

ESCOLA SUPERIOR DE TEOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA

KARINA DOS SANTOS FRANCO

ASSOCIAÇÕES DE MULHERES EM ENTIDADES RELIGIOSAS:
LOCAL FAVORÁVEL PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

São Leopoldo

2012

KARINA DOS SANTOS FRANCO

ASSOCIAÇÕES DE MULHERES EM ENTIDADES RELIGIOSAS:
LOCAL FAVORÁVEL PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Trabalho Final de Mestrado Profissional
para obtenção do grau de Mestre em
Teologia
Escola Superior de Teologia Programa de
Pós-Graduação
Linha de pesquisa: Ética e Gestão

Orientadora: Márcia Eliane Leindcker da Paixão

Segundo Avaliador: Adriana Dewer Presser

São Leopoldo

2012

KARINA DOS SANTOS FRANCO

ASSOCIAÇÕES DE MULHERES EM ENTIDADES RELIGIOSAS:
LOCAL FAVORÁVEL PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Trabalho Final de Mestrado Profissional
Para obtenção do grau de Mestre em
Teologia
Escola Superior de Teologia Programa de
Pós-Graduação
Linha de pesquisa: Ética e Gestão

Data: 29/06/2012

Márcia Eliane Leindcker da Paixão - Doutora em Educação - EST

Adriana Dewer Presses – Mestre - EST

*Ao embarcar no caminho da vida, olhei para o céu e
avistei anjos em forma de mulheres!
Tão lindas, plenas e felizes!
Esses anjos caminhavam por caminhos serenos, cheios
de luz e verdades!
Seus frutos eram paz, alegria e gratidão!
Os brotos tomaram conta do terreno, as raízes profundas
fortaleceram os ramos, galhos e frutos!
Anjos, mulheres, mães, amigas, companheiras e
criadora de mundos sem fim!*

Karina dos Santos Franco

RESUMO

O objetivo geral dessa pesquisa é demonstrar como uma Associação de Mulheres em uma entidade religiosa pode proporcionar um local favorável para a realização de educação em saúde com a finalidade de proporcionar conhecimento em um ambiente seguro vinculando a ação individual e coletiva de busca de vivências que melhore a saúde das mulheres e combatendo uma doença que no Brasil é a terceira causa de morte feminina em território nacional segundo o Ministério da Saúde. As associações de mulheres em entidades religiosas possuem estatutos próprios que estabelecem as diretrizes a serem seguidas pelas as mulheres. Através de um conhecimento prévio do estatuto das Associações de Mulheres em entidades religiosas, do Programa Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), conhecimento das Leis do Sistema Único de Saúde (SUS) e do programa de prevenção do câncer de colo uterino, os profissionais da saúde responsáveis por promover promoção, prevenção e reabilitação poderão ter um local propício onde as mulheres de forma individual e coletiva se sintam seguras para obter conhecimento, estabelecer metas e realizar ações de promoção e prevenção para o Câncer de Colo Uterino e a superação das barreiras enfrentadas pelas mulheres na realização do exame citopatológico. A hipótese do trabalho é que os profissionais de saúde que trabalham com educação permanente em saúde podem e devem utilizar o ambiente religioso para realizar promoção, prevenção e reabilitação de todas as políticas de saúde preconizadas pelo Programa Atenção Integral a Saúde da Mulher. Trata-se de uma pesquisa qualitativa baseada no estudo fenomenológico-hermenêutico direcionado ao método de análise de estudos teóricos, documentos e textos. O fenômeno foi descrito pelo método descritivo através da escolha do tema, levantamento bibliográfico, formatação do problema, formulação das hipóteses, ficha de leitura do material e fichamento, delimitação da pesquisa, coleta de dados, discussão e conclusão. A pesquisa foi delineada através da análise do estatuto da Sociedade de Socorro que é uma associação de mulheres de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos últimos Dias conjuntamente com uma análise das políticas do SUS do PAISM e do programa de promoção e prevenção do câncer de colo uterino vigente em território brasileiro. Uma associação de mulheres em uma entidade religiosa possui um extraordinário trabalho, estabelecendo como propósito dessa organização de mulheres preparadas para as bênçãos da vida eterna, ajudando-as a aumentar sua fé e retidão pessoal, fortalecer a família e o lar, e auxiliar os necessitados. A educação em saúde nesses locais fortalecerá os princípios do SUS e a melhoria na condição de saúde das mulheres como propósito primordial. O cumprimento desse propósito se dará por meio de aulas proporcionadas pelos profissionais de saúde e reforçada nas aulas do evangelho aos domingos e de outras reuniões, do trabalho de professoras visitantes, do serviço de bem-estar e do serviço de solidariedade. Sendo assim, venho advogar pela inclusão ou manutenção da educação permanente em saúde nas associações de mulheres nas mais diversas religiões.

Palavras-chaves: Associações de Mulheres. Câncer de Colo Uterino. Exame Citopatológico. Educação em Saúde.

ABSTRACT

The overall goal of this research is to demonstrate how an Association of Women in a religious entity may provide a favorable location for conducting health education with the purpose of providing knowledge in a safe environment while linking individual action and collective research experience that improves women's health and fighting a disease in Brazil that is the third leading cause of death of women in the country according to the Ministry of Health. Women's associations in religious bodies have their own statutes that establish the guidelines to be followed by the women. Through a prior knowledge of the status in Women's Associations in religious entities, the Comprehensive Care Program for Women's Health (CCPWH), knowledge of the Laws of the Unified Health System (UHS) and the program for prevention of cervical cancer, the professionals responsible for promoting health promotion, prevention and rehabilitation may have a conducive place where women individually and collectively feel safe to obtain knowledge, set goals, and achieve promotion and prevention for cervical cancer and overcome barriers faced by women in the Pap smear testing. The hypothesis of the study is that health professionals who work with continuing health education can and must use this environment to perform religious promotion, prevention and rehabilitation of all health policies advocated by the CCPWH. This is a qualitative research study based on hermeneutic-phenomenological directed method for analysis of theoretical studies, documents and texts. The phenomenon was described by the descriptive method for choosing the topic, bibliography, formatting the problem, formulating hypotheses, form reading and cataloging the material, delimitation of the research, data collection, discussion and conclusion. This research was designed through analyzing the status of the Relief Society, the association for women of The Church of Jesus Christ of Latter-day Saints, in conjunction with an analysis of the policies of the UHS with the CCPWH a program for promotion and cervical cancer prevention currently in force in Brazil. An association of women in a religious entity has an extraordinary work; establishing the purpose of this organization of women prepared for the blessings of eternal life by helping them to increase their faith and personal righteousness, strengthen families and homes, and help the needy. Health education in these locations will strengthen the principles of the UHS and improve the health status of women as a primary purpose. The fulfillment of this purpose will be through classes offered by health professionals and enhanced gospel classes on Sundays and other meetings, also through visiting teaching, welfare service, and compassionate service to the poor and needy. Therefore, come advocate for inclusion or maintenance of continuing health education in women's associations in various religions.

Key-words: Associations of Women. Cervical Cancer. Pap smear testing. Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DNPS	Departamento Nacional de Saúde Pública
PAISM	Programa Atenção Integral a Saúde da Mulher
DF	Distrito Federal
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)
MÊS	Ministério da Educação e da Saúde
PCB	Partido Comunista Brasileiro
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
AIS	Ações Integradas de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde Municipais
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
PACS	Programa de Agentes Comunitário de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 AS ASSOCIAÇÕES MULHERES EM ENTIDADES RELIGIOSAS COMO LOCAL FAVORÁVEL PARA A REALIZAÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	13
1.1 A Sociedade de Socorro de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias	13
1.1.1 <i>A nutrição da família</i>	16
1.1.2 <i>Prevenção de doenças</i>	18
2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA: UM OLHAR DIRECIONADO À HISTÓRIA DO PAISM	20
2.1 Brasil: uma reconstrução histórica das políticas de saúde: do período colonial à criação do PAISM.....	20
2.2 Conhecendo a educação permanente em saúde nas mais diversas redes	33
2.3 Exame citopatológico como ferramenta para detecção precoce do câncer de colo uterino	35
2.4 O processo educativo em educação permanente em saúde trabalhando os fatores que podem dificultar as mulheres a não realizarem o exame citopatológico.	38
3. CAMINHO METODOLÓGICO: A CONSTRUÇÃO DO ALICERCE DA VALORIFICAÇÃO DA MULHER.....	48
CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS	52

INTRODUÇÃO

As associações de mulheres em entidades religiosas vêm fazendo um trabalho significativo entre o grupo alvo e seus semelhantes. Seus estatutos demonstram o quão importante é para cada mulher manter em equilíbrio sua saúde espiritual e física. Tais associações vêm buscando imbuir em suas participantes a valorização dos padrões de saúde como parte da elevação espiritual.

Ao iniciar o mestrado grande era a preocupação direcionada ao papel desenvolvido pelas associações de mulheres ao estabelecerem o vínculo na busca dos bons padrões de saúde e como os profissionais de saúde poderiam desenvolver educação em saúde dentro dessas associações de mulheres nas mais diversas entidades religiosas. Já que a busca pela qualidade de vida melhorada é uma questão complexa seja direcionada a espiritualidade ou a saúde física, a angústia a ser dialogada nesse trabalho se estabelece no sentido de responder a pergunta: Como os profissionais de saúde que trabalham com educação permanente podem adentrar as portas das associações de mulheres em entidades a fim de proporcionar educação em saúde num ambiente familiar a essas mulheres utilizando de seu estatuto como auxílio sustentador a promoção, prevenção e recuperação da saúde?

A partir da questão acima a primeira referência a ser utilizada foi a leitura das palavras citada pelo presidente Spencer W. Kimball¹, de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias, ao descrever quão preciosas são as mulheres dentro do Reino de Deus, ao citar seus sentimentos ao ler o diário de sua mãe datado em 1900. Ela expressou uma experiência em que foi ajudar uma jovem mãe a realizar seus afazeres diários e depois foram a um funeral. Sua mãe escreveu que desejava ter feito mais para aquela jovem mãe e sua família. Conforme Spencer W. Kimball:

[...] Então, dois dias depois, a Sociedade de Socorro reuniu-se em nossa casa para uma reunião de serviço. Houve muitas participantes, escreveu minha mãe, e 'elas trabalharam muito'. Após essa reunião de serviço, ela foi sem reclamar a uma reunião da junta da Sociedade de Socorro.¹

¹ A IGREJA de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. *Ensinamentos dos Presidentes da Igreja*: Spencer W. Kimball. São Paulo: 2006. p. 238-249.

As palavras do autor citado acima direciona o pensamento para quão importante e necessário é que toda mulher desempenhe seu papel na sociedade. Sendo assim, essa dissertação de mestrado foi elaborada com o intuito de promover um caminho inicial onde as associações de mulheres em entidades religiosas trabalharão a educação em saúde com a ajuda dos profissionais de saúde através dos temas propostos pelo Programa Atenção Integral a Saúde da Mulher pelo Ministério da Saúde.

O grande número de associações de mulheres em entidades religiosas e das políticas estabelecidas pelo Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher não permite que seja todas explanadas, sendo assim, foi estabelecido uma associação de mulheres em uma entidade religiosa e uma política de saúde a ser abordada nessa dissertação. O objeto de estudo foi a Sociedade de Socorro de a Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos e a política de prevenção e combate do Câncer de Colo Uterino proposto pelo Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher que se chama Programa Viva Mulher.

Os objetivos específicos foram desenvolvidos através de um caminho que interligou as associações de mulheres em entidades religiosas e os profissionais de saúde responsáveis em trabalhar educação em saúde, através de um conhecimento prévio do estatuto das Associações de Mulheres em entidades religiosas, do Programa Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), conhecimento das Leis do Sistema Único de Saúde (SUS) e do programa de prevenção do câncer de colo uterino, proporcionando aos profissionais da saúde responsáveis por promover promoção, prevenção e reabilitação poderão ter um local propício onde as mulheres de forma individual e coletiva se sintam seguras para obter conhecimento, estabelecer metas e realizar ações de promoção e prevenção para o Câncer de Colo Uterino e a superação das barreiras enfrentadas pelas mulheres na realização do exame citopatológico e proporcionar para as associações de mulheres em entidades religiosas uma educação em saúde com profissionais preparados.

A hipótese do trabalho é que os profissionais de saúde que trabalham com educação permanente em saúde podem e devem utilizar o ambiente religioso para realizar promoção, prevenção e reabilitação de todas as políticas de saúde preconizadas pelo Programa Atenção Integral a Saúde da Mulher. Trata-se de uma pesquisa qualitativa baseada no estudo fenomenológico-hermenêutico direcionado

ao método de análise de estudos teóricos, documentos e textos. O fenômeno foi descrito pelo método descritivo através da escolha do tema, levantamento bibliográfico, formatação do problema, formulação das hipóteses, ficha de leitura do material e fichamento, delimitação da pesquisa, coleta de dados, discussão e conclusão.

