavier Almeida Matteucci Ferreira do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1. CONCLUSÕES

Os ACS eram, em sua maioria, do sexo feminino, tinha curso médio ou técnico profissionalizante, idade entre 30 e 39 anos, casados e atuavam como ACS entre 1 e 10 anos.

A grande maioria dos ACS já havia participado de capacitações. Quase todos os ACS conheciam informações sobre a prevenção do CCU. No entanto, o conhecimento apresentado antes da capacitação era deficiente, principalmente em relação à finalidade do exame citopatológico, a preparação adequada da mulher para sua realização, ao agente causador da doença e conhecimentos acerca dos resultados do exame.

Após a capacitação os ACS tiveram um melhor conhecimento sobre a finalidade do exame citopatológico, a preparação da mulher para realização do exame citopatológico, sobre o agente causador e os fatores de risco para o CCU.

Os ACS identificaram fatores que dificultam as ações de prevenção da doença como a dificuldade do agendamento do exame citopatológico e os sentimentos de medo e vergonha enfrentados pelas mulheres para a realização do exame.

5.2 COMENTÁRIOS

A ESF pode ser a estratégia de organização do programa de rastreamento do CCU no Brasil. Por meio da adscrição da clientela seria possível identificar as mulheres que não estão realizando exames regularmente e então incluí-las no rastreamento por meio da busca ativa pelos ACS. Esta ação pode contribuir de maneira significativa para o aumento da cobertura do exame citopatológico e, conseqüentemente, diminuir a

morbi-mortalidade por CCU entre as mulheres de nossa população. Para que este objetivo seja atingido é imprescindível a adequada formação do ACS para busca ativa e orientação adequada destas mulheres.

A reorganização do programa de rastreamento do CCU no âmbito da ESF, no entanto, não é tarefa exclusiva do ACS. A ESF é caracterizada pelo trabalho em equipe sendo necessário o envolvimento de todos os profissionais, cada qual no desempenho de suas atribuições, para que esse objetivo seja atingido.

A falta de envolvimento dos demais profissionais da ESF foi uma das deficiências do presente estudo, todo e qualquer trabalho desenvolvido no âmbito da ESF deve envolver toda a equipe.

O planejamento da capacitação dos profissionais da ESF deve ser realizado de forma ordenada e conjunta. Os conteúdos abordados devem ser sim adaptados ao perfil e às atribuições de cada profissional, no entanto é imprescindível que todos sejam capacitados de maneira uniforme, para que o trabalho da equipe seja realizado em consonância.

Apesar de o estudo não ter o propósito de avaliar a metodologia utilizada na capacitação, esta foi, sem dúvida, um de seus destaques. Foi relatado por muitos ACS que as capacitações recebidas eram realizadas através de palestras em grandes auditórios, às vezes com mais de 100 (cem) participantes. A utilização de uma metodologia mais interativa, com um número menor de participantes permitiu mais voz aos ACS, que não somente fizeram muitos questionamentos, mas também trouxeram à discussão suas vivências no trabalho. Isto enriqueceu sobremaneira a ação e não surpreende que esta tenha sido um momento de aprendizagem não só para os ACS, a equipe de pesquisa aprendeu lições de grande valor.

Os dados resultantes deste estudo foram apresentados à Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS-GO). Diante deles foi realizada a elaboração de um “Plano de ação para prevenção do câncer do colo do útero” no município. Entendendo a ESF como um modelo assistencial que prioriza o trabalho multidisciplinar, a necessidade de envolvimento de todos os profissionais ficou evidente, sendo assim o plano de ação inclui a capacitação não somente dos ACS, mas de todos os profissionais que compõe as 166 equipes de saúde da família do município. As ações de capacitação tiveram

início no segundo semestre de 2010 e irão perdurar até o primeiro semestre de 2011. Até o presente momento mais de 700 profissionais foram capacitados, dentre estes, mais de 400 ACS.

O plano de ação é fundamentado não apenas na capacitação dos profissionais e sim em uma readequação funcional das equipes de saúde da família, com vista não somente no aumento da cobertura do exame citopatológico, mas na reorganização do rastreamento do CCU no município de Goiânia.

Sendo assim, este estudo serviu de subsídio na identificação das falhas no treinamento e capacitação dos ACS em relação aos conhecimentos sobre a prevenção do CCU e contribuiu para o estabelecimento de um plano de ação para prevenção desta patologia nas UABSF do município de Goiânia-GO. Estudos subsequentes serão realizados para avaliar o impacto deste plano de ação, especialmente para verificar o aumento da cobertura dos exames citopatológico levando em consideração as recomendações do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, K. M.; FRIAS, P. G.; ANDRADE, C. L. T.; AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G.; SZWARCWALD, C. L. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], vol.25, suppl.2, p. 301-309, 2009.

ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005

ANTTILA, A.; VON KARSA, L.; AASMAA , A.; FENDER, M.; PATNICK, J.; REBOLJ, M.; NICULA, F.; VASS, L.; VALERIANOVA, Z.; VOTI, L.; SAUVAGET, C.; RONCO, G. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. **European Jornal of Cancer.** , v. 45, n. 15, p. 2649-2658, ago. 2009.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. **Ciência e Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-268, fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Reunião com os Pólos de Capacitação em Saúde da Família Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS.** Brasília, 2003.

A _____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, 2006. 132 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

B _____ Instituto Nacional do Câncer. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas - Recomendações para profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 52, n. 3, p. 213-236, out. 2006.

C_____ Lei 11.350/2006. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.**Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 6 out. 2006. Seção 1, p. 1.

A _____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA; 2007. 94 p.

B_____ Comissão de Justiça e Cidadania. Projeto de Lei 843/07. Altera o art.453 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a fim de permitir a ausência ao serviço para realização de exame preventivo de câncer do colo de útero, de câncer da mama ou de câncer da próstata. 2007. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/internet/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=349393> . Acesso em 20 de agosto de 2010.

C_____Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2007. 291 p. (Coleção Progestores/ Para entender a Gestão do SUS).

_____ Lei 11.664. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 30 abr. 2008. Seção 1, p. 1.

A_____ Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro:INCA; 2009. 98p.

B _____ Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME**. 6ª ed. Brasília, 2009. 198p.

A_____ Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140> Acesso em: 27/01/2011.

B _____ Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php> Acesso em: 03/03/2011.

BRENNA, S. M. F. HARDY, E.; ZEFERINO, L. C.; NAMURA, I. Knowledge, attitudes, and practices related to the Pap smear among women with cervical cancer. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 909-914, ago. 2001.

BRITO, C. M. S.; NERY, I. S.; TORRES, L. C. Feelings and expectations of the women concerning Oncotic Citology. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 387-390, ago. 2007.

CASARIN, R. M.; PICCOLI, J. C. E. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. **Ciência e Saúde Coletiva**. [Periódico na Internet], 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/lista_artigos.php> Acesso em 26/07/2010.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention, 1600 Clifton Rd. Atlanta, GA 30333, USA, 2005.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. L. Ó. R. A educação em saúde na prática do PSF.*In:* Manual de enfermagem. BRASIL, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem/ Instituto para o Desenvolvimento da Saúde.** Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: 2001. 250p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 135)

CHUBACI, R. Y. S.; MERIGHI, M. A. B. Exame para detecção precoce do câncer cérvico-uterino: vivência de mulheres das cidades de Kobe e Kawasaki, Japão e São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 471-481, dez. 2005.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família – uma abordagem interdisciplinar.** Rio de Janeiro: Rubio; 2004. 194 p.

DANTAS, J. S. S. Agente Comunitária contra o Câncer do Colo do Útero – relato de experiência. *In:* Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família : trabalhos premiados**. Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 212 p.

DUARTE, L.R.; SILVA, D.S.J.R.; CARDOSO, S.H. Building an educational program together health community agents.**Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.23, p.439-47, set/dez 2007.

DUAVY, L. M.; BATISTA, F. L. R.; JORGE, M. S. B.; SANTOS, J. B. F. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 733-742, jun. 2007.

ELUF NETO, J. A vacina contra o papilomavírus humano. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 11 n. 3, p. 505-525, set. 2008.

ELUF NETO, J. A vacina contra o papiloma vírus humano. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11 n. 3, p. 505-525, set. 2008.

JUNGES, J. R.; MAZARI, C. K.; SELLI, L. Agentes Comunitários de Saúde: perfil e formação. **Ciência e Saúde Coletiva**. [Periódico na Internet], 2008. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3230 > Acesso em 17/01/2011.

KÄFER, M.; SCHEID, S. B. Importância da educação continuada para os agentes comunitários de saúde: relato de experiência. - **Revista de Educação.** Cascavel, v. 2, n. 3, p. 262-265, jan./jun. 2007.

MARCONI, M. A.; LAKATOS E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 282p.

MARCONI, M. A.; LAKATOS E. M. **Metodologia Científica.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 312p.

MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ; R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. 685p.

MENDONÇA, V. G.; LORENZATO, F. R. B.; MENDONÇA, J. G.; MENEZES, T. C.; GUIMARÃES, M. J. B. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sóciodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 248-55, maio 2008.

NADAL, S. R.; MANZIONE, C. R. Vacinas contra o Papilomavirus humano. **Revista Brasileira de Colo-proctologia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 337-340, set. 2006 .

NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. C.O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.18 n.6, p.1639-1646, nov./dez. 2002

PAHO. Organização Pan-americana de Saúde. **Hoja Informativa del Programa Mujer, Salud y Desarrollo.** Organización Panamericana de la Salud; 2001. Disponível em <hdw@paho.org> Acesso em 22/06/2010.

