



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**GRACYANNE MARIA OLIVEIRA MACHADO**

**MULHERES QUE SE CUIDAM: AÇÕES EDUCATIVAS NO EMPODERAMENTO  
FRENTE AO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO**

**SOBRAL**

**2014**

**GRACYANNE MARIA OLIVEIRA MACHADO**

**MULHERES QUE SE CUIDAM: AÇÕES EDUCATIVAS NO EMPODERAMENTO  
FRENTE AO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Eliany Nazaré Oliveira.

**SOBRAL**

**2014**

Bibliotecária Responsável: Iara Queiroz 3/1325

***M129m***

Machado, Gracyanne Maria Oliveira

Mulheres que se cuidam: ações educativas no empoderamento frente ao câncer de colo do útero / Gracyanne Maria Oliveira Machado. - Sobral, 2014. 134 p.

Orientadora: Dra. Eliany Nazaré Oliveira

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde / Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, 2014.

1. Mulheres - Câncer. 2. Participação Comunitária. 3. Atenção primária a Saúde. 4. Câncer Uterino I. Oliveira, Eliany Nazaré. II. Universidade Estadual Vale do Acaraú, Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDD 610

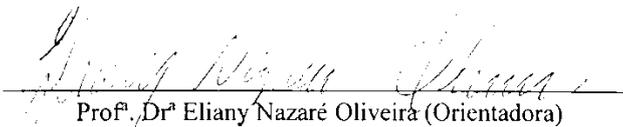
**GRACYANNE MARIA OLIVEIRA MACHADO**

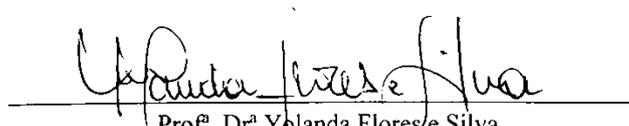
**MULHERES QUE SE CUIDAM: AÇÕES EDUCATIVAS NO EMPODERAMENTO  
FRENTE AO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO**

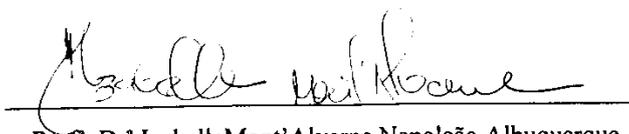
Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional. Área de concentração: Promoção da saúde.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliany Nazaré Oliveira (Orientadora)  
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Yblanda Flores e Silva  
Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI)

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque  
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Ao meu filho, Mauro, razão da minha existência e fonte de inspiração para superar as dificuldades, você me proporciona momentos inesquecíveis de felicidade e me ensina a amar incondicionalmente. Amo-te minha vida.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pela minha vida, pela família maravilhosa que tenho, pelos meus amigos, por todas as bênçãos que tenho recebido, e oportunidades de realização profissional e pessoal. Por me guiar em todas as situações, e me proteger sempre. Obrigada querido Deus por tudo, sem sua proteção nada seria.

Ao meu amado filho, Mauro, por compreender todos os meus momentos de ausência, em busca da realização deste sonho, por me encher de carinho e força quando achava que não conseguiria. Obrigada meu filho.

Aos meus amados pais, Domingos Machado e Graça Machado, por acreditarem sempre em mim, pelo amor, carinho, incentivo, apoio e dedicação em todos os momentos da minha vida, por não pouparem esforços para que eu realizasse esse sonho. Amo vocês.

Aos meus irmãos, em especial ao Denylson, que sempre vibrou comigo as minhas conquistas como se fossem sua. Amo-te mano.

À minha tia Suzete, minha mãe, por sempre estar presente quando preciso, pela dedicação e amor, em todas as situações difíceis, por acreditar em mim sempre. Amo-te minha mãe.

Ao Mauro, meu esposo, companheiro mais que especial, pela compreensão e amor, por me apoiar em todas as decisões, e estar presente em todos os momentos.

À minha orientadora, Dra. Eliany Nazaré Oliveira, pela confiança de me escolher quando fiquei sem orientadora, por acreditar que eu seria capaz, pelos seus ensinamentos e colaboração na concretização desse sonho, por ter sido mais que uma orientadora, uma mãe. Obrigada pelo acolhimento, incentivo e afeto. Sou sua fã.

Aos professores do Mestrado, pelos ensinamentos, incentivo e apoio, em especial a Dra. Maria de Fátima Antero, por seu carinho e doçura, pelas orientações precisas e apoio, você é um exemplo a ser seguido.

Às Dra. Yolanda Flores e Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque por aceitarem participar da minha banca, contribuindo com seus ensinamentos e contribuições que enriqueceram minha vida profissional.

Aos colegas da minha turma de Mestrado, pelo companheirismo, amizade e por dividirmos momentos de alegria e crescimento, em especial ao Jeová, Janice e Elayne.

Às minhas companheiras de quarto, Lana, nossa moderadora, com seus conselhos sábios e doces, e a Vanessa Matos, parceira de diversão, obrigada por ter trazido tanta alegria a minha vida; vocês são únicas.

Aos funcionários do Mestrado, pela colaboração, em especial, ao Felipe Farias, por estar sempre disponível a ajudar. Muito obrigada.

À Minha amiga Sávia Fontenele por sempre estar disposta a ajudar, por seu carinho e apoio.

Às mulheres da Lagoa do Portinho por estarem sempre dispostas a colaborarem com o nosso estudo, pelo carinho que me deram e acolhimento, sem vocês esse sonho não seria possível. Muito obrigada.

Aos amigos Alan Linhares, Renata Cunha, Mazé Oliveira, por suas contribuições para a concretização desse sonho. Vocês foram essenciais.

À minha secretária Marilene Soares, pela relevante ajuda e cuidados dispensados a mim, e ao meu filho em minhas ausências.

Às minhas filhas de coração, Andressa e Danila, pelo carinho e apoio, e por terem abraçado meu estudo como se fosse seus. Por todas as noites acordadas em parceria de estudo e companheirismo. Muito obrigada mesmo.

Às amigas Rosiane e Layddy pelas palavras de incentivo e pelo carinho incondicional.

Aos anjos Bianca Waylla e Ana de Cássia por terem saído de suas casas para dividirem suas noites comigo, na finalização e conclusão desse sonho. Obrigada meninas vocês são especiais.

À amiga Samara por todos os momentos de alegria e de amizade sincera.

Ao Klécio Mota, meu médico e mais que amigo. Obrigada por todas as palavras de incentivo, cuidados e por me mostrar que eu seria capaz de realizar meu sonho. Você é muito especial.

A todos que contribuíram direto e indiretamente para a realização desse sonho. Muito obrigada.

À todos meu muito obrigada.

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes”.

**Paulo Freire**

MACHADO, Gracyanne Maria Oliveira, **Mulheres que se cuidam: ações educativas no empoderamento frente ao câncer de colo do útero**, 2014. 134p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo construir um plano de ações educativas, junto às mulheres, para a prevenção e o controle do câncer do colo do útero (CCU), na comunidade da Lagoa do Portinho, Parnaíba-Piauí, tendo como suporte a Pesquisa Participativa baseada na comunidade. Trata-se de uma pesquisa/intervenção do tipo descritiva, com abordagem qualitativa utilizando como marco teórico a CBPR (*Community Based Participatory Research*), desenvolvida junto a doze mulheres acompanhadas pela ESF e duas agentes comunitárias, com idade entre 25 a 64 anos, no período de novembro de 2013 a janeiro de 2014. Utilizamos para coleta das informações os seguintes elementos: entrevista individual, produção e produto individual e coletivo, observação participante e anotações no diário de campo. A organização e análise das informações teve como suporte a Análise de Conteúdo, que permitiu a elaboração de quatro categorias temáticas: saberes sobre o câncer do colo uterino e práticas na prevenção do câncer do colo uterino, antes da realização da intervenção, e após a mesma, o empoderamento na prevenção do câncer do colo uterino e contribuições de uma intervenção educativa na prevenção do CCU. Os resultados evidenciaram que as atividades educativas, pautadas nos pressupostos da CBPR, demonstraram-se efetiva, pois houve a sensibilização das mulheres na luta contra o câncer uterino, o empoderamento coletivo e a transformação positiva em relação aos saberes e práticas preventivas do CCU, que resultou na construção de um vídeo artesanal para a divulgação do tema. Acreditamos que a realização desse estudo, permitiu evidenciar a importância das atividades educativas na prevenção do CCU, contribuindo para uma visão renovada sobre essa prática; além de confirmar a necessidade de implementação e da continuidade dessas ações, utilizando estratégias que beneficiem a troca de saberes e facilitem alcançar os objetivos propostos.

**Palavras-chave:** Mulheres. Participação Comunitária. Atenção Primária à Saúde. Câncer Uterino.

MACHADO, Gracyanne Maria Oliveira. **Women who care: educational actions in front of the empowerment of cervical cancer.** 2014. 134p. Dissertation (Professional Master in Family Health) - Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral.

### **ABSTRACT**

The objective of this study is to construct a plan of educative actions with women in order to prevent and control cervical cancer (CC) in the community of “Lagoa do Portinho”, Parnaíba-Piauí, supported by the Participative Research in the community. It is a descriptive research/intervention, with qualitative approach supported by the theoretical basis of *Community Based Participatory Research (CBPR)*, developed with twelve women attended by the “ESF” and two community agents, aged from 25 to 64, in the period from November/2013 to January/2014. In order to collect the information the following elements were used: individual interview, individual and group production and product, participant observation and journal writings. The information organization and analyses were supported by the Content Analyses that allowed the elaboration of four thematic categories: knowledge about cervical cancer and cervical cancer prevention practices before and after the intervention, the empowerment of cervical cancer prevention and contributions of educative intervention in the prevention of CC. The results showed that educative activities, supported by the CBPR were effective, because the women were touched to fight against cervical cancer, the group empowerment and positive transformation in the preventive knowledge and practices of CC that resulted in the construction of a homemade video in order to promote the theme. The accomplishment of the research proved the importance of educative activities in order to prevent CC, contributing to a renewed view about this practice; besides it confirmed the necessity of implementation and continuity of these actions, using strategies that benefit knowledge exchange and facilitate achieving the proposed objectives.

**Keywords:** Women. Community participation. Primary attention to health. Cervical Cancer.

## CONVENÇÕES PARA TRANSCRIÇÕES

Os nomes fictícios foram escolhidos pelas participantes e as convenções para transcrição de falas são as seguintes:

(...) - trecho curto não transcrito;

[ ] - reconstituição da fala pelo analista;

... - pausa;

[...] - trecho incompreensível;

::: - alongamento da vogal na fala;

MAIÚSCULAS - tom de voz com efeito de ênfase;

Negrito - ênfase do analista;

Foram também utilizados os seguintes sinais convencionais de pontuação gráfica: vírgula (,); ponto (.); ponto de exclamação (!); ponto de interrogação (?) e as convenções ortográficas do português.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do estado do Piauí na Região Nordeste – Brasil.....	39
Figura 2 – Vista de satélite da cidade de Parnaíba – PI, 2013.....	40
Figura 3 – Vista de satélite da comunidade da Lagoa do Portinho, Parnaíba – PI, 2013.....	42
Figura 4 – Planejamento da CBPR: Ações educativas com grupo de mulheres na comunidade da Lagoa do Portinho.....	47
Figura 5 – Diagrama da sequência de análise das informações.....	48
Figura 6 – Convite entregue às mulheres da comunidade.....	52
Figura 7 – Categorias antes da intervenção educativa.....	64
Figura 8 – Convite para participar do I encontro das mulheres da comunidade Lagoa do Portinho.....	85
Figura 9 – Modelo da blusa escolhida pelo grupo Mulheres que se cuidam.....	86
Figura 10 – Categorias após a intervenção educativa.....	89

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CBPR	Community Based Participatory Research
CCU	Câncer do Colo do Útero
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DVD	Disco Versátil Digital
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HPV	Papiloma Vírus Humano
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não Governamental
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAIMS	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PCCU	Prevenção do Câncer do Colo do Útero
PCCUC	Programa de Controle Cérvico Uterino de Campinas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV	Televisão
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – A experiência, o vivido e o aprendido: elaboração compartilhada de conhecimento sobre os órgãos genitais femininos. Parnaíba-PI, 2013 .....	75
--	----

## LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 – Desenho realizado por uma das participantes – Rosa.....	58
Fotografia 2 – Desenho realizado por uma das participantes – Florzinha.....	59
Fotografia 3 – Desenho realizado por uma das participantes – Jasmim.....	59
Fotografia 4 – Desenho realizado por uma das participantes – ACS 1.....	60
Fotografia 5 – Desenho realizado por uma das participantes – Flor.....	60
Fotografia 6 – Desenho realizado por uma das participantes – Papagaio.....	61
Fotografia 7 – Grupo Mulheres que se cuidam reunidas no terceiro encontro.....	73
Fotografia 8 – Quinto encontro do grupo Mulheres que se cuidam sobre fatores e riscos e medidas preventivas. Parnaíba – PI, 2013.....	79
Fotografia 9 – Quinto encontro do grupo Mulheres que se cuidam sobre fatores e riscos e medidas preventivas. Parnaíba – PI, 2013.....	80
Fotografia 10 – Quinto encontro do grupo mulheres que se cuidam sobre fatores e riscos e medidas preventivas. Parnaíba – PI, 2013.....	80
Fotografia 11 – Sexto encontro: momento de oração.....	82
Fotografia 12 – I encontro das mulheres da comunidade Lagoa do Portinho.....	87

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>18</b>
<b>1.1</b>	<b>Encontro com o Objeto de Estudo</b> .....	<b>18</b>
<b>1.2</b>	<b>Contextualização do Objeto de Estudo</b> .....	<b>19</b>
<b>1.3</b>	<b>Justificativa e Relevância do Estudo</b> .....	<b>24</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>26</b>
<b>2.1</b>	<b>Geral</b> .....	<b>26</b>
<b>2.2</b>	<b>Específicos</b> .....	<b>26</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>27</b>
<b>3.1</b>	<b>Política de Atenção à Saúde da Mulher com Câncer do Colo Uterino</b> .....	<b>27</b>
<b>3.2</b>	<b>Ações no Combate e Prevenção do Câncer do Colo Uterino na Estratégia Saúde da Família</b> .....	<b>31</b>
<b>3.3</b>	<b>Ações Educativas na Prevenção do Câncer do Colo Uterino</b> .....	<b>34</b>
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>38</b>
<b>4.1</b>	<b>Caracterização da Pesquisa/Intervenção e Abordagem</b> .....	<b>38</b>
<b>4.2</b>	<b>Cenário da Pesquisa/ Intervenção</b> .....	<b>38</b>
<b>4.3</b>	<b>Participantes e Período da Pesquisa/ Intervenção</b> .....	<b>43</b>
<b>4.4</b>	<b>Marco Teórico Metodológico da Pesquisa/Intervenção: <i>Community Based Participatory Research</i> – CBPR (Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade)</b> .....	<b>44</b>
<b>4.5</b>	<b>Métodos e Procedimentos da Pesquisa/Intervenção</b> .....	<b>46</b>
<b>4.6</b>	<b>Interpretações e Análise dos Resultados da Pesquisa/Intervenção</b> .....	<b>47</b>
<b>4.7</b>	<b>Aspectos Éticos da Pesquisa/Intervenção</b> .....	<b>49</b>
<b>5</b>	<b>RELATOS DA INTERVENÇÃO</b> .....	<b>51</b>
<b>5.1</b>	<b>Caminhos e Fatos para Aproximação das Mulheres</b> .....	<b>51</b>
<b>5.2</b>	<b>Quem São as Mulheres do Grupo?</b> .....	<b>53</b>
<b>5.3</b>	<b>Desenvolvimento das Atividades Educativas</b> .....	<b>56</b>
<b>5.3.1</b>	<b><i>Primeiro encontro: Muito prazer!</i></b> .....	<b>57</b>
<b>5.3.2</b>	<b><i>Segundo encontro: Só sei que nada sei!</i></b> .....	<b>62</b>
<b>5.3.3</b>	<b><i>Terceiro encontro: A experiência, o vivido e o aprendido: conhecendo nosso corpo!</i></b> .....	<b>73</b>
<b>5.3.4</b>	<b><i>Quarto encontro: A experiência, o vivido e o aprendido: desvendando o câncer do colo do útero</i></b> .....	<b>76</b>
<b>5.3.5</b>	<b><i>Quinto encontro: A experiência, o vivido e o aprendido: revelando as medidas preventivas no câncer do colo do útero</i></b> .....	<b>79</b>

5.3.6	<i>Sexto encontro: A experiência, o vivido e o aprendido: a cura e o tratamento do câncer do colo do útero</i> .....	81
5.4	<b>O empoderamento e a autonomia das mulheres no combate e controle do CCU: construção do vídeo artesanal Mulheres que se cuidam na luta contra o câncer do colo do útero</b> .....	84
5.5	<b>O nosso último encontro: Agora sei que algo sei!</b> .....	88
6	<b>DESFECHOS DE UMA INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA</b> .....	98
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	104
	<b>APÊNDICES</b> .....	113
	<b>ANEXOS</b> .....	120

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Encontro com o Objeto de Estudo

Durante minha vida acadêmica, sempre tive afinidade com a área de atuação em saúde da mulher, pois considero importante a consulta de enfermagem voltada a esse público no sentido de fornecer orientações educativas. Ao iniciar minha vida profissional em 2002, em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Piauí, notei que apesar do fácil acesso ao exame de Papanicolaou, a procura era mínima, haja vista que a clientela desconhecia a importância da realização do mesmo. Foi, então, que procedi a um rastreamento do Câncer do Colo do Útero (CCU), desenvolvendo ações educativas sobre a necessidade e os benefícios do Papanicolaou. Essa conduta proporcionou um aumento na procura do exame pelas mulheres da comunidade.

No decorrer do tempo, pude perceber que o medo estava presente entre as mulheres, tanto devido ao constrangimento pela exposição da genitália na realização do exame, quanto pelo possível resultado desfavorável. Observei, ainda, que a falta de conhecimento sobre prevenção e tratamento do câncer, além do estigma sobre essa patologia, também eram fatores determinantes na adesão ao exame, além de seus hábitos, crenças e cultura.

Assim, tendo conhecimento de todos esses determinantes realizei uma capacitação com toda a equipe da ESF sobre o que era o câncer uterino, seu impacto epidemiológico na nossa realidade e a importância do rastreamento dessa neoplasia. Fiz, ainda, a busca nominal das mulheres da nossa área adscrita e atividades educativas na comunidade, na tentativa de sensibilizar, até mesmo, os companheiros dessas mulheres. Como resultado, tive um aumento de 250% na coleta de 2008 a 2012, refletindo na identificação de três casos de câncer em sua fase inicial, o que possibilitou apoiar e acompanhar essas mulheres, as quais tiveram cura e continuam suas vidas normalmente. Essas experiências diretas com o câncer foram impactantes em minha vida, motivo esse que me incentivou a desenvolver um estudo mais detalhado com enfoque na participação da comunidade sobre tal problemática.

Diante do contexto explicitado, penso ter clarificado os caminhos e motivos que me fizeram decidir trabalhar com a prevenção do câncer uterino na ESF, acreditando que tal pesquisa contribuirá para a compreensão da produção do cuidado acerca do enfrentamento dessa neoplasia que tem tirado prematuramente mulheres de seu contexto social. Esclareço,

ainda, que, a partir do próximo tópico, o estudo utilizar-se-á sempre da terceira pessoa do plural para expressar opiniões e paradigmas das pesquisadoras.

## 1.2 Contextualização do Objeto de Estudo

De acordo com Brasil (2009), o CCU é uma patologia que acomete um grande número de mulheres em todo o mundo. Em nosso país, é responsável por uma das principais causas de morte em mulheres, representando um grave problema de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que ocorrerão mais de 10 milhões de casos novos por ano, fato que desencadeará seis milhões de mortes anualmente, correspondendo a 12% das mortes no mundo (WHO, 2007).

Segundo Freitas et al. (2006), a incidência do CCU em todo o mundo é de, aproximadamente, meio milhão de casos por ano. Principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil, este câncer permanece como um dos mais prejudiciais cânceres entre a população feminina, decorrente de seu aumento na taxa de morbimortalidade.

Estima-se que o CCU seja a segunda neoplasia maligna mais comum e a quarta causa de morte entre as mulheres em nosso país (BRASIL, 2007a). No Brasil, em 2012, ocorreram 17.540 casos novos de neoplasia maligna uterina, com um risco previsto de 17 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o CCU é o mais incidente na 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 (BRASIL, 2011a).

No estado do Piauí, a estimativa do número de casos novos foi de 350 casos em 2012, desses, 100 foram na capital piauiense. Considerando, ainda, em ordem de incidência dos cânceres em mulheres, o CCU (sem considerar os tumores de pele não melanoma) ocupa, no Piauí, a segunda posição, sendo os cânceres de maior incidência o de mama, seguidos pelo de colón e reto e da glândula tireoide (BRASIL, 2011a).

Diante dessa realidade, percebemos que o CCU constitui uma das principais patologias que tem contribuído para aumentar as taxas de morbidade e mortalidade entre as mulheres em todo o mundo, sendo responsável por uma importante parcela nos gastos de serviços públicos em saúde.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), existe previsão na redução de até 80% na mortalidade por esta neoplasia a partir do rastreamento de mulheres na faixa

etária entre 25 a 64 anos com o exame de citopatológico do colo do útero e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma "*in situ*". Para tanto, é necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como, o tratamento das pacientes (BRASIL, 2011b).

Segundo Brasil (2006a), as estratégias de prevenção e controle do CCU têm como objetivos reduzir a ocorrência (incidência) e mortes (mortalidade), assim como, as repercussões físicas, psíquicas e sociais (morbidade) causadas por esse tipo de neoplasia maligna. Ações de promoção e prevenção que proporcionam oferta de serviços para detecção em estágios iniciais da doença no tratamento e reabilitação das mulheres são meios importantes para alcançar esses objetivos.

O controle do CCU pode ser eficaz através da sua prevenção e detecção precoce, utilizando-se de um exame rápido e de baixo custo, denominado Papanicolaou. Conforme Hackenhaar, Cesar e Domingues (2006), atualmente, a prevenção secundária do CCU concentra-se no rastreamento de mulheres sexualmente ativas através do exame de Prevenção do Câncer do Colo do Útero (PCCU). Esse exame foi adotado, na década de 50, em vários países, pois identifica lesões pré-cancerosas que, se tratadas, diminuem a incidência de carcinoma invasor e, conseqüentemente, a mortalidade pelo CCU.

Fernandes et al. (2009) descrevem o exame citopatológico de Papanicolaou, como um método simples que permite detectar alterações da cérvix uterina, a partir de células descamadas do epitélio. Esse procedimento constitui no método mais indicado para o rastreamento do CCU, por ser rápido e indolor, de fácil execução, realizado em nível ambulatorial e tem-se mostrado efetivo e eficiente para a aplicação coletiva, além de ser de baixo custo. Apesar disso, observa-se a alta incidência desse câncer nos países menos desenvolvidos, sendo, atualmente, a segunda neoplasia mais frequente entre as mulheres no Brasil.

O preventivo do CCU deve ser realizado com frequência, sendo preconizado, inicialmente, uma vez por ano. Após dois exames anuais consecutivos negativos, a frequência recomendada passa para cada três anos. Nessas oportunidades, as mulheres devem ser orientadas acerca dos fatores de risco, ressaltando, ainda, as vantagens da detecção precoce da doença (BRASIL, 2011b).

Crum (2005) salienta que o CCU e as lesões precursoras evoluem lentamente no decorrer de muitos anos, cerca de dez a vinte anos. Nesse intervalo, o único sinal da doença pode ser a descamação de células anormais do colo uterino. Por esse motivo, é consenso geral

que todas as mulheres devam ser submetidas ao exame de PCCU, periodicamente, depois que se tornam sexualmente ativas.

A principal infecção que pode levar a esse tipo de patologia tem como causa o Papiloma Vírus Humano (HPV), que possui subtipos de alto risco, relacionados a tumores malignos (REIS et al., 2010). O HPV tem importante participação na gênese do CCU, tanto do escamoso como do adenocarcinoma. Várias lesões estão associadas ao HPV, desde anormalidades citológicas incipientes, displasias, até o câncer invasor. O seu material genético é encontrado em 90% dos casos de tumores de colo do útero (ANJOS et al., 2010). De acordo com Brasil (2003, p.24):

A infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV, sigla em Inglês) tem sido descrita como fator necessário para a ocorrência do câncer do colo do útero. Entre os cofatores que se associam a um elevado risco de desenvolver este câncer se encontram idade prematura de início da vida sexual, multiplicidade de parceiros, co-infecção pelo HIV e o tabagismo. Portanto, a prevenção primária “radical” está focalizada na mudança do comportamento sexual e na erradicação do tabagismo. Para a prevenção primária do câncer do colo do útero, assim como para a prevenção secundária de seus estádios iniciais, a estratégia atualmente reconhecida é a detecção precoce por meio do exame preventivo de Papanicolaou periódico.

Destarte Almeida, Pereira e Oliveira (2008), inferem que o câncer uterino é uma doença temida pelas mulheres e que as abalam emocionalmente pelo fato de este órgão envolver questões inerentes à sexualidade, feminilidade e reprodução, interferindo na percepção, que por sua vez é influenciada pela cultura, personalidade e ambiente, mascarando as possibilidades de esperança de cura proporcionadas pelo tratamento, indicando também o estigma negativo da eficácia terapêutica.

Portanto, segundo Brasil (2002a) não é suficiente implantar somente a oferta de PCCU na atenção primária; é necessário programar e priorizar ações educativas e incentivar as mulheres a comparecerem às Unidades Básicas de Saúde (UBS), tornando-as responsáveis pelo cuidado com a própria saúde.

A prevenção contra o CCU passa por cuidados e informações sobre o uso de preservativos durante a relação sexual, uma vez que a prática de sexo seguro é uma das formas de evitar o contágio com o HPV. Esse tem papel importante no desenvolvimento da doença e de suas lesões precursoras, além de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Dessa forma, são necessárias ações concomitantes com a educação em saúde e promoção de informações dirigidas às mulheres acerca da prevenção e controle dessa neoplasia de modo a sensibilizá-las para a importância da realização do exame e dos fatores de risco, possibilitando uma detecção precoce dos casos e a possível cura dos diagnosticados. Segundo Brasil (2008, p.2), “a educação em saúde no âmbito dos serviços é essencial para a melhoria da saúde individual e coletiva”.

Amorim et al. (2006) afirmam que o déficit de conhecimento, o tipo de acolhimento no sistema de saúde, o pudor, as condições socioeconômicas, o acesso aos serviços de saúde são alguns dos fatores que podem estar associados a não realização de exames preventivos pelas mulheres. Nesse sentido, Fernandes et al. (2009) destacam que, no Brasil, cerca de 40% das mulheres, em todas as idades, nunca realizaram o Papanicolaou.

Considerando nossa realidade, podemos perceber uma deficiência no desenvolvimento de ações educativas, dificultando a compreensão por parte das mulheres sobre os cuidados preventivos a respeito dessa neoplasia maligna. Assim, torna-se necessária uma atuação profissional mais efetiva, no sentido de empoderar as mulheres no cuidado com o corpo, o que poderia contribuir significativamente na adesão ao Papanicolaou. Essa adesão possibilitaria controlar essa patologia, além de modificar o cenário atual.

Para um efetivo controle do câncer são necessárias ações para garantir uma atenção integral ao paciente em todos os níveis, desde a prevenção, diagnóstico, tratamento até os cuidados paliativos. Em relação ao CCU, o tratamento é mais efetivo quando a doença é diagnosticada em fases iniciais, antes do aparecimento dos sinais clínicos, justificando a importância das ações para a detecção precoce (BRASIL, 2006a).

Assim, é preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo (MACHADO et al., 2007).

Brasil (2008, p.2) ressalta que “é necessário retomar a educação em saúde como uma prática central para o processo de produção de saúde entendido como estratégia para autonomia dos sujeitos e coletividades”.

Vale frisar que os profissionais de saúde atuantes junto à clientela feminina, devem cuidar para que haja a maior efetividade possível durante o atendimento. Os serviços precisam adotar estratégias que evitem as oportunidades perdidas de atenção às mulheres, isto é, evitar ocasiões em que elas procurem a unidade e não recebam orientações ou ações de

promoção, prevenção e/ou recuperação, de acordo com o perfil epidemiológico deste grupo populacional.

Nesse contexto, a ESF prevê o desenvolvimento de práticas de educação em saúde como instrumento de participação popular nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, favorece uma troca entre o saber científico e o empírico, com vistas à melhoria da qualidade de vida da comunidade, famílias e indivíduos. As práticas educativas devem ser desenvolvidas por todos profissionais em seus contatos com indivíduos sadios ou doentes, conforme definição das suas atribuições básicas (BRASIL, 2007b).

A atuação da ESF na conjuntura da saúde da mulher, e, especificamente no controle do CCU, é primordial, uma vez que, pela maior proximidade com esse público, pode atuar como instrumento para esclarecimento e compreensão em relação à importância do exame Papanicolaou. Nessa perspectiva, as práticas educativas merecem discussão e reflexão quanto à sua validação e realização na prática assistencial. Acreditamos que o cuidado com a saúde prestado pelos profissionais da ESF, utilizando ações educativas, pode ser bastante exitoso, pois leva a mulher a obter conhecimentos adequados para serem aplicados com eficácia em seu cuidado no combate e controle do CCU.

Nesse contexto, anunciamos essa intervenção que teve como foco desenvolver autonomia em mulheres na prevenção do CCU, especificamente na ESF do João XXIII, comunidade da Lagoa do Portinho, na qual realizamos atividades educativas junto às mulheres pautadas numa relação dialogada e participativa.

Tal proposta interventiva se faz necessária, uma vez que em estudos já realizados anteriormente como de Pelloso, Carvalho e Higarashi (2004) com mulheres atendidas em uma UBS no Paraná, acerca do conhecimento do câncer uterino observaram que elas apesar de conhecerem alguns aspectos da importância do Papanicolaou, possuem um nível de conhecimento muito baixo sobre o CCU. Outra constatação não menos importante e que motiva nossa inquietação é que esse déficit de conhecimento está relacionado a má informação ou a acesso a informações equivocadas, evidenciando uma carência de programas educativos com caráter efetivo.

De acordo com Brasil (2005), a abordagem educativa é uma das estratégias mais importantes para a qualidade na oferta de serviços de saúde, sendo um processo que prever mudanças conceituais, comportamentais e instrumentais.