Quando a educação em saúde for trabalhada pelos profissionais de saúde dentro das associações de mulheres, os princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde e os princípios norteadores dos estatutos dessas associações de mulheres serão exaltados. Pois, as mulheres desempenham um papel sagrado no mundo, através de suas ações no passado e no presente, expressando sua coragem, sabedoria, devoção e sensibilidade que expressam seu valor divino, salienta a Igreja.²

As mulheres no passado e no presente buscam por mudanças no cenário político, social, econômico e religioso. A igualdade entre o sexo feminino e masculino no Reino de Deus é idêntica, porém suas responsabilidades podem em momentos serem diferentes. As mulheres desejam ser valorizadas, tratadas com respeito e igualdade. Não sendo adequado o tratamento indulgente e condescendência com que muitas ainda são tratadas. A Sociedade de Socorro é uma organização de mulheres que auxilia no percurso necessário que cada uma das mulheres deve trilhar nessa vida, de acordo com a Igreja.³

É um direito universal em território brasileiro que todos os brasileiros tenham acesso a saúde de maneira gratuita. As mulheres devem aproveitar as oportunidades para receber luz, conhecimento na escola, no estudo pessoal e na Sociedade de Socorro, diz a Igreja.⁴ Essas oportunidades estão também correlacionadas à busca de uma boa saúde. A Sociedade Socorro incentiva a cada mulher a buscar desenvolver seus talentos pessoais, a buscar conhecimento secular, que se tornem mulheres cultas, refinadas, instruídas e com conhecimento das mais diversas áreas, assim aconselha a Igreja.⁵

As mulheres na Sociedade de Socorro são incentivadas a cuidarem de si e do próximo, a manterem-se belas e a buscar tudo o que é bom para suas vidas,

² A IGREJA, 2006, p. 238-249.

³ A IGREJA, 2006, p. 244.

⁴ A IGREJA, 2006, p. 238-249.

⁵ A IGREJA, 2006, p. 238-249.

afirma Young.⁶ A educação em saúde pode auxiliar nesse incentivo, pois proporciona conhecimento atualizado, seguro e feito por profissionais capacitados. Tornando essas mulheres mais produtivas em seus lares e em suas comunidades ao auxiliar outras mulheres e membros da sociedade a abandonarem seus hábitos que podem ser considerados ignorantes e inadequados. Elas são capazes de se tornarem mães zelosas, esposas amáveis e excelentes médicas, advogadas ou contadoras, com o objetivo de ampliar sua esfera de influência na sociedade em geral, de acordo com a Igreja.⁷

O incentivo à busca na qualidade da saúde das mulheres é um dos pontos abordados no estatuto demonstrado no texto descritivo desse trabalho, o que, por sua vez, qualifica algumas reuniões como oportunidades para a realização de Educação em Saúde para a promoção e prevenção do Câncer de Colo Uterino, através da conscientização da importância da realização do Exame Citopatológico, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. O exame de Citopatológico constitui grande avanço no controle de infecções do trato genital, meio diagnóstico e preventivo para o câncer de colo uterino, diz Horta.⁸ Entretanto, apesar de este exame ser utilizado para o rastreamento do câncer de colo uterino, sendo de fácil acesso, baixo custo e fácil execução, ainda representa a segunda maior estimativa de incidência de neoplasia maligna na população feminina brasileira, afirma Davin.⁹

Embora este exame seja de fundamental importância no acompanhamento da saúde da mulher, verifica-se ainda que ele não é realizado efetivamente pela população feminina. Existe muitas barreiras como a dificuldade em acessar os serviços de saúde para a realização do Exame Citopatológico devido à demanda reprimida, à falta de oportunidade que a mulher tem para falar de si e de sua sexualidade, ao desconhecimento sobre o câncer de colo do útero, ao seu retorno ao serviço de atendimento, segundo Palmeira e Lopes.¹⁰ Existem ainda os motivos

⁶ A IGREJA de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. *Ensinaamentos dos Presidentes da Igreja*: Brigham Young. São Paulo: 1997. p. 131-137.

⁷ A IGREJA, 1997, p. 131-137.

⁸ HORTA, A. L. A. Métodos e diagnósticos complementares. In: OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, I. *Tratado de ginecologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 132-133.

⁹ DAVIM, B. M. R. et al. Conhecimento das mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolaou. *Revista da Escola de Enfermagem*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 243-366, set. 2005.

¹⁰ PALMEIRA, I. L. T.; LOPES, M. V. O. Fenômenos de enfermagem em mulheres atendidas em um serviço de ginecologia. *Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 566-569, out./dez. 2006.

relacionados ao serviço que variam desde a falta de recursos materiais específicos para a realização do exame e a falta de espaço físico para a demanda das mulheres até a dificuldades de acesso aos horários previstos pelo serviço de saúde. Neste quesito, é necessário haver uma mudança de política para que a infraestrutura de cada posto de coleta seja melhorada, sendo necessário o investimento e recursos materiais e humanos, afirma Greenwood, Machado e Sampaio.¹¹

A problemática descrita acima me motivou a advogar pela causa de que as associações de mulheres em entidades religiosas podem abrir suas portas para os profissionais de saúde realizarem promoção, prevenção e reabilitação em saúde.

¹¹ 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 de Papanicolau. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 503-509, ago. 2006.

1 AS ASSOCIAÇÕES MULHERES EM ENTIDADES RELIGIOSAS COMO LOCAL FAVORÁVEL PARA A REALIZAÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

1.1 A Sociedade de Socorro de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias

A Sociedade de Socorro é uma associação de mulheres proveniente de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. Foi criada em 20 de março de 1842 em Nauvoo, Estados Unidos da América. Muitos dos membros estavam empenhados na construção do Templo de Nauvoo, com as mais diversas atividades. Entre esses membros estavam Sarah Granger Kimball e sua costureira, Margaret A. Cook, que durante uma conversa deliberaram que doariam seus esforços para auxiliar e apoiar os membros que estavam empenhados na construção do templo. Ao unirem seus esforços, elas solicitaram a ajuda de outras irmãs para confeccionar camisas. A irmã Eliza R. Snow registrou a Constituição e os Estatutos dessa sociedade de mulheres, submetendo-os à aprovação do Presidente Joseph Smith, que ao analisá-lo deliberou sua aprovação, de acordo com a Igreja.¹²

Como parte importante do estabelecimento do reino de Deus, a Sociedade de Socorro é uma auxiliar do sacerdócio, sendo que todas as organizações auxiliares existem para auxiliar os membros da Igreja a edificarem seu testemunho do Pai Celestial, de Jesus Cristo e do evangelho restaurado. Por meio das ações de trabalho das auxiliares, os membros recebem ensinamentos, incentivo e apoio enquanto se esforçam para viver de acordo com os princípios do evangelho, assim afirma a Igreja.¹³

A Sociedade de Socorro possui um extraordinário trabalho, estabelecendo como propósito dessa organização de mulheres preparadas para as bênçãos da vida eterna, ajudando-as a aumentar sua fé e retidão pessoal, fortalecer a família e o lar, e auxiliar os necessitados. O cumprimento desse propósito se dá por meio das aulas do evangelho aos domingos e de outras reuniões, do trabalho de professoras

¹² A IGREJA de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. *Ensinamentos dos Presidentes da Igreja*: Joseph Smith: Sociedade de Socorro: Organização Divina de Mulheres. Salt Lake City, 2007.

¹³ A IGREJA de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. *Manual 2: Administração da Igreja: A Sociedade de Socorro*. Salt Lake City, 2010. p. 65-77.

visitantes, do serviço de bem-estar e do serviço de solidariedade, de acordo com a Igreja.¹⁴

A Igreja ensina¹⁵ que as mulheres de a Sociedade de Socorro devem viver de acordo com o lema e tema de que a caridade é uma ação que nunca falha.

A Igreja também destaca que¹⁶ a Sociedade de Socorro é composta por mulheres adultas, a partir dos 18 anos de idade, solteiras ou casadas, que trabalhem ou não em outras auxiliares da igreja. As mulheres de outras religiões são convidadas e incentivadas a participarem das reuniões e atividades

A liderança da Sociedade de Socorro deve ser composta pelos líderes do sacerdócio que são o bispado da ala ou ramo e por três mulheres que compõem a Presidência com uma presidente e duas conselheiras, delibera a Igreja.¹⁷

As Reuniões da Sociedade de Socorro da Ala ou Ramo ocorrem no domingo, e essas mulheres devem participar de aulas que as incentivem a viver os princípios da Sociedade de Socorro, bem como a tratar de assuntos importantes como eventos, visitas a pessoas enfermas ou necessitadas e outras informações adequadas. Existem outras reuniões adicionais que podem incluir oficinas, conferências, projetos, cursos ou prestações de serviços, tais reuniões podem ocorrer nos dias da semana, de terça-feira a sábado em horários pré-estabelecidos, assim estabelece a Igreja.¹⁸

O planejamento das reuniões adicionais é realizado pela presidência da Sociedade de Socorro, sendo posteriormente aprovada pelo bispado responsável. Vários são os assuntos tratados nessas reuniões, podendo destacar o tópico, assim delibera a Igreja:

[...] Auto-suficiência e viver providente: finanças (orçamento, pagamento de dívidas e qualificação profissional); educação e alfabetização (estudo das escrituras e aprendizado do evangelho, ensinar outras pessoas a ler, ensinar crianças e jovens, escolha de livros para crianças, uso de computadores e outras tecnologias, conscientização cultural); saúde (saúde física, boa forma, prevenção e recuperação de dependências e vícios,

¹⁴ A IGREJA, 2010, p. 65-77.

¹⁵ A IGREJA, 2010, p. 65-77.

¹⁶ A IGREJA, 2010, p. 65-77.

¹⁷ A IGREJA, 2007, p. 65-77.

¹⁸ A IGREJA, 2007, p. 65-77.

saúde social e emocional, prevenção de doenças); hortas; produção e armazenamento de alimentos e preparação para emergências.¹⁹

A Sociedade de Socorro possui um Serviço de Bem-Estar e de Solidariedade que divide suas responsabilidades entre outras organizações auxiliares e determina como prioridades esse programa, a Igreja descreve esse programa da seguinte forma:²⁰

- Ensinar princípios de autossuficiência material e espiritual;
- Cuidar dos pobres e necessitados e incentivar os membros a prestar serviço;
- Ajudar as pessoas e famílias a tornarem-se autossuficientes e a encontrar soluções para problemas de curto e de longo prazo referentes ao bem-estar

Esse serviço busca avaliar as necessidades das famílias e auxiliá-las nas áreas de alimentação (para o uso no dia a dia, não para armazenamento), vestuário, administração do lar, saúde e bem-estar social, emocional e oportunidades de trabalho, de acordo com a Igreja:²¹

[...] O bispo ajuda a família a elaborar um plano de auto-suficiência. Ele também se aconselha com a presidente da Sociedade de Socorro em relação a outras oportunidades de ajudar a família. Em alguns casos, o auxílio mais valioso pode incluir (1) ajudar uma irmã a administrar a renda e os recursos da família e (2) ensinar aptidões de economia doméstica como limpar, costurar, organizar, planejar refeições, conservar alimentos e promover a boa saúde.²²

Com o programa descrito acima, a presidência da Sociedade de Socorro possui parâmetros adequados para identificar as pessoas que têm necessidades especiais como a idade avançada, portadoras de enfermidades físicas ou emocionais, emergências, nascimentos, falecimentos, deficiências, solidão e outros problemas.

Todas as irmãs da Sociedade de Socorro têm o dever e a responsabilidade de ajudar as mulheres dessa associação em suas necessidades espirituais e temporais, que podem incluir fornecimento de alimentação, cuidado dos filhos ou da casa, ajuda individual às irmãs a melhorar sua escolaridade, fornecendo transporte

¹⁹ A IGREJA, 2007, p. 65-77.

²⁰ A IGREJA, 2007, p. 65-77.

²¹ A IGREJA, 2007, p. 65-77.

²² A IGREJA, 2007, p. 65-77.

até o local de atendimento médico, e atendendo a outras necessidades, assim prevê a Igreja.²³

As necessidades evidenciadas das mulheres podem ser trabalhadas através de aulas ministradas nas atividades que podem ocorrer nos dias da semana de terça-feira a sábado. Alguns manuais utilizados pela a igreja já orientam sobre práticas adequadas de saúde. Podemos observar as orientações descritas no Manual da Mulher Santo dos Últimos Dias, Parte A, intitulada *A nutrição da família*.

2.1.1 A nutrição da família

A Igreja orienta²⁴, que a aula tenha como propósito central ajudar cada mulher participante a conhecer os alimentos que são primordiais para proporcionar uma alimentação adequada que mantenha os padrões adequados e necessários de saúde.

Deus possui um grande e terno amor por cada uma das mulheres e deseja que elas possuam uma saúde adequada. Para tal, deu diretrizes sobre os alimentos adequados que devemos ingerir. Tais diretrizes podem ser encontradas na sessão 89 de Doutrina e Convênios, que diz:

- 5) Eis que não é bom nem aceitável aos olhos de vosso Pai que alguém entre vós tome a vinho ou bebida forte, exceto quando vos reunis para oferecer vossos sacramentos perante ele.
- 6) E eis que deve ser vinho, sim, vinho puro de uva da videira, de vossa própria fabricação.
- 7) E também bebidas fortes não são para o ventre, mas para lavar vosso corpo.
- 8) E também tabaco não é para o corpo nem para o ventre e não é bom para o homem, mas é uma erva para machucaduras e todo gado doente, a qual se deve usar com discernimento e habilidade.
- 9) E também bebidas quentes não são para o corpo nem para o ventre.
- 10) E também em verdade vos digo: Todas as ervas salutares indicou Deus para a constituição, natureza e uso do homem.
- 11) Toda erva em sua estação e toda fruta em sua estação; todas essas para serem usadas com prudência e ação de graças.
- 12) Sim, também a carne de animais e a das aves do ar, eu, o Senhor, indiquei para uso do homem, com gratidão; contudo, devem ser usadas moderadamente.
- 13) Agrada-me que não sejam usadas a não ser no inverno ou em tempos de frio ou de fome.
- 14) Todos os grãos são indicados para uso do homem e dos animais, para ser o esteio da vida, não só para o homem, mas também para os

²³ A IGREJA, 2007, p.65-77.