PATH. Preventing cervical cancer in low-resource settings. **Path´s Outlook** [on line] , v. 18, n. 1, p. 1-8. 2000. Disponível em: <http://www.reproline.jhu.edu/english/3cc/3outlook/outlook_cc2.htm> Acesso em 03/08/2010.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, I. H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. **Acta Scientiarum. Healht Sciences**. Maringá, v. 26, n. 2, p. 319-324, jul./ dez. 2004.

PETO, J.; GILHAM, C.; FLETCHER, O.; MATTHEWS, F.E. The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK. **Lancet**, v. 364, n. 9430, p. 249-256, jul. 2004.

A PINHO, A. A.; FRANCA JÚNIOR, I.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA; A. F. P. L. Cervical cancer screening in the Municipality of São Paulo: coverage and factors involved in submitting to the Pap test. **Cadernos de Saúde Pública** [on line], Rio de Janeiro, v. 19, suppl. 2: p. 303-13, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000800012&script=sci_arttext&tlng=en> Acesso em: 27/01/2011.

B PINHO, A. A.; FRANCA-JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 95-112, mar. 2003.

SIEGEL, S.; CASTELLAN JR., N. J. **Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento.** 2.ed.Trad. CARMONA, S. I.C. Porto Alegre: Artmed, 2006. 448p.

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 - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 6, n. 10, p.75-96, fev 2002.

SYSTAT. Systat Software, Inc. 225 W WashingtonSt., Suite 425 Chicago, IL 60606.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

VALE, D. B. A. P.; MORAIS, S. S.; PIMETA, A. L.; ZEFERINO, L. C. Z. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 383-390, fev. 2010.

ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFG

PROTOCOLO
101/2009

Goiânia, 29 de junho de 2009

PARECER CONSUBSTANCIADO

I. IDENTIFICAÇÃO:

Título do projeto: "Avaliação do Impacto da Capacitação dos Agentes Comunitários de saúde na Previdência do Câncer do Colo do Útero no |Município de Goiânia"

Pesquisador Responsável: Rita Goreti Amaral

Pesquisador Participante: Tayana Xavier Almeida Matteucci Ferreira, Suelene Brito Nascimento Tavares, Nadja Lindany Alves de Souza, Luciana Vieira Araujo, Edna Joana Claudio Manrique,Cesar Augusto de Rezende,Janaina Valadares Guimarães, Iraci Rodrigues de Rezende, Marisa dos Santos Pereira Araujo.
Instituição Responsável: Faculdade de Farmácia

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, após análise das adequações solicitadas, **Aprovou,** o projeto acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/UFG, relatórios da pesquisa, encerramento, conclusão (ões) e publicação (ões) de acordo com as recomendações da Resolução 196/96.

Prof. Renato Mauricio de Oliveira
Vice-Coordenador do CEP/UFG

ANEXO 2 – Normas de publicação na Revista Ciência e Saúde Coletiva

Instruções para Colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade bimestral, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista C&SC adota as“Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de RevistasMédicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, <www.icmje.org> ou <www.apmcg.pt/document/ 71479/450062.pdf>. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

SEÇÕES DA PUBLICAÇÃO

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres. Debate: encomendado pelos editores, trata-se de artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; os textos dos debatedores e a réplica,máximo de 10.000 caracteres cada um.

Artigos Temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas.Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores devem encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução de alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes nocampo temático (máximo de 7.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres considera os espaços e inclui texto e bibliografia; o resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

APRESENTAÇÃO DE MANUSCRITOS

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo,na fonte Times New Roman, no corpo 12,margens de 2,5 cm, formatoWord e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação,nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975,1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação,impressa ou eletrônica, sema prévia autorização da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções.Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem,etc.).

9. O resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

AUTORIA

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor:

a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados,

b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e

c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

NOMENCLATURAS

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto,a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

ILUSTRAÇÕES

1.Omaterial ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias).Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído umbreve título.Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. 6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Ilustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm).O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução.

AGRADECIMENTOS

1.Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2.Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles a outros tipos de contribuição.

REFERÊNCIAS

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de !maturidade do PSF" 11 ...

ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza 4,a cidade...

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes paramanuscritos apresentados a periódicos biomédicos (http://www.icmje.org).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (http://www.nlm.nih.gov/).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1.Artigo padrão (inclua até 6 autores, seguidos de et al. se exceder a esse número)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. Rev C S Col 2005; 10(2):275-86.

MaximianoAA, Fernandes RO,Nunes FP,AssisMP, Matos RV, Barbosa CGS, et al. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. Rev C S Col 2005; 10(2):483-91.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164:282-4

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84:15.

4.Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de lilteratura, com especial atenção à criança brasileira. Cad Saúde Pública 1993; 9(Supl 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

EnzensbergerW, Fisc her PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. Lancet 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7.Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN.A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. O financiamento público federal do SistemaÚnico de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13.Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. Jornal do Brasil 2004 Jan 31; p. 12

Lee G.Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO):Mosby-Year Book; 1995.

15.Documentos legais

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 União 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI.Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. In press 1996. Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF,Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. Arq Bras Oftalmol. No prelo 2004.

