



**Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz**

**INSTITUTO OSWALDO CRUZ
Pós-Graduação em Ensino de Biociências e saúde**

LUCIA MARIA PEREIRA DE OLIVEIRA

**Desenvolvimento de processo e produto socioeducativo:
promovendo saúde em uma sala de espera**

Dissertação apresentada ao Instituto Oswaldo Cruz como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ensino de Biociência e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Danielle Grynszpan

RIO DE JANEIRO

2011

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

O482

Oliveira, Lucia Maria Pereira de.

Desenvolvimento de processo e produto socioeducativo: promovendo saúde em uma sala de espera / Lucia Maria Pereira de Oliveira. – Rio de Janeiro, 2011.

xiii, 157 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Oswaldo Cruz, Pós-Graduação em Ensino de Biociências e Saúde, 2011.

Bibliografia: f. 132-148

1. Sala de espera. 2. Promoção da saúde ligada ao HPV. 3. Política nacional de humanização da saúde. I. Título.

CDD 613



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

INSTITUTO OSWALDO CRUZ
Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde

LUCIA MARIA PEREIRA DE OLIVEIRA

**Desenvolvimento de processo e produto socioeducativo:
promovendo saúde em uma sala de espera**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Danielle Grynszpan

Aprovada em : 16/12/2011

EXAMINADORES:

Prof.^o. Dr.^o. Marco Antonio Ferreira da Costa - EPSJV/FIOCRUZ - (Presidente)

Prof.^a. Dr.^a. Isabela Cabral Felix de Sousa - NUTES/UFRJ

Prof.^a. Dr.^a. Maria do Carmo Borges de Souza - IG/UFRJ

Prof.^a. Dr.^a. Lucia Rodriguez de La Rocque - IOC/Fiocruz - (Revisor e suplente)

Prof.^o. Dr.^o. Gutemberg Leão de Almeida Filho - IG/UFRJ - (Suplente)

RIO DE JANEIRO

2011

A meus pais que preocupados com a educação de seus filhos procuraram nos mostrar caminhos permeados pela cognição e emoção que conduzissem ao convívio ético em sociedade. Meus eternos agradecimentos pelos ensinamentos que, ainda hoje, servem como pilares para as conquistas de nossos ideais;

Aos meus irmãos, grandes amigos e cúmplices incondicionais não só neste, mas em todos os projetos que me envolvi e que, por certo, ainda me envolverei ao longo de minha vida. À vocês, em resposta ao amor, apoio, ao companheirismo, incentivo, à confiança, ao nosso convívio amigo e aos ensinamentos dele advindos.

AGRADECIMENTOS

A meus pais (em memória) Zulmiro e Jacira pelo amor, zelo, apoio, e a educação ministrada;

Aos meus irmãos pelo apoio e estímulo, pela participação e integração a meus ideais contribuindo para essas conquistas. Como exemplo desta união, cito meu irmão Luiz Carlos pela presença e dedicação constante;

A Deus por ter-me ofertado uma família amiga e essencial em todas as minhas conquistas;

Às pacientes do Ambulatório de Patologia do Trato Genital Inferior, minha eterna gratidão e respeito, principalmente àquelas que me presentearam com a sua história, confienciando-me suas experiências, suas emoções e concepções que propiciaram a troca e produção de saberes essenciais para o desenvolvimento desta dissertação;

Ao Departamento de Ginecologia do HUCFF/UFRJ, aos profissionais de saúde do Ambulatório de Patologia do Trato Genital Inferior, em especial a Doutora Vera Lucia Fonseca, Professora e Médica responsável por este ambulatório e às Auxiliares de enfermagem Geisa e Vanisse pela recepção e cooperação;

Às Coordenadoras do Curso de Pós-Graduação EBS/Fiocruz e a todos Professores pelos ensinamentos; em especial a Professora e Coordenadora Evelyse dos Santos Lemos, do EBS/IOC pelo exemplo de ensino, liderança e ética;

À Revisora Dr. Lúcia de La Rocque pelo aceite e relevante contribuição a esta dissertação;

À Banca Examinadora pelo aceite, pela participação e pela relevante contribuição neste momento marcante em minha vida;

À Prof.^a Dr.^a Danielle Grynszpan e a Prof.^a Dr.^a Joseli Vieira Lannes pela orientação;

A todos meus amigos que incentivaram esta trajetória, em especial a Viviane pelos momentos compartilhados nesta academia;

Aos Secretários Rafael Benjamim e Isaac Macedo pela colaboração.

“A mente que se abre a uma nova idéia jamais
voltará ao seu tamanho original”.

Albert Einstein

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
OBJETIVOS DO ESTUDO	2
JUSTIFICATIVA	3
CAPÍTULO 1. REVISÃO DE LITERATURA	5
1.1. Vírus do papiloma humano	5
1.1.1. Formas de transmissão do HPV	7
1.1.2. História natural do HPV	8
1.1.3. Formas de prevenção do HPV e do câncer de colo de útero	11
1.2. A mulher, o HPV e o câncer de colo de útero	21
1.3. Os profissionais de saúde: tecnicismo x humanização	23
1.4. A educação	27
1.4.1. Referencial teórico: a filosofia educacional de Paulo Freire	28
1.4.2. A educação e sua influência na vida da mulher	29
CAPÍTULO 2. METODOLOGIA DA PESQUISA	31
2.1. Caracterização da Pesquisa	31
2.2. Cuidados relativos à realização de uma pesquisa com seres humanos	33
2.3. Desenvolvimento de um processo interacional em local de espera	34
2.3.1. Etapas de investigação	34
2.3.2. Análise interpretativa de dados	36
2.3.3. O processo socioeducativo	37
CAPÍTULO 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
3.1. Caracterização do Ambulatório de Patologia do Trato Genital Inferior de um hospital universitário como local propício para o desenvolvimento do estudo	40
3.2. O contexto	41
3.3. Atividades com profissionais de saúde	42
3.3.1. Auxiliares de enfermagem	42
3.3.2. Atividades com médicos	46

3.4. Atividades com pacientes -----	63
3.4.1 aplicação do roteiro de entrevistas -----	64
3.4.2. Caracterização das pacientes e análise de entrevistas -----	66
3.5. A relação do perfil das pacientes com recidivas -----	103
3.6. Aplicação de estratégia socioeducativa em local de espera -----	104
CAPÍTULO 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	125
CAPÍTULO 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	132
ANEXOS -----	149
APÊNDICES-----	153



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Desenvolvimento de processo e produto socioeducativo: promovendo saúde em uma sala de espera

A carência de cultura científica, e de espaços educacionais apropriados para incrementá-la, parecem contribuir à morbimortalidade do câncer uterino pelo vírus do papiloma humano (HPV) em mulheres de baixo grau de escolaridade. Com base na abordagem da pesquisa qualitativa de cunho etnográfico, nosso trabalho procurou demonstrar que, devido à interação das mulheres entre si e delas com a equipe de saúde, as clientes parecem conviver melhor com seus conflitos biopsicossociais. Observamos que a efetividade dos tratamentos está também relacionada à escuta interessada das clientes com papilomavirose, estando sujeitas a agravos em consequência de práticas curativas e automatizadas, cotidianamente exercidas por profissionais do sistema público de saúde. Assim sendo, realizamos com base em Freire, o desenvolvimento de um processo socioeducativo que suscitou, como produto, a criação de uma sala de espera interativa no Setor de Ginecologia de um hospital universitário. O principal objetivo foi converter um espaço de espera em uma sala com a preocupação não só de acolhimento, com também de um constante processo de construção compartilhada de saberes. Ao mesmo tempo, práticas ligadas à promoção da saúde e à prevenção do câncer são desenvolvidas, conforme reivindica a atual Política Nacional de Humanização da Saúde.

Palavras-chave: Sala de espera, Promoção da Saúde ligada ao HPV, Política Nacional de Humanização da Saúde

Process Development and Socio educational Product: promoting health in a waiting room

The lack of scientific culture, and educational activities appropriate to increase it, seem to contribute to morbidity and mortality of cervical cancer by human papillomavirus (HPV) in women of low educational level. Based on the approach of qualitative ethnographic research, our study sought to demonstrate that, due to the interaction of women among themselves and with their health care team, clients seem to live better with their conflicts biopsicossociais. We found that the effectiveness of treatment is also related to hearing from interested customers with papilomavirose, and subject to damages as a result of healing practices, automated daily performed by professional public health system. Therefore, we based on Freire, the development of a process which led childcare as a product, creating a waiting room in the interactive industry of Gynecology of a university hospital. The main objective was to convert a room waiting in a room with a concern not only the host, with also a constant process of shared construction of knowledge. At the same time, practices related to health promotion and cancer prevention are developed, as claims the current National Policy of Humanization of Health

Key-words: Awaiting room- Promoting health against HPV- National Humanization Policy of Health.

LISTA DE SIGLAS

ACO	Anticoncepcivo Oral
AGUS	Atipias de Significados Indeterminados em Células Glandulares
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASCUS	Atipias de Significados Indeterminados em Células Escamosas
CAF	Cirurgia de Alta Frequência
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior
CTPA	Centro de Treinamento e Atenção Primária
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNA	Acido Desoxirribonucleico
DSTs	Doenças Sexualmente Transmitidas
EBS	Ensino em Biociências e Saúde
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HPV	Vírus do Papiloma Humano
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
IARC	Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério de Educação
MS	Ministério da Saúde
NAMI	Núcleo de Atenção Médica Integrada
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
NIC I	Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau I
NIC II	Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau II
NIC III	Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau III
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEJA	Programa de Ensino de Jovens e Adultos

PNE	Plano Nacional de Educação
PNH	Política Nacional de Humanização
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PTGI	Patologia do Trato Genital Inferior
R1	Residente 1
R2	Residente 2
R3	Residente 3
SBI	Sociedade Brasileira de Infectologia
SBPT	Sociedade Brasileira de Patologia do Trato Inferior e Colposcopia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIFOR	Universidade de Fortaleza

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

- Figura 1.** Representação da história natural da infecção pelo HPV e doenças relacionadas (VILLA, 1997, apud RUSSOMANO, 2000. Figura 2) - (Cópia adaptada) ----- 9
- Figura 2.** Rotina após resultado de colpocitopatologia para diagnóstico do câncer cervical e seus precursores (INCA, 2011b. Figuras 1 e 2). Cópia adaptada ---- 13
- Figura 3.** Arco de Charles Maguerez (PEREIRA, 2003 p. 1532). Cópia adaptada ----- 38
- Figura 4.** Pacientes aguardando o atendimento em local de espera do PTGI.----- 102
- Figura 5.** Clientes participando de estratégia socioeducativa em sala de espera do PTGI 115

Tabelas

Tabela 1.	Número de pacientes da amostra de estudo: 1º semestre de 2009 -----	65
Tabela 2.	Idade e escolaridade das pacientes integrantes do estudo. -----	66
Tabela 3.	Descrição quanto aos aspectos sociofamiliares das pacientes.-----	68
Tabela 4.	Tempo de tratamento no ambulatório de PTGI/HUCFF/UFRJ -----	103
Tabela 5.	Número de pacientes da amostra de estudo: 1º semestre de 2010 -----	104

Gráficos

Gráfico 1.	Frequência de alterações citopatológicas compatíveis com a infecção pelo HPV no período analisado.-----	40
Gráfico 2.	Uso do preservativo masculino -----	71
Gráfico 3.	A realização do exame de preventivo -----	78
Gráfico 4.	Mudanças geradas pelo HPV -----	88
Gráfico 5.	O que sinto em sala de espera -----	96

Slides

Slide 1.	Apresentação da pesquisa -----	108
Slide 2.	Observação da realidade: o problema -----	108
Slide 3.	Pontos chave: convicções erradas -----	111
Slide 4.	Pontos chave: a transmissão do HPV -----	114
Slide 5.	Pontos chave: os sintomas tardios -----	116
Slide 6.	Pontos chave: controle do HPV -----	118
Slide 7.	Ponto Chave: Colposcopia – Visão das lesões e tratamento Teorização e Hipótese de solução -----	121
Slide 8.	Plano de ação e aplicação à realidade -----	123

INTRODUÇÃO

Este trabalho científico propôs-se a desenvolver um estudo com mulheres acometidas pelo vírus do papiloma humano (HPV), considerado como causa necessária para o desenvolvimento do câncer cervical pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2008; 2011a), e investiu na prevenção desta neoplasia e na promoção de saúde.