²⁴ A IGREJA de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. *Manual Básico da Mulher SUD: Parte A: A nutrição da família*. Salt Lake City, 2000, p. 160-164.

animais do campo e as aves do céu e todos os animais selvagens que correm ou rastejam na terra.

15) E este fez Deus para uso do homem apenas em épocas de escassez ou fome excessiva.

16) Todos os grãos são bons para alimento do homem, como também o fruto da videira; aquilo que produz fruto, ou seja, na terra ou acima da terra.

17) Contudo, o trigo para o homem e o milho para o boi e a aveia para o cavalo e o centeio para as aves e os porcos e para todos os animais do campo; e a cevada para todos os animais úteis e para bebidas suaves, como também outros grãos.

18) E todos os santos que se lembrarem de guardar e fazer estas coisas, obedecendo aos mandamentos, receberão saúde para o umbigo e medula para os ossos.

19) E encontrarão sabedoria e grandes tesouros de conhecimento, sim, tesouros ocultos.

20) E acorrerão e não se cansarão; e caminharão e não desfalecerão.

21) E eu, o Senhor, faço-lhes uma promessa de que o anjo destruidor passará por eles, como os filhos de Israel, e não os matará. Amém.²⁵

Essas orientações são de grande importância para auxiliar nos hábitos saudáveis das mulheres, de acordo com a Igreja:

[...] As frutas, verduras e legumes são importantes porque contêm vitaminas que ajudam a nos proteger de certas doenças. A sua ingestão pode ajudar a prevenir certos tipos de cegueira e infecções e curar ferimentos. Elas também nos protegem de muitos outros problemas de saúde.²⁶

A alimentação adequada tem sido amplamente divulgada nas redes sociais, canais de TV, revistas, jornais e livros com o enfoque de proporcionar mais conhecimento da necessidade humana básica de alimentação, a Igreja salienta:.

[...] A carne vermelha, a carne de aves, ovos e peixe contêm boa quantidade de proteínas que nosso corpo precisa para crescer forte. O leite, o iogurte e o queijo também são boas fontes de proteína. A proteína desenvolve os tecidos musculares e ajuda-nos a nos recuperarmos de doenças. As mulheres grávidas e as crianças têm necessidade especial de proteína para um bom desenvolvimento. Esses tipos de alimentos também contêm minerais, como ferro e cálcio, que ajudam nosso corpo a se desenvolver e funcionar adequadamente.²⁷

A aula também orienta sobre a importância de ingerirmos alimentos variados, das possíveis preferências familiares, sugere um quadro onde demonstra combinações de porções diárias de alimentos, sugere também que para obter uma

²⁵ A IGREJA de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. *Doutrina e Convênios*. Sessão 89. Salt Lake City. p. 198-200.

²⁶ A IGREJA, 2010, p. 65-77.

²⁷ A IGREJA, 2010, p. 65-77.

variedade de alimentos adequados a família deverá comprar alimentos de preços mais acessíveis ao orçamento família, orienta a Igreja:²⁸

[...] Algumas pessoas acham que não importa o que se come, desde que o estômago esteja cheio. Isso não é verdade. Cada um tem o seu valor especial. Precisamos das vitaminas das frutas e das verduras para nos proteger de certas doenças. Precisamos da proteína das carnes e de outros alimentos para crescer. (Se uma família preferir não comer carne ou produtos de origem animal, o feijão, a ervilha e a lentilha são boas fontes de proteína.) Precisamos também dos carboidratos dos grãos para dar-nos energia. Para garantir uma dieta balanceada, devemos planejar nossas refeições utilizando cinco grupos básicos de alimentos.²⁹

A explanação da lição segue com a conclusão de que é necessário primeiramente desejarmos ter uma saúde adequada e para obtermos tal feito devemos ingerir porções dos mais variados grupos de alimentos. E é finalizada desafiando cada mulher presente a planejar suas refeições com base nos alimentos discutidos anteriormente, assim salienta a Igreja.³⁰

2.1.2 Prevenção de doenças

A aula tem como propósito central conscientizar as mulheres de que devem colocar em prática os princípios que levam a prevenção de doenças, com o objetivo de mantê-las saudáveis.³¹

O tópico descreve que as mulheres precisam manter a saúde, trazendo os mitos da antiguidade que tratavam a doença como resultado de maldades cometidas, das necessidades de maldições ou sacrifícios:

[...] Após séculos de estudos, os cientistas e médicos descobriram a causa de grande parte das doenças. Desde que o evangelho foi restaurado na Terra em 1830, muito conhecimento foi adquirido, pois o Espírito do Senhor tem-se espalhado por sobre a Terra. Muitas descobertas novas foram feitas para ajudar-nos a sermos mais saudáveis.³²

²⁸ A IGREJA, 2010, p. 65-77.

²⁹ A IGREJA, 2010, p. 65-77.

³⁰ A IGREJA, 2010, p. 65-77.

³¹ A IGREJA de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. *Manual Básico da Mulher SUD: Parte A: Prevenção de doenças*. Salt Lake City, 2000, p. 170-174.

³² A IGREJA, 2000, p. 170-174

Uma outra aula descreve como as mulheres podem prevenir doenças através da eliminação de microrganismos, a manipulação adequada de alimentos, a conscientização das mulheres em manter o calendário vacinal. Assim diz a Igreja:

[...] Podemos proteger-nos a nós mesmos e a nossa família de algumas doenças sendo vacinados. Para algumas doenças é necessária apenas uma dose de vacina, mas para outras podemos necessitar de várias doses, a determinados intervalos de tempo. Na maior parte do mundo, as pessoas podem ser vacinadas em um posto de saúde ou numa clínica, por um médico.³³

A aula orienta as mulheres a buscarem saber quais as doenças acometem mais as mulheres e seus familiares. Assim a Igreja³⁴, orienta as mulheres acerca da atitude de buscar auxílio nas unidades de atendimento médico para detectar patologias e tratá-las.

A aula relata a conclusão de que como trabalhadores da vinha do Deus nessa terra devemos e necessitamos manter como mulheres um padrão adequado de boa saúde para que cada mulher auxilie na construção de Sião e na criação dos filhos. A mulher deve, portanto, ampliar ao máximo a vida presente, observando os métodos necessários para a manutenção da saúde, preparando-se para uma vida melhor pelo correto equilíbrio entre o trabalho, estudo, repouso e recreação e ensinando esses princípios a seus filhos, assim ensina a Igreja.³⁵

Cada mulher necessita cumprir seu papel sagrado neste mundo, a Igreja busca encorajar as mulheres a cumprirem suas responsabilidades, isso as valoriza, as qualifica e as valoriza.³⁶

³³ A IGREJA, 2000, p. 170-174.

³⁴ A IGREJA, 2000, p. 170-174.

³⁵ A IGREJA, 2000, p. 170-174.

³⁶ A IGREJA, 2006, p. 238-249.

2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA: UM OLHAR DIRECIONADO À HISTÓRIA DO PAISM

2.1 Brasil: uma reconstrução histórica das políticas de saúde: do período colonial à criação do PAISM

O Brasil Colonial preparava-se para encontrar e acolher o capitalismo Mundial, sendo submisso às decisões políticas e econômicas de Portugal. A economia baseava-se em extrair e explorar o pau-brasil, posteriormente a cana-de-açúcar, seguido pela mineração e o café, de acordo com Bertolozzi e Greco.³⁷

O ciclo do pau-brasil caracterizava-se basicamente na exploração vegetal da reserva, não determinando um surgimento de classes sociais em território nacional. Entretanto, a cana-de-açúcar estruturou uma classe dominadora, ricamente próspera que baseava seu poder político e econômico na obtenção de extensão territorial e propriedades escravistas. Houve a formação de dois polos sociais distintos: senhores e escravos. Já a mineração proporcionou ao Brasil um crescimento urbano e comercial significativo, ao ponto de ocasionar um crescimento demográfico que possibilitou a distribuição da renda para outros contornos da sociedade de classes que surgiram pela necessidade da diversidade da produção que não estava mais tão concentrada nas mãos dos senhores. Por conseguinte, o café auxiliou para o fortalecimento do mercado interno, dando início a várias modalidades do trabalho assalariado, ocasionadas pela ocupação efetiva do solo que necessitava de financiamento, patrocinado pelo exterior que visava à exportação. Esse processo foi o alicerce necessário para a definição e construção da sociedade capitalista brasileira, assim afirma Escores e Teixeira.³⁸

O desenvolvimento político e econômico descrito anteriormente foi acompanhado por um sistema de saúde formalizado em uma medicina tradicional, baseada em crenças, teorias e experiências indígenas, que poderiam ser ou não ser aplicáveis à ciência. Era uma maneira de executar o processo de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças tanto físicas quanto mentais. Entretanto, os

³⁷ BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Revista da Escola de Enfermagem*, v. 30, n. 3, p. 380-398, dez. 1996.

³⁸ ESCORES, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 333-384.

senhores, a nobreza, o clero e a realeza utilizavam profissionais da saúde vindos de Portugal, com mais recursos técnicos e científicos, afirma Bertolozzi e Greco.³⁹

A Academia Real de Medicina foi construída no estado da Bahia em 1770, com o objetivo de proporcionar proteção à saúde da população de acordo com o modelo europeu, desenvolvimento da ciência médica e a hegemonia da prática médica no Brasil, assim diz Bertolozzi e Greco.⁴⁰

Os surtos presentes no século XIX fizeram com que a Saúde Pública no Brasil realizasse intervenções baseadas no Modelo Sanitarista, em âmbito urbano, realizando vacinação antivariólica, fiscalização da medicina e a inspeção dos portos. Os doentes graves eram levados para serem internados em lazaretos e enfermarias improvisadas ou hospícios para os portadores de transtorno mental. Os hospitais eram mantidos por fundos filantrópicos, de acordo com Bertolozzi e Greco.⁴¹

O estabelecimento da Constituição direcionou a responsabilidade pelos serviços de saúde para os estados e municípios. Para o governo central, foi estabelecida a responsabilidade de fiscalizar a vigilância sanitária dos portos e do Distrito Federal (DF), acrescenta Bertolozzi e Greco.⁴²

No século XX, em especial na década de 1910, os pesquisadores que empreenderam seus estudos para conhecer a situação dos interioranos demonstraram o abandono, o descaso e a injustiça que essa parcela dos brasileiros vivia, enfrentando o preconceito contra os mestiços, negros, índios, mulheres, idosos e portadores de transtornos mentais. Essa situação demonstrava o entrave para o crescimento da economia do país e a inferioridade frente às nações desenvolvidas, de acordo com Escores e Teixeira.⁴³

Em 1918, a gripe espanhola demonstra a precariedade dos serviços de saúde e a necessidade de realizar uma reforma, que se fortalece com o surgimento da Liga Pró-Saneamento do Brasil em 1918, que lutou pela reforma dos serviços de saúde e pelo saneamento dos sertões, acompanhada por inúmeros movimentos que buscavam a valorização da nação brasileira. Houve a criação dos Serviços de Medicamentos Oficiais, com o cultivo de plantas no Instituto Oswaldo Cruz e Butantã

³⁹ BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 380-398.

⁴⁰ BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 380-398.

⁴¹ BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 380-398.

⁴² BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 380-398.

⁴³ ESCORES; TEIXEIRA, 2008, p. 333-384.

de forma industrial. Foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNPS), cujo coordenador foi Carlos Chagas, que possuía a incumbência de legislar sobre assuntos como a produção de soros, vacinas e medicamentos para o combate de epidemias; regulação da venda de produtos alimentícios; inspeção de saúde dos emigrantes que chegavam a nossos portos; normatização das construções rurais; fiscalização de produtos farmacêuticos e regulamentação das condições de trabalho de mulheres e crianças, de acordo com Brasil.⁴⁴

O período de 1930 a 1945 foi conhecido como a Era Vargas, ocorrendo a Modernização do Estado, regulação das relações de trabalho e a incorporação do trabalhador na Rede Previdenciária. Entretanto, o Brasil sofria com vários desafios como a crise do setor cafeeiro da década de 1920, acompanhada pela quebra da Bolsa de Valores em 1929 em Nova Iorque, Estados Unidos da América, discorre Escóres e Teixeira:

[...] No campo das idéias crescia um novo projeto de construção nacional voltado para a integração nacional e para a valorização do trabalho e do operariado urbano. A política de Vargas teve duas bases distintas: a saúde pública e a medicina previdenciária, essa marcada pela criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões que, posteriormente, foram transformados em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que congregavam os trabalhadores por categorias profissionais.⁴⁵

O serviço citado acima priorizava a os benefícios e pensões, entretanto, ofereciam serviços médicos. Essa assistência era direcionada para trabalhadores formais, organizados em sindicatos, atrelados aos interesses do Estado. Esse modelo corresponde à ideia de cidadania regulada – modalidade de cidadania em que a base dos direitos não se encontra em valores políticos universais, e sim em um sistema de estratificação ocupacional definido por norma legal. Trabalhadores informais, domésticos e rurais eram vistos como pré-cidadãos, salienta Escóres e Teixeira.⁴⁶

Cada recurso recolhido pela previdência foi destinado exclusivamente para financiar o processo de industrialização apoiado pelo governo. Foi criado o Ministério da Saúde e da Educação em 1930, forçado pelo regime a uma constante alternância

⁴⁴ BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 1989, p. 1-401.