Material eletrônico

16.Artigo emformato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm

Lucena AR,Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. Arq Bras Oftalmol [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: ht tp://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf

17.Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CDROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed.Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Agentes Comunitários de Saúde

Eu, _____, ____ anos, RG_____,endereço_____ _____,telefone_____, nº. do prontuário _____, aceito colaborar como voluntário(a) do estudo **Avaliação do Impacto da Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde na Prevenção do Câncer do Colo do Útero no Município de Goiânia** que está sendo realizado por pesquisadores da Universidade Federal de Goiás. Estou ciente de que minha participação consiste em responder um questionário, participar de um curso de capacitação e de grupos de discussão, realizar entrevistas com as mulheres durante as visitas domiciliares que realizo durante meu trabalho e motivá-las para realização do exame de prevenção do câncer do colo do útero. Também fui informado(a) que, caso não queira participar, isso em nada prejudicará o meu trabalho e que poderei participar do curso de capacitação. Fui esclarecido(a) que quando os resultados forem divulgados, o meu nome não será mencionado e que a participação no estudo não oferece riscos e tem como benefícios contribuir para a formação dos ACS na prevenção do câncer do colo do útero, dando aos ACS maior capacidade de identificar os problemas relacionados a essa doença, proporcionando também benefícios às mulheres que nunca realizaram seu exame de prevenção e consequentemente aumentará a cobertura desse exame, poderá também servir de subsídios para as ações de políticas públicas na ESF.

Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Para qualquer esclarecimento procurarei a Dra. Rita Goreti Amaral, Tatyana Xavier Almeida Matteucci Ferreira ou Luciana Vieira Araújo no Centro de Análises Clínicas Rômulo Rocha da Faculdade de Farmácia ou pelo telefone (62) 3209-6440. Posso também fazer reclamações e dar sugestões ligando para a Comissão de Ética em Pesquisa, no telefone (62) 3521-1076 ou 3521-1023. Sei que não serei pago(a) para participar deste estudo.

Informo que compreendo este termo de consentimento e que minha assinatura abaixo significa que aceito participar deste estudo.

Agente Comunitário de Saúde:_____

RG: _____

Pesquisadora Responsável:_____

Goiânia, ...de .....de .....

APÊNDICE 2 – Apostila dirigida aos Agentes Comunitários de Saúde

Capa

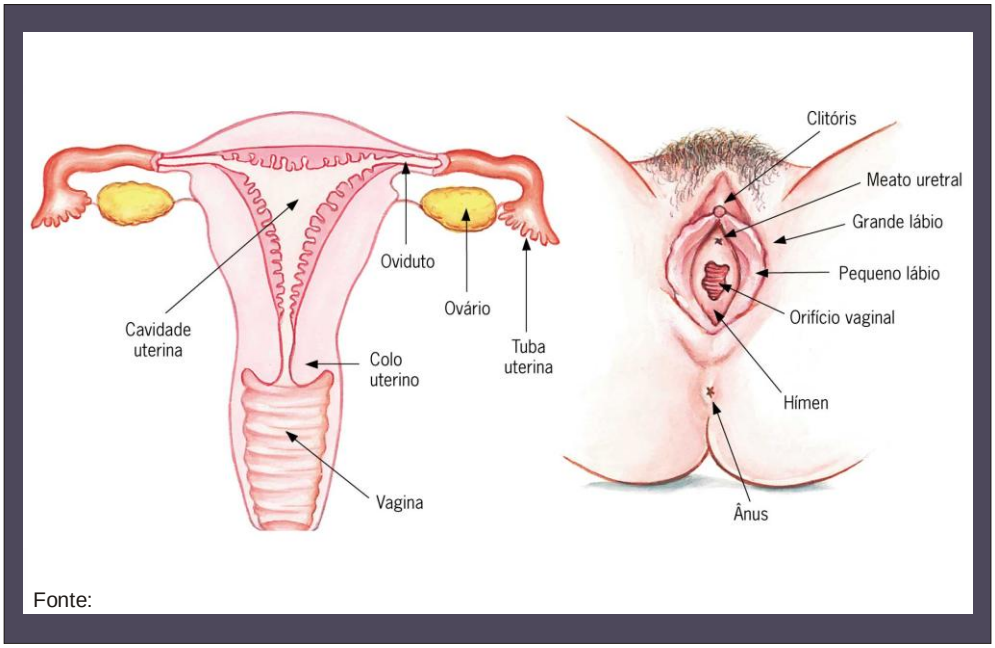
Controle do câncer do colo do útero

Informações ao Agente Comunitário de Saúde

Goiânia, 2009.

Página 1

Anatomia do Aparelho Genital Feminino



Fonte:

O câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres anualmente. Em nosso país, é a terceira neoplasia maligna mais comum entre as mulheres e a quarta causa de morte por câncer nessa população[1].Por outro lado, dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de cura, chegando perto de 100%, quando diagnosticado precocemente e podendo ser tratado em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos[2,3,4].