Autores como Diógenes, et al. (2006) consideram que ao receber o diagnóstico de HPV a mulher passa a conviver com diversos conflitos biopsicossociais. Para Ramos (2004), esta situação pode agravar-se mediante a atitude fria do profissional de saúde que se preocupa com a função curativa para a qual foi preparado, e que é comumente assumida no Brasil. Como efeito da formação tecnicista, o profissional tende a tratar apenas como física uma problemática psicobiológica, esquecendo-se da visão humanística. Isso pode gerar uma relação automatizada e sem frutos preventivos. Esse autor reconhece e valoriza a contribuição tecnológica para o exercício terapêutico da medicina e conclui que “[...] o grande desafio é conciliar o treinamento técnico com a visão humanística” (RAMOS, 2004, p.14).

Em resposta a estas e outras dificuldades, o Ministério de Saúde (MS) lança em 2005, em parceria com o Ministério da Educação (MEC), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) que propõe reformas curriculares que acarretam mudanças no perfil desses profissionais aproximando-os das necessidades sociais. As novas propostas exaltam as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, o que deve gerar nesses profissionais alterações no modo de agir e relacionar-se com o paciente (PRÓ-SAÚDE/ME/MS, 2005). Essas medidas corroboram a promoção da saúde, vista por Oliveira (2005) como um conjunto de ações relacionadas aos fatores biológicos, psicológicos e sociais, que busca minorar ou controlar as causas das patologias e seus agravos. Portanto, ela está intimamente vinculada à prevenção de doenças, conceituada por Moraes (2008) como conjunto de medidas tomadas antes do aparecimento de doenças, ou após, para deter, controlar ou diminuir suas causas, favorecendo a recuperação da saúde. Para isso, Ayres (2002) enfatiza que o centro das ações preventivas deve ser ocupado por aqueles que necessitam aprender a lidar com os obstáculos a sua saúde. Os próprios sujeitos sociais afetados devem ocupar esses espaços e não mais o técnico, cuja função é promover estratégias e atuar como mediador entre a população e o conjunto de recursos que a sociedade dispõe para construir a saúde desses indivíduos.

Para cumprir tais propósitos, Moraes (2008) referencia a educação como principal estratégia de ação. Esse relato conduz à reflexão de como educar para a saúde. Considerando o nosso referencial temático, o HPV e a relevância das recomendações de (Ferreira, 2009), que considera o rastreamento do câncer uterino como questão mais importante relacionada a esse vírus e recomenda que especial atenção deve ser dada à diminuição da angústia das pacientes, ofertando-lhes conhecimentos sobre a doença, é que se idealizou este estudo. Assim, essa pesquisa voltou-se para a proposta de desenvolver um trabalho em sala de espera com um grupo específico de mulheres já comprometidas com o papilomavírus e integrantes do ambulatório de ginecologia de um hospital universitário. Almejamos obter mudanças na sua forma de ver e agir frente à doença que possuem. A conscientização de sua doença é fator essencial para que assumam o real compromisso com o rastreamento e tratamento das lesões pelo HPV. É essencial que assumam essa responsabilidade consigo mesmas confluindo para a melhoria de sua saúde. Portanto, é com o olhar de confiabilidade na educação que aceitamos o desafio de desvendar como favorecer a prevenção do câncer cervical e a promover saúde em um grupo de mulheres comprometida com o HPV? Como melhor contribuir para o seu estado de saúde biopsicossocial?

OBJETIVOS DO ESTUDO

Objetivo geral

Desenvolver um processo socioeducativo em sala de espera do ambulatório de Patologia do Trato Genital Inferior do Setor de Ginecologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PTGI/Ginecologia/HUCFF/UFRJ), direcionado ao acolhimento, à transformação e à troca e a produção de saberes sobre o HPV.

Objetivos específicos

Analisar a relação médico-paciente estimulando o compromisso destas com a sua saúde;

Obter os dados socioclínicos das pacientes e assim, desenvolver um estudo sobre elas e as concepções que possuem sobre o HPV;

Elaborar estratégia que favoreça a troca e construção de conhecimentos sobre o vírus HPV

contribuindo para a melhoria do estado biopsicossocial das pacientes, a prevenção do câncer de colo de útero pelo HPV, e a promoção da saúde.

Acompanhar os resultados de exames de Papanicolau com a intenção de correlacionar as recidivas da doença com o comportamento das mulheres investigadas.

JUSTIFICATIVA

O contato da pesquisadora responsável, com a temática apresentada adveio da leitura de exames cervicovaginais enquanto citotécnica do laboratório de Citodiagnóstico do Serviço de Anatomia Patológica/HUCFF/UFRJ e com o Curso de Pós-graduação Lato sensu em Citologia Clínica da Faculdade de Farmácia/UFRJ. O projeto prévio por ela elaborado, agora técnica em assuntos educacionais dessa mesma universidade, nasceu das inquietações geradas pelos diagnósticos relacionados ao vírus HPV e das histórias de desconhecimento das *pacientes* sobre a questão. Este projeto aprimorou-se com a experiência do grupo do Setor de Analfabetismo Científico do Laboratório de Biologia das Interações do Instituto Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) em reprodução humana, originando esta dissertação de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde (EBS).

A problemática descrita estimulou também a busca pelo referido curso de Pós-Graduação EBS/IOC/Fiocruz para o desenvolvimento desta pesquisa. Em nossas reflexões, entendemos como ideal para o estudo desta questão a modalidade de Mestrado Profissional ofertado por essa Fundação, devido a sua proposta de inovações técnico-científicas para a solução de problemas específicos em ambiente profissional conforme descrito por Costa e Costa (2011). Buscando contemplar o objetivo do Mestrado Profissional, procuramos contribuir para o “desenvolvimento de uma prática transformadora” (ibidem, p. 71), por meio de procedimentos e processos que acreditamos ser aplicável nos diversos setores de ambientes hospitalares.

No contexto de saúde atual, convive-se com a busca de modelos de atenção à saúde que superem as dificuldades assistenciais. Desta forma, introduz-se a Política Nacional de Humanização (PNH) em saúde que investe em mudanças profundas no Sistema Único de Saúde (SUS), com especial atenção àqueles diretamente relacionados ao processo que são: o paciente e o profissional de saúde (PNH, 2003).

Esse relato nos levou a opção pela realização de um trabalho de educação em saúde considerada por Silva (2006) como eficiente ferramenta de prevenção, promoção e reabilitação individual ou coletiva. A reflexão sobre o assunto e a experiência prévia como Professora do Programa de Ensino de Jovens e Adultos (PEJA) norteou a decisão de integrar a filosofia problematizadora de Paulo Freire à função esclarecedora da educação em saúde para a prática de uma estratégia socioeducativa em sala de espera. A intenção foi de intervir de alguma forma na cultura das pacientes e, então, integrá-las ao processo de tratamento do HPV e na consequente prevenção do câncer cervical. Conforme relatório do INCA (2002) o câncer uterino é uma doença de evolução lenta, levando, em média, catorze anos para sua evolução total. Ela é uma das neoplasias mais conhecidas pelo mundo científico possibilitando condutas de intervenções eficientes e necessárias à sua contenção. Portanto, não se justificam, frente ao avanço tecnológico do mundo contemporâneo, as elevadas taxas de mortalidade observadas por esta neoplasia.

Por acreditarmos em Freire (2011, p.78) quando diz que “mudar é difícil, mas é possível“, é nossa intenção investir na ampliação dos saberes das mulheres que buscam o atendimento médico no ambulatório de PTGI. Almejamos estimular atitudes de prevenção contra o câncer cervical e melhorar seu estado de saúde biopsicossocial. Desta forma, propomos a introdução de ações educativas em sala de espera com a participação de mulheres, portadoras de HPV, almejando a abertura de novos caminhos, favoráveis ao refletir e agir, ao conviver e tratar, pois a dimensão educacional tem

o sentido de valorização da ideia de responsabilidade, isto é, de invocar a possibilidade de cultivar a responsabilização individual e coletiva, em um quadro de autonomia que também implique em respeito à singularidade e aos direitos humanos (GRYNSZPAN, 2007, p. 124).

CAPÍTULO 1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1. Vírus do papiloma humano

O vírus do papiloma humano (HPV) é considerado como um grave problema de saúde pública (DIÓGENES et al., 2006). Ele acomete cerca de 291 milhões de mulheres no mundo adquirindo proporções epidêmicas de caráter multidisciplinar, por atingir também homens e crianças (BURCHELL et al., 2006).

Estudos desenvolvidos com base em técnicas moleculares comprovam a integração do ácido desoxirribonucleico (DNA) de vários subtipos de HPV ao genoma da célula hospedeira, sobretudo na célula metaplásica cervical. A inserção desse vírus no DNA da célula gera alterações significativas no processo de proliferação celular, gerando o crescimento desordenado de células infectadas e o aparecimento de clones celulares malignos (ANDRADE e CHAMMAS, 2008). Todavia, muito embora não se considere esgotada a temática etiológica, atualmente o centro das pesquisas converge para o desenvolvimento de vacinas contra o vírus e a prevenção da instalação do processo oncogênico cervical (LEPIQUE et al., 2009).

Sobre o vírus HPV, sabe-se que ele pertence à família dos Papillomaviridae e que tem como formação uma única molécula de DNA organizado em dupla fita circular, envolvida por um capsídeo não envelopado e que infectam células do tecido epitelial (WOLSCHICK et al., 2007). Autores como Jung et al. (2004) relatam como características virais relevantes o fato de ser classificado como espécie específica (acomete somente a espécie humana), variar quanto ao tropismo tecidual (diferença adaptativa por tipos de tecido); a capacidade de gerar lesões diferenciadas e o seu potencial oncogênico (capacidade de desenvolvimento de neoplasia).

Em função de sua afinidade tecidual, esse vírus é conceituado como mucossotrópico (afinidade por mucosas) e epiteliotrófico (afinidade por pele). Estudos relatam a existência de vários subtipos de HPV que infectam o epitélio escamoso e as mucosas do trato anogenital. Dentre esses, os subtipos de HPV 6, 11, 42, 43 e 44 estão associados a lesões benignas, como as verrugas genitais comuns e ao condiloma acuminado (tumor róseo, parecendo verrugas pontudas e agrupadas) e por isso são considerados de baixo risco oncogênico (RUBIN e FARBER, 2005). Existem ainda outros subtipos virais, envolvidos com o desenvolvimento do câncer, e por isso são classificados de alto risco, como por exemplo, os subtipos de HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58 considerados necessários para a evolução de lesões pré-cancerígenas e câncer cervical. Dentre

esses, os subtipos do HPV 16 e 18 são responsáveis pela maior prevalência dos casos dessa neoplasia no mundo (PITTA et al., 2010).

No Brasil, constatou-se que o subtipo de HPV 16 é predominante nos casos de carcinomas invasivos em todas as regiões e o subtipo HPV 18 é apontado como segundo colocado, com exceção da região Nordeste e Centro-oeste onde essa posição é ocupada pelos subtipos de HPV 31 e HPV 33, respectivamente (RABELO-SANTOS et al., 2003).

Sua gravidade refere-se ao fato de estar envolvido com cerca de 99,7% dos casos de carcinoma cervical no mundo (BURD, 2003). No Brasil, de acordo com o INCA (2008), esse vírus é considerado como fator necessário para a ocorrência da doença, em associação com os co-fatores. Considera-se co-fatores tudo aquilo comprovadamente capaz de potencializar a ação viral dentro da célula hospedeira e propiciar a evolução do processo carcinogênico (RUBIN e FARBER, 2005). Existem relatos de infecções pelo HPV na cérvix, na vagina, na vulva, na região perianal, e ainda, na região orofaríngea (RUBIN e FARBER, 2005).

