



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
NÚCLEO DE PESQUISAS EM ONCOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ONCOLOGIA E CIÊNCIAS  
MÉDICAS

LEIDIANE MENDES BRITO

**CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE  
PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER**

BELÉM-PA  
2014

LEIDIANE MENDES BRITO

**CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE  
PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Oncologia e Ciências Médicas, área de concentração: Medicina I, do Núcleo de Pesquisas em Oncologia da Universidade Federal do Pará como requisito para a obtenção do título de Mestre em Oncologia e Ciências Médicas.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Pimentel de Assumpção.

BELÉM - PA

2014

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**  
**Biblioteca do Hospital Universitário João de Barros Barreto HUIBB/UFPA**

---

Brito, Leidiane Mendes.

Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde para a prevenção e controle do câncer /  
Leidiane Mendes Brito; orientador, Prof. Dr. Paulo Pimentel de Assumpção. — 2014

Dissertação (Mestrado) — Universidade Federal do Pará, Núcleo de Pesquisa em  
Oncologia, Programa de Pós-Graduação em Oncologia e Ciências Médicas, Belém, 2014.

1. Neoplasias. 2. Câncer – Prevenção & Controle. 3. Agentes Comunitários de Saúde. I.  
Assumpção, Paulo Pimentel de, *orient.* II. Título.

CDD - 23. ed. 614.599 9

---

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Leidiane Mendes Brito

CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA A PREVENÇÃO E  
CONTROLE DO CÂNCER

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Oncologia e Ciências Médicas, área de concentração: Medicina I, do Núcleo de Pesquisas em Oncologia da Universidade Federal do Pará como requisito para a obtenção do título de Mestre em Oncologia e Ciências Médicas.

Aprovado em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

*Aos ACS's que participaram desta pesquisa e a todos os outros que dispensam muito mais que suor e tempo à suas atividades, aos que trabalham com amor e dedicação em prol do bem estar de suas comunidades.*

## AGRADECIMENTO

A realização desta Dissertação marca o fim de uma importante etapa de minha vida. E só foi possível graças à colaboração, direta ou indiretamente, de várias pessoas e instituições às quais gostaria de exprimir algumas palavras de agradecimento e reconhecimento, em particular:

Ao Professor Doutor Paulo Pimentel de Assumpção, meu *orientador*, pelas valiosas, contribuições, pelos categóricos comentários e sugestões, bem como pela confiança que sempre me concedeu.

À *UFPA* e, em especial, ao PPGOCM pelo ensino gratuito de qualidade proporcionando meu crescimento intelectual. E à CAPES por possibilitar que eu me dedicasse plenamente para a realização desta pesquisa.

À toda a equipe da *ESF do Laranjal* pela confiança e atenção a mim dispensadas e pela recepção sempre carinhosa durante os meses que estive presente. Gostaria de agradecer também aos arranjos familiares que participaram desta pesquisa e, em especial, aos ACS's que dispensaram seu valioso tempo de forma generosa.

Manifesto um profundo reconhecimento a todos os *familiares* pelo apoio ao longo destes anos. Em especial às minhas avós por todas as palavras, histórias e lembranças através das quais posso sempre ter orgulho de minhas origens. Dedico atenção especial à minha avó Enedina pela acolhida em sua casa durante a realização da fase de investigação desta pesquisa.

À toda *família Lobato e Carmin*, pelo carinho a mim dedicado durante estes anos e por muitas vezes que me acolheram e abraçaram quando minha família estava distante. Vocês foram essenciais para meu fortalecimento nos momentos de angústia.

Aos meus *pais Edvaldo Brito e Fátima Mendes...* Principalmente à minha mãe por continuar acreditando nos meus sonhos. Você sempre será meu maior exemplo de humildade, caráter e trabalho. Te amo incondicionalmente, você é a razão de tudo isso. Obrigada!

Ao meu namorado, *Diego Lavareda*, amigo e cúmplice de todas as horas. Pelo carinho, compreensão, amor e solidariedade. Por sempre me apoiar em todas as minhas decisões e por torcer e acreditar desde o início. As lágrimas que 'cursam meus olhos' neste momento são reflexo de todo o meu amor e gratidão.

A todos os *amigos*, pelo carinho, por compreenderem minha ausência em muitos momentos e por todas as palavras de incentivo.

E por fim, mas não menos importante, agradeço a *Deus*, por todas as bênçãos concedidas e por me proteger e amparar nos momentos difíceis, me dando força interior para

superar as dificuldades e me mostrando os caminhos nas horas incertas. Sempre confiarei meus passos à ti.

Enfim, o meu profundo agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, me estimulando intelectual e emocionalmente.

*“O que você faz com amor e cuidado tem uma chance de fazer diferença, tanto para*

*...  
você como para a vida de outras pessoas.  
Tudo o que se faz sem amor e sem c  
fadado ao fracasso e à perda de te  
você e para os outros” (Wim Wendei ,*

## RESUMO

### **Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde para a prevenção e controle do câncer**

O presente estudo tem como tema de discussão, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como essencial para ações de prevenção e controle do câncer, em conjunto com a equipe da Estratégia Saúde da Família. Direcionou-se o olhar, através dos olhos do ACS, para os riscos e atitudes facilitadoras para o desenvolvimento do câncer, bem como para sinais de alarme. A questão que norteou a pesquisa foi: os Agentes Comunitários de Saúde, após receberem devida capacitação, alcançam habilidades suficientes para atuarem no controle do câncer, através de ações de identificação de riscos e educação em saúde? O objetivo principal consistiu em elaborar um modelo de intervenção que contribua para o controle do câncer na Atenção Básica, tendo o ACS como principal mediador. Trata-se de uma pesquisa de intervenção, transversal, de abordagem qualitativa, tendo como objeto de estudo, o trabalho do ACS como um instrumento da ESF para o controle do câncer. Foram selecionados cinco ACS's como participantes principais e oito famílias como participantes secundários. Para a produção dos dados usou-se da pesquisa de campo, que transcorreu entre os meses de janeiro a abril de 2014, e contou com o método observacional. Esta produção foi dividida em dois momentos: estudo de eficácia e estudo de eficiência. A análise dos dados foi organizada em duas matrizes interpretativas: considerações acerca das atividades desenvolvidas e o corolário das ações desenvolvidas, cada uma com suas respectivas categorias e temas. Esta análise contou com o suporte teórico-metodológico da análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2011). Quanto aos resultados, os ACS's, após receberem o trabalho de capacitação, tiveram um bom desempenho nas atividades de investigação e educação em saúde. Em um primeiro momento, a intervenção despertou mudanças positivas no cotidiano das famílias participantes da pesquisa, isto é, após a educação em saúde realizada pelos ACS's conseguiram abandonar hábitos de risco que haviam sido identificados. Assim, após implementação do plano prévio de intervenção, evidenciou o modelo aplicável, ou seja, foi possível perceber como deve se organizar e quais os passos devem ser realizados. A presente pesquisa ainda não pode responder se a intervenção elaborada, em definitivo, é capaz de ocasionar mudanças positivas no cotidiano dos participantes a longo prazo e, principalmente, se estas mudanças ajudarão na redução dos índices de câncer. Cabe destacar, para que intervenções como esta tenham sucesso parcerias precisam ser fortalecidas. Pois para que possamos ter uma saúde pública eficiente e, ao mesmo tempo, uma Atenção Básica de qualidade, necessita-se de fato, que todos trabalhem juntos.



**Palavras-chave:** Agentes Comunitários de Saúde. Câncer. Prevenção primária. Educação em saúde.

## ABSTRACT

### **Training of Community Health Workers for the prevention and cancer control**

The present study has as main topic of discussion the Community Health Agent as essential actor for prevention and control of cancer, along with the staff of FHS. We focus our attention here specifically, through the eyes of the CHW, the risks and to facilitate the development of cancer attitudes, as well as alarm signals. We had as guiding to this research the following question: the Community Health Workers, after receiving proper training, attain sufficient skills to work in cancer control, through actions of risk identification and health education? So if systematized the main objective, which was to develop a model of intervention that contribute to cancer control in primary care, with the CHW as the primary mediator. This is an intervention research, cross-sectional qualitative approach, having as object of study, the work of CHW as an instrument of the ESF for cancer control. A sample of five CHW's was selected as the main participants and eight families as secondary participants. For production data, a field research was used, which included the observational method. This production was divided into two stages: a study of effectiveness and efficiency study. Regarding data analysis, we had two periods of interpretation seeking to organize our discussion into two interpretive matrices: considerations of the activities and the corollary of the actions, each with their respective categories and themes. This analysis relied on the theoretical and methodological support of thematic content analysis proposed by Bardin (2011). As for the results, we implement after prior intervention plan, we could reach results supported the model of intervention that we propose to research. Thus, it was possible to see how this should be organized and what steps should be performed. At first, this intervention has sparked changes in the daily lives of participants, resulting in positive health behaviors. The CHW's met expectations and after work training performed well in research and health education activities. Therefore, this research still can not answer whether the intervention produced, in short, is capable of causing long-term changes, and especially if these changes have helped in reducing cancer rates. It is worth to notice that such interventions to be successful, the partnerships need to be strengthened. This way, we can have an efficient public health and at the same time, a primary care quality, it requires in fact, that all work together.

**Keywords:** Community Health Workers. Cancer. Primary prevention. Health Education.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ALBRAS	Alumínio Brasileiro S.A
ALUNORTE	Alumina do Norte do Brasil S.A
APS	Atenção Primária à Saúde
DNA	Ácido desoxirribonucléico
ESF	Estratégia Saúde da Família
INCA	Instituto Nacional do câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCU	Preventivo do câncer de colo uterino
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional
RNA	Ácido ribonucléico
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
1.1 TEMA EM ESTUDO .....	13
1.2 JUSTIFICATIVA .....	14
1.3 SITUAÇÃO PROBLEMA E QUESTÃO NORTEADORA.....	16
1.4 OBJETIVOS.....	17
<b>CAPÍTULO II: SUSTENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>18</b>
2.1 SOBRE O CÂNCER.....	18
2.2 UM RECORTE EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER .....	20
2.3 PREVENÇÃO DO CÂNCER.....	22
2.4 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTEXTO DA ESF .....	24
<b>CAPÍTULO III: PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>26</b>
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	26
3.2 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA A PRODUÇÃO DOS DADOS .....	27
3.3 CENÁRIO DO ESTUDO.....	27
3.4 SOBRE OS PARTICIPANTES, AMOSTRA E OBJETO DE ESTUDO .....	28
3.5 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	29
3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	30
3.7 APLICAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	31
3.8 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	35
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>37</b>
4.1 ASPECTOS GERAIS QUANTO À ORGANIZAÇÃO DA ANÁLISE.....	37
4.2 CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS .....	38
4.2.1 O ACS enquanto investigador.....	39
4.2.2 O ACS enquanto educador.....	49
4.3 O COROLÁRIO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS .....	59
4.3.1 O efeito imediato da intervenção sobre os hábitos detectados .....	59
4.3.2 O parecer das famílias .....	64
<b>CAPÍTULO V: INTERFACES DA PESQUISA .....</b>	<b>68</b>
5.1 MODELO DA INTERVENÇÃO.....	68
<b>CAPÍTULO VI: CONCLUSÃO.....</b>	<b>72</b>

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>115</b>

## **APRESENTAÇÃO**

Sempre me interessei muito mais pela saúde do que pela doença. Este sentimento surgiu nos primeiros anos dedicados à Graduação em Enfermagem e me acompanham até a presente data. Neste sentido, a partir de meu primeiro contato como estudante com o Sistema Único de Saúde me tornei fascinada por seu processo de criação, sua estrutura organizacional e por seus princípios doutrinários. E desde os anos iniciais na academia decidi que queria ser uma profissional dedicada aos serviços voltados à Atenção Básica, pois desde aqueles dias, mesmo com conhecimentos ainda ‘crus’ sobre todo o processo, já acreditava que o melhor caminho para alcançarmos a plenitude do SUS é o fortalecimento deste nível de atenção. Assim, o fato de ver projetos tão perfeitos sendo descritos em portarias e manuais, não terem sucesso na prática, me despertou uma certa inquietude.

Ao ingressar no curso de Pós-Graduação em Oncologia e Ciências Médicas, me veio o desejo de trabalhar com algo que pudesse ajudar, pelo menos, a amenizar os problemas que cercam a prevenção e o rastreamento do câncer na Atenção Básica, problemas que podem parecer relativamente de fácil resolução, mas que apresentam-se como entraves presentes na maioria dos contextos do país quando observamos os índices crescentes de incidência e diagnóstico tardio de cânceres que poderiam ser prevenidos.

Do mesmo modo, me preocupou continuamente o espaço e papel ambíguos do Agente Comunitário de Saúde, por parte da equipe da Estratégia Saúde da Família, da comunidade e, até mesmo, pelos próprios. Assim, ao integrar o quadro discente do curso de Especialização em Saúde Coletiva, pude me aproximar um pouco mais de todo esse universo dando um impulso maior para que minhas ideias e inquietudes culminassem com o desenvolvimento desta pesquisa. Ressalto que este processo de criação só foi possível graças ao apoio de meu orientador, pois foi através de nossos debates que se pôde chegar a um esboço deste estudo, que visa contribuir para a ressignificação do papel do Agente Comunitário de Saúde no controle do câncer pela Atenção Básica à saúde.

Portanto, estes fatos foram decisivos para que o “broto” desta dissertação fosse plantado na busca de um estudo que pudesse fortalecer minha trajetória como pesquisadora, ao mesmo tempo, oferecesse novas dimensões para a constante construção do Sistema de Saúde.

Dada esta introdução, antes de nos aprofundarmos na pesquisa, cabe esclarecer pontos organizacionais importantes a fim de que a leitura se torne mais fluente. Assim, o presente trabalho, além deste capítulo que diz respeito às questões introdutórias à pesquisa (tema em estudo, sua justificativa/relevância científica, além da descrição do contexto situacional no qual o tema insere-se além dos objetivos) possui ainda outros cinco capítulos.

O segundo capítulo, trata de uma amostra da literatura encontrada no estado da arte, que serviu como sustentação teórica para a pesquisa. No capítulo seguinte, coube apresentar o percurso metodológico trilhado para que alcançássemos os objetivos propostos. A quarta seção se refere a análise dos dados produzidos durante a pesquisa de campo. No capítulo cinco são apresentados os resultados da pesquisa, ou seja, constituiu-se como o reflexo do debate realizado na análise dos dados que proporcionou a organização do modelo de intervenção proposto. Como últimas palavras, o capítulo seis se apresenta trazendo uma visão sintetizada sobre os dados e resultados obtidos.

## CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

### 1.1 TEMA EM ESTUDO

O câncer representa atualmente, um grave problema de saúde pública em todo o mundo, com probabilidade de aumento do número de casos e de mortes para as próximas décadas, particularmente, de forma mais expressiva nos países de média e de baixa rendas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que cerca de 40% das mortes por câncer poderiam ser evitadas com ações de prevenção primária, detecção precoce e acesso ao tratamento adequado, o que faz da prevenção, em particular, um componente essencial de todos os planos para o controle do câncer (ANTUNES; PEDICARIS, 2010; BRASIL, 2012).

O tema prevenção, tem origem na palavra que vem do latim “*praeventionem*”, que significa vir antes, tomar à dianteira (HOUAISS, 2001). A prevenção do câncer, refere-se a um conjunto de medidas para reduzir ou evitar a exposição a fatores que aumentam a possibilidade de um indivíduo desenvolver a doença ou sofrer um determinado agravo. Comumente, esses elementos são chamados de fatores de risco. Tais fatores desencadeantes do câncer podem ser encontrados no ambiente físico, herdados, ou representarem-se por comportamentos ou costumes próprios de indivíduos de um determinado ambiente social e cultural. Assim, um trabalho de prevenção com ênfase nos fatores associados ao modo de vida, em todas as idades, e com intervenções de combate a agentes ambientais e ocupacionais cancerígenos, pode trazer bons resultados na redução do índice dessa doença (BRASIL, 2012).

A atenção primária à saúde (APS) foi adotada como importante proposta da Organização Mundial da Saúde durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978. No Brasil, a busca pela reforma assistencial do

sistema de saúde resultou na formação do Programa Nacional de Agentes Comunitários da Saúde (PNACS), implantado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1991, que passou a ser chamado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1992, por meio do convênio entre a Fundação Nacional e as Secretarias do Estado da Saúde, servindo como uma das bases, em 1994, para a concepção do Programa de Saúde da Família (PSF), por meio da Organização das Nações Unidas (ONU), que elegeu o ano de 1994 como o Ano Internacional da Família, assim, o Ministério da Saúde implantou no Brasil a, hoje denominada, Estratégia Saúde da Família (ESF), procurando seguir as diretrizes previstas no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo esta, atualmente, a principal estratégia de APS no Brasil (SILVA; RIBEIRO, 2009).

Dada esta breve introdução, apresentamos nosso tema, que discute o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como ator essencial para ações de prevenção e controle do câncer, em conjunto com a equipe da Estratégia Saúde da Família. Tomamos este sujeito como protagonista de nossa pesquisa por acreditarmos que o ACS, ao entrar na casa de uma família, pôde identificar as variáveis que contribuem para o processo saúde-doença, ou seja, através de seu trabalho pode-se conhecer a realidade e os problemas de cada comunidade de maneira mais particular. Iremos direcionar especificamente aqui, nosso olhar, através dos olhos do ACS, para os riscos e atitudes que facilitam o desenvolvimento do câncer, bem como para os sinais de alarme característicos da doença, considerando assim, a ação do ACS como uma oportunidade de acompanhamento do grupo familiar.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

O controle do câncer se constitui como um dos grandes desafios que a saúde pública de nosso país enfrenta. E para que se possa enfrentar tal situação, é necessário a adoção de políticas que contemplem, entre outras estratégias, a capacitação de recursos humanos, de modo que cada profissional/trabalhador compreenda seu papel, singular ou não, nas ações de controle dessa patologia. Neste contexto, o papel do ACS é algo que ainda precisa ser trabalhado, para que este possa contribuir, em conjunto com os demais membros da equipe da Estratégia Saúde da Família, de maneira efetiva para o controle do câncer na comunidade. Este trabalhador carece estar preparado, estimulado e capacitado de maneira adequada, para que possa reconhecer riscos e atuar nas ações de educação para a prevenção dessa doença.

Desse modo, essa capacitação dos ACS's se faz viável, principalmente, quanto às ações de prevenção primária (que estão, sobretudo, ligadas à prática da promoção da saúde) e secundárias, nestas, citam-se alguns tipos de cânceres que, segundo o Instituto Nacional do Câncer (2012), existem recomendações para detecção precoce, são eles o de mama, colo do útero, cólon e reto, cavidade oral, próstata, estômago e pele (melanoma e não melanoma).

Segundo Vanzin (1997), para prevenir o câncer, a população deve ser, ao menos, informada sobre os comportamentos de risco e sobre os sinais de alerta. No entanto, acredita-se que para informar a população, é necessário compreender qual a melhor forma de chegar até ela. Pois mais importante que informar é sensibilizar, fazer reconhecer a importância de determinadas atitudes, ou seja, educar e não apenas informar a comunidade.

Nesse discurso o ACS surge como instrumento-chave para chegar até essas famílias sem causar impacto negativo, uma vez que ele compartilha de um mesmo universo linguístico, social e cultural que a comunidade, o que lhe permite conhecer suas práticas de saúde. Para explicitar, podemos citar algumas tarefas que o ACS desempenha em sua comunidade, como: mapeamento da área, por meio da visita domiciliar; acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; desenvolve ações de educação e vigilância à saúde; identifica indivíduos e famílias expostas a situações de risco; orienta as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde; está sempre bem informado e relata aos demais membros da equipe a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco (BRASIL, 2009).

Desse modo, considerando o papel do ACS no processo de ressignificação das práticas de saúde junto à comunidade e, ao mesmo tempo, admitindo a necessidade de uma capacitação específica em ações básicas para o controle do câncer, torna-se relevante um estudo que coloque, experimentalmente, este trabalhador frente a um trabalho que envolva o reconhecimento de riscos e as ações de educação para a prevenção do câncer. Aceitando assim, o discurso e a prática desse ator no processo de transformação da situação de saúde da comunidade.

Dadas as circunstâncias descritas acima e analisando o atual contexto do Brasil, com situações de pobreza e má distribuição de riquezas, devemos pensar em medidas que tenham impacto positivo na qualidade de vida das pessoas como um todo, além de ressignificar a maneira de lidar com os instrumentos já existentes em nosso sistema de saúde.



### 1.3 SITUAÇÃO PROBLEMA E QUESTÃO NORTEADORA

Nas últimas décadas vêm ocorrendo alterações nas causas de mortalidade e morbidade em nosso país, em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. Esse fenômeno é chamado de transição epidemiológica ou mudança do perfil epidemiológico. Processo que engloba, basicamente, três peculiaridades: aumento da morbimortalidade pelas doenças e agravos não transmissíveis e pelas causas externas, deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para grupos mais idosos e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade, para outra na qual a morbidade é dominante, com grande impacto para o sistema de saúde. O câncer está entre as doenças não transmissíveis responsáveis por essa mudança do perfil de adoecimento da população brasileira (BRASIL, 2012).

O número de novos casos de câncer cresce anualmente e para o período de 2012/2013, a estimativa do INCA foi a ocorrência de 518.510 casos novos no Brasil. Desses, o número total (exceto pele não melanoma) previsto para a região Norte foi de 15.290, sendo no Pará um total de 6.630. Os cânceres de pulmão, estômago, próstata, cólon e reto e mama aparecem entre as cinco maiores causas de mortalidade por câncer na população brasileira (BRASIL, 2012). Vale ressaltar que a última publicação do mesmo instituto, intitulada “Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil”, estima cerca de 580 mil casos novos da doença para 2014, os cânceres mais incidentes na população brasileira no próximo ano serão pele não melanoma (182 mil), próstata (69 mil); mama (57 mil); cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil) e estômago (20 mil).

A partir do ano de 2006, o MS através do Pacto pela Saúde, na sua dimensão Pacto pela Vida, definiu o controle do câncer do colo do útero e do câncer de mama entre as prioridades de saúde no Brasil. Porém, mesmo com tais políticas, colocando o controle do câncer em primazia, entende-se que um trabalho mais delimitado e particular necessita ser realizado. Desse modo, acredita-se que o Agente Comunitário de Saúde, enquanto membro da equipe de saúde e da comunidade torna-se ator importante na luta pelo controle do câncer. Em consonância, temos como questão norteadora: os Agentes Comunitários de Saúde, após receberem devida capacitação, alcançam habilidades suficientes para atuarem no controle do câncer, através de ações da identificação de riscos e educação em saúde?

De tal modo, confirmamos a Atenção Primária como um espaço privilegiado para ações de prevenção e detecção precoce do câncer, ações essas que, comprovadamente, têm impacto na qualidade e sobrevida do paciente em muitos tipos de câncer. Esse nível de

atenção, disponível nacionalmente, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

O ACS no contexto da atenção primária, particularmente na Estratégia Saúde da Família, aparece como a peça fundamental no envolvimento da população para o enfrentamento dos problemas de saúde, sobretudo para a modificação das condições de vida. A dimensão comunitária desse trabalhador assume uma importância significativa e é o instrumento que pode auxiliar na mudança de enfoque para a construção de um novo modelo de atenção à saúde.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2012), mesmo se considerarmos que o conhecimento do mecanismo causal dos diversos tipos de câncer não seja completo, na prática, do ponto de vista da saúde pública, a identificação de apenas um componente pode ser suficiente para grandes avanços na prevenção, a partir da escolha de medidas preventivas. Diante de tais fatos, considera-se que o problema de pesquisa se justifica e se solidifica de maneira relevante.

## 1.4 OBJETIVOS

### 1.4.1 Geral

- Elaborar um modelo de intervenção que contribua para o controle do câncer na Atenção Básica, tendo o Agente Comunitário de Saúde como principal mediador.

### 1.4.2 Específicos

- Implementar o plano prévio de intervenção.
- Avaliar o decorrer das atividades de identificação de fatores de risco e de educação em saúde para a prevenção do câncer, desenvolvidas pelos ACS's.
- Analisar as mudanças ocorridas no cotidiano das famílias, após as atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

- Mapear a opinião dos usuários da Atenção Básica participantes da pesquisa, sobre as atividades de investigação e de educação em saúde, desenvolvidas pelos ACS's.

## **CAPÍTULO II: SUSTENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 SOBRE O CÂNCER**

Atualmente, câncer é a terminologia dada nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que tem em comum o crescimento desordenado de células, que tendem a invadir e prejudicar tecidos e órgãos vizinhos (BRASIL, 2012). Essa patologia constitui-se como um grupo de distúrbios que surgem de alterações nos genes, 90% dos quais são induzidos pelo meio ambiente. O câncer, em geral leva anos para se desenvolver, à medida que uma sequência de genes mutam no tecido afetado. Então, as células cujas mutações lhes permitem se dividir mais frequentemente que outras, gradualmente, proliferam no tecido. Esta doença é, de certo modo, uma forma de seleção natural dentro do corpo (LEWIS, 2004).

Como já dito, o câncer é uma consequência da perturbação do ciclo celular. O tempo, a velocidade e o número de mitoses dependem de fatores de crescimento proteicos e moléculas de sinalização de fora da célula, e de fatores de transcrição de dentro. As células cancerosas, provavelmente, surgem em todo mundo, pois a mitose ocorre tão frequentemente, que uma célula ocasional escapa ao controle. Entretanto, o sistema imune destrói a maioria das células cancerosas reconhecendo antígenos tumorais específicos (LEWIS, 2004).

Hanahan e Weinberg (2000) propuseram que seis marcas de câncer, juntas, constituem um princípio de organização que fornece uma estrutura lógica para a compreensão da

diversidade notável de doenças neoplásicas, são elas: a autossuficiência em sinais de crescimento, insensibilidade a sinais supressores de crescimento, evasão da morte celular, habilidade de invasão e metástase, potencial replicativo ilimitado e angiogênese sustentada. Discutem que à medida que as células normais evoluem progressivamente para um estado neoplásico, adquirem uma sucessão de capacidades características, e que o processo de múltiplas etapas de patogênese do tumor humano poderia ser racionalizada pela capacidade de células cancerosas incipientes, adquirirem os traços que permitem que elas se tornem tumorigênica e, finalmente, maligna.

Estes mesmos autores afirmam que os tumores são mais do que massas insulares de proliferação de células cancerosas. Em vez disso, eles são tecidos complexos compostos de múltiplos tipos de células distintas que participam em interações heterotípicas com uma outra. As células normais, associadas ao tumor, são participantes ativas na tumorigênese, em vez de espectadoras passivas, como tal, estas células estromais contribuem para o desenvolvimento e expressão de determinadas capacidades características.

Durante uma década este conceito foi solidificado e ampliado, revelando que a biologia dos tumores já não pode ser entendida, simplesmente, enumerando-se as características das células cancerosas, mas sim, deve-se englobar as contribuições do "microambiente do tumor" à tumorigênese (HANAHAN, 2011).

