

# CAPACITAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE VISANDO REORGANIZAÇÃO DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Training of Community Health Agent seeking reorganization of the uterine cervical cancer screening

Tatyana Xavier Almeida Matteucci Ferreira<sup>1</sup>, Suelene Brito do Nascimento Tavares<sup>2</sup>, Iraci Rodrigues de Rezende<sup>3</sup>, Edna Joana Cláudio Manrique<sup>4</sup>, Janaína Valadares Guimarães<sup>5</sup>, Luíz Carlos Zeferino<sup>6</sup>, Rita Goreti Amaral<sup>7</sup>

## RESUMO

O componente mais importante da atenção primária para prevenção do câncer do colo do útero é a alta cobertura da população alvo. Nosso cenário, no entanto, é de excessos de controles num percentual pequeno das mulheres-alvo. Nas regiões onde a Estratégia Saúde da Família foi implantada, há um cenário favorável à reorganização do rastreamento do câncer do colo do útero. O objetivo deste estudo foi avaliar a aquisição de conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde após capacitação acerca da prevenção do câncer do colo do útero. Após a capacitação, houve melhora significativa do conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a finalidade do exame citopatológico, condições ideais para realização, agente causador e fatores de risco para o câncer do colo do útero e sobre os resultados dos exames citopatológicos ( $p < 0,05$ ). Não houve melhora do conhecimento sobre a população alvo e a periodicidade correta de realização do exame citopatológico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Neoplasias do Colo do Útero; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Programas de Rastreamento.

## INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é a segunda neoplasia mais comum entre as mulheres brasileiras, perdendo somente para o câncer de mama.<sup>1</sup> A principal estratégia para prevenção ainda é a detecção precoce das lesões precursoras

## ABSTRACT

The most important component of primary prevention of uterine cervical cancer is the high coverage of target population, however, our scenario is in excess of controls in a small percentage of women target. In regions where the Family Health Strategy was implemented there is a favorable scenario for the reorganization of screening for uterine cervical cancer. The aim of this study was to evaluate the acquisition of knowledge of Community Health Workers after training on the prevention of uterine cervical cancer. After the training significantly improved the knowledge of Community Health Agents about the purpose of Pap smear testing, ideal conditions for realization, the causative agent and risk factors for uterine cervical cancer and the results of cervical screening ( $p < 0,05$ ). There was no improvement of knowledge about the target population and the frequency of correct implementation of the Pap test.

**KEY WORDS:** Uterine Cervical Neoplasms; Health Human Resource Training; Mass Screening

do câncer do colo do útero, de tal forma que o Ministério da Saúde (MS) recomenda que o exame citopatológico seja realizado prioritariamente em mulheres de 25 a 64 anos de idade, a cada três anos após dois exames anuais consecutivos negativos.<sup>2</sup> Apesar dos investimentos nas ações de prevenção desde a década de 70, não se observou redução

<sup>1</sup> Tatyana Xavier Almeida Matteucci Ferreira - Farmacêutica, Mestre em Ciências da Saúde, Faculdade de Farmácia-UFG. E-mail: tatymatteucci@gmail.com

<sup>2</sup> Suelene Brito do Nascimento Tavares - Biomédica, Doutora em Ciências da Saúde, Faculdade de Farmácia UFG

<sup>3</sup> Iraci Rodrigues de Rezende - Médica, Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia

<sup>4</sup> Edna Joana Cláudio Manrique - Biomédica, Doutora em Ciências da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás e Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

<sup>5</sup> Janaína Valadares Guimarães - Enfermeira, Doutora em Patologia, Faculdade de Enfermagem UFG

<sup>6</sup> Luíz Carlos Zeferino - Médico, Doutor em Tocoginecologia, Universidade Estadual de Campinas

<sup>7</sup> Rita Goreti Amaral - Farmacêutica, Doutora em Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas

Financiamento: Ministério da Educação e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás

na taxa de mortalidade global por câncer do colo do útero no Brasil.<sup>3-5</sup>

De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), os percentuais de exames citopatológicos realizados em mulheres de 25 a 59 anos, que é uma estimativa de cobertura da população definida como alvo, foram 18% e 17% para os anos 2007 e 2008, respectivamente.<sup>6</sup> No município de Campinas, em 2003, 63,4% dos exames citopatológicos foram realizados em excesso, pois foram realizados contrariando as recomendações vigentes do MS.<sup>7</sup> Portanto o nosso cenário é de excessos de controles num percentual pequeno das mulheres-alvo, enquanto que a maioria permanece desassistida.

Alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária para a prevenção do câncer do colo do útero. Países com cobertura superior a 50% do exame citopatológico apresentam taxas inferiores a três mortes por 100.000 mulheres por ano e, para aqueles com cobertura superior a 70%, essa taxa é igual ou menor que duas mortes por 100.000 mulheres por ano.<sup>8</sup>

Os países têm conseguido atingir alta cobertura porque possuem registro do universo das mulheres-alvo e dos históricos dos controles, de tal forma que essas possam ser convocadas, de acordo com a periodicidade recomendada.<sup>8,9</sup> É fato que o Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCO-LO) do Sistema Único de Saúde (SUS) registra os exames citopatológicos realizados, mas não permite identificar as mulheres que não estão fazendo ou estão em atraso com os controles.<sup>3,10,11</sup> Sendo assim, é apropriado que outras estratégias de busca ativa destas mulheres sejam avaliadas.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é organizativa da Atenção Básica à Saúde SUS.<sup>12-14</sup> Nas regiões onde a ESF foi implantada, existe um cenário favorável à reorganização do rastreamento do câncer do colo do útero. O cadastramento das famílias, a identificação das mulheres sob risco e a possibilidade de referi-las para o exame de rastreamento são ferramentas para o controle.<sup>11,15,16</sup> Na ESF, o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) constitui uma importante tática de aprimoramento e de consolidação da estratégia. O sucesso da ESF depende do vínculo entre os profissionais da saúde e a população, e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) desponta como o elo que possibilita a confiança e o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade assistida.<sup>17</sup>

Os ACS têm como atribuições identificar, orientar, encaminhar e acompanhar os pacientes, mas, muitas vezes, não são supridos com os treinamentos necessários a estes profissionais.<sup>16,18,19</sup> Segundo Tomaz<sup>20</sup>, o processo de

qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as competências necessárias para o desempenho adequado de seu papel. Apesar deste papel diferenciado dos ACS, não há evidências de que houve qualificação significativa das ações da prevenção do câncer do colo do útero nos municípios em fase avançada de implantação da ESF.<sup>11,16</sup>

Nesse contexto e compreendendo que o ACS pode ser um ator importante nas ações preventivas no âmbito da ESF, este estudo teve como objetivo avaliar a aquisição de conhecimento do ACS, após um ciclo de capacitação acerca do câncer do colo do útero e sua prevenção. Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para qualificar as ações para a prevenção do câncer do colo do útero no âmbito da atenção primária, cujo objetivo é atingir a mulher de risco que não está sendo controlada, como também evitar controles excessivos, muito acima do preconizado pelas normas vigentes.

## METODOLOGIA

Este foi um estudo de intervenção<sup>21</sup>, com abordagem quantitativa dos dados<sup>22</sup>, que se desenvolveu no Distrito Sanitário Leste por esse ser campo de estágio dos cursos da área da saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG).

Em 2009, o Distrito Sanitário Leste possuía 90 ACS que atuavam nas unidades de atenção básica da saúde da família. Destes 90 ACS, 21 foram convidados a participar, mas não compareceram à capacitação, pois estavam afastados do trabalho ou de férias no momento do início deste estudo. Entre os 69 que atenderam ao convite, dois foram excluídos por não assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e um por preenchimento incompleto do instrumento de coleta de dados, totalizando uma amostra de 66 ACS.

### Planejamento da capacitação dos ACS

O planejamento da capacitação foi realizado por pesquisadores deste estudo e por médicos e enfermeiros da Coordenação de Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-GO (SMS-GO).

O conteúdo da capacitação foi definido com participação dos pesquisadores, tendo como base as atribuições dos ACS e as recomendações do MS para o rastreamento do câncer do colo do útero. Os ACS foram distribuídos em três turmas, a capacitação teve quatro horas de duração e foi realizada em julho de 2009.