### 1.3 Justificativa e Relevância do Estudo

A construção dessa intervenção possui uma justificativa indiscutível no que se refere à importância epidemiológica do CCU devido aos seus altos índices de morbidade e mortalidade, o qual permanece com elevadas taxas de incidência e prevalência, apesar de ser uma patologia que pode ser curada em seu estado inicial. Destacamos, também, a necessidade de capacitação e enfrentamento das equipes de saúde da família, com ações educativas, promoção e prevenção à saúde, detecção precoce e encaminhamento para tratamento em tempo oportuno.

Correlacionando com a ideia acima, Eduardo et al. (2011) ressalta que, apesar do avanço na detecção e tratamento precoce dessa patologia pelas políticas públicas de saúde na prevenção do câncer uterino, essa doença ainda constitui a segunda causa de morte por neoplasias em mulheres, necessitando de estratégias de Promoção da Saúde nas ações preventivas eficientes e redução das taxas de incidência e mortalidade.

A motivação para a escolha do tema decorreu de nossa experiência de vida, enquanto enfermeira da ESF de Parnaíba – PI, responsável por uma área adscrita, onde desenvolvemos atividades educativas, objetivando incentivar a comunidade a convidar outras mulheres a realizarem este exame e obter conhecimento das formas de prevenção e combate dessa neoplasia maligna, antes da consulta ambulatorial de rotina e da realização dos exames preventivos do CCU. Durante esse período de atuação, apesar de a participação dessas mulheres na ESF ainda não ser o recomendado pelo Ministério da Saúde (MS), detectamos três casos de câncer do colo uterino na fase pré-clínica, que foram dados seguimento com tratamento e alta por cura, favorecendo a reinserção dessas usuárias em suas atividades diárias.

Diante da realidade apresentada, podemos perceber que a redução da morbimortalidade por essa neoplasia maligna só é possível através da promoção da saúde e detecção precoce dos casos de lesões precursoras. Essa ação é factível através da sensibilização das mulheres sobre a importância da participação de grupos educativos e na realização do exame Papanicolaou.

Compete à enfermagem um papel imperioso na prevenção do câncer, assim, por meio da promoção de estratégias educativas que possibilitem a melhoria do acesso aos serviços e de ações que permitirão o empoderamento dessas mulheres do conhecimento no

combate e controle do CCU, a equipe de enfermagem garantirá o sucesso no processo preventivo. Eduardo et al. (2011, p. 233) enfatizam o papel da enfermagem nesse processo:

O principal responsável pela coleta do exame de Papanicolaou, bem como pelas demais ações de Promoção da Saúde das mulheres, cabe a este a responsabilidade de capacitar essa população para exercer maior controle sobre a sua saúde e o controle do câncer de colo de útero.

Portanto, é notória a grande necessidade de ter um olhar mais direcionado a essas questões, buscando uma assistência integralizada, e ainda, sensibilizar as mulheres sobre a importância da realização do Papanicolaou e da gravidade do CCU.

O cenário da ESF vivenciando uma reconstrução do processo de trabalho dos profissionais e dos serviços de saúde é palco perfeito para alcançar a eficácia e eficiência das ações assistenciais prestadas no dia a dia (FERNANDES et al., 2009).

Acreditando ser possível desenvolver um estudo que possibilite definir intervenções preventivas prioritárias para melhorar a assistência prestada pelos serviços de saúde à mulher, foi delimitado como objeto de estudo: as ações educativas no combate ao CCU.

Pelo fato de ainda existir alta incidência desse tipo de patologia em nosso meio, torna-se oportuna e necessária uma intervenção que possibilite o incremento da autonomia das mulheres para a realização do exame citológico periodicamente, cuidado e proteção do seu corpo na prevenção desta neoplasia, bem como a função e a importância dos mesmos para a manutenção de sua saúde.

Destacamos, ainda, que esta dissertação proporcionará subsídios aos profissionais de saúde, em especial, aos enfermeiros. Poderão, pois, qualificar suas atividades assistenciais, administrativas, educativas, de pesquisas e integrativas para que as mulheres possam exercer seus direitos a uma assistência integral. Esperamos também, fornecer subsídios técnico-científicos aos gestores, no sentido de melhorar a implementação das políticas públicas específicas, no âmbito da saúde da mulher, na perspectiva da integralidade. Acreditamos que nossa pesquisa sirva de referência para estudos futuros.

Diante do exposto, emergiram as seguintes indagações: Quais os conhecimentos deste grupo de mulheres sobre o CCU? As mulheres responderão as práticas educativas propostas para trabalhar a prevenção da neoplasia maligna uterina? Quais ações podem ser realizadas para gerar conhecimento de promoção de saúde e prevenção do CCU?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Construir um plano de ações educativas, junto às mulheres, para a prevenção e o controle do câncer do colo uterino, na comunidade da Lagoa do Portinho, Parnaíba - Piauí, tendo como suporte a Pesquisa Participativa baseada na Comunidade.

### **2.2 Específicos**

Conhecer os saberes das mulheres sobre o câncer do colo uterino;

Identificar ações de cuidado realizadas para a prevenção do câncer do colo uterino;

Identificar dificuldades, facilidades e limitações encontradas no desenvolvimento de ações educativas na promoção de saúde;

Descrever as ações educativas desenvolvidas com as mulheres visando uma proposta de ações educacionais para o cuidado das mulheres na prevenção do câncer do colo uterino.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Política de Atenção à Saúde da Mulher com Câncer do Colo Uterino**

Toda proposta de promoção e prevenção à saúde encontra dificuldades de ser implantada e executada, pois a organização dos serviços e a própria assistência estão atreladas às condições de vida da população. Isto se torna mais evidente quando enfocamos os principais problemas de saúde da mulher brasileira, como é o caso do CCU.

O controle do CCU, em nosso país, teve seu ponto de partida, em 1940, através de iniciativas de profissionais que trouxeram a citologia e a colposcopia. A primeira iniciativa de dimensão institucional direcionada para o controle dessa neoplasia em nosso país foi em 1956, quando o presidente Juscelino Kubitschek financiou a construção do Centro de Pesquisas Luíza Gomes de Lemos, da Fundação das Pioneiras Sociais no Rio de Janeiro. (BRASIL, 2011b).

De acordo com Brasil (2011b), apesar de o CCU ser considerado um sério problema de saúde em nosso país há muito tempo, as ações em âmbito nacional para combate dessa neoplasia são recentes. As primeiras iniciativas para implantar a prevenção do CCU ocorreram no final da década de 1960, com a criação do Programa de Controle Cérvico-Uterino de Campinas (PCCUC).

Costa e Fernandes (2003) referem que a PCCUC teve como objetivo principal colocar sob controle, em cinco anos, 30% da população feminina exposta ao risco e, em quinze anos, aumentar a cobertura para até 90% da população. Tiveram como medidas principais a descentralização da coleta do PCCU e a centralização da execução do exame citopatológico, proporcionando diminuição de gastos do programa com controle de qualidade adequado. Esse programa serviu de modelo para o estado de São Paulo criar seu programa de controle para a população, melhorando seus indicadores.

Na década de 70, o MS implantou e desenvolveu o Programa Nacional de Controle do Câncer, através da Divisão Nacional de Câncer, dando destaque ao rastreamento do câncer uterino. Esta foi considerada a primeira ação de âmbito nacional do MS (BRASIL, 2011b).

No início da década de 80, o MS implantou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cujo um dos objetivos era aumentar a cobertura e a resolutividade dos serviços de saúde na execução das ações preventivas deste tipo de câncer (OSIS, 1998).

A construção e concretização do PAISM contemplam um conjunto de princípios e diretrizes destinadas a orientar todo e qualquer atendimento prestado à mulher, atuando não apenas no processo reprodutivo, mas na promoção da saúde do público feminino (BRASIL, 2004a).

Nesse cenário, o PAISM prestaria uma atenção integral à mulher, que incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, contemplando a assistência em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, DST, CCU, de mama e no planejamento familiar. Englobando, dessa forma, uma abordagem em todos os seus ciclos de vida (BRASIL, 2011b).

Corroborando com o citado acima, Fernandes e Narchi (2007) inferem que o PAISM permitiu que as ações de saúde voltadas para a mulher deixassem de se preocupar exclusivamente com as questões envolvendo a gravidez e o puerpério, e passassem a incorporar novas prioridades, abrangendo todas as suas fases da vida, garantindo uma assistência integral a essas usuárias. A principal contribuição desse Programa ao controle do CCU foi introduzir e estimular a coleta de material para o exame citopatológico como procedimento de rotina da consulta ginecológica e, conseqüentemente, reduzir a mortalidade por câncer na população feminina.

Pereira e Siqueira (2009) ressaltam o PAISM como um marco histórico, na medida em que introduziu novo enfoque nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, centrado na integralidade e na equidade das ações, propondo uma abordagem global da saúde da mulher.

No final da década de 1980, de acordo com Brasil (1986), ocorreu no país a VIII Conferência Nacional de Saúde que se constitui no paradigma de mudança do modelo de atenção à saúde, voltado para a complexidade do processo saúde-doença; a ampliação da atenção ao indivíduo; a qualidade no atendimento e o estímulo à participação social, desenvolvendo nas mulheres a percepção de que são sujeitos responsáveis por sua própria saúde.

Em 1995, o governo brasileiro incentivado pela Conferência Mundial de Mulheres realizada na China, passou a intervir esforços na organização de uma rede nacional de detecção precoce do CCU. O MS, por intermédio do INCA, implantou, em 1998, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo de Útero e de Mama – Viva Mulher. O programa teve por objetivo reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, sociais e psíquicas da doença, com a oferta de serviços de prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação

adequados para as mulheres acometidas com o câncer (PINHO; COUTINHO, 2007; COSTA; FERNANDES, 2003).

O Viva Mulher elegeu o Papanicolaou como método de rastreamento dessa patologia. Esse programa veio minimizar os vários desafios existentes, principalmente, os referentes à desarticulação das ações de combate ao CCU, tendo como objetivos a detecção precoce e tratamento das lesões. Foram desenvolvidos protocolos para a padronização da coleta de material, para o seguimento e conduta frente a cada tipo de alteração citológica. Introduziu-se, também, a cirurgia de alta frequência para tratamento das lesões pré-invasoras do câncer; tendo como público alvo mulheres na faixa etária entre 35 a 49 anos (BRASIL, 2011b; UCHIMURA et al., 2009; FERNANDES; NARCHI, 2007).

Justifica-se que a priorização dessa faixa etária se dá pelo fato de a incidência desse tumor tornar-se mais evidente na faixa etária entre 20 e 29 anos, e o risco aumentar gradualmente com a idade. A faixa etária de 35 a 49 anos é, portanto, a de maior risco para esse câncer, e é nela onde se observa uma diminuição do número de mulheres que buscam o exame (FERNANDES; NARCHI, 2007). Durante o Viva Mulher ocorreu, em apenas 45 dias, um aumento no número de coleta de exames citológicos para 3.263 milhões (BRASIL, 2011b).

Nos anos de 1998 e 2002, houve mobilizações nacionais para a detecção precoce do CCU. A primeira ocorreu, em 1998, e foi denominada “Primeira Fase de Intensificação do Programa Viva Mulher”. Obteve uma cobertura de 22,5% da população na faixa etária de 30 a 49 anos. A segunda, que ocorreu em 2002, teve uma cobertura de 16,2% na mesma faixa etária. Em ambas a cobertura foi pequena, não atingindo os 80% do público alvo preconizado pelo MS. Esse resultado provou que essa estratégia possuía falhas (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

O MS, em 2004, publicou um manual sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com princípios e diretrizes, elaboradas a partir da proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando as características da nova política de saúde. Essa política, além de priorizar a assistência integral à mulher, incorporou também questões relacionadas à violência, direitos humanos, reprodutivos e sexuais e outros, bem como, buscou parceria com movimentos de mulheres, Organizações Não Governamentais (ONG) e órgãos públicos ligados à mulher (BRASIL, 2006a).

Segundo Soares (2007), a implantação da PNAISM se propôs a acolher a diversidade que caracteriza o Brasil; observar as condições socioeconômicas e culturais;

compreender o perfil epidemiológico da população feminina e a trabalhar na realidade local, aumentando a possibilidade de sucesso na assistência à mulher de forma integral.

Dentro desse contexto, cabe ressaltar que a principal estratégia utilizada, nas últimas décadas, para detecção precoce deste câncer e suas lesões precursoras é a realização do exame preventivo do CCU, conhecido popularmente como exame de Papanicolaou. Esse exame consiste em uma tecnologia simples, bastante eficaz e de baixo custo para o serviço de saúde (OLIVEIRA et al., 2006).

No Brasil, o exame citopatológico é a estratégia de rastreamento recomendada pelo MS, prioritariamente, para mulheres de 25 a 64 anos, sendo estimada a redução em cerca de 80% da mortalidade por esse câncer através do rastreamento e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma *in situ*. (BRASIL, 2011b).

De acordo com Oliveira, Fernandes e Galvão (2005), apesar dos esforços na prevenção e controle dessa neoplasia, esses não têm causado diminuição dos indicadores dessa doença, seja por falta de participação da população ou por deficiência do programa de detecção e prevenção do CCU. Diante desse cenário, acreditamos que a procura das mulheres por cuidado seja determinada pelas crenças e percepções sobre o que é saúde, doença, prevenção e, também, pelas experiências vivenciadas por elas, seja para prevenção, manutenção ou tratamento de sua saúde.

É importante atentar os reais motivos que interferem na adesão das mulheres na realização do Papanicolaou. Esses motivos podem estar relacionados a valores culturais, sua sexualidade, tabus ou mesmo falta de informação, pois não basta só ofertar o exame citológico nos serviços de saúde, é necessário buscar essas usuárias vulneráveis e sensibilizá-las quanto à importância do mesmo e dos fatores de risco dessa neoplasia que pode ser curada.

Davim et al. (2005) afirmam que, no Brasil, as usuárias beneficiadas com exame preventivo ainda são em número reduzido, tendo em vista que sua cobertura não ultrapassa 8% do número de mulheres com mais de 20 anos de idade. Contrariando as recomendações da OMS, que preconiza uma cobertura de 80% da população feminina de risco, obtendo-se, dessa forma, um impacto epidemiológico com redução das taxas de mortalidade em até 90%. O que se tem observado no país é que a procura por este exame preventivo é feita por mulheres com menos de 35 anos de idade, evidenciando-se que a procura pelos serviços do posto de saúde se dá mais pelos cuidados relacionados com controle de natalidade do que com as medidas de prevenção de saúde.

Diante do exposto, podemos observar que o cuidado prestado pelos profissionais de saúde e as políticas de atenção à mulher, especificamente, à população com CCU, necessita de uma atenção especializada e mudanças imediatas para garantir uma saúde de qualidade.

### **3.2 Ações no Combate e Prevenção do Câncer do Colo Uterino na Estratégia Saúde da Família**

A ESF é entendida como um instrumento de reorganização do modelo assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em UBS. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade (BRASIL, 2006b).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a ESF deve pautar suas ações em cinco princípios: caráter substitutivo das práticas convencionais de assistência à saúde; atuação territorial; desenvolvimento de atividades em função do planejamento local, focadas na família e comunidade; busca de integração com instituições e organizações sociais para o estabelecimento de parcerias; e ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006b).

Além de constituir a porta de entrada preferencial da rede de serviços de saúde e de acesso universal, cabe às equipes de saúde da família a responsabilidade pela coordenação dos cuidados e acompanhamento longitudinal, mesmo quando o usuário encontra-se em outros níveis de atenção. Para tal, é fundamental garantir o acesso às atenções secundária e terciária por meio do estabelecimento de fluxos formais para referência e contra referência, assim como o registro das informações clínicas.

Com a criação da ESF, a Atenção Primária à Saúde (APS) deixa de ser vista como uma forma de atenção assistencialista e isolada do âmbito social, caracterizando-se por ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, no âmbito físico, social e mental, expandindo suas ações e sendo capaz de promover o cuidado de forma mais ampliada (COSTA; CARBONE, 2004).

A família é considerada o foco das ações na ESF, auxiliando a integração dos indivíduos à própria prática do cuidado e, por sua vez, a adoção de práticas preventivas. Para isso, algumas das atribuições da estratégia são: a delimitação territorial, o reconhecimento dos

fluxos da comunidade, a programação das atividades com base nas necessidades populacionais, a garantia de acesso a exames diagnósticos e laboratoriais previstos na APS, como no caso das técnicas de detecção precoce do CCU (BRASIL, 2006b).

Dessa forma, é possível afirmar que, havendo o conhecimento das características das mulheres de sua área de abrangência, existe uma maior probabilidade da elaboração de um planejamento de ações efetivas, através de políticas públicas voltadas para a realidade local.

A prevenção de patologias consiste no desenvolvimento de ações que reduzam os fatores de risco específicos ou reforcem mudanças e hábitos pessoais que minimizem a sua susceptibilidade a doenças. Portanto, a prevenção vai além, utilizando ações que diminuam as consequências das enfermidades mesmo uma vez já estabelecidas (OLIVEIRA; PINTO; COIMBRA, 2007).

Em torno de 80% dos casos de câncer podem estar relacionados a fatores ambientais, aumentando as possibilidades de prevenção, principalmente, através da conscientização, mudança nos hábitos de vida e co-responsabilização da população. Para isso, é necessário que ocorra uma mobilização e articulação dos profissionais que compõem as equipes de saúde e demais setores sociais envolvidos nestas ações, a fim de que o conhecimento destas mudanças possa ser disseminado, principalmente, aos grupos de maior vulnerabilidade (FIGUEIREDO, 2005).

As ações de prevenção primárias consideradas inespecíficas para o CCU versam sobre o envolvimento de situações de risco presentes em diversas outras neoplasias e, por isso, são de extrema relevância para a prática em saúde pública. Dentre elas se destacam as ações para o controle do tabagismo, dietas hipolipídicas, uso racional de medicamentos, proteção da exposição a agentes carcinogênicos, agentes infecciosos e parasitários (BRASIL, 2002b).

Já as ações de prevenção específica são aquelas que visam a intervir diretamente nos fatores de risco envolvidos em determinada doença (BRASIL, 2002b; FIGUEIREDO, 2005). Vários autores esclarecem que em 80% a 90% dos casos, os fatores de risco envolvidos no CCU são externos aos aspectos genéticos, tais como: a vulnerabilidade social, a pluralidade de parceiros sexuais, as DST, a precocidade do início da atividade sexual, a multiparidade, o tabagismo, algumas carências nutricionais e o uso de anticoncepcionais (DAVIM et al., 2005; KRIVAK et al., 2005; GREENWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006; BRITO et al., 2007).

A prevenção secundária engloba todas as ações que abrangem práticas de diagnóstico precoce e instituição de tratamento imediato com objetivo de aumentar a possibilidade de cura, reduzir a mortalidade e aumentar a qualidade de vida e sobrevida das portadoras da patologia. Dentre os meios utilizados para este tipo de prevenção, destacam-se as técnicas de rastreio e detecção precoce das neoplasias (FIGUEIREDO, 2005).

Na prevenção do CCU, o exame eleito para realização do rastreio da doença é o Papanicolaou. Este método, apesar dos avanços tecnológicos na área, continua sendo considerado o mais eficaz, como destacados em alguns estudos temporais que demonstram a redução da doença após a introdução dos programas de rastreio, bem como em estudos que evidenciam risco aumentado em mulheres que nunca realizaram o exame (MARTINS et al., 2005).

Portanto, os profissionais que realizam a citologia oncótica ao atenderem as usuárias deveriam ir ao encontro do que elas pensam e esperam da realização desse exame, buscando alcançar medidas preventivas, baseadas no desenvolvimento de uma consciência crítica, com vistas a mudanças no quadro epidemiológico de morbimortalidade feminina (BRITO et al., 2007). O conhecimento de formas efetivas de prevenção deve ser operacionalizado pelos profissionais de saúde de modo a elevar a qualidade de vida das pessoas e diminuir tanto o adoecimento quanto as suas consequências (BRASIL, 2006b).

Além da coleta de material através do exame citológico, a prevenção do câncer uterino deve incluir ações educativas, as quais devem ser realizadas através de programas de prevenção que esclareçam a importância do diagnóstico precoce e a possibilidade de cura (PINELLI, 2002). A educação em saúde está estreitamente ligada, tanto com a prevenção das doenças, como com a promoção da saúde, uma vez que a promoção de saúde depende essencialmente da participação ativa de uma população bem informada (NUTBEAM, 1996).

Entretanto, a valorização apenas do Papanicolaou na prevenção desta neoplasia não permite redução no impacto sobre a doença e, conseqüentemente, na taxa de prevalência. Deve-se priorizar a educação em saúde, que possibilita o acesso às informações, além da autonomia das usuárias sobre sua saúde (OLIVEIRA, 2002).

A OMS ainda recomenda que os programas de rastreio e detecção precoce das neoplasias do colo uterino não devem desperdiçar nenhuma oportunidade de realização do exame. Os programas devem ser providos de mecanismos de captação e busca ativa nos casos em que as mulheres não acessarem o serviço. Com isso, acredita-se que o acompanhamento das famílias através de ações de vigilância em saúde e a promoção do vínculo entre a

comunidade e as unidades de saúde possibilite melhores resultados no controle da doença. É de extrema importância, destacar que essa estratégia somente trará resultados efetivos se os sistemas de referência e contra referência dos municípios estiverem definidos e articulados, pois no que tange às práticas de prevenção, a APS se propõe somente atividades de prevenção primária e secundária (SILVA et al., 2004; BRASIL, 2006<sup>a</sup>).

### **3.3 Ações Educativas na Prevenção do Câncer do Colo Uterino**

A educação em saúde é elemento essencial no cuidado à mulher suscetível ao CCU. Nem sempre é fácil convencer uma pessoa, muitas vezes assintomática, de que ela possa estar doente, principalmente, se o controle e prevenção desta doença exigir uma série de mudanças em seu estilo de vida. Mais difícil ainda, é fazê-la perceber a importância da adesão a essas mudanças de hábitos. Diante disso, a educação em saúde surge como uma das possibilidades de intervenção, pois pode atuar no esclarecimento do que vem a ser a doença, quais suas repercussões em sua vida e as formas de prevenção e controle.

Nesse sentido, a adesão às mudanças de hábitos associada à realização periódica da PCCU é considerada um ponto preponderante na prevenção do CCU. De acordo com Taveira e Pierin (2007) a adesão pode ser considerada um processo comportamental complexo influenciado por fatores socioculturais, econômicos e pelo próprio sistema de atenção à saúde.

Ao internalizar a importância da prática de hábitos de vida saudáveis associados à realização da PCCU periodicamente, a mulher abre caminho para que possa atuar como sujeito do seu autocuidado, realizando suas próprias escolhas, e não mais atuando apenas como receptora de orientações dos profissionais.

Desse modo, o profissional de saúde passa a entender que muitos fatores influenciam na tomada de decisão do indivíduo. Percebe, portanto, o espaço da educação em saúde como singular para trabalhar questões que ultrapassam o biológico, com a intenção de alcançar a construção de conhecimentos, atitudes e práticas favoráveis às necessidades dos indivíduos que, através do processo de empoderamento, serão capazes de desenvolver maior controle sobre suas condições de vida individual e coletiva (BESEN et al., 2007).

Pereira (2003) ressalta, que a educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a manutenção da saúde e sua promoção, não entendida somente como transmissão de conteúdos, mas também como a adoção de práticas educativas que

busquem a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida, ou seja, educação em saúde nada mais é que o pleno exercício de construção da cidadania.

O trabalho com grupos de educação em saúde se constitui como uma fonte de possibilidades ao propiciar um meio adequado para o desenvolvimento da consciência crítica de seus membros sobre suas condições de vida e saúde, por meio da utilização de estratégias coletivas de enfrentamento dos limites apresentados pela comunidade (SOUZA et al., 2005). Segundo as autoras, o trabalho com grupos favorece a troca de experiências entre os usuários e, também, entre eles e o profissional de saúde.

Gonçalves e Schier (2005) ressaltam que os grupos de educação em saúde apresentam a capacidade de formar vínculos, acolher o usuário, além de favorecer sua compreensão da importância do autocuidado e, conseqüentemente, do desenvolvimento de sua autonomia. Esses eventos levam ao reconhecimento da qualidade de vida como aspecto constitucional do conceito de saúde.

Silveira e Ribeiro (2005, p.101) apresentam importante justificativa para o trabalho com grupos ao afirmarem que:

[...] o trabalho com grupos em unidades de saúde é um recurso potencial para ser incorporado pelas instituições e pelos profissionais no desempenho da tarefa de promover saúde. Uma atividade que procura dar aproveitamento a todos os recursos com que conta cada pessoa na busca por viver melhor, que otimiza os recursos financeiros e o período de trabalho dos profissionais, que potencializa a ação da saúde tendo, ainda, aplicação pedagógica na formação e no aprimoramento profissional de quem a desempenha é, sem dúvida, uma atividade a ser exercida amplamente para o bem público.

O profissional de saúde, ao atuar como coordenador ou facilitador de uma atividade de educação em saúde desenvolvida em grupo, deve se colocar na posição de mediador dessa atividade. Dessa forma, é necessário valorizar o conhecimento dos participantes do grupo, a fim de que não conduza o processo, exclusivamente, de acordo com seu modo de pensar e, assim, venha a impor aos outros valores e concepções de certo e errado.

É de suma importância a educação em saúde para que a população conheça os riscos da não detecção precoce do CCU e dos benefícios que o preventivo pode trazer. O tratamento de infecções e detecção de lesões pré-cancerígenas são estratégias de prevenir a mortalidade por essa neoplasia. Segundo Brasil (2004b), a educação em saúde para a população é a base estratégica para promover a atenção na prevenção do câncer uterino.

Prado, Pereira e Assis (2009), afirmam que a ampliação de espaços para o diálogo e a escuta na atenção básica tem sido apontada como essencial para qualificar as práticas e alterar positivamente a percepção e a vivência das mulheres quanto à prevenção do CCU.

Diante dessas afirmativas, podemos inferir que as atividades educativas são de alta relevância, visto que muitas mulheres, devido a vários fatores, não reconhecem as medidas de prevenção dessa patologia.

Cruz e Loureiro (2008) reforçam essa afirmação e acrescentam a importância de uma comunicação adequada na abordagem nas campanhas de prevenção, de forma a não repetir conceitos e valores históricos que foram construídos e que apontam a fragilidade da mulher, culpabilizando-a pela não realização da prevenção.

Para justificar essa informação, citamos o bem-sucedido trabalho realizado, na cidade de Rio Negro/MG por Prado, Pereira e Assis (2009), eles se valeram dos princípios da educação popular como forma de reorganizar as ações de prevenção do câncer ginecológico.

O processo educativo que promove o conhecimento, a transformação e a busca pela mudança é aquele que valoriza o homem como sujeito de sua educação, buscando um ser autêntico (crítico-reflexivo) e não um ser alienado. Na educação problematizadora, o profissional procura não transferir seus conhecimentos e valores ao educando, mas os considera como seres ativos, em que há troca entre ambos, ou seja, é a educação do diálogo, o qual se torna indispensável para a aprendizagem do sujeito (FREIRE, 2005).

Para Sousa et al. (2007), o grande desafio hoje no processo educativo em saúde é promover profissionais críticos, sensíveis, comprometidos com as necessidades reais da população e que respondam às exigências do contexto social. É necessário implantar educação em saúde mais dialogada, que faça parte da prática de educar dos profissionais de saúde.

Para a adesão das mulheres ao exame preventivo é necessário, conhecer seus medos, saber ouvi-las, refletir juntos, buscando sempre a individualidade de cada mulher.

As ações educativas devem buscar a participação e questionamento conjuntos dos profissionais de saúde com as mulheres sobre os diferentes aspectos relacionados à prevenção, à educação, às doenças e às ações de controle, buscando sensibilizá-las para a adoção de atitudes e comportamentos compatíveis com uma vida mais saudável, possibilitando a melhoria da qualidade do serviço (THUM et al., 2006).

É necessário profissionais capacitados e responsáveis que conheçam de fato a realidade de onde trabalham, que realizem um planejamento de suas ações a partir dos

diagnósticos de saúde da população assistida e, assim, promovam a saúde, humanização e integração da assistência à população, em especial, da mulher brasileira.

Dessa maneira, torna-se de fundamental importância romper com a visão tradicional da assistência à saúde. É necessário, portanto, introduzir ações na perspectiva da integralidade da assistência, no intuito de focar, além dos aspectos físicos do corpo, os aspectos psicológicos e de compreensão do meio em que a mulher reside, sua cultura, seus aspectos econômicos e sociais, remetendo-a uma relação mais cidadã.

O conhecimento das mulheres, em relação aos fatores de risco, favorece comportamentos adequados frente à realização do Papanicolaou e medidas preventivas para o CCU, contestando-se a falta de informação, o que as tornam distanciadas do serviço de saúde (DIÓRGENES et al., 2001). De acordo com Peloso, Carvalho e Higarashi (2004) as medidas educativas tornam-se de extrema relevância. A prevenção é entendida como condição multifacetada, com influências socioeconômicas, políticas e culturais, conseqüentemente, a saída para a redução dos casos de CCU.

## **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1 Caracterização da Pesquisa/Intervenção e Abordagem**

Este estudo trata-se de uma pesquisa/intervenção, pois objetivou resolver ou minimizar uma problemática, através do conhecimento e, a partir de uma realidade observada, com uma ação conjunta, partilhada entre a autora e as mulheres da comunidade. De acordo com Vergara (2011, p.43), a investigação intervencionista tem como principal objetivo:

Interpor-se, interferir na realidade estudada para modificá-la. Não se satisfaz, portanto, em apenas explicar. Distingue-se da pesquisa aplicada pelo compromisso de não somente propor resoluções de problemas, mas também de resolvê-los efetivo e participativamente.

Quanto à abordagem, foi sistêmica com método, exclusivamente, qualitativo. Para Minayo (2012), a pesquisa qualitativa consiste no estudo que visa compreender as relações de crenças, percepções, opiniões e interpretações dos homens referentes à sua forma de se posicionar, pensar, sentir e viver, ou seja, é um universo de significados, que corresponde a processos e fenômenos mais complexos que não podem ser reduzidos.

Corroborando com Turato (2011), o método qualitativo é utilizado para estudar a qualidade do objeto, trata-se de formular um conhecimento em torno das propriedades que lhe são específicas, com o objetivo de apresentá-las em sua essência.