É sabido que fatores ambientais podem induzir as mutações causadoras de câncer, portanto, o controle destes pode, teoricamente, diminuir o risco de desenvolver câncer. Uma vez diagnosticado, a ciência pode oferecer muitas opções de tratamento. No entanto, o organismo humano encontra-se exposto a múltiplos fatores carcinogênicos, com efeitos aditivos ou multiplicativos. Sabe-se também que a predisposição individual tem um papel decisivo na resposta final, porém não é possível definir em que grau ela influencia a relação entre a dose e o tempo de exposição ao carcinógeno e a resposta individual à exposição (BRASIL, 2012).

Há de se dizer, também, que independentemente da exposição a carcinógenos, as células sofrem processos de mutação espontânea, que não alteram o desenvolvimento normal da população celular como um todo. Estes fenômenos incluem danos oxidativos, erros de ação das polimerases e das recombinases, além da redução e reordenamento cromossômico. Temos que considerar ainda, a vigilância imunológica como mecanismo de correção ou exclusão das células mutantes. Assim, os fenômenos de mutação espontânea podem condicionar uma maior ou menor instabilidade genômica, que pode ser crucial nos processos iniciais da

carcinogênese, como consequência de aneuploidia e ampliações genéticas (BRASIL, 2012).

Em síntese, a carcinogênese pode iniciar-se de forma espontânea ou ser provocada pela ação de agentes carcinogênicos (químicos, físicos ou biológicos). Em ambos os casos, verifica-se a indução de alterações mutagênicas e não-mutagênicas ou epigenéticas nas células. Com relação ao câncer espontâneo ou provocado, tem-se os conceitos de câncer herdado (ou hereditário) e câncer esporádico respectivamente.

A incidência, a distribuição geográfica e o comportamento de tipos específicos de cânceres estão relacionados a múltiplos fatores, incluindo sexo, idade, etnia, predisposição genética e exposição a carcinógenos ambientais. Destes fatores, os ambientais são, provavelmente, os mais importantes. Os carcinógenos químicos (particularmente aqueles presentes no tabaco e resultantes de sua combustão e metabolismo), bem como determinados agentes, como os azocorantes, aflatoxinas e benzeno, foram claramente implicados na indução de câncer no homem e em animais. Certos vírus de DNA do grupo herpes e papiloma, bem como vírus de ácido ribonucléico (RNA) do tipo C, foram também implicados como agentes produtores de câncer em animais, podendo ser igualmente responsáveis por alguns cânceres no homem (BRASIL, 2012).

O tempo para a carcinogênese ser completada é indeterminável, podendo ser necessário muitos anos para que se verifique o aparecimento do tumor. Teoricamente, a carcinogênese pode ser interrompida em qualquer uma das etapas, se o organismo for capaz de reprimir a proliferação celular e de reparar o dano causado ao genoma (LEWIS, 2004; BRASIL, 2012). Assim, acredita-se que com o afastamento dos fatores de risco e a mudança ou prática de alguns hábitos esse processo de interrupção se torne mais fácil.

## 2.2 UM RECORTE EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER

Nas últimas décadas vêm ocorrendo no Brasil mudanças nas causas de mortalidade e de morbidade, em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. Esse fenômeno é denominado de transição epidemiológica ou mudança do perfil epidemiológico. Esse processo engloba, basicamente, três mudanças: aumento da morbimortalidade pelas doenças e agravos não transmissíveis e pelas causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para grupos mais idosos;

transformação de uma situação em que predomina a mortalidade, para outra na qual a morbidade é dominante, com grande impacto para o sistema de saúde (BRASIL, 2011).

O câncer está entre as doenças não transmissíveis responsáveis por essa mudança do perfil de adoecimento da população brasileira. Vários fatores explicam a participação do câncer nessa mudança. Entre eles, podemos citar a maior exposição a agentes cancerígenos, como os atuais padrões de vida adotados em relação ao trabalho, à alimentação e ao consumo, de modo geral, que expõem os indivíduos a fatores ambientais (agentes químicos, físicos e biológicos) resultantes das mudanças no estilo de vida das pessoas e do processo de industrialização cada vez mais intenso; o prolongamento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional; a melhoria das condições econômicas e sociais, refletindo também na melhoria de saneamento das cidades; a evolução da medicina e o uso de antibióticos e vacinas; o aprimoramento dos métodos para se diagnosticar o câncer; o aumento no número de óbitos pela doença; além da melhoria da qualidade e do registro da informação (BRASIL, 2011).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), atualmente, registra-se o aumento da incidência de cânceres associados ao melhor nível socioeconômico (mama, próstata e cólon e reto) ao mesmo tempo em que se observam taxas de incidência elevadas de tumores geralmente associados a condições sociais menos favorecidas (colo do útero, estômago, cabeça e pescoço). O número de casos novos de câncer cresce a cada ano. Para 2012/2013, a estimativa do INCA foi a ocorrência de 518.510 casos novos de câncer no Brasil. Os tipos de câncer mais incidentes (exceto pele não melanoma), por localização primária e gênero, esperados para 2012/2013, no Brasil, foram em homens o de próstata, pulmão e cólon e reto, e em mulheres, de mama, colo do útero e cólon e reto.

De acordo com a publicação “Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil”, o INCA estima cerca de 580 mil casos novos da doença para 2014, os cânceres mais incidentes na população brasileira no próximo ano serão pele não melanoma (182 mil), próstata (69 mil); mama (57 mil); cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil) e estômago (20 mil). Ao todo estão relacionados na publicação os 19 tipos de câncer mais incidentes, sendo 14 na população masculina e 17 na feminina. Excetuando-se pele não melanoma, a ocorrência será de 394.450 novos casos, sendo 52% em homens e 48% entre as mulheres.

O número de casos novos para cada tipo de câncer foi calculado com base nas taxas de mortalidade dos estados e capitais brasileiras (Sistema de Informação Sobre Mortalidade - SIM). As taxas de incidência foram obtidas nas 23 cidades onde existem Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), incluindo Belém. A Organização Mundial da Saúde (OMS)

fez uma projeção de 27 milhões de novos casos de câncer para o ano de 2030 em todo o mundo, e 17 milhões de mortes pela doença. Os países em desenvolvimento serão os mais afetados, entre eles o Brasil. Vale ressaltar, que as estimativas são válidas também para o ano de 2015, mas não podem ser comparadas com anos anteriores, uma vez que não têm como referência a mesma metodologia nem as mesmas bases de dados, tendo em vista que houve melhorias tanto na quantidade, quanto na qualidade das séries históricas de incidência e mortalidade.

É a partir dessas informações sobre o número de casos novos (incidência), de casos existentes (prevalência) e de óbitos (mortalidade) por câncer que se define sua importância epidemiológica para a coletividade e que ele é classificado como um problema de saúde pública.

### 2.3 PREVENÇÃO DO CÂNCER

Atualmente, a palavra-chave básica em oncologia é prevenção, nos seus vários níveis. Estabelecer as suas metas e colher os resultados significa seguir rigorosamente os caminhos da informação, do diagnóstico precoce, da qualidade de tratamento, da reabilitação ou mesmo do resgate da dignidade do paciente nos cuidados paliativos. A busca desses conhecimentos frente ao desafio do câncer, substantivo coletivo para mais de uma centena de patologias, na ótica da sua incidência cada vez mais crescente, principalmente nos países emergentes, impõe um olhar atento para os indicadores epidemiológicos oficiais do Brasil, com estimativa de mais de 500 mil novos casos/ano, com inúmeros diagnósticos tardios e prognósticos desfavoráveis (PERDICARIS; ANTUNES, 2010).

Neste mesmo prisma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que cerca de 40% das mortes por câncer poderiam ser evitadas, o que faz da prevenção um componente essencial de todos os planos de controle do câncer. Uma vez que é uma doença cujo processo tem início com um dano a um gene ou a um grupo de genes de uma célula e progride quando os mecanismos do sistema imunológico de reparação ou destruição celular falham (BRASIL, 2012).

Em 1950, o Brasil tinha uma população predominantemente rural, com aproximadamente 50 milhões de pessoas, cujos principais problemas de saúde pública eram originários da extrema pobreza e privação. Estes problemas ainda são importantes nas regiões

Norte e Nordeste e em outras comunidades empobrecidas. Mas, atualmente, com uma população predominantemente urbana e sedentária que se aproxima rapidamente para os 200 milhões, os maiores problemas de saúde no Brasil são muito parecidos com os dos países desenvolvidos – obesidade, pressão alta, doenças cardíacas e também o câncer. Os quais atingem tanto as comunidades pobres como as mais ricas (BRASIL, 2012).

A pesquisa relacionada aos fatores que podem contribuir para o desenvolvimento do câncer permitiu identificar, até o momento, um conjunto de fatores de natureza intrínseca e extrínseca. Como exemplos de fatores de risco intrínsecos estão a idade, o gênero, a etnia e a herança genética. Já no grupo de fatores de risco extrínsecos, diversos já foram identificados, como o uso de tabaco e álcool, hábitos alimentares inadequados, inatividade física, agentes infecciosos, radiação ultravioleta, exposições ocupacionais, poluição ambiental, radiação ionizante, alimentos contaminados, obesidade e situação socioeconômica. Há ainda na lista o uso de drogas hormonais, fatores reprodutivos e a imunossupressão. Essa exposição é cumulativa no tempo e, portanto, o risco de câncer aumenta com a idade. Mas é a interação entre os fatores intrínsecos e extrínsecos que vai determinar o risco individual de câncer (BRASIL, 2006).

Baseados em estilos de vida e em fatores associados ao nível de desenvolvimento econômico, político e social de uma comunidade, os fatores de risco ambientais variam de forma significativa no mundo e incluem ainda como causas as condições climáticas e outras características do ambiente. A boa notícia é que parte desses fatores ambientais depende do comportamento do indivíduo, que pode ser modificado, reduzindo o risco de desenvolver a doença. Algumas dessas mudanças dependem tão somente do indivíduo, enquanto que outras requerem alterações em nível populacional e comunitário. Um exemplo de uma modificação em nível individual é a interrupção do uso do tabaco e, em nível comunitário, a introdução de uma vacina para o controle de um agente infeccioso associado com o desenvolvimento do câncer, como o vírus da hepatite B (BRASIL, 2006).

A partir da premissa de que é possível modificar o risco de desenvolvimento do câncer, estima-se hoje que cerca de 40% de todas as neoplasias podem ser prevenidas. Nos Estados Unidos, estima-se que pelo menos dois terços das mortes por câncer estão relacionadas com apenas quatro fatores: uso do tabaco, alimentação, obesidade e inatividade física. E todos eles podem ser modificados (BRASIL, 2006). As modificações dependem, portanto, de mudanças no estilo de vida individual, do desenvolvimento de ações e regulamentações governamentais e de mudanças culturais na sociedade.



Para que sejam efetivas as políticas, programas e ações planejadas para prevenir o câncer, precisamos garantir que todos os atores envolvidos no processo sejam parceiros no planejamento e na execução destas. Esses atores são aqueles que tomam decisões e constroem as políticas a partir de suas instituições/organizações. Há de se ressaltar ainda, que todos os tipos de recomendações definidas para prevenir o câncer serão mais efetivas quando integradas àquelas para a prevenção da obesidade, outras doenças crônicas e outras doenças com causas muito parecidas (BRASIL, 2012).

A política brasileira para o controle do câncer é abrangente e consoante com o que é preconizado pela OMS, com diretrizes e componentes que vão desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos, com ações previstas ao longo de toda a linha de cuidados, assim como em todos os campos de gestão, prevenção, assistência, vigilância, comunicação, ensino e pesquisa. Entretanto, ainda tem-se muito a avançar, em especial na busca de uma maior qualificação, tanto na gestão e regulação do setor quanto na atenção aos doentes, oferecendo cuidado humanizado e tecnologias eficazes no combate ao câncer (PERDICARIS; ANTUNES, 2010).

#### 2.4 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTEXTO DA ESF

Desde meados da década de 1980 o Brasil vive extraordinária experiência de reformas e redefinição do perfil do seu sistema de Saúde, que culminaram com a emergência do Sistema Único de Saúde como tópico integrante da Constituição Federal de 1988. Mais adiante, o Ministério da Saúde, para realizar o pressuposto na Constituição Federal em relação aos princípios básicos do SUS, institui em 1991 o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, denominado em 1992 Programa de Agentes Comunitários de Saúde (OLIVEIRA et al. 2010).

Posteriormente, em 1994, cria o Programa Saúde da Família (PSF), modelo que propõe a integração e a organização das atividades em um território definido, com o propósito de favorecer o enfrentamento dos problemas identificados e implica necessariamente em articular a Atenção Básica com a média e a alta complexidade. Ademais, deve envolver diversos atores, tais como: usuários do sistema, o gestor de saúde, a equipe de saúde da família e as lideranças comunitárias (BRASIL, 2007).

O PSF sofreu influências internas dos modelos brasileiros de APS existentes na época e externas das diferentes propostas de APS, em especial dos modelos canadense, cubano e inglês. Contudo, suas origens mais significativas estão no Programa de Agentes de Saúde, instituído pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará em 1987, já referido anteriormente, como parte de um programa de emergência para o combate à seca. Esse programa teve larga repercussão política pelos seus resultados positivos, especialmente na diminuição da mortalidade infantil no estado, razão pela qual foi estendido a todo o país, pelo Ministério da Saúde, em 1991, com a denominação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (MENDES, 2012).

A opção do Ministério da Saúde, ao institucionalizar o PSF como a política nacional de APS, foi adotá-lo como uma estratégia de organização do SUS. Estava superada, pelo menos no discurso oficial, a visão da APS como um programa de atenção primária seletiva ou de mero nível de cuidados primários. O que justifica o objetivo geral do PSF:

(...) contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com a definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população(...) (BRASIL, 1997)

Contudo, a mudança semântica não foi acompanhada por uma real transformação paradigmática que imprimisse o conteúdo de estratégia ao PSF. O sétimo ciclo de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira, iniciado em 1994 e vigente até hoje, este período pode ser denominado de ciclo da Atenção Básica à saúde. Diversamente de outros países, o Brasil não adotou, oficialmente, a expressão Atenção Primária à saúde, mas Atenção Básica à saúde (MENDES, 2012).

Com o surgimento do PSF, o ACS é, também, inserido neste programa, buscando configurar um trabalho em equipe multiprofissional. Atualmente, segundo Brasil (2013) existem 253.613 ACS atuando no país, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados. Para o Ministério da Saúde o ACS é o trabalhador da área de saúde que está em contato permanente com a comunidade, unindo dois universos culturais distintos, o científico e o popular, atuando com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças (BRASIL, 2013).

O foco da atividade destes trabalhadores direcionou-se principalmente para ações de prevenção e educação em saúde, como proposta de mudanças no paradigma de assistência pública tradicional à saúde. Deve, ainda, residir na própria comunidade em que vive, ser maior de 18 anos, saber ler e escrever, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas

atividades, e entre outras atribuições, trabalhar com famílias em base geográfica definida e realizar o cadastramento e acompanhamento das famílias. Esse trabalhador atua para identificar problemas, orientar, encaminhar e acompanhar a realização dos procedimentos necessários à proteção, promoção, recuperação e à reabilitação da saúde dos moradores de cada casa sob sua responsabilidade, assim como de toda a comunidade (BRASIL, 2009).

Pelo fato de morar na comunidade onde trabalha, o ACS tem um bom conhecimento dos problemas dos indivíduos, famílias e comunidade. Espera-se assim, que seja criado um vínculo de confiança da população com este trabalhador em relação aos aspectos sociais, econômicos, culturais e sanitários.

## **CAPÍTULO III: PERCURSO METODOLÓGICO**

### **3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO**

Versa-se de uma pesquisa de intervenção, transversal, de abordagem qualitativa. Por definição, a pesquisa de intervenção se distingue das demais nem tanto por uma metodologia científica específica, mas pelo processo distinto de planejar, desenvolver, testar e disseminar intervenções. Este processo abrange a compreensão profunda do problema e das pessoas para as quais a intervenção está sendo desenvolvida, além do planejamento cuidadoso e emprego de uma teoria de intervenção para orientar a investigação. Similar a ensaios clínicos, a pesquisa de intervenção inclui, basicamente,

quatro fases: estudo e desenvolvimento básico; estudo-piloto; estudos de eficácia e estudos de eficiência (POLIT; BECK, 2011).

### 3.2 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA A PRODUÇÃO DOS DADOS

Como meio para a produção dos dados, utilizou-se da pesquisa de campo. Pelo fato desta pesquisa ter dois momentos distintos (estudo de eficácia e estudo de eficiência), na busca pelo método que melhor se adaptasse, tivemos dois métodos de produção de dados, a observação participante e a entrevista semi-estruturada.

Assim, no estudo de eficácia, utilizamos o método observacional, empregado para reunir informações, como as condições dos indivíduos e a comunicação verbal e não-verbal. Ressaltando que o tipo de observação instaurado foi a observação participante. Nesta, o observador participante toma parte no funcionamento do grupo estudado e esforça-se para observar e registrar informações dentro de contextos e experiências relevantes (POLIT; BECK, 2011). Para maior controle dos dados, usou-se a observação estruturada, a qual envolve o uso de instrumentos formais e protocolos (apêndices D e E) que ditaram o que deveria ser observado, por quanto tempo e como seriam registrados os dados, neste caso com a descrição manual pela observadora. A observação estruturada não pretende apreender uma ampla faixa da vida cotidiana, mas documentar comportamentos, ações e eventos específicos. A criatividade da observação estruturada está não na observação em si, mas na formulação de um sistema preciso de categorização, registro e codificação das observações, uma vez que as técnicas estruturadas dependem dos planos desenvolvidos antes da observação propriamente dita (POLIT; BECK, 2011; HADDAD, 2004).

No estudo de eficiência, tivemos como método para a produção dos dados a entrevista semi-estruturada com o uso de um formulário para a investigação (apêndice F), utilizando a técnica do autorrelato, empregada quando o pesquisador possui tópicos ou questões amplas que precisam ser abordadas durante a entrevista (POLIT; BECK, 2011).

### 3.3 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada entre os meses de janeiro à abril do ano de 2014, no município de Barcarena, município brasileiro do estado do Pará. Localizado a uma latitude 01°30'21" sul e a uma longitude 48°37'33" oeste, estando a uma altitude de 15 metros em relação do nível do mar e a 87 km da capital do Pará. Segundo o IBGE, sua população está estimada em 109.975 habitantes (estimativa do ano 2013). Tivemos como referência para a realização da pesquisa, a microárea coberta pela Estratégia Saúde da Família do Laranjal. A localidade de Laranjal constitui um bairro periférico da Vila dos Cabanos. O aglomerado populacional do Laranjal surgiu com o objetivo de abrigar a população que teve suas terras desapropriadas no processo de implantação do complexo ALBRAS/ALUNORTE<sup>1</sup>. Das pessoas consideradas economicamente ativas, a maior parte presta serviços para o projeto ALBRAS e para as empreiteiras ou para os moradores da Vila dos Cabanos. O abastecimento de água encanada é precário, agravando ainda mais as condições de saneamento básico da área, uma vez que já é bastante deficiente devido à inexistência de rede de esgotos sanitários.

A escolha desse local para a realização da pesquisa, se justifica por ser uma região considerada economicamente desfavorecida, que carrega muitos problemas de infraestrutura, trazendo assim diversos fatores prejudiciais à saúde. Além desse motivo, em uma pesquisa de campo prévia constatou-se que a região oferecia segurança relativa para a pesquisadora que, talvez a mesma não encontrasse na capital paraense. Há de se dizer ainda, que os Agentes Comunitários de Saúde dessa ESF, do Laranjal enquadraram-se nos critérios de inclusão desta pesquisa.

### 3.4 SOBRE OS PARTICIPANTES, AMOSTRA E OBJETO DE ESTUDO

Esta pesquisa incluiu dois grupos de participantes. Como grupo principal teve-se os Agentes Comunitários de Saúde e como participantes secundários oito (8) arranjos familiares cadastrados na Estratégia Saúde da Família do Laranjal, estes tiveram sua participação recebendo as ações que os ACS foram orientados a realizar. Cabe salientar que na primeira visita, dez famílias aceitaram participar do estudo, e receberam o trabalho de investigação, no

---

<sup>1</sup> A Albrás e a Alunorte, estão entre as maiores indústrias de alumínio e alumina do mundo. A Alunorte começou em 1995 e conta com aproximadamente 1.600 trabalhadores diretos e 800 com contrato de longo prazo. A Albras produz alumínio desde 1985 e é a segunda maior fábrica desse metal do Brasil, que conta com 1.200 trabalhadores permanentes e mais de 400 com contratos de longo prazo.

entanto, ao voltarmos para realizar a ação educativa, duas famílias haviam se ausentado do domicílio e assim não tivemos a chance de concretizar todo o trabalho com elas.

Os Agentes por sua vez, após a capacitação, desenvolveram atividades de detecção de fatores de risco e de educação em saúde, com os referidos arranjos familiares. A ESF do Laranjal, possui um total de 10 ACS, a primeira intenção era que nossa amostra fosse de 100%, no entanto, cinco Agentes estavam em período de férias e não puderam participar da pesquisa. Assim, nossa amostra foi composta pelos cinco (05) ACS's que estavam atuando no período em que a pesquisa foi desenvolvida e após o convite e enquadramento nos critérios de inclusão se disponibilizaram em participar do estudo. Desse modo, julgou-se que 50% do total de ACS's da ESF em questão, poderiam representar adequadamente o grupo. Nesse sentido, se faz como nosso objeto de estudo o trabalho dirigido do ACS como uma ferramenta da Estratégia Saúde da Família para o controle do câncer.

### 3.5 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Inicialmente foi realizado um trabalho de seleção dos Agentes Comunitários de Saúde a participarem do estudo, baseando-se nos critérios de inclusão e exclusão, bem como na aceitação através do Termo de consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A), cabe lembrar que esta seleção ocorreu, principalmente, pelo entusiasmo, reconhecimento e comprometimento destes trabalhadores com o desenvolvimento da pesquisa, do que com a escolha destes indivíduos pela pesquisadora. Assim, seguem os critérios de elegibilidade utilizados nesta pesquisa:

Critérios de inclusão:

- Ser Agente Comunitário de Saúde cadastrado na Estratégia Saúde da Família do Laranjal.
- Ter mais de dois (2) anos de trabalho como Agente Comunitário de Saúde na ESF em questão.
- Aceitar participar da pesquisa.

Critérios de exclusão:

- Não dispor de tempo para se dedicar às atividades propostas.

Cabe dizer, que quanto aos arranjos familiares, a seleção foi feita pelos próprios Agentes de Saúde, utilizado como critério, indicado por eles, as famílias que consideravam

com maior número de desvios de saúde (fumantes, má alimentação, exames de rastreamento em atraso, etc).

### 3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esta pesquisa atendeu, sob a ótica do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), da Universidade Federal do Pará (UFPA), aprovada sob o Parecer de número 487.525, datado do dia 26 de novembro do ano de 2013. Foram respeitados os aspectos éticos da resolução 466/12 que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

#### 3.6.1 Riscos e benefícios

A avaliação de riscos e benefícios foi uma estratégia usada para proteger os participantes desta pesquisa. Essa tipo de avaliação destina-se a determinar se os benefícios de participar de um estudo são coerentes com os custos, sejam eles financeiros, físicos, emocionais ou sociais (POLIT; BECK, 2011). Assim, avaliamos os riscos e benefícios de nossa pesquisa direcionando-os para os ACS's e para as famílias:

- Principais riscos potenciais aos participantes:

Consideramos essa pesquisa como tendo risco mínimo aos participantes. O risco mínimo é aquele que, pelas previsões, não ultrapassa o comumente encontrado na vida cotidiana. Desse modo descrevemos da seguinte maneira:

Para o ACS: levando em consideração suas atividades habituais e as atividades a serem realizadas para a pesquisa, consideramos como riscos o possível constrangimento em decorrência da presença da pesquisadora observando suas atividades, o desconforto físico, nesse caso a fadiga por conta da locomoção até a casa das famílias e a perda de tempo, já que

os participantes levarão um tempo superior nas visitas dirigidas para a pesquisa quando comparado com o tempo gasto em suas visitas habituais.

Para a(o) família/familiar: também consideramos essa pesquisa como tendo risco mínimo a esses participantes. Assim, ponderamos o constrangimento em decorrência da presença da pesquisadora observando as atividades desenvolvidas durante a visita do ACS, avaliamos também o gasto de tempo, já que os ACS's levarão um tempo superior nas visitas junto às famílias nas visitas dirigidas para a pesquisa se comparado com o tempo gasto nas visitas habituais do ACS.

- Principais benefícios potenciais aos participantes:

Para o ACS: acesso à uma capacitação importante para a sua rotina de trabalho que, sem a pesquisa, não estaria disponível no momento; aumento do conhecimento sobre suas condições, pela oportunidade de interação direta com a pesquisadora; além da possibilidade de escapar da sua rotina normal pelo entusiasmo em participar do estudo.

Para a(o) família/familiar: acesso a trabalho de investigação da suscetibilidade da família a fatores de risco e um trabalho educativo para a prevenção do câncer que, sem a pesquisa, não estaria disponível no momento; aumento do conhecimento sobre suas condições; além da possibilidade de escapar da sua rotina normal pelo entusiasmo em participar do estudo.

### **3.6.2 Consentimento informado**

Outro procedimento particularmente importante para salvaguardar os participantes e proteger seu direito à autodeterminação envolve a obtenção do consentimento informado. Para dar consentimento informado, o participante recebeu informações adequadas sobre a pesquisa e compreendendo estas informações pôde fazer a escolha com liberdade, que lhe permitiu aceitar ou recusar a participar voluntariamente do estudo (POLIT; BECK, 2011). Destarte, para esta pesquisa temos dois termos de consentimento livre e esclarecido, um para o Agente Comunitário de Saúde (apêndice A) e um para a família (apêndice B).

## **3.7 APLICAÇÃO DA INTERVENÇÃO**



### **3.7.1 Procedimentos metodológicos anteriores à produção dos dados**

#### *3.7.1.1 Sobre a entrada em campo*

De posse das autorizações necessárias, referentes aos trâmites éticos e institucionais, se fez-se minha apresentação como pesquisadora junto à direção e à equipe da Estratégia Saúde da Família do Laranjal, fornecendo cópia do projeto contendo a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, bem como autorização da Secretaria de Saúde do município. Após esse momento, houve uma pequena reunião com os ACS, para a apresentação da pesquisa e convite para participarem como voluntários. Uma vez que todos os presentes aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assim, como preconiza Minayo (2008), a entrada em campo seguiu, basicamente, os seguintes passos: apresentação da pesquisadora; menção do interesse e importância da pesquisa; explicação dos motivos da pesquisa; justificativa da escolha do entrevistado e a garantia dos seus direitos, dentre outras questões. Igualmente, foram sanadas as dúvidas que, ocasionalmente, surgiram em relação à pesquisa.

#### *3.7.1.2 Capacitação e treinamento dos ACS*

A primeira etapa para a aplicação da intervenção, tratou da orientação dos participantes da pesquisa para o trabalho de campo, ou seja, foi a exposição e esclarecimento de assuntos pertinentes para as atividades que seriam desenvolvidas. Há de se ressaltar que esta capacitação teve como vertente pedagógica predominante, para a exposição e discussão dos assuntos, a pedagogia da problematização. Assim, nos apoiando nas raízes plantadas por Paulo Freire (1987) adotamos seu conceito de educação proposto, que trata a educação está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento da consciência crítica e cidadania dos indivíduos, evidenciando os elementos relacionados à autonomia, inclusão e crítica. Para Sousa (2011), estes são elementos considerados importantes para uma educação em saúde resolutiva, integrada aos determinantes e condicionantes da saúde.