⁴⁵ ESCORES; TEIXEIRA, 2008, p. 333-384.

⁴⁶ ESCORES; TEIXEIRA, 2008, p. 333-384.

de seus dirigentes, de modo que o Ministério ficou refém das instabilidades políticas decorrentes das disputas entre as diversas forças que havia se aliado, segundo Bertolozzi e Greco.⁴⁷

Em 1934, Vargas retornou ao poder por meio de eleição indireta, o Ministério criado anteriormente passou a se chamar Ministério da Educação e Saúde (MES). A institucionalização desse Ministério fez com que houvesse a ampliação do setor relacionado à saúde. Foram criadas oito Delegacias Federais de Saúde, uma para cada distrito em que o país foi dividido, para colaborar com os serviços locais de saúde, e foram criadas as Conferências Nacionais de Saúde, definidas como reuniões nacionais de dirigentes do setor, direcionando seus trabalhos para o foco administrativo.⁴⁸ “O MES passou a ter um caráter centralizador, normatizando e uniformizando as estruturas estaduais, nas mãos de interventores escolhidos pelo executivo federal, as quais deveriam assumir as atividades municipais”, segundo Escores e Teixeira.⁴⁹

O Ministério da Saúde foi desmembrado da educação, tornando-se independente em 1953. O período ficou marcado pela separação entre saúde pública - centrada na erradicação de doenças infectocontagiosas, endemias ou epidemias - e assistência médica previdenciária, de caráter individual, destinada aos indivíduos acometidos por doenças que lhes impediam de trabalhar. A assistência individual não estava sob o controle do MES e sim do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, de acordo com Lima e Pinto.⁵⁰

Esse período iniciou de forma tumultuada. Externamente começava uma guerra entre os Estados Unidos da América e a União Soviética, chamada Guerra Fria. O Brasil enfrentava conflitos políticos e econômicos internamente. Com a deposição de Vargas, houve a liberalização política, ocasionando inúmeras greves e, posteriormente, a decretação de ilegalidade do PCB e a cassação de seus parlamentares, acompanhado pela intervenção em sindicatos. Em relação à saúde pública, prevaleceu o sanitarismo campanhista, centralizador e autoritário, assim afirma Escores e Teixeira:

⁴⁷ BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 380-398.

⁴⁸ ESCORES; TEIXEIRA, 2008, p. 333-384.

⁴⁹ ESCORES; TEIXEIRA, 2008, p. 333-384.

⁵⁰ LIMA, A. L. G. S. de; PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 10, n. 3, p. 1037-51, set./dez. 2003.

[...] A redução de novos casos de malária e de outras doenças transmitidas por insetos parece ter mais relação com a disponibilidade de inseticidas de ação residual e de antibióticos, além do desenvolvimento do país, do que ser consequência das campanhas sanitárias.⁵¹

O modelo previdenciário anterior foi sendo substituído pela noção de “seguridade social”, a qual “parte da ideologia de um Estado que teria obrigações naturais e inalienáveis para com qualquer cidadão”. Novas clientelas foram agregadas à assistência médica previdenciária: gestantes, pensionistas, e trabalhadores, segundo Escores e Teixeira.⁵²

De acordo com os autores citados acima os anos de 1951 a 1954 foram conhecidos como o segundo governo de Vargas, que adotou como plano político a política econômica nacionalista, criando ou expandindo companhias nacionais de exploração mineral como a Petrobrás.

No campo da saúde pública, cresce o “sanitarismo desenvolvimentista”, que considera que o nível de saúde de uma população depende primeiramente do grau de desenvolvimento econômico de um país, confrontando com o “sanitarismo tradicional”. Já na previdência social, houve a ampliação dos gastos com assistência médica, segundo Bertolozzi e Greco.⁵³

O presidente Juscelino Kubitschek governou o Brasil entre os anos de 1956 e 1960, sendo esse período marcado pelo desenvolvimento econômico apoiado pelo capital estrangeiro. As políticas sociais eram vistas como coadjuvantes. O Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) foi criado com o objetivo de coordenar os vários órgãos envolvidos no combate, controle ou erradicação de doenças específicas. Embora a tentativa de unificar e coordenar as atividades das campanhas verticais não ocasionou mudanças significativas, algumas conquistas foram realizadas como: a erradicação do transmissor da febre amarela e da varíola; a erradicação da malária e lepra. Enquanto o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) expandia seus serviços de assistência à saúde, o DNERu estava voltado para determinadas doenças nas áreas rurais, sem que houvesse qualquer tipo de

⁵¹ ESCORES; TEIXEIRA, 2008, p. 333-384.

⁵² ESCORES; TEIXEIRA, 2008, p. 333-384.

⁵³ BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 380-398.

intercâmbio entre esses órgãos. O resultado foi a multiplicidade de ações superpostas, assim afirma Bertolozzi e Greco.⁵⁴

O presidente Jânio Quadros enfrentou em seu governo uma extrema instabilidade política que afetou o MS, houve uma sucessão de seis ministros em cerca de três anos. “O penúltimo, Souto Maior, apresentou um conceito ampliado de saúde, no XV Congresso de Higiene, em 1962. A saúde da população deveria ser entendida como suas condições globais de trabalho”, de acordo com Bertolozzi e Greco.⁵⁵

A união entre pobreza e doença ocasionou um círculo vicioso e um problema político e econômico. A implantação das multinacionais de medicamentos influenciou a orientação política do setor saúde por meio da construção de um modelo de ampliação descontrolada do atendimento médico-hospitalar, assim salienta Escores e Teixeira.⁵⁶

O governo de João Goulart nos últimos meses enfrentou na área da saúde uma intensa polêmica entre os interesses nacionais e os do capital estrangeiro, representados pelo então embaixador norte-americano no Brasil. Em setembro de 1963, um decreto presidencial limitou a transferência de divisas da indústria farmacêutica para o exterior e, no MS, começou-se a investigar casos de superfaturamento na importação de matérias-primas para a produção de medicamentos, assim afirma Faleiros.⁵⁷

O governo dos Estados Unidos da América suspendeu seu apoio ao combate à malária, sendo um grande e grave problema para o MS, já que a colaboração auxiliava na manutenção da estrutura caríssima, exigindo equipamentos, transporte e mais de 13 mil funcionários, de acordo com Faleiros.⁵⁸

Os acontecimentos citados acima foram acompanhados posteriormente pelo Golpe Militar, também conhecido como Ditadura Militar iniciada em 1964. O golpe foi assumido pelas Forças Armadas, que decretaram a suspensão dos direitos políticos,

⁵⁴ BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 380-398.

⁵⁵ BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 380-398.

⁵⁶ ESCORES; TEIXEIRA, 2008, p. 333-384.

⁵⁷ FALEIROS, Vicente de Paula. Estado e massas na atual conjuntura. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 1, n. 1, p. 25-37, 1986.

⁵⁸ FALEIROS, 1986, p. 25-37.

cassação de mandatos e a perda das garantias constitucionais, de acordo com Lima e Pinto.⁵⁹

Em meio a tantas tribulações, dentro das paredes das universidades, cidadãos idealizaram mudanças. Esse movimento deu início ao que chamamos de Movimento Sanitário, acompanhado e apoiado por trabalhadores e técnicos; que contestavam o Regime Militar, afirma Lima e Pinto.⁶⁰

Castelo Branco foi nomeado como presidente e seu governo apoiava o fortalecimento do Estado e do Executivo, através de ações que pioravam o processo de bem-estar da população. A carga horária de trabalho foi aumentada de oito horas para treze horas diárias, acompanhado pelo baixo poder aquisitivo de salário mínimo; planejamento da privatização dos serviços médicos; suspensão dos Institutos de Aposentadoria e Pensões; suspensão da participação dos empregadores e empregados nos programas de atendimento de saúde. A decisão de criar o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) em 1967 demonstra a fragilidade e o descaso com que a saúde dos brasileiros. O INPS unificou todos os Institutos, concentrando todos os recursos financeiros e ampliando a compra de serviços da rede privada. Houve uma oposição, acompanhada de uma retirada dos estudantes universitários e dos professores, sendo repreendidos, presos e muitas vezes mortos. As palavras motivadoras desse governo eram: produtividade, desburocratização, crescimento e descentralização das atividades, de acordo com Faleiros.⁶¹

O sistema foi acompanhado por inúmeras fraudes, o que levou a partir de 1973 a um desgaste econômico e político. No âmbito da saúde, em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, que baseava suas ações no modelo clínico, curativo e assistencial, salienta Bertolizzi e Greco.⁶²

O Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) foi criado em dezembro de 1974 com a finalidade de apoiar financeiramente o desenvolvimento de programas e projetos de interesse do setor público nas áreas de saúde e saneamento, educação, trabalho, previdência e assistência social, além de projetos de caráter social para pessoas físicas junto ao setor privado. Ao mesmo tempo, foi

⁵⁹ LIMA; PINTO, 2003, p. 1037-51

⁶⁰ LIMA; PINTO, 2003, p. 1037-51.

⁶¹ FALEIROS, 1986, p. 25-37.

⁶² BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 380-398.

criada a Lei n. 6.168, de 09 de dezembro de 1974, que apoiava todas as diretrizes citadas acima, assim diz Bertolizzi e Greco.⁶³

Em 1975, ocorreu a V Conferência Nacional de Saúde, sendo regulamentada a Lei n. 6.229, de 17 de julho de 1975, que criou o Sistema Nacional de Saúde. Assim, foi estabelecida a legitimidade do setor, definindo as responsabilidades das várias instituições, cabendo à Previdência Social a assistência individual e curativa, enquanto que os cuidados preventivos e de alcance coletivo ficaram sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Algumas categorias conseguiram tornar-se beneficiárias do sistema, como os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos, refere Faleiros.⁶⁴

O modelo econômico vigente entra em crise juntamente com o capitalismo internacional, havendo uma redução significativa do fluxo do capital estrangeiro, obrigando o país a diminuir o ritmo de crescimento. O pensamento de obter riquezas e somente depois distribuí-la para a população fez com que os planos sociais tornassem os ricos mais ricos e os pobres mais pobres. Essa população foi obrigada a enfrentar diariamente o desemprego e os problemas sociais ocasionados por ele, como o aumento da mortalidade infantil, da marginalidade, saúde precária e o surgimento das favelas, de acordo com Faleiros.⁶⁵

Em 1981, na tentativa de minimizar os grandes problemas e conter as fraudes, foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Os técnicos ligados ao movimento sanitário passam a fazer parte do CONASP, o que dá início à ruptura, por dentro, da dominância dos anéis burocráticos previdenciários. As ações começam pela fiscalização mais rigorosa da prestação de contas dos prestadores de serviço, mudança gradual do modelo médico-assistencial, aumento da produção e qualidade do sistema de saúde; uniformidade aos serviços prestados para a população rural e urbana; formalização de um sistema de auditoria médico-assistencial, segundo Lima e Pinto.⁶⁶

A Federação Brasileira de Hospitais e de Medicina de Grupo se opuseram ao CONASP, pois temiam perder sua hegemonia dentro do sistema. Combateram

⁶³ BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 380-398.

⁶⁴ FALEIROS, 1986, p. 25-37.

⁶⁵ FALEIROS, 1986, p. 25-37.

⁶⁶ LIMA; PINTO, 2003, p. 1037-51.

com o auxílio dos parlamentares a criação do PREV-SAÚDE, que depois de seguidas imposições acabou por ser arquivado. Em meio a tantos percalços, o CONASP apoiou e implantou inúmeros projetos-pilotos que introduziam um novo modelo de saúde. Nesse momento, criam-se as Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983. As AIS podem ser definidas como um projeto interministerial entre a Previdência, a Saúde e a Educação, visando um novo modelo assistencial que utilizasse o setor público, procurando integrar ações educativas, curativas e preventivas. Assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por hospitais universitários, filantrópicos, Estados e municípios, de acordo com Faleiros.⁶⁷

As aspirações dos integrantes dos vários movimentos sociais contra o regime militar conseguiram seu marco de luta em março de 1985, com as eleições diretas, implantando um governo civil, eleito de forma indireta em janeiro do mesmo ano, tendo como Presidente da República Tancredo Neves e, como Vice-Presidente, José Sarney. Com grande tristeza para o povo brasileiro, morre Tancredo Neves, em 21 de abril de 1985, e Sarney assume o posto de Presidente da República, segundo Faleiros.⁶⁸

A instalação do novo governo, conhecido como “Nova República”, possuía um método conservador de liderança, enfrentado inúmeros conflitos entre os nomeados aos cargos governamentais. Os vários movimentos sociais implicaram na criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) ou municipais (CONASEMS), trabalhando juntamente a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual lançou as bases da reforma sanitária e do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS). Os pensamentos, ideias e reformas foram direcionados principalmente para as mulheres, trabalhadores, crianças, ciências e tecnologia, assim diz Faleiros:

[...] A Constituição Federal de 1988 configura-se como liberal, democrática e universalista, expressando as contradições da sociedade brasileira. No âmbito econômico, certos monopólios estatais foram preservados (petróleo, comunicações, portos, cabotagem); no plano social, direitos das mulheres, crianças, índios, trabalhadores rurais foram consignados. Nas áreas de

⁶⁷ FALEIROS, 1986, p. 25-37.