Também foi do tipo descritiva, pois visou detalhar uma intervenção realizada com mulheres na prevenção do câncer uterino. De acordo com Gil (2010), a pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis. Cervo, Bervian e Silva (2007), referem, ainda, que neste tipo de estudo é possível observar, registrar, analisar e correlacionar dados ou fatos colhidos da própria realidade sem manipulá-los.

### **4.2 Cenário da Pesquisa/ Intervenção**

A presente pesquisa/intervenção foi desenvolvida em uma ESF situada na comunidade da Lagoa do Portinho, em Parnaíba – PI. O Piauí é o terceiro maior estado nordestino, possui uma área territorial de 251.577,738 Km<sup>2</sup>, atrás apenas da Bahia e do Maranhão. Sua área corresponde a 2,95% do território nacional. Seus limites geográficos ao

norte o Oceano Atlântico; ao leste Maranhão, ao oeste Ceará e Pernambuco e ao sul a Bahia e Tocantins (IBGE, 2010).

O estado possui uma população estimada em 3.118.360 habitantes distribuídos em 224 municípios, tem uma densidade demográfica de 12,40 habitantes por quilômetro quadrado. Suas cidades mais populosas são Teresina, a capital, Parnaíba, Picos e Piripiri. Diferentemente de todos os outros estados nordestinos, apresenta o litoral muito pequeno, com apenas sessenta e seis quilômetros de extensão. Sua capital está localizada no interior, esse fato se deve ao processo de colonização no território piauiense, que foi estabelecido do interior para o litoral e apresenta uma população com 814.439 habitantes (IBGE, 2010).

Figura 1 - Mapa do estado do Piauí na Região Nordeste - Brasil



Fonte: IBGE, 2010.

Parte da história do estado pode ser contada pelos importantes artefatos pré-históricos que datam de até 50.000 anos, guardados no Parque Nacional da Serra da Capivara, na Serra das Confusões e em Sete Cidades. Os Sítios Arqueológicos do Piauí são muito conhecidos por serem os mais antigos do Brasil e da América, e por conservarem o maior número de pinturas primitivas em rochas do mundo (RIBEIRO, 2003).

O estado do Piauí foi colonizado do centro para o litoral, especialmente, por fazendeiros que buscavam novas terras para a criação de gado. Por volta de 1674, um capitão chamado Domingos Afonso Mafrense fundou cerca de trinta fazendas de gado às margens do Rio Gurgueia. Maior colonizador da região, após sua morte, as posses passaram aos padres da Companhia de Jesus. Com eles, a pecuária local atingiu seu auge durante o século XVIII. Mais tarde, os rebanhos tornaram-se posse da Coroa Portuguesa, entrando em declínio (RIBEIRO, 2003).

Cerca de 70% da renda dos piauienses concentra-se no setor terciário, que gira em torno de comércio e serviços. Ainda que minoritários, os setores primário e secundário

da economia são responsáveis por uma parte significativa da mão de obra regional. As principais atividades estão representadas pela pecuária, agricultura, extrativismo vegetal e mineral (IBGE, 2010).

Tradicional e de grande importância histórica, a pecuária foi a primeira atividade econômica a ser desenvolvida no Piauí e, por isso, grande parte do folclore e dos costumes regionais foram influenciados pela atividade pastoril. Destacam-se as criações de caprinos, bovinos, suínos, ovinos e asininos. Atividade de subsistência, a agricultura, atualmente, possui também um caráter comercial. Existem culturas temporárias, como a do milho, feijão, arroz, mandioca, algodão herbáceo, cana-de-açúcar e soja; e as permanentes, como a da manga, laranja, castanha-de-caju. A castanha, por exemplo, passou a ser desenvolvida em ampla escala e possui grande importância para a economia do estado (RIBEIRO, 2003; PORTAL, 2011).

O setor secundário é ainda pouco expressivo com destaque para a agroindústria de açúcar, álcool e couro. Mais de 60% da população economicamente ativa encontra-se no setor informal da economia (CODEVASF, 2010).

Banhado pelo Rio Parnaíba e alguns de seus afluentes, como o Gurguéia e o Uruçuí Preto, o Piauí conta com um clima tipicamente tropical e alta umidade relativa do ar. A região conta também com as lagoas de Parnaguá, Buriti e Cajueiro, que detêm importância para projetos de irrigação e abastecimento de água. Com o desmatamento, hoje, os rios vêm sofrendo com o assoreamento. A paisagem é repleta de cocais, como o babaçu, a carnaúba, buriti e tucum, que sustentam a atividade extrativa da região (PORTAL, 2011).

O município de Parnaíba fica localizado na microrregião do litoral piauiense, tendo como limites: ao norte, o município de Ilha Grande e o oceano Atlântico, ao sul, Buriti dos Lopes e Cocal; a leste, Luís Correia, e a oeste o estado do Maranhão (CPRM, 2004).

Figura 2 – Vista de satélite da cidade de Parnaíba – PI, 2013.



Fonte: Google Maps, 2013.

A cidade compreende uma área total de 435,573 Km<sup>2</sup>, tendo 145.705 mil habitantes. A população urbana é de 137.485 mil e a rural com 8.220 mil, destes 69.727 mil são homens e 75.978 são mulheres, de acordo com o censo 2010 (IBGE, 2012).

Possui clima tropical, alternadamente úmido e seco, com duração do período seco de seis meses; temperaturas médias entre 22°C a 32°C. Sua vegetação é composta de mangues, restingas e caatinga arbustiva. Tem como recursos hídricos o Oceano Atlântico, rios Parnaíba e Igarapé, e lagoas do Prado, do Portinho e da Prata. Seus solos são areias quartzosas distróficas, solos aluviais eutróficos e laterita hidro mórfica associados a latos solos vermelho - amarelo distróficos (CEPRO, 2011).

Destaca-se pelo ritmo de vida simples, com exuberantes paisagens, praias e lagoas. Preserva seus atrativos culturais e seu patrimônio arquitetônico. Entre eles, o Porto das Barcas, antigo centro de importação do comércio exterior do início do século XX que abriga hoje em seus armazéns, museus, exposições de artes plásticas, manifestações de danças e músicas típicas (CODEVASF, 2010).

Parnaíba é considerada um polo educacional no norte do estado, pois possui diversas escolas técnicas, faculdades e universidades, as quais atraem estudantes de todas as partes do Piauí e várias cidades dos estados do Ceará e Maranhão (SELBACH; LEITE, 2008).

O Sistema Municipal de Saúde de Parnaíba apresenta capacidade instalada para realização de serviços básicos, de média e alta complexidade em saúde. Integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, sendo referência para a região norte do estado. O município possui 143 estabelecimentos de saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dentre eles hospitais públicos, privados e filantrópicos, clínicas especializadas, centro de especialidades e unidades básicas de saúde. A gestão do sistema de saúde é de responsabilidade, em nível local, do secretário municipal de saúde (PARNAÍBA- PI, 2011).

A Atenção Básica Municipal se consolida através da ESF e se caracteriza como porta de entrada dos serviços de saúde. O município tem seu território dividido em quatro distritos de saúde. Cada distrito possui um coordenador geral e um gerente administrativo. Essa subdivisão foi realizada com o objetivo de supervisionar, dar dinâmica ao serviço, receber problemas e agilizar soluções, sendo as unidades básicas da ESF os principais atores responsáveis pelo desempenho das atividades de promoção à saúde através das ações preventivas e curativas, obedecendo aos protocolos dos programas estabelecidos pelo MS. A ESF apresenta em Parnaíba uma cobertura de 71% da população, com 35 equipes de saúde da

família, 20 equipes de saúde bucal (ESB), 315 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), quatro equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (PARNAÍBA-PI, 2011).

A Atenção Básica conta, ainda, com duas equipes de apoio assistencial à saúde do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esse setor, responsável por coordenar a atenção à saúde onde não há cobertura de ESF, conta com o atendimento aos grupos prioritários através do ACS e da assistência de enfermagem, fazendo o contato com as famílias cadastradas através das visitas domiciliares e atendimentos individuais em igrejas ou escolas existentes na comunidade (PARNAÍBA-PI, 2011).

Na unidade de saúde do bairro João XXIII, funciona duas equipes: módulos 18 e 19. Nosso estudo foi desenvolvido no módulo 18, cuja equipe é composta por um médico, um dentista, um atendente de consultório dentário, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, oito ACS e uma enfermeira, que foi a autora desse estudo. Essa equipe é responsável por uma parte do bairro João XXIII e da comunidade da Lagoa do Portinho.

A comunidade da Lagoa do Portinho fica na zona rural de Parnaíba, tendo em média 140 famílias que são acompanhadas por duas das ACS que fazem parte da equipe, uma área de densidade demográfica bastante diversificada devido à presença de dunas na localidade, onde a predominância da atividade profissional é a pesca e a agricultura.

Figura 3 – Vista de satélite da comunidade da Lagoa do Portinho, Parnaíba – PI, 2013.



Fonte: Google Earth, 2013.

As principais motivações na escolha do local para o desenvolvimento desta pesquisa se deu pelo fato da pesquisadora ser enfermeira há nove anos dessa unidade de saúde. Portanto, conhece e possui vínculo com boa parte das famílias que ali residem,

prestando atendimentos individuais e coletivos, sobretudo às mulheres de diferentes faixas etárias, realizando acompanhamento de casos de CCU diagnosticados e acompanhados pela equipe dessa ESF.

### **4.3 Participantes e Período da Pesquisa/ Intervenção**

Conforme Gil (2010), universo ou população é um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características. Enquanto a amostra é subconjunto desse universo que deve ser obtida de uma população específica e homogênea por um processo probabilístico aleatório, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características do mesmo.

As participantes dessa pesquisa/intervenção que constituíram o grupo Mulheres que se cuidam, foram doze mulheres residentes na área de abrangência da ESF e as duas ACS que acompanham essas usuárias. Para definição do grupo foram considerados os seguintes critérios:

1. Residir na área de abrangência da ESF do João XXIII na comunidade da Lagoa do Portinho.
2. Ter idade entre 25 a 64 anos, faixa etária que abrange as diretrizes do rastreamento do CCU (BRASIL, 2011a). Esclarecemos que esse contingente é formado por 122 mulheres residentes nessa comunidade.
3. Anuência de participação voluntária na pesquisa, registrada através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>1</sup> (TCLE).

Quanto as ACS, cabe destacar o papel dessas profissionais, que realizam ações voltadas para a saúde da mulher, inclusive a busca ativa desse público para a formação de grupos de educação em saúde e para a realização do Papanicolaou.

Nesse sentido, Fonseca et al. (2009) ressaltam que dentre as atribuições dos ACS constam ações individuais e coletivas que resultem a proteção e a promoção da saúde e atividades educativas, priorizando grupos de maior vulnerabilidade, além de atuação como agentes de mudanças dentro da coletividade.

---

<sup>1</sup> Aplicamos o TCLE, Apêndice B às mulheres e, o Apêndice C às ACS.

Os encontros com o grupo foram realizados nos meses de novembro de 2013 a janeiro de 2014. Esses ocorreram semanalmente, no período da tarde, uma parte na UBS e outra na capela da comunidade.

Segundo Santos e Lima (2008) o trabalho educativo em grupo é uma excelente alternativa para a promoção de saúde, permitindo um aprofundamento da maneira como as pessoas superam suas dificuldades adquirindo autonomia, qualidade de vida e melhores condições de saúde.

#### **4.4 Marco Teórico Metodológico da Pesquisa/Intervenção: *Community Based Participatory Research* – CBPR (Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade)**

Considerando os objetivos propostos nesta pesquisa/intervenção, utilizamos a abordagem da *Community based participatory research* (CBPR) que, segundo Minkler e Wallerstein (2003), consiste em um processo que envolve pessoas da comunidade ou beneficiários de intervenções em todas as etapas do processo de investigação, ou seja, uma abordagem colaborativa para o estudo que envolve equitativamente todos os parceiros no processo de pesquisa e reconhece as qualidades únicas que cada um traz. A CBPR começa com um tema de pesquisa de importância para a comunidade e tem o objetivo de combinar o conhecimento com a ação e alcançar uma mudança social para melhorar ou eliminar as disparidades de saúde.

Mc Alister et al. (2003) esclarecem que a CBPR não é uma nova metodologia, mas, sim, um novo paradigma que tem como base da investigação a parceria na comunidade, tendo como essência a interação entre pesquisadores e participantes do estudo, em que o desenvolvimento tem a participação de cada um, investigando, identificando e estudando os problemas de saúde mais relevantes para a comunidade estudada, objetivando a mudança social e redução das desigualdades sociais.

CBPR é uma nova abordagem de estudo, que altera a relação entre os pesquisadores e os participantes. Na pesquisa tradicional, acadêmicos definem as questões de pesquisa, determinam como ela é feita e decidem como os resultados serão utilizados. Eles são geralmente os árbitros que têm o conhecimento adequado para definir a pesquisa e que são qualificados para realizá-la. Em contraste, a CBPR é baseada na propriedade comum do processo de pesquisa e produtos, bem como a tomada de decisão compartilhada, ou seja,

incorporando a pesquisa, reflexão e ação em um processo cíclico (MINKLER; WALLERSTEIN, 2003).

De acordo com a *Agency for healthcare research and quality* (2004), a CBPR é uma abordagem para a saúde e pesquisa ambiental destinada a aumentar valor dos estudos para ambos os pesquisadores e as comunidade que estão sendo estudadas. Essa abordagem é, particularmente, atraente para acadêmicos e profissionais de saúde que lutam para lidar com problemas persistentes de disparidades de saúde em uma variedade de populações. A CBPR cria pontes entre cientistas e comunidades, através do uso de conhecimento compartilhado e experiências valiosas; estabelece uma relação de confiança mútua que aumenta tanto a quantidade e a qualidade dos dados coletados.

Mc Alisster et al. (2003) relatam que, na Saúde Pública, a credibilidade da CBPR tem crescido muito, porque são estudos que aumentam a participação da comunidade. Com a finalidade de gerar um reforço nos programas e projetos, esses estudos são desenvolvidos em parceria com a comunidade dentro da sua realidade.

A CBPR envolve todos os participantes na investigação de forma equitativamente e enfatiza o que cada parceiro traz de vantagens. Começa com um tema de relevância para a comunidade, objetivando a combinação de conhecimento e ação para a mudança social, melhorando a saúde e eliminando as disparidades (WALLERSTEIN; DURAN, 2006).

Segundo a *Agency for healthcare research and quality* (2004), a CBPR em resumo envolve: a co-aprendizagem e transferência recíproca de competência a todos os participantes da investigação, com destaque para as questões que podem ser desenvolvidas com métodos CBPR; a tomada de decisão compartilhada entre os parceiros, e direitos igualitários nos processos e produtos da investigação em estudo.

Em nossa pesquisa/intervenção desenvolvemos um grupo de mulheres da comunidade Lagoa do Portinho, cujo tema foi discutido a cada encontro, subsidiado por ações educativas, pautadas no diálogo e na troca de experiências entre as envolvidas. Esse fato aconteceu em todos os encontros, objetivando fortalecer o conhecimento das participantes que tiveram a oportunidade de refletir criticamente sobre o tema e exporem seu ponto de vista durante as discussões. Esses diálogos desenvolverem autonomia e cidadania dentro do grupo.

De acordo com Mcgranaghan e Brown (2005), na CBPR, após a realização do estudo, os resultados devem ser divulgados pela parceria para a comunidade e outros setores. Ressaltam, ainda, que sem divulgação e aplicação, os resultados de uma parceria CBPR têm pouco valor aos parceiros comunitários.

Diante desse contexto, divulgamos os resultados obtidos no grupo para as mulheres participantes, além da apresentação para representantes da Secretaria de Saúde do município de Parnaíba e a comunidade da Lagoa do Portinho.

Percebemos que a CBPR é ética e socialmente importante para a comunidade, e cientificamente valoroso para os pesquisadores, os quais possuem participação ativa em todas as etapas do estudo.

#### **4.5 Métodos e Procedimentos da Pesquisa/Intervenção**

A intervenção foi desenvolvida a partir da realização de encontros com um grupo de mulheres, por meio dos quais foi possível atingir os objetivos propostos, conforme etapas que seguem:

Utilizamos a observação participante (APÊNDICE D), registramos todas as informações e experiências relevantes em um diário de campo. Segundo Minayo (2012, p.71), no diário de campo “escrevemos todas as informações que não fazem parte do material formal de entrevistas em suas várias modalidades”.

Aplicamos um formulário de perguntas (APÊNDICE E) no início e ao final de nossa intervenção. Inicialmente, aplicamos o formulário constituído por duas partes, a primeira, voltada para caracterização das participantes e, a segunda, buscar os saberes das mesmas acerca do câncer uterino e suas medidas de prevenção. Após a realização das ações educativas, aplicamos apenas a segunda parte para verificar o impacto da intervenção nos saberes do grupo.

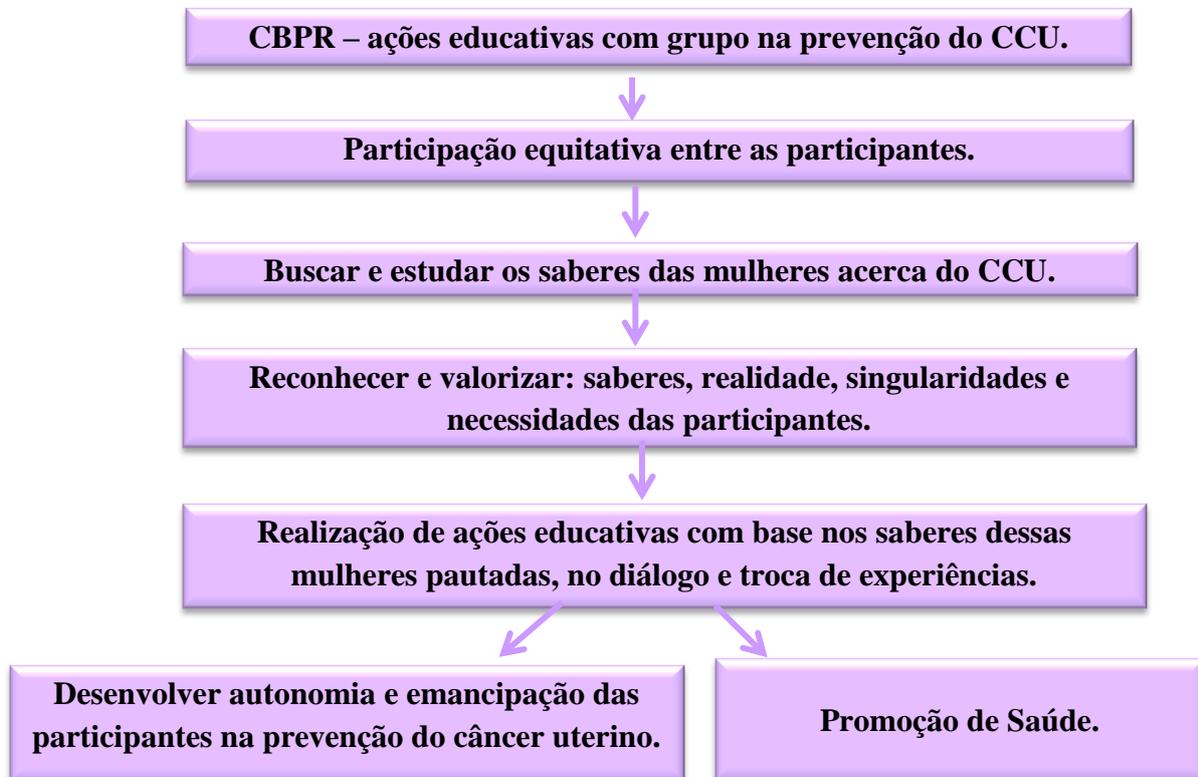
Ao final de cada tarde foi distribuído às participantes um roteiro dos saberes femininos (APÊNDICE F), o qual serviu como diário de registros das atividades realizadas, e ao concluirmos nosso estudo, realizamos entrevistas individuais<sup>2</sup>, a fim de avaliar as percepções das mulheres acerca dos encontros.

O planejamento dos encontros do grupo de mulheres da comunidade Lagoa do Portinho foi elaborado segundo os pressupostos da CBPR, apresentado, resumidamente, na Figura 4:

---

<sup>2</sup> Aplicamos o roteiro de avaliação dos encontros para às mulheres, Apêndice G, e para as ACS o roteiro de avaliação do grupo, Apêndice H.

Figura 4 – Planejamento da CBPR: Ações educativas com grupo de mulheres na comunidade da Lagoa do Portinho.



Fonte: Elaborada pela autora.

#### 4.6 Interpretações e Análise dos Resultados da Pesquisa/Intervenção

As informações colhidas através das entrevistas realizadas com as participantes (mulheres e ACS) foram transcritas na íntegra e os registros do diário de campo obtidos através da observação participante, foram submetidas à análise de conteúdo, que de acordo com Minayo (2008, p.308):

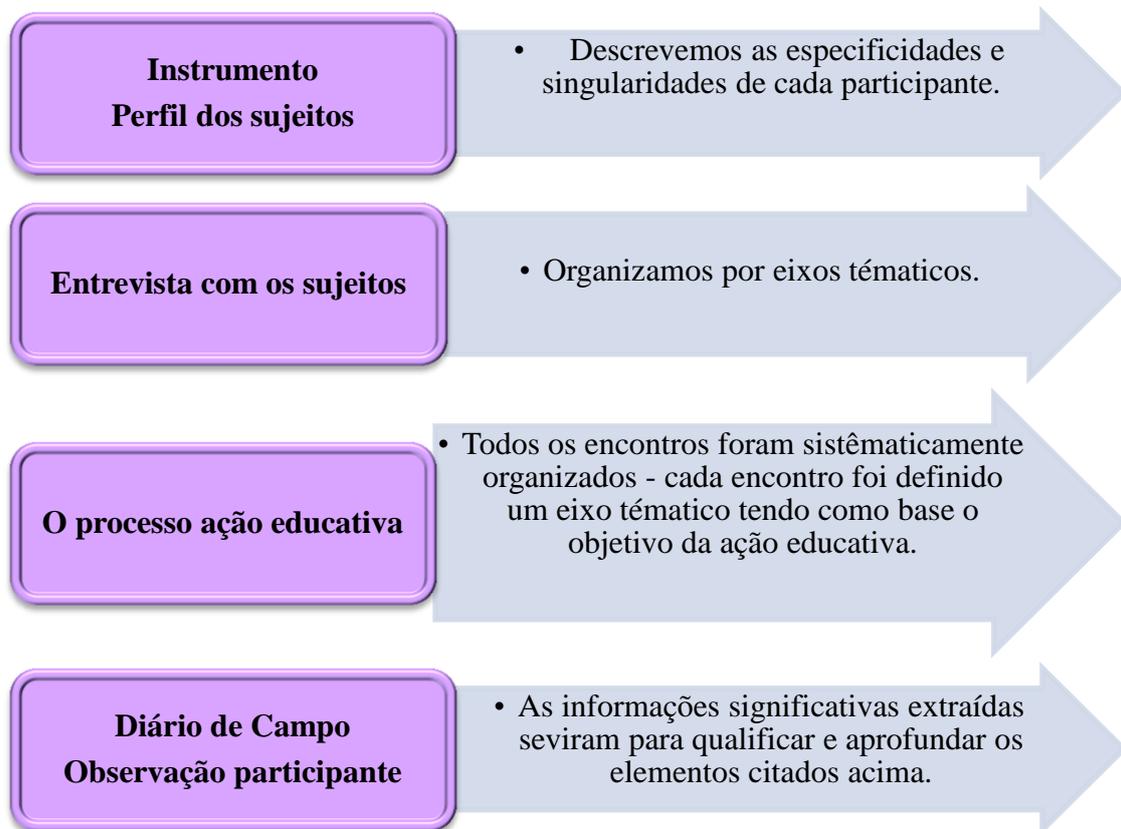
Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais aprofundado, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isso, geralmente, todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articula a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem.

Entre as diferentes possibilidades de análise de conteúdo, utilizamos a análise temática, por considerarmos a mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde.

Realizar a análise temática significa buscar e encontrar a essência do sentido que estão presentes em palavras, frases ou resumos (MINAYO, 2008).

A análise do estudo foi desenvolvida de acordo com o esquema a seguir, que conduziu a categorização dos documentos gerados pelas atividades, sendo agrupados os dados conforme sua similaridade semântica:

Figura 5 - Diagrama da sequência de análise das informações



Fonte: Elaborada pela autora.

Operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas segundo Minayo, (2008): pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Para esse trabalho, os procedimentos realizados em cada etapa encontram-se descritos abaixo:

a) Pré-análise: nessa etapa, foi realizada a leitura atenta de todo o material fornecido pelas participantes. Buscamos selecionar informações de interesse direto para a pesquisa com vistas a resultados que explicitassem claramente os objetivos. No caso da pesquisa aqui apresentada, o corpus de análise resultou das informações obtidas da transcrição das atividades aplicadas.

b) Exploração do material: foi realizada a classificação das informações, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto, o que possibilitou identificar as categorias temáticas.

c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: com o intuito de analisar os dados colhidos, realizamos inferências e interpretações dos objetivos previstos, e relacionamos os dados com outras dimensões teóricas interpretativas.

d) Ao final, apresentamos as categorias temáticas definidas durante a realização das etapas de pré-análise e de exploração do material, obtidas através das atividades aplicadas ao conjunto de mulheres.

#### **4.7 Aspectos Éticos da Pesquisa/Intervenção**

Para o desenvolvimento da pesquisa/intervenção, solicitamos a autorização da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Parnaíba-PI (ANEXO A). Iniciamos as atividades educativas com o grupo após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú sob número de CAAE: 19422213.0.0000.5053 (ANEXO B).

O estudo foi direcionado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Obedecemos, portanto, todos os princípios básicos da bioética como autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, buscando preservar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica e às participantes da pesquisa, a qual foi iniciada após a leitura, explicação e anuência das mulheres e ACS resguardadas por suas assinaturas no TCLE (BRASIL, 2012).

O princípio da autonomia foi respeitado, pois esclarecemos as participantes que possuíam livre arbítrio para decidir participar ou não da pesquisa, sendo esta voluntária, e, que, independente do tempo, poderiam se negar a responder qualquer um dos questionamentos, bem como desistir, sem que implicasse em qualquer penalidade. Utilizamos um gravador portátil, filmadora e máquina fotográfica para registrar todas as informações, com a anuência das participantes. Comunicamos, também, sobre a liberdade de solicitarem esclarecimentos acerca de qualquer questão, conforme evidenciava o TCLE, que aplicamos a todas as envolvidas, como também explicamos os objetivos, metodologia e a relevância social da pesquisa (BRASIL, 2012).

Cabe enfatizar que, apesar da autora ser também, enfermeira da ESF daquela localidade foi explicado detalhadamente a inofensividade da recusa das participantes. As

mulheres que aceitaram fazer parte do estudo foi resguardado a confidencialidade das informações, suas identificações foram substituídas por nomes fictícios escolhidos por elas mesmas e aplicado o Consentimento Pós Informado. No entanto, elas autorizaram que fossem colocadas suas fotografias na pesquisa e idealizaram a filmagem do vídeo artesanal (APÊNDICE I), denominado Mulheres que se cuidam na luta contra o câncer do colo do útero.

Com relação ao princípio da beneficência, garantimos às participantes a firmação do compromisso de trazer o mínimo de risco e o máximo de benefícios possíveis, e de não causar danos morais a elas. Respeitamos os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como hábitos e costumes. Realizamos os encontros em local privativo para o grupo, garantimos a confidencialidade do que foi discutido, firmamos o compromisso de divulgar os resultados com as envolvidas e à gestão local, acreditando que esse estudo trará contribuições no cuidado à mulher no enfrentamento do CCU (BRASIL, 2012).

Ainda sobre os benefícios do estudo, acreditamos que o sistema de saúde local foi beneficiado, pois as ações realizadas trouxeram eco positivo pela forma de sua implementação, ou seja, foram desenvolvidas atividades, com enfoque educativo, que não estavam nas rotinas dos serviços. As atividades educativas deram oportunidade para o aprendizado e fortalecimento de atitudes mais assertivas, quanto ao cuidado com o corpo e com a saúde, conforme comprovamos com os resultados das entrevistas pós-intervenção e a construção do vídeo artesanal, que será reproduzido cópias em Disco Versátil Digital (DVD) para todos os serviços de saúde do município, este deverá ser usado na sala de espera e em sessões educativas para mulheres que irão realizar o exame.

Quanto ao princípio da não maleficência, mostramos que o estudo não causou prejuízos ao grupo que participou das atividades educativas, ao contrário, a participação contribuiu para a promoção de saúde das mesmas (BRASIL, 2012).

Já no princípio da justiça, proporcionamos o maior grau possível de equidade às mulheres que participaram do estudo, não obtendo nenhum grau de diferenciação entre elas. Explicamos as relevâncias sociais, enumerando as vantagens para as que aceitaram participar da pesquisa (BRASIL, 2012).

## **5 RELATOS DA INTERVENÇÃO**

Neste capítulo, exibiremos os resultados da intervenção, apresentando o nascimento do grupo, as principais características de cada mulher, abordando seu comportamento ao longo dos encontros para, em seguida, detalharmos as atividades educativas realizadas no controle e combate ao CCU e, posteriormente, o significado dessa experiência para as mulheres e as ACS participantes.

Segundo a CBPR, para alcançar uma mudança social com intuito de diminuir e/ou eliminar as disparidades de saúde é, de suma importância, os estudos direcionados à comunidade, combinando o conhecimento com a ação, objetivando a mudança e a redução das desigualdades sociais (MINKLER; WALLERSTEIN, 2003; MC ALISSTER et al., 2003).

Alves (2005) ressalta que é imprescindível o envolvimento da comunidade nas ações educativas para o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, não pela sobreposição do conhecimento científico do profissional dessa área, mas pela compreensão da situação de saúde pela comunidade.

A tomada de decisão dos cuidados com a saúde é permeada pelos saberes do indivíduo, seja pessoal ou coletiva. Esses saberes são provenientes da própria vivência do indivíduo e do senso comum. De acordo com Thiollent (2005), embora o saber popular seja marcado de crenças e tradições, ele é muito rico e sincero, pois conhece as situações e problemas em que está inserido.