A adoção desta metodologia durante a capacitação surgiu com o intuito de que os participantes não apenas reproduzissem o que lhes estava sendo exposto, e sim refletissem em conjunto, expondo a realidade encontrada na comunidade em que trabalham para que

houvesse uma aproximação e assim aprendessem de uma maneira mais simplificada. Além disso, se teve a intenção que eles percebessem a essência transformadora que a problematização permite e assim pudessem praticá-la em suas rotinas, vislumbrando as mudanças significativas na comunidade.

Logo, nesse momento de construção e compartilhamento de saberes, os Agentes Comunitários receberam subsídios científicos para ampliar e atualizar o conhecimento, principalmente, a respeito do tema prevenção do câncer. Desse modo, esta capacitação foi composta, basicamente, por temas sobre o processo de carcinogênese (de forma simplista), sobre os elementos e atitudes considerados facilitadores para o desenvolvimento do câncer e sobre as medidas que podem contribuir para a sua prevenção, houve ainda esclarecimentos básicos sobre educação em saúde. Neste momento, também foi realizada apresentação do formulário de investigação (apêndice C) e o treinamento para o seu uso, em que os Agentes puderam explorá-lo e esclarecer dúvidas.

Vale dizer que todo esse processo foi construído sem maiores formalidades e dialogicamente, para que os participantes se sentissem a vontade para expor seus saberes e práticas. Portanto, o conhecimento foi construído, ressignificado e fortalecido durante todo o processo.

Para dar margem maior ao alcance dos resultados esperados, foram usados para a exposição dos assuntos os seguintes recursos didáticos: uso de Datashow e uso de material de apoio impresso (apêndice G), elaborado exclusivamente para esta pesquisa. Cabe dizer que todo este trabalho foi desenvolvido durante dois dias com carga horária total de 8 (oito) horas.

### **3.7.2 Produção dos dados**

Para dar prosseguimento à pesquisa, nossa terceira etapa metodológica consistiu na produção dos dados e divide-se em dois momentos: o estudo de eficácia e o estudo de eficiência, sendo detalhados adiante.

#### *3.7.2.1 Estudo de eficácia*

Esse primeiro momento se dividiu em duas visitas às famílias pelo ACS e um encontro particular deste com a pesquisadora. Para a apreensão dos dados, contou com o método observacional, segue o detalhamento:

- 1ª visita e investigação dos fatores de risco – O ACS, acompanhado pela pesquisadora, realizou a visita à uma família de seu cadastro, pré-determinada por ele seguindo sua visão de problemas que poderiam ser observados e trabalhados durante a pesquisa. Neste momento, a família, sendo representada pelo locutor que nos recebeu, foi convidada pela pesquisadora a participar da pesquisa, sendo informado ao locutor como seria a sua participação e dos outros constituintes da família. Assim, o locutor pôde ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice B). A partir desse momento, o ACS, pôde aplicar o formulário de investigação (apêndice C) contendo questões com aspectos relevantes da família para a pesquisa, tais como: renda familiar; acometimento de algum membro da família por doença no momento; os hábitos de risco presentes entre os familiares; além de sinais de alarme. A partir dessa conversa, o ACS pôde identificar se havia risco naquela família e se este era comum a todos ou individual. Todo o desenvolvimento dessa ação por fazer parte da produção dos dados, teve todos os momentos registrados pela pesquisadora através do uso de um protocolo observacional estruturado (apêndice D), contendo as seguintes questões: recepção do Agente Comunitário pela família; habilidade para utilizar o formulário; habilidade para dialogar com a família; habilidade para finalizar o parecer situacional; declaração do ACS após a experiência e a declaração quanto ao seu desempenho.

- Reunião para traçar o plano educativo: no intervalo entre a primeira e a segunda visita, houve um encontro da pesquisadora com cada Agente de modo particular, onde as orientações necessárias àquela família eram expostas e os Agentes contribuíam, acrescentando algumas mudanças que poderiam ser feitas para adequar estas orientações a realidade das famílias.

- 2ª visita e educação da família/familiar<sup>2</sup> – em nossa segunda visita, após termos discutido e traçado um plano para a educação de cada família em particular, ele foi implementado pelo ACS com o uso de um roteiro de perguntas problematizadoras (Apêndice H) e das orientações que deveriam ser repassadas. É importante ressaltar que foi levada em consideração, a escolha do melhor momento (determinado pelo Agente) para essa conversa

---

<sup>2</sup> Destaca-se família e familiar, pois em determinados momentos as ações dirigidas para toda a família e em outros para um familiar em particular.

entre o Agente e a família/familiar, em que as particularidades desta(e) foram estimadas. A pesquisadora foi apenas uma observadora da ação do Agente Comunitário de Saúde, registrando esse segundo momento da produção dos dados através de um protocolo observacional estruturado (apêndice E) contendo as seguintes questões: recepção do Agente Comunitário pela família/familiar; habilidade para dialogar com a família e explicar seu papel ali; habilidade para implementar o plano de educação traçado; receptividade das informações pela família/familiar; declaração da família/familiar quanto à compreensão das informações repassadas; demonstração de empenho em abandonar o fator de risco trabalhado; avaliação do ACS após a experiência; declaração quanto ao seu desempenho. Deve-se dizer que este processo foi monitorado cronologicamente e que não ultrapassou a média de 20 minutos.

### *3.7.2.2 Estudo de eficiência*

Este momento foi representado pela terceira visita à família, porém, feita apenas pela pesquisadora. Este encontro ocorreu 30 (trinta) dias após o trabalho de educação desenvolvido pelo ACS com a família/familiar. Esta fase da pesquisa teve como intuito maior, investigar quais as mudanças imediatas ocorridas no cotidiano da família após o trabalho de educação em saúde desenvolvido pelo ACS. Assim, tivemos como participantes deste momento as famílias que receberam a ação do Agente Comunitário de Saúde. Para o registro dos dados produzidos nesse momento, utilizou-se a técnica do autorrelato através de entrevista semiestruturada. Assim, através dessa visita de retorno, em posse do formulário (apêndice F), se pôde investigar nuances interessantes para a pesquisa, tais como: o sinal de alarme foi avaliado por um profissional de saúde habilitado para o caso? (se não, qual o motivo?; se sim, qual o resultado?); a família/familiar se dedicou em cumprir as orientações? (se não, por quê?; se sim, o objetivo foi alcançado?); como estão se adaptando? quais as dificuldades que a família ou o familiar encontrou durante o período? Ainda encontram dificuldades? Qual a impressão final, segundo a família, do trabalho desenvolvido?

## 3.8 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Como já mencionado anteriormente, este estudo tem uma abordagem qualitativa, e esta é sustentada por várias tarefas que ajudam a organizar e controlar a massa de dados narrativos (POLIT; BECK, 2011). Por esta pesquisa ter dois momentos, o estudo de eficácia e o estudo de eficiência, com produções de dados distintas, também tem-se dois momentos de interpretação, no entanto, com a mesma abordagem. Assim, tiveram análise estritamente qualitativa tendo como amparo teórico-metodológico a análise do conteúdo e desta a vertente seguida foi a análise temática proposta por Bardin (2011), que segue operacionalmente as seguintes etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Durante a pré-análise, a partir dos protocolos observacionais e do formulário, se fez uma retomada da questão norteadora e dos objetivos iniciais da pesquisa. Perguntando-se sobre as relações entre as etapas realizadas e a resposta aos objetivos.

Quanto a exploração do material, esta consiste em uma operação classificatória que visou alcançar núcleos de compreensão do texto (matrizes interpretativas). Posteriormente, buscou-se encontrar categorias que correspondessem a essas matrizes. Vale dizer que para esta etapa foi importante que as transcrições dos dados observados fossem fidedignos, precisas e refletissem validamente a totalidade da experiência. Essas transcrições foram garantidas pelo correto preenchimento das questões contidas nos protocolos observacionais (1ª e 2ª fases do estudo de eficácia) e no formulário para a entrevista do estudo de eficiência. Assim, estas matrizes interpretativas foram desenvolvidas após a produção dos dados e divididas segundo as duas fases da pesquisa (o estudo de eficácia e o estudo de eficiência). Para a codificação, todos os dados foram lidos e reunidos surgindo temas que puderam corresponder às categorias correspondentes a cada matriz interpretativa, para que então fosse dado o tratamento analítico.

A última etapa consistiu no tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Os resultados foram submetidos a ações que permitiram colocar em relevo as informações obtidas. A partir daí, inferências e interpretações foram realizadas e propostas. É válido destacar que este processo levou em consideração as condições de produção que as atividades do ACS foram analisadas<sup>3</sup>.

Para Bardin (2011), a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que

---

<sup>3</sup> Segundo Orlandi (2000), quando menciona as condições de produção, ressalta que compreendem os sujeitos e a situação. As condições de produção estão relacionadas ao contexto imediato, que seria o momento, o contexto sócio-histórico, ideológico. Nesta pesquisa são materializados nos apêndices destacados no percurso metodológico.

recorre a indicadores (quantitativos ou não). E a mesma autora, define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos. Ou, com maior rigor, pode ser um único instrumento, mas adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações.

## **CAPÍTULO IV: ANÁLISE DOS DADOS**

### **4.1 ASPECTOS GERAIS QUANTO À ORGANIZAÇÃO DA ANÁLISE**

Antes de iniciar a exposição dos dados obtidos em curso do trabalho de campo, se faz necessário expor, brevemente, um pouco mais sobre nosso amparo teórico-metodológico, já

que este contribuirá para a fundamentação e organização desta apreciação, e como dito anteriormente, este suporte teórico-metodológico consiste na análise do conteúdo.

Deste modo, devemos ressaltar, que segundo Minayo (2012), o termo análise do conteúdo é uma expressão genérica que designa o tratamento de dados qualitativos. Uma das principais referências dessa modalidade é Bardin, a qual servirá como guia para nosso julgamento. Segundo esta autora, a análise do conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979, p. 42)

Neste sentido, ele comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo. Segundo Bardin (2011), o tema é a unidade de significação que se liberta de um texto analisado, de acordo com critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. Fato que materializa todo um produto de criação ideológica ou de uma intenção, com tudo o que está aí subentendido: contexto histórico, social, cultural, etc. É importante destacar que esses princípios teóricos irão direcionar a análise dos dados e, ao mesmo tempo, foi o objeto de estudo quem revelou as matrizes interpretativas e suas respectivas categorias e temas.

Desse modo, para apresentar e discutir os dados produzidos durante a pesquisa de campo (aplicação da intervenção) e assim, responder aos nossos objetivos de maneira clara, buscamos organizar nossa discussão em duas matrizes interpretativas, a saber: considerações acerca das atividades desenvolvidas<sup>4</sup> e o corolário das ações desenvolvidas<sup>5</sup>. Assim, segue nossa primeira matriz interpretativa.

#### 4.2 CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Esta primeira matriz interpretativa trata da análise, descrição e interpretação dos dados produzidos durante o estudo de eficácia, e assim, todas as análises se referem aos ACS's. Cabe destacar que ela divide-se em duas categorias: “*o ACS enquanto investigador*” e “*O ACS enquanto educador*”. Cada uma com seus respectivos temas.

---

<sup>4</sup> Esta matriz interpretativa irá corresponder ao nosso primeiro objetivo específico, o qual se propõe a avaliar o decorrer das atividades de identificação de fatores de risco e de educação em saúde.

<sup>5</sup> Utilizamos o termo corolário como destaque nesta matriz interpretativa, pois ela tratará de um resultado imediato da intervenção implementada. Ou seja, as categorias desta matriz interpretativa tratarão do segundo e terceiro objetivos específicos, nesta mesma ordem.

### 4.2.1 O ACS enquanto investigador

Nesta categoria, após a leitura e apreciação do protocolo observacional (apêndice D) surgiram quatro temas, que serão, aqui, descritos, analisados, e interpretados. É importante observar que esta categoria de análise refere-se à atividade investigativa desenvolvida pelos ACS durante a primeira visita.

#### 4.2.1.1 A confiança dispensada aos ACS pelas famílias

Iniciaremos nossa discussão dando destaque à recepção positiva dos Agentes pelos usuários participantes desta pesquisa. Destacamos este tema por compreendermos esse fato como uma demonstração de confiança dirigida a estes trabalhadores. Confiança que proporcionou que os usuários nos permitissem entrar em suas casas e nos ouvissem sem receios ou preconceitos. Alçamos nosso debate com este tema por acreditar que o fato dos Agentes serem (re)conhecidos pelos usuários proporcionou que a pesquisa transcorresse de maneira favorável.

Para Lewis e Weigert (1985 apud VALENTIM; KRUEL, 2007), a confiança permeia a vida de um indivíduo em diversos momentos e relações, com consequências que afetam, de maneira importante, tanto a sua trajetória, quanto a daqueles com os quais interage. Desde sua raiz etimológica, seu significado remete ao credo em algo ou em alguém.

Logo, este comportamento por parte dos usuários deixa exposto a importância do ACS pertencer à comunidade e da fixação definitiva desses indivíduos como trabalhadores da respectiva ESF. Cabe dizer que estas qualidades (pertencer a comunidade e enraizamento do profissional) são asseguradas pela política de implantação dos ACS regida pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, que destaca entre os requisitos para exercer a profissão, residir na área da comunidade em que atuará. Desse modo, estamos aqui apenas reafirmando o valor dessa condição. Duarte, Silva e Cardoso (2007) acrescentam que pelo fato do Agente Comunitário de Saúde morar na área de abrangência em que ocorre a sua atuação, ele tem a possibilidade de conviver com a realidade e as práticas de saúde locais, bem como, tem a oportunidade de conhecer a população, tornando-se um representante da comunidade no serviço de saúde, aumentando a confiança e respeito neste trabalhador.

Cabe dizer, também, que os usuários participantes não receberam aviso prévio de nossa visita e, desse modo, podemos nos assegurar que a reação destes foi a mais fidedigna



possível. Essa particularidade foi de suma importância, uma vez que a família/locutor nos recebeu e aceitou participar da pesquisa sem convites anteriores e desta maneira encontravam-se sem conceitos ou preconceitos formulados que pudessem influenciar em sua decisão em participar ou não do estudo.

É importante expor que este foi um contexto particular encontrado apenas para a realização desta pesquisa e que em outras comunidades esta recepção pode não ser tão positiva. Há de se dizer ainda, que a comunidade em questão é relativamente pequena e essa proximidade contribui para o fortalecimento dessa confiança repassada ao ACS.

Para Klautau (2009), confiar é antes de tudo confiar no ambiente, crer na permanência e na estabilidade de seu entorno. A decisão de confiar ou não em alguém é influenciada por um componente constituído pelo julgamento racional do indivíduo, com base no que ele julga “boas razões”. Porém, para que esta avaliação possa ser realizada, é importante que esta pessoa disponha de uma base de informações (MCALLISTER, 1995 apud VALENTIM; KRUEL, 2007). Esta base, tratada como familiaridade, é formada pelo conhecimento prévio do sujeito que está em observação, engloba as experiências anteriores e as informações a respeito dele, constituindo elementos de uma dimensão cognitiva do construto. Estas informações a respeito de quem é observado podem incluir a identificação de valores os quais o observador considera como característicos de uma pessoa confiável, como o respeito ou a honestidade (SATO, 2004).

Entretanto, as ditas “boas razões” não se constituem em motivo suficiente para que uma pessoa confie em outra. Ainda dentro de uma dimensão cognitiva, a confiança é influenciada também pela realidade coletiva cognitiva, ou seja, a percepção por parte do observador de que as demais pessoas também consideram o observado como confiável. Quando uma pessoa acredita que as outras não confiam no observado, o processo de construção da confiança pode ser dificultado (LUHMANN, 1979 apud VALENTIM; KRUEL, 2007).

Isto posto, devemos destacar que para este modelo de intervenção proposto venha ter sucesso, a existência dessa confiança é de fundamental importância. Uma vez que sem ela é possível que muitas pessoas tenham receio em repassar informações para os ACS's, por terem medo de estar expondo sua privacidade. Fato que acarretará um mau planejamento das ações subsequentes.

#### 4.2.1.2 Falar a mesma língua é fundamental

Queremos evidenciar através desse tema a destreza dos Agentes em se comunicar com os usuários participantes da pesquisa. Habilidade demonstrada por meio de comparações e palavras comuns aos usuários, facilitando o entendimento e possibilitando a aplicação do formulário de investigação. Ações que, dificilmente, alguém estranho à realidade daqueles indivíduos conseguiria fazer de maneira fácil. O que se quer expor aqui, é a importância de se conhecer o lugar de onde se fala e para quem se fala. Ações que para alguém alheio à determinada realidade, demanda tempo e dedicação para se aproximar da linguagem, dos costumes, isto é, compartilhar pontos comuns. Dessa forma, pensemos como é mais simples e proveitoso quando o porta voz é alguém que pertence ao lugar.

Cabe ressaltar que essa facilidade de comunicação se torna muito mais presente em uma comunidade do que em uma sociedade. Já que enquanto a sociedade, ou associação, assenta-se numa partilha de interesses, marcada por uma vontade orientada por motivos racionais, a comunidade é entendida como um grupo a que se pertence por *aceitação de valores* afetivos, emotivos ou tradicionais, considerando que a ação comunitária refere-se à ação que é orientada pelo sentimento dos Agentes pertencerem a um todo. Portanto, o fundamento da comunidade tem laços pessoais de reconhecimento mútuo e no sentimento de adesão a princípios e visões de mundo comuns, fazendo com que as pessoas se sintam participantes de um espaço-tempo (origem e território) comum (WEBER, 1998).

Por estarmos falando, também, em comunicação, cabe dizer que esta palavra tem sua origem etimológica no termo latino “*comunicare*”, que significa pôr em comum, estar em relação com os outros, conviver, etc. Deste modo comunicar implica que os indivíduos em comunicação/interação possuam a mesma língua, pois caso contrário, não se entenderão e não dificilmente haverá uma compreensão produtiva. Para isso, admite-se que possuir a mesma língua não significa somente ter a mesma competência linguística, e sim, compartilhar [na medida do possível] de um mesmo universo linguístico. Deste modo, indivíduos que partilham a mesma cultura (aqui nos referimos a princípios linguísticos comuns) têm mais facilidade nas formas de materializar as diversas linguagens que se efetivam através de atos de fala, de tal modo que torna-se mais fácil se comunicar, pois a falta destes elementos se torna uma barreira. Logo, a comunicação entre duas ou mais pessoas, pode ser limitada, quando não existe ou se existem poucos elementos comuns em suas experiências de vida.

Essa ausência de comunicabilidade é resultado das diferenças individuais que podem ser de ordem cultural ou social (ARAÚJO; CARDOSO, 2007)<sup>6</sup>.

Deve-se admitir que estes trabalhadores (ACS's) já traziam consigo conhecimentos (técnicos, científicos e populares) que foram ressignificados e a aplicados neste momento de uma outra forma, talvez mais ordenada. No mesmo sentido, Araújo e Cardoso (2007) afirmam que nenhum discurso parte do zero, sem antecedentes e sem provocar consequências. Pelo contrário, cada fala, enunciado ou discurso integra uma rede de significações, que é parte das suas condições de produção. E aqui estas condições de produção constituem-se por fatores como o histórico da comunidade (seus problemas e vitórias), contato destes trabalhadores com profissionais da saúde, informais ou em cursos de capacitação, por exemplo, além dos saberes compartilhados pelos componentes daquela comunidade.

Seria uma falha grave não citar que uma das diretrizes operacionais da ESF é o estímulo à participação social e, nesse sentido, o Agente Comunitário de Saúde é o principal elo entre os serviços de saúde e os usuários, ouvindo-os e transmitindo suas necessidades, relatadas ou não até a ESF da comunidade. Assim, de acordo com Silva (et al 2012) o ACS é um personagem da própria comunidade, que se identifica com ela, já que reside na área onde trabalha e faz parte dela, o que define um envolvimento pessoal diferenciado com os problemas que comprometem a saúde das famílias acompanhadas.

Reafirma-se dessa forma, mais uma vez, que o fato do ACS identificar-se com a cultura, linguagem e com os costumes de sua própria comunidade, faz com que ele tenha possibilidade de alcançar maiores informações das dificuldades e dilemas enfrentados pelos moradores, o que, em certa medida, contribui para a melhoria da atenção de modo geral.

#### 4.2.1.3 Habilidade com o instrumento de investigação

---

<sup>6</sup> A sistematização dos conceitos língua e fala, nesta pesquisa, mergulham em uma perspectiva saussuriana. Deste modo, segundo Ferdinand de Saussure, podemos definir a língua (*langue*) como uma parte essencial da linguagem. Produto social da faculdade de linguagem e, didaticamente, um conjunto de convenções necessárias adotadas por um determinado grupo (ou corpo) social para permitir o exercício dessa faculdade nos indivíduos. Neste sentido, ainda considerando a linguagem “heteróclita e multifacetada”, entende-se a fala (*parole*) como um ato individual, resultante das combinações feitas pelo sujeito falante utilizando o código da língua. Cabe destacar, que a fala expressa-se pelos meios psicofísicos (atos de fonação) necessários à produção dessas combinações. Logo, podemos inferir que a língua é condição fundamental para se produzir a fala. A respeito disso, ver: PETTER, Margarida. Linguagem, língua, linguística. In: FIORIM, José Luiz. (org.) **Introdução à linguística** - I. Objetos teóricos. São Paulo: Contexto, 2011.p.11-24.

Como já mencionado, durante a capacitação os Agentes foram apresentados ao formulário de investigação, receberam instruções e praticaram a respeito de como utilizá-lo. Ressalta-se esse primeiro contato com o instrumento durante a capacitação, por considerá-lo como crucial para que os Agentes conhecessem a ferramenta que usariam para a investigação junto às famílias, com o intuito de proporcionar afinidade e segurança para o seu uso no campo.

Antes de explanar particularmente sobre o desempenho dos participantes com uso do formulário, se faz necessário falar brevemente, sobre as atividades desenvolvidas por esses trabalhadores cotidianamente e sobre a importância do processo educativo por meio de capacitações. Pois, segundo Brasil (2002), a profissão do Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de ações domiciliares ou comunitárias individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS.

Para exemplificar melhor, de acordo com a Portaria nº 1.886/1997, do MS, as atribuições do Agente Comunitário de Saúde para e com a comunidade são, basicamente, a realização de ações educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama; sobre métodos de planejamento familiar; referentes ao climatério; educação nutricional nas famílias e na comunidade; em saúde bucal na família; atividades de prevenção e promoção de saúde do idoso e para preservação do meio ambiente.

Portanto, neste panorama, o trabalho dos ACS's, em resumo, envolve ações educativas com a comunidade. Por conseguinte, atividades de prevenção de doenças e agravos e de promoção da saúde. Dá-se destaque mais uma vez à essas atividades, porque acreditar que para essas ações acontecerem com sucesso, esses trabalhadores necessitam de instrumentos, para que todas essas tarefas educativas se tornem mais produtivas e simplificadas.

Desse modo, o que se quis sugerir com a elaboração do instrumento de investigação utilizado nesta pesquisa, foi proporcionar um direcionamento das atividades do ACS (sendo muitas já realizadas por eles com o acréscimo de outras) de uma maneira sistemática e com a economia de tempo. Uma vez que com um roteiro de investigação, se pode ter segurança maior para saber o que perguntar e em que ordem.

Isto posto, nos deteremos a discutir o desempenho desses participantes no que se refere ao uso do formulário proposto neste estudo junto às famílias participantes. É também um fato relevante destacar que os Agentes, de modo geral, puderam utilizar seus conhecimentos prévios adquiridos em experiências vividas, para compreender e refletir sobre novos saberes que lhes foram transmitidos na capacitação.

Destarte, se pôde observar que todos os Agentes participantes do estudo tiveram algum tipo de dificuldade para aplicar o instrumento, em momentos distintos. Esta dificuldade foi notada através da procura pela ajuda da pesquisadora, sobre onde colocar alguma observação ou mesmo quanto ao preenchimento sobre questões simples, como a renda familiar, por exemplo. Podemos exemplificar essa dificuldade também, destacando a pausa feita no final do preenchimento do formulário, momento reservado para construir o parecer situacional. No entanto, cabe destacar que apesar de recorrerem em alguns momentos à pesquisadora, todos conseguiram iniciar e finalizar a investigação com um saldo positivo.

Ressalta-se, ainda, que esse processo de investigação teve uma média de 20 minutos. Tempo que pode ser considerado curto, mas suficiente para a realização de uma investigação particular como essa. Este intervalo temporal pode, também, ser compatível com o que deve ser dispensado em uma visita cotidiana do ACS. Vale dizer, que para este tempo ter sido respeitado, o ACS, seguindo orientações da pesquisadora, manteve o foco e dispersou o mínimo possível a atenção dele e a do locutor da família, acerca do tema das perguntas.

Nos momentos de dúvidas, algo que foi observado e que classificamos como essencial, foi o estímulo passado aos Agentes, com o intuito deles se empenharem para dar continuidade e finalizassem a atividade. Neste sentido, para Balancho e Coelho (1996), essa motivação pode ser entendida como um processo e, como tal, é aquilo que suscita ou incita uma conduta, que sustenta uma atividade progressiva e que canaliza essa ação para um dado sentido. Desse modo, esse estímulo é essencial para o processo ensino-aprendizagem.

É válido destacar, que o formulário em questão, pode ser considerado um instrumento técnico-científico, mas não deixa de ser, também, técnico-organizacional. Tendo a capacidade de direcionar e organizar as ações investigativas que precisam ser desenvolvidas, bem como identificar algumas necessidades daquela família, talvez, desconhecidas até o momento.

Assim, com desenvolvimento do instrumento (formulário) investigativo, buscamos um melhor amparo técnico-científico-organizacional deste trabalhador para o atendimento à comunidade. Porém vale dizer, que a capacitação com o esclarecimento de informações pertinentes sobre o câncer, educação em saúde e promoção da saúde foi fundamental e proporcionou que os Agentes tivessem preparo técnico para compreender o instrumento. Cabe lembrar, que um melhor desempenho seria possível com a repetição do uso do instrumento e com um processo ensino-aprendizagem frequente, proporcionando esclarecimentos e aproximando cada vez mais o ACS do formulário e do tema que este aborda.

#### *4.2.1.4 Visão dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a experiência investigativa*

Neste tema passaremos a analisar não mais as observações feitas pela pesquisadora, mas os discursos dos ACS's quanto às duas perguntas direcionadas a eles, durante a primeira visita do estudo de eficácia. Assim, será feita a exposição e discussão de pontos importantes relatados por eles acerca do trabalho de investigação, quando perguntados sobre a percepção acerca da experiência vivenciada e quanto ao seu desempenho. Para tornar esta exposição mais didática dividimos os discursos em dois temas, de acordo com a frequência e relevância demonstradas pelos participantes.