⁶⁸ FALEIROS, 1986, p. 25-37.

saúde, previdência e assistência social, foi assegurada a coexistência de políticas estatais com políticas de mercado.⁶⁹

Em 1988, a Constituinte, no capítulo VIII da Ordem Social e na sessão II referente à saúde, define no Art. 196:

[...] A saúde é direito de todos e dever do estado garantido mediante as políticas sociais e econômicas que visem redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.⁷⁰

A regulamentação do Sistema Único de Saúde se deu através das Leis Orgânicas n. 8.080 e n. 8.142, em 1990.⁷¹

A definição do Sistema de Saúde (SUS) está alicerçada no Art. 198, que determina que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, e constitui um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes, segundo Brasil:

I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
 II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
 III. Participação da comunidade;
 Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.⁷²

O SUS foi formulado para atender a população em um modelo de saúde voltado para as necessidades específicas da população, resgatando o compromisso do Estado diante do bem-estar social, referente à saúde coletiva, baseada nos direitos de cidadania, assim diz Faleiros.⁷³

A Lei n. 8080/90 determina o modelo operacional do SUS, através de fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, educação, trabalho, meio ambiente, transporte, saneamento básico, meio ambiente, lazer e acesso a bens e serviços. O modelo operacional baseia-se nos princípios do SUS, segundo Brasil:

⁶⁹ BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento – CIPLAN. *Resolução n. 6*, de 3 maio 1984. Ementário de Atos da CIPLAN: 1980-1988. Brasília, 1989, p. 1-300.

⁷⁰ BRASIL, 1989, Art. 196.

⁷¹ BRASIL, 1989, p. 1-300.

⁷² BRASIL, 1989, p. 1-300.

⁷³ FALEIROS, 1986, p. 25-37.

- UNIVERSALIDADE: o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;
- EQUIDADE: é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;
- INTEGRALIDADE: significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades.
- HIERARQUIZAÇÃO: Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra-referência;
- PARTICIPAÇÃO POPULAR: ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde.⁷⁴

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília/DF, onde foi trabalhado o tema em “Saúde da Família”, convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde Henrique Santillo, com apoio do UNICEF. O sucesso do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) direcionou o tema da reunião com o intuito de discutir a necessidade de incorporar novos profissionais para que os agentes não funcionassem de forma isolada. No Estado do Ceará, a supervisão do trabalho do agente comunitário é feita pelo enfermeiro, de acordo com Viana e Dal.⁷⁵ Cabe ressaltar, também, que esse movimento de “olhar a família” se deu em muitos países e a formulação do PSF teve a seu favor o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra que serviram de referência para a formulação do programa brasileiro. O PSF, por suas especificidades, caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, de acordo com o Governo.⁷⁶ O objetivo geral: “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde”. O PSF visa atender indivíduo e a

⁷⁴ BRASIL. *Lei n. 8.080*. Brasília: Congresso Nacional, 1990. Sessão I, p. 18 – 055.

⁷⁵ VIANNA, A. L. A.; DAL POZ, M. R. *Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Abril, 1998, p. 225-264.

⁷⁶ GOVERNO do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. *Programa de Saúde da Família*. Belo Horizonte: SES, 1997, p. 1-7.

família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, segundo o Governo.⁷⁷ As equipes de PSF, funcionando adequadamente, podem auxiliar na resolução dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população, de acordo com Brasil.⁷⁸

O Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) foi estabelecido em 1983 através do movimento sanitário e acompanhado pelo movimento feminista, que ganhou forças na década de 1980, com as discussões a respeito do Planejamento Familiar, maior igualdade social e política. O Ministério da Saúde divulgou oficialmente o PAISM em 1984, através do documento preparado pela referida comissão: “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”, segundo Brasil.⁷⁹

O PAISM teve como objetivo prestar uma assistência vinculada às necessidades femininas, não somente no ciclo gravítico, mas em todas as suas particularidades, ou seja, que a assistência integral deveria trabalhar a parte social, econômica e psicológica, assim objetiva Brasil.⁸⁰

O grande êxito do PAISM foi a introdução da contracepção, um marco vitorioso para cada mulher. Entretanto, não havia um programa de acompanhamento com profissionais capacitados para orientação dessas mulheres no uso das pílulas, de acordo com Osis.⁸¹

O Plano de Ação de 2004 a 2007 do Ministério da Saúde objetivou a integralidade dos diversos níveis do sistema, para que a assistência prestada pela equipe fosse de maneira coerente, respeitando as diferenças de cada localidade, financiando 100% das atividades desenvolvidas. Algumas condições são fundamentais para a concretização desta proposta: a decisão política dos

⁷⁷ GOVERNO, 1997, p. 1-77.

⁷⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Brasília: MS, 1997, p. 1-34.

⁷⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1*. Brasília: MS, 2000, p. 1-19.

⁸⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência Integral Saúde da Mulher: bases de ação programática*. Brasília: MS, 1984, p. 1-15.

⁸¹ OSIS, M. J. D. *Atenção Integral à Saúde da Mulher, o conceito e o programa: História de uma Intervenção*. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994, p. 1-8.

secretários estaduais e municipais de saúde, que se traduz no cumprimento do que estabelece a Emenda Constitucional n. 29, garantindo a alocação de recursos financeiros e humanos; o compromisso dos profissionais de saúde, atores essenciais na mudança do atual modelo de saúde, na humanização, na participação da sociedade civil, afirma Osis:

[...] As políticas de atenção à saúde da mulher propostas neste Plano de Ação são resultantes de um processo de interlocução que envolve as diversas áreas do Ministério da Saúde cujas ações apresentam interface com a saúde da mulher.⁸²

O objetivo geral do PAISM é promover ampliação, humanização e qualificação da atenção integral a saúde prestada pelo SUS, contribuir para a redução da mortalidade e morbidade feminina no Brasil e a melhoria das condições de vida das mulheres brasileiras. O sucesso do programa está baseado nos seguintes objetivos específicos, assim estabelece Brasil:

1. Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST;
2. Estimular a implantação e a implementação da assistência em planejamento familiar para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde;
3. Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes;
4. Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual;
5. Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS na população feminina;
6. Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina;
7. Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero;
8. Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério;
9. Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade;
10. Promover a atenção à saúde da mulher negra;
11. Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade;
12. Promover a atenção à saúde da mulher indígena;
13. Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão;
14. Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres.⁸³

⁸² OSIS, 1994. P. 1-8.

⁸³ BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção à saúde da mulher*. Brasília: MS, 2004, p. 1-44.

O Plano de Ação para a Atenção Integral à Saúde da Mulher deverá ser realizado pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com o auxílio técnico e financeiro do Ministério da Saúde, em parceria com entidades governamentais e não-governamentais, segundo Brasil.⁸⁴

3.2 Conhecendo a educação permanente em saúde nas mais diversas redes

O PAISM é trabalhado pelo SUS, realizando inclusão social. Essa inclusão está relacionada diretamente com os mais diversos seguimentos sociais, dentre eles podemos destacar as instituições religiosas, de acordo com Brasil.⁸⁵

A criação do SUS estabeleceu inúmeras mudanças no padrão de saúde da população brasileira, como visto anteriormente, ao fazermos uma breve análise da história da saúde no Brasil. Para que essas mudanças realizem maiores transformações, é necessário também modificar o modo de ensino e aprendizagem em saúde. Ao trabalhar educação em saúde, é preciso basear o planejamento do ensino e aprendizado a partir dos princípios que orientam a criação do SUS: a construção descentralizada do sistema, a universalidade, a integralidade, e a participação popular. O processo baseado na educação permanente possibilita o desenvolvimento da formação da equipe em saúde, do programa e da comunidade. É necessária uma articulação e aplicação adequada do processo de educação em saúde, fazendo um levantamento antecipado da *problematização*, levando em consideração as diferenças e as necessidades dos atores envolvidos em uma organização individual e coletiva do sistema como uma rede única, segundo Brasil.⁸⁶

A atual realidade da formação dos profissionais de saúde que realizarão o processo de educação em saúde está distante das necessidades de saúde da população e da organização do sistema, bem como muitos estão desatualizados nas mais variadas novas formas de ensino, afirma Brasil:

[...] O Departamento de Gestão da Educação na Saúde, ligado à Secretaria, foi organizado em três Coordenações-Gerais: a de Ações Estratégicas e Educação na Saúde, responsável pelo trabalho com os profissionais de nível técnico; a de Ações Técnicas em Educação na Saúde, responsável

⁸⁴ BRASIL, 2004, p. 1-44.

⁸⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Educação permanente: entra na roda*. Brasília: MS, 2005, p. 1-36.

⁸⁶ BRASIL, 2005, p. 1-36.

pela educação técnica; e a de Ações Populares de Educação na Saúde, que cuida da educação popular em saúde.⁸⁷

O programa de educação permanente estabelecido pelo Ministério da Saúde objetiva uma estratégia através do controle social em Saúde, práticas de formação, de atenção, de gestão e participação popular. Precisa estar baseada em uma *educação significativa*, relacionada com o que seja familiar às pessoas, fazendo parte do seu cotidiano, relacionada com as vivências das pessoas, suas experiências, suas dúvidas e seus problemas. A educação permanente em saúde permite a melhoria da qualidade do cuidado à saúde e a humanização ao atendimento, assim preconiza Brasil:

[...] Os Pólos de Educação Permanente são os gestores estaduais e municipais de saúde, as instituições de ensino com cursos na área da Saúde, os hospitais de ensino, as organizações estudantis da área da Saúde, os trabalhadores de saúde, os conselhos municipais e estaduais de saúde, os movimentos sociais ligados à gestão social das políticas públicas de saúde e todos aqueles que, de alguma maneira, estejam envolvidos com as questões de saúde em nosso País.⁸⁸

O processo de educação permanente será efetivo se englobar dirigentes, profissionais da saúde, estudantes e usuários, objetivando o ensino e o aprendizado através do fazer, pensar e educar em saúde, afirma Brasil:

[...] Outra importante função dos Pólos é descobrir formas de aproximar as escolas dos serviços de saúde, possibilitando que professores e estudantes vivenciem o cotidiano dos processos de organização dos serviços de cuidado e atenção à saúde da população.⁸⁹

Os objetivos aplicados aos pólos podem ser definidos como: formular e integrar ações de educação em serviço ou formação para usuários, dirigentes de ações ou unidades, gestores públicos, professores, estudantes e trabalhadores da área da Saúde, agentes sociais e parceiros intersetoriais; provocar processos de transformação das práticas de saúde e de educação na saúde; formular políticas de formação e desenvolvimento em bases locais e regionais e estabelecer relações com outros Pólos, segundo Brasil.⁹⁰

⁸⁷ BRASIL, 2005, p. 1-36.

⁸⁸ BRASIL, 2005, p. 1-36.

⁸⁹ BRASIL, 2005, p. 1-36.

⁹⁰ BRASIL, 2005, p. 1-36.

3.3 Exame citopatológico uma ferramenta para detecção precoce do câncer de colo uterino

O câncer de colo uterino constitui um grave problema de saúde pública no Brasil para as mulheres, pois pelas estatísticas mundiais os países em desenvolvimento possuem um percentual de aproximadamente 80% desses casos e o Brasil muito contribui para esse número, de acordo com Palmeiras e Lopes.⁹¹

O Brasil foi um dos primeiros países do mundo a introduzir o exame citopatológico para detecção de câncer de colo uterino, porém este continua sendo um sério problema de saúde, segundo Praça e Vasconcelos.⁹²

Por esse motivo, preconiza-se que mulheres que se tornam sexualmente ativas devem ter o hábito regular de realização desse exame. Salientamos que o exame citológico detecta apenas alterações epiteliais, portanto não é um método diagnóstico definitivo, afirma Crum.⁹³

Na área da saúde íntima da mulher, a prevenção do câncer de colo do útero assume uma posição de destaque. É preciso que o profissional de enfermagem esteja devidamente capacitado para detectar possíveis lesões ou alterações epiteliais no colo uterino. A partir do conhecimento da doença, pode-se elaborar uma estratégia de prevenção, sendo esta uma determinante que amplia as chances de cura. A coleta de Papanicolau realizada pelo auxiliar ou técnico de enfermagem, devidamente capacitado e supervisionado pelo enfermeiro, é respaldada pela Lei do Exercício Profissional (LEP) n. 7498/86., de acordo com Ramos⁹⁴

Conforme o referido autor citado acima, o profissional ainda deve adotar uma postura ativa e não passiva frente ao controle do câncer de colo uterino, implementando suas ações no sentido educacional, triagem, entrevista e busca ativa das mulheres para realização do exame.