A cada ano surgem cerca de 529 000 casos novos de câncer de colo de útero no mundo e entre esses cerca de 70% ocorrem em países em desenvolvimento. Consequentemente, estes países convivem também com elevadas taxas de mortalidade, que segundo relatório do INCA (2011b) estão associadas ao diagnóstico tardio, em fases avançadas de infecção viral.

De forma objetiva, o INCA (2002, p. 16) define câncer como um conjunto de doenças caracterizadas pela multiplicação desordenada de células, que de forma agressiva e incontrolável passam a integrar as estruturas de tecidos e órgãos. Rubin e Farber (2005) distinguem os tipos mais frequentes de cânceres cervical, a saber: o câncer “in situ” que é considerado como uma anomalia do epitélio escamoso estratificado do colo uterino, com semelhanças morfológicas de um carcinoma, mas com extensão limitada ao epitélio e as estruturas epiteliais, e que possui pico de incidência entre 25 e 40 anos. Os outros dois tipos de doenças são o carcinoma invasor caracterizado como uma anomalia do epitélio escamoso estratificado do colo uterino, e o adenocarcinoma que se origina no tecido glandular. As duas formas de neoplasias referidas invadem os tecidos adjacentes, estendendo-se ao estroma, a parede pélvica, ao interior da vagina e aos gânglios linfáticos, com pico de incidência entre 48 e 55 anos (RUBIN e FARBER, 2005).

Sobre a sintomatologia, as pesquisas têm demonstrado que os estágios considerados pré-neoplásicos e o de carcinoma microinvasor (percebe-se pequena área de invasão do tecido subjacente) geralmente são assintomáticos. Já em carcinoma invasor e em adenocarcinoma os sintomas podem aparecer sendo os mais comuns: corrimento com ou sem odor fétido, corrimento

sanguinolento, hemorragia provocada (por coito, evacuações, etc.) ou espontânea, dor e outros (RUBIN e FARBER, 2005).

Estudos divulgados pelo INCA (2008) em parceria com o Instituto de Virologia da Fundação Oswaldo Cruz mostram que o HPV está também associado a até 75% dos casos de câncer de pênis. Esta neoplasia é comum no Brasil, sendo relacionada às baixas condições socioeconômicas e de higiene pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2011). Segundo este departamento, a maior incidência de câncer de pênis ocorre nas regiões Norte e Nordeste do país.

É importante ressaltar que os homens, além de serem considerados os transmissores mais frequentes dessa infecção para a mulher, também são atingidos por outros tipos de carcinomas associados ao HPV (ânus, laringe, orofaringe e cavidade oral). Em tempos atuais, tem-se constatado um crescente aumento dos casos de câncer anal, principalmente em homossexuais masculinos, bem como de verrugas genitais (ARCOVERDE e WALL, 2005).

Existem relatos de infecções pelo HPV na cérvix, na vagina, na vulva, na região perianal, no pênis e ainda, na região orofaríngea (INCA, 2008, RUBIN e FARBER, 2005).

1.1.1. Formas de transmissão do HPV

A papilomavírose é uma doença sexualmente transmissível (DST) e sua forma de transmissão dá-se pelo contato direto dos órgãos genitais a partir do contato epitelial (PANISSET e FONSECA, 2009). Assim sendo, Ford et al. (2003) enfatizam que isso envolve as diversas modalidades de relações sexuais existentes. No entanto, pesquisadores como Conti et al. (2006) e Pereyra e Parellada (2003) relatam também formas de transmissão a partir de objetos pessoais e a transmissão materno-fetal (pelo contato do feto com o trato genital ou placenta contaminada).

Sobre o risco para a aquisição do HPV, Khan et al. (2005) citam o período da sexarca (primeira relação sexual), o número de parceiros sexuais e histórias de outras DSTs como fatores significativos para isso. O pico de risco para a infecção viral acontece logo após a sexarca, entre 14 e 20 anos. Estima-se que esse vírus esteja presente na região genital de uma a cada quatro mulheres do Brasil, principalmente nas mais jovens entre 20 a 24 anos de idade (INCA, 2011b).

A infecção pelo HPV é uma das DSTs de maior prevalência no mundo, em ambos os sexos. No Brasil, estudos apontam para a existência de 9 a 10 milhões de infectados e que, a cada ano, devem surgir 700 mil casos novos (GIRALDO et al., 2008). Na visão de Silva et al. (2004), a taxa elevada de HPV justifica-se pela facilidade de transmissão, associada à revolução sexual

que em sua opinião acometeu a sociedade brasileira durante o século XX, culminando em mudanças no comportamento sexual de homens e mulheres. Clifford et al. (2005) relataram um estudo publicado pela Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC), nesse mesmo ano, realizado com 15.613 mulheres, no qual se obteve resultados de exames de Papanicolau com alteração pelo HPV, em quatro continentes do mundo. Nele se percebeu uma menor taxa de positividade no continente Europeu (5,2%) e a maior taxa, na África (25,6%). Nos demais continentes, constatou-se que a Ásia apresentou uma taxa de 8,7% e na América do Sul, a taxa foi de 14,3%. Entre os países estudados, notou-se uma variação nos índices de até 20 vezes. A taxa mais baixa foi obtida na Espanha (1,4%), sendo a mais elevada encontrada na Nigéria (25,6%). Observou-se que as maiores taxas foram detectadas nos continentes mais pobres: o Africano e o da América do Sul. Entre os países sul americano relacionados, inclui-se o Brasil.

Como fatores de sustentação da elevada prevalência de HPV na população brasileira, autores como Diógenes et al. (2006) citam o desconhecimento das mulheres, o descrédito nas medidas preventivas, a multiplicidade de parceiros e a não adesão ao uso da camisinha.

1.1.2. História natural do HPV

A infecção pelo HPV caracteriza-se por um variável período de latência (intervalo entre a infecção e o aparecimento de uma lesão), o que sugere a condição de atuação de co-fatores para estimular a ação viral. Nesta fase, que é assintomática, a identificação do vírus é possível através de técnicas da biologia molecular (PITTA et al., 2010). A forma subclínica é, muitas vezes, revelada por alterações no exame citopatológico, pela colposcopia ou no resultado do exame histopatológico (biópsia). Em estágio clínico evidencia-se o condiloma plano, lesão característica do efeito viral. Esta fase equivale ao período de aparecimento das lesões verrucosas e condilomas acuminados, sendo então o exame clínico capaz de complementar o diagnóstico (QUEIROZ et al., 2007).

A análise da história natural desse vírus, representada na **Figura 1, (p. 9)**, a partir de um resumo esquemático elaborado por Villa (1997) é semelhante a descrição do INCA (2011). Nele observa-se que essa história é longa e capaz de desencadear infecção de caráter transitório (1); que pode até desaparecer naturalmente (2), ou evoluir e desenvolver infecção persistente (3) geradora de lesões que podem avançar ou não para o estágio de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NICs) (4) e atingir os estágios de lesões precursoras (II e III), do câncer cervical (5) (VILLA 1997, apud RUSSOMANO, 2000; INCA, 2011b).

Rubin e Farber (2005) explicam que as NICs são classificadas em graus I, II e III e durante o processo de replicação viral, as NICs podem evoluir através de estágios de alterações intraepiteliais mínimas (NIC I) até o carcinoma invasor de células escamosas, por possuírem um potencial de transformação maligna. São consideradas como precursoras do câncer as lesões intraepiteliais cervicais denominadas NIC II e NIC III. Esses autores enfatizam que quando acompanhadas pelo exame cervicovaginal, essas lesões podem sofrer uma intervenção clínica, impedindo o aparecimento do câncer.

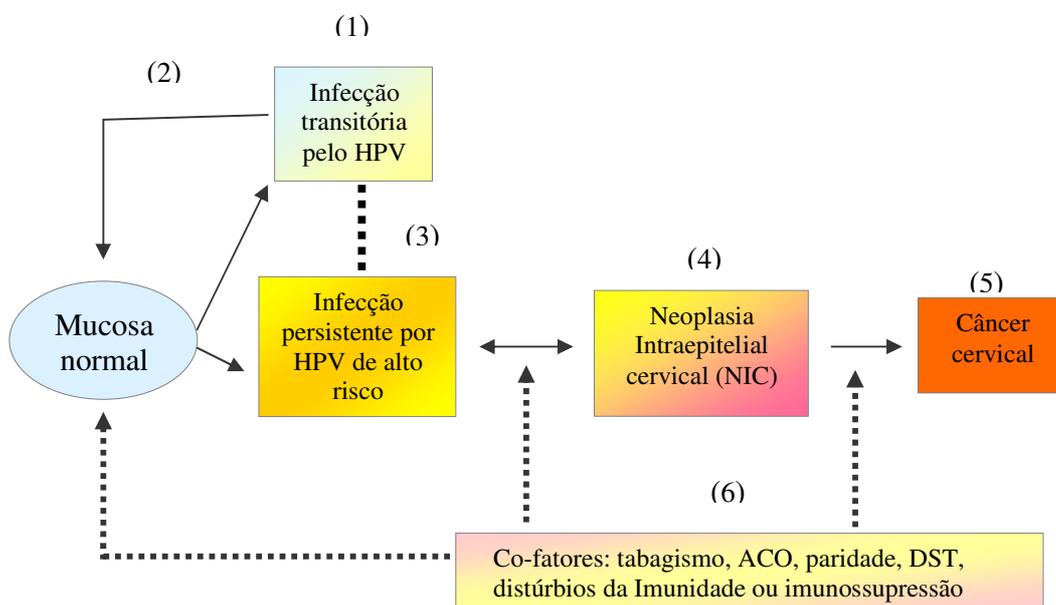


Figura 1. Representação da história natural da infecção pelo HPV e doenças relacionadas (VILLA 1997, apud RUSSOMANO, 2000, Figura 2) Cópia adaptada.

Percebe-se na figura acima, a relação de alguns co-fatores (6), como: o tabagismo, uso de anticoncepcional oral (ACO), o número de filhos (paridade), DSTs e distúrbios da imunidade. A busca de evidências que comprovem esta relação revelou-nos que:

Segundo Castellsagué e Muñoz (2003), o hábito de fumar oportuniza a exposição direta do DNA de células epiteliais cervicais à ação da nicotina e outros produtos que compõem a fumaça do cigarro. Isso pode promover alterações no sistema imune periférico como a imunossupressão e a diminuição do número de células de Langerhans na cérvix de mulheres fumantes e assim, favorecer o desenvolvimento viral.

O tempo de sobrevivência após o câncer uterino também é influenciado pela ação do tabagismo. Um estudo que foi desenvolvido comparando esse fator em mulheres com câncer cervical concluiu que o tempo de uso do tabaco está associado à diminuição no tempo de sobrevivência dessas pacientes (GIULIANO et al., 2005).

Em relação à influência do ACO sobre o HPV, acredita-se que o risco das mulheres com papilomavirose desenvolverem o câncer de colo invasivo aumenta com o aumento de tempo de uso desse produto (SMITH et al., 2003). A justificativa para o aumento do risco relaciona-se ao efeito pró-gestacional da pílula que, supostamente, poderia suspender o processo de desenvolvimento normal do epitélio cervical tornando-o mais propenso à ação de agentes sexualmente transmissíveis, envolvidos com a carcinogênese uterina (ABRÃO, 2006).

No que se refere à imunossupressão, reconhece-se que a imunidade sistêmica exerce forte influência na manifestação do HPV. Isso em decorrência de uso de medicação imunossupressora (como em pacientes submetidos a transplante de órgãos) por causas patológicas como a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), e outras. Observa-se que a associação entre as infecções por HPV e HIV é favorável, pois além do comprometimento imunológico ambas são transmitidas sexualmente e suas populações de risco apresentam várias características comportamentais em comum (PINTO et al., 2002).