##### *4.2.1.4.1 Direcionamento e simplificação das atividades*

Apresentamos destaque a esse tema, pois notou-se que todos os participantes demonstraram e relataram ânimo ao terem a possibilidade de ter um instrumento para direcionar o seu trabalho. Esta afirmação surgiu a partir da frequência com que esse fato foi relatado por eles. Assim, nesse mesmo âmbito, esse ânimo dispensado por eles para realização do trabalho de investigação, nos fez perceber que apesar desses trabalhadores já terem alguns instrumentos (usados para fazer o “controle” das famílias), sentiam, talvez, a falta de algo mais particular, objetivo e focado que direcionasse suas atividades.

Para darmos mais produtividade a este debate, cabe trazer algumas questões importantes: como a afirmação de Chiesa e Fraccolli (2004), que dizem que o ACS aproxima o saber técnico das equipes de saúde ao saber popular, presente nos diversos grupos sociais e, nessa perspectiva, o seu trabalho apresenta três dimensões, a dimensão política, a dimensão da assistência social e uma dimensão técnica. Essa dimensão técnica, em particular, atende indivíduos e famílias através de ações de monitoramento de grupos específicos, doenças prevalentes e de risco, através de visitas domiciliares e informações em saúde com base no saber epidemiológico e clínico. Esse comentário, reforça a afirmação de que o ACS tendo um roteiro de investigação para a visita, sente seu trabalho facilitado, diante de tantas questões para averiguar.

Devemos dizer ainda, que esse trabalhador não possui nenhuma formação técnica aprofundada, já que segundo o Guia prático do PSF (2002), o candidato à vaga de ACS não necessita ter conhecimentos prévios na área de saúde. Após sua aprovação, recebe treinamento introdutório sobre as ações que deverá desenvolver. A conclusão do ensino fundamental passa a ser uma exigência a partir da aprovação da Lei nº 10.507 de julho de

2002, que criou a profissão dos ACS's e neste mesmo preceito legal é colocado a exigência de haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para sua formação (STOTZ; BORNSTEIN, 2006). Deve-se enfatizar, que o processo educativo deve ser contínuo. Já que a falta de uma formação prévia, torna o trabalho do ACS dificultoso e com dúvidas recorrentes. Portanto, admitimos que diante das responsabilidades junto à comunidade atrelada a formação nem sempre suficiente que recebe, qualquer instrumento que facilite o seu trabalho é considerado bem-vindo.

Este tema faz lembrar sobre o protagonismo de indivíduos não técnicos (e aí se incluem os ACS's, por não terem tido formação acadêmica em saúde) nas ações de promoção à saúde:

[...] o caminho entre a saúde e a doença pode se realizar distanciando-se da doença, mas mantendo-a com o foco (estratégia preventista) ou aproximando-se da saúde como referência (estratégia de promoção) (FERNÁNDEZ; REGULES, 1994). A primeira situação implica fundamentalmente conhecimentos técnicos e responsabilidade centradas nos profissionais da saúde. Já a estratégia da promoção é claramente social, política e cultural, o que implica claramente o protagonismo de indivíduos não técnicos, assim como a ação combinada de políticas públicas, modificação de estilos de vida e intervenção ambiental, mediante um amplo arco de medidas políticas, legislativas, fiscais e administrativas (STACHTCHENCO; JENICEK, 1990).

Outra questão importante que deve-se ressaltar neste momento, é o papel investigativo e educador que, segundo o Ministério da Saúde (2009), o ACS deve desempenhar junto à família<sup>7</sup>. Dá-se destaque à esta questão por acreditar que os ACS's relataram sobre o direcionamento e simplificação das atividades, por enxergarem que essas nuances podem sistematizar seu trabalho e, ao mesmo tempo, atingir todos os membros da família com as especificidades, e a partir disso podendo levar essas informações até a equipe de saúde. Desta maneira, através dessa ferramenta de investigação acrescida das outras questões trabalhadas pelo ACS, pôde ser possível ter suporte para os projetos de intervenção sobre sua realidade.

Baseado nestes pontos, auxiliados com esse relato dos ACS's, evidencia-se a necessidade de instrumentos que facilitem o trabalho a eles incumbido. Algo que trará benefícios não só a eles, mas a toda a equipe da Saúde e à Família. Uma vez que, esse trabalhador produzindo melhor, colabora com a elaboração de intervenções mais eficazes,

---

<sup>7</sup> Assim, faz-se necessário explicar, brevemente, sobre o que vem a ser considerado como família, já que o instrumento de investigação em questão a tem como o alvo. Assim, família pode ser definida como um agrupamento de pessoas que moram no mesmo ambiente, que podem ter interesses, expectativas e até hábitos comuns e/ou distintos. Pode existir, em uma mesma família, pessoas de idades e formações diferenciadas; eles diversos e entendimentos de saúde-doença também diferentes. Existem aqueles que se preocupam em excesso com a saúde, ao passo que outros só cuidam quando adoecem, sendo quase que totalmente ausentes de contato com a equipe de saúde da família próxima a ele (FIGUEIREDO; TONINI, 2011).

ajudando na construção e no atendimento ao propósito maior da atenção primária: promoção saúde.

#### 4.2.1.4.2 Possibilidade para conhecer uma outra realidade e desenhar o perfil da comunidade

Este foi um ponto também importante relatado pelos participantes: descobrir uma realidade que, apesar de já acompanharem as famílias há tempos, ainda era desconhecida por eles. Outro assunto destacado por eles foi a possibilidade de poder organizar e conhecer melhor o perfil da comunidade. Isso demonstra, mais uma vez, a importância de se proporcionar instrumentos que ajudem nas atividades desse trabalhador.

O fato do ACS expor que a partir do instrumento de investigação proposto, pôde conhecer coisas novas sobre a realidade das famílias, nos faz perceber o quanto é importante investigar aqueles componentes da família que não vão à unidade, ou mesmo aqueles que vão mas a investigação realizada deixa a desejar. Quanto àqueles que não vão até a unidade, na maioria das vezes o ACS apenas sabe de sua existência naquele grupo familiar, sem nenhum contato maior. Percebe-se assim, que a partir desse instrumento, por ser direcionado para toda a família, permite que se descubra fatos novos sobre todos os constituintes. Possibilitando levar as situações de risco encontradas até a equipe de saúde.

Neste sentido, vale ressaltar, que apesar da família ser uma unidade, tem suas diferenças. E considerar a família como um sistema, conota a relação com a teoria dos sistemas, ou seja, a totalidade da família é muito mais que a simples adição da cada membro. Os indivíduos são mais bem compreendidos dentro de um contexto maior. Assim, estudar os membros da família separadamente (em uma consulta na unidade ou em uma visita feita pelo ACS na própria residência, mas sem envolver todos os membros) não é o mesmo que estudá-la como uma unidade. Analisar a família como um todo possibilita a observação das interações entre seus membros, o que, em geral, explica na íntegra o funcionamento individual deles (WRIGHT; LEAHEY, 2002 apud FIGUEIREDO; TONINI, 2011).

Vale dizer ainda, que a família é o objeto de atenção que está na porta de entrada do sistema, interpretado por Starfield (2002) como o primeiro contato e implica acessibilidade e uso de serviços de acordo com a necessidade. No entanto, isso requer uma investigação eficaz, principalmente, por que se quer detectar as reais precisões do grupo. Para que os profissionais possam detectar, avaliar e encaminhar ou mesmo trabalhar os desvios de saúde



identificados. Entretanto, como os profissionais da equipe não podem detectar esses desvios sem ir até a residência, acreditamos que a pessoa mais indicada para realizar essa investigação ainda é o ACS. Que após identificar algum desvio, levará esse fato até a equipe para que possa então ser trabalhado.

Neste sentido, Figueiredo e Tonini (2011), afirmam que é preciso questionar, como o sistema de saúde está funcionando, qual é o discurso sobre a qualidade de assistência, e se o programa está conseguindo atender às necessidades da comunidade. Pois é preciso considerar, a capacidade de intervenção da unidade sobre os desvios de saúde identificados, além da realização de avaliações contínuas acerca do acompanhamento dos usuários. Portanto, antes de se implementar qualquer tipo de intervenção deve-se levar em conta como o trabalho da equipe está se desenvolvendo, para que quando o ACS, ou outro membro da equipe, trazer problemas identificados, o grupo possa ter domínio suficiente para elaborar e implementar propostas resolutivas.

Há de se dizer que a ESF tem como princípio a promoção da saúde da família. No entanto, sabemos que o número de profissionais da equipe é pequeno para suprir tantas questões que envolvem os cuidados com a família. Atualmente, o número de Agentes de Saúde em uma equipe é em média de 4 a 12 pessoas. A proporção é de um Agente para cada 750 pessoas acompanhadas (BRASIL, 2002). Portanto, devemos admitir que essa realidade não colabora com a eficiência de determinados projetos assistencialistas.

Esse tópico em debate faz referência também à importância da ESF para a elaboração do perfil epidemiológico da sua comunidade, ressaltando que este perfil é dividido em três planos: individual, de grupos sociais e da sociedade. Assim, podemos dizer que a ESF ao lidar com a família (e o principal ator nesse momento é o ACS), colabora com a elaboração do perfil do processo saúde-doença no plano individual e grupal (processos fisiológicos, cotidiano, potenciais, etc.) ajudado não só em suas intervenções particulares mas também atendendo ao papel da ESF referente ao campo da vigilância à saúde.

Diante dos fatos podemos dizer que este discurso do Agente Comunitário de Saúde discutido aqui, evidencia a consciência desses profissionais sobre a importância de se empenharem para realizar um trabalho produtivo, proporcionado a partir do momento em que podem conhecer de fato a realidade que envolve as famílias de sua comunidade. Assim, cabe ressaltar que ao proporcionarmos instrução e instrumentos para que eles possam realizar esse trabalho, estamos contribuindo, também, para a qualidade do trabalho de toda a equipe.

## 4.2.2 O ACS enquanto educador

Nesta categoria, após a leitura e apreciação do protocolo observacional (apêndice E), surgiram quatro temas que serão descritos, analisados e interpretados. Vale destacar que esta ferramenta de análise refere-se à atividade educadora desenvolvida pelos ACS's durante a segunda visita.

### 4.2.2.1 Habilidade para implementar o plano de educação traçado

Uma vez que a referente categoria trata das atividades de educação em saúde praticadas pelos ACS's, considerou-se adequado iniciarmos esta discussão falando sobre o desempenho deste profissional ao implementar o plano educativo elaborado. Logo, este tema trata das observações feitas do início ao final da ação educativa.

Como já foi dito anteriormente, o plano educativo em questão, foi construído em conjunto entre a pesquisadora e o Agente de Saúde, respaldando-se dessa forma na realidade local e buscando construir possibilidades de intervenções mais promissoras com vistas à modificação da realidade vivenciada pelas famílias.

É importante destacar, que toda esta ação educativa teve início com a aplicação da pedagogia da pergunta, que será discutida mais adiante. Mas o que se pretende expor neste momento é que o plano educativo teve dois momentos: as perguntas problematizadoras e as orientações propriamente ditas, ressaltando-se que a habilidade do ACS foi observada em ambas as ações.

Isto posto, cabe dizer que todos os Agentes tiveram um desempenho mais seguro ao aplicar o plano educativo quando comparamos ao trabalho investigativo da primeira etapa. Acredita-se que esse fato expõe que os eles estão mais habituados à realizar orientações do que em implementarem ações de cunho investigativo, principalmente com pessoas aparentemente saudáveis.

Pode-se, talvez, justificar esta postura por conta das cobranças institucionais feitas ao Agente de Saúde por meio do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), que é o principal instrumento de monitoramento e avaliação das ações da ESF.

Estas cobranças privilegiam a forma de mediação convencidora, na medida que pretendem convencer a população a seguir comportamentos e atitudes considerados corretos.

Em outros momentos, é privilegiada a mediação reprodutora, uma vez que se limitam à dimensão biológica e buscam garantir que a população siga um padrão estabelecido como necessário para a manutenção ou recuperação da saúde. O ACS, depois de “ganhar a confiança” do morador, se sente autorizado a “cobrar” ou mesmo “chamar a atenção” daqueles que não seguem este padrão, seja com relação ao planejamento familiar ou à prescrição de um tratamento. Assim, este trabalhador já está habituado a dar orientações, buscando resultados bastante definidos (BORNSTEIN, 2007).

Há de se destacar, também, que as orientações contidas no plano em questão podem ser consideradas como não complexas, e assim proporcionaram uma maior segurança para os Agentes. Outro ponto é que por muitas delas não estarem exclusivamente voltadas para a prevenção do câncer e sim para um estilo de vida saudável, já eram conhecidas pelos ACS's, por serem muito semelhantes às orientações dirigidas a grupos particulares, como de hipertensos e de diabéticos, fato colaborador para a segurança dos Agentes.

Este tema nos leva a referenciar a concepção do educador como intelectual orgânico, elaborada por Gramsci. Para esse autor, o intelectual orgânico é aquele que desempenha o papel de sistematizador da realidade em favor de um grupo ou de uma classe social específica, com quem mantém uma relação de identidade e/ou pertencimento (GRAMSCI, 1982).

Nesse sentido, o intelectual orgânico não seria apenas o criador de teorias ou o formulador de estratégias políticas, mas um educador sistemático, comprometido com a transformação da sociedade, que difunde a concepção de mundo revolucionária. Esse educador incorpora como função a imersão na vida prática das massas, tendo por objetivo o trabalho sobre o bom senso, como forma de elevação da consciência dispersa e fragmentária de grupos sociais específicos para uma concepção de mundo coerente e homogênea (SEMERARO, 2001).

Vale dizer, que a educação por si só não cumpre um papel da transformação estrutural que assegure a qualidade de vida, mas não restam dúvidas que contribui para sua efetivação (GALINDO; BUELONI, 2006). Diante desse fato os ACS's como mediadores dessas ações na comunidade começam a estimular nesses indivíduos e na coletividade mudanças positivas de comportamento, colaborando para o processo de transformação social.

Destarte, necessitamos ter em mente que todo esse processo de resignificação de práticas é longo e requer esforços conjuntos e contínuos, sendo papel de todos os cidadãos, e aqui se incluem profissionais de saúde (técnicos e gestores), usuários e os outros setores da sociedade. Vale ressaltar ainda, que as diferentes formas de trabalho do Agente Comunitário

de Saúde e do restante da equipe de saúde, não devem ser consideradas com antagônicas e sim complementares.

#### *4.2.2.2 O papel da pedagogia da pergunta*

Trata-se este tema como relevante por admitimos seu papel fundamental para o início da ação educadora implementada pelo ACS. A pedagogia da pergunta tem seu fundamento nos métodos defendidos por Freire e Faundez e utilizamos esta metodologia antes de repassar as orientações à família, por ser adequado ao nosso propósito ali, que era despertar nos participantes a curiosidade e vontade de receber as informações que deveriam ser repassadas. Assim, concordamos com Davini (1994) que diz que uma questão central e habitualmente esquecida é que mais do que preocupar-se em como ensinar é questionar-se como se aprende.

Para Freire e Faundez (1985) a pergunta é o início do conhecimento e somente após a realização/elaboração delas é que se deve sair atrás de respostas e não o contrário. A pergunta, feita por quem ensina, aguça a curiosidade de quem quer aprender, que é a mola propulsora, que move, inquieta e insere na busca do aprendizado (FREIRE, 2000). Ou seja, a pedagogia da pergunta favorece o aprendizado (SOUSA, 2011).

Portanto, a pergunta é um elemento que, segundo Freire (1987), estimula a reflexão crítica e elimina a passividade em face às explicações que são respostas a perguntas que ninguém fez. Assim, concordamos que o aprendizado exige uma ação, de movimento mental, de quem aprende e não acontece sem essa condição. Ensinar, portanto, exige de quem ensina, capacidade de despertar a curiosidade em quem aprende, que exprime a vontade de aprender (FREIRE, 2000).

Desse modo, a pergunta funciona como um elemento motivador para o aprendizado. Não a pergunta pela pergunta, mas a pergunta que vai descobrindo a relação forte e dinâmica entre palavra e ação, entre palavra-ação-reflexão, trazendo a união de agir, falar e conhecer. Para isso, torna-se necessário que haja uma cadeia ou sequência de perguntas e respostas amplamente vinculadas à realidade ou a elementos concretos do cotidiano das pessoas, atuando como ponte entre a pergunta primeira e a realidade das pessoas, para que elas se reconheçam neles; percebam a concretude da ideia para depois atingir um nível maior de abstração. Dessa forma as perguntas funcionam como mediadoras do aprendizado (FREIRE; FAUNDEZ, 1985).

Esta cadeia de perguntas e respostas foi buscada por nós, para que surtisse o resultado que almejávamos: despertar o interesse e curiosidade em aprender. Para sermos fidedignos ao

método, buscamos ligação com o cotidiano das pessoas (a árvore, a lembranças delas sobre o câncer), para que elas pudessem se reconhecer nas comparações.

A pedagogia da pergunta proporcionou uma estrutura hierárquica de perguntas e respostas, das mais simples às mais complexas, trazendo à tona elementos do cotidiano ou da realidade a partir de coisas concretas, exemplos palpáveis da vida das pessoas e fazendo associação com o tema em saúde que é abstrato e complexo. Com isso, tivemos a intenção de transformar nossa educação em saúde em um encontro dialógico. Ou seja, levamos o indivíduo a atingir os níveis de assimilação porque a compreensão e o aprendizado do tema em debate fossem facilitados.

A prática comunicativa não limita-se à transferência de informações a uma população que nada sabe de relevante sobre os assuntos que dizem respeito à sua saúde e sua vida. Um importante conceito que foi tomando espaço e que faz todo o sentido falarmos aqui é o de “polifonia”. Desenvolvido na década de 1920 por Mikhail Bakhtin, filósofo e linguista russo. Bakhtin (1992) nos ensinou que, em cada fala, enunciado ou texto, exprime-se uma multiplicidade de vozes, a maioria delas sem que o locutor se aperceba. As vozes correspondem a interesses e posições diferentes na estrutura social, o que faz com que a linguagem seja uma arena de embates sociais, na qual são propostas, negociadas e ratificadas ou recusadas as relações de poder.

Fato de imensa valia para usarmos essa ferramenta com o intuito de saber o que os participantes tinham a dizer sobre o assunto e para podermos compreender, panoramicamente, como os indivíduos (membros das famílias) percebiam questões importantes, como o que é câncer (seu desenvolvimento), se ele é passível de prevenção, se eles sabiam do que seu corpo precisa para ter saúde e principalmente se sabiam cuidar da saúde. As respostas foram surpreendentes em muitos momentos e evidenciou que a grande parte das pessoas não pratica hábitos que podem prevenir o câncer por não conhecê-los, por não saberem como a doença se desenvolve ou ainda por acharem que não há nada a se fazer para prevenir sua ocorrência.

Destarte, admitindo a importância da pergunta para o aprendizado, concordamos com Sousa (2011) no sentido de transformar o simples repasse de informações, muito utilizado na educação em saúde, num encontro dialógico, através da elaboração de perguntas significativas relacionadas com o tema. A fim de despertar a curiosidade, dinamizar a exposição, levando a clientela a fazer os movimentos mentais, as idas e vindas necessárias ao aprendizado, desenvolvendo capacidades e conseqüentemente, a realização de uma educação em saúde de qualidade.

#### 4.2.2.3 *Recepção da ação educativa pela família*

Serão debatidas neste tema, questões acerca da reação dos participantes ao receberem a ação educativa. Registramos este assunto, porque mais adiante poderá ser feita uma relação deste debate com o fato dos usuários terem mudado ou não os desvios identificados, tendo como base as orientações repassadas pelo Agentes Comunitários de Saúde. Em se tratando destas orientações, em alguns momentos foi direcionada para todos os familiares e em outros para alguns em particular, a partir dos pareceres situacionais elaborados na primeira visita.

Antes de darmos início à esta discussão, é importante percebermos o fato que as famílias podem estar sujeitas à mudanças, individuais ou coletivas, que lhe venham a ser propostas por meio de orientações do sistema social de modos de ser, de fazer e de ter as coisas (FIGUEIREDO; TONINI, 2011). Assim, tivemos o cuidado de nos atentar a essa receptividade, pois é fundamental para perceber sinais de choque, raiva negociação e aceitação na família. Reações negativas, indicam que podem estar com dificuldade em aceitar as provocações de mudanças. Estas reações devem ser observadas, já que aceitar as novidades, as orientações de como ser e de como se cuidar, podem provocar nos indivíduos da família uma posição crucial de não acreditar no que ouve ou no que vê, impulsionando-os a não aceitar mudar. Daí a importância de se observar a receptividade de quem ouve orientações, não só estas em particular, mas em toda e qualquer ação educativa.

Ao prestar a assistência ao indivíduo, à família ou à comunidade, há que se considerar quem é ou quem são os clientes. Segundo Campos (1997) é necessário que a equipe de saúde em ESF esteja atenta em relação ao usuário, pois as pessoas frequentemente ouvem mas não compreendem – e não dizem que não compreendem, ouvem e pensam que compreendem, depois fazem as coisas de maneira inadequada ou transmitem informações inadequadas, ouvem e compreendem mas não ficam convencidas e não modificam seus hábitos ou tomam qualquer iniciativa. Ouvem, compreendem, ficam convencidas e tomam alguma iniciativa, porém acham que não estão conseguindo os resultados esperados, ou que a ação envolve muito esforço, e por isso desistem.

Destarte, pode-se dizer que todos os participantes demonstraram atenção e interesse em ouvir o que os Agentes tinham a dizer. Discutiram e acrescentaram saberes que traziam consigo, proporcionando uma troca de informações interessante. Em muitos momentos os

participantes (família) recorreram à pesquisadora para esclarecer dúvidas, sobre inclusive outros temas. O que pode ser considerado normal, pois enxergaram aquele momento como uma oportunidade que não estava à disposição cotidianamente, mas em momento algum, substituindo ou questionando o que o ACS estava a dizer.

A respeito dessa atenção, ou mesmo respeito dispensado aos Agentes, aproveitamos aqui para relacionar este fato com o que Silva e Dalmaso (2002) comentam. Estes afirmam que com o passar do tempo, o trabalho do ACS ultrapassa o acolhimento das pessoas e o atendimento às suas necessidades. Mais do que isso, ele se dedica a cuidar das pessoas a partir do conceito ampliado de saúde que adquire com o tempo. E ao longo da convivência com a comunidade começa a se criar uma reciprocidade: ele se percebe e é percebido como conhecedor da população, organizador do acesso à assistência, vigilante de riscos e controlador dos cuidados com a saúde das pessoas, com forte identificação comunitária, executor de ações intersetoriais. Assim, acreditamos que essa atenção dispensada a eles se torna uma forma de respeito, construída com o tempo e que hoje acarreta consideração e crença por parte da comunidade, que vê este sujeito como detentor de algum conhecimento científico.

Deve-se dizer ainda, que a forma como os participantes receberam as informações teve influência direta pela implementação das perguntas problematizadoras anteriores às orientações, que aguçaram este interesse destes indivíduos para saber como cuidar de sua saúde.

Neste sentido, relacionando este tema com um dos princípios doutrinadores do SUS, a integralidade, na opinião de Machado (et al. 2007), esta, no cuidado de pessoas, grupos e coletividade tendo o usuário como sujeito histórico, social e político, está articulada ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e a sociedade na qual se insere. Se evidencia a importância das ações de educação em saúde como estratégia integradora de um saber coletivo que traduza no indivíduo sua autonomia e emancipação, e esta, neste estudo, é proporcionada com a interação mútua entre ACS e família. Com base nesta compreensão, busca-se refletir acerca do princípio da integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde. Esta educação como processo político pedagógico, requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras, enquanto sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade.

Devemos admitir que esta abertura por parte das famílias para receber as orientações repassadas pelos Agentes, em um primeiro momento, foi surpreendente. No entanto, ao

observar a interação entre ambos, ficou evidente a importância de sair dos livros e teorias para viver as diversas realidades que cercam o campo da saúde. Esta experiência proporcionou um olhar ainda mais apurado sobre as potencialidades do ACS como um profissional e não apenas como um trabalhador da saúde, como é legalmente designado.

#### *4.2.2.4 Visão dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a experiência educativa*

Neste momento, passaremos a analisar não mais as observações realizadas pela pesquisadora, mas os discursos dos ACS's referentes as suas experiências como educador<sup>8</sup>. É importante destacar que estas discussões foram possibilitadas pelas duas perguntas direcionadas aos agentes logo após a ação educativa, quando perguntados sobre a percepção destes acerca da experiência vivenciada e quanto ao seu desempenho. Para tornar esta exposição mais didática, os discursos foram divididos em temas de acordo com a frequência e com a relevância demonstrada pelos participantes.

##### *4.1.2.4.1 Segurança garantida pelo roteiro*

Este tópico se aproxima muito do tema sobre o direcionamento e simplificação das atividades, comentado anteriormente, pois os discursos e nossas observações tiveram uma ligação aparente. Acredito que essa proximidade tenha surgido pelo fato dos Agentes terem um roteiro para desenvolver, também, a educação em saúde, o que os despertou ânimo e segurança. Pois, apesar de não serem orientações totalmente estranhas (uma vez que muitas eles já praticavam), poderem recorrer a qualquer momento a um roteiro em mãos, lhes fez sentirem-se mais à vontade.

Por esse roteiro fazer parte do nosso planejamento, vale falar brevemente sobre este assunto. Deste modo, para Huertas (1996), planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade. Programar as estratégias e ações necessárias e tudo mais que sejam deles decorrentes, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados e nele preestabelecidos. Merhy (1994) define planejamento como “o modo de agir sobre algo de modo eficaz”.

---

<sup>8</sup> Cabe lembrar, que estes discursos se referem à segunda visita do estudo de eficácia.



Portanto, o planejamento é importante para que o profissional que implementa a ação educativa, não disperse do tema que está se propondo a discutir com o educando e, principalmente, que não deixe de passar alguma informação importante para que se alcance o resultado esperado. Neste mesmo sentido, é importante que cada membro da equipe da Estratégia de Saúde da Família seja consciente do seu papel de educador em saúde e conjuntamente saber o resultado que se quer atingir em cada situação.

No setor da saúde, o planejamento é um instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, e deve estar presente em todos os ambientes de atenção (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

Certamente sempre haverá distintas opções de agir no sentido de alcançar nossos objetivos. Porém, algumas mais executáveis que outras, seja pela viabilidade de recursos ou pela oportunidade de desenvolver a ação, ou ainda pelo prazo em que os resultados deverão ser obtidos. E é nesse sentido que se planeja, para, também, podermos “explicar cada uma das possibilidades e analisar suas respectivas vantagens e desvantagens”. Assim, devemos ter sempre em mente que toda a energia aplicada no planejamento deve convergir para gerar resultados e não apenas produtos.

Vale dizer, que o sucesso do planejamento, ou seja, a efetividade dos resultados mantém relação direta com a qualidade das informações. E na educação em saúde, as informações necessárias dizem respeito ao modo como essas informações foram organizadas e, principalmente, o modo como elas estão sendo implementadas pela pessoa que educa, isto é, como o educador irá utilizar esse roteiro.