⁹¹ PALMEIRA; LOPES, 2006, p. 566-569.

⁹² PRAÇA, N. S.; VASCONCELOS, L. L. Conhecimento e ações de puérperas na prevenção do câncer de colo uterino. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 149-155, maio/ago. 2003.

⁹³ CRUM, C. P. Aparelho genital feminino. In: V.V.A.A. *Patologia estrutural e funcional*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p. 935-948.

⁹⁴ RAMOS, A. S. et al. Perfil das mulheres de 40 a 49 anos cadastradas na rede de saúde pública na cidade de Ribeirão Preto, SP. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 171-174, mar./abr. 2006; GOVERNO do Estado de São Paulo. Secretaria do Estado de Saúde. Fundação Oncocentro de São Paulo. *Condutas clínicas frente aos resultados do exame de Papanicolau*. 2.ed. São Paulo: SES, 2006.

É necessário ter uma visão mais apurada, pois o câncer de colo uterino, considerando sua condição anatômica, diferentemente da maior parte dos tumores malignos do ser humano, apresenta aspectos epidemiológicos, etiológicos e evolutivos bem definidos para sua detecção em estágios pré-malignos ou iniciais. Porém, apesar da metodologia para o seu rastreamento ser de fácil acesso, baixo custo e fácil execução, ainda representam a segunda maior estimativa de incidência de neoplasia maligna na população feminina brasileira, de acordo com Davim.⁹⁵

O câncer de colo do útero ainda representa a neoplasia maligna mais frequente do aparelho genital feminino. No Brasil, o percentual de mulheres beneficiadas pelo exame de Papanicolau ainda é muito reduzido, tendo em vista que sua cobertura não ultrapassa a 8% das mulheres com idade superior a 20 anos, segundo Oliveira, Fernandes e Galvão.⁹⁶

Este fato fere as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que estabelece como parâmetro razoável uma cobertura de 85% 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 maioria das mulheres submetidas ao exame preventivo tem menos de 35 anos, sugerindo-se que o seu acesso às medidas de prevenção está relacionado ao comparecimento nos postos de saúde pela necessidade de cuidados no controle da natalidade, segundo Rezende.⁹⁷

Mostra-se imperioso que se amplie a quantidade de informações sobre a prevenção e tratamento do câncer de colo uterino, antes que a patologia se instale, assim diz Pessini e Silveira:

[...] A OMS assinala os fatores sociais, ambientais e hábitos de vida como os de maior incidência para essa patologia, destacando-se as baixas condições sócio-econômicas, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, tabagismo, precárias condições de higiene, uso prolongado de contraceptivos orais, gestação precoce, multiparidade, carência das vitaminas A e C, irradiações ionizantes, alterações imunológicas. Outro fator de risco de grande significância é a história de doenças sexualmente transmissíveis (DST), principalmente na exposição

⁹⁵ DAVIM, 2005, p. 243-366.

⁹⁶ OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; GALVÃO, M.T.G. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico uterino. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 151-155, maio 2005.

⁹⁷ Verbete: Ginecologia. In: TIERNEY, L. M. et al. *Diagnóstico e tratamento*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 751-752; REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. Câncer genital: as indicações da cirurgia no ciclo gestativo. In: REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. *Obstetrícia fundamental*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 450-455.

ao Vírus Papiloma Humano (HPV), cujos estudos vêm demonstrando papel importante no desenvolvimento da neoplasia das células cervicais e na sua transformação em células cancerígenas. Estando o HPV presente em 99% dos casos de câncer de colo de útero, a idade é tida como fator de risco, sendo a faixa etária de maior incidência a de 35 a 49 anos de idade, com destaque para aquelas mulheres que nunca realizaram o exame de Papanicolau.⁹⁸

Convém ressaltar a importância do tempo de atividade sexual da mulher no desenvolvimento da neoplasia cervical. Uma mulher que inicia sua atividade sexual aos 35 anos está em uma situação de risco semelhante a uma que iniciou aos 15 anos, segundo Pessini e Silveira.⁹⁹

Dentro de uma perspectiva epidemiológica, a literatura mostra que existe íntima relação entre o câncer de colo de útero e o comportamento sexual das mulheres, de acordo com Praça e Vasconcelos.¹⁰⁰

Nas estatísticas internacionais, o câncer de colo uterino representa cerca de 11% de todos os tumores malignos femininos e 65% dos tumores do aparelho reprodutor da mulher. Antes de atingir os 80 anos, aproximadamente duas de cada 100 mulheres terão essa neoplasia, afirma-se que 95% dos casos poderiam ser curados, se diagnosticados de forma precoce. Este índice, no entanto, na média internacional não ultrapassa os 50%. Este é um dos raros tumores em que é possível não apenas fazer um diagnóstico precoce, como também fazer uma verdadeira prevenção, através da descoberta da lesão precursora. O tratamento adequado dessa lesão tem elevado grau de eficiência, de acordo com Riviere.¹⁰¹

Segundo Pessini e Silveira, a prevenção ao carcinoma epidermoide do colo do útero baseia-se em cinco pontos fundamentais:

- A prevenção primária, que consiste na obtenção de dados da história ginecoblástica, atenta para aspectos da vida sexual e informar a mulher qual a periodicidade adequada e desejável para a realização dos exames e na identificação de clientes de risco;
- Dedicção de atenção especial aos clientes de alto risco;
- Uma vez identificado o alto risco para câncer de colo uterino, as clientes deste grupo deverão ser submetidas com frequência maior a exames mais complexos. Esses exames devem ser realizados em períodos mais espaçados, ou a realização de exames mais frequentes em um grupo mais reduzido de mulheres

⁹⁸ INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER *apud* DAVIM, 2005, p. 243-366

⁹⁹ PESSINI; SILVEIRA, 1994, p. 192-210.

¹⁰⁰ PRAÇA; VASCONCELOS, 2003, p. 149-155.

¹⁰¹ RIVOIRE, W. et al. Neoplasias malignas do colo uterino. In: FREITAS, F. et al. *Ginecologia preventiva*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 257-277.

traria mais resultados epidemiológicos. De forma geral, supõe-se que quanto mais exames, maior a possibilidade de detecção precoce e, portanto, melhores os resultados para a saúde feminina. Entretanto, é preciso levar também em conta as condições objetivas da saúde no país, e a infra-estrutura existente. Neste sentido, se há carência de recursos, recomendam-se dar prioridade às mulheres que nunca se submeteram ao exame, seguidas pelas de 30 a 35 anos, faixa de maior incidência das neoplasias ligadas ao câncer de colo uterino. A utilização inadequada desses recursos disponíveis e a indefinição de normas e condutas estão entre os principais fatores que impedem o bom funcionamento da rede básica de saúde;

- A correção de fatores predisponentes, ou seja, tratamento adequado e bem acompanhado das infecções cervicais, controlar as viroses e correção da higiene sexual;
- Diagnosticar, tratar e controlar as lesões pré-malignas e entre as verificações possíveis a serem analisadas.¹⁰²

Entre as verificações possíveis a serem analisadas, destaca-se segundo Peloso, Carvalho e Higarashi:

[...] As mulheres revelam conhecer alguns aspectos acerca da importância da realização do exame. Apenas reconhecer a importância do exame não é o fator primordial ou decisivo que leva as mulheres a se submeterem a ele para a consecução de resultados efetivos, contundentes, é preciso uma disposição e uma convicção pessoal, uma vontade interior capaz de sobrepujar a insegurança e outros bloqueios e que possibilite o ato voluntário de ir ao encontro da prevenção.¹⁰³

O referido autor acima cita que o êxito do rastreamento do câncer cérvico-uterino depende, acima de tudo, da reorganização da assistência à saúde das mulheres no serviço de saúde, da capacitação dos profissionais da área, da qualidade e continuidade das ações de prevenção e controle das doenças, do estabelecimento de ações humanizadas e equitativas, do respeito às diferenças culturais, da eliminação das barreiras e das iniquidades no acesso e utilização dos serviços preventivos.

3.4 O processo educativo em educação permanente em saúde trabalhando os fatores que podem dificultar as mulheres a não realizarem o exame citopatológico

As campanhas de prevenção e/ou detecção precoce dessa patologia não têm sido bem sucedidas, sabendo-se que esse tipo de câncer continua a se

¹⁰² PESSINI; SILVEIRA, 1994, p. 192-210.

¹⁰³ PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, I. H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. *Acta Scientiarum Health Sciences*, Maringá, v. 26, n. 2, p. 319-324, 2004.

constituir em séria ameaça para a população feminina brasileira. Diversas causas podem ser pontuadas para explicar esse fenômeno, como por exemplo: a dificuldade em acessar os serviços de saúde para a realização do exame de Papanicolau, a demanda reprimida, a falta de oportunidade que a mulher tem para falar sobre si e sua sexualidade, como também, pelo desconhecimento sobre o câncer ginecológico acrescido de tabus e ideias preconceituosas sobre a mulher. Em relação à mulher, pode-se inferir que, ao sair do serviço de atendimento bem orientada, ela não somente retornará para receber o seu resultado, como se transformará em um agente multiplicador em sua comunidade, de acordo com Palmeiras e Lopes.¹⁰⁴

Os estudos que referem acerca dos fatores relacionados às mulheres relatam que sentimentos avassaladores estão embutidos em seu comportamento diante da realização do exame de Papanicolau, pois a maioria sente durante a realização do exame medo de descobrir que está com câncer e, ainda, a vergonha do exame devido à sua exposição, segundo Pelloso, Carvalho e Higarashi.¹⁰⁵

O mesmo autor citado acima refere que o sentimento de vergonha está certamente relacionado com a impessoalidade desse procedimento tão invasivo, com a exposição do corpo, com a questão da sexualidade e dos tabus relacionados a este tema e com o fato de a mulher perceber que seu corpo vai ser visto e compreendido como objeto, desvinculado de sua condição humana. Para que se possa vencer esta barreira cultural, é fundamental a informação e a conscientização da mulher.

Também há as que acham o exame embaraçoso, principalmente quando o médico é um homem, segundo Passos, Aguiar e Becker.¹⁰⁶

A própria natureza do exame, que envolve a exposição de órgãos relacionados à sexualidade, acaba sendo motivo de desconforto emocional para muitas mulheres. Esses sentimentos tornam-se obstáculos para um comportamento preventivo em relação ao câncer cérvico-uterino, e podem ainda se perpetuar dentro

¹⁰⁴ PALMEIRA; LOPES, 2006, p. 566-569.

¹⁰⁵ PELLOSO; CARVALHO; HIGARASHI, 2004, p. 319-324.

¹⁰⁶ PASSOS, E. P.; AGUIAR, L. O. M.; BECKER, E. Estudo do aparelho genital. In: FREITAS et al. *Rotinas em ginecologia*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 4-18.

dos núcleos familiares e sociais, impedindo o estabelecimento de ações eficazes no sentido da prevenção, segundo Brasil.¹⁰⁷

Um número considerável de mulheres tem comportamento que as tornam vulneráveis à doença. Sentem-se constrangidas e envergonhadas ao se submeterem ao exame de prevenção, revelam também atitudes de submissão em relação aos profissionais e sentem-se um objeto, segundo Pelloso, Carvalho e Higarashi.¹⁰⁸

Observamos que a situação de trabalho da mulher pode apresentar-se como empecilho para a realização do exame, pois mesmo tendo direito de ausentar-se do trabalho para tratamento de saúde, usufruir desse direito pode tornar-se difícil devido a pressões do mercado de trabalho, segundo Greenwood, Machado e Sampaio.¹⁰⁹

Outro motivo alegado foi a sobrecarga de trabalho da mulher e superposição de tarefas, de acordo com Oliveira, Fernandes e Galvão.¹¹⁰

As pesquisas mostram que as mulheres têm um conhecimento quanto aos cuidados que antecedem a realização do exame. No entanto, conhecimento fragmentado expressado por essas mulheres denota a necessidade de uma intervenção educativa direcionada aos cuidados prévios a sua coleta, visto que a sua negligência interfere na realização do exame bem como, no seu resultado, de acordo com Davim.¹¹¹

É enfatizado pelo autor citado acima que em países mais pobres encontram-se casos de até 80% de óbitos por esse tipo de neoplasia, por se tratar de uma patologia que acomete em especial as mulheres com baixo nível de escolaridade e pouco acesso aos serviços de saúde.

Há mulheres que acreditam não haver necessidade de realizar a prevenção nas diferentes fases da vida. A mulher com idade mais avançada, especialmente com família constituída, julga desnecessário recorrer ao serviço de saúde para a prevenção, de acordo com Oliveira, Fernandes e Galvão.¹¹²

¹⁰⁷ BRASIL, 2000, p. 1-19.

¹⁰⁸ PELLOSO; CARVALHO; HIGARASHI, 2004, p. 319-324.

¹⁰⁹ GREENWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006, p. 503-509.

¹¹⁰ OLIVEIRA; FERNANDES; GALVÃO, 2005, p. 151-155.

¹¹¹ DAVIM, 2005, p. 243-366.

¹¹² OLIVEIRA; FERNANDES; GALVÃO, 2005, p. 151-155.

Outro motivo também alegado por este autor são as mulheres que vivenciaram a situação de violência no lar, pois em decorrência desse fato ficavam desestimuladas no relacionamento ao cuidado com o próprio corpo.