Segundo Rosa et al. (2009), as co-infecções genitais transmitidas sexualmente podem ter importância na proliferação celular quando associada ao HPV. No entanto, o papel biológico dos agentes patogênicos como estimuladores desse vírus ainda não foi esclarecido. Ao que tudo indica a evolução do processo inflamatório, que promove não só a ocorrência de lesões teciduais, como também a diminuição da imunidade celular, favorece o desenvolvimento oncogênico pela ação do HPV. Estudos têm investigado a ação de diferentes microrganismos patogênicos, como o herpes tipo 2 e a *Clamidia trachomati*. Todavia, esses autores referem-se à necessidade de mais pesquisas para elucidar esta temática.

Em relação ao número de parceiros, autores como Rama et al. (2008) ponderam que a sua variação expõe o casal a um maior risco para a aquisição de DSTs.

Sobre a associação entre a multiparidade (número elevado de filhos) e o câncer uterino os estudos reportam-se aos efeitos por partos sucessivos na zona de transformação uterina. Supostamente, isso facilitaria a exposição da região ao HPV, bem como aos efeitos dos hormônios relacionados à gestação que podem ou não atuar como estimuladores da ação carcinogênica. O relato sugere a necessidade de estudos mais apurados sobre essa questão (CASTELLSAQUÉ e MUÑOZ, 2003).

O estudo da história natural do HPV (**Figura 1 p. 9**) demonstra que ela é benigna, uma vez que a maioria das infecções de baixo grau regride naturalmente, (2) sem que a mulher tome conhecimento de sua existência, sobretudo pela sua característica assintomática. As estimativas mundiais indicam que aproximadamente 20% dos indivíduos normais estão infectados com HPV. Portanto, o risco de evolução de câncer está associado às infecções persistentes pelo HPV, principalmente àquelas que envolvem os tipos de alto risco oncogênico (INCA 2011b; LINHARES e VILLA, 2006).

O reconhecimento do HPV como causa central do câncer de colo de útero propiciou novas abordagens preventivas em relação a esta doença, incluindo a prevenção e o controle da infecção genital através da vacinação e de estratégias de promoção da saúde. Evidenciou também a necessidade dos programas de rastreamento a serem estabelecidos e consolidados adequadamente às circunstâncias socioculturais de cada país (ROSA et al., 2009).

1.1.3. Formas de prevenção do HPV e do câncer de colo de útero

A prevenção do HPV, recomendada pela OMS e adotada pelo MS no Brasil desde 1988, é similar à medida de prevenção primária da neoplasia cervical, e consiste na adoção do sexo seguro por meio do estímulo ao uso de preservativo (MS, 1988; INCA 2011a, 2011b). Como forma de prevenção secundária ao câncer de colo de útero recomenda-se a realização do exame preventivo na população feminina, a fim de identificarem-se as portadoras de lesões precursoras desse tipo de câncer, obter-se o diagnóstico dos graus dessas lesões e então, proceder ao tratamento adequado. Este exame é recomendado para as mulheres entre 25 e 60 anos de idade ou para todas àquelas que já iniciaram a atividade sexual, independentemente do aparecimento de sintomas pelo HPV, conforme relatos de Floriano et al. (2007) e INCA (2011b). Como forma de prevenção recentemente adotada e ainda pouco conhecida, tem-se a vacina anti-HPV (ANVISA, 2011 e INCA 2011b).

Preservativos masculino e feminino

Em tempos atuais, ainda persistem atribuições contraditórias de sentido e valor aos preservativos diante de sua capacidade preventiva reconhecida. Bandeira e Diógenes et al. (2006) consideram que não existe uma correspondência direta entre esse reconhecimento e a prática efetiva de seu uso existindo ainda a relutância ao uso pelos casais. Para Madureira e Trentini (2008), essa resistência é influenciada por vários fatores políticos e socioculturais e citam o uso

do ACO, a partir dos anos 60, como uma forte causa para a redução do uso desse método de barreira, visto como um obstáculo ao prazer sexual. Com a adoção desse método, a mulher assume para si a responsabilidade da contracepção, anteriormente sob responsabilidade masculina através do uso da camisinha. Diógenes et al. (2006), consideram que ao longo dos anos vem-se observando a desvalorização desse preservativo e ainda o esquecimento de sua função preventiva às DSTs . A nosso ver, este fato pode acontecer em consequência de falhas nos programas de prevenção às DSTs, ofertados a população, sobretudo junto aos adolescentes.

No que se concede especificamente à prevenção do HPV, Arcoverde e Wall (2005) alertam que muito embora seja preconizado pela OMS o uso do preservativo como medida de prevenção primária, estudos revelam que seu uso protege somente as áreas que permanecem recobertas pelo preservativo. Assim, outras regiões que permanecem desprotegidas podem ser contaminadas. Portanto, esses autores concluem que o uso da camisinha masculina “pode reduzir, mas não eliminar, o risco de transmissão do HPV”. No entanto, ainda assim, eles reconhecem que o uso desse preservativo é essencial para a prevenção do HPV e consequente redução do câncer cervical (ARCOVERDE e WALL, 2005, p. 135).

Em relação ao preservativo feminino, Santos et al. (2005) consideram que este método é pouco divulgado. Entretanto, a eficiência deste objeto foi comprovada e considerada como melhor em relação aos preservativos masculinos, já que o feminino cobre uma maior área dos genitais externos (MADUREIRA e TRENTINI, 2008).

O exame de Papanicolau

Este exame, também conhecido como exame cervicovaginal, preventivo ou colpocitopatológico, consiste na coleta e no estudo de células descamadas da parte externa (ectocérvice) e interna (endocérvice) do colo do útero para a confecção de lâminas que são coradas pelo método de Papanicolau. Sua base metodológica envolve a análise de células do trato genital, o que propicia a detecção de várias alterações morfológicas celulares dentre elas, aquelas provenientes das alterações pelo HPV (BEZERRA et al., 2005; FERNANDES, et al., 2009).

A relevância do exame de Papanicolau na prevenção do câncer cervical está não só na eficácia daquele que faz a leitura da lâmina, como também na adoção de certos cuidados que as pacientes devem adotar. É importante que elas suspendam o uso de duchas vaginais por cerca de 48 horas antes do exame; a relação sexual nas 48 a 72 horas que precedem a coleta e o uso de cremes vaginais nos sete dias precedentes ao exame, a fim de garantir uma coleta adequada e confiável (PANISSET e FONSECA, 2009).

A **Figura 2**, abaixo, resume os procedimentos diagnósticos que são recomendados pelo MS (1988) no Brasil. Nele se percebe a associação de exame de Papanicolau a outras técnicas voltadas ao diagnóstico do câncer cervical, que é o exame de colposcopia acompanhado, quando necessário, de biópsia.

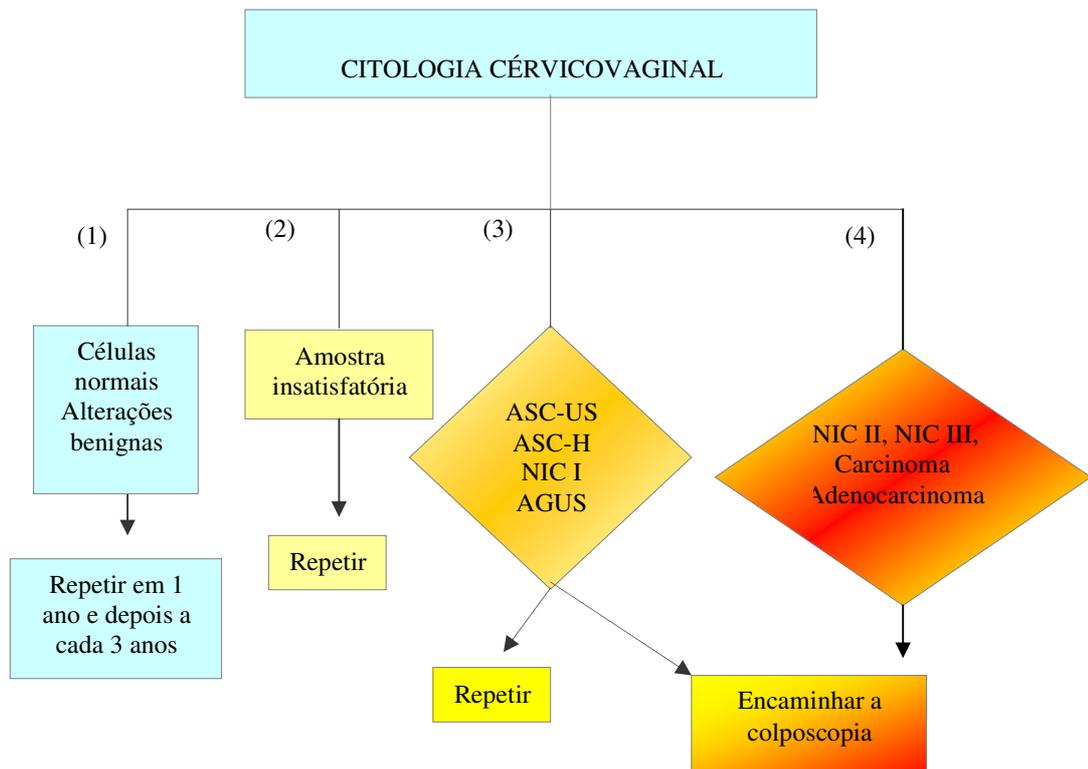


Figura 2. Resumo da rotina após resultado de exame cervicovaginal para diagnóstico do câncer cervical e seus precursores (INCA 2011b. Figuras 1 e 2). Cópia adaptada.

As orientações quanto às condutas médicas variam de acordo com os resultados do referido exame. Portanto, com base nas recomendações do INCA (2011b) e conforme exposto na figura acima, considera-se como dentro dos limites da normalidade, (1) o material que não revelar células típicas de malignidade. Neste caso, a paciente deve ser aconselhada a seguir as recomendações de rotina e repetir seu exame uma vez ao ano. Após dois resultados consecutivos de normalidade, indica-se que a prática desse procedimento aconteça a cada três anos. Nas alterações celulares benignas, observam-se exames sem células anormais para a malignidade, mas comprometidas, por exemplo, com modalidades inflamatórias por microrganismos do trato ginecológico. Neste caso, o processo inflamatório deve ser tratado e o exame repetido para

conferir normalidade e a mulher deve ser orientada a seguir o protocolo de rotina.

Para a amostra dita insatisfatória (2), ou seja, aquela que não evidenciou uma amostragem celular ideal à leitura diagnóstica, deve-se repetir a coleta de material. Aconselha-se um intervalo entre seis e 12 semanas para nova coleta (INCA, 2011b).

Prosseguindo com o estudo da **Figura 2 (p. 13)**, os casos de atipias de significados indeterminados em células escamosas classificadas como ASC-US, e de células escamosas atípicas de significado indeterminado em que não se pode afastar lesão de alto grau, correspondendo a ASC-H (3) são sugestivos de alterações citológicas que merecem uma melhor investigação. Assim, para o diagnóstico de ASC-US, em mulheres com 30 anos ou mais será indicado a repetição do exame a cada seis meses, sendo ideal o tratamento dos processos infecciosos, se existentes, ou da atrofia se detectada. Para as mulheres com idade inferior a 30 anos, a repetição do exame deve ocorrer a cada 12 meses sendo indicado também o tratamento dos processos infecciosos, se existentes. A cada dois exames com resultados normais, a mulher deve retornar a rotina normal. Persistindo os mesmos resultados ou se surgirem novos dados mais graves, a paciente deverá ser encaminhada ao exame de colposcopia para melhor investigação, podendo realizar-se ou não a biópsia para confirmação de diagnóstico, segundo o parecer médico (INCA, 2006; 2011b).