1

Página 2

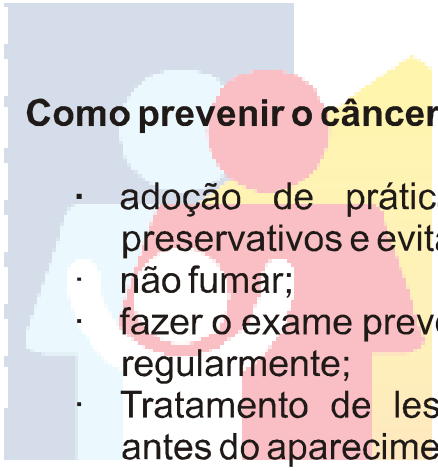
O que é o câncer do colo do útero?[1,2,3,4,5]

É uma doença que ocorre no colo do útero provocando modificações nas suas células. O câncer se desenvolve de forma progressiva e silenciosa (não dói), podendo levar de 10 a 20 anos para se desenvolver. É associado ao vírus HPV, transmitido durante as relações sexuais. O câncer do colo do útero pode ser curado quando diagnosticado precocemente.

Fatores de risco[1,2,4]

- exposição a condições de vida precárias (alimentação insuficiente, habitação inadequada, maus hábitos de higiene)
- dificuldades de acesso aos serviços de saúde;
- início de atividade sexual muito cedo (a atividade sexual expõe a mulher a infecções genitais, incluindo HPV);
- variação de parceiros sexuais. Quanto maior o número de parceiros, maior é o risco de se contrair doenças sexualmente transmissíveis;
- hábito de fumar (o cigarro contém substâncias que podem provocar câncer);
- não usar preservativos (camisinha);
- idade entre 40 e 60 anos.

Página 3



Como prevenir o câncer do colo do útero[6,7]

- adoção de práticas de sexo seguro (uso de preservativos e evitar promiscuidade sexual);
- não fumar;
- fazer o exame preventivo do câncer do colo do útero regularmente;
- Tratamento de lesões e processos inflamatórios, antes do aparecimento do câncer propriamente dito.

O que é o exame de prevenção?[5,6]

O exame de prevenção do câncer do colo do útero (também chamado de exame citopatológico ou exame de Papanicolau) é realizado durante o exame ginecológico, quando é colhida uma pequena quantidade de células do colo do útero e espalhadas em uma lâmina de vidro. A lâmina é guardada em um frasco de plástico e enviada ao laboratório, onde é examinada ao microscópio a procura de células alteradas que podem indicar o desenvolvimento do câncer do colo do útero.

Este exame além de descobrir o câncer do colo do útero descobre também outras doenças, como algumas DST's e corrimentos. Quando o exame mostrar que a mulher tem DST é importante que o parceiro também seja tratado.

3

Página 4

O exame é doloroso?[7]

Não, o exame não dói e é bastante rápido. A mulher pode sentir um pouco de desconforto, mas é passageiro.

Quem deve fazer o exame?[6]

Devem fazer o exame de prevenção do câncer do colo do útero todas as mulheres que já iniciaram a atividade sexual, independente da idade. É importante que mesmo as mulheres que não tem mais vida sexual ativa continuem realizando o exame.

De quanto em quanto tempo a mulher deve fazer o exame?[6]

A mulher deve fazer o exame de prevenção uma vez por ano. Quando a mulher tem dois exames consecutivos negativos e não tem fatores de risco para o câncer do colo do útero, o profissional de saúde pode marcar o próximo exame para dali a 3 anos.

4

Página 5

Que cuidados a mulher deve ter para fazer o exame de prevenção?[5,7]

- não estar menstruada (esperar 5 dias após o fim da menstruação para fazer o exame);
- não manter relações sexuais por pelo menos 3 dias antes do exame;
- não utilizar duchas, óvulos ou cremes vaginais;
- a presença de pequeno sangramento de origem não menstrual, não é impeditivo para a coleta, principalmente em mulheres na pós-menopausa.

E se o resultado do exame for alterado?[6]

Se o resultado indicar alterações das células do colo ou outra doença, a mulher deve fazer o tratamento indicado pelo serviço de saúde e, se for necessário, repetir o exame.

O que é um resultado alterado?[8]

Um resultado alterado é aquele que demonstra a presença de lesões pré-malignas ou do câncer propriamente dito. A presença de infecções por microrganismos ou inflamações não indica um resultado de exame alterado.

5

Página 6

Microrganismos que podem ser encontrados pelo exame preventivo do câncer do colo do útero:

- Lactobacilos;
- Cocos;
- Bacilos;
- Chlamydia;
- Actinomyces sp;
- Cândida sp;
- Trichomonas vaginalis;
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes;
- Bacilos supracitoplasmáticos sugestivos de Gardnerella / Mobiluncus

Resultados alterados:

- Células atípicas de significado indeterminado: escamosas/ glandulares/ de origem indefinida;
- Atipias em células escamosas: lesão Intra-epitelial de baixo grau, lesão Intra-epitelial de alto grau, lesão Intra-epitelial de alto grau não podendo excluir micro-invasão;
- Carcinoma epidermóide invasor;
- Atipias em células glandulares: adenocarcinoma "in situ" e adenocarcinoma invasor.