Segundo Rozemberg (2007), apesar das informações externas não substituírem imediatamente os conteúdos adquiridos pela experiência de vida e os conhecimentos do senso comum, podem transformá-los e poderão proporcionar uma mudança de atitude da pessoa na busca pela melhoria das condições de saúde.

Diante desse contexto, abordamos, em todos os encontros, estratégias didáticas metodológicas diferenciadas, sugeridas pelo grupo, com o intuito de correlacionar os aspectos culturais, saberes de cada mulher e o conhecimento científico que foi repassado acerca do CCU durante a intervenção.

### **5.1 Caminhos e Fatos para Aproximação das Mulheres**

Iniciamos a busca de nossas participantes, separando os prontuários das usuárias, que se encaixavam nos critérios de inclusão da nossa pesquisa/intervenção. Sorteamos doze

mulheres das duas micro áreas da ESF, pois um grupo com um número maior de participantes pode prejudicar o atendimento das necessidades dos membros (LOMMIS, 1979). Esse método foi utilizado com o objetivo de possibilitar a participação entre elas de forma mais homogênea e ativa possível, respeitando os pressupostos da CBPR.

Após o sorteio, a pesquisadora junto com as ACS visitaram a residência de cada usuária para convidá-las formalmente a participar do grupo na comunidade, com objetivo de prevenir e controlar o CCU. Na oportunidade, entregamos um convite confeccionado pela autora (Figura 6), aproveitando o momento da visita para sensibilizá-las sobre a importância da participação das mesmas na intervenção.

Figura 6 - Convite entregue às mulheres da comunidade.



Fonte: Elaborada pela autora.

Todas aceitaram o convite em data e hora marcado para o primeiro encontro. Fato, possivelmente, motivado pela curiosidade e o vínculo criado pela pesquisadora, haja vista que trabalhamos ativamente como enfermeira da ESF, na comunidade, há aproximadamente nove anos.

O dia e horário do primeiro encontro, a princípio, foram definidos pela autora, acreditando que, no período da tarde, não iria interferir em seus afazeres domésticos, no

entanto, a definição final dos horários e a frequência desses momentos foram pactuadas em conjunto com as participantes no primeiro encontro com o grupo.

## 5.2 Quem São as Mulheres do Grupo?

Vale ressaltar que para trabalhar educação em saúde, através de grupo, é essencial que se conheçam as participantes, atentando para suas singularidades. É necessário considerar o contexto social de relações econômicas e culturais, pois isso facilitou a construção do plano de ações educativas junto às mulheres, a fim de prevenir e controlar o CCU, na comunidade da Lagoa do Portinho, Parnaíba - Piauí.

Ao caracterizar as mulheres da nossa intervenção, percebemos que eram adultas jovens, numa faixa etária compreendida entre 26 e 58 anos. Em relação à escolaridade, a maioria possuía ensino fundamental incompleto. Das doze, apenas três concluíram o ensino fundamental. Todas mantinham um relacionamento conjugal estável, sendo que mais da metade eram casadas e tinham filhos. Possuíam renda familiar em sua maioria, de um salário mínimo. Apenas uma tinha renda menor que um salário e, outra, maior. Já quanto à raça, tinham duas negras, duas brancas e as demais eram pardas.

Sobre a situação de trabalho/profissão, apenas uma era empregada e as demais dona do lar. Eram católicas e a maioria tinha como atividade de lazer assistir televisão. Em relação a vícios, uma era fumante, duas ex-fumantes e ex-etilistas, as demais negavam vícios.

Para assegurar o anonimato das participantes, cada uma escolheu seu nome fictício no dia do primeiro encontro:

**Florzinha** - 31 anos, casada, ensino fundamental incompleto, renda familiar de 1 salário, três filhos, parda, dona do lar, católica e a única atividade de lazer é assistir televisão. Iniciou sua apresentação agradecendo ao convite e falando que desejava aprender sobre o câncer. Lembrou-se de uma parente que teve CCU e que foi a óbito, portanto, tinha muito medo de falar desse agravo. Expressou-se bem, demonstrando interesse sobre a temática, no entanto, ficou comovida ao se lembrar da morte ocasionada por essa neoplasia.

**Rosa** – 38 anos, branca, casada, ensino fundamental incompleto, com renda familiar de 1 salário, um casal de filhos, doméstica, gosta de ler e ouvir música, nunca fumou e bebeu. Foi breve em sua apresentação, um pouco envergonhada e com dificuldade de expressar-se para o grupo.

**Jasmim**- 31 anos, parda, casada, uma filha, cursou o ensino fundamental e vive com um salário. É dona do lar, católica, como atividades de lazer ela disse que assisti à TV, fazer passeios e viagens. Ao se apresentar, destacou sua base familiar, pois zela pelo cuidado de sua família e seu bem estar. Agradeceu pelo convite, pois gosta de estudar e aprender algo novo. Essa participante demonstrou-se muito feliz por ter sido uma das sorteadas. Expressou-se muito bem e permaneceu o tempo todo muito alegre.

**Sol** – 28 anos, parda, união estável, não concluiu o ensino fundamental, tem um casal de filhos, doméstica, católica. Referiu ser ex-etilista, disse que a sua única diversão é assistir televisão. Citou que gostou do convite e que nunca tinha participado desse tipo de encontro. Essa participante, foi bastante breve, expressou-se tímida e entristecida.

**Abelha** – Tem 36 anos, doméstica, parda, vive em união estável. É mãe de 5 filhos, sua renda familiar é menor que um salário mínimo, não concluiu o ensino fundamental. É católica e como atividade de lazer ela citou a TV, passeios e viagens. Lembrou-se de seus filhos em primeiro momento e agradeceu a Deus. Disse que estava passando por problemas e ressaltou que espera que os encontros sejam divertidos para ela se distrair. Aparentemente entristecida, demonstrou dificuldade em se expressar para o público.

**Dia** – 49 anos, casada, negra, católica. Não concluiu o ensino fundamental, tem um casal de filhos, é doméstica. Disse que gostou de ser convidada para o grupo, pois seria mais uma distração para ela, gosta de ler e de fazer trabalhos manuais como o crochê e o bordado, pois eram os únicos meios para se distrair, já que abandonou o cigarro. Essa participante demonstrou-se calma e interessada nos encontros.

**Lua** – 31 anos, católica, negra, união estável, não conclui o ensino fundamental, sua família vive com um salário, tem três filhos, dona do lar, como diversão passeia e viaja. Nega vícios. Disse que amava sua família. Agradeceu ao convite e disse que aprendeu muito sobre o câncer, mostrou-se entusiasmada, apesar de uma apresentação rápida e não demonstrou dificuldades em se expressar.

**Flor** – 28 anos, católica, parda, união estável, doméstica. Não concluiu o ensino fundamental e a renda familiar é de um salário. Tem uma filha, as atividades de lazer são passear e viajar. É fumante e disse que tinha muita fé em Deus e espera que durante os encontros ela aprenda as coisas. Manifestou-se um pouco envergonhada no início, mas não teve dificuldades de expressar-se.

**Girassol** – 31 anos, católica, parda, casada, nega vícios. É empregada doméstica, não concluiu o ensino fundamental, vive com um salário, dois filhos, a atividade de lazer é

assistir à televisão. Disse que iria adorar encontrar as amigas, porque além de se distrair ela também iria aprender. Mesmo com um discurso breve, expressou-se bem e muito feliz pela ocasião.

**Coelha** – 28 anos, católica, casada, doméstica, concluiu o ensino fundamental. Ganha mais de um salário, tem dois filhos e as atividades de lazer são assistir TV, passear e viajar. Nega vícios. Apresentou-se um pouco tímida, começou agradecendo ao convite, disse que gostaria muito de aprender sobre o CCU, também, revelou que por meio dessa oportunidade vai conhecer mais intimamente suas colegas da comunidade, compartilhando suas histórias de vida.

**Papagaio** – 58 anos, católica, casada, branca, doméstica e não concluiu o ensino fundamental. Tem renda familiar de um salário, dois filhos, sua atividade de lazer é assistir TV e é ex-fumante. Começou sua apresentação em voz baixa, relatando que todo tempo é tempo de aprender, não importando a idade e que o convite seria uma oportunidade para se distrair já que quase não sai de casa.

**Beija-flor** – 26 anos, católica, união estável, parda, doméstica, concluiu o ensino fundamental, ganha um salário e tem dois filhos. É ex-etilista, sua atividade de lazer é assistir TV e ler. Agradeceu ao convite, disse que gosta muito de aprender, porém, como tinha que cuidar dos filhos, não teve mais tempo para estudar.

As duas ACS participaram junto com as mulheres, da intervenção, desde o planejamento até a sua avaliação. Isso se deu, pois além de profissionais que prestam cuidados naquela comunidade, encaixavam-se nos critérios de inclusão do nosso estudo. Assim, achamos pertinente caracterizar também essas participantes. Percebemos que, no grupo, apenas elas possuíam nível de escolaridade mais elevado, eram mães, católicas, negam vícios, como podemos apresentar:

**ACS 1** - 40 anos, separada, com nível superior, renda familiar maior que um salário. Tem 04 filhos, branca, gosta de encontrar os amigos, passear, viajar e negou vícios. Apresentou-se como uma mulher que desejava aprender mais sobre o câncer uterino, para prevenir-se dessa doença e informar melhor sua comunidade. Foi clara, demonstrou interesse em adquirir novos conhecimentos.

**ACS 2** - 37 anos, casada, com nível médio, renda familiar maior que um salário, tem duas filhas, parda, gosta de passear, viajar e nega vícios. Começou agradecendo pelo convite e espera que o grupo seja muito bom, pois gostava de aprender coisas novas. Foi tímida e breve em seu discurso.

### 5.3 Desenvolvimento das Atividades Educativas

Os encontros foram conduzidos através de um diálogo informal, com objetivo de permitir a participação ativa das mulheres, as quais exteriorizando seus saberes, opiniões, dúvidas, dificuldades e facilidades ao longo das nossas tardes. Partimos da valorização da cultura e das vivências de cada participante, corroborando, assim, com os pressupostos da CBPR, em que a construção partilhada de saberes foi utilizada como subsídio para a elaboração deste estudo.

Procuramos guiar nossas atividades sempre associando os saberes populares ao científico, possibilitando uma maior compreensão do grupo acerca do assunto abordado. Essa estratégia facilitou a observação das características singulares das participantes, como o estado emocional, por meio dos depoimentos e dos aspectos que envolvem a comunicação não verbal. Gradativamente percebemos a mudança no comportamento dessas mulheres, pois, a cada tarde, tornavam-se participativas, alegres e entusiasmadas diante das ações realizadas.

Os recursos didáticos e conteúdos adotados em cada tarde foram selecionados e ajustados a partir das sugestões do grupo, uma vez que a CBPR preconiza o envolvimento de todos os participantes, em todas as etapas do estudo. Utilizamos exposição dialogada, várias dinâmicas grupais e filmes. Realizaram-se onze encontros, com a presença das doze mulheres do início ao fim da intervenção.

O envolvimento e o compromisso das mulheres em todos os momentos foram fatores motivadores para a concretização dessa intervenção já que, apesar de seus afazeres e compromissos, estavam sempre no horário marcado e, a cada dia, chegavam com mais entusiasmo de dividir suas experiências e vontade de aprender.

O processo educativo que promove o conhecimento, a transformação e a busca pela mudança é aquele que valoriza o homem como sujeito de sua educação, buscando um ser autêntico (crítico-reflexivo), e não um ser alienado. Na educação problematizadora, o profissional procura não transferir seus conhecimentos e valores ao educando, mas os considera como seres ativos, em que há troca entre ambos, ou seja, é a educação do diálogo, o qual se torna indispensável para a aprendizagem do sujeito (FREIRE, 2005).

Percebemos que as ações educativas desenvolvidas em grupo devem ultrapassar as barreiras socioculturais. Nesse sentido, o ideal é que os profissionais de saúde assumam novas abordagens para a problemática em discussão. É necessário, portanto, otimizar a

promoção e a prevenção de agravos, objetivando garantir a participação da população. Para isso, é mister considerar as características da vida cotidiana, e não apenas a preocupação com a realização do exame de Papanicolaou.

### ***5.3.1 Primeiro encontro: Muito prazer!***

O nosso primeiro encontro foi realizado na Unidade de Saúde, no horário da tarde, na área de reunião, devido à conclusão de uma reforma na capela da comunidade para os festejos do padroeiro, local previamente planejado para a realização dos encontros. Tivemos como objetivo a apresentação do grupo, além de promover uma aproximação entre as participantes, bem como delas com a pesquisadora e, ainda, a exposição da finalidade da intervenção.

Iniciamos nossa roda de conversa com a apresentação da autora ao grupo, em seguida, entregamos a todas duas vias do TCLE, com o objetivo de incentivar, desde o início, a participação ativa do grupo. Pedimos a uma participante que lesse o termo em voz alta para que todas acompanhassem a leitura no seu exemplar. Com isso, visávamos esclarecer quaisquer dúvidas. Após a leitura feita por umas das participantes, explicamos com detalhes os benefícios dessa atividade e a importância da participação das mesmas. Essa modalidade de estratégia foi utilizada para que elas pudessem compreender do que se tratava o documento.

Pensando na formação de um vínculo e na aproximação entre essas mulheres, foi proposta uma dinâmica de apresentação (ANEXO C) chamada “eu sou o que eu desenho”. Para realizar a atividade, receberam folhas brancas, canetas e hidrocores. Em seguida, pedimos que desenhassem algo que as representassem e explicassem o motivo daquela gravura. Vejamos alguns dos posicionamentos manifestados na fala e na fotografia destacados a seguir:

Nós mulheres somos com uma flor, somos frágeis e delicadas, precisamos de cuidado e de amor. Muitas vezes, eu tento aparentar forte, e o tempo todo bonita como essa linda flor, mas se não cultivar, como a gente faz com as plantas, colocando água e estrume, a gente também morre se não cuidar da gente, pode até nem ser de doença, mas pode morrer de tristeza, pois todo mundo precisa se sentir gostada e cuidada [...] (Rosa).

Fotografia 1 – Desenho realizado por uma das participantes – Rosa.



Fonte: própria.

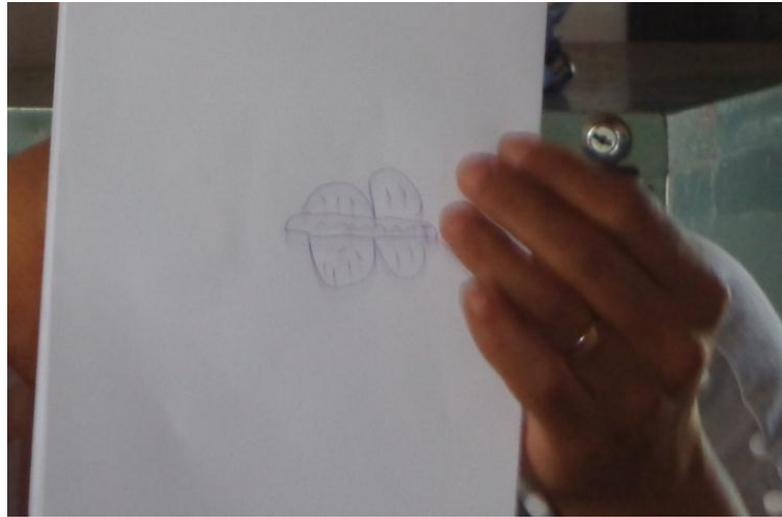
Diante dessa atividade, incentivamos as mulheres a escolherem seus codinomes, que poderiam estar relacionados aos desenhos que elas realizaram. Explicamos mais uma vez a importância da escolha desses codinomes, como forma de manter o sigilo ético necessário para a pesquisa. Surgiram os seguintes nomes: Abelha, Florzinha, Dia, Sol, Lua, Jasmim, Flor, Rosa, Papagaio, Girassol, Coelha e Beija-flor.

No desenvolvimento de atividades educativas grupais é necessário conhecer as peculiaridades dos sujeitos, para que a ação seja apropriada à realidade local, possibilitando alcançar os objetivos. Portanto, baseado nas particularidades do grupo, planejamos nossas ações de forma que a participação fosse mais equitativa possível, além de possibilitar a todas as mulheres que se expressassem e contribuíssem, segundo a CBPR.

Mediante tais colocações foi oportunizado para que todas verbalizassem um pouco de si e o motivo da realização dos desenhos feitos por elas. Não restringimos o tempo e nem uma ordem de apresentação, deixando-as livres para que se manifestassem da forma que desejassem. A participação foi espontânea e envolveu sentimentos e emoções, como relatados a seguir:

Desenhei uma borboleta, porque eu acho que a vida é assim, cheia de mudança. A borboleta vai devagarinho até ficar bonita, e voar. Temos que aprender mais todos os dias, como minha mãe que teve câncer de útero, fiquei com muito medo... dela morrer, e todos se afastaram com medo, mas depois que ela se curou tudo ficou melhor, e agora tenho essa chance de aprender sobre essa doença que minha mãe teve né? [...] (Florzinha).

Fotografia 2 – Desenho realizado por uma das participantes – Florzinha.



Fonte: própria.

Desenhei minha filha que amo muito perto de um jarro de flor, ela é pequena e precisa de mim, minha família é tudo para mim, eu amo muito cuidar da minha família (...). Eu gostei muito do convite e quero muito é aprender sobre o câncer [...] (Jasmim).

Fotografia 3 – Desenho realizado por uma das participantes – Jasmim.



Fonte: própria.

[...] Essa corrente representa a união, pois espero que com esses encontros nos tornem mais fortes e unidas como essa corrente, e que essa oportunidade sirva para nos ajudar a vencer essa doença que causa tanto medo e sofrimento tanto aqui na nossa comunidade e nos outros locais [...] (ACS 1).

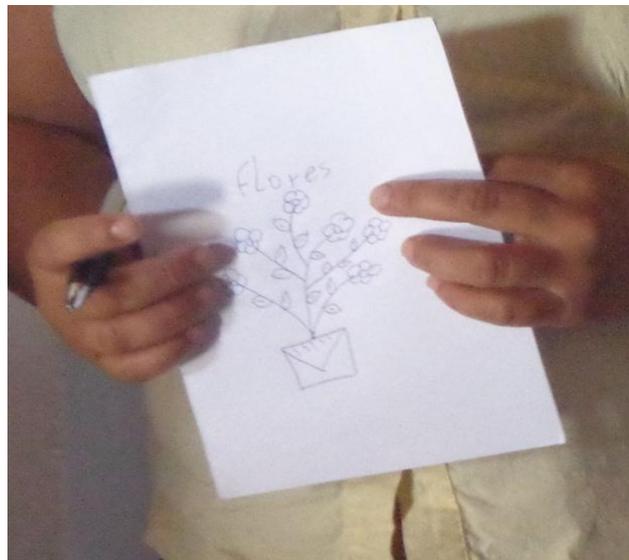
Fotografia 4 – Desenho realizado por uma das participantes – ACS 1.



Fonte: própria.

Eu desenhei um vaso com muitas flores, porque agora vamos ser como essas flores num local juntas aprendendo com a enfermeira sobre essa doença (...) Creio em Deus, pois sem eles nós não estaríamos aqui todas reunidas, (...) espero muito fazer novas amizades [...] (Flor).

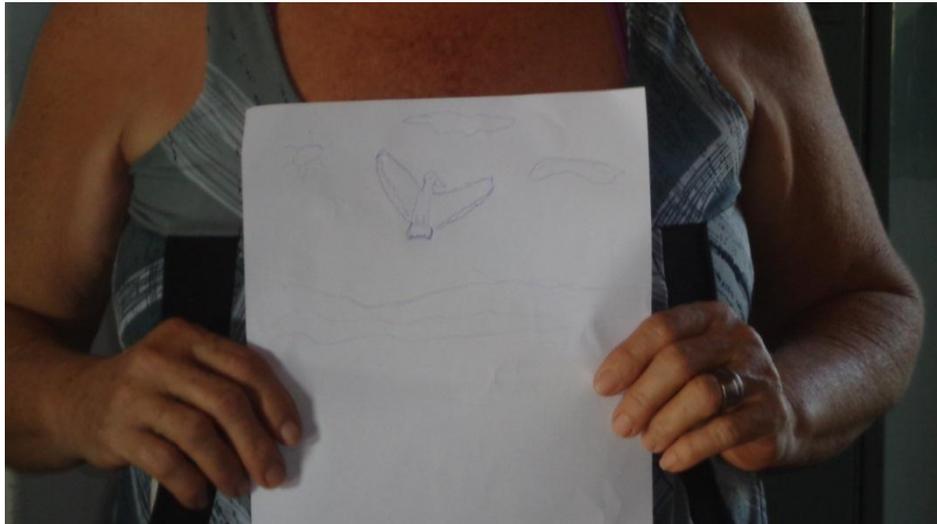
Fotografia 5 – Desenho realizado por uma das participantes – Flor.



Fonte: própria.

Eu acho que sou uma águia, pois... eu quero voar bem alto para sair distribuindo coisas boas durante meu voo, tenho uma certa idade e tenho minha família que tenho a responsabilidade de cuidar e orientar o que é certo, pra não acontecer coisas ruins com meu povo [...] (Papagaio).

Fotografia 6 – Desenho realizado por uma das participantes – Papagaio.



Fonte: própria.

Como foram observados, os sentimentos apresentados nos depoimentos frente à tentativa de realizar uma interação mais próxima entre as participantes e a pesquisadora mostraram-se carregados de significados fortes como o anseio pelo conhecimento, oportunidade por fazer novas amizades, a timidez e comoção ao expressarem fatos de sua vida. Algumas mulheres relataram a felicidade de ser convidada para o grupo, pois, assim, iriam tirar suas dúvidas e conhecerem algo novo, além de poderem propagar o conhecimento apreendido para outras mulheres da comunidade. Isso foi possível constatar em alguns comentários:

[...] Quando fui convidada para o grupo fiquei com pé atrás, tava com vergonha, aí pensei melhor e achei que poderia ser legal, porque ia ser um jeito de me distrair, e de conhecer outras mulheres [...] (Sol).

[...] Há eu adorei o convite ((risos)), fico em casa só trabalhando e agora que a enfermeira me convidou, aceitei na hora. Eu sei que vou aprender sobre câncer e também é algo a mais na minha tarde [...] (Beija-Flor).

As mulheres manifestaram interesse em participar do grupo, acreditando que a proposta seria útil em suas vidas, uma oportunidade de aprender e ensinar umas às outras. As participantes perceberam os encontros grupais como um momento de partilha e de aprendizado:

Tô achando essa experiência legal, porque agora elas vão conhecer mais sobre o câncer de útero, e quem sabe me ajudar na divulgação das informações para comunidade ((risos)) [...] (ACS 1).

[...] É tou gostando muito dessa oportunidade, é bom para conhecer mais as pessoas, porque a gente aprende mais coisas juntas, conhecer mais amigas. É::: muito bom ter com quem conversar [...] (Lua).

[...] Eu conheço todas de vista, algumas até falo, acho que depois desse grupo vou conhecer mais elas, e com isso fazer mais amizades ((risos)) [...] (Flor).

Ao final da tarde, as mulheres, em conjunto com a autora, decidiram o dia e horário dos encontros seguintes. Nesse momento, também, relatavam que as atividades desenvolvidas haviam sido especiais, importantes e divertidas. Manifestavam-se ansiosas para o próximo encontro:

[...] Vixe::: eu gostei demais, já tou imaginando o outro ((risos)) [...] (Girassol).

[...] Acredita, que eu cheguei meio triste e nem tava querendo vir, mais agora eu melhorei muito, tou até mais feliz, já tou até ansiosa para o outro encontro [...] (Abelha).

Já tinha gostado da ideia do grupo, agora eu tou é amando, adorei [...] (Jasmim).

[...] Fiquei meio envergonhada no começo, mais agora ((risos)), vou para casa já com vontade de voltar no outro dia [...] (Florzinha).

Depoimentos como esses, foram essenciais para a motivação da autora na realização da intervenção, pois as mulheres além de acreditarem que poderiam aprender naquela oportunidade, também viram nossa proposta como um espaço de lazer e diversão. Nesse momento, percebemos que nossa intervenção havia sido abraçada pelas participantes, fato que impulsionou e fortaleceu nosso empenho em caminhar rumo à construção de saberes em parceria comunitária.

### ***5.3.2 Segundo encontro: Só sei que nada sei!***

Esse encontro ainda foi realizado na UBS. Nossas atividades iniciaram a partir de uma oração em grupo, guiada por uma das mulheres em agradecimento por aquela oportunidade. Esse momento foi marcante, todas de mãos dadas formando um círculo de oração, pedindo saúde e proteção para todas e suas famílias. Notamos, a partir dessa demonstração de fé, que esse grupo estava começando a se estruturar como uma nova família.

Após a oração, foi estimulada a escolha de um nome para o grupo, prontamente aceitaram a proposta. Utilizamos como estratégia didática metodológica a “votação”, a fim de incentivar a participação de todas. Começamos a dinâmica explicando como seria feita a

votação: voto individual e todas teriam voz e vez. Cada mulher falou a sua sugestão e o motivo para que as outras aderissem o nome escolhido por ela.

Essa metodologia permitiu o envolvimento de todo o grupo, surgindo os seguintes nomes: sexo frágil, mulheres que se cuidam, rosa forte, flores, mulheres na luta contra o câncer, saúde de ferro, unidas pela saúde, vivendo melhor; depois de muitas apresentações, finalmente o nome do grupo foi escolhido: “Mulheres que se cuidam”, podemos ver no recorte abaixo o discurso utilizado:

[...] eu digo que o nome do grupo deveria ser mulheres que se cuidam, porque antes cuidávamos de todo mundo, dos nossos filhos, do nosso marido, eu cuido dos meus pais, e a agora eu tou cuidando de mim, tou tendo tempo para aprender, coisa que eu não tinha. Mulheres que se cuidam vai ser um nome muito legal [...] (Coelha).

Daquele momento em diante, o grupo de mulheres da Lagoa do Portinho assumia a própria identidade, que foi posteriormente reconhecida na comunidade local. Esse foi o ponto de partida para que as mulheres se apropriassem do grupo e cuidassem dele.

Após a dinâmica, seguimos com nosso objetivo principal, diagnosticar o conhecimento das mulheres acerca do CCU. Para isso, iniciamos a discussão com a seguinte pergunta descritiva: “O que vocês querem saber sobre o câncer do colo do útero?”. Tal questionamento proporcionou a oportunidade para exposição das dúvidas que elas tinham em relação a esse agravo.

Utilizamos essa frase com intenção de explorar os aspectos culturais, crenças, tabus e o conhecimento dessas mulheres sobre essa neoplasia maligna. Vale destacar que a principal contribuição da educação população é a incorporação de novas práticas, valorizando o saber do outro. O conhecimento é um processo de construção coletiva, tendendo suas ações a se aproximar da integralidade, assumindo em suas práticas cotidiana a ligação da promoção, prevenção e da assistência como ator social (ALBURQUERQUE; STOTZ, 2004).

Observamos a timidez de algumas em se pronunciarem, mas as que foram falando, anotamos as suas curiosidades com ajuda das alunas do curso de enfermagem no qual ministramos aulas. Essas alunas participaram dos encontros filmando e fotografando a nossa intervenção. Durante nossos encontros, surgiram vários questionamentos, que nos guiavam no planejamento dos encontros seguintes. Dentre eles podemos citar:

O que é esse colo do útero e onde ele fica? Quantas mulheres morrem dessa doença?

O câncer tem cura? O que a mulher sente quando tem câncer do colo de útero?

Como posso evitar ter essa doença? Como é tratada a mulher com essa doença?

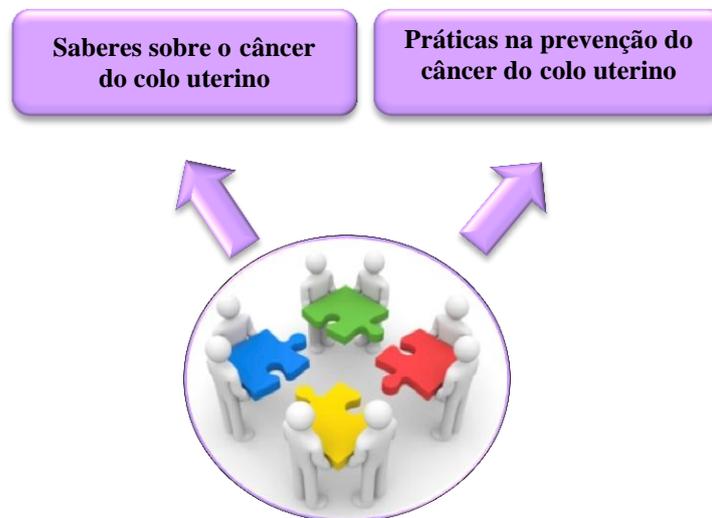
Logo após, realizamos a aplicação individual do formulário (APÊNDICE A) composto de duas partes: a primeira para a caracterização das mulheres e a segunda para o conhecimento prévio acerca do câncer uterino. As entrevistas tiveram uma duração média de 10 minutos e foram realizadas em um dos consultórios da UBS, espaço que permitiu um ambiente de privacidade, envolvendo apenas a pesquisadora e a participante. Para preservação de suas identidades, utilizaram seus nomes fictícios, os quais foram usados na tabulação dos discursos construídos.

A partir da análise de conteúdo dos discursos, elaboramos categorias temáticas mediante a maior frequência das falas a fim de delimitar temas, que de acordo com Minayo (2008) surge naturalmente de um texto. Ao realizar a análise temática, buscamos encontrar a essência existente em palavras, frases e resumos.

Com base nos relatos colhidos, foram elaboradas duas categorias temáticas que abordam os conhecimentos e as práticas do grupo Mulheres que se cuidam na prevenção do CCU. Essa atividade foi realizada antes da realização da intervenção, pois tínhamos a intenção de responder às questões norteadoras e atingir os objetivos a que nos propomos ao realizar este estudo.

Todo ser humano é possuidor de saberes resultante de suas vivências, experiências e práticas diárias, os quais são pautados em seus preceitos culturais, sociais e econômicos. Baseado em tais colocações, a partir dos depoimentos, emergiram as seguintes categorias temáticas:

Figura 7 - Categorias antes da intervenção educativa.



Fonte: Elaborado pela autora.

