

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Celsilvana Teixeira Gomes

Educação em Saúde na percepção de médicos e enfermeiros da Atenção
Primária à Saúde na prevenção do Câncer de Colo do Útero

Montes Claros - MG

2011

Celsilvana Teixeira Gomes

Educação em Saúde na percepção de médicos e enfermeiros da Atenção
Primária à Saúde na prevenção do Câncer de Colo do Útero

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, PPGCS, da Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

ORIENTADOR: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto

Montes Claros - MG

2011

G633e

Gomes, Celsilvana Teixeira.

Educação em saúde na percepção de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde na prevenção do câncer de colo do útero [manuscrito] / Celsilvana Teixeira Gomes. – 2011.

95 f. : il.

Bibliografia: f. 75-78.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/PPGCS, 2011.

Orientador: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto.

1. Educação em saúde. 2. Câncer de colo do útero. 3. Recursos Humanos na saúde - Pesquisa Qualitativa. 4. Saúde da Família-ESF (MG). I. Rodrigues Neto, João Felício. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: *Prof. João dos Reis Canela*

Vice-Reitora: *Prof^ª. Maria Ivete Soares de Almeida*

Pró-Reitor: de Pesquisa: *Prof. Vicente Ribeiro Rocha Júnior*

Pró-Reitor de Pós-Graduação: *Prof. Dr. Osmar Pereira Oliva*

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador: *Prof. Dr. Alfredo Maurício Batista de Paula*

Subcoordenador: *Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto*



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



CANDIDATO (A): CELSILVANA TEIXEIRA GOMES

TÍTULO DO TRABALHO: "Educação em saúde na percepção de médicos e enfermeiros da Atenção Primária na prevenção do câncer do colo do útero".




ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Educação na Formação e Atenção em Saúde

BANCA (TITULARES)

PROF. DR. JOÃO FELÍCIO RODRIGUES NETO/ORIENTADOR(A)
PROFª. DRª. MAISA TAVARES DE SOUZA LEITE/COORIENTADORA
PROFª. DRª. MATILDE MEIRE MIRANDA CADETE

ASSINATURAS

BANCA (SUPLENTE)

PROFª. DRª. LÚCIA HELENA RODRIGUES COSTA
PROF. DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA

ASSINATURAS

APROVADO(A)

REPROVADO(A)

Hospital Universitário Clemente de Faria – HUCF

<http://www.unimontes.br> / ppgcs@unimontes.br

Telefone: (0xx38) 3224-8372 / Fax: (0xx38) 3224-8372

Av. Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito, Montes Claros – MG, Brasil – Cep: 39401-001

“Dedico esta dissertação a Deus meu soberano, minha mãe Maria, meu namorado Virgílio, minha família, meus irmãos, minhas irmãs, amigos, amigas e a meu orientador, João Felício, pelo apoio, força e confiança.”

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que é onipotente, onipresente e onisciente, por tornar possível a realização deste sonho e por guiar todos os meus passos neste percurso;

Ao meu pai, Aristides (*in memoriam*), que se faz presente na imensa saudade deixada, como se ainda estivesse ao meu lado, com sua aprovação e carinho. À minha mãe, Maria, que, com seu modelo de responsabilidade, soube despertar em mim o prazer pelo estudo;

Ao meu namorado Virgílio, meu complemento, que sempre incentivou meu crescimento pessoal e profissional. Agradeço pela força espiritual;

Aos meus irmãos, irmãs e toda à minha família, que sempre souberam compreender a minha ausência nos momentos de alegria, muito dos quais não pude compartilhar;

Ao prof. Dr. João Felício, meu orientador, que valorizou o desenvolvimento deste estudo por ter compartilhado comigo os seus conhecimentos e experiências na forma de uma visão crítica e reflexiva do saber;

Agradeço às amigas Ludmila e Ana Cácia, companheiras neste mestrado, pelas experiências, dúvidas, anseios, expectativas e angústias compartilhadas nesse processo; ao amigo Pablo Cordeiro, pelo incentivo durante a realização deste trabalho; à amiga Ingrid Amorim, pelo companheirismo e apoio durante os momentos de dificuldade e conquista; à amiga Vanessa Moreira, pelas conquistas destas nossas trajetórias e a todos os colegas de trabalho da Estratégia de Saúde da Família-Lajinha que me incentivaram a todo o momento e contribuíram para realização deste trabalho;

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, PPGCS, da Universidade Estadual de Montes Claros pela formação profissional diferenciada e compromissada com a realidade político sanitária do País em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, SES, que me proporcionou a oportunidade de qualificação profissional. A Prefeitura Municipal de Teófilo Otoni em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde pelo apoio durante a realização do mestrado.

**“O domínio de uma profissão não exclui o seu aperfeiçoamento. Ao contrário, será mestre quem continuar aprendendo.”
(Pierre Furter)**

RESUMO

A Educação em Saúde resulta em espaços de produção de conhecimento e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. O objetivo deste estudo foi compreender a percepção dos profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre a educação em saúde na prevenção do câncer de colo do útero. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Os sujeitos da pesquisa foram 14 profissionais, sendo sete médicos e sete enfermeiros que trabalhavam na mesma Estratégia Saúde da Família-ESF, em uma cidade de médio porte, em Minas Gerais, Brasil. O critério de inclusão foi de estar trabalhando em um tempo superior a seis meses e o critério de exclusão foi a não aceitação da participação na pesquisa. Os dados foram obtidos no mês de março a junho de 2011, por meio de entrevista semi-estruturada, após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES, parecer 2051/10. Uma vez que as entrevistas foram realizadas e gravadas, os informes foram compilados em sua totalidade e integralidade, de forma a preservar a fidedignidade dos dados. Em seguida, os dados foram analisados, pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Emergiram três categorias: conceito de educação em saúde; importância da educação em saúde na prevenção do câncer de colo do útero e estratégias de promoção na prevenção do câncer de colo do útero. Observamos que os médicos e enfermeiros possuem conhecimento restrito em relação à educação em saúde, porém reconhecem a importância da mesma na prevenção do câncer de colo uterino. A percepção sobre as estratégias que podem ser utilizadas na prática não são suficientes para promoção da saúde. Acredita-se que a educação em saúde, adequadamente utilizada, contribua para a prevenção do câncer de colo do útero.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Câncer de Colo do Útero. Recursos Humanos em Saúde. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

The Health Education results in a space of knowledge production and knowledge applications destined to the human developing. The objective of this study was to understand the medical professionals perception and nurses to the primary attention to the health about the health education in the cervical cancer prevention. It's about a qualitative research, descriptive and exploratory. The subjects of this research were 14 professionals, where seven were doctors and seven nurses that worked in the same Strategy family health-SFH, in a small town in Minas Gerais, Brazil. The standard of inclusion was the superior working hours of six months and the standard of exclusion was the no acceptance of the participation in the research. The data were obtained from March to July 2011, by means of semi structured interviews after the study assent by ethic committee in researches of UNIMONTES, opinion 2051/10. Since the interviews were done and recorded, the uniforms were compiled in its totality and integrality, intending to preserve the data reliability. Then, the data were analyzed, by content analysis technique, thematic mode. Three categories were emerged: health education concept; the importance of health education in the cervical cancer prevention and promote strategies in the cervical cancer prevention. We observed that the doctors and nurses have a narrow concept about health education, however they know its importance in the cervical cancer prevention. The sense about the strategies that can be used in its practice aren't enough for health promotion. It's believed that health education rightly used contribute to the prevention of cervical cancer.

Key-work: Health education. Cervical cancer. Human resources to the health. Qualitative research.

LISTA DE SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

HPV- Vírus do Papiloma Humano

UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais

UNIMONTES- Universidade Estadual de Montes Claros

APS- Atenção Primária à Saúde

ESF- Estratégia de Saúde da Família

EUA- Estados Unidos da América

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS- Organização Mundial de Saúde

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF- Programa de Saúde da Família

SES/MG- Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais

SESP- Serviço Especial de Saúde Pública

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

NIC I- Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau I

NIC II- Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau II

NIC III- Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau III

CEABSF- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

ONU- Organização das Nações Unidas

ANEPS- Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação e Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Educação em Saúde: revisão histórica no mundo e no Brasil	13
1.2 Educação para Saúde: aspectos conceituais	21
1.3 Ensinar e aprender no contexto da saúde na Atenção Primária à Saúde	23
1.4 Educação em Saúde no contexto da Estratégia de Saúde da Família	24
1.5 Características dos profissionais envolvidos nas atividades de Educação em Saúde na Atenção Primária à Saúde	31
1.6 Características dos profissionais envolvidos nas atividades de Educação em Saúde na Prevenção do câncer de colo do útero.....	34
1.7 História natural do Câncer de Colo do Útero	37
1.8 Exame de prevenção do câncer de colo do útero	39
1.9 Bases teóricas de uma práxis educativa	41
1.10 Grupos operativos: abordagem teórica.....	42
1.11 Práxis educativa na prevenção do câncer de colo do útero como desafio atual	46
2 OBJETIVOS	52
2.1 Objetivo geral	52
2.2 Objetivos específicos.....	52
3 PRODUTO	53
3.1 Artigo	54
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: PERCEPÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	54
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICES	90
APÊNDICE A- Questões norteadoras da pesquisa.....	90
APÊNDICE B- Permissão para realização da pesquisa.....	91
APÊNDICE C- Termo de Consentimento livre e esclarecido.....	93
ANEXO	95
ANEXO A– Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	95

APRESENTAÇÃO

A minha aproximação com a temática “Educação em Saúde” iniciou-se durante o Curso de Graduação em Enfermagem na Fundação Educacional Serra dos Órgãos-FESO de Teresópolis Rio de Janeiro-RJ, já no terceiro e quarto períodos do curso, nas disciplinas de Saúde Coletiva I e Saúde Coletiva II.

Nesse período da Graduação, tive a oportunidade de aplicar os conhecimentos construídos sobre Educação em Saúde, conduzindo atividades educativas na forma de grupos operativos, na comunidade, durante os estágios curriculares, principalmente, na Atenção Primária à Saúde e na Faculdade, como monitora dessas disciplinas.

Após a Graduação em Enfermagem, iniciei a Pós-Graduação em Docência do Ensino Superior, que ampliou e aprofundou os conhecimentos já adquiridos durante a Pós-Graduação e na prática profissional, na realização de atividades educativas à população na Estratégia de Saúde da Família, bem como conhecimento relacionado ao processo educativo e isso despertou ainda mais o interesse sobre esta temática.

Iniciei o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), para ampliar mais o conhecimento sobre Educação em Saúde na prevenção de doenças e suas ações estratégicas na Atenção Primária à Saúde.

Atuando como enfermeira do Programa Saúde da Família do município de Teófilo Otoni-MG e tutora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, pela Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, têm como uma das minhas atribuições o desenvolvimento das atividades de Educação em Saúde, tanto na orientação como na realização de práticas educativas na prevenção de doenças.

Diante desse contexto, surgiram inquietações sobre a percepção dos profissionais acerca da Educação em Saúde na prevenção do câncer de colo do útero, principalmente nas equipes da Estratégia de Saúde da Família, por ser o cenário de realização dessas ações de prevenção utilizadas pelos profissionais médicos, enfermeiros e pela pesquisadora.

1 INTRODUÇÃO

A Educação em Saúde resulta em espaços de produção de conhecimento e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano(1). Os profissionais do setor de saúde que objetivam reduzir o impacto das doenças e agravos à saúde da população a partir da implementação de processos educativos fazem o uso direto da Educação em Saúde como estratégia de prevenção e Promoção da Saúde(2).

Dessa forma, o processo educativo se faz necessário, pois instrumentaliza os usuários para uma participação efetiva e uma busca ativa de condições saudáveis de vida, com direito à alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde(2).

A Educação em Saúde é uma prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a população a buscar soluções para os problemas de saúde e organizar para a realização de ações individuais e coletivas(3). Ela apresenta-se como um processo de formação dinâmico, transformador, abrangente, permanente e participativo, no qual as pessoas envolvidas passem a ser agentes transformadores, participando ativamente tanto do diagnóstico dos problemas, quanto do planejamento, execução, monitoramento, avaliação das ações com busca de alternativas para implantação de soluções(4).

A educação diante de sua responsabilidade deve-se organizar de tal forma que cada indivíduo utilize dos “04 pilares da educação”: Aprender a conhecer, Aprender a fazer, Aprender a viver juntos e Aprender a ser(5).

Aprender a conhecer, combinando uma cultura geral, com a possibilidade de trabalhar em profundidade um pequeno número de conteúdo. Isto é, adquirir os instrumentos de compreensão(5).

Aprender a fazer, a fim de adquirir, não somente uma qualificação profissional, mas, de uma maneira mais ampla, competências que tornem a pessoa apta a enfrentar numerosas situações e a trabalhar em equipe, para poder agir sobre o meio envolvente(5).

Aprender a viver juntos, desenvolvendo a compreensão do outro e a percepção das interdependências particulares, a fim de cooperar com os outros em todas as atividades humanas(5).

Aprender a ser, pressupõe o poder que cada um possui em construir a sua individualidade, para agir de forma autônoma e com discernimento, sem deixar de lado as ideias dos outros, mas com responsabilidade pessoal mediante suas práticas. Para isso, não negligenciar na educação nenhuma das potencialidades de cada indivíduo: memória, raciocínio, sentido estético, capacidades físicas, aptidão para comunicar-se(5).

Esse conhecimento é fundamental e lhes darão suporte por toda a vida. Assim se forma um conjunto de ações, onde o autor divide didaticamente a educação, mas que, por outro lado, os quatros pilares andam juntos, constituindo apenas um, uma vez que há uma interligação entre eles. Essa perspectiva deve, no futuro, inspirar e orientar as reformas educativas, tanto em nível da elaboração de programas como na definição de novas políticas pedagógicas. Sendo assim, a educação passa a ser um tesouro a descobrir(5).

Os métodos de ensino devem estar sempre melhorando, tendo em vista o seu importante papel social(6). A educação deve acontecer de tal forma que contribua para a evolução da humanidade, orientando, solidificando conhecimentos, acompanhando a evolução do mundo(7).

Diante da necessidade da educação favorecer ao educando/profissional, transformando-o em um cidadão crítico, capaz de identificar os problemas sociais e assim contribuir para a resolução dos mesmos, a metodologia da problematização traz em si o caminho a ser percorrido, através da qual o indivíduo seja capaz de enfrentar as adversidades do dia a dia naturalmente(7). Entretanto, o que dificulta a implementação dessa pedagogia é a falta de informações relacionadas ao seu emprego, ou mesmo resistência de muitos educadores em romper com a metodologia tradicional, que é baseada na transmissão do conhecimento. Nesta, o indivíduo recebe prontas as informações passadas pelo educador, tornando-se incapaz de questioná-lo, pois passa a ser um indivíduo passivo, e que não traz consigo nenhuma informação ou conhecimento anterior(7).

Para Freire(8), a educação não tem conseguido transformar a realidade local devido a pedagogia utilizada ou a forma de transmissão pelos educadores. A este fato ele denomina de

“Educação Bancária”. É importante lembrar que a educação é um instrumento transformador, capaz de gerar mudanças e causar impacto social(9). Mulheres e homens são os únicos seres que, social e historicamente, são capazes de aprender. Por esse motivo, aprender é uma aventura criadora, algo muito mais rico do que repetir a lição dada. Aprender é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito(10).

1.1 Educação em Saúde: revisão histórica no mundo e no Brasil

Em seus diferentes momentos históricos, os saberes e as práticas de Educação em Saúde foram impregnados por um discurso sanitário subjacente, com uso de estratégias comunicacionais com discursos coerentes. No entanto, o discurso higienista e as intervenções normalizadoras tradicionalmente têm marcado o campo de práticas da Educação em Saúde. Para compreender a natureza deste discurso, esse deve ser tratado a partir de sua vinculação com o Estado e das relações de poder entre classes sociais(11).

Nos Estados Unidos da América-EUA, no ano de 1909, a Educação em Saúde surgiu como uma estratégia de prevenção das doenças. Foram estabelecidos alguns pressupostos que nortearam essa proposta, a saber: a) os problemas de saúde devem ser prevenidos pelo esforço individual e pela adesão a hábitos corretos de vida; b) os problemas de saúde da população decorrem da falta de informação e c) a educação deve ser concebida com a transmissão de conteúdos neutros e descontextualizados pelos médicos(12).

Portanto, pode-se verificar que a Educação em Saúde tem se fundamentado na perspectiva de responsabilizar os indivíduos pelos seus problemas de saúde, estando sua atenção ainda voltada para a transmissão do conhecimento e domesticação da população, definindo regras impostas pelos trabalhadores da saúde e pelos grupos dominantes(12).

Desde a Idade Média, na Europa, as pessoas já acreditavam e compreendiam a importância da Educação em Saúde para a sociedade. Havia a recomendação de um regime alimentar correto com adequadas práticas de higiene. Com influência das ideias de John Locke, no século

XVIII, empreenderam-se grandes esforços na divulgação de conhecimentos científicos sobre questões de higiene e saúde(13).

Porém, na Europa na segunda metade do século XIX, houve a presença de epidemias que acometiam a população, associadas às condições de vida. Por este fato, realizavam-se ações de disciplinamento das classes populares com difusão de regras de higiene e de condutas morais, adotando o Modelo Tradicional de Educação no campo da saúde(14).

A Educação em Saúde surgiu no Brasil, em meados do século XX, com o nobre objetivo de combater as epidemias que causavam transtornos à exportação do café daquela época. Nesse período, as práticas de Educação em Saúde baseavam-se em processos impositores e normativos, desconsiderando a população como sujeito coletivo e ativo no processo de saúde(7,15).

Em decorrência da necessidade de se dominar as epidemias de varíola, peste, febre amarela e tuberculose existentes naquela época, surge no Brasil, a partir do século XIX até meados do século XX, as primeiras práticas sistemáticas de Educação em Saúde nos grandes centros urbanos. Estas práticas sistemáticas de Educação em Saúde voltavam-se principalmente para as classes subalternas e caracterizavam-se pelo autoritarismo, com imposição de normas e de medidas de saneamento e urbanização com o respaldo da cientificidade(16,17).

Já no Brasil, na década de vinte, com a urbanização crescente das cidades, os problemas de saúde se diferenciaram e se agravaram a cada dia, havendo a necessidade de maior atuação do Estado sobre as populações. Como um meio de sanar esses problemas, surge então a denominada “Educação Sanitária”(18). Como acontecimento ilustrativo desse momento, cita-se a polícia sanitária liderada por Oswaldo Cruz, que empregou recursos como a vacinação compulsória e a vigilância sobre atitudes e moralidade dos pobres com a finalidade de controlar a disseminação de doenças na população(16). Desta forma, verificou-se que as atividades desenvolvidas naquela época eram e ainda são orientadas pelas concepções de saúde e de Educação em Saúde vigentes em cada período histórico e pelos modelos de atenção implantados nos serviços de saúde, na busca sistemática da manutenção da saúde da mão de obra trabalhadora visando fins capitalistas(19,20). Muitas destas ideias implantadas naquela época foram trazidas ao país por jovens sanitaristas que iam até os Estados Unidos

complementar sua formação médica e, ao voltarem, tentavam impô-las de forma extremamente autoritária(21).

Diante desse contexto, notava-se que as ações médicas e a educação assumiam importância central no debate político nacional, surgindo várias campanhas e serviços voltados para o saneamento dos sertões no final da Primeira República(7,22). Todavia, o sucesso dessas ações era considerado apenas parcial, pois a medicina privilegiou fazer muitos diagnósticos e pecou ao não priorizar também a prevenção dessas doenças. Nesse período apenas algumas vacinas foram desenvolvidas nos primeiros anos e quase nenhuma terapêutica eficaz foi estudada, principalmente se considerarmos o ponto de vista coletivo(23).