A metodologia utilizada na capacitação foi fundamentada na aprendizagem significativa e educação dialógica. Na aprendizagem significativa, educador e estudante têm papéis diferentes dos tradicionais. O professor não é a fonte principal da informação (conteúdos), mas o facilitador do processo ensino-aprendizagem, que deve estimular o aprendiz a ter postura ativa, crítica e reflexiva durante o processo de construção do conhecimento. O objetivo da educação dialógica não é o de informar para saúde, mas de transformar saberes existentes, sendo assim, o tema foi abordado a partir do conhecimento dos próprios ACS. A prática educativa, nessa perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde.<sup>23-25</sup>

### Capacitação e avaliação

O instrumento de avaliação continha perguntas abertas e fechadas<sup>26</sup> e era composto por dois blocos: caracterização do perfil dos ACS e conhecimento sobre a prevenção do câncer do colo do útero. Esse instrumento foi aplicado antes e após a capacitação, seguindo um roteiro pré-estabelecido. Atuaram como facilitadores os componentes da mesma equipe que planejou a capacitação.

A capacitação teve a seguinte programação:

- Aplicação do instrumento de avaliação: as perguntas foram lidas pelos facilitadores e, na sequência, os ACS as respondiam;
- Apresentação sumária sobre a epidemiologia e a importância da prevenção do câncer do colo do útero;
- Divisão dos ACS em 10 grupos compostos por pelo menos dois ACS, sendo que cada grupo recebeu uma pergunta e teve 15 minutos para respondê-la. As perguntas foram:

- 1 - O que é o câncer do colo do útero?
- 2 - Quais os fatores de risco para o câncer do colo do útero?
- 3 - Como prevenir o câncer do colo do útero?
- 4 - O que é o exame de prevenção do câncer do colo do útero? Ele é doloroso?
- 5 - Quem deve fazer o exame de prevenção do câncer do colo do útero?
- 6 - De quanto em quanto tempo a mulher deve fazer o exame de prevenção do câncer do colo do útero?

- 7 - Que cuidados a mulher deve ter para fazer o exame de prevenção do câncer do colo do útero?
- 8 - O que fazer quando o resultado do exame de prevenção do câncer do colo do útero for alterado?
- 9 - O que é um resultado alterado do exame de prevenção do câncer do colo do útero?
- 10 - Quais os sinais de alerta para o câncer do colo do útero?

- Reagrupamento dos ACS para responder e discutir as questões do instrumento de avaliação sob a supervisão dos facilitadores;
- Distribuição da apostila com o conteúdo programado para a capacitação, que foi lida em voz alta. As informações contidas seguiam a mesma ordem das questões da dinâmica da capacitação;
- Reaplicação do instrumento de avaliação para avaliar o conhecimento sobre a prevenção do câncer do colo do útero.

### Análise dos dados

A análise estatística foi realizada pela frequência absoluta e relativa. A variação do conhecimento dos ACS sobre a prevenção do câncer do colo do útero antes e após a capacitação foi analisado pelo Teste de McNemar (amostras pareadas), adotando uma margem de erro de 5%<sup>27</sup>, utilizando-se o programa Sigma stat 2.0.

### Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UFG (nº protocolo 101/2009), e cumpriu com os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque III<sup>28</sup> e na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.<sup>29</sup>

### RESULTADOS

A maioria dos ACS tinha idade de 35 anos ou mais, era do sexo feminino, não tinha formação prévia como profissional de saúde, atuava como ACS há um ano ou mais, já havia participado de capacitações, porém aproximadamente a metade teve conteúdo relacionado ao rastreamento do câncer do colo do útero (Tabela 1).

A avaliação antes da capacitação revelou que os ACS não tinham noção da gravidade dos diagnósticos citopatológicos e que apenas um terço tinha conhecimento sobre a finalidade do exame citopatológico e de que o HPV é considerado o agente causador do câncer do colo do útero. Com relação

às normas vigentes, 59,1% tinham conhecimento sobre as condições ideais para realização do exame citopatológico, 69,7% sabiam quais mulheres deveriam realizá-lo e 83,3% sabiam qual a periodicidade correta (Tabela 2).