O papel do ACS não é interpretar o resultado do exame. A mulher com resultado alterado deve ser encaminhada para o tratamento adequado pelo médico. Quando o ACS se depara com uma mulher com resultado alterado deve orientá-la a procurar o serviço de saúde e incentivá-la a fazer o tratamento.

Lembre-se: não é vergonha não entender um resultado. Quando não souber o que significa o que está escrito no laudo oriente a mulher a procurar a unidade de saúde e procure seu/sua enfermeiro(a) chefe para tirar suas dúvidas

6

Página 7

Sinais de alerta para o câncer do colo do útero[5]

- Sangramento vaginal após a menopausa
- Dor ou sangramento na relação sexual

O que é Programa Viva Mulher?[9,10]

O governo brasileiro, através de políticas sociais, tem se empenhado para reduzir o quadro de morbi-mortalidade do câncer do colo do útero com a implantação de programas de assistência à saúde da mulher. Como resultado dessas políticas sociais originou-se o Programa "Viva Mulher", com abrangência nacional, implantado em 1996, através de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer.

O Programa Viva Mulher consiste no desenvolvimento e na prática de estratégias que reduzam a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer do colo do útero e de mama. Por meio de uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde e todos os 26 Estados brasileiros, além do Distrito Federal, são oferecidos serviços de prevenção e detecção precoce em estágios iniciais da doença, assim como tratamento e reabilitação em todo o território nacional

Página 8

O que o agente comunitário de saúde pode fazer?[5]

- orientar a mulher sobre a importância de fazer o exame de prevenção do câncer do colo do útero uma vez por ano;
- estimular a formação de grupos de mulheres onde elas possam discutir seus medos e trocar experiências. Sempre é bom trazer para os grupos mulheres que já tenham feito o exame para que contem suas experiências e animem as outras mulheres a também fazer o exame;
- discutir com a equipe de saúde maneiras de realizar o exame de prevenção em todas as mulheres da comunidade;
- orientar as mulheres que não menstruam mais (menopausa) e aquelas que não tem mais vida sexual ativa que devem continuar fazendo o exame uma vez por ano;
- esclarecer sobre a importância do uso de preservativo nas relações sexuais;
- fazer o agendamento do exame das mulheres que nunca fizeram ou que fizeram o exame a mais de 3 anos;
- orientar as mulheres com exames alterados para que façam o tratamento recomendado pelo serviço de saúde.

8

Página 9

REFERÊNCIAS

1- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/> Acesso em: 22/02/2009.

2- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) Falando sobre câncer do colo do útero. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_utero.pdf> Acesso em 26/04/2009.

3- DUAVY, L. M.; et al . A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. Ciênc. saúde coletiva , Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2007.

4- ELOVAINIO, L.; NIEMINEN, P.; MILLER A.B. Impact of cancer screening on womwn's health. Int J Gynecol Obstet, v.58, n.1, p.137-47, July 1997.

5- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Controle do Câncer de Mama e do Colo do Útero – Agente Comunitário de Saúde. Goiânia, 2007.

6- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer do Colo do Útero. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=326>. Acesso em 26/04/2009.

7- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Exame Preventivo do Colo do Útero. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=132>. Acesso em 26/04/2009.

8- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura Brasileira para laudos cervicais e condutas clínicas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2006. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas_2_1705.pdf>. Acesso em 26/04/2009.

9- PINHO, A. A.; et al . Cervical cancer screening in the Municipality of São Paulo: coverage and factors involved in submitting to the Pap test. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro 2003 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Apr 2008.

10- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140>. Acesso em 26/04/2009.

9

Página 10

ANOTAÇÕES

Contracapa

ELABORAÇÃO:
Tatyana Xavier A. M. Ferreira - Farmacêutica, UFG / SMS-GO
Rita Goreti Amaral - Professora Doutora - Faculdade de Farmácia - UFG
Iraci Rodrigues de Rezende - Médica Ginecologista e Sanitarista, SMS-GO
Marisa dos Santos Pereira Araújo - Enfermeira, SMS-GO

APOIO:
Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia
Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Goiás

APÊNDICE 3 – Roteiro de capacitação

CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO LESTE

1. Apresentações e esclarecimentos (15 minutos)
    - Apresentar-se à turma.
    - Convidar a turma a apresentar-se rapidamente.
    - Prestar esclarecimentos sobre a pesquisa, seus objetivos e procedimentos.
    - Solicitar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2. Aplicação do questionário (30 minutos)
    - Distribuir o questionário. Ler as questões em voz alta para que os ACS respondam.
    - Recolher o questionário respondido e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos.