No entanto, a partir da década de trinta observa-se uma nova visão da Educação no setor da Saúde no Brasil. A ação estatal no setor de saúde se concentra na construção de um sistema previdenciário destinado às categorias de trabalhadores mais organizadas politicamente e ações de caráter coletivo foram esvaziadas em favor da assistência médica individual. Porém, as ações educativas em saúde ficaram restritas a programas e serviços destinados às populações à margem do jogo político central, isto é, de interesse comum, continuando a priorizar o combate das doenças infecciosas e parasitárias(7).

Em pleno período de guerra, em meados da década de quarenta, verifica-se que o governo brasileiro juntamente com o governo americano, estruturou o Serviço Especial de Saúde Pública-SESP, que a partir desse período se tornou um dos marcadores do desenvolvimento das instituições de saúde no país, particularmente por suas propostas no campo das programações de saúde(24).

As atividades do SESP eram realizadas através de programas que associavam doenças contagiosas, diagnóstico precoce, tratamento preventivo, educação sanitária, atividades de higiene em geral e organização científica em termos administrativos dos serviços públicos de saúde(24,25).

Nessa época, inovações metodológicas e novas técnicas de ensino-aprendizagem foram introduzidas nas práticas de Educação em Saúde vigente, dentre elas a educação de grupos, os recursos audiovisuais e o desenvolvimento e organização de comunidades. Essas mudanças desencadearam ideias de participação e mobilização de indivíduos nas ações de saúde, o que

contrariou a política centralizadora e paternalista do Estado como um todo(26). A Fundação SESP influenciou de forma importante e decisiva na introdução da ideologia do desenvolvimento e participação comunitária, na educação de grupos e, ainda, na reforma do currículo da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, introduzindo os fatores sociais, econômicos e culturais na maneira de perceber o processo saúde-doença no currículo de educação sanitária de seus alunos(25).

Após a Segunda Guerra Mundial, a Organização das Nações Unidas-ONU, caracterizada pela hegemonia dos países do Primeiro Mundo, sugeriu o desenvolvimento comunitário como uma forma explícita de mobilizar as populações carentes contra a miséria(17). Esse desenvolvimento comunitário foi usado como meio de intervenção social, informando e planejando modos de modificar comportamentos e gerar mudanças culturais da população. Desse modo, a pedagogia da saúde entre os anos cinquenta e sessenta baseou-se em uma ideologia modernizadora que tinha por meta remover os obstáculos culturais e psicossociais às inovações tecnológicas do controle das doenças na comunidade, a fim de manter o domínio estrutural da sociedade em geral(27).

Corroborando com essas mudanças culturais e de comportamento, o advento da Medicina Comunitária, em 1960, verificou que houve um apelo maior à participação da comunidade para a solução dos problemas de saúde nela vivenciados. No entanto, por trás desse apelo de participação comunitária, parecia haver camuflado o mesmo discurso da culpabilidade, passando da individualidade para a coletividade(14). Porém, do ponto de vista histórico, vivia-se numa época em que a representação sobre a saúde e a vida saudável deslocou-se do âmbito do direito social para o de uma escolha individual do sujeito(28). Contudo, na época do regime militar criou-se uma série de experiências no âmbito da Educação em Saúde(7). Porém, a ditadura militar de 1964 criou contraditoriamente, condições para emergência de várias experiências das práticas Educativas em Saúde, que significavam uma ruptura com o padrão de imposição de normas e comportamentos considerados adequados pelas elites políticas e econômicas(29).

Observou-se que no auge dessa época, principalmente a partir de 1967, as práticas de educação voltadas para a saúde, até então denominadas Educação Sanitária, receberam a denominação de Educação em Saúde e as equipes da área passaram a ser constituídas por diversos profissionais de saúde e não só por educadores como funcionava anteriormente(17).

Assim, foram introduzidos no Brasil os princípios dos cuidados primários de saúde, baseados nas recomendações da Conferência de Alma-Ata(19), dando um novo direcionamento para as políticas de saúde e principalmente enfatizando a participação da comunidade, a cooperação entre diferentes setores da sociedade e os cuidados primários de saúde em seus fundamentos conceituais(23).

No entanto, até a década de setenta, o Brasil teve sua história marcada por uma Educação em Saúde baseada nos interesses das elites políticas e econômicas que impunham práticas mercantilizadas e autoritárias(7,30). Nessa época, iniciava-se uma cruzada para europeizar os costumes e urbanizar os hábitos da elite brasileira, com o objetivo de transformar o perfil sanitário da antiga família colonial composta de agregados, escravos domésticos e serviçais, em uma instituição conjugal e nuclear marcada pelo sentimento de privacidade(31). A intenção maior era legitimar a classe social por meio de seus atributos físicos, psíquicos e sexuais. Tal fato alimentou indiretamente, ideologias racistas e preconceituosas da época, servindo para a manutenção da exploração das classes subalternas, em nome da superioridade racial e social das elites brancas(32).

Dentre os movimentos que tiveram início em 1970, os quais buscavam romper com a tradição autoritária e normalizadora da relação entre os serviços de saúde e a população, vale lembrar o destaque do movimento da Educação Popular em Saúde(31). Nessa época, houve a forte influência das ideias e concepções de Paulo Freire sobre a participação da população no processo educativo, através da exposição dialogada de seus conteúdos(33).

Esse método educacional, segundo Paulo Freire, constituiu-se como uma espécie de eixo de referência para a relação entre profissionais de saúde e as classes populares(7). Abriram-se um espaço para novas experiências no campo da Educação em Saúde, baseadas no método educacional, configurando a chamada Educação Popular em Saúde.

Nessa época, vários estudos foram realizados. Em especial, um estudo realizado sobre Educação Popular em Saúde no cuidado à criança desnutrida, onde verificou que as práticas educativas deveriam permitir às pessoas uma auto-transformação para mudanças de atitudes, a fim de se obter uma melhor qualidade de vida em toda a comunidade(34). Diante desse fato, a participação de profissionais de saúde nas experiências de educação popular a partir dos anos setenta tornou-se um grande marco nessa época e trouxe para o setor da saúde uma cultura de

relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da Educação em Saúde vigente(7). É importante destacar que essa educação popular passou a ser um valioso instrumento para a construção e para a ampliação da participação comunitária no gerenciamento e reorientação das políticas públicas durante o período de repressão militar(7).

A mudança da nomenclatura de Educação Sanitária para Educação em Saúde diz respeito a mudanças nos paradigmas vigentes na prática educativa da época. A Educação Sanitária baseava-se na concepção de que o indivíduo tinha que aprender a cuidar da sua saúde, vista apenas como ausência de doença. Essa educação era entendida como repasse de conhecimento de saúde, seguindo a educação tradicional e a educação bancária(35). Dessa forma, a Educação em Saúde teve como objetivo transformar saberes existentes dos indivíduos e não apenas o de transmitir conhecimento(14). Nesse sentido, o Modelo Dialógico é o modelo valorizado nessa educação, pois visa a construção de um saber sobre o processo saúde-doença(36).

Nos dias atuais, o objetivo principal da Educação em Saúde é desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade por sua própria saúde e pela saúde da comunidade à qual pertence(37). Diante desse objetivo, configuram-se no quadro da saúde brasileira duas interfaces de relação educativa: a Educação Tradicional e a Educação Popular em Saúde(7).

Diante desse novo fato, o Modelo Tradicional de Educação em Saúde visa à transmissão do conhecimento e a experiência do educador, na perspectiva que os educandos absorvam sem modificações e o reproduzam fielmente, enquanto o Modelo Dialógico compreende a Educação em Saúde como um processo de conscientização, mudança e transformação, caracterizada por uma filosofia emancipatória dos sujeitos(38). No Modelo Tradicional de Educação, as práticas educativas abordam a doença e a intervenção curativa, sendo fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença. As informações eram verticalizadas e a comunicação não acontecia facilmente, havendo pouca ou nenhuma interação com os educandos(14).

Conhecido como modelo tradicional hegemônico, fortemente influenciado pelo positivismo, centraliza o poder nos profissionais de saúde, que são detentores de todo o saber, ou seja, não

se busca a autonomia, mas, ao contrário, se enfraquece a população na medida em que prescreve educação de uma forma vertical(16).

A prática hegemônica de Educação em Saúde ainda é a prescritiva tradicional, nascida no espaço do descaso do governo e do sistema com a população(31). Os profissionais são tidos como detentores do saber e os usuários como pessoas carentes de informações. Nesse tipo de Educação em Saúde, utilizam-se campanhas veiculadas pelos meios de comunicação em massa. Com esse estímulo, a população reage temporariamente com mudança de comportamento, no entanto, ao se cessar o estímulo, o comportamento tende à extinção(39).

Porém, observa-se que o modelo de Educação em Saúde que tem o diálogo como seu instrumento essencial de trabalho, pode ser referido como Modelo Dialógico, oferece melhores resultados finais, conhecido como Educação Popular(14). A Educação Popular em Saúde, baseada numa relação dialógica entre o conhecimento técnico-científico e a sabedoria popular, caracteriza a livre participação das classes populares com o direito e poder de pensar, produzir e dirigir o uso de seus saberes a respeito de si próprias e de sua saúde(40).

O Modelo Dialógico insere o usuário no processo educativo como sujeito e não como simples objetos. Visa à prevenção de doenças pela mudança de atitudes e comportamentos individuais. Também valoriza o conhecimento do usuário, transforma saberes pré-existente, utiliza a comunicação direta como palestras, grupos, folders, cartilhas e o diálogo. Esse modelo realiza a construção conjunta do saber acerca do processo saúde-doença. Por envolver o usuário, o mesmo se torna co-autor do processo educativo e co-responsável pelos resultados adquiridos advindos dessa educação adquirida(39).

Contrariamente à Educação Tradicional, a Educação Popular em Saúde se contrapõe ao autoritarismo da cultura sanitária e ao modo tradicional de definir técnica e politicamente as intervenções na área de saúde, lutando pela transformação das relações de subordinação e de interlocução, em favor da autonomia, da participação das pessoas comuns e da interlocução entre saberes e práticas(23).

Torna-se uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social(23). Seu método parte do pressuposto de que as classes populares têm uma dinâmica própria sobre as doenças e seus processos de cura, adquirida no seu cotidiano e que este saber

deve ser respeitado e incorporado às práticas de saúde diárias. Esse processo ocorre de uma maneira ou relação horizontal entre os profissionais de saúde, considerados mediadores do processo educacional, e a comunidade, através de um diálogo educativo não-condutivista, acompanhado de um movimento para o fortalecimento comunitário, buscando criar relações sociais mais justas e seguras.

A Educação Popular ainda é realizada sob a forma de ideologia, de impulso voluntário por parte de alguns profissionais que investem nela porque acreditam na sua força transformadora, com efeitos benéficos não só para a vida dos indivíduos, mas para a organização global da sociedade(31). Hoje, o maior desafio para a Educação Popular em Saúde talvez seja a criação de uma nova hegemonia, que seja totalmente participativa, construindo uma tradição de formação de recursos humanos em saúde orientada pela Educação Popular em busca de uma cidadania compartilhada(41).

Contudo, verifica-se que após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), há diferentes movimentos articulando-se ao mesmo tempo, ou seja, ainda permanece a Educação Tradicional, centrando o poder nas mãos do profissional de saúde, e a Educação Popular que no início era considerada como método alternativo de prática educativa. Mas a Educação Popular em Saúde sai da margem da sociedade, e incorpora outras práticas e espaços educativos, na busca do empoderamento por parte da comunidade, baseando-se no encorajamento e apoio, para que as pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas(23).

Essa educação deve enfim associar-se a uma forma de despertar a criticidade do indivíduo, a sua capacidade de se perceber como sujeito na construção de seu processo histórico, de reagir às desigualdades sociais e de assumir uma postura de luta por aquilo que para ele é mais apropriado, tornando-se ator de práticas realmente libertadoras, comprometendo-se com a sua transformação individual(42).

Baseando-se nesses dados, em 1991, surgiu a proposta de criação de uma articulação nacional entre os movimentos de Educação Popular em Saúde, a qual foi aprofundada em 1996 e criada em 2003, denominada de Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação e Saúde-ANEPS(42). No Brasil e em praticamente todos os países da América Latina, a educação de jovens e adultos se constituiu em uma prática alternativa à educação formal. Sua

motivação principal era a necessidade de atender as demandas não contempladas pelo sistema escolar. Era, por isso, uma ação voltada para as populações mais pobres, excluídas da escola pelas condições objetivas de acesso e de permanência no sistema de ensino(43).

1.2 Educação para Saúde: aspectos conceituais

As diretrizes da Educação para a Saúde do Ministério da Saúde(44) definem a Educação em Saúde como uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde. Na carta de Ottawa(45), a Educação em Saúde íntegra a parcela de cinco estratégias promocionais, sendo elas: a) políticas públicas saudáveis; b) ambientes favoráveis à saúde; c) reorientação dos serviços de saúde; d) reforço da ação comunitária e e) desenvolvimento de habilidades pessoais(46).

A Educação em Saúde constitui-se um processo sistemático, contínuo e permanente, que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando-o a busca constante de soluções coletivas para os problemas vivenciados e incentiva a sua participação real no exercício do controle social(3). Todavia deve ser compreendida como um espaço em que a população pode refletir criticamente, valorizando de forma coletiva as suas formas de aprender e explicitar os saberes da vida em sociedade e em família, a fim de transformar a concepção sobre o processo saúde-doença(38).

Representa, assim, um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e Promoção da Saúde(39). Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas em sociedade, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e novas condutas de saúde.

Constitui-se também em um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico, que no âmbito das práticas de atenção à saúde deve ser vivenciada e compartilhada pelos trabalhadores da área, pelos setores organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde e de saneamento ambiental(3).

No conceito de Candeias(47), o autor conceitua que se entende por Educação em Saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. A palavra “combinação” enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. A palavra “delineada” distingue o processo de Educação em Saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. “Facilitar” significa predispor, possibilitar e reforçar. “Voluntariedade” significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas e “ação” diz respeito às medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde.

A Educação em Saúde trata-se de uma ação básica, cujo objetivo é capacitar indivíduos ou grupos para assumirem ou ajudarem na melhoria das suas condições de saúde. Nesse sentido, os grupos têm sido utilizados como um instrumento valioso e até mesmo imprescindível para o alcance deste objetivo. Por definição, o grupo é uma unidade de duas ou mais pessoas empenhadas em recíproca interação psicológica, onde os membros podem estar no mesmo ambiente ou distante fisicamente um do outro, porém, interagindo através de algum meio de comunicação(48,49).

Sendo assim, a Educação em Saúde deixa de ser uma das atividades mais realizada nos serviços de saúde, para ser algo que atinge e reorienta a diversidade de práticas realizadas. A partir de então passa a ser um instrumento de construção da participação popular nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade(31).

O Educador em Saúde deve respeitar a história de vida do educando, utilizando sempre os conhecimentos que este traz sua vivência pessoal, não se julgando detentor de todo o saber, mas aquele que pode aprender com o educando e ao notar suas ideias respeitadas, aprende a respeitar-se também(50).

Diante disso, a Educação em Saúde passa a ser um diálogo que se estabelece entre as pessoas, seja profissionais de saúde ou usuários dos programas de saúde, com o objetivo de mobilizar

forças e motivação para mudanças de comportamento, atitude ou de adaptações às novas situações de vida no cotidiano(51).

1.3 Ensinar e aprender no contexto da saúde na Atenção Primária à Saúde

A educação, no contexto da saúde, pode ser definida como uma prática social que recomenda não só a mudança de hábitos, práticas, atitudes, transmissão e apreensão de conhecimentos, mas, principalmente a mudança gradual na forma de pensar, sentir e agir através da seleção e utilização de métodos pedagógicos participativos e problematizadores. Sendo assim, educar e aprender torna-se um processo contínuo de indagação, reflexão, questionamento e, principalmente, de construção coletiva, articulada e compartilhada(4).

Nessa perspectiva, a educação está sempre presente quando as pessoas se desenvolvem e se aperfeiçoam. Pode-se dizer que, em todas as práticas sociais que necessariamente supõem interação entre as pessoas e relação destas pessoas com o mundo que as cerca, há uma busca constante de aperfeiçoamento pessoal e coletivo e uma busca de transformação, isto é, uma prática educativa. Admitindo a amplitude da prática social educativa como uma realidade, precisa-se ter clareza das diferentes situações, com diferentes características, manifestando processos educativos distintos(9).

O educador e o educando tornam-se sujeitos e atores do processo educativo que estimula, continuamente, a organização de ações coletivas e solidárias, incentivando e valorizando o diálogo, a criatividade e a criticidade, com o objetivo de buscar soluções para as questões da saúde na prevenção das doenças em prol da melhoria da qualidade de vida da população. Educar é buscar o fortalecimento da autonomia do educando e não sua dependência, capacitando-o para a tomada de decisões e o exercício do controle da própria vida(4).

Corroborando com Freire, ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a própria produção ou a sua construção. Cabe ao educador entender que ensinar não é transferir conhecimento. O conhecimento precisa ser constantemente testemunhado e vivido(10). Aprender a conhecer é adquirir os meios instrumentais do conhecimento, apossando-se da cultura geral e ampla existente no nosso meio e, através de métodos simples, buscar apreender o significado dos fatos para que estes possam servir de suporte durante toda

a vida. Aprender a fazer significa colocar em prática o que aprendeu agir coerentemente com o meio é aquisição de competências, tanto profissionais quanto pessoais, a fim de que se possa utilizar na prática os conhecimentos, prontos para possíveis mudanças no âmbito profissional(10). As ações educativas, tanto em grupo como individualmente, buscam estabelecer a participação da população, o diálogo, a troca de experiências e a construção de um novo saber, a partir da valorização do saber popular unido ao saber científico, de modo a estabelecer uma co-participação entre os profissionais de saúde e a comunidade no enfrentamento das reais necessidades da população com busca de soluções para a transformação da realidade local(52).

A Educação em Saúde, como parte de um processo de conhecimento ampliado de educação passa a ser entendida como uma instância importante de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionados aos modos como cada cultura concebe o viver de forma saudável. Diante desse contexto, a Educação em Saúde deve partir de uma articulação entre representações sociais e experiência da doença, aspecto que pode ser superado incluindo a dimensão da experiência individual e coletiva dos sujeitos no meio social(34,53,54).

Dessa forma, em qualquer ação de prevenção, os profissionais devem estar atentos aos valores, atitudes e crenças dos grupos sociais a quem a ação se dirige, ou seja, aos aspectos culturais(55). O modo de ser, viver, sentir e perceber o mundo se traduz nos comportamentos observáveis de um indivíduo ou de uma coletividade frente às diversas situações, entre elas, as situações que envolvem o processo saúde-doença. As percepções de cada pessoa são influenciadas pelos seus valores, cultura, raça, experiências vividas, crenças, expectativas de vida, construída ao longo de sua vida(56,57).