### **Categoria 1: Saberes sobre o câncer do colo uterino**

Após a exploração dos dados obtidos pelas entrevistas, observamos que o conhecimento sobre a magnitude da problemática do CCU era insatisfatório. Quando indagadas acerca da representação desse agravo, referiam ter ouvido falar, mas não sabiam expressar as especificidades a respeito do assunto, apesar de já terem realizado o Papanicolaou e participado de atividades educativas, executadas pela equipe da ESF. As falas a seguir demonstram essa fragilidade em relação ao conhecimento dessas mulheres:

Não sei realmente, falam que é um problema SERÍSSIMO, mas eu mesmo não sei [...] (Dia).

Não sei nada (Abelha).

Acho que é uma doença, mas... não sei mais de nada [...] (Beija-flor).

É uma coisa perigosa que se não cuidar vai MORRER [...] (Sol).

[...] É uma doença que a gente adquire não se prevenindo [...] (Coelha).

É uma doença muita lenta [...] (Florzinha).

[...] Se a gente não se cuidar PODE morrer [...] (Lua).

A partir dos depoimentos, verificamos que as mesmas não possuem embasamento acerca do assunto, no entanto, devido suas experiências de vida, demonstram um entendimento mesmo que reduzido sobre a manifestação lenta do câncer uterino. Associavam-no a um problema sério, que necessita de cuidados e que pode levar a óbito.

De acordo com Brasil (2006a) o CCU é uma afecção lenta iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para um processo invasor num período que varia de 10 a 20 anos, caracterizando uma das maiores causas de óbitos por neoplasia na população feminina (BRASIL, 2006a).

Constatamos que por mais que as informações sejam prestadas ou possivelmente adquiridas por fontes impessoais, como televisão, familiares e cartazes, se não forem repassadas de forma contextualizadas, com linguagem clara e compreensível, ou devidamente transmitidas buscando o real entendimento do sujeito, os objetivos daquelas informações não serão atingidos.

Vale ressaltar que o nível educacional pode influenciar sobremaneira o acesso à informação, a incorporação de hábitos e comportamentos favoráveis à prevenção da doença (BRASIL, 2004c). Há uma correlação direta entre a falta de conhecimento e a pouca

cobertura dos exames de prevenção, resultando nos altos índices de mortalidade por esse agravo (FERNANDES; NARCHI, 2007).

O desconhecimento das participantes a respeito do CCU denota a fragilidade da Atenção Básica, principalmente, na educação em saúde direcionada a população feminina no esclarecimento dos agravos e das formas de prevenção, fato esse que poderia modificar o cenário epidemiológico de nossa realidade.

Entender o que é o câncer, como ele se desenvolve, como se faz a prevenção e o poder de discutir e refletir sobre essas informações são objeto de intervenções educativas de uma equipe multiprofissional, na tentativa de instrumentalizar mulheres na tomada de decisões sobre sua vida e sua saúde (PELLOSO; CARVALHO; HIGARASH, 2004).

Percebemos que as práticas de educação em saúde utilizadas nos serviços ainda são aquelas em que os técnicos são os únicos portadores de saberes válidos, receitando mudanças no estilo de vida da comunidade, o que dificulta a promoção de saúde. Ressaltamos a necessidade urgente da modificação dessas práticas para que o indivíduo e o coletivo possam adquirir uma consciência crítica de sua realidade, espaços que os educandos e educadores possam dialogar, e juntos, construam melhores condições de vida que diminuam as taxas crescentes da neoplasia maligna uterina.

A partir de 2006, o ACS, que faz parte da equipe da ESF, passa a ter sua profissão de fato regulamentada, tendo suas atribuições classificadas em três grupos: ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; mediação entre o serviço de saúde e os usuários, e ações de acompanhamento e reabilitação.

O ACS atua na linha de frente, fazendo o contato inicial e continuado entre a comunidade e os serviços de saúde. Percebemos a importância de abordar tal temática, de modo a poder instrumentalizá-los para atuar na comunidade, munidos de conhecimento e segurança (LANZONI et al., 2012).

Diante de tais colocações surgiu à necessidade de questionarmos essas profissionais participantes sobre o conhecimento do CCU, pois entendemos que as mesmas devem alertar e incentivar a prevenção desse agravo, portanto, precisam possuir propriedade e fundamentação acerca do assunto, com intuito de sensibilizar e propagar informações adequadas. Vejamos seus depoimentos:

[...] Uma doença que quando descoberta no início tem cura, quando tem um caso na família a chance de ter é maior [...] (ACS 1).

[...] É uma doença que tem cura quando descoberta cedo, e quando doí já está bem avançada [...] (ACS 2).

Notamos que, apesar de apresentarem lacunas de conhecimentos em relação ao CCU, as ACS associaram a cura ao um diagnóstico precoce e à interferência da hereditariedade para existência do câncer. Neste sentido, destacamos a necessidade da implementação de estratégias educativas que visem clarificar e empoderar essas profissionais para que, assim, possam exercer suas funções de forma coerente com os propósitos do sistema de saúde. Em relação à saúde da mulher, o combate e controle do CCU é uma prioridade. O déficit de conhecimento acerca dessa temática pode interferir negativamente na detecção precoce e rastreamento dessa neoplasia.

Buscamos desvendar os saberes dessas mulheres sobre as práticas preventivas do CCU reconhecidas por elas, mesmo que não façam parte de seu cotidiano, como demonstramos nos discursos abaixo:

Prevenção todos os anos (Coelha).

Ir ao médico, prevenção todo ano [...] (Beija-flor).

Prevenção, U. S transvaginal [...] (Lua).

Fazer PCCU é o exame mais frequente [...] (ACS 2).

Podemos observar nas falas, que todas reconhecem a importância da citologia oncológica como medida de prevenção do câncer, possivelmente, pela oferta do exame nas UBS e, até mesmo, pelas ações educativas de formas pontuadas. Os relatos revelaram, ainda, a necessidade da ampliação do conhecimento sobre outros métodos de prevenção do CCU ainda não esclarecidos e a desmistificação da realização de outros exames desnecessários para a detecção precoce da neoplasia uterina, como a ultrassonografia, citada por elas.

A preocupação da citologia oncológica para a prevenção do CCU é evidenciada a partir da representação da mulher saudável, como sendo aquela que faz o exame anualmente. Assim, o Papanicolaou deverá ser realizado anualmente e, após dois exames consecutivos negativos, sua frequência recomendada passa a ser trienal. O PCCU não é o único método preventivo, deve ser associado ao uso de preservativo durante a relação sexual (BRASIL, 2013).

Acreditamos que o combate e controle do CCU começam desde o conhecimento dos fatores de risco, das medidas de prevenção, o rastreamento, a detecção precoce e a periodicidade adequada dos exames. Detectamos, em nossos resultados, que a maioria das

mulheres conhecia apenas a PCCU como medida preventiva e ainda tivemos dois relatos que demonstraram o desconhecimento absoluto em relação às formas de prevenção, o que consideramos uma alerta para os profissionais da ESF, responsáveis pela prevenção e promoção de saúde.

Não sei mesmo, o que o fazer para evitar essa doença [...] (Dia).

Não sei dizer (Abelha).

Inúmeros estudos apontam que a realização do exame Papanicolaou é de suma importância na identificação de lesões pré-invasivas, portanto, bloqueando a ocorrência do câncer. Entretanto, devemos ressaltar que o exame não é o único método preventivo, pois deve ser associado ao uso de preservativo durante a relação sexual, bem como o controle do tabagismo (BRASIL, 2013).

O conhecimento dos fatores de risco possibilita o controle e combate dessa neoplasia maligna uterina. Na percepção das mulheres, enquadraram-se como fatores de risco, o que segue nas falas abaixo:

Sim, **peessoas que não buscam o conhecimento acabam adquirindo a doença** [...] (Coelha).

[...] Quem tem na família, vem no sangue, eu acho que o comportamento não influi, acho que a pessoa já nasce [...] (Florzinha).

[...] Tabagismo, álcool e sedentarismo[...] (ACS 2).

Sim, se ela tiver muitos parceiros [...] (ACS 1).

Sim, ter relação SEM camisinha [...] (Sol).

Verificamos nos relatos uma lacuna de discernimento quanto aos fatores que interferem diretamente no aparecimento do câncer, esses foram citados de forma muito discreta, o que pode influenciar de maneira negativa na adoção de medidas preventivas para este agravo.

Um fato que chamou atenção foi em relação ao uso do preservativo, haja vista que somente uma mulher referiu usá-lo. Esse fato que demonstrou o desconhecimento das demais mulheres, inclusive das ACS sobre o fator de risco de maior relevância para o CCU, a presença do HPV, que é transmitido através de relações sexuais sem preservativos. Além do HPV, o MS determina como fatores de risco: multiplicidade de parceiros sexuais, único parceiro sexual com múltiplas parceiras, início de atividade sexual precoce, uso prolongado

de contraceptivos orais, higiene íntima inadequada, tabagismo, imunossupressão, baixa condição socioeconômica (BRASIL, 2013).

Sabemos que a problemática do não conhecimento das mulheres em relação as medidas de prevenção e dos fatores de risco para o CCU, tem causas múltiplas, no entanto, acreditamos que as práticas educativas de forma participativa levará esse público a desenvolver consciência crítica, tornando-as ativas e multiplicadoras de comportamentos saudáveis na busca do controle e combate ao câncer.

O MS ressalta a relevância de se mudar as estratégias na luta contra o câncer, combinando ações de prevenção, promoção e proteção à saúde com medidas terapêuticas, especialmente, as de detecção precoce (BRASIL, 2006a).

Quando indagadas sobre os sinais e sintomas, é notória a prevalência de um entendimento equivocado quanto à sintomatologia específica do CCU. Vejamos os seguintes discursos:

[...] Ferimento no útero, coceira na vagina, caroço no colo do útero [...] (Coelha)

[...] Relação sexual com DOR, com sangramento [...] (ACS1).

[...] Do útero não sei, um sintoma real eu não sei [...] (Dia).

Sim, a minha mãe teve, ela sentia fraqueza e dor no útero [...] (Florzinha).

Não sei [...] (Jasmim).

[...] Se ela tiver um caroço na genitália [...] (Flor).

[...] Sentir dor... várias dores [...] (Abelha).

Com base nos discursos acima, observamos que o grupo Mulheres que se cuidam, associou sintomas de outras patologias ao CCU, como coceiras, ferimentos, caroços. Apenas três delas citaram a presença de sangramentos e dores, denotando uma deficiência nos esclarecimentos sobre o referido tema, pois tais sinais e sintomas poderiam aumentar a procura imediata aos serviços de saúde para detecção e tratamento precoce.

Notamos que não há um conhecimento científico sobre a doença e as ideias estão focadas em conhecimentos populares. Isso pode ocorrer devido à falta de orientações teóricas repassadas com linguagem de fácil compreensão pelos profissionais da unidade de saúde.

Ressaltamos, ainda, que as lesões precursoras do CCU são assintomáticas, podendo ser detectadas por meio da realização periódica do exame citopatológico e confirmadas pela colposcopia e exame histopatológico. Somente, no estágio invasor da

doença, há o aparecimento dos principais sintomas, que são: sangramento vaginal, leucorréia e dor pélvica. Esses sintomas podem estar associados com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados (BRASIL, 2013).

Em suas falas, confirmamos que elas acreditam na existência de tratamento guiado pelo médico, porém apontam as terapias de forma equivocada:

Tem tratamento, mas não conheço [...] (Papagaio).

Tem tratamento, seguir as regras que o médico recomendar [...] (Flor).

Sim, ele tem tratamento, medicamento, pomada [...] (Coelha).

Apenas as ACS citam a radioterapia e quimioterapia. Entendem a terapêutica como um todo se manifesta como uma situação extremamente difícil para as mulheres:

Tem tratamento, acredito que radioterapia e quimioterapia, sei que é muito complicado e doloroso [...] (ACS 1).

Tem tratamento sim, sei que é a radio e a quimio, mas não sei explicar como acontece [...] (ACS).

Percebemos a necessidade de esclarecimento ao público feminino dos tipos de terapia na cura do câncer e como são realizados. Esse entendimento pode interferir nos sentimentos de medo e negação que o termo câncer proporciona. Acreditamos, ainda, que esse fato pode influenciar positivamente na adesão e ida dessas mulheres ao serviço de saúde, em busca da prevenção desse agravo.

A literatura evidencia que a terapêutica do CCU costuma envolver várias modalidades, como: quimioterapia, radioterapia e o tratamento cirúrgico, podendo assim ser bastante prolongado (BRASIL, 2013).

Quando indagadas quanto à existência da cura dessa neoplasia, reconhecem como uma patologia curável, porém condicionam essa possibilidade à descoberta da patologia no início.

Sim, sei que se você tiver no início tem cura, mas ... não sei como [...] (Dia).

[...] DEPENDE, se descoberta a tempo, no início [...] (Jasmim).

Tem cura, quando faz a retirada do tumor e fazendo o tratamento [...] (ACS 1).

[...] Sim tem cura, dependendo do tratamento que a pessoa faz [...] (Abelha).

[...] Pode ser curado, se cuidar com o tempo [...] (Sol).

[...] **Se você tiver fé e lutar bastante ele tem cura** [...] (Flor).

Percebemos que, apesar dessas mulheres de nossa intervenção demonstrarem fragilidade no conhecimento quanto à prevenção dessa neoplasia, acreditam na cura desse agravo, fato que podemos associar à preocupação que todas tiveram em falar da realização da PCCU, mesmo sem conseguir exteriorizar os fatores de risco e as outras medidas preventivas.

O CCU é uma doença com elevado potencial de prevenção e cura (100%), quando diagnosticado precocemente. A permanência da situação de morbimortalidade se deve, provavelmente, à ineficiência dos programas de rastreamento em alcançar as mulheres de risco (GREENWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006).

Nesse sentido, os saberes destinados ao reconhecimento das medidas preventivas, dos fatores de risco e dos sinais de alerta, são fundamentais na prevenção dessa neoplasia, por permitir melhor prognóstico para as mulheres acometidas pelo câncer, além de possibilitar custos financeiros menores, em face da descoberta do CCU em estágios iniciais. A descoberta prematura possibilita tratamentos menos agressivos, e a redução do sofrimento para as mulheres e o seu seio familiar. Devemos ressaltar, também, que esses saberes estão diretamente ligados à redução dos índices de mortalidade pelo referido agravo.

## **Categoria 2: Práticas na prevenção do câncer do colo uterino**

Com o estilo de vida moderno, as mulheres em geral, adquirem hábitos que, muitas vezes, configuram riscos para determinadas doenças. Em relação às práticas preventivas para o CCU realizadas por elas, as respostas às investigações feitas, demonstraram a realização do PCCU. Podemos confrontar com as falas a seguir:

Eu faço PCCU todos os anos e levo para saber sobre a doença [...] (ACS 2).

Me cuidando..., vou sempre ao médico, faço prevenção todo ano (Beija-flor).

Eu faço PCCU anualmente [...] (ACS 1).

Não sei dizer, nada. (Abelha).

Nas narrativas, detectamos que, apesar da maioria citar a realização da PCCU e a ida ao médico, ainda tivemos uma mulher que não sabia informar como se prevenia dessa neoplasia.

Podemos considerar que tanto as mulheres como as ACS aderiram pelo menos a alguns hábitos preventivos contra o CCU. Atitude positiva, corroborando com as medidas

preconizadas pelo MS, que considera o PCCU como principal medida preventiva, assim como o uso da camisinha nas relações sexuais. Apesar da fragilidade de conhecimento dessas participantes, encontramos o uso do preservativo como forma de prevenção por umas das mulheres do grupo.

[...] Eu realizo consultas médicas, uso camisinha [...] (Sol).

A prevenção primária do CCU está relacionada à diminuição da transmissão do HPV, sobretudo pelo uso de preservativos (camisinha) durante a relação sexual com penetração, protegendo parcialmente do contágio (BRASIL, 2013).

Observamos que, além do desconhecimento das mulheres do uso da camisinha como forma de prevenir o câncer uterino, o uso desse método está muito influenciado pela cultura local. O fato de possuírem um parceiro fixo, terem realizado ligação tubária, não existiria, portanto, mais a necessidade do uso, além da preferência dos companheiros da realização do ato sexual sem o preservativo.

Corroborando com nossas constatações, Fernandes e Narshi (2007), afirmam que o principal desafio para o uso da camisinha é a não percepção do risco de infecção, crenças e valores culturais, o grau de autonomia e poder de negociação sexual nas relações e a dificuldade do acesso aos serviços de saúde. Para enfrentar esses desafios é necessário conhecê-los e reconhecê-los na comunidade e agir em prol de solucioná-los.

Estudos ressaltam que os hábitos de uma população geram muitas vezes barreiras, pois as características comportamentais individuais de cada um influenciam muito na adesão e manutenção de hábitos saudáveis, assim como questões culturais, como o medo, preconceito dos parceiros, a falta de esclarecimento (PINHO; FRANÇA- JUNIOR, 2003).

Percebemos que a morbidade e mortalidade do CCU são muito altas em nossa realidade, ocasionada pela educação fragilizada da forma de prevenir essa neoplasia, fato este que impede as mulheres de aderirem a hábitos saudáveis no controle da mortalidade desse agravo. A linguagem acessível, a busca dos saberes e a participação ativa desse público de forma efetiva poderia mudar o cenário dessa doença.

### 5.3.3 Terceiro encontro: A experiência, o vivido e o aprendido: conhecendo nosso corpo!

No terceiro encontro do grupo Mulheres que se cuidam, começamos nossa tarde na capela do padroeiro da comunidade, com nosso círculo de orações guiado por uma das mulheres. Como forma de dar continuidade as nossas atividades, procedemos com uma roda de conversa, exteriorizando o objetivo daquela tarde, que era conhecer os órgãos femininos e a localização do colo do útero, solicitados por elas previamente. Para discutir esses assuntos, as participantes sugeriram a utilização de imagens. Assim, utilizamos figuras coloridas dos órgãos femininos internos, do colo de útero sadio e outro com lesões cancerígenas, conforme Fotografia 7.

Fotografia 7 – Grupo Mulheres que se cuidam reunidas no terceiro encontro.



Fonte: Própria.

Após apresentarmos as figuras, iniciamos a discussão entre o grupo e, mediante os questionamentos surgidos, explicamos por meio da imagem cada órgão feminino e como seria um colo de útero sadio e um com lesões cancerígenas. Percebemos a curiosidade e a preocupação das mulheres em conhecer seu corpo. Vejamos as falas:

[...] Apesar da idade que tenho, não sabia o que tinha dentro de mim [...] (Papagaio).

Eita:::, muita coisa dentro da gente, achava que tudo era só esse tal de útero [...] (Girassol).

[...] É NESSE lugarzinho aí que ficou nossos filhos? Tão pequeno! [...] (Jasmim).

[...] É muito difícil esse corpo da gente. Cada vez tem um troço novo..., eu nunca ia imaginar isso TUDO [...] (Florzinha).

Com a análise das falas, verificamos o desconhecimento de seus próprios órgãos, apesar de todas já terem sido mães e nem se quer sabiam onde se localizava e a função do útero. Acreditamos que essa fragilidade esteja associada ao nível de escolaridade dessas mulheres e que a linguagem utilizada pelos profissionais ainda está distante da compreensão da comunidade em geral. Essas falas demonstram a necessidade de uma maior divulgação do conhecimento dos nossos órgãos, com uma linguagem compreensível para que o público feminino tenha um melhor entendimento das patologias que poderão ser acometidas.

A conversa continuou e as mulheres dialogavam entre si, expondo suas dúvidas, suas experiências e refletindo a importância de conhecer o próprio corpo. As mais tímidas já conseguiam expor suas ideias, mostrando assim indícios de interação entre as participantes. Concluídos os questionamentos, pedimos que as mulheres expressassem o que aprenderam e elas relataram o seguinte:

Agora eu sei o que eu tenho dentro de mim, que tenho que cuidar não só do que eu estou vendo, mais... do que eu tenho guardado [...] (Sol).

[...] Pra mim, isso aqui tá sendo muito bom... pensava que para entender essas coisas de dentro da gente, precisava ser doutor... Nunca imaginei que tudo era bem divididinho dentro da gente, e ainda que cada pedacinho era tão importante, né! E que agora além do espelho para eu me olhar pelo menos uma vez por semana, tenho que fazer meus exames, pro pessoal do posto saber se essas coisinhas tão tudo legal ((risos)) [...] (Papagaio).

[...] Aprendi que o pé da minha barriga tem que ser muito cuidado, pois guardo pedaços muito importante (Flor).

Eu aprendi muita coisa, onde é que o COLO do útero, como ele é, por que eu pensava uma coisa e era outra (Coelha).

Ao final da tarde, lembramos as participantes os questionamentos realizados por elas para, assim, escolher o próximo assunto a ser abordado. Agradecemos a todas pela presença, colocações e dúvidas que enriqueceram o nosso aprendizado. Antes de encerrar as atividades, pedimos uma salva de palmas para o grupo, forma de demonstrar a importância delas e, em seguida, todas foram convidadas e agraciadas com um lanche, proporcionando momentos de integração e descontração.

Buscamos identificar o aprendizado do grupo adquirido nesse encontro. Para isso, utilizamos as respostas do roteiro dos Saberes Femininos, aplicado após a intervenção e o Quadro1 apresenta esse aprendizado.

Quadro 1 – A experiência, o vivido e o aprendido: elaboração compartilhada de conhecimento sobre os órgãos genitais femininos. Parnaíba-PI, 2013.

<b>Mulheres</b>	<b>O que eu já sabia</b>	<b>O que eu aprendi</b>
Abelha	Não sabia de nada.	Aprendi foi muito, agora eu sei onde fica o útero.
Girassol	Não sabia nada mesmo.	Agora eu sei né, onde fica o colo do útero e onde fica tudo dentro de nós.
Florzinha	Eu não sabia onde ficava nada.	Eu aprendi que é no pé da nossa barriga que fica o útero e que é nele que fica o colo do útero.
Papagaio	Nunca ia imaginar isso tudo, eu não sabia de nada.	Eita eu aprendi foi muito, agora eu sei que o colo do útero fica no final da perereca da mulher e quando fazemos o exame de prevenção da para ver se ele tá bom ou tá doente.
Flor	Também eu não sabia de nada.	Comecei aprender, e aprendi sobre muitas coisas, né. Eu sei onde fica o útero da mulher, o colo do útero que pode ter câncer e até matar as mulheres.
Beija-flor	Nada	Aprendi que na nossa vagina por dentro tem os ovários, as trompas e o útero e nele tem o colo do útero.
Sol	Para falar a verdade nada	Agora eu sei onde fica tudo, fica nossas trompas e o colo útero, por que antes eu nem sabia o que é imagina onde é que ele ficava.
Rosa	Sabia que tinha que fazer a prevenção e só.	Eu aprendi que na prevenção da para ver o colo do útero que fica na vagina da mulher.
Jasmim	Sobre essas partes da mulher, eu não sabia era de nada.	Agora eu tou é esperta, já sei onde fica tudo.
Dia	Quase nada	Aprendi que mesmo não podendo ver essa parte do corpo temos que cuidar, e agora eu sei onde fica e o que é o colo do útero.
Coelha	Eu não sabia era nada	Eu aprendi muita coisa onde é que o colo do útero, como ele é, por que eu pensava uma coisa e era outra.
Lua	Nada	Aprendi também coisas novas, eu sei agora onde é que esse colo de útero fica, e como ele é.

Fonte: Elaborada pela autora.

Essa experiência nos proporcionou o entendimento de que as práticas de educação em saúde devem ser pautadas no diálogo, com momentos de escuta, para que haja um

conhecimento real das percepções da comunidade acerca da temática a ser trabalhada, e assim a partir do respeito das diferenças culturais, dos tabus e preconceitos, possamos transformar o modelo de saúde vigente. É através da autonomia do usuário no seu autocuidado que ele será capaz de não só prevenir doenças, mas também promover saúde.

#### ***5.3.4 Quarto encontro: A experiência, o vivido e o aprendido: desvendando o câncer do colo do útero***

Nessa tarde, tivemos como objetivo conhecer o câncer uterino e sua sintomatologia. Na comunidade, já havia tido casos desta neoplasia e muitas participantes refeririam sentir medo de visitar as mulheres acometidas achando que iriam se contaminar por essa doença e, ainda, demonstraram interesse em conhecer os sinais e sintomas do câncer para identificá-lo.

Para discussão, as mulheres sugeriram a realização de brincadeiras, então utilizamos o jogo “Repolho do saber” (ANEXO D). Confeccionamos essa hortaliça por meio de folhas de papéis, com questionamentos e afirmações sobre o assunto, como por exemplo: O câncer do colo do útero matou quase 18 mil mulheres no Brasil ; No estado do Piauí, o câncer do colo de útero matou 350 mulheres; Você sabe o que uma mulher sente quando tem câncer do colo de útero? Tivemos o cuidado de elaborar pelo menos uma folha para cada uma, desta forma todas poderiam participar do jogo.

Para seguirmos com a brincadeira, pedimos que as mulheres permanecessem em círculo, assim possibilitando que o “repolho” pudesse passar de mão em mão. Explicamos a dinâmica, avisando que uma das acadêmicas de enfermagem com vendas nos olhos iria controlar o som e, assim que a música parasse, a pessoa que tivesse o “repolho” na mão iria tirar uma das suas folhas e ler em voz alta a frases/questão para as outras colegas. As músicas escolhidas foram as tocadas na região (forró, brega e romântica) e, para aumentar a animação, as mulheres acompanharam cantando em voz alta. A empolgação com essa brincadeira foi geral, como podemos ver nas falas:

[...] Eita que à tarde hoje foi muito legal, nem senti a hora passar [...] (Sol).

[...] Fazia muito tempo que não ria tanto, essas minhas colegas são muito divertidas, dá pra sair daqui é umas cantoras ((risos)) [...] (Papagaio).

Na sequência em que eram feitas as leituras, as participantes faziam suas colocações. Para nossa surpresa, as demais também se pronunciaram, completando ou comentando o que já tinham ouvido falar, visto na televisão e/ou no posto de saúde. A cada pronunciamento, íamos acrescentando conhecimento científico ao empírico, o que permitiu a construção desses saberes de forma participativa, valorizando a experiência de cada integrante conforme a CBPR. À medida que a dinâmica acontecia surgiram muitos questionamentos e colocações equivocadas, como:

[...] Eu sei que quando uma mulher tem esse MAL, **até se eu falar eu pego** [...] (Lua).

O conhecimento manifestado pelas participantes desta intervenção, sobre o CCU mostrou-se empírico e cotidiano, marcado por tabus, crenças, mitos e preconceitos aguçados pela desinformação, fragilidade das ações preventivas dos serviços de saúde e pelos determinantes de gênero construídos sócio culturalmente da população.

Um estudo realizado com mulheres no município do Paraná demonstrou também uma deficiência em relação ao nível de conhecimento sobre esta doença, ainda ressaltaram que os fatores relacionados são a má informação ou o acesso de informações imprecisas (PELLOSO; CARVALHO; HIGARASHI, 2004).

Nesse momento, tivemos o cuidado em utilizar uma linguagem fácil, acessível e mais clara possível, usando as falas delas para facilitar a compreensão do assunto. Procurando avaliar se conseguimos chegar ao objetivo esperado do encontro, colocamos duas perguntas de forma estratégica para que ao final elas pudessem fazer uma síntese do aprendido.

A penúltima pergunta foi: você sabe o que é o câncer do colo do útero? Para nossa admiração, não só uma exteriorizou o seu pensamento, houve uma discussão no grupo com várias colocações, como podemos ver nas falas:

[...] É uma doença perigosa, que pode dar em qualquer uma de nós, **mas eu posso me cuidar e não morrer dela** [...] (Dia).

[...] É uma doença que mata, se eu não me cuidar, mas que não eu pego se eu visitar uma mulher que tem ela [...] (Florzinha).

[...] É uma doença que pode até acontecer comigo, mas se eu me cuidar posso não morrer dela, agora mais do que nunca sei que tenho que ir mesmo para o posto pra eu viver mais [...] (Papagaio).

O câncer é uma doença grave, porque MATA, mas posso fazer o exame de prevenção [...] (Rosa).

Percebemos que, após as discussões, as mulheres conseguiram associar o cuidado com o seu corpo, para prevenir a morte pelo câncer, ou seja, construção de saberes na luta contra a neoplasia maligna do colo de útero.

Segundo Freire (1980), todas as pessoas são portadoras de saberes e, mesmo que não se tenha sua comprovação científica, isso não desfaz sua valia, pois as vivências, as experiências e as práticas também se fazem suficientes para a aceitação desses saberes. Todos possuem conhecimentos provenientes de sua própria experiência, os quais, cotidianamente, expressam-se na validação dessa sabedoria popular.

Nascimento e Prado (2004) afirma que esse novo saber, é procedente da junção do conhecimento científico com o saber popular, é construído da reflexão do cotidiano e da prática individual ou coletiva, como possibilidade para resultá-la e/ou transformá-la, lembrando que conhecimento e ação estão associados no processo da educação, enquanto elemento de reflexão sobre sua própria realidade existencial.

A última pergunta foi: você sabe explicar o que uma mulher pode sentir quanto ela tem câncer do colo do útero? Esse questionamento teve a intencionalidade de descobrir se as participantes conseguiriam identificar em si a sintomatologia do CCU e orientar as mulheres da comunidade quanto aos sinais de alerta dessa neoplasia maligna e assim possibilitar a ampliação do diagnóstico e tratamento precoce entre elas, objetivando a cura dos possíveis casos. Vejamos as falas:

[...] Dor no pé da barriga, menstruação fora do tempo, dor quando vai transar e um corrimento com mau cheiro [...] (Abelha).

[...] Sangramento mais fora da menstruação, dores após ou durante a relação sexual (Beija-flor).

Aprendi que a mulher pode sentir muitas coisas, mas também pode não sentir é nada. **E que o certo é dizer para minhas colegas fazer a prevenção** [...] (Dia).

Foi notório que essa dinâmica contribuiu para despertar o interesse do grupo em disseminar seus novos saberes às outras mulheres da comunidade. Estavam aptas a tratar do reconhecimento dos principais sintomas do CCU e sua possível assintomatologia, denotando um esclarecimento sobre o referido assunto.

Percebemos que a utilização do lúdico na educação em saúde, possibilitou o aprofundamento das discussões e, conseqüentemente a ampliação dos conhecimentos do grupo, através das trocas de ideias e partilha de experiências. Além disso, proporcionou um ambiente divertido e enriquecedor para alcançar a promoção de saúde.