Toda mulher com resultado de exame cervicovaginal de ASC-H deve ser encaminhada para colposcopia. Em caso de resultado normal ela poderá retornar à rotina habitual de exames. Se repetir o mesmo diagnóstico ou mais grave, o médico deve adotar condutas específicas como a técnica de exérese, (retirada tecidual ou de parte do órgão), seguido de investigação preventiva a cada seis meses. Em casos de dois resultados normais, a paciente retorna a rotina normal de coleta. Já em caso de resultados mais graves, como de NIC I (3) a mulher deve ser orientada à integrar um grupo de acompanhamento citopatológico, com realização de colposcopia, conforme parecer médico (INCA, 2011b).

As pacientes com alterações de células glandulares (AGC) devem ser encaminhadas para colposcopia. Recomenda-se a avaliação endometrial em pacientes acima de 35 anos. Abaixo dessa idade, essa investigação deve ser realizada com base na queixa clínica, como por exemplo sangramento uterino anormal (Ibdem).

Nos casos de NIC II, NIC III, (4), as pacientes deverão ser encaminhadas para a realização do exame colposcópico. Sendo o resultado deste exame compatível com o resultado de exame de Papanicolau, a conduta recomendada é a exérese por Cirurgia de Alta Frequência (CAF) através da colposcopia. Esse método é conhecido como “Ver e Tratar”, e permite realizar

o diagnóstico e tratamento simultâneo, com a retirada total (quando possível) da área de lesão, sendo o fragmento encaminhado para realização do exame histopatológico (INCA, 2006; 2011b; WOLSCHICK et al., 2007). Aconselha-se a investigação de endométrio e anexos por meio de exame de imagem, em mulheres com mais de 35 anos (INCA, 2011b).

Os casos sugestivos ou com resultados de carcinoma ou adenocarcinoma “in situ” (4) ou invasor, devem ser encaminhada para a realização de colposcopia com biópsia. Se a colposcopia mostrar lesão, a biópsia deve ser feita para averiguar se a lesão atingiu ou não os tecidos adjacentes, ou seja, para investigar a extensão da lesão, fator diferencial para a conduta a ser seguida pelo médico. Se a neoplasia se mantiver restrita àquela área, deve-se realizar conização. Caso seja confirmada a invasão de tecidos subjacentes, a mulher deve ser encaminhada para um centro especializado para procedimentos mais específicos (INCA, 2006).

Conforme relato anterior e o exposto na **Figura 2 (p. 13)** observa-se que o procedimento diagnóstico inclui a técnica de colposcopia. O colposcópio é um aparelho que disponibiliza ao médico uma visualização tridimensional de qualidade da área a ser examinada e se for o caso, a realização de biópsia. Segundo Netto e Focchi (2008, p. 243), ele possibilita a observação e análise das “alterações epiteliais e vasculares do colo de útero, vagina e vulva, [...] a presença de lesões verrugosas, papulares, bolhosas, tumorais ou ulceradas”. Esse procedimento inclui o uso de substâncias como o soro fisiológico e ácido acético a 2 % ou 3% para facilitar o exame dos vasos sanguíneos e a identificação da área a ser biopsiada, se necessário.

Tanto o exame de Papanicolau, como a biópsia tem por base o estudo das alterações morfológicas estudadas nas células examinadas (WOLSCHICK et al., 2007).

Muito embora recomendado como exame de triagem para o HPV, admite-se que a técnica de exame colpocitológico não constitui uma prática diagnóstica perfeita. Conforme analisam Caetano et al. (2006), o procedimento técnico do exame de Papanicolau é vulnerável a erros de coleta, de preparo da lâmina, sendo ainda influenciado pela subjetividade dos especialistas na interpretação dos seus resultados. No entanto, esses autores admitem e enfatizam que ela é a mais indicada no rastreamento desse câncer por ser rápida, indolor, usar os critérios de NIC e ainda fazer parte das condutas diagnósticas cobertas pelo SUS favorecendo o acesso à população feminina de baixo poder aquisitivo.

Em tempos atuais convive-se com modernas e eficientes técnicas diagnósticas da Biologia Molecular, com base na detecção dos genomas e na identificação do DNA do HPV acoplado ao DNA da célula hospedeira. A vantagem está na disponibilidade de diagnóstico, mesmo na ausência de alterações morfológicas e na possibilidade de tipar-se o vírus em tecidos, secreções e

fluidos. Outro método disponível consiste em provas sorológicas que se baseiam na presença de anticorpos para o HPV no material coletado (WOLSCHICK et al., 2007). No entanto, enfatizam que as referidas técnicas possibilitam a identificação de mulheres com o risco de adquirir a doença nas suas diversas fases, porém não são úteis para detectar alterações teciduais ou avaliar a gravidade da infecção. Para isso, após um diagnóstico positivo, o médico terá que recorrer a outros recursos que incluem a citopatologia, colposcopia e a histopatologia, para definir a conduta de tratamento a ser adotada. E ainda tem que se considerar os custos dessas novas práticas, já que elas não são incluídas dentro da relação de exames cobertos pelo SUS na área ginecológica, o que restringe seu uso à população feminina de melhores poderes aquisitivos (WOLSCHICK et al., 2007).

É necessário esclarecer que o exame preventivo não detecta a presença do vírus, mas sim as alterações que acarretam na morfologia das células. Ele retrata as condições existentes na área de coleta, no momento de retirada do material a ser analisado, consistindo, portanto, em uma eficiente técnica de triagem para o HPV (BEZERRA et al., 2005; LORENZATO 2008).

Ao indicar o exame de Papanicolau como principal estratégia preventiva contra o câncer cervical, a OMS almeja a busca, em longo prazo, das lesões pré-neoplásicas, uma vez que sua descoberta proporciona o diagnóstico dos efeitos virais pelo médico, ainda na fase subclínica da infecção, possibilitando a sua pronta intervenção. É objetivo da OMS, atingir a diminuição da morbimortalidade pelo câncer cervical em todo o mundo, através de programas de rastreamentos eficazes (LORENZATO, 2008). Estes devem incluir o tripé citologia/ colposcopia/histologia que define a localização das lesões cervicais, seu grau histológico, sua extensão em profundidade e sua ocupação glandular. A conduta terapêutica depende dos resultados dessa avaliação (PANISSET e FONSECA, 2009).

Alguns autores como Franco et al (2008) reivindicam o uso do exame de cervicografia digital como método de prevenção do câncer ginecológico. Este exame vem sendo utilizado desde 2000, em um ambulatório ginecológico de um Centro de Saúde da cidade de Fortaleza. O método utiliza imagens digitais de alta resolução, permitindo que os achados da inspeção visual sejam documentados e avaliados posteriormente. A eficácia do método vem sendo enfatizada pelo pesquisador que, contudo reconhece o seu custo elevado.

A vacina preventiva

O desenvolvimento de vacinas profiláticas contra o HPV ocorreu graças aos avanços das tecnologias de recombinação genética. Foram desenvolvidos dois tipos de vacinas para o HPV:

uma vacina bivalente, que confere imunidade para os dois subtipos HPV 16 e 18; altamente comprometidos com o câncer de colo de útero e uma vacina quadrivalente relacionada com os subtipos de HPV 6, 11, 16 e 18, comprometidos com as lesões verrucosas, os condilomas acuminados, lesões pré-cancerosas e o câncer cervical (BRICKS, 2007).

O reconhecimento da função preventiva das vacinas anti-HPV e a aquisição de seu uso pela população deve ser estimulado através da implantação de programas de saúde pelos órgãos governamentais. Estes devem enfatizar perante a população a importância de não se abandonar o exame cervicovaginal, conforme explicam Lepique et al. (2009), pois a vacina não confere cobertura imunológica total contra o HPV e sim, uma cobertura parcial contra os subtipos de HPV 6,11,16 e 18. Já em 2006, Conti et al. (2006) ressaltavam que a descoberta de uma vacina contra o HPV representaria, sem dúvida, uma evolução na qualidade e expectativa de vida; todavia, tal conquista exigiria o esclarecimento frente à população de que sua ação preventiva só se complementa com o exame de Papanicolau. Outro fator a ser esclarecido frente à população é que, conforme Giraldo et al. (2008), sua aplicação deve acontecer antes da exposição ao vírus, entre 09 a 19 anos de idade, sendo indicada, portanto, para aquelas que não iniciaram a atividade sexual. Compete a cada país, adequar a faixa etária de acordo com a sua população de risco. Esse quadro nos faz antever a necessidade de ações educativas frente à população para a compreensão e a aceitação desse exercício de promoção da saúde. Deve-se esclarecer que sendo uma medida preventiva recente, ainda não se têm dados sobre seu tempo de cobertura (INCA, 2011b).

No entanto, segundo a Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI, 2011), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estuda a liberação da vacina anti-HPV no Brasil para uso também com mulheres entre 25 e 45 anos. Isso com base em estudo realizado com 3.819 mulheres entre 24 e 45 anos durante um período de quatro anos. Nele constatou-se a eficiência desta vacina na prevenção de NIC I e de lesões pré-neoplásicas para o câncer cervical, vagina e vulva, bem como lesões genitais externas e verrugas. Em caso de mulheres já portadoras do HPV, a vacina previne a evolução da doença. No Chile, Canadá e Austrália esta prática já vem sendo realizada, obtendo-se resultados satisfatórios (SBI, 2011).

Outra grande inovação na prevenção do HPV é a divulgação de que a ANVISA (2011) estuda a liberação da vacina quadrivalente contra o HPV para homens com 9 a 26 anos de idade. Com a recente confirmação de envolvimento do HPV com o câncer de pênis, os homens passaram de potenciais transmissores a condição de pacientes sujeitos aos abalos físicos e emocionais ocasionados pelo medo de surgimento do câncer. O uso da vacina anti-HPV representa um avanço na prevenção desse vírus e na saúde biopsicossocial masculina. Acredita-se

que no futuro o uso das vacinas contra o HPV será um fator essencial na prevenção do HPV e na redução da incidência dessa neoplasia no mundo (INCA, 2008).

A prevenção do câncer de colo de útero no Brasil e no mundo

O câncer cervical possui elevada incidência no mundo. No Brasil, o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo Uterino e de Mama: Viva Mulher consolida “ações voltadas à prevenção e ao controle do câncer, promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos”, com base nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica (INCA, 2006, p. 213). Entre suas metas inclui-se a proposta de aumentar em 30% a cobertura de exame de Papanicolau na população de risco representada pelas mulheres de 35 a 49 anos. Com isto, intensificam-se as condutas de triagem para esta neoplasia, que vem sustentando elevadas taxas de incidência e mortalidade em nosso país (Ibidem).

Segundo as estimativas do INCA (2011a), foi prevista, para o ano de 2012 e 2013, no Brasil, a ocorrência de 17.540 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil. Desconsiderando-se os tipos de câncer melanoma (de pele); a neoplasia uterina é a mais incidente na Região Norte (24 casos /100.000 habitantes), ocupando o segundo lugar na região Centro-Oeste (28 casos /100.000 habitantes) e na região Nordeste (18 casos/100.000 habitantes). Nas regiões Sudeste (15 casos /100.000 habitantes), o câncer cervical ocupa a terceira posição e na Região Sul (14 casos/100.000 habitantes), a quarta. Dados do relatório do INCA (2006) revelam que existe

uma forte associação desta doença com as condições de vida precária, com os baixos índices de desenvolvimento humano, com a ausência ou fragilidade das estratégias de educação comunitária (promoção e prevenção em saúde) e com a dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde para o diagnóstico precoce e o tratamento das lesões precursoras (INCA, 2006, p. 214).

Com base na citação desse instituto, compreende-se a previsão do câncer cervical ser o mais incidente na Região Norte nos anos de 2012 e 2013. Contrapondo-se a essa visão, tem-se a informação de ser a Região Sudeste, considerada mais desenvolvida do Brasil, citada como a terceira colocada (INCA, 2011b).