1.4 Educação em Saúde no contexto da Estratégia de Saúde da Família

No Brasil, desde a implantação do SUS, ocorreu uma universalização do acesso aos serviços de saúde e uma importante definição da Atenção Primária à Saúde-APS como porta de entrada para a Atenção à Saúde. Essa nova proposta destacou a Promoção da Saúde e a prevenção de agravos, além do tratamento das enfermidades e recuperação da saúde como um todo. Com o objetivo de implementar o processo de reorganização da prática assistencial à

saúde, utilizou-se a Atenção Primária à Saúde, em substituição ao modelo tradicional de assistência, o qual era fundamentado em experiências regionais(44). Esse novo programa tornou-se a política oficial do Ministério da Saúde em 1991, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS em todo o território nacional. Em 1994, tendo como referência as boas experiências desenvolvidas em países como Canadá, Cuba e Inglaterra e em função dos bons resultados obtidos com o PACS no Brasil, criou-se o Programa de Saúde da Família-PSF. Alguns anos mais tarde, o programa assumiu o status de Estratégia de Saúde da Família-ESF, que instituía uma equipe mínima de profissionais de saúde e uma nova lógica para o processo de trabalho de saúde em equipe, visando um modelo centrado nos problemas dos indivíduos e de suas famílias.

O PSF significou a adoção de uma postura mais ativa dos serviços de saúde frente aos riscos e danos aos quais a população estava submetida aos territórios sob sua responsabilidade(58). Esse programa foi regulamentado como uma estratégia do Ministério da Saúde para mudar a forma tradicional de prestação de assistência ao indivíduo, visando estimular a implantação de um novo modelo de Atenção Primária à Saúde que resolvesse a maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde da população(59,60).

Devido a todas essas mudanças, a Atenção Primária à Saúde pôde constituir em espaço privilegiado para a realização das práticas educativas dialógicas, por serem suas ações direcionadas às ações preventivas e de Promoção da Saúde e apresentarem vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre o serviço de saúde e a população assistida(61). É definida como o nível do sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa não direcionada para a enfermidade; no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. É ainda definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da Atenção Primária à Saúde, como exemplo: a prevenção, a atenção emergencial, a proteção do paciente, a educação em saúde e a atenção reabilitadora do mesmo(62).

Segundo Starfield(62), “a Atenção Primária à Saúde foi reconhecida como uma porção integral permanente e onipresente do sistema formal em todos os países, não sendo apenas uma coisa a mais”. A Conferência de Alma Ata especificou ainda mais que os componentes fundamentais da Atenção Primária à Saúde eram a Educação em Saúde. É uma abordagem

que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de atenção à saúde. Aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, promoção, reabilitação e cura para maximizar a saúde e bem-estar do paciente(62). Ela deve cumprir três funções essenciais(63):

- Resolução: visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população;
- Organização: visa organizar os fluxos e contra-fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de saúde;
- Responsabilidade: visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer ponto de atenção à saúde, em que estejam.

A Atenção Primária à Saúde deve ser orientada pelos seguintes princípios(62):

- Primeiro contato: deve ser a porta de entrada, ou seja, o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde. O acesso só é importante quando tem efetividade;
- Longitudinalidade: deriva da palavra longitudinal, definida como saber lidar com crescimento e mudanças de indivíduos e grupos no decorrer de um período. É uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em suas Unidades Básicas de Saúde, independente do problema de saúde ou até mesmo da existência de algum problema;
- Integralidade: exige o reconhecimento das necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. Assim, a Atenção Primária à saúde deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços de acordo com as necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção;
- Coordenação: é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum. A essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados;
- Centralização da Família: remete ao conhecimento pela equipe de saúde dos membros da família e dos seus problemas de saúde;

- Orientação comunitária: a Atenção Primária à Saúde com orientação comunitária utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, das ciências sociais e de pesquisas avaliativas, de forma complementar, para ajustar os programas a fim de que atendam as necessidades específicas de saúde de uma população definida. Para tanto, faz-se necessário definir e caracterizar a comunidade, identificar os seus problemas de saúde mais relevantes, modificar os programas para abordar estes problemas e monitorar a efetividade das modificações desses programas.

A integralidade da assistência inclui a Educação em Saúde por promover a transformação de saberes pré-existentes e garantir a adoção de novos hábitos. É uma prática comum da cidadania e torna o sujeito responsável pela sua saúde(39).

O Programa de Saúde da Família foi adotado no Brasil como elemento fundamental para a organização do modelo de atenção do SUS. Teve seu início com a instituição do programa de Agentes de Saúde ocorrida no Ceará no final dos anos 80 e foi concebido, entre outros elementos, para ser um elo de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde. Esse programa é entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde(58).

No entanto, pensar no PSF como estratégia de reorientação do modelo assistencial sinaliza a ruptura com práticas convencionais e hegemônicas de saúde, assim como a adoção de novas tecnologias de trabalho. Uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, da assistência integral e continuada às famílias de uma área adstrita são algumas das inovações verificadas no PSF(14).

A proposta da Estratégia de Saúde da Família prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a equipe de Saúde da Família na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades e no acompanhamento da avaliação de todo o serviço. Essa proposta é importante em prol da saúde da comunidade para que as pessoas se conscientizem de que podem tomar a iniciativa como sujeitos e não apenas como usuário, sendo capazes de elaborar condições de desenvolvimento, tanto em nível individual como coletivo(31,64).

As equipes constituídas a partir da Estratégia de Saúde da Família são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica

delimitada. As equipes atuam com ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças, agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade(58). Com a implantação da Estratégia de saúde da Família nos serviços de saúde, foi possível criar uma proposta dinâmica e diferenciada de organização da assistência, promovendo interação entre a equipe e a comunidade, visando substituir o modelo “biologicista” que ainda é muito forte em nosso país(65).

Por meio da Estratégia de Saúde da Família, a Atenção Primária à Saúde tem apresentado potencialidades para oferecer uma assistência à mulher de forma integral e humanizada, qualificando a prevenção e o controle do câncer de colo do útero e outras necessidades(66).

Como estratégias para a atuação das equipes de Saúde da Família em todo o território nacional, definem-se a eliminação da Hanseníase, o controle da Tuberculose, o controle da Hipertensão Arterial, o controle do Diabetes Mellitus, a eliminação da Desnutrição Infantil, a Saúde da Criança, a Saúde da Mulher, a Saúde do Idoso, a Saúde Bucal e a Promoção da Saúde no âmbito nacional(67).

Tem-se observado que após sua implantação, o PSF tem desempenhado papel estratégico para a construção e consolidação do SUS. A partir de uma revisão histórica das práticas de Educação em Saúde e dos discursos sanitários a elas subjacentes, são reconstituídas as racionalidades determinantes de tais práticas(14).

A construção de um sistema de serviços de saúde democrático universal, igualitário e integral constitui um processo social e político que se realiza por meio de formulação de políticas públicas voltadas para a saúde. A perspectiva é de que as políticas de saúde se materializam na “ponta” do sistema, ou seja, mediante ação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços, visando à produção de novos conhecimentos e desenvolvimento de novas práticas de saúde consoantes com os princípios e diretrizes do SUS(68). Na atualidade, tanto a saúde quanto a educação buscam caminhos para construir um sujeito em estado de permanente aprendizagem, aprendendo a aprender, aprendendo a ensinar e ensinando a aprender(69).

No âmbito do PSF, a Educação em Saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família. Espera-se que esta seja

capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adstrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença e desenvolvendo processos educativos voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos(44).

Em seus diferentes momentos históricos, os saberes e as práticas de Educação em Saúde foram impregnados por um discurso sanitário subjacente e fizeram uso de estratégias comunicacionais com estes discursos coerentes. O discurso higienista e as intervenções normalizadoras tradicionalmente têm marcado o campo de práticas da Educação em Saúde (9).

Inicialmente, a compreensão acerca do PSF correspondia a uma medicina simplificada destinada para os pobres. A nova proposta demanda a reorganização dos conteúdos dos saberes e práticas de saúde, de forma que estes reflitam os pressupostos do SUS no fazer cotidiano dos profissionais(70).

Dentre os princípios fundamentais que norteiam a ESF (integralidade, equidade, universalidade e hierarquização) destaca-se a integralidade, pois se acredita que a promoção, prevenção, recuperação da saúde e reabilitação de doenças e agravos não podem ser compartimentalizados, mas se trabalhadas em todos os seus aspectos, de forma dinâmica, na perspectiva de uma abordagem integral, autônoma e resolutive, podem modificar o processo de saúde e doença de um indivíduo, de sua família e sua comunidade. Diante disso, a Educação em Saúde deveria potencializar as ações de prevenção e Promoção da Saúde, estando fundamentada em práticas reflexivas, possibilitando ao usuário ser sujeito histórico, social e político articulado ao seu contexto de vida, sob a visão de uma educação ampliada por parte dos profissionais de saúde(67,71).

Na prática, a Educação em Saúde constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para o âmbito da saúde, prendendo-se especificamente à habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas que se desenvolvem em quatro diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico em seus diferentes níveis de atuação, e a comunidade, compreendida aqui como contendo população-alvo(47). Essa educação e a participação dos usuários são elementos essenciais para que as mudanças pessoais e estruturais ocorram nas ações de Promoção da Saúde. Essas afirmativas estão presentes desde

a primeira conferência internacional de saúde, através da Carta de Ottawa, de 1986 dentre outras: Adelaide, Sundsval, Jacarta, México, Bangkok, regionais e sub-regionais santa fé de Bogotá, carta do caribe, Promoção à Saúde da População no Canadá CPHA, Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde Genebra, Suíça, 1998(46).

Esse movimento internacional foi seguido por outras conferências que têm ratificado a direção para maior interação entre profissionais e usuários, valorizando sobretudo as ações de prevenção e de cuidados à saúde, numa dimensão sócio-sanitária, inclusiva, ecológica e solidária para a melhoria da qualidade de vida(45,64).

As ações de promoção e Educação em Saúde devem contar com a participação ativa dos usuários dos serviços de saúde, os quais possuem capacidade de decidir sobre questões que envolvem seu bem-estar, subsidiados pelas próprias experiências e pelas práticas educativas (43).

Destaca-se que, nesse processo, a população tem a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo, também, adotar ou não novos comportamentos frente aos problemas de saúde. Portanto, não basta apenas seguir as recomendações para melhorar a saúde e prevenir doenças, mas também efetivar a Educação em Saúde num processo que estimule o diálogo, a indagação, a reflexão, o questionamento e a ação partilhada(72).

Numa concepção ampliada de cuidado de saúde, as ações da Educação em Saúde requerem a participação do usuário na mobilização, capacitação e desenvolvimento de aprendizagem, habilidades individuais e sociais para lidar com os processos de saúde-doença, estendendo-se à concretização de políticas públicas saudáveis(73). Essa educação, ao prevenir doenças e agravos ao bem-estar humano, potencializa a redução de custos junto aos vários contextos da assistência e favorece a promoção do auto-cuidado e o desenvolvimento da responsabilidade do paciente sobre decisões relacionadas à sua saúde(29).

Os profissionais de saúde e os usuários são os atores sociais que estão em contínua interação. Nessa perspectiva, deve incorporar ações de cuidado à saúde que valorize o contexto dos determinantes sociais, a subjetividade do processo saúde-doença, bem como a inserção dos usuários como seres ativos, autônomos e participativos nas práticas educativas na Estratégia de Saúde da Família(73).

Considera-se importante o compromisso e a responsabilidade atribuída aos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família, pelo nível de participação desejado da comunidade na resolução dos problemas de saúde, pela compreensão ampliada do processo saúde-doença, pela humanização das práticas, busca da qualidade da assistência e de sua resolubilidade. Entende-se que o Modelo Dialógico de Educação em Saúde corresponderia ao modelo mais pertinente para o contexto da Estratégia de Saúde da Família atualmente(14).

Os grupos sociais, assim como as equipes de saúde, têm a responsabilidade de contribuir para a mediação entre os diferentes interesses, em relação à saúde, existentes na sociedade(74). A prevenção, na área da saúde, é composta por ações de caráter primário, tais como a melhoria das condições de vida, redução da suscetibilidade das pessoas às doenças e educação em saúde. Ocorre também através da detecção precoce das doenças, do seu tratamento adequado e nas ações destinadas a minimizar as suas conseqüências(65). Investir em prevenção e conscientização da população é menos oneroso que o tratamento curativo dos diversos tipos de patologias, principalmente na rede pública de saúde reduzindo assim, custos com internações, cirurgias e tratamentos(75).

1.5 Características dos profissionais envolvidos nas atividades de Educação em Saúde na Atenção Primária à Saúde

Importante considerar as características pessoais, humanas e interdisciplinares de formação dos profissionais que atuam na área da saúde para se obter um conhecimento ampliado sobre a saúde da comunidade(76). Considerando que a educação envolve a responsabilidade da população sobre seus hábitos e estilos de vida e constitui um instrumento essencial na construção histórica da assistência integral requerida pela ESF, destaca-se a importância da enfermagem e da medicina, como profissão de compromisso social, sensível aos problemas e direitos humanos, e como ciência que busca novas metodologias para o alcance da melhoria da qualidade de vida e da assistência, mediante atividades educativas de saúde e intervenções apropriadas(29,33). Um estudo realizado no ano de 2005 em Florianópolis constatou que a ESF possui algumas limitações, sendo uma problemática central a formação dos profissionais, que demonstraram não estar preparados para o trabalho com Educação em Saúde na lógica da Promoção da Saúde requerida pela ESF(77). Os discursos demonstraram que a educação

realizada pelos profissionais esta voltada para as doenças e para a tentativa de mudança de comportamento dos usuários, com relação vertical e impositiva(77).

A Carta de Ottawa em 1986(45), resultante da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde no Canadá, resgata a dimensão da Educação em Saúde, enfatiza que a mesma pode ser realizada dentro da família, na escola e no trabalho. Ressalta-se que a mudança na Educação em Saúde deve acompanhar a formação dos profissionais de saúde.

Torna-se pertinente que os profissionais médicos e enfermeiros tenham visão sistêmica e integral dos indivíduos e da família, utilizando uma prática tecnicamente competente e humanizada nas ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde dos usuários(65). Nos últimos dez anos, tem-se discutido muito nas rodas científicas a relação da educação com a Promoção da Saúde e a prevenção de doenças. Nesse sentido há necessidade dos profissionais da área da saúde de se voltarem para o universo simbólico das pessoas, demarcado por padrões culturais em permanente processo de renovação(78).

A Educação em Saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe da ESF(38). 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. Ambos, assim se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os argumentos de autoridade já não valem(8). É considerada uma importante ferramenta para os profissionais e contribui na capacitação da comunidade, motivando-a para que tenha uma participação ativa no auto-cuidado e na organização do serviço(31). É importante que os profissionais que compõem as equipes da ESF estejam realmente comprometidos com a educação e a saúde da comunidade, a fim de provocar mudanças na vida das pessoas. Essa educação continuada deve contribuir para auto-formação do indivíduo, de modo a ensinar-lhe a assumir a condição humana, a viver e a como se tornar cidadão no meio social(79).

A Educação em Saúde ocorre nas relações que se estabelecem entre os profissionais de saúde e os serviços de saúde na organização, gestão participativa e escolha dos melhores caminhos a percorrer que suscitem a maior participação da comunidade(3). Em uma área endêmica em esquistossomose, foi realizado um estudo sobre Educação em Saúde por Gazzinelli(80), cujo o resultado mostrou que a postura dos sujeitos esteve ligada a um processo de reconhecimento da doença e suas experiências com a enfermidade. Utilizaram-se procedimentos educativos

com ênfase no conhecimento. Pôde-se verificar que a esquistossomose não é prioridade na concepção dos sujeitos, assim, como as doenças cardiovasculares, transtornos mentais e doenças do sistema endócrino-metabólico.

Observa-se que na formação acadêmica dos profissionais de saúde, raramente as instituições de ensino têm um olhar para a Educação em Saúde. Infelizmente o fator cultural da assistência curativa ainda tem predominado, ainda no nosso dia-dia. Percebe-se facilmente que a pessoa bem esclarecida e instruída utiliza com pouca frequência o serviço de saúde, mas isso só é possível se tivermos profissionais qualificados desde a formação acadêmica, e que estejam comprometidos com uma visão holística do cliente, proporcionando-lhe uma Educação em Saúde, onde inclua o atendimento individualizado e o seu contexto familiar como um todo(9).

O profissional de saúde deve atuar como educador, transformador, emancipador e libertador, que propicie o processo de aprendizagem a fim de almejar condições para que o indivíduo se responsabilize por sua saúde, reforçando os direitos dos indivíduos e da comunidade, destacando a necessidade do profissional de saúde compreender adequadamente o processo de ensinar e aprender(38,81).

Infelizmente a Educação em Saúde em nosso meio ainda está andando a passos curtos. Os profissionais que trabalham na assistência frequentemente se deparam com situações onde ele se tornará um agente de transformação(9). Essa educação deve ser compreendida pelos profissionais e a população, como uma proposta que tem como objetivo desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar de forma crítica a sua realidade, como, de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, de modo a organizar e realizar a ação educativa e de avaliá-la de forma crítica construtiva(38).

A Educação em Saúde torna-se um dos componentes importante das ações básicas de saúde, e deve ser entendida como um compromisso com a realidade de saúde da população da área adstrita do profissional e com atendimento humanizado(48).

A Educação em Saúde passa a ser uma aliada, ajudando no estímulo à realização do Exame Papanicolau na Atenção Primária à Saúde, na mudança de comportamento das mulheres para prevenir o câncer de colo do útero e outras patologias(82).

1.6 Características dos profissionais envolvidos nas atividades de Educação em Saúde na Prevenção do câncer de colo do útero

Diante das atribuições dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, em especial o médico e o enfermeiro são responsáveis em desenvolver ações estratégicas de Educação em Saúde, mediante metodologias participativas, com a conscientização da população feminina na prevenção do câncer de colo do útero(83).

Esses atores devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade e de articular os diversos setores envolvidos na Promoção da Saúde(84).

Faz-se necessária a capacitação dos recursos humanos, buscando uma reorientação para a cultura do câncer de colo do útero, com mudanças na práxis dos profissionais, e não somente informar a população sobre os comportamentos de risco e a frequência da prevenção(85).

A forma como se educa influencia as decisões, contribuindo para manter ou elevar o nível de saúde das pessoas(35). Quando se fala em prevenção do câncer de colo do útero no Brasil, a principal estratégia utilizada para detecção precoce do câncer é através da realização do exame citopatológico, popularmente conhecido como “Papanicolau”. O exame pode ser realizado na ESF ou nas Unidades de Saúde que tenham profissionais capacitados para realizá-lo(86).

É fundamental que os profissionais que estão inseridos nos serviços de saúde prestem orientações sobre a importância do exame de prevenção do câncer de colo do útero, pois a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer de colo do útero na população de risco. O desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida encontra-se entre os campos de ação da Promoção da Saúde. Dessa forma, é imprescindível a divulgação de informações sobre a Educação para a Saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, na igreja, no trabalho e em muitos outros espaços coletivos(53,75).

Em estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde de Fortaleza no ano de 2004 sobre a percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer de colo do útero aponta que a

mulher geralmente só procura fazer o exame de prevenção quando surgem sintomas. Por ter vivenciado este exame com apreensão e medo, sente-se constrangida em expor seu corpo e tê-lo examinado, sobretudo, quando o profissional de saúde é do sexo masculino. Geralmente a mulher não tem conhecimento do corpo e tampouco de sua sexualidade(87).

Porém, esses profissionais devem ser capazes e sensíveis para que no ato da realização do exame levem a paciente a conhecer todos os processos que envolvem esse procedimento simples, rotineiro, rápido e indolor aos olhos do profissional. Muitas vezes, aos olhos da paciente, esse procedimento pode ser visto como agressivo físico e psicologicamente, pois a mesma traz consigo sua bagagem social, cultural, familiar e religiosa, cheia de preconceitos e tabus(88).

Durante a realização da prevenção, o sentimento de medo é apresentado pela maioria das mulheres, podendo este estar relacionado ao medo do câncer, onde a própria campanha de Saúde Pública remete à doença como perigosa e mortal. Esse sentimento leva à inquietação, e agindo como sinal antecipador do sofrimento, caso tenha um resultado positivo(89,90).