### ***5.3.5 Quinto encontro: A experiência, o vivido e o aprendido: revelando as medidas preventivas no câncer do colo do útero***

No quinto encontro do grupo Mulheres que se cuidam, o assunto escolhido pelas participantes para o debate foram os fatores de riscos e as medidas preventivas para o CCU. Vejamos algumas falas:

[...] Agora nós sabemos o que é essa doença, mais como é que eu vou evitar ter ela? (Abelha).

[...] Se algum parente meu tiver essa doença será se eu posso ter também? (Lua).

O que a mulher tem que leva ela ter esse câncer de colo de útero? [...] (Beija-flor).

Para essa tarde, o grupo sugeriu a utilização de imagens para a abordagem do assunto. Utilizamos envelopes enumerados de um a quinze, contendo figuras impressas em folhas de A4, relacionadas aos principais fatores de risco e meios de prevenção do câncer uterino. A princípio, todas ficaram curiosas ao receberem seus envelopes que foram distribuídos aleatoriamente.

Em seguida, explicamos como seria a dinâmica. Pela sequência numérica, cada uma abriu o seu envelope e comentou o que entendia ao ver a imagem. Após cada explanação, unimos o conhecimento científico ao prévio das participantes, construindo em parceria os saberes para a prevenção do CCU. Vejamos algumas das gravuras e falas das mulheres no momento da brincadeira:

[...] São dois jovens, na cama, ((risos)) mas pela cara deles será que eles se preveniram, né? [...] (Flor)

Fotografia 8 - Quinto encontro do grupo Mulheres que se cuidam sobre fatores e riscos e medidas preventivas. Parnaíba – PI, 2013



Fonte: própria.

[...] Esse remédio server para não engravidar ... As mulheres que usam o ciclo 21® não usam a camisinha [...] (Sol).

Fotografia 9 - Quinto encontro do grupo Mulheres que se cuidam sobre fatores e riscos e medidas preventivas. Parnaíba – PI, 2013.



Fonte: própria.

[...] Tem vários casais, homem com mulher...,Vixe! mulher com mulher, homem com homem, tudo misturado [...] (Papagaio).

Fotografia 10- Quinto encontro do grupo mulheres que se cuidam sobre fatores e riscos e medidas preventivas. Parnaíba – PI, 2013



Fonte: própria.

A gravura da Fotografia 10 chamou a atenção do grupo, devido os diferentes tipos de relações conjugais. Todas ficaram curiosas durante a explicação e, nesse momento, intensificamos as orientações sobre o uso da camisinha e sua importância, pois independente dos tipos de parceiros sexuais e da idade, quem tiver relação sexual sem preservativo poderá adquirir o HPV, principal fator de risco para o CCU. Salientamos que o uso da camisinha é a primeira medida preventiva para a mulher evitar o câncer uterino. Explicamos, também, o que é o HPV, utilizando sempre uma linguagem acessível.

O MS afirma que a prevenção primária do CCU está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV e que sua transmissão ocorre por via sexual, no entanto o uso de

preservativo durante o ato sexual, com penetração, protege parcialmente da contaminação pelo HPV (BRASIL, 2013).

A interação do grupo foi, novamente, notória, uma que todas participaram ativamente, manifestando suas percepções e dúvidas. Apreendemos a cada encontro que as práticas educativas quando pautadas no diálogo, no respeito às diferenças culturais e, na participação ativa da comunidade, são capazes de desenvolver autonomia e vínculo nos sujeitos envolvidos.

### ***5.3.6 Sexto encontro: A experiência, o vivido e o aprendido: a cura e o tratamento do câncer do colo do útero***

O sexto encontro do grupo Mulheres que se cuidam teve como objetivo clarificar o tratamento e a cura do CCU. Utilizamos um vídeo a fim de atender ao pedido de uma tarde de cinema feito pelas participantes. Tivemos, ainda, a colaboração de uma moradora da comunidade que explanou sua experiência contra essa neoplasia para o grupo.

Na comunidade, houve dois casos de CCU diagnosticados, através da realização da PCCU na ESF pela autora. Esses casos foram tratados e curados. Antes desse encontro, fomos às residências dessas senhoras acompanhados pelas ACS a fim convidá-las a relatarem suas experiências na luta contra o câncer. Dissemos a elas que ajudariam, significativamente, a sensibilizar as participantes do grupo na prevenção do CCU.

Uma delas aceitou o convite, pois sua comadre era uma das integrantes do grupo e tinha sentido vontade de fazer parte daqueles encontros, porém não tinha sido sorteada para participar. A outra não aceitou o convite, pois havia ficado com vergonha.

Iniciamos à tarde com uma oração, o que se tornou hábito do grupo. Em seguida, antes de iniciar com a sessão de cinema, como elas intitularam, pedimos que falassem sobre o que sabiam a respeito do tratamento e cura do CCU. Reiteramos o compromisso em construir conhecimento a partir dos seus saberes. Nessa ocasião, ouvimos os mais variados discursos:

Bem..., eu já aprendi que posso evitar morrer dessa doença fazendo minha prevenção, mais se eu já tiver com ela sei que posso ficar boa, ainda não sei como [...] (Sol).

[...] Gente minha comadre teve essa doença, mais ela tá é boazinha e conta pra quem quiser [...] (Jasmin).

[...] Pelo o que já aprendi aqui sei que tem como matar esse bicho, só não sei ainda de que jeito, mas vou aprender aqui hoje ((risos)), tenho é certeza, né? [...] (Papagaio).

Fotografia 11 – Sexto encontro: momento de oração.



Fonte: própria.

Através desses depoimentos, constatamos a influência dos encontros anteriores nos saberes das participantes, os quais foram condizentes com o conhecimento científico, já que se reportaram quanto à existência de cura e a probabilidade de ir a óbito, caso a doença não seja tratada.

O vídeo apresentava em seu conteúdo a possibilidade de cura e as formas de tratamento do CCU e, ainda, depoimentos de pacientes no momento dessas terapêuticas. Com essa experiência, surgiram relatos e sentimentos variados, como curiosidade, surpresa, interesse e reconhecimento do saber. Constatamos as impressões construídas nos recortes a seguir:

Eu sabia que o câncer tem cura, mais... nunca ia imaginar esses tratamentos, pensava que era só tomar os remédios [...] (Lua).

Pois pronto! Se eu já fazia prevenção, agora que eu vou fazer mesmo ((risos)), porque se eu descobrir cedo vou ter mais chance de ficar boa né? [...] (Rosa).

[...] Eu nunca tinha visto esses vídeos aí:::, com essas cirurgias e essa radioterapia, foi muito bom [...] (Florzinha).

Essa ideia dos vídeos é muito boa né? Aprendi foi muito sobre esses tratamentos do câncer de colo de útero (Papagaio).

Após o vídeo, pedimos para a nossa convidada, que relatasse sua experiência, de modo a compartilhar sua vivência, medos e aprendizado desse momento tão difícil em sua vida, vejamos:

[...] Eu descobri que tinha o câncer aqui mesmo no posto, pois fiz a prevenção com a enfermeira e quando chegou o resultado mostrou que eu tinha câncer. Eu chorei muito, pensei que ia morrer, mas ela me ajudou bastante, pois me acalmou e explicou para mim que o câncer tem cura, e o meu estava no comecinho. Não acreditei muito, chorei muito, perguntei para Deus porque isso comigo, o que eu tinha feito para ele fazer isso comigo, não falei para ninguém com medo que as pessoas não chegassem perto de mim. Mas aí, ela me procurou, foi na minha casa me chamar, me abraçou e conversou muito comigo, falando se eu comesse o tratamento logo eu não iria morrer, aí eu comecei a fazer o tratamento. Ela me mandou para uma doutora muita boa, que fez minha cirurgia e tirou tudo que estava doente dentro de mim. Agora eu tou viva para contar a história para vocês colegas, tem que se cuidar. Se eu não tivesse ido fazer o exame, não teria descoberto e eu taria era morta, graças a Deus, agradeço também a enfermeira que me ajudou muito (Colaborada).

Durante o relato da nossa colaborada, as participantes permaneceram em silêncio, demonstrando respeito. Ao final do depoimento, todas se manifestaram aplaudindo a coragem e a força dela na luta contra o CCU.

Você foi muito forte, isso foi muito bonito (Abelha).

Eu acompanhei todo o tratamento, você foi muito forte mesmo, lutou com garra e venceu. Agora temos que ver isso como uma coisa boa, por que se tivesse deixado de fazer a prevenção, você nunca ia descobrir (ACS1).

Foi emocionante sua fala colega, eu até posso imaginar seu desespero ao descobrir essa doença né? Mais agora graças a Deus tá curada (Girassol).

Começamos a observar o interesse do grupo em repassar os saberes construídos, vejamos:

O que seria bom mesmo às outras amigas também saberem sobre o câncer de colo de útero, porque muitas tem é medo (Dia).

Quem sabe nós podia marcar outros encontros né? (Coelha).

É talvez até fazer um vídeo desses (risos) para elas puderem assistir (Papagaio).

O desejo de alertar a comunidade sobre o CCU era visível em suas falas. Em parceria com as ACS, idealizaram uma forma de apresentarem o conhecimento adquirido por elas, e assim, poderem ajudar todas as mulheres da Lagoa do Portinho a se prevenirem contra essa doença.

Foi, então, que tiveram a ideia de criarem um vídeo, semelhante ao que assistiram, onde elas compartilhassem o seus novos saberes. Todas ficaram ansiosas e daquele momento em diante, a ideia começou a ser implementada. Nos encontros seguintes iniciamos a elaboração do vídeo artesanal baseado na realidade local da Lagoa do Portinho.

A cada encontro, constatamos que, através da educação em saúde, de forma participativa e dialogada, é possível o desenvolvimento de uma comunidade crítica e

autônoma, capaz de realizar suas medidas de autocuidado, conseqüentemente, interferir na realidade epidemiológica da mortalidade de agravos, possivelmente, preveníveis, como o CCU. Vale destacar que os profissionais de saúde não podem esquecer que o conhecimento é algo construído e que os usuários estão inseridos num contexto sociocultural com saberes que devem ser valorizados.

#### **5.4 O empoderamento e a autonomia das mulheres no combate e controle do CCU: construção do vídeo artesanal Mulheres que se cuidam na luta contra o câncer do colo do útero**

Neste tópico, descreveremos a atividade educativa idealizada, realizada e divulgada pelo grupo no combate e controle do câncer uterino. Aqui apresentamos a conclusão da abordagem CBPR.

Começamos nossa tarde com a oração guiada por uma das mulheres e, em seguida, iniciamos a elaboração do vídeo artesanal. A primeira tarefa foi a escolha do título que, segundo as participantes, deveria ter o nome do grupo. Seria, na opinião delas, uma forma a mais de chamar atenção. A discussão foi breve e com muitas sugestões, mas, ao final, decidiram nomear o vídeo como Mulheres que se cuidam na luta contra o câncer de colo de útero. Vejamos os relatos a seguir:

Acho que temos que colocar assim: o câncer mata, mas tem cura. (Papagaio)

... tem que colocar algo que diga que nós mulheres somos unidas (Coelha).

Pode ser uma coisa que chame atenção mesmo, que convidem elas para ficarem interessadas colegas (Florzinha).

Ainda nesse encontro, as participantes delegaram a nós, a responsabilidade da gravação e edição do vídeo artesanal, ressaltando que gostariam da participação das ACS na película. Partindo da discussão, nasceu a ideia de criarem o I Encontro das Mulheres da Comunidade Lagoa do Portinho. Definiram que a divulgação seria realizada por elas.

Com o propósito de facilitar a divulgação do encontro, elaboramos um convite (Figura 8), sugerido por elas e confeccionado por nós. Sem mais delongas, iniciaram a esboçar como deveriam ser as falas, e com a ajuda das ACS, começaram a discutir o roteiro do vídeo artesanal (APÊNDICE J). Passavam das 18h30min e o roteiro não havia sido concluído, fato que motivou o agendamento de um encontro.

Figura 8– Convite para participar do I encontro das mulheres da comunidade Lagoa do Portinho.



Fonte: Convite confeccionado pela autora.

Após alguns encontros, concluímos nosso roteiro, ficando resolvido quando e como seriam as gravações. As mulheres propuseram que as cenas fossem como uma conversa, uma perguntando e a outra respondendo prontificaram-se em formar duplas e começaram a ensaiar.

O grupo sugeriu realizar alguns ensaios antes da filmagem final. Marcamos novos encontros onde realizamos pré-testes. Com ajuda das acadêmicas de enfermagem montamos um vídeo teste, bem simples, a fim de mostramos a elas como estava ficando o trabalho idealizado e para empolgá-las para a gravação oficial.

No decorrer desse processo, observamos o entusiasmo das mulheres, expondo suas ideias e refletindo com seria o vídeo sobre o CCU. A empolgação era tão grande, que os encontros passaram a terminar mais tarde do que o de costume. Nem mesmo a chuva, impediam-nas de comparecerem. Era notório o prazer demonstrado pelo grupo em participar daquela atividade, fato que motivava a pesquisadora a cada ida à comunidade, emoção que as palavras se tornam insuficientes para descrever, simplesmente esse convívio passou a ser único.

Para a identificação do grupo, foi sugerida a confecção de uma blusa e, como de costume, foram colocadas em votação às cores e modelos. Após alguns dias de escolhas, decidiram o modelo (Figura 5.4) e a cor lilás para representá-las.

A capela da comunidade foi escolhida pelo grupo, para a realização da filmagem oficial, pelo fato de ter sido o local, que nos proporcionou a concretização de nossos objetivos, estimular a luta no combate e controle do CCU.

Figura 9- Modelo da blusa escolhida pelo grupo Mulheres que se cuidam.



Fonte: Elaborada pela autora.

No dia da filmagem, contratamos uma equipe de profissionais para que o vídeo artesanal fosse produzido com a melhor qualidade. Todas chegaram cedo para serem maquiadas com a ajuda das acadêmicas de enfermagem. A ansiedade e o entusiasmo eram visíveis em cada rosto, à emoção era percebida em suas falas:

Tou nervosa, meu coração tá para pular para fora [...] (Rosa).

Tou me sentindo é uma artista, toda maquiada, eu tou gostando muito [...] (Coelha).

Nesse dia, constatamos a experiência positiva que tivemos, facilitada pela CBPR, pois estavam exteriorizando, de forma espontânea e segura todo o aprendizado adquirido, com a intenção de compartilhar para as demais mulheres, as medidas de prevenção do CCU.

Antes de apresentar o vídeo artesanal para a comunidade, marcamos mais um encontro, com o propósito de exibir o projeto final, e assim, ter a validação do vídeo por elas, respeitando todas as etapas da CBPR. Ao final da exposição, todas aplaudiram com emoção. Percebemos a felicidade no rosto de cada uma, algumas não conseguiram conter os sentimentos, deixando lágrimas caírem no rosto.

Para a realização do I Encontro das Mulheres da Comunidade Lagoa do Portinho, as participantes se mobilizaram e realizaram uma colheita de murici e tamarindo, frutas da região, com intuito de preparar um lanche para as suas convidadas.

O vídeo artesanal Mulheres que se cuidam na luta contra o câncer do colo do útero foi apresentado à comunidade, com o objetivo de sensibilizar a respeito da magnitude do CCU e das formas de combate e controle para as mulheres da lagoa do Portinho. Esse acontecimento foi realizado na capela da comunidade no período noturno, pois era desejo que todas mulheres fossem, mesmo aquelas que tinham os afazeres domésticos. Compareceram no evento os representantes da Secretaria de Saúde, para prestigiarem a iniciativa do grupo na luta contra o câncer. Esse momento foi muito esperado pela comunidade, como podemos observar na Fotografia 12:

Fotografia 12 - I encontro das mulheres da comunidade Lagoa do Portinho.



Fonte: Própria.

Durante a apresentação os convidados permaneceram atentos. O vídeo artesanal foi um sucesso, a trilha sonora de abertura, as imagens do povoado, a linguagem acessível utilizada para abordar o CCU foi muito bem aceita.

E para nossa surpresa, ao final da exposição, a comunidade se manifestou, parabenizando a iniciativa, a coragem e o sucesso das mulheres. Muitas pronunciaram o desejo de participarem de um grupo semelhante e, até mesmo, adquirirem uma camiseta para que pudessem ser inseridas no grupo.

As integrantes do grupo demonstraram alegria e orgulho de poderem proporcionar aquele momento divertido e enriquecedor, que poderia modificar a realidade local.

Após a exposição do vídeo com tanto sucesso, acreditamos que concluímos com todas as etapas da CBPR, que se iniciou com o nascimento do grupo e finalizou com a exposição dos resultados da intervenção educativa para a comunidade.

Vale ressaltar que, mesmo com a conclusão da intervenção, o grupo Mulheres que se cuidam continua atuando na comunidade, não só ajudando na busca ativa das mulheres para a realização da PCCU em parceria com as ACS, como divulgando as demais medidas preventivas do CCU e a manutenção do grupo de caminhada na comunidade.

Concluímos que a participação dessas mulheres em nossa intervenção teve resultados positivos, desenvolvendo autonomia no autocuidado e o empoderamento das mesmas na luta do combate e controle da neoplasia uterina.

### **5.5 O nosso último encontro: Agora sei que algo sei!**

Com a leitura de um salmo bíblico, iniciamos a nossa última tarde. Em seguida, com o propósito de avaliar a construção do conhecimento sobre o CCU e apreender a percepção das mulheres acerca dos encontros, aplicamos o mesmo formulário, utilizado antes da intervenção educativa e os Roteiros de Avaliação dos Encontros e o do Grupo.

As entrevistas aconteceram, no consultório da UBS, com a finalidade de eliminar interrupções, evitar dispersão, reduzir sons externos e proporcionar liberdade para a entrevistada falar. Procuramos deixá-las o mais a vontade possível a fim de que falassem como havia sido partipar daquela experiência e o que aprenderam. Vale ressaltar que o espaço de tempo das entrevistas obedeceu o ritmo de cada uma, mesmo assim, tiveram duração média de 15 minutos

As unidades temáticas apresentam-se em forma de frases, emergindo-se das informações e conteúdos que foram capturados das entrevistas, entendemos que expressaram os sentimentos, posicionamentos e conhecimentos adquiridos nessa experiência, conforme apresentamos:

Figura 10 - Categorias após a intervenção educativa.



Fonte: Elaborada pela autora.

Constatamos, através dos relatos, um aproveitamento favorável, pois as mulheres conseguiram incorporar o saber empírico ao científico. Seus conhecimentos passaram a ser fundamentados e a realizarem hábitos antes não praticados. Corroborando com os achados do nosso estudo, Brasil (2008) ressalta que a educação em saúde é a prática central que deve ser executada pelos profissionais de saúde para o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos e coletividades.

### **Categoria 3- Empoderamento de mulheres na prevenção do câncer do colo uterino.**

Ao passo que os encontros aconteciam, o empoderamento das mulheres era notório, tomaram para si o planejamento e o desenvolvimento das atividades. As decisões eram compartilhadas e decididas por todas, até mesmo as mais tímidas tornaram-se ativas e exteriorizavam suas dúvidas e saberes. Esse fato esse proporcionado pela utilização da CBPR, que contribuiu para o aumento da autonomia das envolvidas.

Teixeira(2002) afirma que o empoderamento é a capacitação de pessoas ou comunidades, em qualquer espaço coletivo, com o propósito de programar estratégias que visem à tomada de decisão, com a finalidade de garantir fortalecimento das ações positivas para a saúde.

Ao iniciarmos a análise das falas, comparando os dados das entrevistas realizadas antes e após a intervenção, percebemos que o conhecimento do grupo estava ampliado, e foi

aprimorado gradativamente ao longo dos encontros. O assunto foi discutido de forma simples e objetiva. De modo a não sobrecarregá-las com informações, oferecemos também momentos para a exposição de ideias e dúvidas que foram trabalhadas dentro do contexto em que elas estavam inseridas.

Com isso, constatamos que os profissionais de saúde ao realizarem educação em saúde, devem ir além de proporcionar um ambiente favorável para o aprendizado. É necessário respeitar a realidade local, a cultura e os saberes empíricos da comunidade. Devem utilizar linguagem acessível, compreensível ao grupo e, principalmente buscar a participação e a exteriorização do entendimento de cada uma, para que haja a construção coletiva da promoção de saúde e uma possível mudança social.

Thum et al. (2006) afirmaram, em uma pesquisa realizada com usuárias de uma unidade sanitária no Rio Grande do Sul, que as atividades educativas devem buscar a participação efetiva das mulheres, buscando a sensibilização das mesmas para a adoção de práticas para uma vida mais saudável.

Notamos, nos discursos pós-intervenção, o reconhecimento sobre o assunto, abordando as medidas preventivas, a sintomatologia e sua etiologia, como elucidadas nas falas a seguir:

Ah! Sei que o câncer de útero tem cura, que a gente tem que fazer o tratamento, usar camisinha né? E que a mulher pode até ter sinais que o corpo manda como... corrimento com mau cheiro, sangramentos, mas muitas vezes ela pode não sentir é nada, por isso agora sei que tenho que fazer minha prevenção e me prevenir usando a camisinha contra esse tal de HPV (Lua).

Que através da prevenção que a gente faz, é que a gente descobre alguma coisa, as pessoas que sentem dor no pé da barriga, que faz relação sem camisinha, essas pessoas que usam medicamentos para não ter filho, estão mais sujeitas a ter o câncer, mas se prevenir a chance da mulher ter é bem menor, o negócio mesmo é se prevenir [...] (Abelha).

Sabemos que o câncer ele tem cura, a pessoa tem que fazer a prevenção, sem a prevenção não pode saber se tem o câncer, é tanto que no começo ele tem cura, tem a máxima chance de ter cura. **E quando as células que formam meu útero começam a crescer anormal, chamam de células doentes** (Papagaio).

Sem dúvida, percebemos, nos discursos acima, como foi fundamental a participação da comunidade nas atividades educativas, para o reconhecimento dos sinais e sintomas da neoplasia maligna uterina e da possibilidade da mulher ter câncer e não apresentar sintomas. Isso reforça a importância da PCCU já reconhecida por elas, o que poderá contribuir para a detecção em estágios menos avançados do CCU e aumentar as chances de sucesso do tratamento preconizado.

Segundo Brasil (2011b), o CCU, quando diagnosticado no início, antes de apresentar os sinais clínicos, pode ter até 80% de chance de cura nos casos detectados, os quais são feitos através de uma tecnologia de fácil acesso, que é o Papanicolaou.

A disseminação de informações como estratégia a ser utilizada para a prevenção do câncer uterino deve ser trabalhada juntamente com a questão da autonomia do indivíduo e compreensão de que a educação em saúde é uma construção de saberes dentro de um contexto sociocultural.

Sendo assim, Machado et al. (2007) ressaltam que é preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo.

Ainda objetivando conhecer o impacto da nossa ação, indagamos acerca das medidas preventivas para o CCU. As respostas fluíram com segurança. Algumas tinham mais especificidade, podendo estar diretamente influenciadas pela cultura e escolaridade. Deste modo, a atividade foi assimilada de forma diferenciada por cada mulher, como apresentado abaixo:

Tendo relação com camisinha para se prevenir, tendo um bom hábito de alimentação e não fumando, e::: não bebendo e fazendo caminhada (Florzinha).

Sim, a primeira medida é fazer a prevenção, SEMPRE se cuidar, procurar o posto de saúde e fazer outros tipos de exames e sempre usar a camisinha (Flor).

Usar camisinha evita pegar doença, e também de não ter o vírus HPV, fazendo a prevenção, ah! sim e não ter muitos parceiros e esclarecer pro meu marido que não adianta eu respeitar ele, se ele não me considerar, porque se ele pega HPV na rua passa pra mim também, e aí só mesmo agora usando camisinha direto, já pensou?((risos)) (Papagaio).

O uso do preservativo como medida no combate ao CCU foi elucidado e outros fatores protetores, como a atividade física e fatores de risco, como a promiscuidade. Esses fatores eram desconhecidos antes da intervenção, evidenciando a diversidade de informações que adquiriram por meio das atividades educativas.

Segundo Greenwood, Machado e Sampaio (2006), o principal fator de risco para esse tipo de câncer é o HPV, porém existem outros bem conhecidos, como o início precoce de atividade sexual, a multiplicidade de parceiros sexuais, desnutrição, tabagismo, baixas condições socioeconômicas, déficit de higiene, uso prolongado de contraceptivos orais e história de infecções sexualmente transmissíveis.

Prosseguimos nossas indagações, questionando as medidas preventivas realizadas por elas. Em relação à primeira entrevista, foi notório que o grupo passou a se prevenir cada vez mais, como podemos vislumbrar nas falas:

Eu agora além da prevenção, que é uma coisa muito importante, estou procurando me alimentar na medida do possível com frutas e verduras, fazendo caminhada, já perdi até peso, nós temos é uma turma da caminhada, acredita? Tamo botando mesmo é pra quebrar ((risos)) [...] (Beija-flor).

Sim, eu faço a prevenção, eu tou usando camisinha com meu esposo, tou procurando mais o posto de saúde, tou me cuidando melhor, evitando certos tipos de comidas e tou me preparando pra caminhar com as outras colegas (Flor).

Faço a prevenção todos os anos, eu não fumo, não bebo, eu me alimento muito bem com os alimentos, lá em casa como frutas e verduras, graças a Deus. Caminho, se não faço pela manhã, faço pela tarde (Papagaio).

Notamos o impacto positivo na rotina dessas mulheres, que referiram hábitos antes não executados. Neste caminhar de reflexões, apreendemos a importância da participação da comunidade no contexto dos serviços de saúde, sendo a possibilidade mais factível de mudança social.

No entanto, mesmo com o reconhecimento dos riscos de adoecimento, tivemos uma participante que mencionou continuar expondo-se, devido ao costume de anos praticando sexo sem proteção. Foi evidenciado, porém, o início de mudanças em seu relacionamento conjugal, já que iniciou um diálogo em sua intimidade com seu parceiro, fato constatado em seu discurso:

É eu não vou mentir não né? Eu... até tentei usar a camisinha, mais toda vez que eu uso, me dá uma coisa ruim, uma gastura (...) O pior é que agora eu tenho maior medo do mundo, e já disse logo pro homem lá em casa, que se aparecer alguma coisa em mim, foi ele (...) Eu nunca fiquei com outro homem, se eu aparecer doente é de você... Eu vou ficar tentando, mais eu fico é toda assada, ai meu Deus do céu, quero ter essa doença não, mas eu já tou comendo fruta do jeito que a senhora me ensinou e comprando verdura quando o dinheiro dá, viu? Já tou caminhando com as meninas, e não deixo de fazer minha prevenção[...] (Rosa).

No relato de Rosa, foi visível a mudança de atitudes na sua rotina que, apesar de ainda não estar usando o preservativo, demonstrou força de vontade em realizar as medidas de prevenção que aprendeu. Ela incorporou hábitos de autocuidado.

De acordo com Silva et al. (2009) a informação, a consciência crítica e o conhecimento são fatores determinantes para a execução de ações de autocuidado e devem valorizar bem estar individual e coletivo.

A sintomatologia relatada pelas entrevistadas como sinais de alerta para o CCU confirmam o esclarecimento sobre o referido tema, reforçando a necessidade de implantação ou implementação de ações que contemplem a participação ativa da comunidade. Os sinais e/ou sintomas foram citados claramente, e elas reconhecem a possibilidade de mulheres doentes não sentirem nada, somente na situação de metástase, segue a transcrição:

[...] Quando a mulher tiver essa doença triste, esse TAL de câncer no útero, ela pode sentir dores no pé da barriga, sangramentos depois da regra do mês, ou quando terminar de ter relação, inflamação com mal cheiro, mas o pior é... que ela pode é não sentir é nada, viu... E quando sentir a doença já era, pode é está no corpo todo, alastrado, eu agora digo é pra todo mundo o que eu aprendi, sabe enfermeira, para evitar também que as que eu conheço morram dessa coisa feia, como é importante a gente se cuidar pra não morrer [...] (Rosa).

Diante desse depoimento, percebemos a associação de sentimentos negativos em relação à neoplasia maligna, como tristeza e morte, além da preocupação de transmitir às outras mulheres o que aprendeu, ou seja, o compromisso com a saúde da coletividade.

Ainda nas falas, constatamos a clareza sobre quem está mais susceptível a apresentar ao câncer uterino, vejamos:

[...] Sim né? É mais fácil ter o câncer quem faz relação sem camisinha, sem se prevenir, bebendo, fumando, se alimentando mal, também não fazendo o exame da prevenção, é o Papanicolaou [...] (Florzinha)

Sim, ter relação com vários homens e não se prevenir usando preservativo, nessa questão tem que usar o preservativo se não pega o HPV, evitar fumar e beber. É, vir sempre ao posto, porque se você de tiver e não vir aumenta cada vez mais, aí vai virar uma metástase ((risos)). (Beija-flor)

Comparando os diálogos, antes e após a intervenção, notamos que as participantes assimilaram os conhecimentos repassados acerca do tratamento desta neoplasia, conforme evidenciado nesses relatos:

Tem cura sim, e o tratamento pode ser de várias maneiras, vai depender de quando for descoberto a doença, que pode ser só a cirurgia, mais... também pode ser quimioterapia e radioterapia (Jasmim).

Tem tratamento, tudo que se descobri no começo tem tratamento, fazendo os exames tudo direitinho, tem CURA (Rosa).

Sim, ele tem cura, levando sempre o tratamento a sério, faz a cirurgia, radioterapia e a quimioterapia (Flor).

Como mulheres que se encaixavam nos critérios de inclusão do nosso estudo, as ACS tiveram participação ativa e, quando re-questionadas a respeito do CCU observamos

uma nova referência ditada pelas depoentes e o preenchimento nas lacunas de conhecimento acerca da temática apresentada antes da intervenção:

O câncer de colo de útero tem cura quando diagnosticada a tempo, as mulheres tem mais chances de ficarem livres dessa doença quando ela é descoberta logo... Por isso é muito valioso fazer o Papanicolaou, mas... é muito importante também evitar a medidas que aumentam o risco de contrair o HPV, que é o verdadeiro vilão entre nós, e usando camisinha, evitando múltiplos parceiros sexuais, ainda tendo uma alimentação balanceada, evitando o sedentarismo, o fumo e a bebida. Ah sim, muito importante o reconhecimento dos sinais de alerta, apesar de não podermos confiar neles, pois tem mulher que não está sentindo nada e está doente, pois é né... E quanto os tratamentos tem quatro tipos, a cirurgia que pode ser uma parte do útero, ou ele todo, a radioterapia e quimioterapia, que essas aí não faz aqui na nossa cidade (ACS1).