**Tabela 1** - Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde

	n	Frequência (%)
Idade		
34 ou menos	23	34,8
35 ou mais	43	65,2
Sexo		
Feminino	62	93,9
Masculino	04	6,1
Formação prévia como profissionais de saúde		
Sim	23	34,8
Não	43	65,2
Tempo de atividade como ACS em anos		
4 ou menos	35	53,0
5 ou mais	31	47,0
Participou de algum curso de formação para ACS		
Sim	59	89,4
Não	07	10,6
Total	66	100,0
O curso teve conteúdo sobre câncer do colo do útero		
Não	25	42,4
Câncer do colo do útero	18	30,5
Saúde da mulher	08	13,5

Após a capacitação, 22,7% dos ACS tinham noção da gravidade dos diagnósticos citopatológicos e cerca de 60% passaram a ter conhecimento sobre a finalidade do exame citopatológico e de que o HPV é considerado o agente causador do câncer do colo do útero, sendo que todas estas variações foram estatisticamente significantes. Com relação às normas vigentes, houve melhora significativa sobre o conhecimento das condições ideais para realização do exame citopatológico. Não houve melhora do conhecimento sobre a população que deve realizar o exame citopatológico e a periodicidade correta de realização (Tabela 2).

**Tabela 2** - Conhecimentos dos Agentes Comunitários de Saúde acerca do câncer do colo do útero e sua prevenção antes e após a capacitação

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

\*Teste de McNemar

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que a capacitação dos ACS para atuarem no rastreamento do câncer do colo do útero representa um desafio importante a ser superado. Pode-se admitir que o sucesso do rastreamento depende do vínculo entre os profissionais da saúde e a população, e o ACS desponta como o elo que possibilita a confiança e o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade assistida.<sup>17</sup> Informações sobre finalidade do exame e a identificação das mulheres-alvo que estão em falta com o rastreamento seria tarefa prioritariamente executada pelos ACS na relação direta com sua clientela adscrita. Ainda que não seja tarefa dos ACS a coleta de material para o exame citopatológico, deve ser considerada como uma de suas atividades informar as mulheres sobre as condições ideais para realização desse exame.

A capacitação dos ACS melhorou o conhecimento em vários itens avaliados, todavia há fatos importantes que precisam ser considerados. Seria desejável que, a partir da capacitação realizada, a totalidade dos ACS adquirisse conhecimento para o adequado cumprimento de seu papel no rastreamento citopatológico desse câncer, mas essa meta não foi atingida, ainda que em vários tópicos houvesse melhora estatisticamente significativa. Entender melhor a finalidade do exame citopatológico permitiria transmitir com maior eficiência essa informação, importante para a adoção de uma prática mais apropriada pelas mulheres de risco.<sup>30</sup> Todavia a capacitação não supriu a deficiência de conhecimento dos ACS em relação à finalidade do exame citopatológico e à população que deve realizá-lo, o que poderia ser devido a conceitos formados no cotidiano de trabalho. Muitos ACS atribuem ao exame citopatológico a finalidade de diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis e corrimentos vaginais, como também muitas mulheres fazem este exame quando possuem queixas ginecológicas.<sup>31,32</sup>

Com relação às condições ideais para a mulher realizar do exame citopatológico, a capacitação agregou conhecimento, mas não atingiu a totalidade dos ACS. Saber passar essas orientações às mulheres é extremamente importante para que se obtenha uma amostra com qualidade e, assim, diminuir as taxas de falso-negativos.<sup>33</sup>

Ainda que não seja papel dos ACS orientar os procedimentos adicionais para uma mulher com exame citopatológico alterado, compreender o significado clínico dos diagnósticos citopatológicos também fortaleceria e qualificaria o contato com as mulheres. À medida que esclarecimentos possam estar disponíveis, a adesão ao seguimento e tratamento das lesões precursoras seria maior.<sup>34</sup>

O rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é oportunístico e, conseqüentemente, a cobertura é baixa, mulheres muito jovens realizam exame citopatológico e a periodicidade predominante dos controles é anual.<sup>2,7,35</sup> Em vários países desenvolvidos, estas deficiências vêm sendo atenuadas com a introdução de cartas-convite para as mulheres alvo de acordo com a periodicidade recomendada pelas normas.<sup>36</sup>

Como no Brasil, até o momento, não se dispõe de um sistema de informação populacional para o sistema de saúde, este estudo representa uma etapa de um projeto que visa testar se os ACS podem desempenhar o papel que as cartas-convite têm para os países desenvolvidos. Para que o ACS desempenhe este papel, é fundamental bom conhecimento sobre qual é a população que deve realizar o exame citopatológico e com qual periodicidade, todavia a capacitação realizada como intervenção por este estudo melhorou, mas permaneceram lacunas que podem ser consideradas importantes no conhecimento a ser adquirido pelos ACS.