É necessário que durante os exames e consultas essas pacientes sejam atendidas com respeito e dignidade, para que não se sintam envergonhadas ou constrangidas e acabem desistindo de realizar futuros exames e consultas(75).

A percepção do corpo feminino como vergonhoso e a ideia da "inferioridade feminina" apareceram com destaque em estudo sobre as Questões de Gênero nos Comportamentos de Prevenção do Câncer das Mulheres. As mulheres sentem-se inferiorizadas, demonstrando medo e vergonha de se expor, principalmente para os médicos(91). Por esta razão, considera-se relevante a Educação Permanente em saúde e as atividades educativas junto às mulheres, parcerias entre serviços de saúde e universidades e/ou escolas e organizações que trabalhem com esse tema e que possam promover a atenção para prevenção do câncer de colo do útero. Deve-se priorizar atividades de educação para o diagnóstico precoce e rastreamento em mulheres sintomáticas e assintomáticas, respectivamente, além da garantia de acesso aos métodos de diagnóstico e tratamento adequados(75).

Dois estudos realizados no ano de 2011 utilizaram dados qualitativos para examinar as barreiras e os benefícios percebidos pelas mulheres para rastreamento do câncer cervical na

América Latina. Esses estudos identificaram quatro tipos de conhecimentos relacionados com essas barreiras:

- Falta de compreensão sobre a prevenção em geral: muitas pessoas sentiram que só vão a um centro de saúde quando se sentem doentes(92);
- Muitos homens e mulheres não sabiam que o exame de rastreamento do câncer cervical está associado com o rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis(93);
- As mulheres expressam ansiedade, perda do pudor e medo associado com exames pélvicos (92,93);
- Houve uma falta de conhecimento sobre os sentimentos negativos em relação ao câncer de colo do útero, ou seja, um diagnóstico indicando uma anomalia foi associada a morte(92,93).

A falta de conhecimento das mulheres e seus anseios a respeito do Exame Papanicolau deve ser resolvida através da Educação em Saúde no momento de triagem na Unidade de Saúde, por meio de uma "audiência cativa" realizada pelo profissional de saúde que tem o papel de educá-la sobre o assunto(94).

Alvim(95) entende que a Educação em Saúde deve ser realizada de tal forma pelos profissionais que trabalhe os sentimentos dessas mulheres, considerando o meio em que vivem, suas crenças, medos e angústias, pois essas barreiras impedem a adesão das mulheres aos serviços de saúde(87). Em muitos países, durante as visitas de cuidados de saúde, as mulheres são educadas quanto à importância da prevenção de comportamentos de saúde individual e preventivo(94).

É de suma importância que os profissionais que estão inseridos na Atenção Primária à Saúde na prevenção do câncer de colo do útero conheçam os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas para promover saúde(67).

É necessário que o profissional de saúde venha desenvolver ações estratégicas de Educação em Saúde junto às mulheres, no sentido de melhorar a relação profissional com a usuária, pois

não basta somente oferecer o exame preventivo, é preciso que as mulheres reconheçam a necessidade e a importância de realizá-lo(52).

1.7 História natural do Câncer de Colo do Útero

Classicamente, a história natural do câncer de colo do útero é descrita como uma afecção iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora, num prazo de 10 a 20 anos(83,96). É uma doença de crescimento lento e silencioso. Existe uma fase pré-clínica, sem sintomas, com transformações intra-epiteliais progressivas importantes, em que a detecção de possíveis lesões precursoras é por meio da realização periódica do exame preventivo do colo do útero. Progredir lentamente, por anos, antes de atingir o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil, se não impossível. Nessa fase os principais sintomas são sangramento vaginal, corrimento e dor(75,96). Na fase inicial essa patologia raramente produz sintomas. Secreção, sangramento após relação sexual ou sangramento irregular ocorrem na fase mais avançada da doença. No caso do câncer de colo do útero, o órgão acometido é o útero, em uma parte específica(97,98).

Estatisticamente, é a neoplasia mais prevalente em mulheres com início precoce da atividade sexual e multiplicidade de parceiros sexuais. Outro fator relacionado ao aumento do risco para o desenvolvimento deste câncer é o uso de contraceptivos orais, baixas condições socioeconômicas e uso irregular de preservativo. O tabagismo, a hipovitamina, e os fatores relacionados com o exercício da sexualidade, como a multiplicidade de parceiros sexuais também são fortes aliados ao aparecimento desse tipo de câncer(99,100).

O colo do útero é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, arranjadas de forma bastante ordenada. Essa desordenação é acompanhada por alterações nas células que vão desde núcleos mais corados até figuras atípicas de divisão celular. Quando a desordenação ocorre nas camadas mais basais do epitélio estratificado, estamos diante de uma Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau I (NIC I de baixo grau), com anormalidades do epitélio no 1/3 proximal da membrana. Se a desordenação avança 2/3 proximais da membrana estamos diante de uma Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau II (NIC II de alto

grau). Na Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau III (NIC III de alto grau), o desarranjo é observado em todas as camadas, sem romper a membrana basal(83).

Pode estar ou não presente a Coilocitose, uma alteração que sugere a infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV). Quando as alterações celulares se tornam mais intensas e o grau de desarranjo é tal que as células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio, tem-se o carcinoma invasor(83).

Para o desenvolvimento da lesão intra-epitelial de alto grau e do câncer invasivo de colo do útero, o Papilomavírus Humano (HPV) é condição necessária, porém, por si só, não é uma causa suficiente, faz-se necessária, além da persistência do HPV, a sua associação com os outros fatores de risco(101).

O vírus HPV é considerado o agente infeccioso de transmissão sexual mais comum. Estima-se que o número de mulheres portadoras do DNA do vírus HPV em todo o mundo chega a 291 milhões, e cerca de 105 milhões de mulheres no mundo inteiro terá infecção pelo HPV 16 ou 18(102).

Dentre todos os tipos de câncer, o de colo do útero tem um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100%, quando diagnosticado precocemente. Isso é possível porque a patologia tem uma fase pré-clínica longa e o exame para detecção precoce, o Papanicolaou, é eficiente, sem custo para as usuárias e de fácil realização(97,98).

Apesar de todos os esforços na prevenção desse tipo de câncer, ele ainda se constitui um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, como o Brasil, pois alcança altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de extratos sociais e econômicos mais baixos. O controle do câncer de colo do útero depende essencialmente de ações na área da Promoção da Saúde, proteção específica e do diagnóstico precoce da doença(75,97).

Sob a ótica da perspectiva de gênero, as mulheres que são acometidas por câncer têm seus papéis no mercado de trabalho comprometido e a privação do convívio familiar quando internadas para tratamento, acarretando um prejuízo social considerável, bem como um transtorno familiar devido aos papéis sexuais definidos(100). Corroborando com esses dados, é importante salientar que o câncer de colo do útero não atinge apenas a mulher, afeta toda a

sociedade, uma vez que diminui o potencial de trabalho humano e causa impacto econômico negativo, devido ao alto custo do diagnóstico e do tratamento, o que reforça, ainda mais, a necessidade de investimento em ações de prevenção dessa doença(85).

O Ministério da Saúde afirma que, apesar das ações de prevenção e detecção precoce desenvolvidas no Brasil, as taxas de incidência e mortalidade têm-se mantido praticamente inalteradas ao longo dos anos(83).

É o segundo tipo de câncer mais frequente entre a população feminina, com aproximadamente 529 mil casos novos por ano no mundo, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 275 mil mulheres por ano. A incidência evidencia-se na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 50 a 60 anos(101). No Brasil, são estimados 17.540 mil casos novos de câncer de colo do útero, em 2012, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada para a América Latina.

O câncer de colo do útero é o segundo em incidência e o quinto em mortalidade por câncer nas mulheres em Minas Gerais(101). Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de colo do útero é o mais incidente na região Sudeste (15/100 mil), a terceira, e na região Sul (14/100 mil), a quarta posição Região Norte (24/100 mil). Nas regiões Centro-Oeste (28/100 mil) e Nordeste (18/100 mil), ocupa a segunda posição mais frequente, na região Sudeste (15/100 mil), a terceira, e na região Sul (14/100 mil), a quarta posição(101). O exame citopatológico conhecido como Papanicolau é a estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde para mulheres de 25 a 64 anos no Brasil(101). A partir dos dados do câncer de colo do útero publicados, percebe-se que as ações educativas na Atenção Primária à Saúde não estão sendo eficazes para diminuir o câncer de colo do útero.

1.8 Exame de prevenção do câncer de colo do útero

O exame de prevenção do câncer de colo do útero é um procedimento importante de detecção precoce de lesões pré-invasivas e conseqüentemente, instrumento essencial para a diminuição da mortalidade por esta patologia(57). É importante informar de maneira clara e objetiva os

potenciais benefícios em realizar o Exame de Papanicolau, com ênfase ao objetivo principal: a prevenção do câncer de colo do útero na Atenção Primária à Saúde(103).

Um estudo de revisão que analisou o acesso e a utilização do Exame de Papanicolau, evidenciou que nos países em desenvolvimento existe uma permanência das altas taxas de incidência e mortalidade e que as mesmas devem ser à baixa qualidade e cobertura do exame(103). A prevenção obedece a dois níveis: a prevenção primária, que pode ser realizada pelo uso de preservativos durante a relação sexual, sendo uma das formas de evitar o contágio pelo HPV, o qual tem importante papel no desenvolvimento desse tipo de câncer e suas lesões precursoras (está presente em 90% dos casos de câncer de colo do útero); e a prevenção secundária que é realizada por meio do Exame Papanicolau(104).

O Exame de Papanicolau, também chamado de Exame Preventivo, Citopatológico ou Colpocitologia Oncótica, tem papel de extrema importância para mudar os números de incidência e mortalidade do câncer de colo do útero. Esse exame, descoberto na década de 1930, pelo Dr George Papanicolau, é de grande aceitabilidade tanto pela população quanto pelos profissionais de saúde. O Brasil tem sido um dos primeiros países no mundo a introduzir o Exame Citopatológico para a detecção precoce do câncer de colo do útero(83,98,105). Ele é aceito internacionalmente como o instrumento mais adequado e de baixo custo para o rastreamento deste tipo de câncer. A coleta do material pode ser realizada por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, desde que treinados previamente(106).

O exame deve ser realizado em todas as mulheres que já tiveram vida sexual ativa, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. Essa recomendação apóia-se na observação da história natural do câncer de colo do útero, que permite a detecção precoce de lesões pré-malignas ou malignas e o seu tratamento oportuno, graças à lenta progressão que apresenta para doença mais grave(107).

A coleta do exame é realizada durante uma consulta ginecológica de rotina. Normalmente não é doloroso, mas um desconforto variável pode acontecer, de acordo com a sensibilidade individual de cada paciente. É coletada uma amostra da parte externa ectocérvice e outra da parte interna endocérvice. Para a coleta do material, é introduzido um espéculo vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo por meio de uma espátula de madeira e de uma escovinha endocervical. Uma adequada coleta de material é de

suma importância para o êxito do diagnóstico(83). No caso de mulheres hysterectomizadas que comparecerem para a coleta, deve ser obtido um esfregaço de fundo do saco vaginal. Mulheres grávidas também podem realizar o exame. Neste caso, são coletadas amostras do fundo do saco vaginal posterior e da ectocérvice, mas não da endocérvice, para não estimular contrações uterinas(75).

As mulheres devem ser previamente orientadas a não terem relações sexuais ou fazerem uso de duchas, medicamentos ou exames intravaginais durante as 48 horas que precedem o exame a fim de garantir a eficácia dos resultados. O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citológico. Aguarda o 5º dia após o término da menstruação. Em algumas situações particulares, como em um sangramento anormal, a coleta pode ser realizada(83).

Para o controle das datas de retorno das usuárias, é importante organizar um arquivo rotativo, com uma ficha espelho que contenha dados básicos em relação à anamnese e ao exame clínico das mamas e da genitália. Esse arquivo permite o agendamento nos prazos recomendados e a busca ativa das usuárias pelos Agentes Comunitários de Saúde, em caso de esquecimento do dia apazado, por parte delas(108). O câncer de colo do útero é uma doença de evolução lenta e progressiva o que possibilita, diante de um diagnóstico precoce, tratamento oportuno e cura. Geralmente não provoca sintomas, a não ser em fase avançada. Por isso, todas as mulheres, assim que iniciarem a sua vida sexual devem procurar, pelo menos uma vez por ano, a Estratégia de Saúde da Família para realizar o Exame Papanicolau(107).

A Educação em Saúde é importante para Promoção da Saúde e na melhoria da qualidade de vida das pessoas, devem se adotar ações educativas buscando a autonomia do sujeito na condução de sua vida, através do uso de oportunidades que favoreçam a manutenção da saúde, sem, contudo, considerá-la, como uma transmissão de conhecimento(38).

1.9 Bases teóricas de uma práxis educativa

Segundo o Ministério da Saúde(109), os setores de educação e saúde têm buscado caminhos que levem ao constante aprendizado da população, para que o indivíduo aprenda a aprender,

aprenda a ensinar e ensine aprendendo. Essa constante busca tem a ver com a insatisfação com as teorias e abordagens educacionais utilizadas atualmente nas práticas educativas, visando à melhora da metodologia aplicada na prática pelos profissionais, Gadotti(110) e Vasconcelos et al.(111) escreveram sobre as abordagens ou concepções pedagógicas tradicionais, dividindo-as em quatro partes:

- Transmissão: o processo educativo está centrado em alguém que sabe e ensina a alguém que não sabe;
- Condicionamento: essa pedagogia se concentra no modelo de conduta mediante um jogo eficiente de estímulos e recompensas capaz de “condicionar” o aprendiz a emitir as respostas desejadas;
- Pedagogia Nova: através dessa corrente de aprendizado, surgiram os conceitos de “aprender fazendo” e “aprender a aprender”. O aprendiz se torna o centro da atividade e deve ter sempre participação ativa;
- Construtivismo-interacionista, sociointeracionismo, histórico-social: o próprio indivíduo constrói o conhecimento desde o nascimento até a morte. Diante dessas abordagens, a intervenção pedagógica tem como finalidade contribuir para que se desenvolva a capacidade de realizar aprendizagens significativas por si mesmo.

1.10 Grupos operativos: abordagem teórica

Na literatura há várias nomenclaturas que direcionam o trabalho com grupo temático, grupo de intervenção, oficina de dinâmica de grupo, grupo de encontro vivencial, grupo de adesão ao tratamento, grupo de promoção da saúde, grupo terapêutico, entre outros. Contudo, não se trata de apenas uma questão de nomenclatura, há modalidades e referenciais teóricos diferentes(111).

O trabalho em grupo certamente ocupa o espaço entre as práticas de Educação em Saúde mais comum na Atenção Primária à Saúde. Provavelmente, o usuário participe em mais de um dos

grupos formados na unidade de saúde, considerando que, geralmente, ele tem como um dos critérios organizadores um agravo à saúde. Esse tipo de atividade caracteriza um grupo operativo, o que reforça equívocos teórico-técnicos(111).

Para Carvalho(112) e Dias(113), como uma alternativa viável para as práticas assistenciais na Atenção Primária à Saúde, o trabalho em grupo favorece ao aprimoramento de todos os envolvidos, pois valoriza os diversos saberes e dá oportunidade aos participantes de intervirem em seu processo saúde-doença. Ao se compartilhar o conhecimento, considera-se a experiência cotidiana dos atores envolvidos e tem por finalidade a conquista, tanto dos indivíduos quanto pelos grupos operativos, o poder de intervir nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas. A participação efetiva de toda a comunidade nas ações de Educação em Saúde tem sido um fator de êxito, que leva à autonomia e auto-cuidado dos sujeitos, principalmente na Promoção da Saúde(113).

Como definição de grupo operativo, conceitua-se uma abordagem teórica fundamentada na psicologia social de Pichon-Riviére(114) que é centrada no processo de inserção do sujeito no grupo, no vínculo e na tarefa. É utilizado na promoção do auto cuidado e do manejo de enfermidades crônicas. Já Osório(115) o conceitua como um conjunto de pessoas capazes de se reconhecerem em sua singularidade e que estão exercendo uma ação interativa com objetivos compartilhados.

Na dinâmica de grupo observa-se um trabalho coletivo, com o objetivo de promover o processo de aprendizagem do indivíduo. Por ser o mesmo objetivo do grupo, supõe a necessidade de que os membros que o compõem realizem um trabalho ou tarefa em comum, no intuito de alcançá-la. Ela está marcada por quatro momentos(113):

- Pré-tarefa: é o momento em que predominam os mecanismos de dissociação, sentimentos de culpa, dificuldade de tolerância e frustrações;
- Tarefa Externa: são os objetivos conscientes;
- Tarefa Interna: processos que dificultam ou mesmo impedem a realização da tarefa externa;
- Projeto: é o momento em que o grupo começa a fazer planos.

É importante lembrar que esses momentos não seguem uma lógica linear e nem cumulativa, ao contrário, o grupo está em contínuo processo de ambivalência, regressão e dispersão diante da constante demanda de sustentar seu processo e refletir sobre ele(114). A tarefa consiste em organizar os processos de pensamento, comunicação e ação entre os integrantes do grupo. Assim, a aplicação do termo “operativo” significa um aspecto tríplice de pensamento, de sentimento e de ação. Os profissionais de saúde são os responsáveis por propiciar condições favorecedoras do processo de aquisição de conhecimentos, que favoreceriam mudanças no controle das doenças crônicas não-transmissíveis(113).

Os papéis desempenhados em um grupo operativo podem ser desempenhados em duas categorias: papéis formais e informais. Nos papéis formais, a teoria de grupo operativo propõe dois aspectos: o de coordenador e o de observador da dinâmica grupal. O coordenador contribui, para que o grupo foque a sua operação e realize sua tarefa interna reflexiva, por meio de intervenções interpretativas, para atingir a condição de desenvolver sua tarefa externa. Já o observador exerce um papel operativo, não participante. Sua função é a de registrar todas as expressões verbais e não-verbais, a fim de retroalimentar a coordenação(116).

Para que o trabalho em grupo apresente frutos, é preciso gostar desse tipo de dinâmica para que não haja desgaste pessoal e prejuízo no cumprimento da tarefa estabelecida. Também é importante o amor às verdades, que contribui para o necessário estabelecimento de um modelo de identificação, de como enfrentar as dificuldades da vida(115). Há também os papéis informais que emergem espontaneamente no dia a dia das atividades em grupo. São eles: líder, porta-voz, bode expiatório e sabotador(114,117):

-Líder é aquele que estimula ou sugere o processo do grupo e propõe sugestões inovadoras;

-Porta-voz expressa os conteúdos latentes da grupalidade como ansiedade, conflitos e busca de autonomia. Ele expressa, verbaliza e dá forma aos sentimentos e conflitos latentes no grupo;

-Bode expiatório personifica os aspectos difíceis ou amedrontadores da vivência do grupo. Assume o papel de depositário dos conteúdos, percebidos como negativos, que provocam mal-estar no grupo, medo, culpa e vergonha;

-Sabotador é aquele que dificulta as propostas no processo grupal, puxa o grupo para trás, freia avanços, sabota a tarefa e remete o grupo à sua etapa inicial.

Esses papéis podem ser expressos em ação, palavras ou silêncio. O trabalho com grupo não é tão simples, mas também não é impossível de realizar. Exige planejamento e referencial teórico para aplicar as metodologias na prática(111). Outras modalidades de trabalho com grupos podem ser utilizados com o mesmo objetivo, o de promover a saúde do indivíduo. Irá facilitar a troca de aprendizado pessoal e permitir ao indivíduo perceber que ele não está sozinho e que não é a única pessoa com problemas ou dúvidas(118).