Considerando os Estados brasileiros, o estudo do INCA (2011b) prevê como o de maior incidência do câncer uterino do país o estado do Amazonas, com taxa estimada de 34,15 casos

para cada 100.000 habitantes. Um estudo investigativo sobre os motivos da elevada incidência, nesse Estado de câncer uterino foi desenvolvido no período de 2001 a 2005 por Corrêa e Villela (2008). Seus resultados revelam que o Amazonas conta com fatores contraditórios à prevenção dessa neoplasia, como a existência de barreiras geográficas, econômicas, biológicas e culturais. Demonstra também a necessidade de aprimoramento das ações de rastreamento envolvendo desde a organização estrutural do Programa de rastreamento até a sensibilização das amazonenses sobre a questão.

Outro aspecto interessante contido no relatório do INCA (2011b) é a previsão de maior incidência do câncer uterino na Região Sudeste ser para o Estado do Rio de Janeiro, com a taxa estimada de 23,71 casos para cada 100.000 habitantes. Esse Estado configura-se como uma das Unidades Federativas do Brasil com melhores gamas de recursos socioeconômicos e assistenciais quando comparado ao estado do Amazonas.

O câncer de útero é causa de óbito de aproximadamente 230 mil mulheres por ano no Brasil. Este elevado índice de mortalidade está associado ao diagnóstico tardio, em fases avançadas de infecção viral. Segundo O INCA a OMS considera que quando o programa de rastreamento é realizado dentro dos padrões de qualidade, pode-se obter até 80% de redução do câncer invasivo, bem como das taxas de mortalidade por esta doença (INCA 2011).

A implantação do rastreio do câncer cervical em larga escala, após cinco décadas de práticas consecutivas em países desenvolvidos tem demonstrado a queda na incidência de casos de câncer e de mortalidade por essa doença. Os resultados mais expressivos são observados na Islândia, que obteve uma redução de 84% de 1960 a 1982, bem como o evidenciado na Finlândia, China, Espanha e Israel que possuem as menores taxas dessa patologia em virtude de programas bem elaborados que detectam e possibilitam o tratamento das mulheres com lesões de alto grau em tempo hábil (RIBEIRO, 2008).

No entanto, não basta somente a implantação de programas de rastreamento. Faz-se necessário programar ações que tragam as mulheres até os mesmos. Como exemplo disso tem-se o caso da Inglaterra que em 1988 vivenciou o problema de não adesão das mulheres aos programas de rastreamento. Isso porque elas não possuíam dentre seus hábitos de saúde, a prática do exame preventivo. Dessa forma, idealizou-se uma estratégia de convites sucessivos pelos médicos às mulheres para a realização desse exame. Com isso, obteve-se, um aumento da cobertura de 25% da população feminina e com a redução em 58% do número de casos de câncer uterino nas mulheres com faixa etária entre 20 e 24 anos, e de 45% entre as mulheres de 25 a 29 anos de idade (ZEFERINO, 2008b). Outros casos de adaptações satisfatórias foram obtidos no

Canadá e Estados Unidos da América, onde se constatou a redução da taxa de mortalidade para essa neoplasia. Nestes países, o início do rastreamento acontece aos 18 anos de idade. Na Finlândia e Holanda, recomenda-se a partir dos 30 anos (LORENZATO, 2008).

Na opinião de Quinn et al. (1999 apud Zeferino 2008a), a falta de programas de rastreamentos eficazes, com as devidas adaptações às populações específicas e as prevalências de infecção por HPVs de elevados graus oncogênicos são os fatores responsáveis pela elevada incidência do câncer cervical nos países com baixo desenvolvimento. Para Parkin et al. (2001 apud Guerra et al. 2005), as próprias exigências desse programa restringem a sua aplicação de forma eficiente nos países de baixo e médio desenvolvimento, como Zimbábue, Uganda, Brasil, Mali, Argentina, Gâmbia, Colômbia, Equador, Vietnã, Índia e Tailândia. Já nessa época esses autores avaliavam que esses países não possuíam a infra-estrutura necessária para programas de rastreamento eficientes e a oferta de assistência à saúde de qualidade, o que pode estar contribuindo para a sustentação de elevadas taxas desta neoplasia em suas populações, ainda em tempos atuais.

A complexidade da questão justifica o rigor das condutas de rastreamento exigidas pelo INCA (2008), sendo essencial garantir a sua organização, a integralidade e a qualidade, bem como o acompanhamento das pacientes para um controle efetivo do câncer uterino. Para Lorenzato (2008) é também notória a necessidade de veicular a informação e incrementar métodos de comunicação, a fim de facilitar às mulheres o acesso ao conhecimento e possibilitar a reflexão crítica quanto ao seu comportamento em saúde. Isto porque o câncer uterino apresenta uma forte associação com o baixo nível socioeconômico, ou seja, com os grupos que têm maior vulnerabilidade social, pois eles convivem com

as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce da doença e de suas lesões precursoras, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros (INCA, 2002, p. 10).

Percebe-se que a prevenção vai além da oferta dos exames preventivos. É essencial mobilizar as mulheres mais vulneráveis a comparecer aos postos de saúde e orientar aquela que necessitar de encaminhamento para os centros de tratamentos (MOTA et al., 2006). Os estudos do INCA (2006) revelam que no Brasil, o maior número de mulheres que realizam o exame preventivo está abaixo de 35 anos de idade, enquanto o risco para a doença aumenta a partir dessa

idade. Isso demonstra a necessidade de uma melhor divulgação do programa, no sentido de somar-se a este contingente aquelas mulheres que fazem parte do grupo de risco para o câncer de útero.

É preciso conscientizar a população feminina da importância do exame de Papanicolau no rastreio dessa neoplasia, pois conforme Freire “É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática” (FREIRE, 2001 p. 54).

Tratamento

Embora o tratamento não seja alvo desse estudo, considera-se essencial esclarecer que a infecção pelo HPV deve ser “abordada e assistida como um problema do casal, sendo importante propiciar tratamento e orientações adequados a ambos” com o objetivo de prevenir sequelas cirúrgicas e o bem estar conjugal (ARCOVERDE e WALL, 2005, p.135).

Outro fator essencial é a compreensão por parte das pacientes de que as diferentes formas de tratamento convergem, até o momento, para a cura da lesão manifestada; o que não significa a cura da infecção pelo vírus HPV. Desta forma, é relevante, mesmo para as mulheres que, como última opção, passaram por cirurgias com a retirada de útero mediante o diagnóstico de câncer, prosseguirem com o rastreamento de lesões através do exame cervicovaginal o que vai propiciar a pronta intervenção médica em casos de recidivas que são frequentes (RUBIN e FARBER, 2005). É importante conscientizá-las de que, segundo Toledo e Seixas (2005), em relação ao quadro de infecção viral não existe, até o momento, um medicamento que erradique o vírus. O tratamento atual visa somente o tratamento das lesões.

1.2. A mulher, o HPV e o câncer de colo de útero

Ao receber o diagnóstico de papilomavírose, Diógenes et al. (2006, p. 267) consideram que a mulher passa a conviver com “sentimentos de culpa, desarmonia conjugal, suspeita de infidelidade, o medo do aparecimento do câncer” e ainda com tantos outros sentimentos excludentes que geram, muitas vezes, dificuldades no relacionamento com familiares, ambiente de trabalho e a equipe de saúde. Esta situação agrava-se ainda mais, na visão de Costa (2008) devido à falta de conhecimentos sobre o vírus. Para esta autora, a baixa estima e os diversos sentimentos despertados pelo diagnóstico recebido podem desencadear, nessas mulheres, a baixa imunológica. Esse co-fator pode contribuir para o aparecimento da doença, dificultar o

tratamento e até mesmo, favorecer a recidiva, ou seja, o reaparecimento da doença após um período de dois anos de ausência.

Numa análise mais profunda, Diógenes et al. (2006, p. 267) consideram que no período gestacional da mulher com HPV ocorre um agravamento do quadro descrito acima com o aparecimento, ou a intensificação de lesões condilomatosas na vulva, em decorrência da condição transitória de baixa imunidade que a mulher vivencia. Segundo essas autoras, nos períodos gestacionais surgem “inquietações e dúvidas em relação ao tipo de parto demonstrando temor de o filho nascer com a doença”. Assim, faz-se necessário proceder a um rigoroso acompanhamento de pré-natal a fim de introduzir os procedimentos preventivos e conceder maior tranquilidade à gestante. Compreende-se que o diagnóstico de câncer de útero é promovedor de um grande abalo emocional nas pacientes e em seus familiares. O câncer gera na mulher uma inaceitabilidade social devido à improdutividade gerada e pelo medo do sofrimento prolongado (COSTA, 2008). Ao relacionar essa situação à condição de mãe e mulher, Nerone e Trincaus (2007 p.148) consideram que a “incapacidade produtiva leva à existência de problemas familiares e de ordem emocionais graves, relativos a sua afirmação feminina de ser”, o que pode promover fortes conflitos biopsicossociais.

O impacto sofrido pela mulher, segundo Costa (2008), vai além do diagnóstico e envolve o tratamento radioterápico, a aparência física e as alterações no ambiente vaginal. Em função disso, essa autora reivindica que os esforços em melhorar a qualidade de vida dessas mulheres devem convergir também para a sua saúde sexual, principalmente na anatomia e fisiologia vaginal. A reabilitação após uma cirurgia de câncer cervical envolve “o olhar masculino”, ou seja, “o modo como reage o parceiro dessa mulher”. Ela considera que “as alterações na estética são condições pouco toleradas para a mulher, bem como a situação de dificuldade no relacionamento sexual mesmo que temporária” (ibidem, 2008, p. 654). Portanto, após a cirurgia, a companhia do parceiro é mais confortante, pois a “mulher é ‘preservada’ de ser colocada à prova em relação a seu valor sexual perante a sociedade”. Todavia, é comum o sentimento de “insegurança, em relação ao interesse do parceiro, e que sinta dependência afetiva em relação a ele”. Entende-se que as dificuldades emocionais são intensas, e que “só a partir do encontro da mulher consigo mesma é que se dá a real superação das dificuldades de aceitação de sua condição” (COSTA, 2008, p. 654). Hoje, os avanços na compreensão do câncer uterino e o desvendar da história natural do HPV propiciam o diagnóstico precoce dessa neoplasia. Isso acentua as possibilidades de prevenção (INCA, 2006). Com base nesses dados, compreende-se a essência da afirmação de Cain e Howett (2000) que indicam a educação para a saúde e programas

de rastreamentos associados à eficácia dos métodos diagnósticos, como medidas essenciais para a redução da incidência do câncer de colo de útero.

1.3. Os profissionais de saúde: tecnicismo x humanização

O desenvolvimento tecnológico, intensificado na segunda metade do século XX, gerou alterações no ensino médico. Esse movimento expandiu-se na década de 70 e firmou-se como método clínico baseado em modelo biomédico, desenvolvendo graves consequências para a saúde no mundo. Um dado a ser considerado é que ele propiciou um grande avanço nas ciências médicas, mas, em contrapartida, concedeu poder ao médico e colocou o diagnóstico da doença à frente do doente. A evolução tecnológica na saúde propiciou “a fragmentação corpo-mente, e a fragmentação do próprio corpo”, culminando na formação de novos perfis profissionais com elevado nível de especialização (RIBEIRO e AMARAL, 2008, p. 91).

No entanto, na concepção de Pessotti, já em 1996, durante o exercício da prática clínica, o médico percebe que as diferentes modalidades de doenças envolvem estados emocionais diversos que refletem dramas e carências sociais e que podem contribuir de maneira decisiva para o agravamento das patologias. Para Matos e Mugiatti (2008) no desenrolar de seu cotidiano profissional, o médico acaba por perceber que o aparato de conhecimentos especializados advindos de sua formação acadêmica não o auxilia em toda a plenitude desejada. Segundo estas autoras, a formação tecnicista acaba por distanciar cada vez mais o médico do paciente, o que, contribui para a perda dessa relação e interfere no processo de prevenção da doença.