É fato que a prática do rastreamento no Brasil - realizada por médicos, ginecologistas e enfermeiros - não segue as normas do MS e do SUS, pois a periodicidade mais adotada é anual e têm sido rastreadas mulheres jovens abaixo do limite inferior do grupo etário definido como risco.<sup>2,7,35,37</sup> Esse conflito entre a prática vigente e as normas do MS pode ser um fator de dificuldades para aperfeiçoar as ações do rastreamento, que neste estudo estaria representado pelo não ganho de conhecimento nestes dois itens, entre as avaliações pré e pós-capacitação.

As deficiências na formação dos ACS sobre as práticas de prevenção do câncer do colo do útero observadas neste estudo convergem com outros achados que evidenciaram a ineficiência dos treinamentos ofertados aos ACS em fornecer aporte de conhecimento suficiente para o bom desempenho de seu trabalho.<sup>19,38</sup> Para superar este desafio,

seria necessário um programa de educação continuada, pois a falta de continuidade das capacitações e a falta de aprofundamento dos temas foram reveladas também nas falas de ACS em estudos realizados em outros municípios brasileiros.<sup>17,19</sup>

A rigor, a capacitação para o rastreamento deveria integrar a grade de formação e capacitação dos ACS, para evitar um processo inadequado de qualificação, composto de diversos microtreinamentos, fragmentados, dados por diferentes programas, fora do contexto e sem uma seqüência lógica que é a realidade da formação de muitos ACS em nosso país.<sup>20</sup>

Não se constituiu objetivo do presente estudo a avaliação da metodologia da capacitação. No entanto vale relatar que o modelo proposto de capacitação mostrou-se de fácil execução, podendo ser realizado em diversos ambientes, como escolas, igrejas ou centros comunitários uma vez que necessita de infraestrutura simples, sem a necessidade de instrumentos didáticos como quadro-negro, computadores ou aparelhos de multimídia. A utilização de uma metodologia mais interativa, com um número menor de participantes, permitiu mais voz aos ACS, que não somente fizeram muitos questionamentos, mas também trouxeram à discussão suas vivências no trabalho. As metodologias ativas de ensino já se mostraram eficazes na capacitação de ACS.<sup>39,40</sup>

Segundo Tomaz<sup>20</sup>, quando se pretende discutir a formação de recursos humanos é fundamental termos clareza do perfil do profissional a ser capacitado e suas necessidades de formação. O perfil dos ACS encontrado neste estudo é semelhante ao observado em outros municípios brasileiros.<sup>41-43</sup>

O presente estudo se propôs a contribuir para a formação do ACS na prevenção do câncer do colo do útero, visando transformação do modelo de rastreamento por esse ser um profissional de grande importância no âmbito da ESF. No entanto não se deve esquecer que a ESF é caracterizada pelo trabalho em equipe. Tomaz<sup>20</sup> destaca que, nos escritos e nas falas sobre o papel do ACS, têm se colocado nas costas desse profissional o papel de consolidação da ESF e do SUS. Na realidade, isso depende de fatores técnicos, políticos, sociais e do envolvimento de diferentes profissionais, incluindo os próprios ACS que, sem dúvida, são fundamentais.

## CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo mostraram que, após a capacitação, houve melhora do conhecimento dos Agentes

Comunitários de Saúde sobre a finalidade do exame citopatológico, condições ideais para realização, agente causador e fatores de risco para o câncer do colo do útero e sobre os resultados dos exames citopatológicos. Não houve melhora do conhecimento sobre a população alvo e a periodicidade correta de realização do exame citopatológico.

A ESF pode contribuir para a organização do programa de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. Por meio da adscrição da clientela, é possível identificar as mulheres que não realizam exames regularmente e então incluí-las no rastreamento por meio da busca ativa pelos ACS. Essa ação pode contribuir de maneira significativa para o aumento da cobertura do exame citopatológico e, conseqüentemente, diminuir a morbimortalidade por câncer do colo do útero entre as mulheres de nossa população. Para que este objetivo seja atingido, é imprescindível a adequada formação do ACS para busca ativa e orientação adequada destas mulheres e o envolvimento de todos os profissionais da equipe de saúde da família.

## APOIO FINANCEIRO

Ministério da Educação (Edital nº 6 PROEXT 2009 MEC/SESu), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (Edital nº002/2010).