O câncer é uma anormalidade das células que formam o nosso útero, que sabemos agora que na maioria dos casos é causada pelo HPV, esse vírus que pega na relação sexual, por isso é muito importante o uso da camisinha e ter o parceiro fixo e ele também só transar com a gente, se não, não vai adiantar de nada ((risos)). Mas pra evitar essa doença temos que ter hábitos de vida saudáveis como não fumar, não beber, se alimentar com frutas e verduras, saber se cuidar, fazer exercícios físicos, e ainda fazer prevenção segundo a frequência que o governo orienta, e o que a mulher pode sentir quando tem câncer esse é o problema, ela pode sentir umas coisas que ela pode até pensar que é besteira, mais o pior é que muitas vezes não se sente é nada...O tratamento infelizmente ainda não temos aqui, só na nossa Teresina, a quimio e a radio, aqui os médicos mandam logo pra capital (ACS2).

Com esses depoimentos, tornam-se evidentes os resultados positivos de uma intervenção educativa com a participação de todos os atores. As ACS, sujeitos também deste estudo, fundamentaram seus conhecimentos na prevenção do CCU, desde a prevenção primária até a secundária. Tornaram-se, portanto, detentoras de saberes, condizente com o conhecimento científico.

Acreditamos que a sensibilização de nossa comunidade, através da educação em saúde de forma dialogada e participativa, seja a solução paliativa, ou mesmo curativa dos altos índices de morbidade e mortalidade ocasionados pela neoplasia maligna uterina. É preciso modificar esse cenário atual tão doloroso entre as mulheres, cada vez mais jovens, por uma patologia possivelmente curável.

#### **Categoria 4 - Contribuições de uma intervenção educativa na prevenção do CCU**

A análise dos dados produzidos a partir da avaliação dos encontros pelas mulheres e ACS confirmou que as atividades educativas dialogadas favorecem o vínculo de amizade e o aumento da autoestima das participantes.

Buscamos conhecer os sentimentos, significados e sugestões a respeito da intervenção educativa, e para nossa imensurável alegria, constatamos que além do aprendizado explanado anteriormente, elas exteriorizaram satisfação, felicidade, gratificação e prazer em serem integrantes do Grupo Mulheres que se cuidam, como constatamos nos recortes a seguir:

Eu achei essa experiência maravilhosa, eu tou muito é satisfeita, porque no grupo a gente se abriu, ouvia a conversa de uma e de outras, me sentia mais a vontade (Sol).

Nem sei como dizer o tamanho do prazer que senti com o grupo, eu tou MUITO feliz, agradeço bastante por tudo (Abelha).

Segundo Wall (2001), as práticas educativas que abordem um conjunto de conhecimentos e atividades com espírito lúdico favorecem oportunidades de um convívio e relações enriquecedoras, facilitando o envolvimento dos sujeitos nas atividades.

Percebemos que conviver em harmonia é indispensável para o desenvolvimento das ações individuais e coletivas. Assim fica mais fácil, socializarem o aprendizado adquirido no grupo a toda sua família e comunidade, fato observado nos discursos:

Me senti muito feliz, porque eu não sabia como era o câncer e nesses encontros eu aprendi, eu tou participando o que eu aprendi para minha mãe e para minhas irmãs [...] (Flor).

[...] Eu aprendi como evitar, e mais a gente tem que alertar as amigas da gente, os familiares da gente, e que a gente não pode ficar só trancada dentro de casa, sem saber informações, tem que ir atrás e dividir com os outros [...] (Girassol).

Nunes (2010) ressalta que, para haver emancipação, alguns componentes devem estar interligados como autonomia, liberdade, cidadania e consciência crítica.

Notamos, nos discursos, uma autonomia no processo de aprendizagem, referente ao incentivo para o autocuidado. Acreditamos que elas tornaram-se multiplicadoras de cuidados, constatamos a autoconfiança e segurança ao exteriorizar os seus conhecimentos.

As mudanças foram fortemente evidenciadas pelas falas, confirmando os benefícios de cada encontro, despertando o compromisso e a vontade de transformar a realidade de sua comunidade, incentivando e convencendo mulheres na realização de busca de cuidados, consolidando de forma positiva essa experiência, como mostra o trecho:

Modificou sim, eu passei já um monte de informações para minha cunhada, alguma dúvida que ela tinha a gente repassou, eu e minhas colegas, porque ela tava muito nervosa, a gente já conseguiu acalmar ela, fez com que ela fosse ao posto de saúde fazer a prevenção, acredita? Pois é, ela foi fez, já tá esperando o resultado, e depois a gente pode repassar algumas coisas a ela (Coelha).

[...] Mudou, muito muito muito. Porque assim eu posso orientar minhas colegas, minhas vizinhas, o pouco que aprendi, isso para mim já é bom demais, até porque eu tou já orientando minha mãe, porque ela é difícil ir ao posto, já tou abrindo o olho dela, aos pouquinhos eu vou convencer ela de fazer a prevenção [...] (Beija-flor).

Constatamos que a educação em saúde de forma participativa, além de facilitar o processo de aprendizagem, permite através do diálogo a (re)construção da confiança, compromisso e união. Vejamos:

A palestra, a união das minhas colegas, o compromisso que todo mundo teve de vir, de ouvir, de ter a confiança na Gracyanne, por que ela transmitiu o que ela sabe para a gente (Dia).

As mulheres elogiaram a forma como foi elucidado a prevenção do CCU, ressaltando que foi gratificante participar do grupo, pois estreitaram laços com pessoas que moravam na mesma comunidade, destacando, ainda, que através dessa oportunidade conseguiram esclarecer suas dúvidas, conforme o seguinte trecho:

O mais importante que eu achei foi o jeito como nós aprendemos a nos prevenir do câncer do útero, e também foi nós se reunir, mesmo a gente morando todo mundo no mesmo lugar, a gente não tem o diálogo de todo dia conversar... Achei muito interessante, você sair da sua casa, só para alertar a gente, isso foi muito legal, fiquei muito satisfeita e muito sabida ((risos)) (Lua).

O grupo também elogiou a maneira da condução dos encontros educativos, o acolhimento da pesquisadora e as dinâmicas utilizadas para apresentar os conteúdos. Aproveitaram os momentos para fazerem amizades, e ainda destacaram sua valorização pessoal, devido à pesquisadora escutá-las. Conforme evidenciado nos relatos:

Vixe! Foi muito bom, mesmo, achei muito legal foi quando fizemos o vídeo, para mostrar para a comunidade. Eu fiquei emocionada..., porque nunca imaginei que ia fazer uma coisa dessa, me senti muito importante. (Papagaio)

O jeito que a senhora recebeu a gente foi muito bom, tratou a gente bem, ouvindo nossas duvidas e respondendo com carinho e direitinho, para nós... Depois que comecei a fazer parte desse grupo, comecei gostar daqui, do Portinho, pois antes só ficava em casa e sentia muita saudade da minha terra, agora tenho um bucado de amiga para bater papo, tudo depois desse grupo. (Florzinha)

Quando indagadas acerca das sugestões para novos encontros, constatamos o desejo da continuidade do grupo, a busca por novos saberes e a vontade de ampliar o conhecimento para toda comunidade.

[...] Eu queria saber também era sobre o câncer de mama, porque é igual o câncer no útero, porque a gente não sabe o que tem por dentro né? Aí, tenho a vontade de descobrir se é igual ou não. E como se prevenir mais para poder não ter o câncer de mama. Ah, eu queria também chamar minhas outras colegas, para elas se cuidarem junto comigo [...] (Jasmin).

[...] É muito bom participar desse grupo, o que eu queria MESMO era convidar todas as mulheres da comunidade e continuar vindo para aprender mais, sobre os assuntos importantes para minha vida [...] (Rosa).

Nos relatos das ACS, percebemos o reconhecimento do grupo de atividade educativa como algo produtivo, este aumentou o vínculo da comunidade com a ESF, através dos esclarecimentos sobre as medidas de autocuidado.

Elas agora começaram a ir mais ao posto, até a procura por camisinha aumentou, a divulgação do que elas aprenderam é feita em todo lugar, até mesmo na porta do colégio quando vão pegar seus filhos [...] (ACS 1).

Depois do grupo, as mulheres fundaram uma turma de caminhada, que já até consegui ir algumas vezes. O incentivo delas para as demais nos ajudou muito, principalmente na divulgação das medidas preventivas, que é muito diferente de só a gente falar, e agora elas todas ajudando, foi uma oportunidade de grande crescimento para nossa comunidade [...] (ACS 2).

Outro elemento de destaque no depoimento das ACS foi o fato de que o grupo possibilitou às mulheres contribuírem para o crescimento da comunidade onde vivem.

[...] Eu achei de grande importância, porque agora não é só as ACS falando sobre o câncer de colo de útero, agora tem mais gente falando, elas estão convidando as outras para fazerem a prevenção e repassando tudo que aprenderam, as vezes parece até engraçado, elas falando o nome Papanicolaou (ACS 2).

As ACS evidenciaram que as atividades educativas, interferiram de forma positiva em sua vida profissional e pessoal. Preencheram as lacunas dos seus saberes acerca do CCU.

Aprendemos o tratamento, a cura, as pessoas que têm maior chance de ter o câncer de colo de útero e como evitar. Esses encontros ajudaram a esclarecer muitas dúvidas para o nosso dia- a- dia, com essas informações atualizadas [...] (ACS 1).

Apreendi que temos que nos preocupar com a comunidade e também comigo que sou mulher. Esse aprendizado vai somar (ACS 2).

As atividades educativas dialogadas com a participação ativa dos sujeitos proporcionou a partilha de experiências, o aumento da percepção sobre a importância do autocuidado, suscitando uma sensação de autonomia.

## 6 DESFECHOS DE UMA INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

A proposta desta pesquisa/intervenção surgiu de nossas vivências na ESF, ao constatarmos um aumento na adesão do exame de Papanicolaou, após a realização de atividades educativas de formas pontuadas na prevenção do CCU, antes dos atendimentos individuais na UBS, resultando na identificação de casos desta neoplasia. No entanto, apesar do aumento pela procura da PCCU, esse público não sabia informar o objetivo do exame, ou seja, explicar o que é o câncer uterino e como prevenir a mortalidade por esse agravo. Foi, então, que percebemos a necessidade do envolvimento da comunidade nas ações educativas da ESF.

Com a intenção de descobrir se atividades educativas, pautadas na participação ativa da comunidade eram efetivas, propomos formar um grupo de mulheres, a fim de trabalhar à prevenção do CCU. Esse trabalho foi conduzido, a partir do diálogo, respeitando saberes e experiências das participantes, e, a fim de contemplar nossos objetivos, utilizamos os pressupostos da CBPR e concluímos que é possível, sim, obter um resultado positivo por meio da inserção da comunidade nas práticas educativas.

Objetivamos, por meio desta intervenção, construir um plano de ações educativas junto às mulheres para a prevenção e o controle do CCU, na comunidade da Lagoa do Portinho, Parnaíba, Piauí, tendo como suporte a Pesquisa Participativa baseada na Comunidade. Acreditamos ter conseguido alcançar nosso propósito, pois paralelamente, fomos construindo uma trajetória metodológica, a qual foi articulada entre as representações sociais que nos permitiu observar o senso comum das mulheres, seus conhecimentos, suas crenças e tabus acerca do assunto e por tudo que foi visualizado nos nossos encontros.

A partir da realidade capturada, chegamos à conclusão, por intermédio da análise dos discursos e do *feedback*, que houve a sensibilização e mudança positiva das mulheres na luta contra o CCU. Constatamos, ainda, a relação entre as atividades educativas realizadas e o empoderamento coletivo, ou seja, através da participação ativa, as mulheres se apropriaram do grupo, construindo saberes alicerçado por vínculos de amizade, união e companheirismo.

Para analisarmos nossos resultados, utilizamos como suporte um formulário, no início e ao final de nossa pesquisa/intervenção, para diagnosticar o conhecimento das participantes sobre o assunto. Assim confrontamos os saberes do grupo, antes e após nossa ação, o que possibilitou evidenciar a emancipação da autonomia e da transformação das mulheres em relação às práticas preventivas do CCU.

Esses resultados foram alcançados em virtude dos propósitos da CBPR terem em sua essência a participação equitativa dos envolvidos, partindo da identificação dos saberes do grupo, combinando o conhecimento dos participantes com ação. A CBPR possibilitou a aproximação entre as autoras e as mulheres, uma vez que o estudo foi realizado na comunidade, trabalhando a realidade local e despertando a reconstrução dos seus saberes, que ultrapassaram os limites físicos do local dos nossos encontros, e conseqüentemente permitiram a disseminação do conhecimento adquirido sobre o CCU para outras mulheres.

Acreditamos que a realização desta pesquisa/intervenção permitiu evidenciar a importância das atividades educativas na prevenção do CCU, contribuindo para uma visão renovada sobre essa prática. A pesquisa, também, confirma a necessidade de implementação e da continuidade dessas ações, utilizando estratégias que beneficiem a troca de saberes e facilitem alcançar os objetivos propostos e a mudança social.

### **Para o Grupo Mulheres que se cuidam**

Notamos que, para as mulheres, desfrutar das nossas tardes foi uma oportunidade ímpar, pois envolveu momentos de aprendizagem mútuos e prazerosos, permitindo a ampliação dos saberes e criação de vínculos de amizades.

A participação ativa das mulheres foi notória em cada encontro, manifestaram suas sugestões, experiências e dúvidas acerca da temática. Evidenciamos um aprendizado crescente, pois mencionaram estender seus novos saberes para sua família, amigos e para comunidade. Com isso, vale destacar que esse conhecimento manifestado pelas participantes evoluiu, uma vez que, antes da nossa intervenção, as percepções sobre o CCU eram marcadas por tabus, crenças, mitos e preconceitos aguçados pela desinformação. Percebemos, ao final de nossa intervenção, que essas mulheres aprimoraram seus conhecimentos e repassaram com confiança seus novos saberes.

A criação do grupo Mulheres que se cuidam foi essencial para que descobrissem suas potencialidades, reconhecendo-se, assim, como pessoas transformadoras e valorizadas por seus saberes. Observamos as mudanças de atitudes no decorrer de nossas tardes, haja vista que as integrantes tornaram-se mais participativas e autônomas.

O empoderamento na prevenção do CCU foi construído ao longo dos encontros, e foi concretizado por meio do vídeo artesanal intitulado de Mulheres que se cuidam: na luta contra o câncer do colo do útero. Salienta-se que esse foi sugerido, realizado e divulgado por

elas. A construção desse vídeo artesanal foi algo inusitado, de valor imensurável, diante do contexto e da realidade local. O empenho e desejo do grupo em participar da pesquisa demonstraram o protagonismo dessas mulheres e o interesse de todas em ajudar na disseminação de informações sobre um problema local, vivenciado por toda comunidade.

Acreditamos que nosso estudo contribuiu para a emancipação dessas mulheres acerca do assunto e, ainda, despertou a autonomia das participantes para continuação do grupo, as quais sugeriram a abordagem de novos temas e a extensão do convite a outras mulheres.

### **Para as Agentes Comunitárias de Saúde**

O envolvimento das ACS em nossos encontros como membros ativos do grupo, foi extremamente valioso, pois perceberam a intervenção como uma oportunidade de aprendizagem e ensinamento sobre o assunto não só para elas, mas a expansão de saberes para a comunidade. Perceberam, ainda, que as mulheres do grupo se tornaram aliadas na luta contra essa neoplasia que causa dor, sofrimento e medo.

As representações obtidas acerca das percepções e opiniões das ACS evidenciaram que tais ações foram vantajosas para o serviço de saúde e, principalmente, para a comunidade. Destacamos, nos discursos das agentes, sentimento de satisfação, crescimento profissional e pessoal. Percebemos o aprendizado que tiveram advindos de metodologias práticas, que valorizaram a transferência de informações provenientes do conhecimento científico, pautadas no diálogo e respeito do senso comum de cada participante.

Notamos uma emancipação por meio de novos saberes, fato que ficou claro através da comparação dos diálogos das ACS que, inicialmente, os seus conhecimentos sobre CCU estavam fragilizados por informações incertas, com lacunas a serem preenchidas. Com o estudo, exteriorizaram a satisfação por se sentirem mais preparadas para sensibilizarem as mulheres da comunidade sobre o CCU e sua prevenção.

Mediante as refeições das ACS, o grupo Mulheres que se cuidam representou uma corrente de união, estabelecida entre a comunidade e as ações de saúde, respeitando as experiências individuais de cada participante e aprimorando a inserção de novos conhecimentos sobre o assunto, por meio de um diálogo informal e simples que possibilitou um aprendizado positivo.

Concluimos que é possível criar vínculos para fortalecer a confiança entre profissionais de saúde e a comunidade, o que pode facilitar o trabalho conjunto na idealização de novas formas de transformar e qualificar o processo do cuidado.

### **Para nós**

A intervenção nos mostrou a importância e a necessidade dos profissionais de saúde realizarem ações educativas, valorizando as crenças, a cultura e a vivência da comunidade, através de processos dialógicos e participativos, para que, assim, consigam efetivamente sensibilizá-las e conduzi-las a possíveis mudanças de comportamentos e atitudes em suas práticas preventivas. Assim, os profissionais de saúde devem conhecer a realidade sociocultural e política, para que possam agregar conhecimento científico ao saber empírico das mulheres, a fim de possibilitar um empoderamento desse público em relação as ações preventivas na luta contra o câncer uterino e interferir positivamente na realidade epidemiológica do CCU.

Entendemos que, as ações educativas foram de extrema importância, principalmente, considerando o fato de grande parte do grupo não conhecer a finalidade do exame de Papanicolaou, necessitando, assim, de orientações quanto ao autocuidado, tão fundamental para qualidade de vida delas. Diante desse contexto, fomos motivados pelos princípios da CPBR e nos comprometemos em transformar um grupo de mulheres, oferecendo espaço favorável e divertido para fortalecer, através de ações educativas, a prevenção CCU.

Percebemos que a ESF é um espaço perfeito para atividades educativas e que o enfermeiro, como membro dessa equipe, é capaz de desenvolver essas ações, as quais favorecem a autonomia e o empoderamento das mulheres nos cuidados com seu corpo, e conseqüentemente, a redução dos índices de morbimortalidade do CCU vai ocorrer. No entanto, afirmamos que a atuação desses profissionais, utilizando essas medidas, deve ser diferenciada, abordando as particularidades do contexto social de cada comunidade.

Concluimos que o êxito no aprendizado das mulheres foi possível pela inserção da autora na realidade da comunidade. A adequação da linguagem utilizada e o respeito às diferenças culturais das participantes foram priorizados para que pudéssemos eliminar as barreiras e lacunas do conhecimento sobre CCU, e alcançar a tão almejada promoção e prevenção de saúde.

Por fim, nossa pesquisa/intervenção se constituiu em um grande momento de aprendizado e desafio profissional, bem como pessoal, pois, mais do que produzir uma dissertação, possibilitou-nos conhecer o contexto social e cultural em que nossas participantes estão inseridas, conhecendo seus medos, incertezas, crenças e dúvidas a respeito do câncer uterino. Além do deleite de momentos tão prazerosos, ressaltamos que o contato aproximado com o grupo nos proporcionou o envolvimento com sentimentos nobres como amor, amizade, carinho, perseverança e a oportunidade de aprofundamento dos nossos conhecimentos na prevenção e na luta contra o CCU com tanta dedicação. A nós, este trabalho foi impactante, e vivenciar cada encontro nos possibilitou um aprendizado constante.

### **Limitações e Sugestões da nossa pesquisa/intervenção**

As primeiras limitações do nosso estudo prenderam-se, certamente, na localização da comunidade. Muitas vezes, nossa chegada aos encontros ficou quase impossibilitada, devido ao percurso e os fatores extrínsecos ligados aos fenômenos naturais, como a chuva. Pontuamos, também, como limitação, a falta de investimento financeiro com a pesquisa/intervenção. Frisamos que todos os recursos foram custeados pela autora, desde a sua locomoção, os lanches ao final de nossas tardes, materiais para realização das dinâmicas grupais e, principalmente, para o vídeo idealizado pelo grupo.

Destacamos que todos estes fatores contribuíram diretamente para as limitações do estudo, certamente, se nossa pesquisa tivesse sido incentivada com certeza nossos resultados seriam ampliados a mais mulheres, permitindo, assim, uma maior flexibilidade das ações educativas para a comunidade com um todo.

Nesse contexto, apresentam-se as barreiras constantes na educação em saúde, devido à falta de investimento, estímulo e iniciativa para o desenvolvimento de pesquisa/intervenção que tragam em seus objetivos a modificação da realidade local e da situação de saúde de um grupo ou comunidade, direcionando-lhes a adesão das práticas de autocuidado.

A avaliação das nossas limitações e dos nossos resultados permitiu a reflexão sobre a necessidade da implementação constante de práticas educativas que abordem a participação ativa dos sujeitos para alcançarmos nossos objetivos de forma significativa. Diante disso, ressaltamos que são necessários mais estudos que proporcionem novas formas

criativas para condução de ações de educação em saúde, adequando as informações prestadas ao público, considerando o contexto social e cultural a que pertencem.

A contribuição de novas pesquisas podem trazer melhorias para as práticas preventivas, transformando os usuários em indivíduos autônomos e capazes de atuar ativamente como autor (es), aptos a modificar a realidade em que vivem. Assim, sugerimos novos estudos, os quais utilizem métodos que insiram o indivíduo em seu processo, como pessoa ativa e que tragam como contribuição à tona suas experiências. Esperamos que este trabalho contribua para maiores discussões a respeito do assunto e que possa reduzir lacunas existentes nas literaturas referentes ao CCU, além de que os nossos resultados possam ser multiplicados para mais UBS, como tentativa de prevenir e controlar o CCU por meio de atividades educativas sobre o assunto.

## REFERÊNCIAS

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Evidence Report/Technology Assessment. **Community-Based Participatory Research: Assessing the Evidence**. Number 99. AHRQ Pub. No. 04-E022-1. August 2004.
- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p. 259-74, mar/ago. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a06v8n15.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2013.
- ALMEIDA, L. H. R.; PEREIRA, Y. B. A. S.; OLIVEIRA, T. A. Radioterapia: percepção de mulheres com câncer cérvico-uterino. **Rev. bras. Enferm.** Brasília, v.61, n.4, jul./ago. 2008. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000400014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400014)>. Acesso em: 28 mai. 2013.
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52. 2005. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf)>. Acesso em: 21 mar. 2013.
- AMORIM, V. M. S. L. et al. Fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v.22, p.2329-38, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/07.pdf>>. Acesso em: 7 mar. 2013.
- ANJOS, S. J. S. B. et al. Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.44, n.4, p.912-20, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/08.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2013.
- BESSEN, C. B. et al. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p. 57-68, jun./jan. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/06.pdf>>. Acesso em: 15 abri. 2013.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência da Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430 p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0219VIIIcns.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Bases para a educação em saúde nos serviços**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto\\_base\\_prat\\_educ\\_dagep.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto_base_prat_educ_dagep.pdf)>. Acesso em: 17 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama:** normas e manuais técnicos. Caderno de Atenção Básica n.13. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control\\_cancer\\_colo\\_uter\\_o\\_mama.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_cancer_colo_uter_o_mama.pdf)>. Acesso em: 13 abr. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** 2. ed. Caderno de Atenção Básica n.13. Brasília: Ministério da Saúde. 2013. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control\\_canceres\\_colo\\_uter\\_o\\_2013.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uter_o_2013.pdf)>. Acesso em: 05 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Prevenção do câncer do colo de útero:** organizando a assistência: manual técnico. Brasília, DF: INCA, 2002a. Disponível em:<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manualassistencia.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer:** uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2009. p. 98. Disponível em:<<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2011a. Disponível em:<[www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf](http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf)>. Acesso em: 04 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2011b. Disponível em:<[www1.inca.gov.br/.../Diretrizes\\_rastreamento\\_cancer\\_colo\\_uter\\_o.pdf](http://www1.inca.gov.br/.../Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uter_o.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2008: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2007a. Disponível em:<<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_educacao\\_popular\\_saude\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/23estimativas\\_incidencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/23estimativas_incidencia.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher**. Plano de ação 2004 a 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 82 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf)>. Acesso em: 22 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional do Câncer. Manual de procedimentos técnicos e administrativos. **Coleta do Papanicolau e ensino do auto-exame da mama**. Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projeto Multiplica SUS: oficina de capacitação pedagógica para a formação de multiplicadores / Silvana Solange Rossi et al. (Org.)**. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/52294/educacao\\_saude\\_multipli\\_casus.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/52294/educacao_saude_multipli_casus.pdf)>. Acesso em: 17 jan. 2013.

BRITO, C., et al. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da citologia oncológica. **Rev. BrasEnferm**, v.60, n.4, p.387–380, 2007.

CEPRO. Fundação Centro de Pesquisas Econômicas e Sociais do Piauí. **Diagnóstico Socioeconômico: município Parnaíba, 2011**. Disponível em: <[http://www.cepro.pi.gov.br/download/201105/CEPRO03\\_937a2375bf.pdf](http://www.cepro.pi.gov.br/download/201105/CEPRO03_937a2375bf.pdf)>. Acesso em: 16 out. 2012.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Preason Prentice Hall, 2007.

CODEVASF. Companhia de desenvolvimento do Vale São Francisco e Parnaíba. **Estudos e Pesquisas**. Disponível em: <<http://www.codevasf.gov.br/principal/estudos-e-pesquisas>>. Acesso em: 04 mar. 2013.

COSTA, C. R. P; FERNANDES, P. A. Campanha nacional de combate ao câncer de colo uterino: a contribuição do laboratório de anatomia patológica da Santa Casa de Misericórdia de Passos (MG). **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 39, n.1, p. 33-37, jul. 2003. Disponível em: <[www.inca.gov.br/rbc/n\\_49/v01/pdf/artigo4.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v01/pdf/artigo4.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2013.

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

CPRM. Serviço Geológico do Brasil. **Localização, 2004**. Disponível em: <<http://www.cprm.gov.br/rehi/atlas/piaui/relatorios/150.pdf>> Acesso: 02 nov. 2012.

CRUM, C. P. Aparelho Genital Feminino. In: KUMAR, V.; ABBAS, A.K.; FAUSTO, N. (Ed.). **Patologia: Bases Patológicas das Doenças**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p. 11167.

CRUZ, L. M. B.; LOUREIRO, R. P. A comunicação na abordagem preventiva do Câncer do Colo do Útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n.2, p. 120-131, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/12.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2013

DAVIM, R. M. B. et al. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/ RN sobre o exame de Papanicolau. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.39, n.3, p. 296-302, set. 2005. Disponível em:< <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/10.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2013.

DIÓRGENES, M. A. R. et al. **Prevenção do câncer: atuação do enfermeiro na consulta de Enfermagem ginecológicas-Aspectos éticos e legais da profissão**. 1. ed. Fortaleza: Pouchain Ramos, 2001. p 106.

EDUARDO, K. G.T. et al. Políticas públicas de saúde voltadas ao controle do câncer de colo uterino na perspectiva da Promoção da Saúde. In: CATRIB, A. M. F.; DIAS, M.S.A.; FROTA, M. A. (Org.). **Promoção da Saúde no contexto da estratégia saúde da família**. Campinas, SP: Saberes, 2011.

FERNANDES, J. V. et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolau por mulheres, Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública** [online]. v.43, n.5, p.851-858, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/355.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. **Enfermagem e saúde da mulher**. Barueri, SP: Manole, 2007.

FIGUEIREDO, N. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Paulo: Yendis. 2005.

FONSECA, R.M.G. S.et al. Violência Doméstica Contra a Mulher na Visão do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Latino-am Enfermagem**, v.17, n.6, nov-dez. 2009. Disponível em:<[www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_08.pdf)>. Acesso em: 01 fev. 2013.

FREIRE, P. A concepção bancária da educação como instrumento da opressão. Seus pressupostos sua crítica. **Pedagogia do Oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. p. 65-87.

\_\_\_\_\_. **Conscientização: teoria e prática da libertação - uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. Tradução Kátia de Mello e Silva. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

FREITAS, F. et al. **Rotina em ginecologia**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, L. H. T.; SCHIER, J. “Grupo Aqui e Agora” - Uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.14, n.2, p. 271- 279. 2005. Disponível em:<[www.redalyc.org/pdf/714/71414218.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/714/71414218.pdf)>. Acesso em: 12 mar. 2013.

GREENWOOD, S. A.; MACHADO, M. F. A. S.; SAMPAIO, N. M. V. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame papanicolaou. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n.4, p.503 – 509, jul./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a06.pdf>>. Acesso em: 15 abri. 2013.

HACKENHAAR, A.A.; CESAR, J.A.; DOMINGUES, M.R. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v.9, n.1, mar. 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estados@ (Piauí) 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pi>>. Acesso em: 28 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades @ (Parnaíba – PI) 2012**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 02 nov. 2012.

KRIVAK, T. et al. Câncer Cervical e Vaginal. In: BEREK, J. E. (Ed.). **NOVAK/ Tratado de Ginecologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 13. ed. 2005.

LANZONI, A. C., et al. Desvelando o conhecimento do agente comunitário de saúde sobre câncer do colo uterino. **Cogitare Enferm.** v. 17, n.3, p. 478-84, jul- set. 2012. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/29288/19038>>. Acesso em: 13 mar. 2013.

LOOMIS, M. E. **Groups process for nurses**. Saint Louis: Mosby Company, 1979.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, Formação de Saúde, Educação em Saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciências & Saúde Coletiva** Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar/abr. 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2013.

MARTINS, L. et al. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.27, n.8, p.485 - 492. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n8/26760.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

MC ALLISTER,C.L. et al. Parents, Practitioners, and Researchers: Community-Based Participatory Research With Early Head Start. Public Health Matters. **American Journal of PublicHealth**| October 2003, vol 93, nº 10.

MCGRANAGHAN, R.; BROWN,J.K. **Divulgação dos resultados de CBPR, 2005**. Disponível em: <<http://www.cbprcurriculum.info>>. Acesso em: 13 jan. 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 244 p.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MINKLER, M; WALLERSTEIN N.B. **Community-based participatory research for health**. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2003.

NASCIMENTO, S.R.; PRADO, M.L. O agir comunicativo na construção do conhecimento em Enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 237-240, mar/abr. 2004.