Nessa perspectiva evidencia-se a importância do diagnóstico situacional elaborado previamente, na fase de investigação. Deve-se compreender que ele não é único e sim múltiplo, porque o diagnóstico situacional depende de cada realidade que encontramos, e precisamos ter consciência de que jamais encontraremos e, ao mesmo tempo, uma realidade igual a outra, podem ser semelhantes, mas nunca iguais. Desse modo, não existe um único diagnóstico ou uma única verdade e, além disso, continuamente, novas faces dessa realidade mudam. Uma família pode aumentar, diminuir, ter um aumento de sua renda ou diminuição, podem mudar de domicílio, etc. Portanto, a pessoa incumbida de realizar o diagnóstico situacional é quem irá direcionar a ação educativa, e deve estar atenta a essas variáveis.

Destarte, termos tido um planejamento distinto para cada família teve sua importância em vários pontos, um deles foi a economia do tempo, afinal, o ACS não precisou conversar

com a família sobre pontos que não eram necessários para ela (pelo menos não naquele momento) e acreditamos que essa também foi uma das intenções de nossos participantes ao comentarem esse ponto. Devemos dizer mais uma vez que precisamos instrumentalizar e capacitar nossos trabalhadores, para que eles possam alcançar conjuntamente os resultados almejados.

#### 4.1.2.4.2 Possibilidade da troca de informações e sentimento de utilidade

Duas questões relatadas pelos Agentes, após a realização da ação educativa, foram a interação positiva entre eles e as famílias e o sentimento de utilidade e satisfação que estes trabalhadores sentiram após desenvolverem o trabalho. Por considerar como temas relevantes e assim merecedores de um breve debate, iniciaremos nosso debate que será pautado, principalmente, no valor destes temas para a implementação de nossa intervenção.

Em se tratando da participação das famílias, esta interação foi importante para evidenciar, mais uma vez, a familiaridade entre os arranjos familiares e os Agentes. Além disso, outro fato importante da observação desse encontro, foi a oportunidade de presenciar a construção conjunta do conhecimento de modo contextualizado (particularizado), através da contribuição dos familiares acrescentando seus saberes e ajudando a adequar, cada vez mais, as orientações sugeridas para uma nova rotina.

A respeito dessa interação, Figueiredo e Tonini (2011) afirmam que é fundamental pensar que a prática do cuidar deve envolver e fundamentar-se nessa comunicação dialógica<sup>9</sup>, e não deve visar apenas mudar comportamentos, prescrever tratamentos, controle, modificar as pessoas, pensar apenas na doença. É preciso que o educador, esteja disposto a dividir, trocar, ensinar e aprender com a família. E foi exatamente esta disposição que foi observada por parte dos Agentes, deixar que os familiares falassem, possibilitou uma construção conjunta do conhecimento.

Baseado nestes pontos, não se deve acreditar que educação é apenas estímulo-resposta, queixa-conduta, problema-intervenção de modo vertical, mas que é uma ação horizontal. A

---

<sup>9</sup> Para Freire, na comunicação dialógica, toda a relação de poder, em que uma pessoa se comporta como sujeito que transforma o seu interlocutor em objeto dos seus comunicados, é inexistente. Desse modo, ambos os sujeitos comunicantes atuam na significação do objeto, logo há uma reciprocidade no processo, que ocorre entre iguais. Assim, “o educador já não é mais o que apenas educa, mas o que enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. [...] Os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo.” (FREIRE, 1987)

família não pode e nem deve ficar de lado, como vítima e com sentimento de culpa pelo problema que apresenta (FIGUEIREDO; TONINI, 2011). E para que isso aconteça, deve-se dar voz para que os educandos possam falar de seus problemas e ajudar a construir possíveis soluções.

Neste sentido a educação enquanto uma relação que se dá entre sujeitos, pressupõe a apropriação de um saber historicamente produzido e que permanece incorporado ao educando para além da situação do aprendizado propriamente dita. Assim, o educando não se apresenta unicamente como consumidor ou objeto do trabalho pedagógico, mas também na condição de sujeito ou coprodutor (FIGUEIREDO; TONINI, 2011). Nesta mesma conjectura, essa concepção encontra ressonância no enfoque radical do qual fala Stotz (2007), quando afirma que o caráter emancipador do educador encontra-se justamente na capacidade de incentivar a discussão sobre a realidade e a inserção crítica dos homens nessa realidade, implicando efetivamente na contestação dos problemas.

Vale dizer que esse comportamento por parte dos Agentes foi incentivado durante a capacitação, no momento do debate sobre educação em saúde, particularmente sobre a pedagogia problematizadora. No entanto, se pôde perceber que essa já era uma prática existente em suas rotinas e que foi apenas reforçada com a capacitação. Digo isso, por conta da tranquilidade e naturalidade com que essa comunicação dialógica foi realizada.

Quanto a satisfação<sup>10</sup> demonstrada pelos Agentes após o desenvolvimento da ação educativa, devemos dizer que estamos falando de uma satisfação momentânea e referente apenas a esta ação, levando em consideração que a satisfação profissional envolve questões muito mais amplas que não cabem e assim, não serão discutidas neste debate.

Se investigássemos mais profundamente se estes trabalhadores encontram-se satisfeitos com todas as questões que envolvem suas atividades, seria possível encontrar muitas questões que refletissem insatisfação em muitos assuntos. Por isso enfatizo que esta satisfação observada foi relatada por eles e se refere muito mais ao sentimento de utilidade em decorrência de se perceberem como importantes para a mudança da situação de saúde daquelas famílias a quem se dirigiam.

Esse sentimento de utilidade deve estar presente em toda e qualquer ação desempenhada, seja ela no setor saúde ou não. Se o trabalhador não se sente útil, é possível que não produza os resultados que queremos. Vale ressaltar, que este sentimento também só

---

<sup>10</sup> Em se tratando do conceito de satisfação, para Locke (1976 apud MARTINS; SANTOS, 2006) a satisfação pode ser definida como um estado emocional agradável ou positivo, que resulta de algum trabalho ou de experiências no trabalho. Esta definição tem, ainda hoje, o impacto mais importante para a definição deste tema.

foi possível porque foi proporcionado que o ACS estivesse à frente de todo o trabalho, assim este pôde se sentir responsável pela ação educativa e com o sucesso desta veio a sensação de dever cumprido e encanto imediato.

A comunicação dialógica se faz indispensável no processo de educação emancipatória, proposto por Paulo Freire, muito utilizado na educação em saúde. Já os sentimentos de satisfação e de utilidade acrescido na valorização do trabalho, como já dito anteriormente, se fazem necessários em todo trabalho para que haja prosperidade e que se alcancem objetivos.

### 4.3 O COROLÁRIO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS

Esta consiste na segunda matriz interpretativa e trata da análise, descrição e interpretação dos dados produzidos durante o estudo de eficiência. Desse modo, todas as análises se referem ao resultado a curto prazo da intervenção em questão para as famílias participantes. Esta matriz divide-se em duas categorias: “*o efeito imediato da intervenção sobre os hábitos detectados*” e “*o parecer da família quanto ao trabalho desenvolvido*”. Segue a primeira categoria de análise.

#### 4.3.1 O efeito imediato da intervenção sobre os hábitos detectados

Após a leitura e apreciação das transcrições obtidas a partir dos formulários (apêndice F) utilizados nas entrevistas de retorno, surgiram dois temas que serão descritos, analisados, e interpretados a seguir. Cabe lembrar, que esta categoria de análise refere-se à consequência imediata que esta intervenção teve sobre os desvios de saúde encontrados durante a visita investigativa. Imediata, por levar em consideração que o intervalo entre a ação educativa e a visita de retorno foi de 30 dias, e para que pudéssemos falar de um impacto maior, precisaríamos de um tempo mais longo e de visitas regulares às famílias para avaliar se estas ainda praticavam as orientações.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Esta categoria, corresponde ao segundo objetivo específico, onde propõe-se a analisar as mudanças ocorridas no cotidiano das famílias.

#### 4.3.1.1 Quanto a mudança dos hábitos

Neste tema, será debatido acerca das mudanças ocorridas no cotidiano das famílias, alcançadas após a intervenção. Assim, para expor com mais clareza o abandono ou não dos desvios de saúde, utilizou-se de uma tabela que exemplifica quais os hábitos e/ou sinais de alarme identificados na visita investigativa; quantas pessoas tentam mudar insistentemente e parcialmente e quantas conseguiram abandonar ou amenizar o desvio.

Antes de analisarmos os dados expostos na Tabela 1, cabe dizer que um total de oito famílias participaram do estudo, constituindo uma soma de 25 pessoas entre todos os integrantes das famílias. Em se tratando do perfil dessas famílias, observou-se que quanto ao nível de escolaridade tivemos os que se declararam como analfabetos até os que se declararam com o ensino médio completo. Quanto a renda, constatou-se como renda mais baixa uma quantia aproximada de R\$ 300,00 (trezentos reais) e como maior renda, aproximadamente R\$ 3.500,00 (três mil e 500 reais). Com relação a faixa etária, algumas famílias eram constituídas por crianças e adultos, em outras adolescentes e adultos e em outras adultos e idosos.

Hábitos/sinais de alarme identificados		Tentaram mudar		Conseguiram abandonar ou amenizar o desvio
		Insistentemente	Parcialmente	
Alimentação inadequada	6	5	1	5
Inatividade física	7	5	2	5
Mamografia em atraso	4	4	0	0
PCCU em atraso	3	3	0	1
Rouquidão	1	1	-	0
Tabagismo	3	3	0	3
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>19</b>	<b>5</b>	<b>12</b>

**Tabela 1:** Relação dos desvios identificados e desvios abandonados após a intervenção.

**Fonte:** Pesquisa de campo realizada entre os meses de janeiro e abril de 2014.

Iniciaremos esta discussão comentando acerca da prática da alimentação inadequada<sup>12</sup> encontrada em um número considerável de participantes, um total de seis (6). Após o intervalo de 30 dias, com um retorno até estes familiares identificados como praticantes de

<sup>12</sup> Vale dizer, que para determinar como alimentação inadequada levou-se em consideração não somente a presença ou falta de alimentos considerados saudáveis, como frutas, legumes, verduras e peixes, mas também a forma como os alimentos eram preparados.

uma alimentação imprópria, que receberam a ação educativa pelo ACS, se pôde verificar que cinco participantes empenharam-se para abandonar este desvio e apenas um, empenhou-se pouco. Vale dizer que esta verificação foi feita junto aos participantes com o uso de perguntas sobre quais os alimentos tinham retirado da dieta e quais tinham incluído, bem como de que forma estavam preparando com mais frequência esses alimentos. Assim, constatou-se que os cinco participantes que empenharam-se firmemente em mudar seus hábitos alimentares tinham conseguido até aquele momento abandonar muitos alimentos impróprios. Desse modo, podemos inferir que neste quesito esta intervenção teve um sucesso considerado positivo, já que apenas um participante não conseguiu aplicar as orientações para a mudança de seu cardápio.

Quanto a falta de uma atividade física regular, observou-se que foi o hábito em que os participantes encontraram maior dificuldade para abandonar, segundo seus relatos. No entanto, apesar da dificuldade, dos sete que se encontravam em estado de sedentarismo<sup>13</sup> cinco se dedicaram a mudar, e dois iniciaram a prática no entanto, não persistiram. Assim os cinco que insistiram em praticar alguma atividade<sup>14</sup> ainda conseguiam realizá-la até o momento. Devemos dizer, que nenhum dos participantes tinham horários trabalhistas fixos, portanto, foi mais fácil adaptar o tempo a essa mudança de hábito.

Em uma pesquisa realizada por Costa (et al. 2010) foi constatado que a escolaridade está associada positivamente como prática de pelo menos 150 minutos por semana de atividades físicas no lazer em ambos os sexos; e que a escolaridade está associada inversamente com a prática de pelo menos 150 minutos semanais de caminhada ou andar de bicicleta como forma de locomoção/deslocamento; constatou ainda que quanto menor a escolaridade maior a presença da realização de faxina grosseira em casa ao menos uma vez na semana por mulheres. Estes dados, de certa forma, coincidem com o que foi encontrado nesta pesquisa, levando em consideração que a maior parte dos participantes tinham até o ensino médio completo, as mudanças que constatamos estavam mais relacionadas com a prática de atividades físicas na rotina doméstica.

Em se tratando dos exames de rastreamento em atraso, observamos na primeira fase do estudo que quanto a mamografia, quatro nunca tinham realizado o exame e que todas essas

---

<sup>13</sup> Considera-se como sedentarismo nesta pesquisa, a falta ou a grande diminuição da atividade física. Admite-se que o conceito não é associado necessariamente à falta de uma atividade desportiva e sim considera-se como sedentário, o indivíduo que gasta poucas calorias por semana, com as suas atividades da vida diária.

<sup>14</sup> Além de caminhadas desportivas e andar de bicicleta, considerou-se como atividade física os seguintes hábitos: usar as escadas com mais frequência; sempre que possível caminhar para destinos, como trabalho, lojas, etc.; descer uma parada antes do ponto de ônibus habitual; sair para caminhar sempre que possível; entre outras mudanças simples nas atividades diárias.

mulheres não reconheciam este como um exame de rotina após os 40 anos, como é preconizado pelo Ministério da Saúde. No entanto após serem orientadas a realizá-lo, verificou-se com a visita de retorno que todas elas haviam procurado a unidade de saúde para realizar, porém até aquele momento, nenhuma havia conseguido. Quanto a justificativa, constatou-se que três delas não conseguiram em decorrência de burocracia e lentidão do sistema, e não estamos falando apenas do SUS mas também de planos de assistência particular, já que uma dessas mulheres havia procurado esse tipo de assistência e também não conseguiu sucesso. Vale dizer que uma dessas mulheres nos relatou que ao procurar o profissional de saúde da ESF (médico) requerendo o exame porque tinha mais de 50 anos e nunca o tinha realizado, teve como resposta pelo profissional que ela não necessitava realizá-lo e assim teve a questão ignorada.

Com relação ao exame PCCU em atraso, nos deparamos, em parte, com a mesma situação da mamografia, já que das três mulheres que estavam com o exame preventivo em atraso, duas não conseguiram realizá-lo por, segundo seus relatos, ineficácia do Sistema Único de Saúde, e uma já havia realizado e estava apenas esperando a consulta para levar ao médico.

Ao olhar para este quadro o pensamento remete-se aos índices altos de incidência e mortalidade por câncer de mama e de colo de útero e estes acabam por se tornar mais explicados. Pois não adianta que mulheres sejam sensibilizadas e mobilizadas para realizar os exames de rastreamento se ao chegarem à unidade de saúde encontrarem dificuldades para a realização.

Quanto à rouquidão crônica encontrada em um dos participantes com mais de 50 anos de idade. Depois da orientação, ao retornarmos para verificar se ele havia conseguido uma avaliação, verificamos que infelizmente esta ainda não havia sido feita, no entanto deve-se dizer que este participante procurou um plano de saúde particular e, como as mulheres citadas anteriormente, também não teve sucesso. Logo, mais uma vez reforçamos que não vale apenas a sensibilização dos indivíduos, deve-se garantir um amparo das necessidades deste ao procurar a assistência à saúde. Sem debater aqui que esta, segundo a Constituição Brasileira se constitui como um direito dos cidadãos e um dever do estado.

Em se tratando do hábito de fumar, durante a visita investigativa encontrou-se entre os participantes três fumantes, todos com mais de 45 anos de idade e fumantes há mais de 8 anos. Com a visita para o estudo de eficiência, surpreendentemente, constatamos que todos os três fumantes estavam tentando persistentemente abandonar o hábito. Segundo estes participantes, eles estavam insistindo para diminuir a cada dia o número e a frequência do

fumo, e até então, segundo eles, estavam conseguindo. Devemos levar em consideração que este comportamento, apesar de positivo, ainda não pode ser considerado um abandono, e que deveria ser acompanhado durante um tempo maior para termos um parecer final se esses indivíduos realmente abandonariam o vício e se não teriam nenhuma recaída, episódio comum para quem está tentando abandonar este vício. Neste sentido, segundo Mijares e Silva (2006), muitos são os fatores que influenciam o indivíduo a abandonar a tentativa de parar de fumar, dentre eles, a modificação no estilo de vida, bem como a mudança de hábitos que se tornam muitas vezes automáticos no dia-a-dia dos sujeitos.

Discutir neste tema os hábitos abandonados ou não, foi importante para podemos visualizar de forma clara o impacto imediato das ações de educação em saúde desenvolvidas pelos ACS's, além de possibilitar, ainda que genericamente, a compreensão de um dos motivos pelos altos índices de mortalidade pelos cânceres como o de mama e de útero: a má eficiência do sistema. Assim, acreditamos que para o sucesso de toda e qualquer intervenção relacionada ao SUS, todas as redes de cuidado devem estar funcionando em perfeita harmonia.

De modo geral, pode-se dizer que esta intervenção teve um reflexo positivo na vida dos participantes e, ao mesmo tempo, evidencia que mudanças positivas podem ser influenciadas pelos ACS's com o uso de tecnologias leves e uma educação em saúde emancipatória de fato pode ser realizada pelos mesmos.

#### *4.3.1.2 Adaptação das famílias aos novos hábitos*

Neste tema será discorrido sobre os discursos das famílias acerca de sua adaptação aos novos hábitos. Destacamos este tema por acreditar que ele se faz necessário para podermos ter uma breve impressão se as famílias conseguirão (ou não) levar por um tempo mais longo os novos hábitos. Isto posto, podemos dizer que entre os hábitos encontrados, os que foram relatados pelos participantes como mais difíceis foram a prática de atividade física e o abandono do tabagismo, como era de se esperar. Quanto à alimentação saudável, não foi referido pelos participantes maiores dificuldades, a não ser a dificuldade financeira que foi destacada por alguns como um obstáculo para ter acesso à determinados alimentos.

Logo, ao implementar uma ação educativa que visa a mudança de hábitos alimentares, além de reconhecer a alimentação como parte vital da cultura de um indivíduo e levar em



conta as práticas, costumes e tradições, deve-se perceber que uma mudança alimentar exige algumas medidas que a possibilitem manter, adaptar ou fortalecer o consumo e a preparação dos alimentos, garantindo que as mudanças na disponibilidade e acesso aos alimentos não afete negativamente a composição da dieta e do consumo alimentar.

É preciso estar ciente, ainda, que as relações entre motivação e mudança de comportamento são complexas e pouco compreendidas, e as condições que determinam o comportamento dos indivíduos são subjetivas e não mensuráveis (BRASIL, 2012). No entanto, a participação da família como um grupo que age em conjunto na identificação de seus problemas e na busca coletiva de soluções, contribui para a construção de uma consciência emancipadora a todos diante das questões de saúde. Assim, uma mudança coletiva é encarada mais facilmente do que uma mudança individual em um grupo que continua com os hábitos que o indivíduo tenta abandonar.

Em virtude de suas características próprias de proximidade e convivência a família tem melhores condições de acompanhar os processos de saúde e de doença de seus membros e ajudar a resolvê-los. Daí a importância da equipe da ESF trabalhar, também, com o grupo familiar e não apenas com seus componentes isoladamente, em uma consulta na unidade de saúde, por exemplo.

Deve-se levar em consideração, mais uma vez, que estes comportamentos positivos, ainda não podem ser considerados como definitivos, pois para termos confirmação de que os participantes verdadeiramente abandonaram o desvio e seguiram o hábito saudável, um acompanhamento mais longo deveria ser feito, para observar por quanto tempo esse comportamento positivo iria permanecer, para termos um parecer final se esses indivíduos realmente abandonariam o desvio ou não. É importante relatar que todos os participantes que até aqui estavam adotando a nova rotina, mostraram-se decididos e mesmo em estado aparentemente sadio, demonstraram uma preocupação positiva quanto a sua saúde.

#### **4.3.2 O parecer das famílias**

Nesta categoria será discorrido sobre a opinião dos arranjos familiares participantes da pesquisa sobre o trabalho desenvolvido. Para melhor explanação, teremos dois temas: “quanto

ao trabalho desenvolvido” e “quanto à atuação do ACS” nas atividades de investigação e educação em saúde desenvolvidas nesta pesquisa.<sup>15</sup>

#### 4.3.2.1 Quanto ao trabalho desenvolvido

Optou-se por discutir sobre a opinião relacionada ao trabalho desenvolvido em sua totalidade, para termos uma ideia do que os participantes acharam da intervenção em si, isto é, sobre as visitas para o trabalho de investigação e de educação. Isto posto, pode-se dizer que segundo os participantes, a intervenção teve relevância para o desenvolvimento de uma melhor qualidade de vida de toda a família.

Destaca-se essa afirmação em decorrência da frequência com que este discurso foi repetido, já que em todas as famílias encontrou-se a mesma fala. Além disso, mesmo aquelas pessoas que não conseguiram adotar as orientações até o momento, admitiram a importância de um olhar mais particular para sua rotina, chegando a admitir surpresa, já que um trabalho tão íntimo nunca havia sido realizado consigo ou com sua família.

Sendo a população em sua totalidade beneficiada com projetos e ações em saúde, a opinião dos usuários quanto à qualidade da atenção é considerada de extrema relevância quando se busca avaliar intervenções ou serviços voltados à melhoria de sua saúde. Assim, não se pode deixar de considerar esta percepção a fim de contribuir para o refinamento de intervenções ou serviços (JESUS; CARVALHO, 2002). A participação livre e crítica dos usuários pode contribuir para o empoderamento pelo grupo de questões essenciais para a viabilização de políticas de promoção da saúde, prevenção de agravos e controle de enfermidades (COTTA et al. 2008). Desse modo, a melhoria dos programas de saúde pode ser baseada no processo de avaliação apoiado na análise do sistema por meio da ótica do usuário, servindo de parâmetro para as ações e políticas de saúde.

Cabe salientar, que foi permitido aos participantes que sentissem-se à vontade para acrescentar segundo sua visão, melhorias ao trabalho. No entanto, não houve por parte destes nenhum acréscimo, subtração ou ainda modificação nos atos implementados. Deve-se admitir, entretanto, que por se tratar de uma comunidade carente de políticas públicas, seja normal que concordem com a maior parte dos trabalhos que propõem melhorias para a sua saúde.

---

<sup>15</sup> Esta categoria se refere ao nosso terceiro objetivo específico, onde propõe-se a mapear a opinião dos usuários participantes da pesquisa sobre as atividades de investigação e educação em saúde, desenvolvidas pelos ACS's.

Contudo, cabe dizer que o respeito, a atenção e o cumprimento de todos os passos propostos desde a primeira visita e no tempo prometido, foram fatores que contribuíram para um parecer favorável por parte destes sujeitos.

Coloca-se em evidência, que a população normalmente não participa de atividades cujo foco seja a promoção da saúde, como foi o enfoque desta pesquisa, apesar de reconhecer que elas sejam importantes, uma vez que ainda percebem o serviço de saúde oferecido pela ESF como uma assistência curativa. No entanto, o que vimos nos relatos referentes a esta intervenção foi um reconhecimento aparente quanto às ações de educação para a promoção da saúde.

Podemos destacar que este reconhecimento veio também por conta da forma como as ações de educação em saúde foram realizadas, levando em consideração o saber desses usuários, o contexto no qual eles estavam inseridos bem como seus princípios culturais, a partir de um vínculo pré-estabelecido entre estes e o ACS, como já discorrido em páginas anteriores. Mas, tornar esse reconhecimento das ações de promoção à saúde pela população uma realidade habitual é um desafio para toda a equipe de saúde da família, uma vez que se remete à necessidade de mudança de valores associados ao processo saúde-doença e assim todas as questões que envolvem o processo de conquista de confiança deve ser cultivado por toda a equipe e não só pelo ACS.

#### *4.3.2.2 Quanto à atuação do ACS*

A intenção em discutir este tema se refere em evidenciar a opinião dos usuários sobre o trabalho do ACS como protagonista desta intervenção. E uma vez que o trabalho realizado teve um formato diferente das atividades que já são cotidianamente realizadas por eles se faz importante ouvir os usuários sobre este trabalho em particular<sup>16</sup>.

Isto posto, pode-se dizer que os usuários participantes foram unânimes ao avaliar como ótimas todas as atividades que os ACS's executaram, demonstrando respeito e seriedade ao trabalhador. Cabe salientar, que o fato dos usuários já terem um vínculo a longo prazo com

---

<sup>16</sup> Vale lembrar que as atividades de investigação e educação em saúde, já são realizadas pelos Agentes Comunitários junto as famílias, assim, teve-se a preocupação de evidenciar para a família que a avaliação deveria ser feita somente sobre as duas visitas realizadas nesta pesquisa.

os Agentes pode ter influenciado na opinião ao avaliar o trabalho desses sujeitos. No entanto, esta avaliação positiva coincide com outros fatos, já debatidos aqui, que a confirmam<sup>17</sup>.

É importante que as famílias assistidas pela ESF reconheçam a importância do trabalho do Agente Comunitário de Saúde e saibam que ele pode identificar situações comprometedoras à saúde da comunidade, bem como que acreditem e sigam as orientações trazidas por eles para a melhoria do estado de saúde de toda a família. Pois a função do ACS não se limita a facilitar o acesso ao serviço de saúde ou a relação com os outros profissionais da ESF. E a comunidade deve ter esta percepção.

Vele dizer que alguns usuários enfatizaram que o ACS apenas desenvolverá uma boa ação caso ele tenha acesso a capacitações, e não desenvolva as atividades absolutamente sozinho, no sentido de que haja alguém organizando todo o processo, principalmente repassando as orientações que devem chegar até as famílias, ou seja, na formulação do plano educativo para que dúvidas e questionamentos sejam sanados. Logo, percebe-se que é de suma importância a necessidade de qualificação para possibilitar a garantia da qualidade da assistência pelo ACS e neste âmbito fortalecendo a credibilidade deste junto à comunidade.

Na visão de Chiavenato (2008) a qualificação, a capacitação e o aperfeiçoamento é um entrelaçamento de ações de caráter pedagógico, que devem ser devidamente vinculadas ao planejamento da instituição, visando promover continuamente o desenvolvimento dos servidores para que desempenhem suas atividades com mais qualidade e eficiência. E é evidente a necessidade de qualificação para possibilitar uma melhor condição de saúde dos usuários.

Portanto, evidencia-se mais uma vez o quanto o trabalho do Agente Comunitário de Saúde precisa ser organizado, valorizado pela equipe de saúde e principalmente aproveitado em ações que causem, cada vez mais, um impacto positivo para o sistema e para a saúde da população.

---

<sup>17</sup> Como por exemplo o interesse da família durante a ação educativa, bem como o respeito e cordialidade demonstrados por estes para com o Agente em todas as etapas da pesquisa.

## CAPÍTULO V: INTERFACES DA PESQUISA

### 5.1 MODELO DA INTERVENÇÃO

Após implementarmos o plano prévio de ações chegou-se a resultados sobre o modelo de intervenção que será discorrido nesta seção. Deste modo, pôde-se perceber como esta deve se organizar e quais os passos que devem ser realizados para que o sucesso se faça presente. Neste sentido, serão articuladas aqui aspectos que precisam ser atendidos para que resultados positivos sejam alcançados.