Assim sendo, surge em 2003, a PNH da saúde, que tem como proposta a reorganização do SUS. Como valores norteadores dessa política tem-se “ [...] a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e sua participação coletiva no processo” (PNH, 2010, p. 3). Enfatiza-se a valorização dos sujeitos envolvidos na produção de saúde e investe-se na sua transformação cultural, com o objetivo de mostrar a cada um qual é o seu papel e qual a melhor forma de exercê-lo.

Em relação aos usuários, esse documento propõe entre outros, novas formas de acolhimento visando a sua inclusão, o estabelecimento de ambiente acolhedor e de uma assistência eficiente. Na concepção de Garcia et al. (2009), para tanto, é essencial o resgate de valores inerentes à humanidade e assim recomendam como conduta primordial “humanizar o humano”.

Prosseguindo nessa temática, Gomes e Pinheiro (2005) consideram relevante que o médico compreenda a necessidade não só de ouvir o paciente, mas de criar vínculos com o ser doente. Portanto, Cordeiro et al. (2010) alertam para a relevância de se investir no estímulo ao vínculo, no currículo médico. Esses autores concordam com Schraiber (1994) quando considera que “[...] a prática clínica é essencial para exercitar a capacidade de interação com o meio e para construir o vínculo com a cliente” (SCRAIBER 1994, apud CORDEIRO et al., 2010, p. 256).

Em atendimento a essas e outras necessidades de saúde o MS e o MEC instauram em 2005, a proposta de mudanças nos currículos de formação médica. Assim, hoje os cursos de Graduação em Medicina do Brasil vivenciam um processo de análise crítica de seus currículos com debates específicos à cada instituição de ensino, com proposta de mudanças em seus currículos, investindo-se na formação de um profissional de elevado nível tecnológico, mas também dotado de valores multiculturais e atento às necessidades dos diversos grupos sociais (PRÓ-SAÚDE 2007).

Especificamente sobre a consulta ginecológica, o relatório do INCA (2002) afirma que além do conhecimento técnico e científico, o médico deve exercitar a empatia, de forma a transmitir a confiança e o respeito. Com isso, além do estímulo ao vínculo, ele estaria garantindo um atendimento humanizado e acolhedor em todas as fases de mudanças físicas e emocionais da vida da mulher, o que concede a esse profissional um perfil específico.

Por parte do usuário, Benevides e Passos (2009, p. 15-6) relatam que o estímulo ao vínculo acontece “quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo para a sua saúde e sentir que esta equipe se corresponsabiliza por esses cuidados”. Para Matos e Mugiatti (2008), o profissional de saúde não pode esquecer-se de que o indivíduo que busca o auxílio de um médico, além de seu mal estar físico, está acometido por múltiplos fatores de ordem psicossocial, o que em muitos casos contribui para o agravamento de seu problema de saúde. De forma geral, o estado emocional desse indivíduo pode agravar-se com a realidade fria e automatizada dos ambientes hospitalares. Nesses locais, observa-se a existência de um clima tenso, não só a partir das preocupações e anseios dos usuários, mas também por parte do formalismo administrativo voltado ao atendimento das características físicas e biológicas das diversas patologias. Esse ambiente favorece que o doente assuma integralmente a função de “*paciente*” adotando uma posição passiva e indiferente a tudo e muitas vezes, até a si mesmo. O enfermo deve superar e substituir essa visão de passividade em favor da criticidade positiva, e assim, “[...] contribuir ativamente para a sua recuperação, em condições psicológicas de reação, em atendimento a parceria traçada com o seu médico” (Ibidem, 2008, p. 22). A Cartilha do

Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza-SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS (2009, p. 32) enfatiza que nos serviços de saúde o termo “*paciente*” ao longo dos anos, passou a ser interpretado como “aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado”. Assim, aconselha o uso do termo *cliente* que designa “[...] quem confia sua saúde a um trabalhador da saúde [...] e incorpora a ideia de poder contratual, e de contrato terapêutico efetuado”. Com base nesses ideais Benevides e Passos (2006, p. 32) recomendam o termo *cliente* que envolve o “[...] poder de decisão e de equilíbrio” tão desejado na proposta atual de humanização da saúde instaurada em 2003, pelo Ministério da saúde no Brasil.

Mediante ao relato acima, entendemos a importância do corpo médico buscar intensificar a sua relação com o cliente através do diálogo, passando-lhe informações sobre o seu problema de saúde de modo que esse sintá-se bem assistido e possa então expor suas idéias, compartilhar dados de forma crítica, contribuir para o procedimento médico, apreender saberes e praticá-los de maneira consciente. Isso só irá contribuir para a sua recuperação e a adoção de medidas de prevenção e promoção de saúde.

Sob o ponto de vista de Friedman (2005, p. 13), o médico deve compreender que o “instrumento diagnóstico e muitas vezes terapêutico mais relevante de que dispõe é ele mesmo, desde que seus conhecimentos e habilidades sejam utilizados com inteligência, critério e compreensão profunda do seu papel”. No exercício de suas funções, o médico deve associar os conhecimentos científicos que possui e as habilidades adquiridas, sem destituir-se do lado humano de sua profissão. Em tempo atual, faz-se necessário que ele se conscientize e assumá-se como verdadeiro agente de promoção e prevenção em saúde (ISMAEL, 2005). Assim sendo, mediante as necessidades atuais do cliente e da sociedade, espera-se que o profissional médico seja capaz de manter e renovar permanentemente os conhecimentos científico-tecnológicos, mas que desenvolva uma visão reflexiva e crítica a respeito de sua profissão e prática (PESSOTTI, 1996).

Já em relação ao trabalho de humanização na área de enfermagem na concepção de Silva et al. (2007), este envolve ações e atos que convergem para a prática do cuidado. Para Boff (2011) o cuidado é um processo que vai além de um ato ou de um momento de atenção e zelo. Ele envolve a preocupação, a responsabilidade e o envolvimento afetivo com o outro. Ele “[...] apenas passa a existir quando a vida de alguém adquire significado para nós”. A partir de então “passamos a cuidar e participar do destino do outro, de suas buscas, sofrimentos e êxitos” (BOFF, p. 143).

Desta forma, Simões et al. (2007) consideram que se deve investir na aproximação profissional-usuário o que oportuniza ao profissional de enfermagem identificar, elaborar e negociar as necessidades primordiais junto ao cliente. Estas estratégias favorecem o desenvolvimento da solidariedade e o envolvimento afetivo com o ser cuidado (BETINELLI et al., 2003). A todos esses compromissos funcionais soma-se a relevante função de educador. Pelo contato direto e constante que desempenha junto às pacientes, mesmo o auxiliar de enfermagem deve preocupar-se em passar informações, esclarecimentos e orientações sobre a doença ao cliente (GARCIA et al., 2009), recebendo o apoio da equipe para isso.

É relevante a observação de Garcia et al, 2009 quando advertem que o cuidado também converge para o cuidador. Portanto, a equipe de saúde deve sentir-se cuidada e valorizada por seus gestores. Backes et al. (2006) recomendam que o gestor deve buscar promover condições ambientais de trabalho favoráveis, conhecer e amenizar ou anular as situações geradoras de estresse, entre outros. Mas também, segundo eles, o próprio profissional deve desenvolver além de tudo, o senso de autocuidado, e desta forma adquirir o equilíbrio funcional e emocional necessário para que possa devolver esse cuidado aos pacientes.

A partir dessa reflexão entende-se que a humanização, em qualquer atividade, requer um esforço individual de seus idealizadores. É relevante que a humanização transcorra dentro da própria equipe, entre os profissionais, para que possam dar-se integralmente ao cumprimento das suas atividades (FORTES e MARTINS, 2000).

Para tanto, é fundamental o aceite de mudanças, com a adoção de novas atitudes e posturas dentro do cotidiano profissional. É essencial que esse processo seja cultivado entre todos os profissionais que necessitam serem estimulados a conviverem num ambiente agradável e a cultivarem a prática do diálogo em associação com o aparato tecnológico de que dispõem (SILVA et al., 2007). É primordial que eles reflitam sobre as condições e relações de trabalho, bem como sobre o seu modo de agir tendo em mente a função dos princípios e valores que norteiam a sua prática profissional. Isto facilitará a sua inserção de uma maneira mais crítica e consciente nessa nova realidade, favorecendo que assumam, frente aos pacientes, a sua condição de agentes de transformação em prol da promoção da saúde (BACKES et al., 2006). É com este olhar que o MS e o MEC (2007) estimulam a reforma dos cursos de formação dos profissionais de saúde confluindo então com PNH em saúde (2010).

1.4. A educação

A educação é um processo resultante da ação da sociedade sobre o indivíduo (BRANDÃO, 2007). Ela se inicia no âmbito familiar, sendo o homem a matéria prima naturalmente estimulada, a partir de seu nascimento. Portanto, o conhecimento vai sendo transferido a partir da relação física e simbolicamente afetiva entre pessoas (GOHN, 2009b). Esse processo natural de ensinoaprendizagem, Brandão (2007) classifica como educação informal. Para ele, esta modalidade educativa promove a incorporação natural de valores, base estrutural das diferentes formas de cultura que vai sendo acumulada, reproduzida e difundida entre os grupos sociais.

Contrapondo-se à educação informal, Gohn (2009b) descreve duas outras modalidades educativas que exigem diferentes formas de condução e controle da aventura de ensinar e aprender, descartando-se o “padrão natural” em prol do “padrão elaborativo”. São elas: a educação formal e educação não formal. Segundo esta autora, a educação formal é aquela que está presente no ensino institucionalizado, sendo cronologicamente gradual e hierarquicamente estruturada em etapas avaliativas que conduzem a emissão de certificados. A educação se sujeita a processos pedagógicos, criando situações próprias para o seu exercício em bases metodológicas (Brandão 2007; Gohn 2009b), o que exige a incorporação de regras e programas atrelados a legislações específicas. Conforme Brandão (2007), o ensino formal envolve uma instituição escolar, o aluno e o professor, que juntos empenham-se em fazer cumprir o seu objetivo primordial que é atingir um elevado nível de aprendizagem.

Já a educação não formal refere-se a qualquer tentativa educacional organizada e sistemática que pode ocorrer em diferentes ambientes. Nela, o processo ensinoaprendizagem pode ser explorado de forma simples e ocasional, não obedecendo a legislações normativas. No entanto, possui objetivos educacionais bem definidos que podem ser trabalhados por um instrutor, a partir de diversos mecanismos curtos e flexíveis, que obedecem a critérios próprios e inerentes a cada circunstância (BRANDÃO, 2007; GOHN, 2009b). Para Gohn (2009b, p. 33), a educação não formal é “um processo sóciopolítico, cultural e pedagógico de formação para a cidadania, entendendo o político como a formação do indivíduo para interagir com o outro em sociedade”.

Segundo Gohn (2009, p. 41), a sociedade contemporânea vivencia a era de “transformações geradoras de necessidades essenciais à preservação do homem” e assim referencia a importância de “[...] construção de processos educativos que [...] devem capacitar os

homens a inserir-se no contexto social e a compreender as circunstâncias social, econômica, cultural e ética da globalização”. Já em 1987, Heller enfatizava a necessidade de resgatar por meio da educação os valores históricos da humanidade, cujas bases tecem as relações sociais e consolidam a existência humana. Em sua visão, somente a educação tem o poder de transformar a sociedade em desenvolvimento, sem perder de vista o ser social (HELLER 1987, apud MATOS e MUGIATTI, 2008).