O fato é que a mulher, na maioria das vezes, percebe o exame preventivo como um instrumento diagnóstico, não o incorporando como rotina preventiva em sua vida.¹¹³ Mesmo assim, há quem deixe de realizar por não achar necessário e ainda há as que nunca realizaram em nenhuma fase da vida um único exame preventivo, de acordo com Rezende e Montenegro.¹¹⁴

As hipóteses aventadas para a dificuldade na diminuição nos índices de infecção e morbidade ligam-se à resistência das mulheres em fazer o exame. Não apenas a falta de orientação adequada leva ao não reconhecimento da importância do método como sendo fundamental para a saúde da mulher, como também supomos que resistências culturais impedem que a mulher procure o ginecologista para fazer a prevenção adequada, bem como a sua confiabilidade no profissional que realiza o procedimento na unidade de saúde, segundo Passos, Aguiar e Becker.¹¹⁵

Os profissionais, entendendo que o exame é indolor, de baixo custo, rápido e gratuito, consideram-no como uma obrigatoriedade da mulher em realizá-lo, exercendo dessa forma uma assistência preventiva de forma autoritária. Por meio dessa compreensão, não percebem que a ação de prevenir não envolve apenas a vontade de quem o realiza, mas a sua importância, de acordo com Davim.¹¹⁶

No momento do exame de citologia oncótica, o profissional de saúde parece não compreender o significado que este procedimento tem para a mulher, encarando o evento como algo corriqueiro, cotidiano e sem importância. Tal postura talvez seja um dos empecilhos para uma cobertura maior, segundo Pelloso, Carvalho e Higarashi.¹¹⁷

Muitas mulheres não têm consciência de seu direito de receber atendimento satisfatório pelo profissional de saúde. Outras mesmo tendo esse conhecimento não possuem a autoconfiança necessária para garantir esse direito. A maneira como o

¹¹³ DAVIM, 2005, p. 243-366.

¹¹⁴ REZENDE; MONTENEGRO, 2006, p. 450-455.

¹¹⁵ PASSOS; AGUIAR; BECKER, 1993, p. 4-18.

¹¹⁶ DAVIM, 2005, p. 243-366.

¹¹⁷ PELLOSO; CARVALHO; HIGARASHI, 2004, p. 319-324.

profissional atende a cliente deve ser constantemente avaliada. Estabelecer relacionamentos com os clientes concorre para desenvolver sentimentos de responsabilidade no profissional de saúde, segundo Greenwood, Machado e Sampaio.¹¹⁸

Tão importante quanto preparar a mulher culturalmente para a realização do exame é preparar os estabelecimentos de saúde para receber esta mulher. Não apenas a mulher precisa se conscientizar de que o exame é importante e que deve ser encarado com mais naturalidade, é preciso também preparar as unidades de saúde para receber estas mulheres de forma a contribuir para a redução do constrangimento feminino, de acordo com Peloso, Carvalho e Higarashi.¹¹⁹

Nos países desenvolvidos, a frequência do câncer cervical foi drasticamente reduzida a partir de campanhas junto à população feminina e de exames de detecção em massa, o que não é feito adequadamente como rotina no Brasil. A disparidade de números se dá também dentro das próprias regiões do Brasil: “as cifras variam, em diferentes pontos do país, de 19% a 40%. Sua incidência é maior em regiões onde os níveis educacionais são mais baixos”, de acordo com Abrão.¹²⁰

Entre os fatores que colaboram para esses resultados ruins na prevenção e diagnóstico precoce do câncer do colo uterino, podemos destacar a baixa cobertura nacional do exame Papanicolau que, segundo apontam Pessini e Silveira¹²¹, não ultrapassa 10% em São Paulo e no Rio de Janeiro, os centros mais desenvolvidos do país, estando, portanto, muito longe do ideal.

A longa espera para o atendimento ou marcação de uma consulta e indisponibilidade de recursos materiais e humanos são importantes causadores da falta de adesão da cliente ao Papanicolau. É importante que o serviço de saúde reflita sobre sua realidade de atendimento a fim de promover resolutividade de sua atuação. Nesse processo, é imprescindível que haja constante reavaliação do atendimento oferecido, implementando ações que facilitem o acesso da mulher ao

¹¹⁸ GREENWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006, p. 503-509.

¹¹⁹ PELLOSO; CARVALHO; HIGARASHI, 2004, p.319-324.

¹²⁰ ABRÃO, F. S. Tratamento do câncer de colo uterino. In: OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, I.; COSTA, O. T. *Tratado de ginecologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 1289-1301.

¹²¹ PESSINI; SILVEIRA, 1994, p. 192-210.

serviço, e gerar nos funcionários um senso de responsabilidade em relação ao acolhimento das clientes, de acordo com Greenwood, Machado e Sampaio.¹²²

Acredita-se que para alcançar um objetivo eficiente na assistência a mulher deve ser considerada a ampliação quantitativa dos profissionais que a atendem, e ser dada ênfase à qualidade da assistência. Julgamos que a atenção a esses aspectos favorece o aumento da demanda da clientela aos serviços de saúde que devem ainda estar equipados técnica e estruturalmente para possibilitar um atendimento eficaz e dinâmico, afirma Davim.¹²³

Dentro das concepções do autor acima citado, a realidade das infraestruturas das instituições, em particular as públicas, associada à postura dos profissionais de saúde, que interferem na análise da cobertura do exame preventivo, justificando o fato, à baixa demanda das mulheres.

Foram detectados vários aspectos como impeditivos para a mulher realizar o exame citopatológico. A orientação à mulher, capacitando-a a compreender a importância da prevenção do câncer do colo do útero, a maior interação profissional-paciente e a operacionalização do serviço seriam alavancas úteis para a superação desse problema.

O exame citopatológico constituiu grande avanço no controle do câncer de colo uterino, infecções viróticas, infecções vaginais e informações sobre alguns hormônios. O nome origina-se do médico greco-americano Georgios Papanicolaou (1883-1962), considerado o pai da citopatologia, que evoluiu desde então, pois as primeiras coletas eram realizadas por aspiração do conteúdo vaginal para diagnóstico de lesões cérvico-vaginais. Naquela ocasião, trabalhava-se com células descamadas, obtidas por aspiração com pipeta e pêra do material contido no fundo-de-saco posterior da vagina. Posteriormente, foi padronizada a utilização da coleta com espátula, sendo mais frequente usada a espátula de Ayre, visando à raspagem da parede vaginal e da ectocérvice com cada uma de suas extremidades, segundo Terreiro.¹²⁴

¹²² GREENWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006, p. 503-509.

¹²³ DAVIM, 2005, p.243-366

¹²⁴ TERREIRO, L. M. A. Citologia esfoliativa em ginecologia. In: DELLIVENNERI, A. P. *Temas de ginecologia e obstetrícia*. São Paulo: Sarvier, 1979. p. 213-219.

A correta prática citodiagnóstica fundamenta-se em múltiplos aspectos técnicos, que devem ser observados, pois essas células devem ser colhidas na região do orifício externo do colo e canal endocervical, colocadas em uma lâmina transparente de vidro, coradas e levadas para exames ao microscópio, preservadas em número suficiente para diagnóstico, de acordo com Donadio.¹²⁵

Tal aspecto é também assegurado por Alves, que discute a importância de se ter uma amostra adequada fundamentando-se nos estudos de Gay e outros, afirmando que “o esfregaço ideal é o que contém número suficiente de células epiteliais colhidas sob visão direta e refletindo os componentes endo e ectocervicais, já que a maioria dos processos neoplásicos se inicia na zona de transformação (junção escamocolunar)”, segundo Alves¹²⁶ que considera “que o número ideal seja acima de 300 de células epiteliais”.

Ainda de acordo Horta, é necessário ter cuidados antes da coleta como:

- Humanização no atendimento, respeitando a privacidade da mulher;
- Preenchimento correto do formulário;
- A identificação da lâmina deve ser feita na extremidade fosca, com lápis preto n. 2, previamente à coleta, contemplando, número de registro da mulher e iniciais do seu nome;
- A mulher não deve estar menstruada. Preferencialmente, aguardar o quinto dia após o término da menstruação;
- Não deverá usar creme vaginal nem submeter-se a exames intravaginais por dois dias antes do exame;
- Abstinência sexual por 24 horas;
- A coleta em grávidas não deve ser realizada na região endocervical, porém Horta afirma que pacientes grávidas podem ser submetidas à coleta tríplice;
- As mulheres virgens devem ter o material coletado somente pelo médico, preferencialmente usando microcuretas ou espátulas especialmente preparadas para apresentarem espessura mínima, devendo o swab ou cotonete ser terminantemente afastado desse tipo de coleta.¹²⁷

Além desses cuidados, os procedimentos de coleta devem seguir alguns passos como sugere Palmeira e Lopes:

¹²⁵ DONADIO, N. Citologia oncológica. In: PIATO, S. *Diagnóstico e terapêutica em ginecologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1981. p. 53-63.

¹²⁶ ALVES, V. A. F. Citologia cérvico-vaginal. In: HALBE, H. W. *Tratado de ginecologia*. 3. ed. São Paulo: Rocca, 2000. p. 540.

¹²⁷ HORTA, 2000, p.132-133.

1. Orientar a cliente sobre o desenvolvimento do exame, procurando deixá-la menos ansiosa;
2. Solicitar à cliente que esvazie a bexiga;
3. Em seguida, que ela retire a parte inferior da roupa, dando-lhe o avental ou um lençol para que se cubra, indicando o biombo para a troca da roupa ou outro local reservado;
4. Solicite que ela deite na cama, auxiliando-a a posicionar-se adequadamente para o exame;
5. Cubra-a com o lençol;
6. Inicie a primeira fase do exame, realizando o exame ginecológico, observando se há a presença de lesões, verrugas e corrimentos na região vulvar e vaginal;
7. Escolha o espéculo mais adequado ao tamanho da vagina da cliente;
8. Introduza o espéculo procedendo da seguinte forma:
 - Em posição vertical e ligeiramente inclinada;
 - Iniciada a introdução faça uma rotação de 90°, deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espéculo fique na posição horizontal;
 - Uma vez introduzido na vagina, abra-o lentamente e com delicadeza.
9. Realizar a coleta das regiões do ectocérvice, fundo de saco vaginal e do canal cervical separadamente.
 - a) Proceder à coleta da ectocérvice:
 - Utilize a espátula de madeira tipo Ayre, do lado que apresenta reentrância;
 - Encaixe a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem na mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360°, em torno de todo o orifício, procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra;
 - Estenda o material ectocervical na lâmina dispondo-o no sentido vertical ou horizontal, ocupando 2/3 da parte transparente da lâmina, esfregando a espátula com suave pressão, garantindo uma amostra uniforme.
 - b) Proceder à coleta de fundo de saco:
 - Utilize agora a extremidade oposta da espátula;
 - Recolha o material, raspando suavemente o fundo de saco vaginal;
 - Estenda o material na lâmina paralelamente ao primeiro esfregaço.
 - c) Proceder à coleta do canal cervical:
 - Utilize a escova de coleta endocervical;
 - Recolha o material introduzindo a escova delicadamente no canal cervical, girando-a a 360°;
 - Ocupando 1/3 restante da lâmina, estenda o material rolando a escova de cima para baixo;
 - A fixação do esfregaço deve ser procedida imediatamente após a coleta, sem nenhuma espera, visando conservar o material colhido, mantendo as características originais da

célula, sendo que a fixação será realizada com o uso de Polietilenoglicol, Álcool a 95% e Propinilglicol.

d) Ao finalizar o procedimento:

- Feche o espécule;
- Retire-o delicadamente;
- Auxilie a cliente a descer da mesa;
- Solicite que ela se troque;
- Oriente a cliente que venha buscar o resultado do exame conforme a rotina da unidade de saúde;
- Enviar as lâminas ao laboratório de citologia.¹²⁸

É impreterível salientar que durante a consulta ginecológica a interação entre o enfermeiro e a cliente possibilita ao profissional realizar intervenções específicas planejar os próximos encontros e avaliar o processo saúde-doença. Ações de enfermagem são definidas com base em fenômenos, determinado por meio da avaliação clínica. Ademais, tais ações podem ser mais direcionadas tendo como um ponto de partida a classificação que procura unir fenômenos e ações, afirma Alves.¹²⁹

¹²⁸ PALMEIRA; LOPES, 2006, 566-569.

¹²⁹ ALVES, 2000, p. 540.

3 CAMINHO METODOLÓGICO: A CONSTRUÇÃO DO ALICERCE DA VALORIZAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER

A construção do alicerce da valorização da mulher foi desenvolvida através de uma metodologia proposta por vários autores em suas mais diversas obras, que se tornou uma base de motivação ao desejo de pesquisar o tema proposto, dando a mim o privilégio de tornar um desejo em um tributo de ação organizada, permanente e constante que me levou a construir essa pesquisa.