Vale ressaltar que deverá ser entendido neste estudo como modelo, a abstração e articulação de um conjunto de ações que foram elaboradas (segundo teorias preexistentes), experimentadas e analisadas. Assim, para que se possa visualizar mais facilmente este modelo será representado de forma esquemática tendo como ferramenta visual um algoritmo<sup>18</sup>, admitindo esta ferramenta como a descrição, de forma lógica, dos passos a serem executados no cumprimento de determinada tarefa.

Antes de iniciarmos a descrição das etapas contidas no algoritmo (Figura 1) que será exibido mais a frente, deve-se esclarecer algumas informações importantes que colaborarão para o alcance dos resultados.

Quanto aos recursos humanos que deverão participar desta intervenção, por ser uma ação voltada para a ESF, o enfermeiro coordenador na unidade também deverá ser responsável pela execução desta intervenção, no sentido de coordenar e organizar todo o processo e intervindo sempre que achar necessário para o bom funcionamento do trabalho. Coloca-se o enfermeiro da ESF como coordenador desta intervenção por acreditar que diante

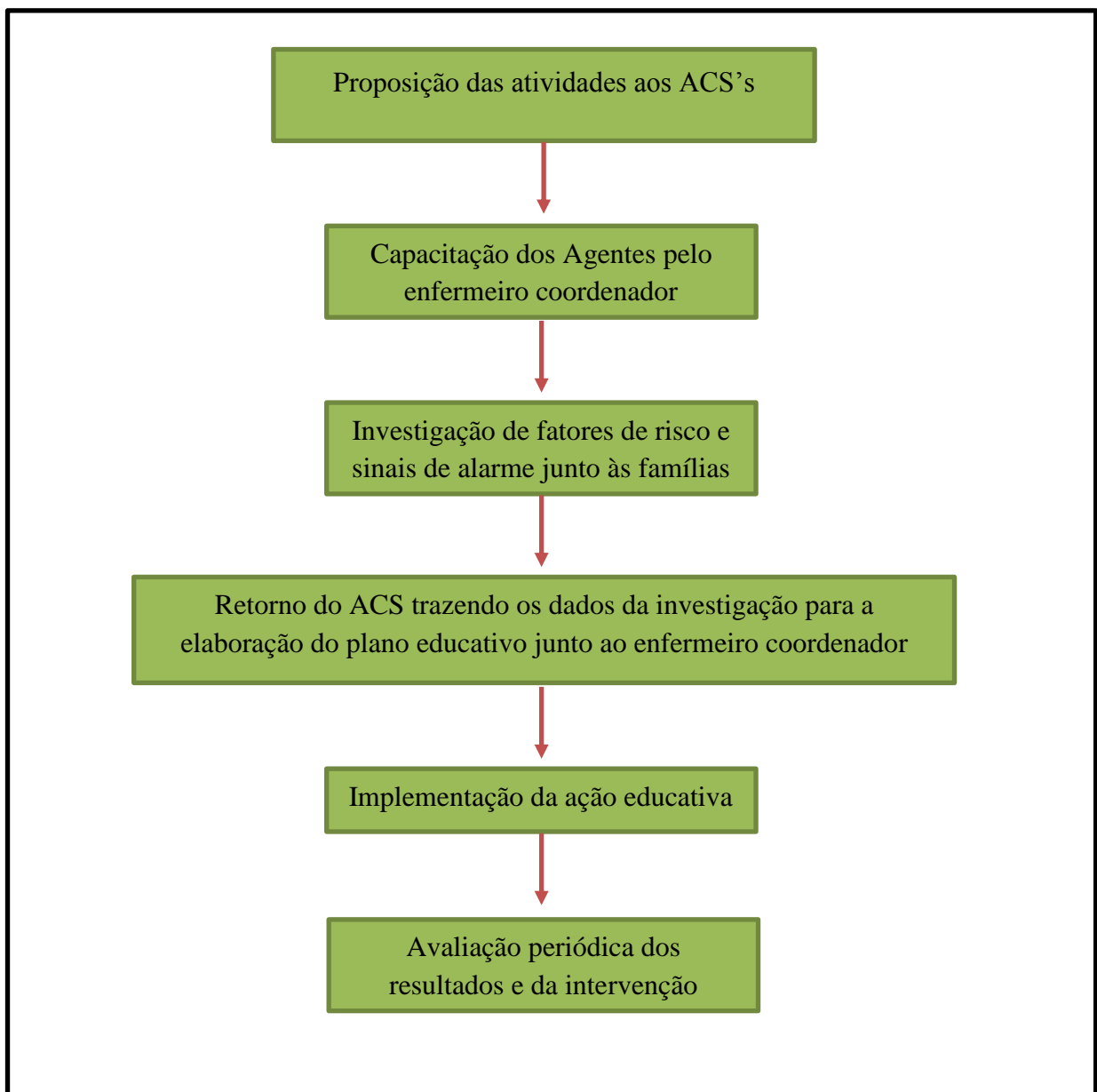
---

<sup>18</sup> Um algoritmo é formalmente uma sequência finita de passos que levam a execução de uma tarefa. Podemos pensar em algoritmo como uma receita, uma sequência de instruções que executam uma meta específica. Estas tarefas não podem ser redundantes nem subjetivas na sua definição, devem ser claras e precisas.

de todas as dificuldades que emergem do SUS diariamente, deve-se utilizar de ferramentas (recursos humanos) já existentes no sistema.

Além desta questão, outro ponto que deve ser atendido é a disponibilidade de material didático de apoio para a capacitação dos Agentes, bem como de estrutura física para que o encontro para a capacitação aconteça de forma produtiva. Não podemos esquecer ainda, que a educação continuada e atualização do enfermeiro da ESF deve se fazer presente regularmente para que supra todas as necessidades de informação tanto dos ACS's como das famílias.

Deste modo, temos em linhas gerais, o enfermeiro da ESF como coordenador da intervenção e os ACS's como investigadores e educadores. Isto posto, segue o algoritmo desta intervenção e a discussão de cada uma das etapas:



**Figura 1** Descrição das etapas do modelo de intervenção

**Proposição das atividades aos ACS's:** esta ação diz respeito a apresentação de todas as etapas e propósitos da intervenção ao sujeito que será seu protagonista, o Agente Comunitário de Saúde. Pois é necessário que este enquanto mediador principal para o alcance dos resultados almejados, perceba a importância da intervenção, o impacto que ela pode ocasionar e principalmente que ele se reconheça e adote estas atividades como próprias de seu trabalho enquanto investigador e educador em saúde.

**Capacitação dos agentes pelo enfermeiro coordenador:** destaca-se nesta etapa o enfermeiro que coordenará a intervenção como também uma figura técnica desta capacitação, como mais uma forma de estreitar os laços entre este profissional e o ACS, bem como, que possíveis acordos e adaptações para a realidade em questão sejam realizados em comum acordo entre todos os envolvidos. E quanto ao formato desta capacitação, orienta-se que siga o modelo proposto neste estudo, ressaltando que possíveis modificações julgadas como necessárias possam ser feitas, seguindo objetivo inicial. Vale dizer ainda, que o treinamento referente ao uso do instrumento de investigação deve ser realizado para o alcance de total segurança deste pelos agentes e assim, o seu uso mais adequado.

**Investigação de fatores de risco e sinais de alarme junto às famílias:** após a proposta ter sido feita e a capacitação concluída com sucesso. Dá-se continuidade com a primeira visita para a investigação da presença de fatores de risco e sinais de alarme junto às famílias pelo ACS. Deve-se destacar que a utilização correta do instrumento de investigação é de suma importância para a elaboração do plano educativo, daí a importância de treinar os agentes durante a capacitação quanto ao seu uso correto.

**Retorno do ACS trazendo os dados da investigação para a elaboração do plano educativo junto ao enfermeiro coordenador:** este será o momento em que o enfermeiro terá um encontro particular com cada ACS, para que este apresente os dados encontrados durante a investigação e o enfermeiro possa ter um parecer da condição encontrada e construa um plano educativo. Nesta ocasião, a participação do ACS se faz importante para que com a sua contribuição este plano possa estar compatível com as reais necessidades e possibilidades da família em questão.

**Implementação da ação educativa:** antes de proferir as orientações às famílias é importante que as perguntas problematizadoras sejam implementadas, porque estas fazem parte do plano educativo. O modelo a ser utilizado pode ser o proposto nesta pesquisa ou outros, de modo que não se fuja da ideia central deste método, que é despertar a criticidade

nos educandos. Assim, após este momento, o plano educativo deve seguir com as orientações particulares sobre os desvios de saúde encontrados, bem como sinais de risco para cada indivíduo em particular ou para o grupo como um todo. É imprescindível que o ACS possua o roteiro que guiará suas orientações, de modo que não haja dispersão do objetivo ou mesmo que determinada orientação deixe de ser explanada.

**Avaliação periódica dos resultados e da intervenção:** a ação educativa não deve ser como um ponto final desta intervenção. Deste modo, as avaliações para saber se ela está surtindo o efeito desejado, bem como se está adequada para a realidade da comunidade da ESF ou se refinamentos precisam ser realizados, devem ser realizadas tanto pelos ACS's como pelo enfermeiro coordenador. Esta avaliação pode ser feita pelo modo que seja mais conveniente para a realidade em questão.

É importante dizer que muitas vezes as intervenções preventivas podem ter resultados positivos em alguns lugares e em outros não. A interpretação da informação transmitida pode variar em função da escolaridade, de fatores culturais, emocionais e sociais. E os agentes e as condições de maior potencial de risco para o câncer têm pesos diferentes dependendo da região. Estes fatores se tornam imprescindíveis no planejamento das ações de prevenção. Por isso a replicação desta intervenção deve estar atenta a estes fatores, para que possíveis riscos sejam amenizados. Logo, um trabalho de investigação na comunidade deve ser realizado anteriormente a aplicação desta e de qualquer uma outra intervenção, a fim de adaptar as ações para a realidade pretendida.



## CAPÍTULO VI: CONCLUSÃO

Segundo Antunes e Perdicaris (2010), o atual cenário do câncer no Brasil, coloca-nos diante de enormes e complexos desafios: a elaboração de políticas públicas bem articuladas e efetivas, o enfrentamento desse conjunto de doenças por toda a sociedade e por cada cidadão em particular, além da realização de ações de prevenção necessárias. E foi justamente em função desses desafios que discutimos e elaboramos e executamos a presente pesquisa. Entretanto, devemos admitir que esta intervenção constitui-se como pequena, diante da grandiosidade dos problemas que circundam o câncer nas políticas públicas de saúde.

O modelo de intervenção apresentado, se propõe a implementar ações voltadas para as raízes do surgimento do câncer, em outras palavras, aos fatores de risco. E uma vez que está diretamente ligada a uma ação de vigilância da doença, pode permitir o monitoramento das diversas condições de risco relacionadas à ocorrência do câncer, bem como a observação de sinais de alerta precocemente.

Seria um erro gravíssimo não destacar que os avanços no tratamento (cirurgia, radioterapia e quimioterapia) têm sido responsáveis pela redução da mortalidade pelos principais tipos de câncer. Entretanto, uma vez que o sucesso do tratamento está ligado à detecção precoce, esta intervenção, também, contribui para que o sucesso nestes tratamentos aconteça com maior frequência, já que busca sinais de alarme de cânceres de grande potencial de cura.

Certamente o acúmulo exponencial de conhecimento produzido nos campos da biologia molecular e da genética, especialmente com o sequenciamento genético, permitirá, em um futuro próximo, a determinação de variantes genéticas que se relacionam aos riscos de diversos tipos de câncer. Assim, será possível compreender a patogênese e avançar no desenvolvimento de intervenções mais individualizadas do que esta que propomos com o presente estudo. No entanto, até lá precisamos pensar em medidas mais generalistas que

consigam abranger um número vasto de indivíduos e que, ao mesmo tempo, tenham um impacto positivo para o controle da doença.

Outro desafio a que nos propomos foi, também, facilitar a articulação de políticas de saúde com políticas de educação, rompendo preconceitos e quebrando o paradigma de que o câncer é sinônimo de morte. Pois o esclarecimento acerca do que vem a ser a doença para a população, contribui para que este mito seja abandonado e para que as pessoas se interessem mais por ações de prevenção e, principalmente, compreendam o que são essas medidas de prevenção, questões abordadas durante a ação educativa desenvolvida pelos ACS's.

Ressalta-se que por esta intervenção estar voltada para a identificação de fatores de risco e sinais de alarme, atende as propostas de prevenção primária e secundárias, respectivamente, propostas pelo Instituto Nacional do Câncer.

Deve-se admitir que estas afirmações ainda são inferências e que para termos um parecer mais verídico desta intervenção para a prevenção do câncer, necessitaríamos de um acompanhamento por períodos maiores a fim de que se fizesse o seguimento dessas famílias para sabermos, verdadeiramente, se haveria um impacto na redução dos índices de câncer ou não.

É importante evidenciar que as recomendações para a prevenção primária do câncer são, em sua maioria, compatíveis com as orientações também seguidas pelo discurso da promoção da saúde. Por isso quando falamos por exemplo na prática de atividades físicas, ou no consumo de alimentos saudáveis, percebemos que são medidas inespecíficas que têm como intuito maior, proporcionar uma melhor qualidade de vidas aos indivíduos e não a prevenção do câncer especificamente. No entanto, cabe ressaltar que a promoção da saúde envolve questões maiores que estas. Ela procura despertar nos indivíduos um comprometimento e responsabilidade com a sua saúde, o que contribui não só para a prevenção do câncer mas para todo o construto que envolve um estado dito saudável. Deste modo, uma vez que esta intervenção procura influenciar os indivíduos a praticarem um estilo de vida mais saudável, estamos contribuindo para as ações de prevenção de doenças, bem como quando propomos que estes mesmos indivíduos também sejam protagonistas críticos, juntamente com os ACS's, das ações para a melhoria de sua saúde, também estamos envolvendo o discurso da promoção da saúde.

Deve-se destacar, que ao analisar os fatores que influenciam a saúde, Donato e Rosemburg (2003), afirmam que o processo saúde-doença não depende apenas dos indivíduos, porém das relações que determinam as condições de vida das sociedades. Assim, para falarmos em promoção da saúde, principalmente em comunidade carentes, como foi a

encontrada por nós nesta pesquisa, devemos estar atentos também a estas questões, de modo que os estímulos para a adoção de comportamentos saudáveis sejam respaldados por ambientes que propiciem estes comportamentos.

Desse modo, acredita-se que com o presente estudo estamos contribuindo para o fortalecimento do enfoque na prevenção e promoção da saúde na área da oncologia, possibilitando o fortalecimento do controle do câncer na Atenção Básica do SUS e, ao mesmo tempo, redimensionado o olhar para novos horizontes no que diz respeito à pesquisa em saúde feita no nosso país.

Foi no intuito de colaborar com o enfrentamento do câncer como um problema de saúde pública que nos propomos a elaborar a presente pesquisa, a fim de somar de maneira significativa para que ações de educação em saúde para a prevenção primária e secundária do câncer, bem como de promoção da saúde, tivessem suas ações renovadas e ressignificadas com a inserção mais efetiva do Agente Comunitário de Saúde como principal mediador.

Em um primeiro momento, a presente intervenção conseguiu despertar mudanças no cotidiano dos participantes da pesquisa, ocasionando comportamentos positivos com relação a saúde. Cabe destacar, que a avaliação e o mapeamento foram fundamentais para que isso viesse a ocorrer. Assim, os agentes comunitários de saúde corresponderam às expectativas e após o trabalho de capacitação tiveram um bom desempenho nas atividades de investigação e educação em saúde. No entanto, deve-se ressaltar que muitas vezes, as intervenções preventivas podem ter resultados positivos em alguns lugares e em outros não. Logo, o presente estudo ainda não pode responder se a intervenção elaborada, definitivamente, é capaz de ocasionar mudanças a longo prazo e, principalmente, se estas mudanças ajudarão na redução dos índices de câncer.

Vale lembrar, que um fator contribuinte para o sucesso de programas de prevenção e detecção precoce do câncer na Atenção Básica, é que haja um sistema eficiente de referência da ESF para uma instituição especializada de tratamento, para a obtenção de melhores resultados em termos prognósticos. Pois ter um discurso sociopedagógico eficiente, gerando motivações domiciliares e respectivas demandas, não é suficiente para resultar em mudanças efetivas se há ausência de um tratamento de qualidade.

Com todas as dificuldades encontradas na Atenção Básica à saúde no Brasil, especialmente nas regiões imêores pelos governos, pode-se dizer que a realidade trabalhista dos Agentes Comunitários de Saúde hoje no Brasil, ainda necessita de melhorias, porque a presença de intensa carga horária e os perigos da profissão podem fazer com que eles não

tenham motivação suficiente para agir nas ações propostas não só por essa pesquisa, mas por outras.

Vale dizer ainda que exigir do ACS atribuições que transcendem à sua formação, requer capacitações que supram todas as necessidades dessas atribuições. Nesse sentido, destaca-se ainda, que o processo de capacitação dos ACS's deve dar-se através da metodologia da problematização, a qual compreende os sujeitos do processo de aprendizagem de forma igualitária e a educação como meio de intervenção social buscando a transformação da realidade, de modo que este método permite maior resultado no desempenho desses sujeitos que se constituem como verdadeiros agentes sociais.

Destaca-se, também, uma vez que esta intervenção se propõe a promover mudanças relativas à Promoção da Saúde, que há necessidade da criação de momentos de diálogo com toda a equipe, para que haja reflexão, planejamento e avaliação quanto às ações que estão sendo desenvolvidas. Para tanto, são fundamentais saberes teóricos e práticos referentes a prevenção do câncer e promoção da saúde que subsidiem essas discussões, ou seja, um processo de capacitação de toda a equipe deve ser rotina. Afinal, não basta somente uma parte da equipe de saúde trabalhar nessa ótica. É preciso que todos os membros envolvidos nesse processo se façam presentes.

Baseado nestes pontos, notasse que são necessários muitos outros esforços além dos que foram relatados, para que a intervenção proposta aqui e tantas outras existentes funcionem eficientemente. Logo, para que políticas sociais funcionem, precisa-se de parcerias com diversos setores da sociedade. No entanto deve-se deixar de apenas falar em parcerias e realmente fazê-las, de modo que possamos ter uma saúde pública de qualidade. Ponto chave para operacionalizarmos o que, de fato, precisamos fazer quando o assunto em pauta é Saúde Pública no Brasil.

Neste construto, a legislação de saúde do Brasil é uma das mais avançadas do mundo. Nosso Sistema Único de Saúde constitui-se como um dos melhores existentes. Entretanto, muito ainda se tem a caminhar para alcançarmos um funcionamento produtivo, e para isso uma série de atores devem ser mobilizados para agirem em conjunto em prol de um bem comum: uma saúde pública de qualidade.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo César Pinto; PEDICARIS; Antonio André Magoulas. **Prevenção do Câncer**. – Barueri, SP: Manole. 2010.

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 153p. 2007.

BAKHTIN, Mikhail. **Estética da Criação verbal**. São Paulo, Martins Fontes [1979]. 1992.

BALANCHO, M. J. S.; COELHO, F. M. **Motivar os alunos, criatividade na relação pedagógica: conceitos e práticas**. 2. ed. Porto, Portugal: Texto, 1996.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. SP: Edições 70, 2011.

BORNSTEIN, Vera Joana. **O agente comunitário de saúde na mediação de saberes**. Tese de doutorado em Saúde Coletiva. Fundação Oswaldo Cruz, Escola nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS). 2007.

\_\_\_\_\_. Agência de Saúde. Acesso à informação. **SAÚDE DA FAMÍLIA** - Saúde amplia equipes que atuam na Atenção Básica. Ascom/MS. 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/imprensa/6205/162/saude-amplia-equipes-que-atuam-na-atencao-basica.html>. Acesso em: 22/08/2013

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. Organização Luiz Claudio Santos. 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro: Inca, 2012.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Alimentos, nutrição, atividade física e prevenção de câncer**: uma perspectiva global. 1. reimpr. / traduzido por Athayde Hanson. Rio de Janeiro: INCA. 2011.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **INCA e Ministério da Saúde apresentam estimativas de câncer para 2014**. Acesso em: 28/11/2013. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/inca\\_ministerio\\_saude\\_apresentam\\_estimativas\\_cancer\\_2014](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014)

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer. **A Situação do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2006.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Políticas e ações para prevenção do câncer no Brasil: alimentação, nutrição e atividade física. 2. reimpr.** – Rio de Janeiro: INCA. (Sumário Executivo). 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei 11.350 de 05 de Outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, 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, Brasília, DF, 21 jan. 2006.

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 10.507 de dez de julho de 2002**. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, 2002. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2002/L10507.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10507.htm)>. Acesso em: 15/10/2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia prático do PSF**. Brasília. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Regulamenta o Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família: PACS/PSF. **Portaria n. 1886 de 18 de dezembro de 1997**.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 de março 2006.

CAMPOS, G.W.S. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde**. In: Cecílio, L. C. O. (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec. 1997.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 3 ed. rev. atual. Rio de Janeiro: Campus, 2008.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v. 5, n. 7, p. 42-49, 2004.

COSTA, Evelyn Fabiana; SALVADOR, Manuel Péricles; GUIMARÃES, Vanessa Valente; FLORINDO, Alex Antônio. Atividade física em diferentes domínios e sua relação com a escolaridade em adultos do distrito de Ermelino Matarazzo, Zona leste de São Paulo, SP. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. 2010.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; REIS, Roberta Sena; CARVALHO, Adriana Lelis; BATISTA, Kelly Cristina Siqueira; CASTRO, Fátima Aparecida Ferreira de; ALFENAS, Rita de Cássia Gonçalves. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. *Physis* **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 2008.

DAVINI, M. C. **Prácticas Laborales en los Servicios de Salud: las Condiciones del Aprendizaje. in Educación Permanente de Personal de Salud**. Série Desarrollo de Recursos Humanos N° 100. Organización Panamericana de la Salud. EUA. 1994

DONATO, Ausonia Favorido; ROSENBERG, Cornélio Pedroso. Algumas ideias sobre a relação Educação e Comunicação no âmbito da Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. jul.-dez. 2003.

DUARTE, L.R.; SILVA, D.J. e CARDOSO, S.H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. Botucatu, **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. V.11, n.23, Sept./Dec. 2007.

FERNANDEZ, L. A. L. & REGULES, J. M. A., 1994. **Promoción de Salud: Un Enfoque en Salud Pública**. Documentos Técnicos. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de; TONINI, Teresa. **SUS e saúde da família para enfermagem: práticas para o cuidado e saúde coletiva**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011.

FREIRE, Paulo. FAUNDEZ, Antônio. **Por Uma Pedagogia da Pergunta**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1985.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo. Editora Paz e Terra, 1987.

FREIRES. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 14ª Edição, 2000.

GALINDO, Elizabete Maria de Vasconcelos. BUELONI, Patrícia Moraes. **ACS: Agente de Transformação Social? Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde em Educação Popular no Distrito Sanitário III da Cidade do Recife**. Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de especialista no curso de Pós-Graduação *latu senso* em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva do CpqAM. FIOCRUZ. MS. 2006.

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 4ª edição. Rio de Janeiro-RJ: Civilização Brasileira, 1982.

HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde**: como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico. São Paulo: Roca. 287 p. 2004.

HANAHAN, D., WEINBERG, R.A. Hallmarks of cancer: The next generation. **Cell** v. 144, p. 646-674, 2011.

HANAHAN, D., WEINBERG, R.A. The hallmarks of cancer. **Cell** v. 100, n.1, p. 57-70, 2000.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, Ed. Objetiva, 2001.

HUERTAS, F. **Entrevista com Matus**. São Paulo: FUNDAP, 1996.

JESUS, P.B.R; CARVALHO, D.V. Percepção de usuários de unidade de saúde da família sobre a assistência à saúde: uma contribuição da enfermagem. **REME Rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1-2. 2002.

KLAUTAU, Perla; SALEM, Pedro. Dependência e construção da confiança: a clínica psicanalítica nos limites da interpretação. **Rev. Natureza Humana** 11(2): 33-54, jul.-dez. 2009

LEWIS, R. **Genética Humana – Conceitos e Aplicações**. 5ª ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2004.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; QUEIROZ, Danielle Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 335-342, 2007.

MARTINS, M. C. F; SANTOS, G. E. Adaptação e validação de construto da Escala de Satisfação no Trabalho. **Rev. Psico-USF**, 11(2), 195-205.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2012.

MERHY, E. E. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde**: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MIJARES, Miriam Garcia; SILVA, Maria Teresa Araujo. Dependência de drogas. **Rev. Psicologia – USP**, São Paulo, v.17, n 4, p.213-240, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). DESLANDES, Suely Ferreira. GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 31ª ed., 2012.



MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.

NUTBEAM, D. Health promotion glossary. **Rev. Health Promotion International**. 1998

OLIVEIRA, Arleusson Ricarte de; CHAVES, Ana Elisa Pereira; NOGUEIRA, Jordana de Almeida; SÁ, Lenilde Duarte de; COLLET, Neusa. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]. p. 28-36. 2010.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes, 2000.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Tradução: Denise Regina de Sales; revisão técnica: Anna Maria Hecker Luz, Lísia Maria Fensterseifer, Maria Henriqueta Luce Kruse. – 7. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2011.

SATO, CT. Gestão Baseada em Relações de Confiança. **Rev. Eletrônica de Enfermagem – Eletrônica** [periódico na Internet]. 2003 [acessado 2004 Out 01]. 2(1). Disponível em: <http://www.rae.com.br>. Acesso em: 23/02/2014.

SEMERARO, Giovanni. Anotações para uma teoria do conhecimento em Gramsci. **Revista Brasileira de Educação**, Campinas, no 16, p. 95-104, jan.-abr. 2001.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2002.

SILVA, Pâmela Rodrigues da; RIBEIRO, Gracy Tadeu Ferreira. **ACS: Elo de ligação entre comunidade carente e a ESF**. Vita et. Sanitas. Trindade-Go, n. 03, jan. – dez. 66-85. 2009.

SILVA, Tábata Longo da; MAGALHÃES, Hugo Leonardo Gonçalves de Oliveira; SOLÁ, Ana Cláudia Nunes; RODRIGUES, Bruna Côrtes; CARNEIRO, Ana Catarine Melo de Oliveira; SCHECHTMAN, Noel Peixoto; MANZI, Natália de Melo; DYTZ, Jane Lynn Garrison. Capacitação do Agente Comunitário de Saúde na Prevenção do Câncer de Colo Uterino. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 155-160; 2012

SOUZA, Dilma Fagundes de. **Educação em saúde na Enfermagem: da palestra ao Encontro Dialógico**. Rio de Janeiro: UFRJ, EEAN. Tese (Doutorado em Enfermagem) - UFRJ/EEAN/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem. 143 f. 2011.

STACHTCHENKO, S.; JENICEK, M. Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs. **Canadian Journal of Public Health**, 81:53-59, 1990.

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

STOTZ, E.N; BORNSTEIN, V.J. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. 1, p. 259-268, fev. 2008.

STOTZ, Eduardo Navarro. **Enfoques sobre Educação em Saúde**. Disponível em: <[http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/\\_uploadsqdocuments-pessoais/documento-pessoal-1993.pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploadsqdocuments-pessoais/documento-pessoal-1993.pdf)>. Acesso em: 01/03/2014.

TANCREDI, F.B; BARRIOS, S.R.L; FERREIRA, J.H.G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 1998.