3. Dinâmica de grupo (120 minutos)
    - Enumerar as pessoas da turma de 1 a 10.
    - Dividir a turma em 10 grupos (pessoas nº1 no grupo 1, pessoas nº2 no grupo 2, pessoas nº3 no grupo 3 e assim sucessivamente).
    - Distribuir as tarjetas de perguntas, uma para cada grupo, e orientar os grupos a discutirem as questões **durante 10 minutos**, procurando respondê-las. Neste momento o facilitador pode tirar dúvidas dos grupos, mas sem responder as questões.
    - Reunir a turma em grupo único.
    - Pedir ao grupo 1 para ler sua pergunta em voz alta e respondê-la para a turma. Deixar que a turma complemente a resposta. Complementar a resposta com base nos conhecimentos da apostila. Repetir até que todas as questões sejam respondidas.

4. Intervalo para lanche (10 minutos)

5. Leitura das Apostilas (30 minutos)
    - Distribuir as apostilas.
    - Ler as apostilas em voz alta com os ACS (pedir que cada ACS leia um tópico).

6. Aplicação do questionário (30 minutos)
    - Distribuir o questionário. Ler as questões em voz alta para que os ACS respondam. **Não explicar as perguntas**.

7. Agradecer a colaboração e participação da turma e colocar-nos a disposição para o esclarecimento de dúvidas.

APÊNDICE 4 - Questionário

Nº prontuário: _____

Universidade Federal de Goiás
Pós-graduação em Ciências da Saúde

Avaliação do Impacto da Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde na Prevenção do Câncer do Colo do Útero no Município de Goiânia.

Questionário de avaliação do conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre as medidas de prevenção do câncer do colo do útero e da dinâmica social da sua comunidade, suas disponibilidades e necessidades frente à prevenção do câncer do colo do útero.

Questionário 1

Data __/___/____ UABSF: _____

DADOS PESSOAIS:
Nome:_____

Data de Nascimento:___/___/_____ Idade atual:_____

SEÇÃO 1- PERFIL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

1.1 Sexo:
( ) feminino ( ) masculino

1.2 Escolaridade
( ) ensino médio completo
( ) nível superior
( ) curso técnico profissionalizante. Qual? _____

1.3 Estado civil
( ) solteiro ( ) amasiado ( ) casado ( ) divorciado ( ) viúvo

1.4 Há quanto tempo é Agente Comunitário de Saúde? _____

1.5 Você teve a oportunidade de participar de algum curso de capacitação para Agente Comunitário de Saúde?
( ) sim ( ) não (passe para a 2.1)

1.6 Quais foram essas capacitações e o tempo de duração?

_____

_____

1.7 Durante o curso você recebeu informações sobre a prevenção do câncer do colo do útero?
( ) sim ( ) não

1.8 Você acha que as informações recebidas nas capacitações foram suficientes para o seu trabalho como ACS?
( ) sim ( ) não

Se não, quais conhecimentos você acha que deveria ter adquirido no curso de formação e não adquiriu?

SEÇÃO 2- CONHECIMENTOS ACERCA DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

2.1 Você já ouviu falar sobre o exame de prevenção do câncer do colo do útero (papacincolaou, exame citopatológico?
( ) sim ( ) não (passe para a 2.7)

2.2 Onde você ouviu falar? (pode haver mais de uma opção)
( ) curso de formação para ACS ( ) médicos ( ) enfermeiros
( ) rádio/tv ( ) palestras ( ) outros _____

2.3 Quem deve fazer o exame de prevenção?
( ) todas as mulheres
( ) mulheres com vida sexual ativa
( ) todas as mulheres que já iniciaram a atividade sexual, independente da idade, e mesmo aquelas que já não tem mais vida sexual ativa
( ) não sabe

2.4 De quanto em quanto tempo o exame de prevenção deve ser feito?
( ) 6/6 meses ( ) 1/1 ano ( ) 3/3 anos ( ) não sabe

2.5 Para que serve o exame de prevenção?
( ) diagnosticar doenças sexualmente transmissíveis
( ) evitar o câncer na mulher
( ) evitar o câncer do colo do útero
( ) não sabe
( ) outros _____

2.6 Qual a preparação que a mulher deve ter para realizar o exame de prevenção? (pode haver mais de uma opção)
( ) não estar menstruada
( ) não fazer uso de duchas vaginais, cremes ou óvulo
( ) não manter relações sexuais pelo menos três dias antes do exame
( ) não sabe

2.7 O que causa o câncer do colo do útero?

_____
_____

2.8 Quais são os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero?
(pode haver mais de uma opção)
( ) HPV
( )grande número de parceiros sexuais
( ) início da atividade sexual muito cedo
( ) fumar
( ) não usar preservativos (camisinha)
( ) não sabe

2.9 Assinale N caso o resultado esteja normal e A caso o resultado esteja alterado:
( ) Inflamação
( ) Presença de microrganismos (Gardnerella, Trichomonas, Candida, Bacilos, Cocos, entre outros)
( ) Lesão Intra-epitelial de baixo grau – LSIL
( ) Lesão Intra-epitelial de alto grau – HSIL
( ) Carcinoma Invasor
( ) Atipias Escamosas de Significado Indeterminado: escamosas/ glandulares/ de origem indefinida;
( ) Atipias Glandulares de Significado Indeterminado
( ) Atipias em células glandulares: adenocarcinoma *"in situ" e a*denocarcinoma invasor.