NUNES, J. M. **Tecnologia educativa: uma proposta para Promoção da Saúde de um grupo de mulheres**. 2010. 148f. Dissertação ( Mestrado em Enfermagem ) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010. Disponível em: <[www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/1800/1/2010\\_dis\\_jmnunes.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/1800/1/2010_dis_jmnunes.pdf)>. Acesso em: 21 mar. 2013.

NUTBEAM, D. **Glossário de promoção de saúde**. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Promoção de saúde: uma antologia**, 1996.p. 383-403.

OLIVEIRA, M. M. **A prevenção do câncer do colo do útero, no contexto da estratégia saúde da família, da área básica de Distrital oeste/ sertãozinho, do município de Ribeirão Preto – SP**. Ribeirão Preto, 2002, 154 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, 2003. Disponível em: <[www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde.../Mioliveira.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde.../Mioliveira.pdf)>. Acesso em: 11 mai. 2013.

OLIVEIRA, M. M. H. N. et al. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolau em São Luís, Maranhão. **Rev Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.9, n.3, p. 325-334, set. 2006. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rbepid/v9n3/06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v9n3/06.pdf)>. Acesso em: 12 mai. 2013.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; GALVÃO, M.T. G. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 150-155, abr/jun. 2005. Disponível em: <[www.redalyc.org/pdf/3070/307023799006.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/3070/307023799006.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2013.

OLIVEIRA, M.M; PINTO, I,C; COIMBRA, V.C.C. Prática e significado da prevenção do câncer de colo uterino e a saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 580-583, out/dez. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a17.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.525-532, set. 1998. Disponível em: <[www.scielosp.org/pdf/csp/v14s1/1337](http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14s1/1337)>. Acesso em: 16 fev. 2013.

PARNAÍBA –PI. **Relatório de Gestão 2011**. Parnaíba – PI, 2011.

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

PEREIRA, A. L. Educação em saúde. In: **Ensinando a cuidar em Saúde Pública**. Difusão, 2003.

PEREIRA, Q. L. C.; SIQUEIRA, H. C. H. O olhar dos responsáveis pela política de saúde da mulher Climatérica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 366-371, abri./jun.2009. Disponível em: <[www.eean.ufrj.br/revista\\_enf/20092/artigo%2016.pdf](http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo%2016.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2013.

PINELLI, F.G.S. Promovendo a Saúde. In: BARROS, S.M.O; ABRÃO, A.C.F.U. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**, São Paulo: Roca, 2002. 488p.

PINHO, A. D. A.; FRANÇA-JUNIOR, 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 Matern. Infant.**, v.3, n.1, p.95 - 112. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n1/a12v03n1.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2013.

PINHO, V. F. S.; COUTINHO, E. S. F. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1061-1069, mai. 2007. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/csp/v23n5/08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n5/08.pdf)>. Acesso em: 14 mar. 2013.

PORTAL DO GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ. **O Estado do Piauí, 2011**. Disponível em: <<http://www.piaui.pi.gov.br>>. Acesso em: 28 fev. 2013.

PRADO, E. V.; PEREIRA, W. S. B.; 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**, Juiz de Fora, v. 12, n. 4, p. 498-503, out./dez. 2009. Disponível em: <[aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/658/274](http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/658/274)>. Acesso em: 10 mai. 2013.

REIS, A.A.S; et al. Papilomavírus humano e saúde pública: prevenção ao carcinoma de cérvix uterina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, p.1055-1060, 2010. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/012.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/012.pdf)>. Acesso em: 21 fev. 2013. Suplemento.

RIBEIRO, Joaquim Agnelo. **História do Piauí**. Teresina: Lettera, 2003.

ROZEMBERG, B. O saber local e os dilemas relacionados à validação e aplicabilidade do conhecimento científico em áreas rurais. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. S97-S105, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s1/11.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2013. Suplemento.

SANTOS, Z.M.S.A.; LIMA, H.P. Tecnologia Educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: Análise das mudanças no estilo de vida. **Texto e contexto enfermagem**, Florianópolis, vol.17, n.1, p. 90-7, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/10.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

SELBACH, J. F.; LEITE, J. R. S. A. (Org.). **Meio ambiente no Baixo Parnaíba: olhos no mundo, pés na região**. São Luís/MA: EDUFMA, 2008, 216p. Disponível em: <[http://www.livrosgratis.com.br/arquivos\\_livros/fm000001.pdf](http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/fm000001.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2013.

SILVA et al. Exploração de fatores de riscos para o câncer de mama em mulheres de etnia Kaingáng Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil, 2008. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1500, jul. 2009. Disponível em: <[www.scielo.org/pdf/csp/v25n7/07.pdf](http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n7/07.pdf)>. Acesso em: 15 mai. 2013.

SILVA, I. M. R, et al. Avaliação dos programas brasileiros para controle do câncer genital feminino. **Rev. Adm. em Saúde**, v.24, n.6, p. 97 – 102, jul - set. 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/412252&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.91-104. 2005. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a08.pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2013.

SOARES, M. C. **A integralidade na saúde da mulher: possibilidades de atenção à mulher com câncer de colo uterino nos serviços de saúde**. Ribeirão Preto, 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <[www.teses.usp.br/teses/...14112007.../MARILUCORREASOARES.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/...14112007.../MARILUCORREASOARES.pdf)>. Acesso em: 19 mai. 2013.

SOUSA, F. G. M. et al. Educação em Saúde, enfermeiros e criatividade: a interconexão necessária para o processo educativo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.6, n. 2, ago. 2007. Disponível em: <[www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=546&layout=html](http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=546&layout=html)>. Acesso em: 13 jan. 2013.

SOUZA, A.C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v.26, n.2, p. 147-53, 2005. Disponível em: <[www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23558/000560718.pdf?...1](http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23558/000560718.pdf?...1)>. Acesso em: 8 mar. 2013.

TAVEIRA, L. F.; PIERIN, A. M. G. O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos? **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n.5, p. 45-51. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt\\_v15n5a07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a07.pdf)>. Acesso em: 27 mar. 2013.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção de saúde**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <[portaldeseres.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2002/teixeirambm/pdf/capa.pdf](http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2002/teixeirambm/pdf/capa.pdf)>. Acesso em: 12 mar. 2013.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 14. ed. São Paulo: Cortez: 2005.

THUM, M et al. Câncer de colo uterino: percepções das mulheres sobre prevenção. São Paulo, **Ciências de Cuidados da Saúde**, v.7, n.4, p. 509- 516, out-dez. 2006. Disponível em:<periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/.../3917>. Acesso em: 11 nov. 2012.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

UCHIMURA, N. S. et al. Qualidade e desempenho das colpocitologias na prevenção de câncer de colo uterino. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 5, p. 569-574. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n5/21.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2013.

VERGARA, S.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**.13. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

WALL, M. L. **Tecnologias Educativas**: subsidies para a assistência de enfermagem em Grupos. Goiânia: AB, 2001.

WALLERSTEIN, N.B.; DURAN, B. Using Community-Based Participatory Research to Address Health Disparitie. **Health PromotPract** 2006; 7; 312 originally published online. Jun 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).**Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to essential practice**. Geneva, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/eht>> Acesso em: 23 jun. 2012.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A- CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ANO	2012												2013												2014		
ETAPAS	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M		
Definição do Problema de estudo	x	x																									
Elaboração do projeto de dissertação	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x															
Revisão de literatura	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x											
Elaboração dos instrumentos de coleta de informações									x	x	x	x															
Qualificação do projeto													x														
Envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa																		x	x	x							
Desenvolvimento do grupo																					x	x	x				
Análise dos resultados																				x	x	x	x	x	x		
Defesa da dissertação																									x		

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada Senhora/você,

Sou Enfermeira e estudante do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Vale do Acaraú-UVA e estou desenvolvendo uma pesquisa/intervenção cujo título é: MULHERES QUE SE CUIDAM: AÇÕES EDUCATIVAS NO EMPODERAMENTO FRENTE AO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO. O câncer uterino é considerado um problema de saúde pública, devido suas altas taxas de morte e adoecimento em nosso país. Considerando essa realidade, o **objetivo geral** desse estudo é construir um plano de ações educativas junto às mulheres para a prevenção e o controle do câncer do colo uterino, na comunidade Lagoa do Portinho, Parnaíba, Piauí, tendo como suporte a pesquisa participativa baseada na comunidade.

Nesse sentido, estamos convidando a senhora/você para participar desse estudo, que será formado um grupo de mulheres, que irão se encontrar, semanalmente, na capela da comunidade Lagoa do Portinho, com intuito de desenvolver ações educativas na prevenção do câncer do colo uterino. A senhora/você poderá participar ativamente de todos os encontros, desde o planejamento, organização, escolha e discussão dos temas em saúde, até a avaliação dos encontros. Para registrar os acontecimentos e as informações do estudo, temos a intenção de utilizar um gravador portátil, filmadora e máquina fotográfica, esses equipamentos serão efetivamente utilizados após a sua autorização. Depois as falas serão transcritas e no último encontro confirmarei com a senhora/você o que escrevemos. As fotos do que foi vivenciado no grupo, possivelmente, serão divulgadas junto ao texto. No final de todos os encontros, realizaremos entrevistas sobre o que você achou dos encontros do grupo de mulheres.

Gostaria de deixar claro à senhora/você, que essas informações serão utilizadas em nossa pesquisa, mas seu nome, não será em nenhum momento divulgado; utilizaremos nomes fictícios escolhidos pela senhora/você para identificá-la. Os dados obtidos serão utilizados na realização do nosso trabalho e nada que puder lhe identificar será utilizado. Também lhe asseguro que a qualquer momento, caso deseje, a senhora/você poderá ter acesso aos vídeos e às informações obtidas. A senhora/você não receberá pagamento para participar do estudo, porém, tem a liberdade de retirar sua autorização ou consentimento durante o andamento da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo. O benefício potencial dessa sua participação é a sua interação com outras mulheres, com as Agentes Comunitárias de Saúde e com a enfermeira pesquisadora para que conhecimentos sejam adquiridos ou transformados na prevenção do câncer do colo do útero.

Gostaria muito de poder contar com sua valiosa participação, que desde já agradeço. Se aceitar participar do estudo, peço que assine esse termo de consentimento em duas vias. Uma ficará com a pesquisadora e a outra com você.

O pesquisador responsável por este projeto é Gracyanne Maria Oliveira Machado, cujo telefone de contato é: (86) 94246663 e endereço: Br 402 n° 4600 Rodoviário, Parnaíba -

PI. Qualquer dúvida em relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê de Ética e Pesquisa que é localizado na Avenida Comandante Mauricélio Rocha Ponte, 150 - Derby, CEP: 62.041-040 - Sobral-CE. Fone/Fax (88)3677-4255.

Se precisar entrar em contato comigo ou com minha orientadora, segue os contatos:

Aluna: Gracyanne Maria Oliveira Machado

Cel: (86)94246663; (86)99800081;

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Eliany Nazaré de Oliveira

Cel: (88)99592122

Atenciosamente,

---

Gracyanne Maria Oliveira Machado

Pesquisadora, enfermeira e aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da UVA.

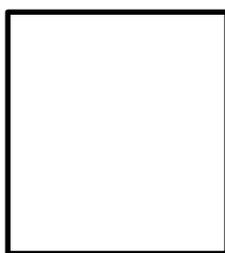
### **CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informada e esclarecida sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Parnaíba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

---

Assinatura da participante



Polegar direito da participante

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO (TCLE)  
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE- ACS**

Cara Agente Comunitária de Saúde,

Sou Enfermeira e estudante do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Vale do Acaraú-UVA e estou desenvolvendo uma pesquisa/intervenção cujo título é: **AÇÕES EDUCATIVAS NO ENFRENTAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: PESQUISA PARTICIPANTE NA COMUNIDADE.** O câncer uterino é considerado um problema de saúde pública devido suas altas taxas de morte e adoecimento em nosso país. Considerando essa realidade, o **objetivo geral** desse estudo é construir um plano de ações educativas junto às mulheres para a prevenção e o controle do câncer do colo uterino, na comunidade Lagoa do Portinho, Parnaíba, Piauí, tendo como suporte a pesquisa participativa baseada na comunidade.

Nesse sentido, iremos formar um grupo de mulheres que irão encontrar-se, semanalmente, na capela da comunidade Lagoa do Portinho com intuito de desenvolver ações educativas na prevenção do câncer do colo uterino. Desse modo, convidamos você para participar ativamente de todos os encontros, contribuindo na discussão com as mulheres e especialmente, na organização e coordenação desse grupo. Todas as discussões durante os encontros serão registradas com sua autorização, através de uma filmadora e de uma câmera fotográfica para não perder nada importante. No final da realização do grupo, realizaremos entrevista sobre o que você achou dos encontros do grupo de mulheres.

Gostaria de deixar claro à senhora/você, que essas informações serão utilizadas em nossa pesquisa, mas seu nome, não será em nenhum momento divulgado; utilizaremos nomes fictícios escolhidos pela senhora/você para identificá-la. Os dados obtidos serão utilizados na realização do nosso trabalho e nada que puder lhe identificar será utilizado. Também lhe asseguro que a qualquer momento, caso desejar, você poderá ter acesso aos vídeos e às informações obtidas. Você não receberá pagamento para participar do estudo, porém, tem a liberdade de retirar sua autorização ou consentimento durante o andamento da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo. O benefício potencial da sua participação é que você poderá adquirir novos conhecimentos sobre saúde e sobre desenvolvimento de atividades de educação em saúde; com isso, aprimorar seu trabalho como ACS.

Gostaria muito de poder contar com sua valiosa participação, que desde já agradeço. Se aceitar participar do estudo, peço que assine esse termo de consentimento em duas vias. Uma ficará com a pesquisadora e a outra ficará com você.

O pesquisador responsável por este projeto é Gracyanne Maria Oliveira Machado, cujo telefone de contato é: (86) 94246663 e endereço: Br 402 n° 4600 Rodoviário, Parnaíba - PI. Qualquer dúvida em relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o

Comitê de Ética e Pesquisa que é localizado na Avenida Comandante Mauricélio Rocha Ponte, 150 - Derby, CEP: 62.041-040 - Sobral-CE. Fone/Fax (88)3677-4255.

Se precisar entrar em contato comigo ou com minha orientadora, segue os contatos:

Aluna: Gracyanne Maria Oliveira Machado.

Cel: (86)94246663; (86)99800081;

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Eliany Nazaré Oliveira

Cel: (88)99592122

Atenciosamente,

---

Gracyanne Maria Oliveira Machado

Pesquisadora, enfermeira e aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da UVA.

### **CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informada e esclarecida sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Parnaíba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

---

Assinatura da participante

## **APÊNDICE D - ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

O que observar?

- 1- Comunicação verbal e não verbal das mulheres durante as ações educativas.
- 2- Características físicas e emocionais apresentadas pelas mulheres.
- 3-Atitudes e posturas das mulheres diante da realização dos encontros.
- 4-Atitudes e posturas das mulheres diante das orientações realizadas pela pesquisadora.
- 5-As dúvidas, as percepções, os medos, as ansiedades demonstradas pelas mulheres verbais e não verbais durante os encontros.

## APÊNDICE E- ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

### ETAPA 01 – Dados de caracterização sociodemográfica

1- Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade em anos: \_\_\_\_

2 - Situação Conjugal:(\_\_\_\_)

- (1) Solteira
- (2) Casada
- (3) Separada
- (4) Viúva
- (5) União Estável

3 - Escolaridade:(\_\_\_\_)

- (1) Analfabeta
- (2) Ensino Fundamental
- (3) Ensino Médio
- (4) Ensino Superior
- (5) Pós - graduação

4 - Renda Familiar:(\_\_\_\_)

- (1) < 1 salário mínimo
- (2) 1 salário mínimo
- (3) > 1 salário mínimo

5 - É mãe?: \_\_\_\_\_

Número de filhos \_\_\_\_\_

6 - Raça:(\_\_\_\_)

- (1) Branca
- (2) Negra
- (3) Parda

7 - Situação de trabalho:(\_\_\_\_)

- (1) Empregada
- (2) Desempregada
- (3) Em licença saúde
- (4) Aposentada
- (5) Dona do lar

8 - Religião:(\_\_\_\_)

- (1) Católica
- (2) Evangélica
- (3) Espírita
- (4) Ortodoxa
- (5) Judaica
- (6) Budista

(7) Sem religião/Ateu

9 - Atividades de Lazer:(\_\_\_\_)

- (1) TV
- (2) Leitura
- (3) Música
- (4) Computador
- (5) Cinema/Teatro
- (6) Dança/Festa
- (7) Passeio/Viagens
- (8) Esportes
- (9) Reunião com amigos
- (10) Trabalhos Manuais
- (11) Serviços voluntários
- (12) Encontro familiar
- (13)Outros \_\_\_\_\_

10 - Consumo de cigarros: (\_\_\_\_)

- (1) Nunca fumou
- (2) Ex-fumante
- (3) Fumante

11 - Consumo de bebidas alcoólicas:(\_\_\_\_)

- (1) Nunca ingeriu
- (2) Ex-etilismo
- (3) Etilismo

12 - Consumo de drogas ilícitas: (\_\_\_\_)

- (1) Nunca consumiu
- (2) Ex-usuária
- (3) Usuária

## **ETAPA 02 – Conhecimento sobre câncer do colo uterino**

1- O que a senhora/você sabe sobre câncer do colo do útero?

2- A senhora/você conhece medidas que podem evitar o câncer uterino? Quais?

3-Quais medidas a senhora/você realiza para evitar o câncer uterino?

4- A senhora/você conhece alguns hábitos que aumentam as chances de aparecimento do câncer do colo do útero? Se sim, cite quais.

5-A senhora/você sabe identificar algum sintoma de alerta que possa sugerir câncer do colo do útero?

6- O câncer uterino tem tratamento? Ele pode ser curado?

## APÊNDICE F - ROTEIRO DOS SABERES FEMININOS

Nome: \_\_\_\_\_

Encontro nº: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Tema do Encontro:

1- O que eu sabia antes do encontro sobre a temática?

---

---

---

---

2- O que eu aprendi nesse encontro?

---

---

---

---

3- Minha sugestão de temática para o próximo encontro é:

---

---

4- Como você gostaria que fosse o próximo encontro?

---

---

---

## **APÊNDICE G - ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DOS ENCONTROS - MULHERES**

- 1- Como a senhora/você se sentiu participando desses encontros?
- 2- O que a senhora/você aprendeu durante esses encontros?
- 3- Quais hábitos a senhora/você modificou em sua vida com a participação desses encontros?
- 4- O que a senhora/você destacaria de mais importante durante a realização desses encontros?
- 5-Quais sugestões a senhora/você daria para os próximos encontros de grupo a serem realizados na ESF?

## **APÊNDICE H - ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DO GRUPO - ACS**

- 1- Qual a sua opinião em relação à realização desse grupo de educação em saúde?
- 2- Quais as facilidades e dificuldades que você aponta na realização deste grupo?
- 3- Quais mudanças de hábitos você observou nas mulheres na comunidade na participação desses encontros?
- 4- O que você aprendeu durante esses encontros? Esse aprendizado vai interferir na sua vida profissional ou pessoal?
- 5- Quais sugestões você daria para os próximos grupos a serem desenvolvidos na ESF?
- 6- Como você se sentiu participando ativamente desse grupo com os demais participantes?

**APÊNDICE I - AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM, SOM DE VOZ E NOME EM VÍDEO ARTESANAL “MULHERES QUE SE CUIDAM NA LUTA CONTRA O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO”**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado e identificado, autorizo o uso de minha imagem, som da minha voz, nome e todos os direitos autorais, além de todo e qualquer material, entre fotos, documentos, para compor o vídeo artesanal “Mulheres que se cuidam na luta contra o Câncer do Colo do Útero”, o qual será exibido para a comunidade Lagoa do Portinho, Parnaíba - PI, e distribuído cópias em DVD para todos os serviços de saúde onde serão reproduzidos na sala de espera das coletas do exame de Papanicolaou, destinado à divulgação de informações relevantes quanto à prevenção do câncer do colo do útero.

A presente autorização abrange os usos acima indicados tanto em mídia impressa (livros, catálogos, revista, jornal, entre outros), como também em mídia eletrônica (programas de rádio, *podcasts*, vídeos para televisão aberta e/ou fechada, documentários para cinema e/ou televisão, entre outros), Internet (*hotsite*, redes sociais, banco de dados informatizado em multimídia e *home vídeo*), DVD, suportes de computação gráfica em geral e/ou divulgação científica de pesquisas e relatórios para arquivamento, sem qualquer ônus ao pesquisador ou terceiros, que poderão utilizá-los em todo e qualquer projeto e/ou de natureza sociocultural.

Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos a minha imagem ou de voz, ou a qualquer outro, e assim a presente autorização.

Parnaíba \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Assinatura da participante

## APÊNDICE J – ROTEIRO DO VÍDEO ARTESANAL

**Título:** Mulheres que se cuidam, na prevenção e combate do câncer do colo do útero.

### 1) **Você já ouviu falar no câncer do colo do útero? E você sabe o que é essa doença?**

O câncer do colo do útero é um tumor que se desenvolve quando as células do útero crescem anormais, ou seja, doentes. Quando essas células doentes são descobertas no início fica mais fácil vencer essa doença, ficar curada.

### 2) **Você sabe como é a situação do câncer do colo do útero em nosso país?**

O câncer do colo do útero é um problema muito sério, pois ele causa muitas mortes entre as mulheres. Ele é o segundo câncer mais comum entre as mulheres, perdendo apenas para o câncer de mama.

Em nosso país, no ano passado tiveram mais de 17 mil mulheres com esse câncer, e no Piauí foram 350 mulheres com essa doença.

### 3) **O que a mulher pode sentir quando têm esse câncer?**

As mulheres que tem o câncer uterino, no início não sentem nada, esse é o maior problema você pode estar doente e não saber, por isso é importante fazer o exame de prevenção.

Mas algumas mulheres podem ter: corrimento com mau cheiro, dor no pé da barriga, menstruação fora do tempo, sentir dor na relação sexual, sangramento depois da relação sexual.

### 4) **E o que pode levar a mulher a ter câncer do colo do útero?**

**Ah não fique com medo de falar o nome não, pois não pega, isso é besteira.**

A principal causa do câncer do colo do útero é um VÍRUS, chamado HPV – Papiloma vírus humano, ele é passado pela relação sexual, por isso é muito importante usar a camisinha em todas as relações sexuais.

Mas também tem outros fatores associados como a mulher que começa a ter relação sexual cedo, ter muitos parceiros, as mulheres que fumam e que bebem, além daquelas que usam o anticoncepcional oral e não usam a camisinha.

### 5) **Como evitar o câncer do colo do útero?**

Primeiro para evitar o câncer a mulher deve usar o preservativo para evitar a contaminação com o HPV, ela deve comer frutas e verduras, ir ao médico sempre, mesmo que não esteja sentindo nada, não fumar, não beber, ter um parceiro sexual fixo.

E não pode esquecer de fazer todos os anos o exame de prevenção, também conhecido como o Papanicolaou, por que esse exame ajuda a descobrir cedo a doença.

### 6) **Quem é que tem mais chances de ter o câncer uterino?**

As pessoas que tem mais chances de ter o câncer do colo do útero, são as que transam com várias pessoas sem camisinha, sem proteção.

Nas relações sexuais homem com homem, mulher com mulher, sem camisinha.

Aquelas jovens que transam com homens mais velhos sem camisinha.

As mulheres que fumam, que bebem, que não fazem atividade física.

Também pode ter o câncer aquelas mulheres que usam o anticoncepcional oral e não usam a camisinha.

#### **7) O câncer do colo do útero tem cura?**

O câncer do colo do útero tem 100% (cem por cento) de cura se descobri cedo e também tem várias maneiras de curar ele.

#### **8) Qual é o tratamento para o câncer do colo do útero?**

O câncer tem tratamento se descoberto cedo, por isso é importante fazer prevenção. Esse tratamento podem ser de 3 tipos:

Cirurgia – retirada de uma parte ou do útero completo.

Radioterapia

Quimioterapia

**TODAS JUNTAS:** Mulher cuide-se. O câncer do colo do útero mata, mas você pode vencer.  
Vá ao posto de saúde, faça sua prevenção e use camisinha.

**ANEXOS**

**ANEXO A- TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA  
PESQUISA/INTERVENÇÃO PARA PREFEITURA MUNICIPAL DE  
PARNAÍBA - PI**



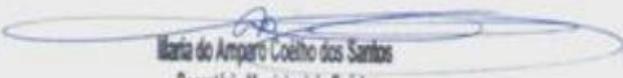
**ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAÍBA  
SECRETARIA DA SAÚDE**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA/INTERVENÇÃO**

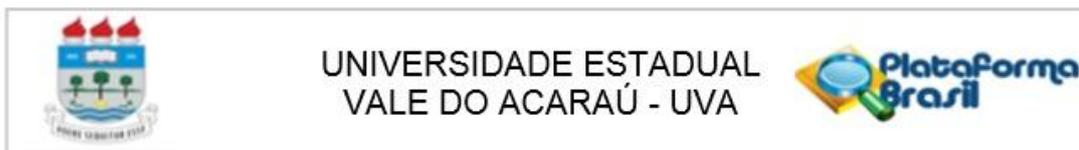
Pelo presente instrumento de autorização, em resposta a solicitação de autorização de pesquisa/ intervenção, recepcionada por esta secretaria nesta data, no que tange a pesquisa intitulada **AÇÕES EDUCATIVAS NO ENFRENTAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: PESQUISA PARTICIPANTE NA COMUNIDADE**, de autoria da mestranda **GRACYANE MARIA OLIVEIRA MACHADO**, manifesto-me, **DEFIRINDO** o pleito, desde que sejam preservadas a identidade de todos os cidadãos envolvidos na pesquisa, sem prejuízo da observância de todos os preceitos legais que digam respeito à pesquisa mencionada.

Assim, solicito, ao final da pesquisa, seja encaminhada para a Atenção Básica ligada a esta secretaria, cópias da pesquisa.

Parnaíba, 12 de junho de 2013

  
Maria do Amparo Coelho dos Santos  
Secretária Municipal da Saúde

## ANEXO B– PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AÇÕES EDUCATIVAS NO ENFRENTAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: PESQUISA PARTICIPANTE NA COMUNIDADE

**Pesquisador:** Gracyanne Maria Oliveira Machado

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 19422213.0.0000.5053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 456.815

**Data da Relatoria:** 06/11/2013

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de mestrado profissional em saúde da família, classificado como projeto de intervenção na área da Educação na Saúde a ser realizado junto a mulheres para a prevenção e o controle do câncer de colo uterino, na comunidade da Lagoa do Portinho, Parnaíba, Piauí.

#### Objetivo da Pesquisa:

Construir um plano de ações educativas junto a mulheres para a prevenção e o controle do câncer de colo uterino, na comunidade da Lagoa do Portinho, Parnaíba, Piauí, tendo como suporte a Pesquisa Participativa baseada na Comunidade.

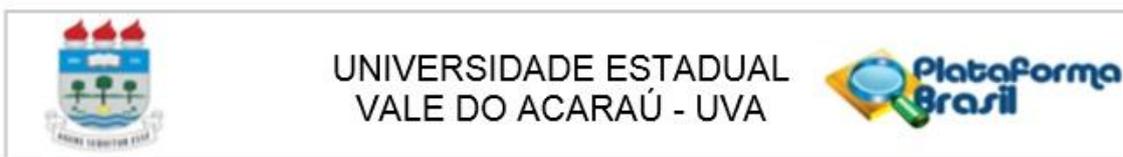
#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Envolve riscos mínimos. Quanto aos benefícios, vislumbra-se principalmente a aquisição de conhecimentos para a prevenção do câncer de colo de útero. O Sistema Único de Saúde será beneficiado com a produção do conhecimento e a otimização das ações nesta área de intervenção.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de valor científico para a área de Saúde da Mulher e para o SUS. Projeto de pesquisa bem delineado.

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150  
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040  
 UF: CE Município: SOBRAL  
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva\_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 456.815

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

Apresenta todos os termos obrigatórios e atende aos critérios éticos estabelecidos para pesquisa com seres humanos.

**Recomendações:**

Apresentar relatório final através da aba notificações desta Plataforma ao término do estudo deve ser compromisso assumido.

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

Sem pendências

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Após apresentação de discussão do projeto no colegiado deliberou-se pela aprovação do mesmo

SOBRAL, 13 de Novembro de 2013

---

**Assinador por:**  
**Maristela Ines Osawa Chagas**  
 (Coordenador)

**Endereço:** Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva\_comitedeetica@hotmail.com

## ANEXO C - DINÂMICA DE APRESENTAÇÃO

Apresentação através de desenhos: Eu sou que desenho ser.

### **Material**

Uma folha para desenho e um lápis colorido ou caneta hidrocor para cada participante.

### **Desenvolvimento**

- 1- Distribuídos os materiais da dinâmica, o animador explica o exercício: Cada qual terá que responder, através de desenhos, à seguinte pergunta: Quem sou eu? (Dispõem de 15 minutos para preparar a resposta)
- 2- Os participantes desenharam sua resposta
- 3- A apresentação dos desenhos é feita em plenário ou nas respectivas equipes. O grupo procura interpretar as respostas. Feita essa interpretação, os interessados, por sua vez, comentam a própria resposta.

Fonte: <http://dinamicasparagrupos.blogspot.com.br/2009/08/dinamicas-de-apresentacao.html>. Acesso em 13 de janeiro de 2013.

## ANEXO D – JOGO DO REPOLHO

**Objetivo:** Forma bem criativa para mensurar o nível de conhecimento das pessoas, em relação a determinado assunto ou tema.

**Material:** Elaborar previamente, questionamentos (perguntas, afirmativas, para as pessoas concordarem ou discordarem, etc.) em folhas de papel – um em cada folha. Enrolar cada folha, uma pós outra, de modo que todas fiquem como que envolvendo uma a outra, formando uma bola, assemelhada a um “repolho”.

**Processo:** Formar um círculo, e começar a passar o “repolho”. Colocar uma música bem ritmada e ficar de costas para o grupo. Parando a música, quem estiver com o “repolho” na mão deverá retirar a primeira folha, ler o que está escrito e responder. Se não souber a resposta, passa para o próximo. E, assim sucessivamente, até que a última folha seja respondida.

**Variação desta dinâmica:** Pode-se dividir em dois grupos e ao invés de passar para o vizinho, passa-se para o grupo oponente.

Fonte: <http://casadocaminhoger.wordpress.com/2011/02/15/dinamica-o-repolho/>

Acesso: 27 de abril de 2013