VALENTIM, V.L.; KRUEL, A.J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Cienc. Saúde Colet.**, v.12, n.3, p.777-88, 2007.

VANZIN, A. S.; NERY, M. E. S. **Câncer**: problema de saúde pública e saúde ocupacional – atuação do enfermeiro na prevenção do câncer. Porto Alegre: RM&L, 1997.

WEBER, Max. **Economia e sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva Editora da Universidade de Brasília, 1998.

## APÊNDICES

### **Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido ao Agente Comunitário de Saúde**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Treinamento de agentes comunitários de saúde para a identificação de fatores de risco e educação preventiva do câncer na comunidade”. Neste estudo pretendemos como objetivo principal analisar o impacto das atividades de identificação de fatores de risco e educação em saúde para a prevenção do câncer, desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde na comunidade.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: após a aceitação dos participantes, haverá a capacitação destes e a aplicação da intervenção a qual será realizada em dois momentos: o primeiro terá a observação participante com o uso de um protocolo observacional, como forma de registro do desenvolvimento das atividades no “ambiente prático”. Estas atividades serão desenvolvidas em duas visitas, a primeira tratará da investigação dos fatores de risco – onde o ACS, acompanhado pelo pesquisador, realizará uma visita à determinada família de seu cadastro e com um formulário (elaborado pelo pesquisador) investigará, junto à família, questões importantes para a pesquisa. A segunda visita trata da educação da família/familiar – após termos discutido qual o melhor plano de educação em saúde para a família, através de uma conversa, o ACS irá aplicá-lo.

Temos como principais benefícios aos participantes: acesso a uma capacitação importante para a sua rotina de trabalho que, sem a pesquisa, não estaria disponível; aumento do conhecimento sobre suas condições, pela oportunidade de interação direta com o pesquisador, além da possibilidade de escapar da sua rotina normal pelo entusiasmo em participar do estudo.

Temos como riscos aos participantes, levando em consideração suas atividades habituais e as atividades a serem realizadas para a pesquisa, o constrangimento em decorrência da presença da pesquisadora observando suas atividades, o desconforto físico, nesse caso a fadiga por conta da locomoção até a casa das famílias e a perda de tempo, já que os participantes levarão um tempo superior nas visitas para a pesquisa quando comparado com o tempo gasto em suas visitas habituais.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a enfermeira Leidiane Mendes Brito. Que pode ser encontrada na cidade de Belém, Bairro Pedreira, Avenida Pedro Miranda, Nº 875, Apt 06. Telefone: (91) 33525901. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o comitê de ética em Pesquisa (cep) – rua dos mundurucus, 4487 fone: (91) 32016754 – e-mail: cepujbb@ufpa.br

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante.

Você tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador tem o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Treinamento de Agentes comunitários de saúde para a identificação de fatores de risco e educação preventiva do câncer na comunidade”.

Eu discuti com a enfermeira Leidiane Mendes Brito sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Barcarena, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do participante**

Barcarena, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura da testemunha**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

---

**ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Nome: Leidiane Mendes Brito  
End: Avenida Pedro Miranda  
Fone: (91) 81987184  
Reg. Conselho: COREN-PA 393.150  
Belém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Apêndice B - Termo de consentimento livre e esclarecido à família****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Treinamento de Agentes comunitários de saúde para a identificação de fatores de risco e educação preventiva do câncer na comunidade”. Neste estudo pretendemos como objetivo principal analisar o impacto, das atividades de identificação de fatores de risco e educação em saúde para a prevenção do câncer, desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de saúde na comunidade.

Para este estudo, sua participação será a seguinte: a implementação das ações do ACS em sua casa com sua família será realizada em dois momentos. A primeira visita, consistirá na investigação dos fatores de risco – onde o ACS, acompanhado pelo pesquisador e com um formulário (elaborado pelo pesquisador) investigará, junto à família, questões importantes para a pesquisa tais como renda familiar, acometimento de algum membro da família por doença no momento e os hábitos de risco entre os familiares, além de Sinais de alarme. Estas informações serão repassadas para o ACS por um locutor da família e a partir dessa conversa, será possível detectar se há na naquela família risco e se este é comum a todos ou individual. A segunda visita trata da ação educativa à família/familiar, o qual será aplicada pelo ACS.

Temos como principais benefícios aos participantes: acesso ao trabalho de investigação da suscetibilidade da família a fatores de risco e um trabalho educativo para a prevenção do câncer que, sem a pesquisa, não estaria disponível; aumento do conhecimento sobre suas condições; além da possibilidade de escapar da sua rotina normal pelo entusiasmo em participar do estudo.

Temos como riscos aos participantes: consideramos essa pesquisa como tendo risco mínimo aos participantes. Assim, consideramos o constrangimento em decorrência da presença da pesquisadora observando as atividades desenvolvidas durante a visita do ACS,

avaliamos também o gasto de tempo, já que os participantes levarão um tempo superior nas visitas da pesquisa se comparado com o tempo gasto nas visitas habituais do ACS.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é a enfermeira Leidiane Mendes Brito. Que pode ser encontrada na cidade de Belém, Bairro Pedreira, Avenida Pedro Miranda, Nº 875, Apt 06. Telefone: (91) 33525901. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o comitê de ética em Pesquisa (cep) – rua dos mundurucus, 4487 fone: (91) 32016754 – e-mail: cephujbb@ufpa.br

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante.

Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador tem o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Treinamento de Agentes comunitários de saúde para a identificação de fatores de risco e educação preventiva do câncer na comunidade”.

Eu discuti com a enfermeira Leidiane Mendes Brito sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Barcarena, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do participante**

Barcarena, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura da testemunha**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Nome: Leidiane Mendes Brito  
 End: Avenida Pedro Miranda  
 Fone: (91) 81987184  
 Reg. Conselho: COREN-PA 393.150  
 Belém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Apêndice C – Formulário para investigação do Agente Comunitário de Saúde

#### Identificação do locutor da família

- Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
- Idade: \_\_\_\_ formulário para \_\_\_\_
- Profissão: \_\_\_\_\_
- Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Família: \_\_\_\_\_

#### Aspectos comuns à família

- Renda familiar: \_\_\_\_\_
- Alguém da família está acometido por alguma doença no momento? ( ) sim ( ) não / Qual (is)? \_\_\_\_\_

#### Hábitos de risco entre os familiares

- |                                                               |                                                                         |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Uso de álcool                        | <input type="checkbox"/> Infecções de risco para o câncer (não tratada) |
| <input type="checkbox"/> Alimentação inadequada               | <input type="checkbox"/> História familiar de câncer                    |
| <input type="checkbox"/> Tabagismo                            | <input type="checkbox"/> Câncer prévio de mama                          |
| <input type="checkbox"/> Inatividade física                   | <input type="checkbox"/> Prática de sexo sem proteção                   |
| <input type="checkbox"/> Exposição excessiva à radiação solar | <input type="checkbox"/> Obesidade                                      |
| <input type="checkbox"/> Sinais de alarme                     | <input type="checkbox"/> Água e/ou esgoto em más condições              |

- |                                                     |                                                       |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nódulos                    | <input type="checkbox"/> Rouquidão crônica            |
| <input type="checkbox"/> Febre contínua             | <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal          |
| <input type="checkbox"/> Feridas que não cicatrizam | <input type="checkbox"/> Dor durante a relação sexual |
| <input type="checkbox"/> Indigestão constante       | <input type="checkbox"/> Exame PCCU em atraso         |
| <input type="checkbox"/> Perdas sanguíneas          | <input type="checkbox"/> Mamografia em atraso         |
| <input type="checkbox"/> Palidez                    | <input type="checkbox"/> Perda de peso                |
| <input type="checkbox"/> Tosse prolongada           | <input type="checkbox"/> Alterações urinárias         |

#### Parecer situacional

Risco comum: ( ) sim ( ) não

Qual (is): \_\_\_\_\_

Risco individual: ( ) sim ( ) não

• Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

• Idade: \_\_\_\_\_

• Profissão: \_\_\_\_\_

• Estado civil: \_\_\_\_\_

• Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

• Hábito (s): \_\_\_\_\_

**Observações:**

---



---



---

### **Apêndice D - Protocolo para a observação do estudo de eficácia/primeira visita**

Recepção do Agente comunitário pela família.

---



---



---



---

Habilidade para utilizar o questionário.

---



---



---



---

Habilidade para dialogar com a família.

---



---



---



---

Habilidade para finalizar o parecer situacional

---



---



---



---

Avaliação do ACS após a experiência.

---



---



---



---

Declaração quanto ao seu desempenho.

---



---



---

---

**Apêndice E - Protocolo para a observação do estudo de eficácia/segunda visita**

1. Recepção do Agente comunitário pela família/familiar.

- 
- 
2. Habilidade para dialogar com a família e explicar seu papel ali.

- 
- 
3. Habilidade para implementar o plano de educação traçado.

- 
- 
4. Receptividade das informações pela família/familiar.

- 
- 
5. Declaração da família/familiar quanto à compreensão das informações repassadas.

- 
- 
6. Demonstração de empenho em abandonar o fator de risco trabalhado.

- 
- 
7. Avaliação do ACS após a experiência.

---



---



---

8. Declaração quanto ao seu desempenho.

---



---



---

### Apêndice F – Formulário para o estudo de eficiência

#### Identificação do locutor:

- Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
- Idade: \_\_\_\_\_
- Profissão: \_\_\_\_\_
- Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Família: _____
----------------

#### Hábito de risco detectado na 1<sup>o</sup> etapa:

---

Sinal (is) de alarme detectado (s) na primeira etapa: \_\_\_\_\_

Foi avaliado por um profissional de saúde habilitado para o caso?

( ) sim ( ) não

Se não, qual o motivo?

---



---

Se sim, qual o resultado?

---



---



---

#### Observações importantes da 1<sup>o</sup> etapa:

---



---



---

A família/familiar se dedicou em cumprir as orientações?

( ) sim ( ) não ( ) parcialmente

**Se não, por quê?**

---

---

---

**Se sim, o objetivo foi alcançado?**

( ) sim ( ) não

**Se não, por quê?**

---

---

---

**Como estão se adaptando?**

---

---

---

**Quais as dificuldades que a família ou familiar encontrou durante o período?**

---

---

---

**Ainda encontram dificuldades?**

---

---

---

**Qual a impressão final, segundo a família, do trabalho desenvolvido?**

---

---

---



Apêndice G – Material de apoio para a capacitação



Combate ao  
**Câncer**



## Sumário

<b>O que é o câncer? .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>Quais os principais tipos de câncer? .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>Por que falar sobre câncer é tão importante? .....</b>	
<b>É possível prevenir o câncer? .....</b>	
<b>Quais os fatores de risco para o câncer? .....</b>	
<b>Algumas ações de prevenção primária .....</b>	
<b>Vamos falar um pouco sobre Promoção da Saúde? .....</b>	
<b>Como podemos contribuir para o controle do câncer? .....</b>	
<b>Algumas orientações podem ser sugeridas .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>

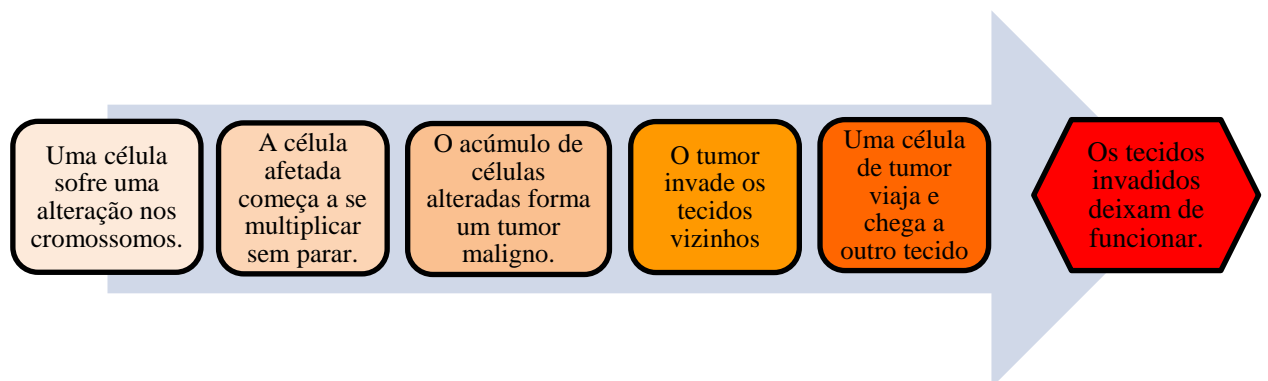
## O que é o câncer?

O câncer não é uma doença nova. O fato de ter sido detectado em múmias egípcias comprova que ele já comprometia o homem há mais de 3 mil anos antes de Cristo. Atualmente, câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células, que tendem a invadir e prejudicar tecidos e órgãos vizinhos. Essa patologia constitui-se como um grupo de distúrbios que surgem de alterações nos genes, 90% dos quais são induzidos pelo meio ambiente. O câncer, em geral leva anos para se desenvolver, à medida que uma sequência de genes mutam no tecido afetado. Então, as células cujas mutações lhes permitem se dividir mais frequentemente que outras, gradualmente, proliferam no tecido. Esta doença é, de certo modo, uma forma de seleção natural dentro do corpo.

O câncer é conhecido como uma doença violenta que ataca rápido, mas, normalmente, passam-se muitos anos até que uma célula cancerosa original prolifere e dê início à doença. Tudo começa quando algo altera os genes de uma célula que fica predisposta a desencadear o câncer.

É preciso uma segunda atuação de um dos fatores causadores de câncer para que a célula comece a se multiplicar até formar um tumor. Essa etapa pode demorar anos, porque a presença do fator causador precisa vencer as barreiras do sistema imunológico. Muitas vezes, o afastamento desse fator interrompe o processo.

Quando a multiplicação das células do tumor fica irreversível, o paciente vive a progressão rápida da doença. Para uma compreensão mais clara, podemos demonstrar o desenvolvimento do câncer no esquema a seguir:



## Quais os principais tipos de câncer?

O câncer pode surgir em qualquer parte do corpo. Alguns órgãos são mais afetados do que outros; e cada órgão, por sua vez, pode ser acometido por tipos diferenciados de tumor, mais ou menos agressivos.

Vejamos alguns tipos:

### **Câncer da cavidade oral (boca)**

É o câncer que afeta os lábios e o interior da cavidade oral, o que inclui gengivas, bochechas, céu da boca, língua (principalmente as bordas), região embaixo da língua e amígdalas.

### **Câncer de cólon e reto (intestino)**

O câncer colorretal abrange tumores que acometem um segmento do intestino grosso (o cólon) e o reto. É tratável e, na maioria dos casos, curável, quando detectado precocemente, e quando ainda não atingiu outros órgãos. Grande parte desses tumores se inicia a partir de pólipos, lesões benignas que podem crescer na parede interna do intestino grosso. E assim, esses pólipos precisam ser removidos.

### **Câncer de esôfago**

No Brasil, o câncer de esôfago figura entre os dez mais incidentes. O tipo de câncer de esôfago mais frequente é o carcinoma de células escamosas (também chamado de carcinoma escamoso, carcinoma epidermoide ou carcinoma espinocelular), responsável por 96% dos casos.

### **Câncer de estômago**

Também denominado câncer gástrico. O pico de incidência se dá, em sua maioria, em homens, por volta dos 70 anos de idade. Cerca de 65% dos pacientes diagnosticados com câncer de estômago têm mais de 50 anos.

### **Câncer de mama**

Segundo tipo mais frequente no mundo, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres. Se diagnosticado e tratado precocemente, o prognóstico é relativamente bom. O envelhecimento é seu principal fator de risco.



### **Câncer de pele do tipo melanoma**

O melanoma cutâneo é um tipo de câncer de pele que tem origem nos melanócitos (células produtoras de melanina, substância que determina a cor da pele) e tem predominância em adultos brancos. O prognóstico desse tipo de câncer pode ser considerado bom, se detectado nos estádios iniciais.

### **Câncer de pele não melanoma**

Apresenta altos percentuais de cura, se for detectado precocemente. Entre os tumores de pele, o tipo não melanoma é o de maior incidência e menor mortalidade. O câncer de pele é mais comum em pessoas com mais de 40 anos. As pessoas de pele clara, sensíveis à ação dos raios solares, são as principais acometidas.

### **Câncer de próstata**

Mais do que qualquer outro tipo, o câncer de próstata é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. Alguns desses tumores podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos e podendo levar à morte. A maioria, porém, cresce de forma tão lenta (leva cerca de 15 anos para atingir 1 cm<sup>3</sup>) que não chega a dar sinais durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem.

### **Câncer de pulmão**

Em 80% dos casos diagnosticados, o câncer de pulmão está associado ao consumo de derivados de tabaco. Altamente letal, a sobrevida média cumulativa total em cinco anos varia entre 7% e 10% em países em desenvolvimento como o Brasil. No fim do século XX, o câncer de pulmão se tornou uma das principais causas de morte evitáveis em todo o mundo.

### **Câncer do colo do útero**

O câncer do colo do útero, também chamado de câncer cervical, demora muitos anos para se desenvolver. As alterações das células que podem desencadear o câncer são descobertas facilmente no exame preventivo (conhecido também como exame de Papanicolaou), por isso é importante a sua realização periódica a cada ano e, após dois exames anuais consecutivos que derem resultado negativo, a cada três anos. A principal

alteração que pode levar a esse tipo de câncer é a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV).

### **Leucemias**

Doença maligna dos glóbulos brancos (leucócitos) do sangue. Sua principal característica é o acúmulo de células jovens anormais na medula óssea, que substituem as células sanguíneas normais. Obs.: a medula óssea produz as células que dão origem às células sanguíneas, que são os glóbulos brancos, os glóbulos vermelhos e as plaquetas.

## **Por que falar sobre câncer é tão importante?**

O número de casos novos de câncer cresce a cada ano. Para 2012/2013, a estimativa do INCA foi a ocorrência de 518.510 casos novos de câncer no Brasil. Desses, o número total de casos novos (exceto pele não melanoma) previstos para a região norte foi de 15.290, sendo no Pará um total de 9.670 (incluindo pele melanoma). Os cânceres de pulmão, estômago, próstata, cólon e reto e mama aparecem entre as cinco maiores causas de mortalidade por câncer na população brasileira.

De acordo com a publicação “*Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil*”, o INCA estima cerca de 580 mil casos novos da doença para 2014, os cânceres mais incidentes na população brasileira no próximo ano serão pele não melanoma (182 mil), próstata (69 mil); mama (57 mil); cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil) e estômago (20 mil). Ao todo estão relacionados na publicação os 19 tipos de câncer mais incidentes, sendo 14 na população masculina e 17 na feminina. Excetuando-se pele não melanoma, a ocorrência será de 394.450 novos casos, sendo 52% em homens e 48% entre as mulheres.

O número de casos novos para cada tipo de câncer foi calculado com base nas taxas de mortalidade dos estados e capitais brasileiras (Sistema de Informação Sobre Mortalidade - SIM). As taxas de incidência foram obtidas nas 23 cidades onde existem Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), incluindo Belém. A Organização Mundial da Saúde (OMS) fez uma projeção de 27 milhões de novos casos de câncer para o ano de 2030 em todo o mundo, e 17 milhões de mortes pela doença. Os países em desenvolvimento serão os mais afetados, entre eles o Brasil.

No Brasil, a mortalidade por neoplasias vem crescendo consideravelmente ao longo das últimas décadas, ao mesmo tempo em que diminuíram as mortes por doenças infectoparasitárias. Cerca de 500 mil pessoas adoecem a cada ano por essa doença em nosso país.

Embora sob o ponto de vista biológico seja uma enfermidade de origem complexa, envolvendo inúmeros elementos causais, já se pode afirmar, pelos estudos epidemiológicos, que cerca de 90% dos tumores mais incidentes na população adulta tem fatores relacionados ao estilo de vida e a hábitos não saudáveis, além das agressões ambientais.

Tabela 1 - Estimativas, para os anos 2012/2013, do número de casos novos de câncer, em homens e mulheres, segundo localização primária.

Localização primária	Estimativas de casos novos		
	Masculino	Feminino	Total
<b>Próstata</b>	60.180	-	60.180
<b>Mama feminina</b>	-	52.680	52.680
<b>Traqueia, brônquios e pulmões</b>	17.210	10.110	27.320
<b>Cólon e reto</b>	14.180	15.960	30.140
<b>Estômago</b>	12.670	7.420	20.090
<b>Colo do útero</b>	-	17.540	17.540
<b>Cavidade oral</b>	9.990	4.180	14.170
<b>Laringe</b>	6.110	-	6.110
<b>Bexiga</b>	6.210	2.690	8.900
<b>Esôfago</b>	7.770	2.650	10.420
<b>Ovário</b>	-	6.190	6.190
<b>Corpo do Útero</b>	-	4.520	4.520
<b>Outras localizações</b>	123,55	136,70	260,24
<b>Todas as neoplasias</b>	<b>381,42</b>	<b>260.640</b>	<b>518.510</b>

Fonte: INCA, 2011

## É possível prevenir o câncer?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que cerca de 40% das mortes por câncer poderiam ser evitadas, o que faz da prevenção um componente essencial de todos os planos de controle do câncer. A prevenção com ênfase nos fatores associados ao modo de

vida, em todas as idades, e com intervenções de combate a agentes ambientais e ocupacionais cancerígenos, pode trazer bons resultados na redução do câncer.

O risco de câncer, em uma determinada população, depende das condições sociais, ambientais, políticas e econômicas que a rodeiam, bem como das características biológicas dos indivíduos que a compõem.

Mesmo se considerarmos que o conhecimento do mecanismo causal dos diversos tipos de câncer não seja completo, na prática, do ponto de vista da saúde pública, a identificação de apenas um componente pode ser suficiente para grandes avanços na prevenção, a partir da escolha de medidas preventivas. Em algumas ocasiões, por precaução, poderíamos tomar atitudes em favor da proteção da saúde da população até mesmo antes que qualquer componente do mecanismo causal seja descoberto.

A incidência, a distribuição geográfica e o comportamento de tipos específicos de cânceres estão relacionados a múltiplos fatores, incluindo sexo, idade, raça, predisposição genética e exposição a carcinógenos ambientais. Destes fatores, os ambientais são, provavelmente, os mais importantes. Os carcinógenos químicos (particularmente aqueles presentes no tabaco e resultantes de sua combustão e metabolismo), bem como determinados agentes, como os azocorantes, aflatoxinas e benzeno, foram claramente implicados na indução de câncer no homem e animais. Certos vírus de DNA do grupo herpes e papiloma, bem como vírus de ácido ribonucléico (RNA) do tipo C, foram também implicados como agentes produtores de câncer em animais, podendo ser igualmente responsáveis por alguns cânceres no homem.

As medidas de prevenção podem ser classificadas, basicamente em dois tipos, vamos entender um pouco mais:

#### **Prevenção primária**

Inclui as ações dirigidas para a proteção da saúde, tomadas com o intuito de remover causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma condição clínica. Inclui principalmente ações de promoção da saúde e proteção específica (ex.: imunização, orientação de atividade física para diminuir chance de desenvolvimento de obesidade).

#### **Prevenção secundária**

➤ É a ação realizada para detectar um problema de saúde em estágio inicial, muitas vezes em estágio subclínico, no indivíduo ou na população, facilitando o diagnóstico

definitivo, o tratamento e reduzindo ou prevenindo sua disseminação e os efeitos de longo prazo (ex.: rastreamento, diagnóstico precoce).

➤ **Rastreamento:** é a realização de testes ou exames diagnósticos em populações ou pessoas assintomáticas, com a finalidade de diagnóstico precoce (prevenção secundária). O rastreamento viabiliza a identificação de indivíduos que têm a doença, mas que ainda não apresentam sintomas.

➤ **Diagnóstico precoce:** são ações destinadas a identificar a doença em estágio inicial a partir de sintomas e/ou sinais clínicos. Na área oncológica, o diagnóstico precoce é uma estratégia que possibilita terapias mais simples e efetivas, ao contribuir para a redução do estágio de apresentação do câncer. Por essa razão, o conceito de diagnóstico precoce é por vezes nomeado de *down-staging*, ou seja, no menor estágio do desenvolvimento da doença.

## Quais os fatores de risco para o câncer?

Fatores de risco são definidos como qualquer coisa que aumenta o risco de um indivíduo desenvolver uma determinada doença ou sofrer um determinado agravo. Exemplo: uso de tabaco. De maneira oposta, os fatores de proteção são aqueles que reduzem esse risco. Como por exemplo, a ingestão diária de pelo menos cinco porções de frutas, legumes e verduras.

A pesquisa relacionada aos fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de um câncer permitiu identificar, até o momento, um conjunto de fatores de natureza intrínseca e extrínseca. Como exemplos de fatores de risco intrínsecos estão a idade, o gênero, a etnia ou raça, e a herança genética. Já no grupo de fatores de risco extrínsecos, diversos já foram identificados, como o uso de tabaco e álcool, hábitos alimentares inadequados, inatividade física, agentes infecciosos, radiação ultravioleta, exposições ocupacionais, poluição ambiental, radiação ionizante, alimentos contaminados e obesidade. Essa exposição é cumulativa no tempo e, portanto, o risco de câncer aumenta com a idade. Mas é a interação entre os fatores intrínsecos e extrínsecos que vai determinar o risco individual de câncer.

A boa notícia é que parte desses fatores ambientais depende do comportamento do indivíduo, que pode ser modificado, reduzindo o risco de desenvolver um câncer. Algumas dessas mudanças dependem tão somente do indivíduo, enquanto que outras requerem

alterações em nível populacional e comunitário. Um exemplo de uma modificação em nível individual é a interrupção do uso do tabaco e, em nível comunitário, a introdução de uma vacina para o controle de um agente infeccioso associado com o desenvolvimento do câncer, como o vírus da hepatite B.

Vejamos as evidências científicas que demonstram a relação dos fatores de risco com o desenvolvimento de cânceres e algumas outras doenças:

### **Álcool**

O álcool está associado ao aumento do risco de diversos tipos de câncer: boca, faringe, laringe, esôfago, fígado, mama e intestino, e esse risco aumenta independentemente do tipo de bebida. Para câncer de fígado, o álcool representa o seu principal fator de risco. O consumo pesado de álcool danifica as células do fígado, o que, repetidamente, pode levar à cirrose hepática que, por sua vez, é um fator de risco para o câncer de fígado. O risco é ainda maior para pessoas infectadas pelo vírus da hepatite B ou C. Pessoas com essas infecções devem evitar o álcool, que, mesmo em pequenas quantidades, pode provocar danos ao fígado.

Mesmo em pequenas quantidades, o consumo de bebidas alcoólicas pode aumentar o risco de câncer de mama. Estudos indicam que cada dose de bebida alcoólica consumida por dia aumenta o risco deste tipo de câncer em cerca de 7% a 11%.

### **Alimentação inadequada**

De acordo com especialistas, aproximadamente 25% de todas as mortes por câncer são causadas pela alimentação inadequada e obesidade. A alimentação influencia o risco de câncer de várias localidades, incluindo cólon, estômago, boca, esôfago e mama.