Ao desenvolver uma pesquisa, o desejo do pesquisador e conhecer a realidade; e para iniciar a construção desse conhecimento é necessária a leitura, que nos leva ao estudo e nos possibilita a produção de conhecimento, de acordo com Martins.¹³⁰

A tipologia do estudo foi primeiramente baseada no estudo fenomenológico-hermenêutico que pode ser definido como um método que aborda técnicas não quantitativas, privilegiando os estudos teóricos e a análise de documentos e textos, permitindo o interesse por práticas alternativas. Isso permite ao pesquisador uma análise sobre o fenômeno de seu estudo, segundo Martins.¹³¹

A abordagem e a descrição do fenômeno foram através do método descritivo que possui como objetivo descrever as principais características de um fenômeno ou população e estabelecer as relações entre fatos e variáveis, segundo Martins.¹³²

Na construção de um trabalho científico, faz-se necessário um estudo pessoal, o qual deve ser baseado em documentos. Tal busca de conhecimento deve proporcionar um conhecimento eficaz sobre o tema abordado que será desenvolvido na pesquisa. A assimilação do conteúdo estudado deve abranger de forma grandiosa a formulação e construção do trabalho científico. O processo de aprendizagem é uma tarefa eminentemente pessoal, que leva a percorrer um limiar a partir do qual toda uma atividade de estudo e de pesquisa que levará a uma criação criativa na área de estudo, de acordo com Marconi e Lakatos.¹³³

¹³⁰ MARTINS, G. A. M. *Metodologia para a elaboração de monografias e dissertações*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000; SANTOS, I. E. *Métodos e técnicas de pesquisa científica: TCC, Monografias, Dissertações e Teses*. 4. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2003, p. 1-136.

¹³¹ MARTINS, 2000, p. 1-136.

¹³² MARTINS, 2000, p. 1-136.

¹³³ MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos da metodologia científica*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010, p.1-320.

A formação da pesquisa trilhou as seguintes etapas, segundo Marconi e Lakatos:

- **Escolha do tema:** Pode ser feita pelo autor, pelo professor ou pelo próprio aluno. Nos cursos de mestrado e doutorado devem ser desenvolvidas segundo as linhas de pesquisas. A escolha do tema permite ao pesquisador determinar de forma precisa as dificuldades que serão enfrentadas, possibilitando o estudo, a avaliação reflexiva e analítica que levará ao encontro da resposta desejada.¹³⁴
- **Levantamento bibliográfico:** A base da pesquisa foi a revisão bibliográfica que deve ser feita com base documental em ensaios críticos, resenhas, artigos científicos, revistas, jornais, periódicos e livros.¹³⁵
- **Formulação do problema:** A elaboração do problema possibilitou a compreensão do mundo em que está inserida a pesquisa.¹³⁶
- **A formulação das hipóteses:** É a ideia central que a pesquisa propõe determinar, relacionando duas ou mais variáveis, permitindo alcançar várias etapas que se deve atingir a construção total do raciocínio. As hipóteses devem ser claras, simples, passíveis de verificação e compreensíveis. A hipótese é o que se pretende demonstrar e não o que já se tem demonstrado, possibilitando o avanço do conhecimento.¹³⁷
- **Ficha de leitura do material e fichamento:** A prática da documentação proporciona ao pesquisador adquirir para si uma posse de informações variadas que o possibilitarão se especializar de forma razoável na área afim. A documentação deve ser realizada de forma criteriosa, acompanhada de leituras efetivas que o possibilitarão encontrar a documentação temática que possibilita ao pesquisador coletar conhecimento relevante para o estudo geral e o estudo específico, levando à criação de um fichamento no qual serão descritos os temas e subtemas tirados das leituras particulares, da participação em seminários, conferências e aulas.¹³⁸ O próximo passo é a documentação bibliográfica que completa a documentação temática através do fichamento de livros, artigos e demais trabalhos que abordem o assunto pesquisado.¹³⁹
- **Delimitação da pesquisa:** Permite ao pesquisador estabelecer os limites para que sua investigação possa ser direcionada ao assunto, a extensão ou a uma série de fatores, levando o pesquisador a encontrar sua amostra, que é uma parcela conveniente da população ou universo pesquisado.¹⁴⁰
- **A coleta de dados:** Foi realizada através da Coleta Documental.¹⁴¹
- **Discussão:** Após a coleta de dados, procedemos com a elaboração dos dados seguindo a ordem de seleção, codificação e tabulação. Posteriormente, foi realizada a interpretação dos dados como núcleo central da pesquisa, que trilhou o caminho da Análise, Interpretação e Tabulação.¹⁴²

¹³⁴ SANTOS, 2003, p. 37.

¹³⁵ SANTOS, 2003, p. 37.

¹³⁶ MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 1-320.

¹³⁷ SANTOS, 2003; SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico: a documentação como método de estudo pessoal*. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 35-42.

¹³⁸ SANTOS, 2003, p. 37.

¹³⁹ MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 1-320.

¹⁴⁰ MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 1-320.

¹⁴¹ MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 1-320.

¹⁴² MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 1-320.

- **Conclusão:** é a última fase do planejamento e organização do projeto, pois deve estar vinculada com a hipótese, sendo a exposição factual sobre o que foi investigado, segundo Marconi e Lakatos.¹⁴³
- Organização bibliográfica utilizando as normas de Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT 2011).¹⁴⁴

¹⁴³ MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 1-320.

¹⁴⁴ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 14324: informação e documentação: referências - elaboração. Rio de Janeiro: ABNT, 2011.

CONCLUSÃO

As mulheres têm o poder de fazer da vida algo extraordinário. Isso é evidenciado no estatuto que estabeleceu a Sociedade de Socorro como uma Associação de Mulheres em uma Entidade Religiosa. Esse estatuto valoriza a mulher e sua posição social, é válvula motivadora, pois as mulheres se sentem valorizadas no Reino de Deus.

O Salvador Jesus Cristo em seu ministério mortal ensinou as mulheres individualmente e em meio à multidão, junto ao mar, nas ruas, em casas e em poços. O Salvador perdoou e chorou com elas. Muitas mulheres doaram seu tempo, seus talentos e recursos para auxiliar o Salvador em sua missão na terra.

A literatura utilizada pela Sociedade de Socorro possui entre seus objetivos fazer orientação sobre a boa manutenção da saúde, através de aulas expositivas, previamente preparadas, que possibilitam a promoção e prevenção de doenças, tornando-se um local adequado para a realização de Educação permanente em saúde.

Ao iniciar a pesquisa, enquanto mestranda, possuía uma visão bastante técnica do exame citopatológico e ao comparar as pesquisas, leituras, textos a respeito do problema verifica-se o quanto este foi importante para aprender e adquirir uma visão holística diante da temática, bem como a sua importância na vida de toda mulher.

Constatou-se no decorrer da pesquisa que a mulher precisa ter consciência do valor do exame citopatológico e que para isso é necessário um investimento cultural, social e financeiro na política de saúde da mulher. Vale ressaltar a importância da conduta do profissional de saúde que vai acolher esta mulher, pois pode fazer toda diferença no sentido de influenciá-la a incorporar ou não o exame na sua rotina de vida. Um profissional que não seja sensível, acolhedor e que não forneça todas as informações necessárias à cliente nesse momento poderá determinar um comportamento negativo perante o procedimento.

Quanto às mulheres, é necessário que cada uma seja um agente multiplicador acerca da importância do exame, mas isso estará vinculado a sua

própria experiência, em como foi atendida no serviço de saúde, se teve boa acolhida e se foi bem orientada. Também nesse momento, cabe à equipe de saúde dar o estímulo necessário para seu retorno periódico.

Essa conscientização individual e coletiva seria o considerado “alvo ideal”, para que o exame de citopatológico seja instrumento na promoção e identificação de problemas da saúde da mulher.

Verifica-se assim através da literatura analisada que o exame é de suma importância na prevenção, cura e tratamento do câncer cérvico-uterino, sendo ainda um ponto crucial a conscientização da mulher para a necessidade de se realizar exames periódicos. Acredita-se que para obter êxito do rastreamento do câncer cérvico-uterino depende da reorganização da assistência à saúde das mulheres nos serviços de saúde, da capacitação dos profissionais da área, da qualidade e continuidade das ações de prevenção e controle das doenças, do estabelecimento de ações humanizadas e eliminação das barreiras para utilização dos serviços preventivos.

Ao percorrer o caminho de construção da pesquisa, fui agraciada pela honra de pesquisar outras varias Associações de Mulheres nas mais variadas instituições religiosas, o que me motivou a acreditar que esse é um local favorável que pode apoiar as mulheres na prevenção dessa patologia que ainda é um desafio para o Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

- A IGREJA de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. *Doutrina e Convênios*. Sessão 89. Salt Lake City.
- A IGREJA de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. *Ensinamentos dos Presidentes da Igreja*: Spencer W. Kimball. São Paulo: 2006.
- A IGREJA de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. *Ensinamentos dos Presidentes da Igreja*: Brigham Young. São Paulo: 1997.
- A IGREJA de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. *Ensinamentos dos Presidentes da Igreja*: Joseph Smith: Sociedade de Socorro: Organização Divina de Mulheres. Salt Lake City, 2007.
- A IGREJA de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. *Manual 2: Administração da Igreja: A Sociedade de Socorro*. Salt Lake City, 2010.
- A IGREJA de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. *Manual Básico da Mulher SUD: Parte A: A nutrição da família*. Salt Lake City, 2000.
- A IGREJA de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. *Manual Básico da Mulher SUD: Parte A: Prevenção de doenças*. Salt Lake City, 2000.
- ABRÃO, F. S. Tratamento do câncer de colo uterino. In: OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, I.; COSTA, O. T. *Tratado de ginecologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- ALVES, V. A. F. Citologia cérvico-vaginal. In: HALBE, H. W. *Tratado de ginecologia*. 3. ed. São Paulo: Rocca, 2000.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 14324: informação e documentação: referências - elaboração. Rio de Janeiro: ABNT, 2011.
- BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Revista da Escola de Enfermagem*, v. 30, n. 3, p. 380-398, dez. 1996.
- BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento – CIPLAN. *Resolução n. 6*, de 3 maio 1984. Ementário de Atos da CIPLAN: 1980-1988. Brasília, 1989.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 1989.
- BRASIL. *Lei n. 8.080*. Brasília: Congresso Nacional, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência Integral Saúde da Mulher: bases de ação programática*. Brasília: MS, 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção à saúde da mulher*. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Brasília: MS, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Educação permanente: entra na roda*. Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1*. Brasília: MS, 2000.

CRUM, C. P. Aparelho genital feminino. In: V.V.A.A. *Patologia estrutural e funcional*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

DAVIM, B. M. R. et al. Conhecimento das mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolau. *Revista da Escola de Enfermagem*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 243-366, set. 2005.

DONADIO, N. Citologia oncótica. In: PIATO, S. *Diagnóstico e terapêutica em ginecologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1981.

ESCORES, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

FALEIROS, Vicente de Paula. Estado e massas na atual conjuntura. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 1, n. 1, p. 25-37, 1986.

GOVERNO do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. *Programa de Saúde da Família*. Belo Horizonte: SES, 1997.

GOVERNO do Estado de São Paulo. Secretaria do Estado de Saúde. Fundação Oncocentro de São Paulo. *Condutas clínicas frente aos resultados do exame de Papanicolau*. 2.ed. São Paulo: SES, 2006.

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 de Papanicolau. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 503-509, ago. 2006.

HORTA, A. L. A. Métodos e diagnósticos complementares. In: OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, I. *Tratado de ginecologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

LIMA, A. L. G. S. de; PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 10, n. 3, p. 1037-51, set./dez. 2003.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos da metodologia científica*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, G. A. M. *Metodologia para a elaboração de monografias e dissertações*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000; SANTOS, I. E. *Métodos e técnicas de pesquisa científica: TCC, Monografias, Dissertações e Teses*. 4. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2003.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; GALVÃO, M.T.G. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico uterino. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 151-155, maio 2005.

OSIS, M. J. D. *Atenção Integral à Saúde da Mulher, o conceito e o programa: História de uma Intervenção*. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

PALMEIRA, I. L. T.; LOPES, M. V. O. Fenômenos de enfermagem em mulheres atendidas em um serviço de ginecologia. *Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 566-569, out./dez. 2006.

PASSOS, E. P.; AGUIAR, L. O. M.; BECKER, E. Estudo do aparelho genital. In: FREITAS et al. *Rotinas em ginecologia*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

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

PESSINI, S. A.; SILVEIRA, G. P. G. Prevenção do câncer de colo uterino. In: POLI; SILVEIRA. *Ginecologia preventiva*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

PRAÇA, N. S.; VASCONCELOS, L. L. Conhecimento e ações de puérperas na prevenção do câncer de colo uterino. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 149-155, maio/ago. 2003.

RAMOS, A. S. et al. Perfil das mulheres de 40 a 49 anos cadastradas na rede de saúde pública na cidade de Ribeirão Preto, SP. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 171-174, mar./abr. 2006.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. Câncer genital: as indicações da cirurgia no ciclo gestativo. In: REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. *Obstetrícia fundamental*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

RIVOIRE, W. et al. Neoplasias malignas do colo uterino. In: FREITAS, F. et al. *Ginecologia preventiva*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico: a documentação como método de estudo pessoal*. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

TERREIRO, L. M. A. Citologia esfoliativa em ginecologia. In: DELLIVENNERI, A. P. *Temas de ginecologia e obstetrícia*. São Paulo: Sarvier, 1979.

TIERNEY, L. M. et al. *Diagnóstico e tratamento*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

VIANNA, A. L. A.; DAL POZ, M. R. *Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Abril, 1998.