SEÇÃO 3- Conhecimento do agente de saúde acerca da dinâmica social da sua comunidade, suas disponibilidades e necessidades frente à prevenção do câncer do colo do útero

3.1 Na UABSF onde você trabalha há um programa para incentivar a prevenção do câncer do colo do útero entre as mulheres que freqüentam a unidade?
( ) sim ( ) não

3.2 Na UABSF quem colhe o material para exame de prevenção? (pode haver mais de uma opção)
( ) médico ( ) enfermeiro ( ) estagiários
( ) técnico em enfermagem ( ) auxiliar de enfermagem
( ) não sabe

3.3 É difícil para a mulher agendar um exame de prevenção?
( ) sim ( ) não

Quais são as dificuldades?

_____
_____
_____

3.4 É difícil para a mulher agendar uma consulta na UABSF?
( ) sim ( ) não

Quais são as dificuldades?

_____
_____
_____

3.5 Você acha que as mulheres de sua região realizam o exame de prevenção com freqüência?
( ) sim ( ) não

3.6 Você acha que as mulheres de sua região têm conhecimento sobre a prevenção do câncer do colo do útero?
( ) sim ( ) não

3.7 Nas suas visitas domiciliares você aborda o assunto prevenção do câncer do colo do útero?
( ) sim ( ) não

3.8 A sua UABSF possui algum material didático para educação das mulheres sobre a prevenção do câncer do colo do útero? (panfletos explicativos, cartazes, etc)
( ) sim ( ) não

3.9 O assunto prevenção do câncer do colo do útero é bem recebido pelas mulheres?
( ) sim ( ) não

3.10 O assunto é bem recebido pelos maridos e familiares?
( ) sim ( ) não

3.11 O que você acha que impede as mulheres de sua região de realizarem o exame citopatológico?
( ) medo ( ) vergonha ( ) desconhecimento ( ) não sabe
( ) Outros _____

APÊNDICE 5 – Questionário

Nº prontuário: _____

Universidade Federal de Goiás
Pós-graduação em Ciências da Saúde

Avaliação do Impacto da Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde na Prevenção do Câncer do Colo do Útero no Município de Goiânia.

Questionário de avaliação do conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre as medidas de prevenção do câncer do colo do útero e da dinâmica social da sua comunidade, suas disponibilidades e necessidades frente à prevenção do câncer do colo do útero.

Questionário 2

Data __/___/____ UABSF: _____

DADOS PESSOAIS:
Nome:_____

Data de Nascimento:___/___/_____ Idade atual:_____

CONHECIMENTOS ACERCA DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

1. Quem deve fazer o exame de prevenção?
( ) todas as mulheres
( ) mulheres com vida sexual ativa
( ) todas as mulheres que já iniciaram a atividade sexual, independente da idade, e mesmo aquelas que já não tem mais vida sexual ativa
( ) não sabe

2. De quanto em quanto tempo o exame de prevenção deve ser feito?
( ) 6/6 meses ( ) 1/1 ano ( ) 3/3 anos ( ) não sabe

3. Para que serve o exame de prevenção?
( ) diagnosticar doenças sexualmente transmissíveis
( ) evitar o câncer na mulher
( ) evitar o câncer do colo do útero
( ) não sabe
( ) outros _____

4. Qual a preparação que a mulher deve ter para realizar o exame de prevenção? (pode haver mais de uma opção)
( ) não estar menstruada
( ) não fazer uso de duchas vaginais, cremes ou óvulo
( ) não manter relações sexuais pelo menos três dias antes do exame
( ) não sabe

5. O que causa o câncer do colo do útero?

_____
_____

6. Quais são os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero?
(pode haver mais de uma opção)
( ) HPV
( )grande número de parceiros sexuais
( ) início da atividade sexual muito cedo
( ) fumar
( ) não usar preservativos (camisinha)
( ) não sabe

7. Assinale **N** caso o resultado esteja normal e **A** caso o resultado esteja alterado:
( ) Inflamação
( ) presença de microrganismos (Gardnerella, Trichomonas, Candida, Bacilos, Cocos, entre outros)
( ) Lesão Intra-epitelial de baixo grau – LSIL
( ) Lesão Intra-epitelial de alto grau – HSIL
( ) Carcinoma Invasor
( ) Atipias Escamosas de Significado Indeterminado: escamosas/ glandulares/ de origem indefinida;
( ) Atipias Glandulares de Significado Indeterminado
( ) Atipias em células glandulares: adenocarcinoma *"in situ" e a*denocarcinoma invasor