A relação entre câncer e fatores alimentares é complexa. A alimentação é composta por diversos tipos de alimentos, nutrientes e substâncias químicas que interferem no risco de câncer. Outros fatores alimentares como o método de preparo e conservação do alimento, o tamanho das porções consumidas e o equilíbrio calórico também contribuem para o risco.

### **Tabagismo**

O tabagismo representa o principal fator de risco evitável não só do câncer, como também de doenças cardiovasculares e respiratórias, sendo hoje considerado um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo. Ao consumo dos derivados do tabaco, são atribuídas 30% das mortes por câncer, 45% das mortes por doença coronariana, 85% das

mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doença cerebrovascular (BRASIL, 1996).

Além de câncer de pulmão, o tabagismo é também fator de risco para câncer de laringe, pâncreas, fígado, bexiga, rim, leucemia mielóide e, associado ao consumo de álcool, aumenta o risco de câncer da cavidade oral e esôfago. Vale ressaltar que o câncer de pulmão, em 90% dos casos provocado pelo tabagismo, ocupa a primeira posição em mortalidade por câncer no sexo masculino, no Brasil e na maioria dos países desenvolvidos.

### **Inatividade física**

Estudos indicam que a atividade física regular tem um papel protetor em relação ao câncer de algumas localidades, principalmente o de cólon e aqueles relacionados aos hormônios femininos (mama e endométrio). Estima-se que cerca de 5% de todas as mortes por câncer no mundo estão associadas à inatividade física.

### **Exposição excessiva à radiação solar**

A exposição à radiação ultravioleta (UV) proveniente do Sol é considerada a principal causa de câncer de pele tipo melanoma e não-melanoma. Aproximadamente 5% de toda a radiação solar incidente na superfície da Terra provêm de raios ultravioletas. Os raios UV são uma forma de energia invisível emitida pelo Sol e são classificados de acordo com o comprimento da onda em UVA (400 – 315 nm), UVB (315 – 280 nm) e UVC (280 – 100 nm). São os raios UVA e UVB que afetam a pele. Os raios UVC são absorvidos pelo oxigênio e o ozônio, e não penetram na nossa atmosfera.

### **Prática de sexo sem proteção**

A camisinha é indicada para evitar gravidez indesejada, é recomendada para prevenir a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e também pode evitar que as pessoas se contaminem com certos vírus capazes de alterar as células e provocar um câncer.

O aumento do número de parceiros, a falta de higiene e a precocidade da vida sexual estão relacionados a um maior risco de câncer do colo do útero, além de várias doenças sexualmente transmissíveis. Isso mostra que hábitos sexuais seguros são vantajosos sob todos os ângulos.

### **Infecções e risco de câncer**

Atualmente, há evidências suficientes de que alguns tipos de vírus, bactérias e parasitas associados a infecções crônicas estão envolvidos no processo de desenvolvimento do câncer. Embora de pouco conhecimento por parte da população, as infecções estão entre as principais causas de câncer, superadas apenas pelo tabagismo e alimentação inadequada. No mundo, estima-se que cerca de 18% dos casos de câncer estejam associados a agentes infecciosos. Em países desenvolvidos, este valor é de cerca de 7% e em países em desenvolvimento esta proporção chega a quase 25%.

Certas infecções podem provocar alterações, que, de uma forma direta ou indireta, podem levar ao desenvolvimento do câncer. Isso pode acontecer devido a uma inflamação crônica causada por alguma infecção ou por um agente infeccioso (como um vírus), que pode alterar o comportamento das células infectadas. Infecções que comprometem o sistema imunológico (como o HIV) também aumentam risco de câncer, por diminuírem a capacidade de defesa do nosso organismo.

Tabela 2 – Principais infecções associadas ao câncer

<b>Agente</b>	<b>Tipo de câncer</b>
<b>Papilomavirus humano (HPV)</b>	Câncer cervical
<b>Helicobacter pylori (HP)</b>	Câncer gástrico
<b>Vírus da hepatite B (HBV); Vírus da hepatite C (HCV)</b>	Câncer de fígado
<b>Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)</b>	Sarcoma de Kaposi e o linfoma não-Hodgkin.

Fonte: INCA

## **Algumas ações de prevenção primária**

A partir da premissa de que é possível modificar o risco de desenvolvimento do câncer, afere-se hoje que cerca de 30% a 40% de todas as neoplasias podem ser prevenidas. Nos Estados Unidos, estima-se que pelo menos dois terços das mortes por câncer estão relacionadas com apenas quatro fatores: uso do tabaco, alimentação, obesidade e inatividade física. E todos eles podem ser modificados.

Como já dito anteriormente, as ações de prevenção primária estão ligadas, principalmente, à promoção da saúde, ou seja ao estímulo da prática da hábitos saudáveis.



Podemos dizer então, que a promoção da saúde está intimamente relacionada com o comprometimento individual para com a sua saúde.

No mesmo sentido, os fatores ditos facilitadores para o aparecimento do câncer podem ser divididos em modificáveis e não modificáveis. Os modificáveis dependem de mudanças no estilo de vida individual, do desenvolvimento de ações e regulamentações governamentais, de mudanças culturais na sociedade e dos resultados de novas pesquisas. Vejamos alguns

<b>Principais fatores de risco modificáveis</b>	
<b>Uso de tabaco</b>	Causa principal dos cânceres de pulmão, laringe, cavidade oral e esôfago e uma das principais causas dos cânceres de bexiga e pâncreas.
<b>Alimentação inadequada</b>	Alimentação rica em gorduras saturadas e pobre em frutas, legumes e verduras aumenta o risco de cânceres de mama, colón, próstata e esôfago.
<b>Agentes infecciosos</b>	Respondem por 18% dos cânceres no mundo. O Papilomavírus humano, o vírus da hepatite B e a bactéria <i>Helicobacter pylori</i> respondem pela maioria dos cânceres, em decorrência de infecções.
<b>Radiação ultravioleta</b>	A luz do Sol é a maior fonte de raios ultravioletas, causadores dos cânceres de pele, tipo mais comum em seres humanos.
<b>Inatividade física</b>	O estilo de vida sedentário aumenta o risco de câncer de cólon e pode aumentar o risco de outros tipos de câncer. Seu efeito está fortemente relacionado ao padrão de nutrição.
<b>Outros fatores de risco modificáveis</b>	
<b>Uso de álcool</b>	O uso excessivo de álcool causa cânceres da cavidade oral, esôfago,

fatores de risco modificáveis tabela abaixo:

Tabela 3 – Fatores de risco para o câncer segundo a possibilidade de modificação

	fígado e trato respiratório alto. Esse risco é aumentado com a associação ao fumo. O álcool também aumenta o risco do câncer de mama.
<b>Exposições ocupacionais</b>	Substâncias encontradas no ambiente de trabalho, tais como: asbesto, arsênio, benzeno, sílica e fumaça do tabaco são carcinogênicas. O câncer ocupacional mais comum é o câncer de pulmão.

## Vamos falar um pouco sobre Promoção da Saúde?

Faz-se importante falarmos sobre promoção da saúde, pelo fato das ações de prevenção primária estarem, principalmente, ligadas a essa prática, ou seja, recomendações para uma alimentação saudável, atividade física, combate ao álcool, ao tabagismo, etc. Mas o que seria de fato Promoção da Saúde? Como contribuir para tal?

Bem, promover, tem o significado de dar impulso; fomentar; gerar. E Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois refere-se a medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais. Desse modo, as estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial.

A promoção da saúde busca modificar condições de vida, para que sejam dignas e adequadas; aponta para a transformação de processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde; e orienta ao conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhoria das condições de bem estar.

Pode ser definida também, como o processo de capacitar indivíduos e comunidades para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde e, assim, incrementar sua saúde. Devendo para isto um indivíduo ou grupo ser capaz de identificar o realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou controlar o ambiente.

Mas como podemos contribuir para que a Promoção da Saúde se torne uma realidade?

Primeiramente, precisamos nos conscientizar de nossas potencialidades enquanto trabalhador da Atenção Básica, nos empenhar no envolvimento da população para a modificação das condições de vida. Nossa dimensão comunitária assume uma importância muito grande e é o aspecto que pode auxiliar na mudança de enfoque para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Devemos tomar consciência da dimensão do trabalho que

podemos realizar, nos aproximando, de fato, das ações de promoção da saúde, conforme proposto pelo Ministério da Saúde.

## Como podemos contribuir para o controle do câncer?

### Identificando os fatores de risco

Para que possamos identificar riscos para o desenvolvimento do câncer, devemos ficar atentos a algumas questões essenciais, como as que já comentamos anteriormente, vamos relembrar?

#### 1. **Álcool**

Como já é sabido, o consumo de álcool, a longo prazo, está associado aos cânceres de boca, faringe, laringe, esôfago (lugares por onde a bebida passa), mama, fígado e intestino. Além disso, o excesso de álcool prejudica o funcionamento do fígado, que deixa de proteger o corpo das substâncias causadoras de câncer.

#### 2. **Alimentação inadequada**

Comer determinados tipos de alimentos com frequência aumentam as chances de ter câncer. São eles: Carne-seca, carne defumada, carne churrascada no carvão, molhos gordurosos (como maionese), grãos, cereais e seus derivados (quando estiverem mofados), frituras, pickles, salsichas e outros enlatados que contenham nitritos, derivados gordurosos de leite (queijos amarelos e manteiga, por exemplo), carne vermelha, bacon, presunto e salaminho.

#### 3. **Tabagismo**

Vários tipos de câncer são provocados pelo consumo de produtos derivados do tabaco. Milhares de pessoas morrem no mundo vítimas de câncer, infarto do miocárdio, AVC (“derrame cerebral”), doenças respiratórias, entre outras enfermidades associadas ao fumo. Cada vez mais o câncer se manifesta em pessoas mais jovens, principalmente as que começaram a fumar na adolescência.

#### 4. **Inatividade física**

Estudos indicam que a atividade física regular tem um papel protetor em relação ao câncer de algumas localidades, principalmente o de cólon e aqueles relacionados aos hormônios femininos (mama e endométrio).

## 5. Exposição excessiva à radiação solar

As pessoas que se expõem ao sol muitas horas por dia e com frequência, por trabalho ou lazer (e aí se encontram as crianças e os jovens), constituem o grupo de risco do câncer da pele. O risco é maior em países tropicais, como o Brasil, e entre as pessoas que têm pele clara, difícil de “pegar cor”.

Não é apenas o excesso momentâneo. O efeito nocivo dos raios solares se acumula durante a vida. Não adianta nada se esbaldar na praia e na piscina durante a juventude e parar na maturidade para não “envelhecer a pele” ou para evitar o câncer, deve-se evitar sempre.

<b>Parte dos raios solares entra fundo na pele e causa muitos malefícios</b>	
Raios ultravioleta tipo A (UVA)	Atingem a Terra sem barreiras e contribuem para o aparecimento do câncer.
Raios ultravioleta tipo B (UVB)	Causam as queimaduras, o câncer da pele e outras lesões que envelhecem a pele. Deveriam ser barrados pela camada de ozônio, mas ultimamente têm atingido a Terra com facilidade.
Raios ultravioleta tipo C (UVC)	Não atingem a Terra... Por enquanto.

## 6. Prática de sexo sem proteção

Este é um fator importante, que se não respeitado, pode levar a contaminação pelo o HPV, que é considerado o agente infeccioso mais importante no desenvolvimento do câncer. A ele se atribuem 100% dos casos de câncer do colo do útero e 5,2% do total de casos de câncer no mundo para ambos os sexos. No Brasil, essa proporção é de 4,1%. Embora de ocorrência menos frequente, cânceres de outras localizações ano-genitais, como vagina, vulva, pênis e ânus, bem como de boca e de orofaringe, também são associados à infecção pelo HPV.

## 7. Infecções e risco de câncer

Entre os principais agentes envolvidos, destaca-se o Papilomavírus humano (HPV), *Helicobacter pylori*, os vírus das hepatites B e C. Além das melhorias das condições de vida e saúde, e considerando a magnitude da ocorrência de cânceres associados a processos infecciosos, a implementação de ações que visam à adoção de medidas concretas como não compartilhar agulhas, praticar sexo seguro e realizar regularmente o exame preventivo (para as mulheres), reduziriam a ocorrência de algumas das infecções relacionadas ao câncer. Mais

recentemente, o desenvolvimento de vacinas contra o vírus da hepatite B e do HPV tem demonstrado que estas podem ser um instrumento poderoso na prevenção desses cânceres, principalmente em países em desenvolvimento.

## **8. História familiar de câncer de mama**

Entre os vários aspectos relacionados com o risco de desenvolvimento do câncer de mama, o fator familiar é um dos mais importantes. Mulheres com mãe ou irmã com câncer de mama têm seu risco aumentado; e, especialmente, se o diagnóstico tiver sido feito numa idade precoce, antes dos 50 anos.

## **9. Câncer prévio de mama**

O risco de uma mulher desenvolver um segundo câncer de mama primário pode ser maior do que o risco da população feminina em geral, particularmente nas mulheres relativamente jovens e/ou com história familiar de câncer de mama.

## **Identificando sinais de alarme**

Enquanto trabalhadores da atenção primária, é nosso dever informar sobre os sinais e sintomas de alerta para o câncer e ao identificar um sinal de alarme, orientar e encaminhar os pacientes aos serviços de saúde. As pessoas informadas passam então a procurar uma unidade de saúde para investigação e, caso haja confirmação diagnóstica, iniciam o tratamento logo que possível. Os seguintes sinais devem ser alertados à comunidade:

- Nódulos
- Febre contínua
- Feridas que não cicatrizam
- Indigestão constante
- Rouquidão crônica
- Sangramento vaginal
- Dor durante a relação sexual
- Perdas sanguíneas
- Palidez/anemia
- Perda de peso
- Alterações urinárias
- Tosse prolongada

## **Educação em saúde para a correção de comportamentos de risco**

O campo da educação em saúde é relativamente amplo. Inclui desde técnicas destinadas a assegurar a adesão às terapêuticas – lidar com o abandono do tratamento, com a “negociação” da prescrição médica pelos pacientes – até aquelas orientadas para a prevenção de comportamentos “de risco”, a exemplo do consumo de drogas, o sedentarismo e a falta de exercício físico.

A abordagem educativa que propomos nessa conversa, é a denominada de educação em saúde coletiva (a educação emancipatória), onde o trabalho educativo objetiva ultrapassar o polo técnico, sem o negar, e alcançar o polo político, que requer posicionamento e contestação frente aos problemas. O caráter emancipador encontra-se justamente na capacidade de incentivar a discussão sobre a realidade e a inserção das pessoas nessa realidade, implicando na contestação dos problemas. É uma educação que adverte os homens sobre os perigos do seu tempo, para que, consciente deles, possam reagir em vez de serem levados a prescrições alheias.

Uma percepção de educação que dá condições aos indivíduos para compreender as raízes da desigualdade na produção da saúde-doença pode ser encontrada nas formulações de Paulo Freire. Segundo este toda prática educativa pressupõe a existência de sujeitos, a existência de objetos (conteúdos a serem ensinados e aprendidos), envolve o uso de métodos, técnicas e materiais, e implica, em função de seu caráter diretor, objetivos e ideais. Dessa forma, o método de Paulo Freire fundamenta-se nos seguintes princípios:

✚ **A educação nunca é neutra** – ela tanto pode ser voltada para manter uma situação como pode ser um elemento de liberação, ajudando a transformar as pessoas em seres críticos, livres, analíticos, ativos e responsáveis.

✚ **A importância para a população** – as pessoas participam sempre que as situações lhes provoquem sentimentos intensos, pois há um vínculo estreito entre o sentimento e a motivação para agir, ou seja elas devem entender a importância para terem vontade de agir.

✚ **A ação de problematizar** – todas as pessoas envolvidas no processo educativo devem ser consideradas como indivíduos críticos e capazes de atuar. O educador tem o papel de auxiliar os educandos a identificar o problema, encontrar suas causas fundamentais e maneiras para iniciar a mudança da situação.

✚ **O diálogo** – para que seja possível descobrir a solução válida para os problemas todos tem que ser alunos e professores. A educação deve ser um processo de aprendizado mútuo, já que os educadores têm muito a aprender com a população.

✚ **A reflexão e a ação** – a maior parte do aprendizado verdadeiro e da mudança radical ocorre quando uma comunidade experimenta insatisfação em algum aspecto de sua vida. O

educador pode propor a discussão sobre uma situação na qual os membros da comunidade podem deter-se e refletir de maneira crítica sobre o que fazer, identificar e buscar habilidades ou informações novas são necessárias e então planejar as ações.

Desse modo, tais princípios remetem ao processo de olhar para a realidade, teorizá-la e então transformá-la por meio de práticas. Assim o processo de trabalho educativo nessa abordagem, objetiva instrumentalizar os grupos e as classes sociais para compreender os determinantes do processo saúde-doença.

## **Algumas orientações podem ser sugeridas**

### **Quanto à exposição solar**

Algumas medidas simples podem diminuir os danos causados pela exposição aos raios UV e fazer com que atividades ao ar livre continuem sendo prazerosas:

- Evitar a exposição ao sol das 10 às 16 horas, quando as radiações são mais intensas.
- Procurar as sombras.
- Procurar usar camisa e chapéu ou boné com abas para proteger os olhos, rosto e pescoço.
- Usar filtro solar com fator de proteção (FPS) 15 ou mais. Aplicar 30 minutos antes da exposição ao sol e sempre que sair da água.
- Proteger bebês e crianças.

### **Quanto à atividade física**

A atividade física também é uma ferramenta importante na prevenção e no tratamento do sobrepeso e obesidade, principalmente se combinada com hábitos alimentares saudáveis.

- Usar as escadas no lugar do elevador.
- Sempre que possível caminhar para a escola, o trabalho e as lojas.
- Descer uma parada antes do ponto de ônibus habitual.
- Sair para caminhar durante a sua hora de almoço.
- Não usar o controle remoto, sempre, para mudar os canais de TV.

### **Quanto à alimentação**

A evidência científica tem demonstrado que frutas, legumes e verduras (FLV) conferem grande proteção contra o câncer. O consumo destes alimentos pode contribuir para a redução de 5% a 12% dos casos de câncer. Portanto, comer frequentemente estes alimentos protege do câncer:

- **Leguminosas:** feijão; grão-de-bico; ervilha; lentilha; soja; entre outras.
- **Legumes:** cenoura; abóbora; cebola; beterraba; chuchu; berinjela; entre outros.
- **Frutas:** caju; mamão; laranja; banana; manga; morango; entre outros.
- **Verduras:** alface; agrião; rúcula; espinafre; brócolis; entre outras.

### **Quanto ao uso do Álcool**

- É importante atuar aconselhando para que os jovens não iniciem o consumo do álcool alertando-se a respeito dos malefícios decorrentes do seu uso.
- Se consumir bebidas alcoólicas, procure limitar, reduzindo gradativamente.
- O risco não se distingue quando ao tipo de bebida alcóolica consumida, por isso deve-se evitar todas.

### **Quanto ao uso do tabagismo**

- É importante atuar aconselhando para que os jovens não iniciem o consumo do tabaco.
- Alertar a respeito dos malefícios decorrentes do uso de derivados do tabaco.
- Pode-se usar como metodologia orientadora para os fumantes empenhados em parar de fumar a denominada PAAPA, que quer dizer: Pergunte, Avalie, Aconselhe, Prepare e Acompanhe o fumante no processo de cessação. A princípio, essa abordagem atinge os fumantes mais motivados a deixar de fumar e com menos dependência física à nicotina.
- Em casos de maior dependência, é possível tratar o fumante no Sistema Único de Saúde (SUS), com distribuição gratuita de material e medicamento de apoio. Por isso o fumante deve ser orientado a procurar uma unidade de saúde

### **Quanto à prática de sexo sem proteção**

- O sexo seguro deve ser praticado por todas as pessoas, independente de orientação sexual ou estabilidade de parceiros.
- O Ministério da Saúde disponibiliza preservativos masculinos e femininos nas unidades de saúde, por isso a comunidade deve ser orientada a buscar frequentemente.



### Quanto as Infecções

- Algumas infecções crônicas estão relacionadas como desencadeantes do processo de carcinogênese, por isso a comunidade deve ser orientada a buscar uma unidade de saúde para detectar e tratar essas infecções precocemente.

### Quanto à história familiar e a ocorrência prévio de câncer de mama

- Mulheres com história familiar de câncer de mama na família, encontram-se no grupo de risco. Assim, devem ser orientadas a procurar unidades de saúde para a realização do exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos.
- Mulheres que já tiveram episódio de câncer de mama devem continuar a fazer o acompanhamento anual nas unidade de saúde para a realização do exame clínico da mama e ultrassonografia.

### Referências

ANTUNES, Ricardo César Pinto; PEDICARIS; Antonio André Magoulas. **Prevenção do Câncer**. Barueri, SP: Manole. 380 p. 2010.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer; organização Luiz Claudio Santos Thuler. – 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro: Inca. 129 p. 2012.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **O câncer e seus fatores de risco**: o que a educação pode evitar?. Ilustrações de Ziraldo. 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro: Inca. 54 p. 2013.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Políticas e ações para prevenção do câncer no Brasil**: alimentação, nutrição e atividade física. 2. reimpr. – Rio de Janeiro: INCA. (Sumário Executivo). 16 p. 2012.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Resumo. **Alimentos, nutrição, atividade física e prevenção de câncer:** uma perspectiva global. 1. reimpr. / traduzido por Athayde Hanson. Rio de Janeiro: INCA. 12p. 2011.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer:** uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer. **A Situação do Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2006. 119 p.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer:** uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

CZERESNIA, Dina. **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões e tendências. 2. ed. Ver. E amp. / organizado por Dina Czeresnia e Carlos Machado de Farias. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 229 p. 2009.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; TONINI, Teresa. **SUS e saúde da família para enfermagem:** práticas para o cuidado e saúde coletiva. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011.

SOARES, Cassia Baldini; CAMPOS, Celia Maria Silvalli. **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem.** Manole. (série enfermagem). Vários autores. Barueri. SP. 390 p. 2013.

VANZIN, A. S.; NERY, M. E. S. **Câncer:** problema de saúde pública e saúde ocupacional – atuação do enfermeiro na prevenção do câncer. Porto Alegre: RM&L, 1997.

#### Apêndice H – Roteiro de perguntas problematizadoras

1. Você já parou para observar um árvore adulta?
2. Observou como ela era bonita? Suas flores, seus frutos, folhas...
3. Você acha que ela precisou de que para chegar à maturidade daquela forma saudável, forte e durar muito?
4. Como você quer estar no futuro? Bonito (a) e forte como aquela árvore?
5. Como você quer que seu corpo esteja?
6. Como você acha que podemos alcançar isso?
7. Do que nosso corpo precisa para ficar forte e saudável?
8. Onde podemos encontrar essas coisas?

9. Você já escutou falar em câncer?
10. Como você acha que ele surge?
11. Só “dá” em idosos? Por que?
12. Já viu alguém com a doença?
13. Se imaginou no lugar daquela pessoa?
14. Você acha que é possível prevenir?
15. Como?
16. O senhor (a) acha melhor cuidar da saúde ou da doença?
17. Sabe como cuidar da saúde?
18. Quer aprender algumas coisas?

**Anexo 1 - Parecer do comitê de ética**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
JOÃO DE BARROS BARRETO -  
UFPA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Treinamento de agentes comunitários de saúde para a prevenção e controle do câncer.

**Pesquisador:** Leidiane Mendes

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 22726613.0.0000.0017

**Instituição Proponente:** Núcleo de Pesquisa em Oncologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 487.525

**Data da Relatoria:** 26/11/2013

**Apresentação do Projeto:**

É um estudo do tipo intervencionista, transversal, de abordagem qualitativa. Aborda as ações do ACS's, após qualificação, visando o impacto positivo na detecção de riscos e na educação em saúde para a prevenção do câncer. A amostra serão de dez agentes comunitários selecionados a partir da disponibilidade de cada um em participar da pesquisa e do enquadramento nos critérios de elegibilidade.

**Objetivo da Pesquisa:**

- Geral: Analisar o impacto, nas famílias participantes da pesquisa, das atividades de identificação de fatores de risco e de educação em saúde para a prevenção do câncer, desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de saúde.

- Específicos:

- . Avaliar o decorrer das atividades de identificação de fatores de risco e de educação em saúde para a prevenção do câncer, desenvolvidas pelos ACS.
- . Mapear a opinião dos usuários da atenção básica sobre as atividades de identificação de fatores de risco e de educação em saúde para a prevenção do câncer, desenvolvidas pelos ACS's.
- . Observar quais as mudanças, relacionadas à prevenção do câncer, ocorridas no cotidiano das

**Endereço:** RUA DOS MUNDURUCUS 4487

**Bairro:** GUAMA

**CEP:** 66.073-000

**UF:** PA

**Município:** BELEM

**Telefone:** (91)3201-6754

**Fax:** (91)3201-6663

**E-mail:** cephujbb@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
JOÃO DE BARROS BARRETO -  
UFPA



Continuação do Parecer: 487.525

famílias após o trabalho desenvolvido pelos ACS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Benefícios**

Explícita os riscos e benefícios de maneira clara, valorizando a repercussão dos resultados na comunidade e a aos profissionais ACS. Para a família a investigação da suscetibilidade da família a fatores de risco e prevenção do câncer, trabalho de educação, sem a pesquisa, não estaria disponível; aumento do conhecimento sobre suas condições.

**Riscos**

Constrangimento pela presença da pesquisadora nas visitas nas famílias; fadiga pela visitas mais longas e as idas as visitas, além do tempo mais demorado nas visitas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo é relevante cientificamente pois contribuirá para educação e conscientização através de ACS's, profissionais muito importantes e que o profissional frente a um trabalho que envolva reconhecimento de fatores de riscos e as ações de educação para a prevenção do câncer.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos foram adequados e apresentados com correções sugeridas na submissão do projeto.

**Recomendações:**

Aprovado

**Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:**

Pesquisa com relevância para a Saúde Pública, pois apesar da disponibilidade do atendimento dos ACS na rede SUS, o direcionamento para as questões de educação para prevenção do câncer.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do Colegiado:**

Diante do exposto, este Colegiado manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa por estar de acordo com a Resolução nº466/2012 e suas complementares do Conselho Nacional de

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

CEP: 66.073-000

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-6754

Fax: (91)3201-6663

E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
JOÃO DE BARROS BARRETO -  
UFPA



Continuação do Parecer: 487.525

Saúde/MS.

Ainda em atendimento a Res. 466/2012 esclarecemos que a responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. Além de apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; de elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

Cabe ainda ao pesquisador:

- 1- desenvolver o projeto conforme delimitado;
- 2- elaborar e apresentar os relatórios parciais, e em prazo máximo de 60 (sessenta) dias, após a finalização da pesquisa, apresentar o relatório final, incluindo os resultados finais da pesquisa, impresso e na Plataforma Brasil;
- 3- apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP, a qualquer momento;
- 4- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 05 anos após o término da pesquisa;
- 5- encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- 6- justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

BELEM, 11 de Dezembro de 2013

Assinador por:  
João Soares Felício  
(Coordenador)

PROFESSOR ASSOCIADO  
Tecnologia - CRM: 1723

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487  
Bairro: GUAMA CEP: 66 073-000  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-6754 Fax: (91)3201-6663 E-mail: cephujbb@yahoo.com.br