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007. 94p.
2. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 104p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: MS; 2006. 124p
4. Instituto Nacional do Câncer. Atlas de mortalidade por câncer. 1996-2007. [Citado 2011 jan. 22]. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>
5. Chubaci RYS, Merighi MAB. Exame para detecção precoce do câncer cérvico-uterino: vivência de mulheres das cidades de Kobe e Kawasaki, Japão e São Paulo, Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2005; 5(4):471-81.
6. Instituto Nacional do Câncer. Informativo detecção precoce nº1. Rio de Janeiro: INCA; 2010. [Citado 2011 ago. 16]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/inform.deteccao precoce.pdf>
7. Freitas RA, Carvasan GA, Morais SS, Zeferino LC. Excessive Pap smears due to opportunistic cervical cancer screening. Eur J Gynaecol Oncol. 2008;29(5):479-82.
8. Anttila A, Von Karsa L, Aasmaa A, *et al.* Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. Eur J Cancer. 2009; 45(15):2649-58.
9. Peto J, Gilham C, Fletcher O, Matthews FE. The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK. Lancet. 2004; 364(9430):249-56.
10. Instituto nacional do câncer. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas - Recomendações para profissionais de saúde. Rev Bras Cancerol. 2006; 52(3):213-36.
11. Vale DBAP, Morais SS, Pimenta AL, Zeferino, LCZ. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no município de Amparo, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2010; 26(2):383-90.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 60 p.
13. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 232p.
14. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 291p.
15. Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLT, *et al.* Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009; 25 (Supl.2):301-9.
16. Oliveira ISB, Panobianco MS, Pimentel AV, *et al.* Ações das equipes de saúde da família na prevenção e controle do câncer de colo de útero. Ciênc Cuid Saúde. 2010 Abr/Jun; 9(2):220-7.

17. Junges JR, Mazari CK, Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16 suppl.1:873-80.
18. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(1): 259-68.
19. Käfer M, Scheid SB. Importância da educação continuada para os agentes comunitários de saúde: relato de experiência. *Rev Educ*. 2007; 2(3):262-5.
20. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface Comun Saúde Educ*. 2002; 6(10):75-94.
21. Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia*. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2009. 685p.
22. Marconi MA; Lakatos EM. *Metodologia Científica*. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2007. 321p.
23. Alves VS. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, *Interface Comun Saúde Educ*. 2005; 9(16):39-52.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Reunião com os Pólos de Capacitação em Saúde da Família Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. 11p.
25. Chiesa AAM, Veríssimo MLÓR. A educação em saúde na prática do PSF. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem/ Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 250p.
26. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2002. 282p.
27. Siegel S, Castellan Jr. NJ. *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. 448p.
28. World Medical Association. Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Seul; 2008. [Citado 2010 nov. 09]. Disponível em: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
29. Brasil. Resolução nº 196/96 Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p. 50.
30. Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Knowledge, attitudes, and practices related to the Pap smear among women with cervical cancer. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(4): 909-14.
31. Pinho AA, Franca Júnior I, Schraiber LB, D’Oliveira AFPL. Cervical cancer screening in the Municipality of São Paulo: coverage and factors involved in submitting to the Pap test. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19 Suppl. 2:303-13.
32. Davim RMB, Torres GV, Silva RAR, Silva DAR. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolau. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(3):296-302.
33. Franco R, Amaral RG, Montemor EBL, *et al*. Fatores associados a resultados falso-negativos de exames citopatológicos do colo uterino. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28(8): 479-85.
34. Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2008. 628p.
35. Zeferino LC, Derchain SF. Cervical cancer in the developing world. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2006; 20(3): 339-54.
36. Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ*. 1999; 318:904-8.
37. Instituto Nacional do Câncer. Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo. Rio de Janeiro: INCA; 2010. 40p.

38. Nunes MO, TRAD LB, Almeida BA, *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(6):1639-46.

39. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 196 de 13 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 13 out.

40. Alvarenga KF, Bevilacqua MC, Martinez MANS, *et al.* Proposta para capacitação de agentes comunitários de saúde em saúde auditiva. *Pró-Fono*. 2008 jul/set; 20(3):171-6.

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

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

43. Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, *et al.* Agente Comunitário de Saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16 (Suppl.1):1023-8.

---

Submissão : fevereiro/2012

Aprovação: maio/2012

---