Para Pereira(1) e Catrib(119), o Educar em Saúde necessita de reflexões e ações fundamentadas em saberes técnicos científicos e populares, capazes de provocar mudanças de atitude nos indivíduos. Esse processo perpassa por considerar as representações sociais e culturais que formam uma sociedade. Considerando que a Promoção da Saúde e a prevenção de doenças envolvem práticas educativas, a construção de relações interativas solidárias entre os membros do grupo pode ser produtiva(111).

A Carta de Ottawa(45) reafirma a importância da Promoção da Saúde e aponta a influência dos aspectos sociais para a saúde dos indivíduos e da população em geral. Caracteriza como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo.

Na cidade de Botucatu, no interior Paulista, em 2006, foi realizado um estudo sobre a formação acadêmica dos médicos no trabalho cotidiano, através do qual se evidenciou que dentre os inúmeros problemas para a realização de atividades de prevenção e Educação em Saúde, destacou-se a falta de tempo para poder preparar tais assuntos para a comunidade, associada à demanda excessiva de atendimento clínico. A pouca valorização do trabalho médico e o salário incompatível com o grau de responsabilidade e comprometimento também, foram relatado, no estudo(120).

Como estratégia na Educação em Saúde, as reuniões em grupo tem sido consideradas espaços privilegiados do exercício da cidadania e poderão também constituir-se em um espaço de gestão para a solução de conflitos, uma vez que nela interagem atores com diferentes projetos e interesses(121).

A Educação para Saúde deve constituir parte essencial na Promoção da Saúde, na prevenção de doenças, como também contribuir para o tratamento precoce e eficaz, a fim de minimizar o sofrimento e a incapacidade da população(113).

Consideram importante definir um local onde as pessoas possam compartilhar suas experiências e conhecimentos na perspectiva de obter formas criativas de promover novas abordagens para a resolução de problemas, tais como: melhoria da estratégia da unidade, transferência de melhores práticas, desenvolvimento de habilidades profissionais, ação, reflexão e ação dos usuários e dos profissionais na concepção da educação para saúde, isto é, a capacidade de refletir sobre o cotidiano e transformar as práticas naturalizadas(122).

O sujeito, ao se transformar, modifica o meio em que vive e, ao modificar o meio em que vive, modifica-se a si mesmo, transformando-se em um agente de mudança social e individual(114).

1.11 Práxis educativa na prevenção do câncer de colo do útero como desafio atual

A produção do conhecimento e as mudanças da práxis da saúde têm sido mais efetivas nos últimos anos. É provável que uma das principais características das práticas de saúde no futuro será a ênfase concedida à pesquisa e, principalmente, às ações de prevenção, promoção e vigilância da saúde na prevenção do câncer de colo do útero(123,124).

Diante dessas orientações, é importante que a prevenção do câncer de colo do útero seja uma prática prioritária na concepção dos profissionais de saúde e das políticas públicas de saúde.

Torna-se crucial para o controle do câncer de colo do útero ter acesso às mulheres que não realizam o exame e conseguir que o façam(125). O governo inglês priorizou o controle do câncer de colo do útero no país e determinou que todas as mulheres fossem visitadas por uma assistente social e convocadas a realizarem o exame. Na visita domiciliar era agendado o horário mais conveniente para a paciente em ambulatório de Saúde Pública. Estabelecia um modelo assistencial de demanda organizada oposto ao modelo vigente no Brasil, que prioriza a demanda espontânea, voltada para eventos agudos em detrimento da prevenção. O Reino

Unido conseguiu diminuir a mortalidade por câncer de colo do útero usando o exame de citologia convencional(125).

No momento atual, o maior desafio não está simplesmente na realização do exame citológico, mas sim, realizá-lo como prioridade naquela paciente que nunca o fez, ou que o fez há mais de três anos, facilitando o acesso e o agendamento dessa mulher assintomática que procura a Estratégia de Saúde da Família simplesmente com o objetivo de prevenção(125).

No entanto, as práticas de prevenção do câncer de colo do útero não estão sendo realizadas na sua plenitude. Estas práticas dependem dos profissionais de saúde, gestão e conscientização das mulheres(126). Atualmente, muitas mulheres continuam morrendo de câncer de colo do útero por falta da detecção precoce. Dessa forma, percebe-se que as estratégias educativas realizadas não estão tendo impacto desejável nos serviços de saúde.

Diante da Promoção da Saúde nos serviços de saúde, as práticas educativas assumem um novo caráter, uma vez que seu eixo norteador é o fortalecimento da capacidade de escolha dos sujeitos(127). A ação educativa no serviço de saúde deve levar a mulher a procurar regularmente a prevenção(57). É preditivo que a abordagem educativa esteja presente em todas as ações para promover a saúde e prevenir as doenças e seus agravos.

Entretanto, a mudança na estatística do câncer de colo do útero não depende só das mulheres e não só das políticas governamentais, ou só das ações dos profissionais de saúde, mas sim do conjunto de todos esses, numa estratégia articulada, voltada para a Educação em Saúde e para a redução dos agravos à saúde da mulher(57).

Com a implantação do PSF, foi possível realizar modificações na execução de um programa de Educação em Saúde planejado para a comunidade adstrita, a partir do diagnóstico de suas necessidades e do conhecimento do seu perfil epidemiológico da sua área de abrangência. Permite, assim, que a equipe saúde da família conheça o perfil das mulheres que tem receio ou dificuldades em estar realizando a prevenção, para que a partir deste ponto possa estabelecer mecanismos de intervenção(128).

É importante aproveitar o momento de acolhimento para conscientizar a mulher sobre aspectos relevantes na prevenção do câncer de colo do útero, utilizar os meios de

comunicação como espaços privilegiados para orientação e divulgação de experiências bem sucedidas na comunidade, podendo esta experiência ser relatada pelo próprio paciente servindo de estímulo para adesão de novos pacientes à proposta de prevenção(128).

Um estudo realizado por Gazzinelli(129), sobre a Educação em Saúde, destacou a necessidade de se buscar uma articulação entre as representações sociais e a experiência da doença nas práticas educativas. Essa educação propicia mudança de comportamento das mulheres através das práticas educativas realizadas adequadamente pelos profissionais no serviço de saúde.

A maioria das questões giram em torno de melhorar o processo de colaboração, numa perspectiva de encontrar melhores formas de codificação do conhecimento em formas adequadas para transmissão e garantir que o conhecimento local seja transformado em nível de organização do conhecimento(130). Entretanto, a capacitação técnica dos profissionais responsáveis pelas ações de prevenção do câncer de colo do útero não deve ser entendida como uma simples aquisição de instrumentos e técnicas; os processos educativos em saúde deverão se concretizar de forma dialógica, transformadora e efetiva de forma generalizada, nas ações educativas(131).

Na prevenção primária do câncer de colo do útero evita-se o aparecimento da doença por meio da intervenção no meio ambiente e em seus fatores de risco, como o estímulo ao sexo seguro, correção das deficiências nutricionais e diminuição da exposição ao tabaco. A mulher com situação de risco pode ser identificada durante a consulta ginecológica e deve ser acompanhada de maneira mais frequente.

Na anamnese dirigida é importante investigar quando foi a última coleta do exame. Algum tratamento no colo do útero deve ser investigado. A presença de sangramento vaginal fora do período menstrual normal deve ser investigado, além de sangramento vaginal após relação a sexual(43).

No ano de 1996 o Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Nacional do Câncer-INCA, implantou o programa Viva Mulher, em âmbito nacional. Tem como principais diretrizes motivar a mulher cuidar da sua saúde, reduzir as desigualdades no acesso á rede de saúde, aumentar a eficiência da rede de controle do câncer, ofertando serviços para prevenção e detecção em estágio inicial, tratamento e reabilitação(132). Programas como o “Viva

Mulher-Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e de Mama”, foi implementado em Minas Gerais em 1998, para atender as mulheres de todos os municípios do estado. Através dele, mulheres entre 25 e 59 anos aprenderam a importância de realizar o exame citopatológico. A estruturação do “Viva Mulher” prevê a formação de uma grande rede nacional na qual o profissional esteja capacitado para estimular a prevenção, realizar a detecção precoce de lesões precursoras da doença e promover o tratamento. Essa estruturação tem um papel fundamental na normalização de procedimentos e controle de qualidade de vida e motiva a mulher a cuidar de sua saúde, o que fortalece e aumenta a eficiência da rede formada para o controle do câncer de colo do útero(96,108).

Estatisticamente é comprovado que a mudança em estilo de vida e hábitos alimentares, influencia nos indicadores de saúde. No passado, os municípios recebiam recursos financeiros baseados em indicadores de doença. Hoje, porém, as políticas públicas de saúde tem mudado esse conceito e o município passa a ser contemplado pelo número de indicadores de saúde que ele cumpriu-alcançou, o que serviu para estimular os municípios a realmente desenvolverem ações de prevenção e promoção da saúde. Daí se observou a importância de inserir ações educativas no serviço de saúde(133).

Tendo em vista a ação dos agentes agressores e a cura da doença em seu início, é de suma importância que sejam desenvolvidas ações preventivas com toda a comunidade, além de estimular a luta por um acesso mais eficaz aos serviços de saúde, visando à diminuição dos casos de câncer de colo do útero(2).

A avaliação do impacto da Educação em Saúde tem sido centrada na mudança positiva das práticas de saúde dos indivíduos e de seu estado de saúde. Além disso, há um crescente interesse no impacto econômico produzido pelos programas de Educação em Saúde para a vida do indivíduo e da sociedade(134).

Um estudo realizado com os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família, que realizam as atividades de Educação em Saúde no ano de 2007 na cidade de Florianópolis, demonstrou que além dos profissionais centrarem-se na doença, a educação em saúde era realizada baseada no Modelo Tradicional de imposição de conhecimentos, transmitindo conhecimentos técnicos sobre as doenças e como cuidar da saúde, desconsiderando o saber popular e as condições de vida da população. Dessa forma, o usuário não aprende fazer a

prevenção, ficando restrito ao conhecimento da doença(77). Nesse sentido, uma pessoa somente conhece bem algo quando transforma, e para acontecer essa transformação, todo processo tem que ser transformado(6).

Desde o início da década de 1980 a Educação em Saúde tinha seu enfoque restrito pelos médicos ao repasse de conteúdos sobre normas de higiene, sua atenção era dirigida à tentativa de diminuir ou eliminar a ignorância das causas biológicas das doenças. Novos caminhos tem sido repensados para se efetivar os objetivos da Educação em Saúde(36).

Infelizmente, nota-se no campo da saúde que os profissionais julgam desnecessário o aprendizado da Educação em Saúde. Acreditam que o saber clínico e o falar de forma coloquial fossem suficientes para a implementação dessa educação(34). A reflexão metodológica da Educação em Saúde tem sido vista ainda, nos dias atuais, como condição desnecessária para fazer Educação em Saúde na prevenção e Promoção da Saúde. A Educação em Saúde propicia mudança de comportamento das mulheres através das práticas educativas realizadas adequadamente pelos profissionais nos serviços de saúde.

Diante do exposto, questiona-se: na concepção dos médicos e enfermeiros como está sendo realizada a Educação em Saúde na prevenção do Câncer de Colo do Útero?

Será que a Educação em Saúde que esta sendo realizada na Atenção Primária à Saúde pelos médicos e enfermeiros na prevenção do Câncer de Colo do Útero tem transformado a concepção das usuárias?

Questiona-se: Será que os médicos e enfermeiros realizam a Educação em Saúde na prevenção do Câncer de Colo do Útero na perspectiva dialógica para aumentar a cobertura do Exame Papanicolau e diminuir o Câncer de Colo do Útero na Atenção Primária à Saúde?

Nesse momento, apresentam-se dois pressupostos: O primeiro pressuposto é que a Educação em Saúde é importante para Promoção da Saúde e prevenção do Câncer de Colo do Útero, mas é restrita na concepção dos profissionais de saúde. O segundo, mas não menos importante que o primeiro, é que se acredita que a educação adequadamente realizada é capaz de transformar a prática na prevenção do Câncer de Colo do Útero. Porém, não pode ser qualquer educação.

Entretanto, ela é realizada de uma forma inadequada por isso tem sido ineficiente o trabalho de prevenção do Câncer de Colo do Útero. A Educação em Saúde utilizada de uma forma adequada maximiza os resultados na diminuição dos índices de mortalidade e aumento da cobertura do Exame Papanicolau.

A partir daí, o estudo propõe responder o seguinte problema: Qual a percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a Educação em Saúde na prevenção do Câncer de Colo do Útero na Atenção Primária à Saúde?

Diante do exposto, este estudo se justifica, uma vez que busca, a partir da percepção dos médicos e enfermeiros, conhecer como tem sido realizada a educação em saúde na prevenção do Câncer de Colo do Útero, tendo em vista contribuir para melhoria da Educação em Saúde na Atenção Primária à Saúde.

Pretende fornecer subsídios para uma reflexão crítica, proporcionando e ampliando discussões na Atenção Primária à Saúde, permitindo, assim, uma avaliação qualitativa da Educação em Saúde na prevenção do Câncer de Colo do Útero, para subsidiar o planejamento e gestão das ações de prevenção e Promoção da Saúde em atenção à saúde da mulher.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Compreender a percepção dos médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre a Educação em Saúde na prevenção do Câncer de Colo do Útero.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer a percepção dos médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre a Educação em Saúde na prevenção do Câncer de Colo do Útero;
- Verificar a importância da Educação em Saúde na prevenção do Câncer de Colo do Útero;
- Identificar as ações educativas realizadas pelos médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde na prevenção do Câncer de Colo do Útero.

3 PRODUTO

Artigo Científico: “Educação em Saúde na prevenção do Câncer de Colo do Útero: percepção de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.”

O artigo foi submetido ao periódico Ciências & Saúde Coletiva.

3.1 Artigo

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO:
PERCEPÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

EDUCATION IN HEALTH IN THE PREVENTION OF THE COL CANCER OF THE
UTERUS: PERCEPTION OF DOCTORS AND NURSES OF THE PRIMARY
ATTENTION TO THE HEALTH

Gomes, Celsilvana Teixeira¹, Rodrigues-Neto, João Felício²

¹Enfermeira, Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. ceutg@yahoo.com.br

²Médico, Professor Doutor do Departamento de Clínica Médica da Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. joãofelicio@yahoo.com

João Felício Rodrigues Neto

Endereço: Av. Cula Mangabeira 1562, Santo Expedito, CEP: 39.401-002 Montes Claros–MG, Brasil. Telefones: (38) 3224-8383/9961-3522

RESUMO

Este artigo objetivou compreender a percepção de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre a Educação em Saúde na prevenção do câncer de colo do útero. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Os sujeitos da pesquisa foram 14 profissionais, que trabalhavam nas equipes de Saúde da Família-ESF, do município de Teófilo Otoni em Minas Gerais, Brasil. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semi-estruturada e submetidos à análise de conteúdo, do tipo categorial temática. A análise foi estruturada em categorias e subcategorias empíricas. Os resultados demonstraram que os médicos e enfermeiros possuem conhecimento restrito em relação à educação em saúde, porém reconhecem a importância da mesma na prevenção do câncer de colo do útero. A percepção sobre as estratégias que podem ser utilizadas na prática não são suficientes para Promoção da Saúde. Considera-se que a educação em saúde adequadamente utilizada contribua para a prevenção do câncer de colo do útero.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Câncer de Colo do Útero, Recursos Humanos em Saúde, Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

This article aimed to understand the doctors and nurses perception to the Primary attention to the health about the health education in the cervical cancer prevention. It's a study, qualitative, descriptive and exploratory. The subjects of this research were 14 professionals, that worked in the family health team-FHT, in Teofilo-Otoni, Minas Gerais, Brazil. The data were obtained by means of semi structured interviews and submitted to content analyzes, categorical thematic type. The analyze was structured in impire categories and subcategories. The results demonstrate that doctors and nurses have a narrow concept about health education, however they know its importance in the cervical cancer prevention. The sense about the strategies that can be used in its practice aren't enough for health promotion. Believe that health education rightly used contribute to the prevention of cervical cancer.

Key-work: Health education, Cervical cancer, Human resources in the health, Qualitative research.

INTRODUÇÃO

A importância da Educação em Saúde para a Promoção da Saúde é imprescindível na Atenção Primária à Saúde-APS e tem sido reconhecida como fator primordial para a melhoria da qualidade de vida das pessoas¹. Assim, as diretrizes da Educação para a Saúde² definem a Educação em Saúde como uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde das pessoas.

É preditivo que a abordagem educativa venha facilitar a incorporação de ideias, atendendo às necessidades da população, devendo estar presente em todas as ações para promover a saúde e prevenir as doenças¹. No entanto, para a prevenção do câncer de colo do útero, a educação pode ser idealizada ou pensada de várias formas, considerando a competência dos profissionais em realizar as práticas, onde a transformação do objeto de trabalho são as mulheres, o processo saúde e doença e a organização dos serviços de saúde³.

Deve-se priorizar a prevenção e o controle do câncer de colo do útero, pois este ainda é responsável por inúmeras mortes de mulheres em todo o mundo, especialmente em países em desenvolvimento⁴. Estatisticamente, é considerado o segundo tipo de câncer, com aproximadamente 500 mil novos casos em todo o mundo. É responsável pelo óbito de 230 mil mulheres por ano⁵.

No Brasil, estima-se que no ano de 2012 serão diagnosticados 17.540 mil novos casos, com um risco estimado de 17 novos casos a cada 100 mil mulheres, o que é claramente demonstrado na estatística de toda América Latina. Como estratégia de rastreamento do câncer de colo do útero, o Ministério da Saúde preconizou a realização do Exame de Papanicolau para as mulheres com idade entre 25 a 64 anos⁵.

Um estudo de revisão que analisou o acesso e a utilização do Exame de Papanicolau em vários países no ano de 2003 demonstrou que o aumento das taxas de incidência do câncer

de colo do útero evidência a baixa cobertura do exame nos países em desenvolvimento⁶. Para aumentar a cobertura do exame, os gestores devem incluir intervenções dirigidas ao sistema de saúde, tais como, recursos humanos capacitados para promover a Educação em Saúde e recursos materiais para fazer o exame⁷.

Estudo realizado no Peru utilizou os resultados clínicos de 185 observações diretas, em quatro cidades, para avaliar as oportunidades perdidas de Educação em Saúde em 2011. Constatou-se que a educação das pacientes sobre a importância da prevenção raramente era explorada. Demonstrou que a Educação em Saúde, feita pelos profissionais prestadores, era mínima⁷.

A Educação em Saúde deve ser abordada em todos os momentos, em qualquer espaço, quando, não ocorrer, constitui oportunidade perdida.

Nesse momento, apresentam-se dois pressupostos: O primeiro pressuposto é que a Educação em Saúde é importante para Promoção da Saúde e prevenção do câncer de colo do útero, mas é restrita na concepção dos profissionais de saúde. O segundo, não menos importante, é de que se acredita que a educação adequadamente realizada é capaz de transformar a prática; porém, não pode ser qualquer educação. Entretanto, ela é realizada de uma forma inadequada, por isso, tem sido ineficiente o trabalho de prevenção do câncer de colo do útero. A Educação em Saúde utilizada de uma forma adequada maximiza os resultados na diminuição dos índices de mortalidade e aumento da cobertura do exame papanicolau.

Este estudo se justifica, uma vez que busca, a partir da percepção dos médicos e enfermeiros, conhecer como tem sido realizada a educação em saúde na prevenção do câncer de colo do útero, tendo em vista contribuir para melhoria da educação em saúde na Atenção Primária à Saúde.

O objetivo desta pesquisa é compreender a percepção dos médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre a Educação em Saúde na prevenção do Câncer de Colo do Útero.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. O estudo foi realizado na cidade de Teófilo Otoni-MG, Brasil. É uma cidade de médio porte, localizada no nordeste de Minas Gerais, no Vale do Mucuri e é considerado o centro macro-regional, ocupando uma área de 3.242,818 Km², abrigando uma população de 133.161 habitantes⁸. A pesquisa foi feita no período de março a junho de 2011. A coleta de dados foi realizada em sete Estratégias de Saúde da Família-ESF, da zona urbana, com 14 profissionais. O número de sujeitos integrados desta pesquisa foi considerado suficiente quando atingiu a saturação. Os dados da pesquisa refletiram a totalidade das múltiplas dimensões do sujeito deste estudo ao se tornarem repetitivos, não sendo necessário o acréscimo de novas informações⁹. Os critérios de inclusão para o estabelecimento dos sujeitos foi estar inseridos na ESF num período superior a seis meses. O critério de exclusão foi a não aceitação de alguns profissionais na participação da pesquisa.

Para a coleta de dados, no momento da entrevista foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao participante, apresentando os objetivos da pesquisa e obtenção da assinatura. A entrevista foi individual semi-estruturada, segundo Minayo⁹, com as seguintes questões norteadoras: “Qual a sua percepção sobre Educação em Saúde na prevenção do câncer de colo do útero”? “Como você percebe a importância da Educação em Saúde para as mulheres na prevenção do câncer de colo do útero”? “Para você como deve ser a Educação em Saúde para as mulheres sobre a prevenção do câncer de colo do útero na

Atenção Primária à Saúde”? “Quais as estratégias que você utiliza para promoção da Educação em Saúde na prevenção do câncer de colo do útero na Atenção Primária à Saúde”? As entrevistas foram gravadas com duração média de 40 minutos e em seguida transcritas, permitindo, assim, contar integralmente com as informações fornecidas pelos entrevistados, possibilitando a fidedignidade dos dados. Para a análise dos resultados, as falas foram codificadas em M1, M2...M7 e E1, E2...E7.

Para análise desses dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, do tipo categorial temática proposta por Bardin¹⁰.

Num primeiro momento, reuniu-se todo o material empírico e houve uma pré-análise dos dados, orientada pelos pressupostos e objetivos do estudo, com leitura fluente e exaustiva das entrevistas. Ainda nessa etapa, trabalhou-se com as entrevistas, buscando uma forma de proceder aos recortes, à categorização e à codificação, à medida que se apresentava a recorrência dos dados.

Posteriormente, definiram-se as categorias e as subcategorias de análise de modo que permitissem agrupar as unidades de registro e contexto com características em comum ou que se relacionavam entre si. Por fim, procedeu-se à interpretação dos dados, buscando desvendar o conteúdo subjacente ao que foi manifesto. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer: 2051/10 da Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTES e conduzido dentro dos padrões da Declaração de Helsinque.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas entrevistas com 14 profissionais, sendo sete médicos (cinco do sexo masculino e 02 do sexo feminino); sete enfermeiros (um do sexo masculino e seis do sexo feminino), que trabalhavam na ESF. A idade variou de 27 a 60 anos. Com relação ao estado

civil dos profissionais, três médicos eram casados, dois solteiros, um separado e um divorciado. Quanto aos enfermeiros, três casados, quatro solteiros e um divorciado. A renda mensal dos enfermeiros era de cinco a sete salários mínimos, e dos médicos com a média de 12 a 20 salários mínimos. Seis enfermeiros e um médico possuem especialização em Saúde da Família. Os demais médicos possuíam especializações em outras áreas (geriatria, dermatologia, endocrinologia e cirurgia plástica).

Os enfermeiros possuem especialização em outras áreas, como psicopedagogia, gestão da clínica, gestão pública, docência do ensino superior, um enfermeiro não possuía especialização em nenhuma área. O tempo médio de trabalho variou de oito meses a quatro anos para os enfermeiros de um a treze anos para os médicos.

Em estudo realizado no município de Teixeira, em Minas Gerais, no ano de 2006, sobre o perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família e organização do trabalho, mostrou que 75% dos médicos têm alguma especialidade e um especialista em Saúde da Família.

Quanto à formação dos enfermeiros, 33,3% têm especialização em Serviço de Saúde, 33,3% cursavam especialização na área de Saúde Pública¹¹.

“Para análise dos resultados emergiram três categorias empíricas: “Conceito de Educação em Saúde”; “Importância da Educação em Saúde na prevenção do câncer de colo do útero” e “ações educativas na prevenção do câncer de colo do útero na Atenção Primária à Saúde”.

CONCEITO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Nesta categoria, na percepção dos profissionais entrevistados emergiram duas subcategorias: “Educação em Saúde relacionada ao sistema de saúde” e “Educação em Saúde relacionada às mulheres”.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE RELACIONADA AO SISTEMA DE SAÚDE

Nessa subcategoria, os profissionais entrevistados perceberam a Educação em Saúde envolvendo o serviço em aspecto relacionado à estrutura e organização, aos processos e às pessoas. A compreensão dos médicos e enfermeiros é restrita em relação à educação em saúde na prevenção do câncer de colo do útero, como podem ser vistas nas falas seguintes.

“Organizar as unidades de saúde em termo de estrutura, material e protocolo para fazer a prevenção do câncer de uma forma mais humanizada. (M6)”

“A gente percebe que a educação deixa um pouco a desejar por falta de estrutura e materiais. (E6)” *“Não faço por falta de estrutura e material... (M6)”*

A estrutura física e os recursos materiais foram apontados como uma barreira para o desenvolvimento das ações de Educação em Saúde, entretanto, ambos não devem inibir a prática da Educação em Saúde, ressaltando que o processo educativo ocorre com pessoas, tornando-se mais relevante do que os recursos materiais¹². Podemos inferir que a gestão pública e os profissionais de saúde devem elaborar estratégias educativas de execução, planejamento e avaliação das ações de saúde na prevenção do câncer de colo do útero^{5,13}.

“A gestão do município deve elaborar estratégias junto com a equipe para as mulheres que trabalham para que essas mulheres tenham condições de buscar o serviço. (E3)”

Pode-se apreender que a qualificação e a capacitação dos profissionais de saúde, assim como o aprimoramento do seu desempenho, são necessárias para a melhoria dos serviços prestados à população¹⁴. Em relação aos processos, pode-se dizer que processos mal definidos acabam

sobrecarregando o trabalho pela falta de organização do serviço. Por outro lado, faz-se necessário que o profissional tenha um olhar sistêmico, não atentando apenas para a sobrecarga de atendimento como fator principal para desenvolver a Educação em Saúde. Em estudo realizado no interior da província de Misiones, Argentina (2003), detectou-se que a principal barreira descrita pelas mulheres para a não realização do exame preventivo foi a não solicitação do exame por parte do médico ou profissional de saúde. Entretanto, podem perder-se oportunidades de prevenção nos próprios serviços de saúde, podendo ser interpretado pelas mulheres como desnecessário realizar o exame¹⁵. Percebe-se na fala dos profissionais que os mesmos justificam a sua deficiência na atuação do processo educativo por motivos de sobrecarga de trabalho isentando-se do comprometimento profissional em sua prática.

“Acho que o PSF tem que ter ajuda de outros profissionais porque o clínico está muito sobrecarregado para fazer essa educação. (M2)”

“(...) a gente não dá conta de fazer essa coleta na hora e orientar as mulheres. (E4)”

Na cidade de Botucatu São Paulo, em 2006 foi realizado um estudo sobre a formação acadêmica dos médicos no trabalho cotidiano, evidenciou que, dentre os vários problemas para a realização de atividades de prevenção e Educação em Saúde, destacam-se a falta de tempo para poder preparar os assuntos para a comunidade, associada à demanda excessiva de atendimento. A pouca valorização do trabalho médico e o salário incompatível com a responsabilidade e o comprometimento, também foram relatados no estudo¹⁶.

“A gente trabalha em uma realidade que dificulta um pouco, aqui o que acontece, temos poucos médicos com baixos salários e péssimas condições, e o que gera com isso sobrecarga de trabalho no PSF (...), (M1)”

O fato dos usuários procurarem o serviço de saúde para consulta médica depende dos fatores individuais de cada pessoa¹⁷, por considerar que a sua saúde é regular ou ruim¹⁸. Nessa perspectiva, é importante a educação dos usuários acerca do processo saúde-doença. A educação deve ser feita através de toda equipe. As ações de Educação em Saúde, de forma construtiva com a participação de todos os profissionais envolvidos, mostram-se como método efetivo para aquisição e compartilhamento de informações, possibilitando à clientela a execução de práticas favoráveis a sua saúde e seu bem estar¹⁹.

“Educação em Saúde no câncer de colo do útero tem que ser feita por toda equipe. (E2)”

“Tem que ser difundidas não só pelos enfermeiros, mas trabalhar em grupo multidisciplinar, onde profissionais e a comunidade estejam juntos. (E7)”

“... durante a consulta (...), peço a mulher para marcar com a enfermeira. (M6)”

Percebe-se que os enfermeiros são os profissionais que realizam a prevenção do câncer de colo do útero na Estratégia de Saúde da Família, os médicos encaminham as mulheres para fazer a prevenção com os enfermeiros. O enfermeiro tem se destacado no papel de educador, mesmo sendo essa atribuição responsabilidade de toda a equipe²⁰. Os resultados dessa subcategoria demonstraram que os médicos e enfermeiros possuem conhecimento restrito em relação à Educação em Saúde relacionado ao sistema de saúde, ao processo de trabalho e à equipe.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE RELACIONADA ÀS MULHERES

Nesta subcategoria os profissionais relatam os sentimentos de medo, vergonha, constrangimento, influenciado pelas crenças que as mulheres carregam. Constatou-se também

que o ensinar e o aprender estão relacionados com o Modelo Tradicional de Educação. Os sentimentos evidenciados por cada mulher dependem da visão de mundo de cada uma delas. No entanto, pode ser resultante da posição ginecológica em que permanecem durante o exame, o que causa a sensação de impotência, desproteção e perda de domínio sobre o próprio corpo²¹.

“Nós temos problemas com mulheres que tem timidez, receio do exame, receio da doença (...) dificuldades na família, que impedem a mulher de vir, para algumas mulheres é constrangedor e dificultoso. (E3)” “Eu sinto que muitas mulheres ficam envergonhadas de fazer o preventivo tão perto da comunidade, principalmente as moças mais jovens. (M2)”

Mediante os relatos, o trabalho educativo deve integrar a consideração de valores, costumes, crenças, angústias e símbolos sociais, políticos e culturais dos indivíduos, refletindo nas condutas práticas^{21,22}.

Corroborando com Pinho e Júnior⁶, o medo pode adquirir um efeito contrário ao que se deseja, tornando-se um elemento restritivo à realização do Exame de Papanicolau.

“(...) tem muita mulher que não procura a unidade de saúde, justamente por medo de fazer o exame, elas tem tabu em relação ao preventivo. (E5)”

Isso influencia para a não adesão à prevenção do câncer de colo do útero nos serviços de saúde. Em relação ao ensinar e aprender, os profissionais não compreendem que o ensinar e o aprender devem contemplar o universo das mulheres, suas vivências, contribuindo para a mudança de hábitos^{21,23}. Observa-se nas falas que o Modelo Tradicional de Educação em Saúde está enraizado na concepção dos profissionais, onde transmite-se o conhecimento

técnico-científico, sendo o detentor do saber e as mulheres consideradas como depósitos de informações para serem preenchidas pelo profissional com uma abordagem de educação mais rigorosa. A maioria dos discursos é permeada por uma educação voltada para as doenças e para a tentativa de mudança de comportamento dos indivíduos, com relação vertical e impositiva.

“A Educação em Saúde não deve ser assim de uma maneira muito light, (...), eu acho que tem que colocar um pouquinho de terror, tem que falar que o câncer de colo do útero tá matando, tá morrendo tantas mulheres no Brasil, não seja você a próxima, se não, não adianta, as mulheres não aparecem para fazer o exame. (M2)”

Observa-se que o estilo de pensamento é curativista, com foco na doença, considerando os princípios do Modelo Tradicional^{24,25}. Nota-se que, além de centrarem-se na doença, os relatos não estão centrados na Promoção da Saúde, defendida na Carta de Ottawa, dentre, outras²⁶.

“A minha percepção é que tem que se fazer mesmo uma educação para prevenir o câncer de colo do útero. (M5)”

“Eu penso que toda educação em saúde tem que abordar a doença. (E3)”

“A questão educativa ela é a base, ela vai induzir a paciente a buscar a compreensão sobre a gravidade da doença. (M1)”

Contradiz-se com a concepção de Freire²⁷, que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou sua construção. Os profissionais devem incorporar nas mulheres os conceitos necessários para a aquisição da própria autonomia numa perspectiva transformadora, com mudanças de atitude na prevenção do câncer de colo do útero. Essa reflexão demonstra que os profissionais aplicam o Modelo

Tradicional de Educação e não o Modelo Dialógico de Educação com abordagem crítico-reflexiva do processo saúde-doença.

IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Nesta categoria a importância da Educação em Saúde foi estruturada em duas subcategorias: “Educação em Saúde relacionada ao serviço de saúde e a sociedade” e “Educação em Saúde relacionada às mulheres.”

IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE RELACIONADA AO SERVIÇO DE SAÚDE E A SOCIEDADE

Nessa subcategoria a percepção dos profissionais relacionava-se à importância da educação para o serviço. Os serviços de saúde precisam apropriar-se de uma tecnologia de alta complexidade que envolve conhecimentos, habilidades, comprometimento e técnicas dos profissionais de saúde, dentre as quais se destaca a Educação em Saúde como base para que as ações educativas sejam geradoras de aprendizagem^{28,29}. Observou-se que para potencializar a redução de custos junto aos vários contextos da assistência e favorecer a promoção do autocuidado, a Educação em Saúde tem uma contribuição primordial na prevenção de doenças e agravos, proporcionando o bem estar do ser humano³⁰.

“Elas só vão entender a importância se elas forem educadas com essa abordagem de educação em saúde e de saber que a prevenção é melhor do que esperar ficar doente pra depois tratar, porque tratar demora mais, gera custo para o município. (E3)” “A pessoa

tendo conhecimento sobre a prevenção do câncer de colo do útero, ela vai começar a buscar a prevenção na unidade de saúde. (M1)”

A educação realizada de forma adequada transforma a concepção das pessoas, por meio de uma abordagem crítico-reflexiva entre o educador e educando nos serviços de saúde, onde a produção de conhecimento ocorre de forma mútua^{22,31}.

“A educação deve ser de forma contínua, porque às vezes as mulheres esquecem de fazer o exame. É importante para manter o serviço organizado também. (E6)”

Um dos objetivos do serviço de saúde é a intervenção na doença, disponibilizando ao indivíduo e à coletividade mecanismos para a manutenção ou recuperação do seu estado de saúde³². A boa organização dos serviços contribui para melhoria da atenção com impactos positivos na saúde da população e à eficiência do sistema de saúde³³.

“Acho importante fazer uma triagem diária com as pacientes no serviço, criando uma escala de controle de quem já fez preventivo no ano, a fim de manter o serviço organizado (E6)”

A educação na prevenção do câncer de colo do útero deve ser ministrada pelos profissionais em todos os momentos que a mulher comparecer à unidade de saúde.

IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE RELACIONADA ÀS MULHERES

Nesta subcategoria os profissionais relataram que a importância da Educação em Saúde para as mulheres está relacionada com a detecção precoce do câncer de colo do útero e

consequentemente a Promoção da Saúde. A detecção precoce evita o aumento da morbimortalidade por câncer de colo do útero³⁴.

Nessa perspectiva são necessárias a organização e a qualidade do programa de rastreamento como o seguimento das usuárias no serviço através da realização do exame. É considerada uma estratégia fundamental para o seu controle no Brasil⁵.

“A precocidade da detecção(...) é extremamente importante, ela vai refletir diretamente no prognóstico. Si você conseguir detectar uma paciente já no estágio I NIC I a conclusão é fantástica, até no NIC III teoricamente a gente consegue. (M1)”

“Pra evitar o alastramento do câncer de colo e morte precoce das mulheres.(M7).

O câncer de colo do útero apresenta um grande potencial de prevenção e cura, desde que diagnosticado precocemente³⁵.

Em relação à Promoção da Saúde, a educação deve constituir parte essencial na prevenção de doenças, na contribuição do tratamento precoce e eficaz, minimizando o sofrimento e a incapacidade das pessoas por mutilações dos seus órgãos³⁶.

“Prevenir contra tudo, contra as doenças da mulher específica, esta menos vulnerável. (M7)”

“O exame, ele tem um escore de frequência de achados, tanto doenças ginecológicas, quanto estágios iniciais do câncer de colo do útero. (E5)”

Esclarecer (...) à mulher quais as doenças que podem não ser descobertas com a não realização do exame preventivo. (M5)”

Para promover saúde, os profissionais precisam estar envolvidos com a população construindo relações de confiança a fim de que as representações sociais, individuais,

culturais sejam discutidas, no contexto da sexualidade, prevenção das doenças e do câncer de colo do útero³.

“A educação é importante para orientar as mulheres sobre os cuidados com o corpo. É primordial, porque muitas mulheres não têm noção do que seja o colo do útero (M1)”.

Neste aspecto, a abordagem de forma conjunta e construtiva com a população, possibilita as ações efetivas de promoção e Educação em Saúde¹⁹. Isso só ocorre quando a Promoção da Saúde é vista como o jeito de pensar e de fazer a saúde, no qual as pessoas são vistas em sua autonomia e em seu contexto político e cultural como sujeitos capazes de viver o seu modo de vida saudável³⁷.

A finalidade da educação é a Promoção da Saúde. Isso engloba prevenção e diagnóstico precoce, entretanto essa concepção não está inserida na percepção da maioria das pessoas, que muitas vezes estão preocupadas em curar a doença. As pessoas vão procurar o serviço quando apresentam os sinais e sintomas e não antes de adoecer. O importante é promover saúde, na questão do uso do preservativo e os cuidados para fazer o Exame Papanicolau.

ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

As estratégias de prevenção foram abordadas nesta categoria, por considerar que é necessário conhecer quais ações educativas na prevenção do câncer de colo do útero são realizadas pelos profissionais entrevistados. As ações realizadas foram: abordagem individual e grupo operativo.

ABORDAGEM INDIVIDUAL SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Nesta subcategoria, os profissionais demonstram fazer orientações educativas durante as consultas individuais no serviço de saúde. A Educação em Saúde pode ser utilizada como veículo de divulgação das informações na consulta individual, e através de outras ações, não sendo restrito apenas a esse cenário³⁸.

Uma consulta realizada por um profissional com formação humanista, problematizadora pode aumentar a eficácia dos serviços de saúde, mas se o profissional estiver um conhecimento fragmentado intervencionista, curativista, não conseguirá construção de novos sentidos individuais e coletivos para compreensão do processo saúde-doença na Atenção Primária à Saúde^{39,40}.

“Eu acredito que a gente deve fazer uma abordagem individual, para detectar as dificuldades individuais de cada mulher. (E3)”

“Durante uma consulta você pode esclarecer todas as dúvidas da paciente (...), explicar a facilidade que é a realização do preventivo. (E5)”

“Em toda consulta aqui no consultório eu oriento a mulher a importância de fazer o exame. (M3)”

Na Inglaterra, as pessoas estão sendo encorajadas, nas consultas médicas, a responsabilizar-se pela sua própria saúde por meio de estratégias de adoção de comportamentos saudáveis e cuidado preventivo; nessa perspectiva, essa atitude está sendo uma característica atual para mudanças de hábitos na Atenção Primária à Saúde⁴¹. A Educação em Saúde é considerada como um processo político pedagógico, que permite,

desvendar a realidade e propor orientações transformadoras que levem o indivíduo a sua auto-percepção e autonomia, enquanto sujeito capaz de decidir sobre a sua saúde e seu autocuidado²².

“Na consulta das pacientes que estão em idade fértil, toda consulta eu pergunto a mulher se ela esta com o preventivo em dia. (M5)”

“A gente vai trabalhando com orientação individual dentro da sala de enfermagem no momento da coleta do preventivo. (E3)”

A abordagem individual permite a mulher expressar seus sentimentos de uma forma mais particular com o profissional. Nesse aspecto, os profissionais têm autonomia de fazer orientações acerca da prevenção do câncer de colo do útero de acordo com a auto-percepção da mulher.

ABORDAGEM EM GRUPO

Nesta subcategoria proposta, a estratégia utilizada pelos profissionais de saúde para fazer Educação em Saúde, foram os grupos operativos e as palestras. O trabalho com grupo não é tão simples, mas também não é impossível de se realizar. No entanto, exige planejamento, organização e referencial teórico reportado aos conceitos já preconizados de Pichon-Riviére⁴².

“A gente orienta em grupos operativos, grupos de hipertensos, diabéticos, de mulheres, mostrando qual é a verdadeira importância da prevenção do câncer de colo do útero. (E4)”

“Faço a parte preventiva através de grupo operativo na unidade com a enfermeira. (M4)”

Nas práticas realizadas em grupo, as pessoas fortalecem as relações e transformam a experiência individual em aprendizado, se sentem acolhidas e veem em si situações referidas por outros integrantes, permitindo a troca de saberes entre os integrantes, ocasionando a formação social^{43,44}.

“É muito importante bater nessa técnica de orientação de grupo pra embutir, porque muitas mulheres são resistentes a ta fazendo essa prevenção. (E8)”

De acordo com Freire,⁴⁵ na educação pautada na concepção construtiva e coletiva, os profissionais deverão incorporar a prática educativa como uma ação transformadora, na qual os conteúdos abordados devem estar relacionados à realidade dos sujeitos participantes do processo de educação.

“Eu realizo no grupo mulher, que é um grupo que a gente faz nas comunidades uma vez ao mês. (E1)” “Através de grupo de convivência na comunidade. (M5)”

Para desenvolver a Educação em Saúde com grupos, são necessários conhecimentos, prática, habilidades, comprometimento e atitudes, para que os profissionais de saúde possam organizar e manter o trabalho de grupo na Atenção Primária à Saúde⁴³.

Ao questionar como deve ser abordada a Educação em Saúde para prevenção do câncer de colo do útero, percebemos a falta de conhecimento nas ações, limitando-se apenas em palestras, e as técnicas utilizadas pelos profissionais foram às palestras, sem discriminação da abordagem metodológica. O espaço da sala de espera é um local que pode ser aproveitado para realizar a palestra educativa, a partir de uma programação pré-elaborada, de acordo com a realidade da área adscrita⁴⁶.

“Através de orientação em palestra, na sala de espera. (E1)”

“Enquanto o pessoal está aguardando de vez em quando a gente faz uma palestra mais rápida, mais sucinta falando da importância do preventivo. (E4)”

“Faço palestra com abordagem sobre a prevenção do câncer de colo no PSF. (M7)”

É de fundamental importância a utilização de recursos audiovisuais no processo educativo, desde que tais recursos não sejam usados como o próprio fim da ação educativa, mas como acessório⁴⁷.

“Para mim essa educação em saúde deve ser abordada através de palestra com folders distribuídos para as mulheres. (M5)”

“Através de palestras com recurso audiovisuais, panfletos, vídeos e cartazes. (E1)”

Pudemos inferir que a palestra tem como pressuposto a ideia de que a doença é determinada pela falta de cuidado do indivíduo com a sua saúde, e infelizmente, com essa perspectiva, se limita à simples transmissão de conteúdo descontextualizado, uma vez que as práticas educativas não são percebidas pelos profissionais de saúde como fazendo parte de suas atividades^{46,48}.

De fato, a concepção dos médicos e enfermeiros entrevistados sobre Educação em Saúde é restrita; não podemos afirmar que a educação em saúde só poderá ser feita através de abordagem individual, grupo operativo e palestras. Tem sido observado que essas ações são insuficientes para acessarem a interação, envolvimento, participação do retorno e *feedback* das mulheres na Atenção Primária à Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão deste estudo evidencia que os médicos e enfermeiros possuem conhecimento restrito em relação à Educação em Saúde, porém reconhecem a importância da mesma na prevenção do câncer de colo do útero. A percepção sobre as estratégias que podem ser utilizadas na prática não são suficientes para Promoção da Saúde. Foi observado que o modelo de educação aplicado pelos profissionais para fazer Educação em Saúde foi o Modelo Tradicional de Educação em saúde e não o Modelo Dialógico de Educação, que compreende a Educação em Saúde como transformação dos sujeitos

A Educação em Saúde não é uma questão que precisa apenas de ferramentas ou espaço específico. É muito mais a forma de induzir, de ter visão, atitude e valorizar a educação como saída para prevenção do câncer de colo do útero.

Este estudo teve como limitação o fato de ser um estudo localizado em um único município, com sete equipes de saúde da família, com desenho empírico e qualitativo, mas a discussão foi feita a luz da literatura nacional e internacional, considerando que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família são semelhantes.

Sugere-se que a Educação em Saúde, na prevenção do câncer de colo do útero, seja realizada de forma sistêmica pelos gestores municipais na perspectiva de instituir as políticas públicas preconizadas pelos gestores federais, estaduais e pelos profissionais de saúde, buscando maior acesso das mulheres ao serviço de saúde. Incluir na agenda semanal dos médicos e enfermeiros o espaço para trabalhar com a Educação para Saúde na Estratégia de Saúde da Família, a fim de conscientizar a população e mudar comportamento sobre a prevenção do câncer de colo do útero e outras patologias.

Espera-se que este trabalho contribua para a reflexão dos profissionais e gestores, sobre a importância da Educação em Saúde para o serviço e para as mulheres, bem como para

as instituições formadoras de profissionais que devem re-orientar os seus projetos pedagógicos no sentido de formar um profissional em melhores condições para trabalhar com a Educação em Saúde.

É preditivo que se invista em novas pesquisas sobre Educação em Saúde na prevenção do câncer de colo do útero, analisando: mudanças na educação formal da população, grupo focal de Educação em Saúde, conhecimento dos gestores municipais e formação dos profissionais.

Acredita-se para trabalhar com a Educação em Saúde na perspectiva, dialógica transformadora os profissionais deve ter conhecimento e saber incorporar a ideia e prática do conceito de Educação em Saúde, no processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde para resolver o problema do aumento do câncer de colo do útero no Brasil e no mundo.

Gomes, Celsilvana Teixeira trabalhou na concepção, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo.

Rodrigues-Neto, João Felício trabalhou na concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e a sua revisão crítica.

REFERÊNCIAS

- 1- Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. *Mundo Saúde*. 2007;31(3):320-328.
- 2- Organização Mundial da Saúde. In: *Promoção da Saúde e Saúde Pública: Contribuição para o Debate entre as Escolas de Saúde Pública na América Latina*. Buss M (org.). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1986;158-162.
- 3- Oliveira MM, Pinto IC. Percepção das usuárias sobre as ações de prevenção do câncer do colo do útero na Estratégia saúde da Família em uma distrital de saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2007;7(1):31-38.

- 4- Prado EV, Pereira WS, Assis M. Reorganização das ações de prevenção do câncer ginecológico a partir da educação popular em saúde: a experiência da equipe urbana da estratégia de saúde da família de Rio Negro-MS. *Rev APS*. 2009;12(4):498-503.
- 5- Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. [Internet] [Citado em 13 de fev de 2012] Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>.
- 6- Pinho AA, França Júnior I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Revista Bras de Saúde Materno Infantil*. Recife: 2003;3(1):95-112.
- 7- Bayer, AM, Nussbaum L, Cabrera L, Paz-Soldan VA. Missed opportunities for Health education on pap smears in Peru. *Healt Educ Behav*. 2011; 38:198.
- 8- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília (DF): IBGE, 2010. [Citado em 20 de out de 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
- 9- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 10^a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 10- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
- 11- Cotta, RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidem Serviços de Saúde*. 2006;15(3):7-18.
- 12- Machado MFAS, Vieira NFC. Educação em saúde: um olhar da equipe de saúde da família e do usuário. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009;17(2).
- 13- Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(1).
- 14- Organização Pan-Americana da Saúde. Desempenho em equipes de saúde-manual. Rio de Janeiro; 2001.
- 15- Gamarra CJ, Paz EPA, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolau entre mulheres argentinas. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(2):270-276.
- 16- Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino GE. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev Brasa Educ Med*. 2009;33(3).
- 17- Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(4):819-832.
- 18- Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(3):372-378.
- 19- Lopes EM, Anjos SJSB, Pinheiro AKB. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(2):273-277.

- 20- Souza NG, Carrilho MRGG. Promoção da saúde pela via da interdisciplinaridade na área educacional. Ensaio. 2003;11(39):153-166.
- 21- Duavy LM, Batista FLR, Jorge MSB, Santos JBF. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. Ciênc Saúde Colet. 2007;12(3):724-733.
- 22- Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS-uma revisão conceitual. Rev Ciênc Saúde Colet. 2007;12(2):335-342.
- 23- Libâneo JC. Tendências pedagógicas na prática escolar. Revista da Associação Nacional de Educação: ANDE. 1983; 3:11-19.
- 24- Besen CB, Netto MS, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. Saúde Soc. 2007;16(1):57-68.
- 25- Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2003;19(5):1527-1534.
- 26- Carta de Ottawa: Organização Mundial da Saúde. In: Promoção da Saúde e Saúde Pública: Contribuição para o Debate entre as Escolas de Saúde Pública na América Latina (P. M. Buss, org.). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz, 1986; 158-162.
- 27- Freire, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e terra; 2006.
- 28- Mendes A, Marques RM. O SUS e a atenção básica: a busca de um novo desenho? Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 29- Perrenoud P. Pedagogia diferenciada: das intenções à ação. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
- 30- Chaves ES, Lúcio IML, Leite TL, Damasceno MMC. Eficácia de programa de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. Rev Bras Enferm. 2006; 59:543-547.
- 31- Alvim NAT, Ferreira MA. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(2): 315-319.
- 32- Silvestre JA, Costa MM Neto. A abordagem do idoso em Programas de saúde da família. Cad Saúde Pública. 2003; 19(3):839-847.
- 33- Macinko JSB, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes Within Organization For Economic Cooperation and Development (OECD) Countries. 1970-1998. HSR: Health Services Research. 2003; 38(3):831-865.
- 34- Pelloso SM, Carvalho MDB, Higarashi IH. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. Acta Sci Health Sci. 2004; 26(2):319-324.

- 35- Carvalho SCB, Santos MD, Barros MAS. A incidência de lesões pré cancerígenas de colo uterino em mulheres do município de Mirandiba-PE. *Saude Colet em deb.* 2011; 1(1): 88-98.
- 36- Witt RR. Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública. 2005. 336 f.[tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
- 37- Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czerina D. (org.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexos, tendências.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003;15-38.
- 38- Roberto Netto A, Ribalta JCL, Focchi J, Baracat EC. Avaliação crítica da estrutura do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino do Ministério da Saúde do Brasil. *Femina.* 2001; 29:555-560.
- 39- Rozemberg B, Minayo MCS. A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Ciênc Saúde Colet.* Rio de Janeiro: 2001; 6(1).
- 40- Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comum Saúde Educ.* 2005; 9(16):39-52.
- 41- Conner M, Norman P. *Predicting health behavior.* Philadelphia (PA): Open University Press; 1998.
- 42- Pichon-Rivière E. *O processo grupal (El proceso grupal).* Tradução de Marco Aurélio Fernandes Velloso. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
- 43- Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupo em atenção primária. *Rev APS.* 2009;12(2):221-227.
- 44- Maffaccioli R, Lopes MJM. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. *Acta Paul Enferm.* 2005;18:439-445.
- 45- Freire P. *Educação e mudança.* 21ª ed. Paz e Terra: Rio de Janeiro; 1979.
- 46- Melo G, Santos RM, Trezza MCSF. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(3):290-295.
- 47- Silva CP, Dias MAS, Rodrigues AB. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet.* 2009; 14(1).
- 48- Chiesa AM, Westphal MF. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. *Saúde em Debate.* 1995; 46:19-22.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão deste estudo evidencia que os médicos e os enfermeiros possuem conhecimento restrito em relação à Educação em Saúde na prevenção do câncer de colo do útero aplicada na prática.

Percebe-se que falta compreensão adequada do que seja a educação na prática da comunidade pelos profissionais entrevistados. É uma das estratégias prioritárias que tem que se avançar cada vez mais pelas políticas públicas, e reforçadas por toda equipe, porque só assim iremos conseguir minimizar o sofrimento de muitas mulheres com a perda brusca de suas vidas e por mutilações com retirada dos seus órgãos.

Faz-se necessário que os profissionais de saúde, enquanto educadores, estejam em constante reflexão sobre a teoria e a prática das ações de prevenção do câncer de colo do útero, no sentido de educar a população sobre a prevenção, a fim de mudar comportamento e contribuir para a melhoria do auto cuidado através da Estratégia de Saúde da Família.

Compete aos profissionais de saúde realizar ações educativas acerca da prevenção do câncer de colo do útero nos serviços de saúde.

Diante dessa atribuição, podemos inferir que a Educação em Saúde na prevenção do câncer de colo do útero seja realizada de forma sistêmica na Atenção Primária à Saúde. Nesse sentido, acredita-se que o índice de cobertura do exame vai aumentar e o índice de câncer de colo do útero vai diminuir.

A partir do resultado apontado neste estudo pelos profissionais médicos e enfermeiros, acredita-se que é possível prosseguir rumo a uma Educação em Saúde na perspectiva, dialógica transformadora, mas para acontecer à mudança de comportamento na concepção das mulheres para realizar a prevenção, os profissionais devem ter conhecimento e saber incorporar a ideia e prática do conceito de educação em saúde para resolver o problema do aumento do câncer de colo do útero e a baixa cobertura do Exame Papanicolau na Atenção Primária à Saúde.

Este estudo teve como limitação o fato de ser um estudo localizado em um único município, com sete equipes de saúde, com desenho empírico e qualitativo, mas a discussão foi feita a luz da literatura nacional e internacional, considerando que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família são semelhantes.

Apesar da prevenção do câncer de colo do útero ser realizada pelos médicos e enfermeiros na Atenção Primária à Saúde, são poucos os estudos que abordam a Educação em Saúde na percepção desses atores.

Sugere-se a realização posterior de estudos que compreendam a atual concepção dos médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e dos gestores municipais quanto à efetividade das ações de Educação em Saúde na Atenção Primária à Saúde e dos grupos focais de Educação em Saúde na prevenção do câncer de colo do útero.

Espera-se que este trabalho contribua para a reflexão dos profissionais e gestores, sobre a importância da Educação em Saúde para o serviço e para as mulheres na Atenção Primária à Saúde, bem como para as instituições formadoras de profissionais que devem re-orientar os seus projetos pedagógicos no sentido de formar um profissional em melhores condições para trabalhar com a Educação em Saúde.

REFERÊNCIAS

- 1- Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2003;19(5):1527-1534.
- 2- Nazareth CAL. A arte como estratégia para a educação em saúde: uma experiência em sala de espera. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008:122p.
- 3- Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base-documento I/Fundação Nacional de Saúde-Brasília: Funasa, 2007.
- 4- Moisés M. A política federal de saneamento básico e as iniciativas de participação, mobilização, controle social, educação em saúde e ambiental nos programas governamentais de saneamento. Ciênc Saúde Colet. 2010;15(5).
- 5- Delors J. Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. 6ª ed. São Paulo: Cortez: Brasília, DF: MEC: UNESCO; 1999.
- 6- Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias ensino-aprendizagem. 28ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
- 7- Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.
- 8- Freire P. Pedagogia do oprimido. 46ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: enfermagem; núcleo; contextual; educação. 2ª ed. rev. e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002A.
- 10- Freire, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e terra; 2006.
- 11- Costa NR. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. Cad. Cedes. 1987; (4): 5-27.
- 12- Flores O. A prática de saúde enquanto uma prática educativa. Brasília: Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Saúde Pública; [s/d]. (mimeo).
- 13- Rosen. G. Uma história da saúde pública. 2ª ed. São Paulo: Hucitec/Unesp; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.
- 14- Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface Comum Saúde Educ. 2005; 9(16):39-52.

- 15- Lima KA, Costa FNA. Educação em saúde e pesquisa qualitativa: Relações Possíveis. *Alim. Nutr.* 2005;16(1):33-38.
- 16- Smeke ELM, Oliveira NLS. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Vasconcelos EM, organizador. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde.* São Paulo: Hucitec. 2001:115-136.
- 17- Oliveira RM. *A produção do conhecimento em escala local: repensando a relação entre a investigação científica e a experiência dos grupos populares [tese].* Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
- 18- Melo J C. Educação sanitária: uma visão crítica. In: *Cadernos do CEDES. Educação e Saúde.* 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1987;(4):28-43.
- 19- Rocha DG. *Análise do comportamento educativo nos programas preventivos em saúde bucal no Brasil, 1980-1994 [tese].* São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1997.
- 20- Mohr A, Schall VT. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. *Cad Saúde Publica.* 1992;8(2):199-203.
- 21- Lima ALGS, Pinto MMS. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. *Hist. Ciênc Saúde, Manguinhos.* 2003;10(3):1037-1051.
- 22- Hochman G. *A era do sanitarismo.* 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
- 23- Silva CMC. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Rev. Ciênc Saúde Colet.* 2010;15(5): 2539-2550.
- 24- Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE, Onocko R (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público.* 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
- 25- Melo JAC. Educação Sanitária: Uma visão crítica. *Cad. Cedes.* 1984;4:28-43.
- 26- Rosa, MS. O Saber e a participação popular: diálogo e aprendizagem da cidadania em Saúde. *Ver. Município Saúde.* 1994;1(1):10-15.
- 27- Canesqui AM. Trajetória da educação popular nas instituições estaduais de saúde. In: Paiva V. organizador. *Perspectivas e dilemas da educação popular.* Rio de Janeiro: Graal. 1984; 315-324.
- 28- Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad Saúde Publica.* 1998;14(2):7-18.
- 29- Wendhausen A, Saupe R. Concepções de Educação em Saúde e a estratégia de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.* 2003;12(1):17-25.
- 30- Vasconcelos, EM. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Caderno de educação popular e saúde.* Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

- 31- Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2ª ed. São Paulo: Sobral, Hucitec-Uvas. 2001:29-31.
- 32- Costa NR. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. Cad Cedes. 1980;4:5-27.
- 33- Reis DC. Educação em Saúde. Aspectos históricos e conceituais. In: Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC. Educação em Saúde: Teoria, Método Imaginação. Belo Horizonte: UFMG, 2006.
- 34- Frota MA, Albuquerque CM, Linard AG. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. Texto Contexto Enferm. 2007;16(2):246-53.
- 35- Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. Mundo Saúde. 2007;31(3):320-328.
- 36- Chiesa AM, Westphal MF. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. Saúde em Debate. 1995;46:19-22.
- 37- Souza IPMA, Jacobina RR. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. Rev. Baiana de Saúde Públ. 2009;33(4):618-627.
- 38- Figueiredo MS, Rodrigues-Neto JF, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. Rev. Bras. Enferm. 2010;63(1):117-121
- 39- Costa M, López E. Educación para la salud. Madrid: Pirámide. 1996:25-58.
- 40- Vasconcelos EM. Educação popular nos serviços de saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1991.
- 41- Souza, ES. Educação popular e saúde: cidadania compartilhada. In: Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001.
- 42- Severo DO, Cunha AP, Ross MA. Articulação nacional de movimentos e práticas de educação popular e saúde no estado de Santa Catarina: fortalezas e fragilidades. Texto Contexto Enferm. 2007;16(2):239-45.
- 43- Brasil. Ministério da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002B.
- 44- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde;1997.
- 45- Carta de Ottawa: Organização Mundial da Saúde. In: Promoção da Saúde e Saúde Pública: Contribuição para o Debate entre as Escolas de Saúde Pública na América Latina (P. M. Buss, org.). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro Fundação Oswaldo Cruz. 1986;158-62.

- 46- Heidmann ITS, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Context Enferm.* 2006;15(2).
- 47- Candeias, NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saúde Pública, São Paulo.* 1997;31(2):209-213.
- 48- Kawamoto EE, Santos MCH, Matos CM. *Enfermagem Comunitária.* São Paulo (SP): EPU;1995.
- 49- Andaló CSA. O Papel de Coordenador de Grupos. *Psicologia USP.* 2001;12(1):135-152.
- 50- Freire P. *Pedagogia do oprimido.* 18ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1988.
- 51- Ribeiro PJ, Aguiar LAK, Toledo CF, Barros SMO, Borges DR. Programa educativo em esquistossomose: modelo de abordagem metodológica. *Rev. Saúde Pública.* 2004;38(3):415-421.
- 52- Brandão-Neto W. Educação em saúde para a realização do exame papanicolaou: uma experiência com mulheres de uma unidade de referência, *Anais. Recife-PE 2009.* [Citado em 02 de nov de 2011] Disponível em: www.abeneventos.com.br/anais-61cbn.
- 53- Meyer DE. Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2006;22(6).
- 54- Herlich C, Philippe A. *Sociologia da doença e da medicina.* Bauru: Edusc; 2001.
- 55- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.* 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 56- Peplau H. *Relaciones interpersonales em enfermeria.* Barcelona: Masson-Salvat; 1993.
- 57- Pelloso SM, Carvalho MDB, Higarashi IH. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. *Acta Sci Health Sci.* 2004;26(2):319-324.
- 58- Faria HP. *Modelo assistencial e atenção básica à saúde.* Belo Horizonte: UFMG; 2008.
- 59- Roncolleta AFT. *Princípios da medicina de família.* São Paulo: Sombramfa; 2003.
- 60- Da Ros MA. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: Bagrichevski M.(org.). *Saúde em debate na Educação Física.* Blumenau: Nova Letra; 2006.
- 61- Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(2):233-238.
- 62- Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.* Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- 63- Mendes A, Marques RM. *O SUS e a atenção básica: a busca de um novo desenho* Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

- 64- Brasil. Ministério da saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa de saúde da família. Brasília; 2001.
- 65- Silveira ML. Família, cultura e prevenção. In: Anais do Seminário sobre Cultura, Saúde e Doença. 2000; Londrina (PR), Brasil. Londrina (PR): [s.n] 2003:171-182.
- 66- Oliveira MM, Pinto IC. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2007;7(1).
- 67- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a política nacional de atenção básica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília; 2006A.
- 68- Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos, RA (org.) Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Comunic Saúde Educ. 2005;9(16):39-52.
- 69- Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Multiplica SUS: oficina de capacitação pedagógica para a formação de multiplicadores. Rossi SS. (org.). Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 70- Cordeiro H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. Cad. Saúde da Família. 1996;1(1):10-15.
- 71- Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. Ciênc Saúde Colet. 2007;12(2):335-342.
- 72- Martins JJ. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis. 2007;16(2):254-262.
- 73- Machado MFAS, Vieira NFC. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. Rev Latino-am Enferm. 2009;17(2).
- 74- Czeresnia D. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- 75- Casarin MR, Piccoli MR. Educação em Saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo-RS. Rev. Ciênc Saúde Colet. da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro; 2008.
- 76- Beinner MA, Beinner RPC. Perfil de profissionais nas áreas de saúde e educação atuando em suas comunidades. Ciênc Saúde Colet. 2004;1:77-83.
- 77- Bessen CB, Souza Netto M, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. Saúde e Soc. 2007;16(1):57-68.
- 78- Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Teixeira AC. Saber familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. Texto Contexto Enferm. 2007;16(2):263-270.

- 79- Campos L, Wendhausen A. Participação em Saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(2):271-9.
- 80- Gazzinelli MFC. Educação e gestão em zona rural de Minas Gerais. [tese]. Salvador: faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia; 2000.
- 81- Vieira LJES, Santos ZMSA, Landim FLP, Caetano JA, Sá Neta CA. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. *Rev. Ciênc Saúde Colet.* 2008;13(1):145-152.
- 82 -Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2009: incidência de câncer no Brasil. 2009. [Citado em 25 de out de 2011] Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>.
- 83- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama-Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006B.
- 84- Cotta, RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidem Serviços de Saúde.* 2006;15(3):7-18.
- 85- Vanzin AS, Nery MES. Câncer: problema de saúde pública e saúde ocupacional-atuação do enfermeiro na prevenção do câncer. Porto Alegre: RM&L; 1997.
- 86- Diógenes MAR, Rezende MDS, Passos NM. Prevenção do Câncer: Atuação do enfermeiro na Consulta de enfermagem. 2ª ed. Fortaleza: Pouchain Ramos Gráfica; 2001.
- 87- Duavy LM, Batista FLR, Jorge MSB, Santos JBF. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. *Ciênc Saúde Colet.* 2007;12(3):733-734.
- 88- Merighi MAB. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública. *Rev. Esc Enferm, USP, São Paulo.* 2002;36(3).
- 89- Bush J. It's just part of being a woman: cervical screening, the body and femininity. *Soc Sci Med;* 2000.
- 90- Myra Lopez E. Os quatro gigantes da alma: o medo, a ira, o dever, o amor. Rio de Janeiro: José Olímpio;1996.
- 91- Maciel AA. A procura por cuidado de saúde: o papel das crenças e percepções de mulheres na vivência do processo saúde-doença [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1999.
- 92- Bingham A, Bishop A, Coffey P, Winkler J, Bradley J, Dzuba I, Agurto I. Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Pública de México.* 2003;45(3):408-416.

- 93- Agurto I, Bishop A, Sánchez G, Betancourt Z, Robles S. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Preventive Medicine*. 2004;39:91-98.
- 94- Bayer AM, Nussbaum L, Cabrera L, Paz-Soldan VA. Missed opportunities for Health education on pap smears in Peru. *Health Educ Behav*. 2011;38(198).
- 95- Alvim NAT, Ferreira MA. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(2):315-9.
- 96- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de assistência à saúde. Instituto Nacional de câncer. Coordenação de prevenção e vigilância (Coprev). *Falando sobre câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: MS/INCA; 2000.
- 97- Minas Gerais. Secretaria do Estado de Saúde. *Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério: Protocolo Viva Vida*. Belo Horizonte: SAS/SES; 2003.
- 98- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Falando sobre câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: MS/INCA; 2002C.
- 99- Cirino FMSB, Nichiata LYI, Borges ALV. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de Esc. *Anna Nery*, Rio de Janeiro. 2010;14(1).
- 100- Ferreira MLSM. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro. 2009;13(2).
- 101- Instituto Nacional do Câncer. *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. 2012. [Citado em 13 de fev de 2012]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>.
- 102- Nakagawa JTT, Schirmer J, Barbieri M. Vírus HPV e câncer de colo de útero. *Rev. Bras Enferm*, Brasília. 2010;63(2).
- 103- Pinho AA, França Júnior I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Rev. Bras Saúde Materno Inf.*, Recife. 2003;3(1):95-112.
- 104- Oliveira DL. A nova saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev. Latino-am Enferm*. 2006;13(3):423-431.
- 105- Greenwood SA, Machado MFAS, Sampaio NMV. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolau. *Rev. Latino-am. Enferm*, Ribeirão Preto. 2006;14(4).
- 106- Brasil. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. *Ações de Enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2002D.
- 107- Lessa VL, Abreu AL, Silva ARR. Normas e Condutas na Prevenção do câncer de mama e câncer de colo uterino. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação PSF/PACS; 2004.

108- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, INCA (Instituto Nacional de Câncer). Programa Viva Mulher. Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro; 2002E.

109- Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer-INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2005.

110- Gadotti M. Perspectivas Atuais da Educação. Persp. São Paulo. 2000;14(2).

111- Vasconcelos M, Grillo MJC, Soares SM. Práticas pedagógicas em Atenção Básica a Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: UFMG; 2009.

112- Carvalho MAP, Acioli S, Stotz EN. O processo de construção compartilhada do conhecimento- uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: Vasconcelos EM (org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo (SP): Hucitec; 2001.

113- Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupo em atenção primária. Revista APS. 2009;12(2):221-227.

114- Pichon-Rivière E. O processo grupal (El proceso grupal). Tradução de Marco Aurélio Fernandes Velloso. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

115- Osório LC. Grupos: teorias e práticas. Acessando a era da grupalidade. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

116- Portarrieu ML, Tubert-Oklander J. Grupos operativos. In: Osório LC. Grupoterapia hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.

117- Zimerman DE, Osório LC. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

118- Almeida S. A vivência no grupo: a experiência de pessoas diabéticas. [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2006.

119- Catrib AMF, Pordeus AMJ, Ataíde MBC, Albuquerque VLM, Vieira NFC. Promoção da Saúde: saber fazer em construção. In: Barroso GT, Vieira NFC, Varela ZMV (org.) Educação em Saúde: no contexto da promoção humana. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2003.

120- Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino GE. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. Rev. Bras Educ Med. 2009;33(3).

121- Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância de saúde versus as ações programáticas em saúde. Ciênc Saúde colet. 2005;10(2).

- 122- Bate SP, Robert G. Knowledge Management and communities of practice in the private sector: lessons for modernising the National Health Service in England and Wales. *Public Administration*. 2002;80(4):643-663.
- 123- Teixeira C. O futuro da prevenção. Salvador (BA): Casa da Qualidade; 2001.
- 124- Cestari MEW, Zago MMF. A prevenção do câncer e a promoção de saúde: um desafio para o Século XXI. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(2):218-221.
- 125- Instituto Nacional de Câncer. Programa Viva Mulher. 2008. [Citado em 15 de out de 2011]. Disponível em: www.inca.com.br.
- 126- Coelho FRG. A prevenção do câncer. *Acta Oncol Bras*. 1994;149(3):105-118.
- 127- Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*. Rio de Janeiro. 2011;16(1).
- 128- Melo G, Santos RM, Trezza MCS. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. *Rev. Bras Enferm*. 2005;58(3).
- 129- Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos e representações sociais e experiências da doença. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2005;21(1).
- 130- Schulz M. The uncertain relevance of newness: organisational learning and knowledge flows. *Academy of Management Journal*. 2011;44(4):661-81.
- 131- Silva CP, Dias MAS, Rodrigues AB. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*, Rio de Janeiro. 2009;14(1).
- 132- Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 133- Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção do câncer do colo do útero. Manual Técnico para Profissionais de saúde. Brasília; 2002F.
- 134- O'Neill B. Calculation the Economic Impact of Health Educations Programs: Five Tools for Extension Educators. *Journal of Extension*. 2008;46(1).

APÊNDICES

APÊNDICE A- Questões norteadoras da pesquisa.

1-Qual a sua percepção sobre Educação em Saúde na prevenção do Câncer de Colo do Útero?

2-Como você percebe a importância da Educação em Saúde para as mulheres na prevenção do Câncer de Colo do Útero?

3-Para você como deve ser a Educação em Saúde para as mulheres sobre a prevenção do Câncer do Colo do Útero na Atenção Primária à Saúde?

4-Quais as estratégias você utiliza para promoção da Educação em Saúde na prevenção do Câncer de Colo do Útero na Atenção Primária à Saúde?

APÊNDICE B- Permissão para realização da pesquisa

Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - PPGCS
Mestrado Profissional em Cuidados Primários em Saúde

Teófilo Otoni 25 de novembro de 2010.

Exma Sra _____

Coordenadora da Atenção Básica Edeilde Machado Leal

Nesta

Prezada coordenadora,

Vimos através deste, solicitar a permissão para a realização de Pesquisa na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Trata-se do PPGCS - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UNIMONTES – Universidade Estadual de Montes Claros em parceria com a SES-MG – Secretaria de Estado da Saúde de MG, visando obter dados relacionados à saúde na região dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

A pesquisa em questão intitulada “Educação em saúde: na percepção de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde na prevenção do câncer do colo do útero em Teófilo Otoni–MG”.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Os sujeitos da pesquisa serão os médicos e enfermeiros que trabalham nas equipes de Saúde da Família do município de Teófilo Otoni–MG, utilizando o critério de saturação. O instrumento de coleta de dados será a entrevista semi-estruturada, gravada e transcrita. Uma vez que as entrevistas forem realizadas e gravadas, os informes serão compilados em sua totalidade e integralidade, de forma a preservar a fidedignidade dos dados. Em seguida, os dados serão analisados.

O objetivo: Compreender a percepção dos profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre a educação em saúde na prevenção do câncer de colo do útero.

Diante do exposto o estudo justifica pesquisar, a partir da percepção dos médicos e enfermeiros, como tem sido realizada a educação em saúde na prevenção do câncer de colo do útero, tendo em vista contribuir para melhoria da educação em saúde na Atenção Primária à Saúde.

Pretende-se com a análise desses dados contribuir com a detecção da visão dos profissionais sobre as atividades de Educação em Saúde, que auxiliará no alcance dos objetivos preconizado pelo Ministério da Saúde, no que tange às ações de Educação em Saúde para definição de políticas e programas direcionados para a Atenção Primária à Saúde das mulheres e usuários. Os resultados dessa pesquisa subsidiarão a implementação de estratégias eficazes para eliminar os erros existentes nas atividades de Educação em Saúde, e melhorar a qualidade da prestação desse serviço e assim aumentar a adesão das usuárias a este tipo de atividade, de forma a contribuir com a promoção da Saúde e a prevenção de doenças.

Finalmente, pretende-se conhecer as ações desenvolvidas pelos profissionais, permitindo uma avaliação qualitativa da reorganização das ações de educação quanto a prevenção do câncer de colo do útero no município de Teófilo Otoni. Neste estudo serão plenamente respeitados os preceitos da bioética determinados pela resolução 196/88 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, e pelas resoluções COFEN 311/2007, do Código de Ética dos Profissionais, Enfermeiros, à Constituição Federal Brasileira (CF) e à Lei 8080-90 do SUS. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo uma via para o pesquisador outra para o entrevistado. Este projeto de pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES, processo 2051/10.

Agradecemos antecipadamente,

Orientador e responsável pelo projeto:

Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto–Pesquisador–UNIMONTES

Mestranda:

Celsilvana Teixeira Gomes

APÊNDICE C- Termo de Consentimento livre e esclarecido

Título da pesquisa: Educação em Saúde na percepção de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde na prevenção do Câncer de Colo do Útero

Instituição promotora: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Patrocinador: Não se aplica

Pesquisadora: Celsilvana Teixeira Gomes

Orientador Responsável: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1-Objetivo: Compreender a percepção dos médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre a Educação em Saúde na prevenção do Câncer de Colo do Útero.

2- Metodologia/procedimentos: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semi-estruturada com os profissionais médicos e enfermeiros que trabalham nas ESF do município de Teófilo Otoni-MG.

3- Justificativa: Este estudo justifica pesquisar, a partir da percepção dos médicos e enfermeiros, como tem sido realizada a educação em saúde na prevenção do câncer de colo do útero, tendo em vista contribuir para melhoria da educação em saúde na Atenção Primária à Saúde. Uma vez que pretende contribuir com a detecção da visão dos profissionais sobre a educação em saúde, que auxiliará no alcance dos objetivos preconizado pelo o Ministério da Saúde, no que tange às ações de Educação em Saúde.

4- Benefícios: Os resultados dessa pesquisa subsidiarão a implementação de estratégias eficazes para eliminar os erros existentes nas atividades de Educação em Saúde, e melhorar a qualidade da prestação desse serviço e assim aumentar a adesão das usuárias a este tipo de

atividade, de forma a contribuir com a promoção de saúde e a prevenção do câncer de colo do útero.

5-Desconfortos e riscos: Não se aplica.

6- Danos: É garantida a manutenção da integridade física, psíquica e social dos participantes, ficando estes isentos de quaisquer riscos, danos ou agravos consequentes deste estudo.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica.

8- Confidencialidade das informações: Será mantido o sigilo quanto à identificação dos participantes. As informações/opiniões emitidas serão tratadas anonimamente no conjunto dos entrevistados e serão utilizadas apenas para fins de pesquisa.

9- Compensação/indenização: A participação é voluntária; não haverá nenhuma remuneração pela participação.

10- Outras informações pertinentes: Será garantida ao participante a liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem penalização em qualquer etapa da pesquisa.

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

Nome do participante

Assinatura do participante

Nome da testemunha

Assinatura da testemunha

Nome da pesquisadora


Assinatura pesquisadora

Nome do orientador da pesquisa


Assinatura do orientador

ANEXO

ANEXO A– Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
COMITÊ DE ÉTICA
PARECER CONSUBSTANCIADO



Montes Claros, 09 de julho de 2010

Processo N. ° **2051/10**.

Título do Projeto: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DE ATORES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Coordenador: Prof^o Dr. João Felício Rodrigues Neto

Relatora: Prof^a. Ms. Simone de Melo Costa

Histórico

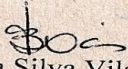
A educação em saúde é uma ação básica de saúde. Ela deve ser entendida como compromisso com a realidade da população e como qualidade no atendimento à saúde. Este trabalho tem como objetivo geral compreender a percepção dos profissionais de nível superior que trabalham nas Estratégias Saúde da Família- ESF e das usuárias que participam de grupos operativos de câncer de colo de útero e mama sobre educação em saúde. Trata-se de um estudo qualitativo tipo exploratório-descritivo, que será realizada nas 20 ESF do Município de Teófilo Otoni. Participarão 20 profissionais e 20 usuárias, que estejam inseridos na ESF num período superior a seis meses. A coleta de dados será realizada por meio de questionário para traçar o perfil sócio-demográfico do profissional e por entrevista semi-estruturada. Os dados serão submetidos à técnica de análise do discurso.

Mérito

Os resultados da pesquisa subsidiarão estratégias mais eficazes para condução das atividades de Educação em Saúde, melhorando a qualidade dos serviços e as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Parecer

O Comitê de Ética da Unimontes analisou o processo **2051/10**, e entende que o mesmo está completo e dentro das normas do Comitê e das Resoluções do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. Sendo assim, somos pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa.


Prof^a. Vânia Silva Vilas Boas Vieira Lopes
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes

Endereço da pesquisadora Celsilvana Teixeira Gomes: Edifício âmbar, situado à Rua Mozart Santa Luzia da Conceição N, 207, APT 101-Bairro Marajoara Cidade: Teófilo Otoni Minas Gerais–MG CEP: 39803-131, Telefones: (33) 8855-4647 ou (33) 3523-8736

Endereço do Orientador: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto: Av. Cula Mangabeira 1562, Santo Expedito, Montes Claros – MG CEP: 39.401-002, Telefones: (38) 3224-8383