Para o cumprimento desta demanda Gohn (2009b, p. 41) reivindica a integração dessas modalidades educativas. Ela considera que a educação formal é a grande articuladora do processo de ensinoaprendizagem. No entanto, enfatiza que a educação não formal reúne as condições de “desenvolver campos de aprendizagens e saberes que lhes são específicos e deveria atuar em conjunto com a escola”. Nela percebe-se “uma intencionalidade na ação, no ato de participar, de aprender e de transmitir ou trocar saberes” Gohn (2009b, p. 29) que culmina com o compromisso de “capacitar o indivíduo para o mundo” (ibidem, 2009b, p. 19). Esta autora considera a educação não formal propícia aos espaços interativos construídos coletivamente, tendo sempre em mente o respeito pelas particularidades do grupo. Portanto, deve basear-se na solidariedade e na identificação de interesses comuns, estimulando a construção da cidadania coletiva e pública do grupo. Para ela, o processo de aprendizagem e produção de saberes inerentes à educação não formal envolve o estado emocional e cognitivo das pessoas, propiciando aos indivíduos fazer uma leitura crítica do mundo em que vivem. A autora referencia a educação não formal como um processo de aprendizagem social, pois ela “volta-se para o ser humano como um todo” (GOHN, 2009b, p 33).

1.4.1. Referencial teórico: a filosofia educacional de Paulo Freire

A também denominada de educação libertadora defendida por Paulo Freire (1921-1997) é considerada por muitos pesquisadores que seguem a teoria freireana como uma modalidade da metodologia problematizadora (GIRONDI et al., 2006; GOHN, 2009a). Segundo Bordenave e Pereira (2008), a base do processo educativo, nesse método de ensino, repousa na participação ativa do indivíduo na resolução de um problema, de forma a estimular o seu senso crítico e gerar mudanças em suas concepções. Na visão de Luckesi (2005), durante o seu exercício deve-se questionar a realidade das relações do homem consigo mesmo e com a natureza, buscando a sua transformação pois, ao deparar-se com uma temática que vivencia, o sujeito sente-se estimulado a participar, favorecendo o ato de aprender.

Atendendo a perspectivas citadas, tem-se a filosofia freireana que define como meta do processo educativo “a libertação; a transformação radical da realidade para melhorá-la, para torná-la mais humana, para permitir que os homens e as mulheres sejam reconhecidos como sujeitos da sua história e não como objetos” (Freire 2001, p. 28), ideais ao nosso estudo.

Fortalecendo essa nossa visão, há a análise de Gohn (2009b, p. 20), que considera a abordagem da realidade defendida por Freire de “caráter multidisciplinar e favorece diversas dimensões promovedoras de mudança na consciência dos indivíduos, voltadas para a transformação de si próprios e do meio social onde vivem”. E ainda de Backes et al (2005) ao considerarem que a importância da dimensão problematizadora de Paulo Freire está no desenvolvimento da autonomia do sujeito a partir do diálogo.

Freire em sua obra *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa* preconiza o princípio da dialogicidade como fator essencial a evolução social do sujeito. Para isso, considera que a educação deve ser crítica e dirigida à tomada de decisões e à responsabilidade social e política (FREIRE, 2011).

1.4.2. A educação e sua influência na vida da mulher

Segundo Barroso (2004), estudos revelam que em todas as partes do mundo referencia-se uma estreita relação entre os níveis de escolaridade e o empoderamento das mulheres. Na concepção dessa autora, mulheres com melhores níveis educacionais apresentam “mais capacidade de melhorar a própria qualidade de vida e a de suas famílias”, pois reúnem melhores condições de se beneficiar das “oportunidades existentes e dos serviços disponíveis, gerar oportunidades alternativas e estruturais de apoio” (ibidem, p. 575). A emancipação da mulher sofre ainda influência dos fatores socioeconômicos e de sua autonomia em gerenciá-los e, portanto, há de se considerar as condições culturais específicas (BARROSO, 2004; LISBOA, 2008).

Barroso (2004) ressalta que alguns estudos comparativos da influência da educação na vida da mulher em sua família envolvendo os continentes da África, Ásia e América Latina, durante 25 anos, revelaram que o nível educacional da mãe é um fator determinante da matrícula e desempenho dos filhos na escola. Esta autora considera como prováveis justificativas para tal acontecimento o maior nível econômico dessas mães, que não só possibilitou seu próprio estudo, como o envio e manutenção de seus filhos na escola. E ainda pelo maior poder de decisão dentro

da família, na educação dos filhos, como a contribuição nas tarefas escolares, orientando e apoiando-os em seus percursos e ainda pelo exemplo para eles, pela habilidade demonstrada.

No que se refere aos benefícios pessoais, os melhores níveis de escolaridade propiciam à mulher obter esclarecimentos e crescimento. Acentuam as possibilidades de autonomia crítica para a busca de seus próprios valores e para a melhoria gradual e progressiva de sua vida material. Como ser humano dotado de uma visão crítica da realidade social pode promover ainda o seu bem estar biopsicossocial, contribuindo para o seu empoderamento (BARROSO, 2004; FREIRE, 2001; LISBOA 2008). Para Bezerra et al. (2005) o tempo de educação formal tem diferença significativa na qualidade de vida das mulheres.

Martim et al. (2005) apontam que entre os fatores que caracterizam as condições sociais e de saúde das mulheres, a escolaridade é um dado essencial e quase unanimemente citado nos estudos sobre a temática. Em nosso contexto, autores como Silva (2007) e Zeferino (2008b) referem a baixa escolaridade como fator prejudicial ao estado de saúde. Para eles, esse fator dificulta a busca pelos serviços de saúde, o que favorece o avanço das lesões pelo HPV e o diagnóstico tardio de câncer contribuindo para o elevado índice de mortalidade por esta doença. No entanto, o mesmo não se aplica à aquisição da infecção pelo HPV, uma vez que esta patologia expande-se em todas as camadas sociais.

Para Sousa (2001) os melhores níveis de educação exercem também forte influência na autonomia feminina relacionado aos seus direitos sexuais e reprodutivos, contribuindo para a redução de DSTs e gravidezes indesejadas. Ela enfatiza que maiores investimentos na educação da mulher podem favorecer a melhor compreensão dos fatos contribuindo para a diminuição da fertilidade e para a redução da mortalidade infantil, sobretudo nas regiões de maiores carências socioeconômicas (SUBBARRAO e RANEY, 1992 apud SOUSA, 2001).

Prosseguindo em seus estudos, esta autora recomenda o uso da educação não formal em sala de espera, como fator educacional favorável para o empoderamento da mulher.

CAPÍTULO 2. METODOLOGIA DA PESQUISA

2.1 Caracterização da pesquisa

Ao optar pelo desenvolvimento de uma pesquisa de cunho social, visamos conhecer mais profundamente as relações entre os seres humanos que lidam com o HPV. Então, procuramos, conforme indicação de Minayo (2008, p. 47), conhecer a “realidade histórica” de nossas *pacientes* e adquirir “maior compreensão das complexas interações estabelecidas” entre elas e os profissionais de saúde. Procuramos obter conhecimentos específicos de nossas agentes sociais com a intenção de estimular nelas, mudanças na forma de ver e agir frente a sua patologia e assim promover o descarte da função de *paciente*. Para isso, foi necessário incentivar a busca da subjetividade, do interesse, das emoções e valores existentes (MINAYO, 2008; MOREIRA e CALEFFE, 2006). Através da dialética entre passado-presente procuramos apresentar-lhes propostas para reestruturação de sua realidade de tal forma que vislumbrassem uma nova maneira de planejar o seu futuro como *clientes*. A fim de compreender o citado contexto, entendemos a necessidade de proceder a uma investigação apurada da realidade social, e optamos pela abordagem da pesquisa qualitativa de cunho etnográfico como pilar para o desenvolvimento desse estudo.

A pesquisa qualitativa tem como foco de estudo o conjunto de fenômenos praticados pelos seres humanos, numa dimensão espaço-temporal inesgotável. Foi nossa intenção saber dos “[...] significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (Minayo, 2008, p.21) em nosso grupo de estudo.

Percebemos que somente o desenvolvimento de um intenso convívio referenciado pela pesquisa etnográfica poderia dar os subsídios necessários para o alcance dos objetivos acima assinalados, conforme sugerem Bodgan e Biklen (1982 apud Ludke e André, 1986). Desta forma, frequentamos o ambulatório de ginecologia estando à frente da pesquisa por 19 meses, permanecendo em contato direto com nossos atores sociais. Por meio de uma intensa observação procuramos conhecer as regras e os costumes que regem suas vidas, e também as experiências que possuem em relação à temática investigada, conforme proposta de Firestone e Dawson (1981, apud Ludke e André 1986). A abordagem qualitativa privilegiou o estudo do conjunto de fenômenos praticados pelos seres humanos que conviviam no Setor de Ginecologia, em um recorte no tempo e do espaço. Buscou, ao mesmo tempo, conhecer ao máximo o contexto sócio-

ambiental em processo para melhor colaborar no sentido de propor um produto que, para nós, se configura como transformação do espaço estudado.

Conforme indicações da pesquisa etnográfica, planejamos a realização de uma análise profunda dos dados em busca de conhecimentos sobre o nosso grupo de estudo (LUDKE e ANDRÉ, 1986). Por meio da observação direta em território próprio visamos “desvendar a realidade através de uma perspectiva cultural” do grupo, sem perder de vista o respeito a suas especificidades e à autenticidade dos fatos sociais por elas vivenciados e narrados (SEGOVIA HERRERA 1988, apud LIMA et al., 1996, p. 23).

No transcorrer desse estudo etnográfico, calcado na observação e no acompanhamento da realidade empírica do grupo social pesquisado, percebemos que todo o desenvolvimento do processo envolveu complexidade de maneiras distintas, implicadas no *por quê, como, com quem e para quem*, além da importância das *formas* de proceder frente ao grupo social investigado.

A partir do conhecimento adquirido sobre nosso grupo de pesquisa, procuramos compreender a sua realidade e implantar nossa proposta de promoção da saúde, com o desenvolvimento de um processo de educação em saúde, tendo em vista três dimensões: social, cognitiva e afetiva.

2.2. Cuidados relativos à realização de uma pesquisa com seres humanos

Por se tratar de uma pesquisa que envolve a participação de seres humanos, foi necessário submetê-la à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que abrange o Conselho de Ética.

O tempo total de realização deste estudo foi de 3 anos, a contar da data de aprovação pelos Comitês de Ética do IOC/Fiocruz em 29/07/09 sob o nº 452/08, e do HUCFF/UFRJ 08 em 10/10/2008, sob o nº 174/08. Dentre este período, permanecemos 19 meses em contato direto com o grupo de estudo, o que implicou na elaboração e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas auxiliares de enfermagem (**Anexo 1**), médicos (**Anexo 2**) e pacientes (**Anexo 3**).

Inicialmente, buscamos conhecer a população geral da qual obteríamos o nosso grupo de estudo. Desta forma, foi feito um levantamento a partir da análise dos exames de Papanicolau de 480 pacientes, escolhidas aleatoriamente, dentre cerca de 3 600 anotações de exames preventivos realizados pela bióloga responsável por essa pesquisa no período de 1998 a 2006, enquanto

citotécnica do Laboratório de Citodiagnósticos do SAP/DP//HUCFF/UFRJ. Para a confirmação e complementação dos exames das 480 pacientes, recorreremos à rede de Banco de Dados desse Hospital e aos prontuários. A intenção foi obter uma estimativa geral de resultados colpocitopatológicos com alterações compatíveis com o HPV nos casos atendidos nessa unidade hospitalar. Assim, confirmamos a existência da população ideal e propícia, para dela se extrair parte do nosso grupo de estudo, ou seja, as pacientes que deveriam cumprir a exigência de suspeita ou comprometimento com o HPV.

No que se refere aos profissionais de saúde, eles deveriam integrar a equipe de saúde do ambulatório de Patologia do Trato Genital Inferior/Ginecologia/HUCFF, onde se concentram essas pacientes.

Enfatizamos que o desenvolvimento deste estudo ocorreu no local de espera do referido ambulatório alocado no quarto andar desse hospital-escola que destaca-se pela excelência dos serviços de educação e saúde prestada a população brasileira, e até mesmo de outros países.

2.3. Desenvolvimento de um processo interacional no local de espera

Nosso trabalho de pesquisa desenvolveu um processo em local de espera do ambulatório de PTGI/HUCFF/UFRJ. Para este setor são designadas todas as pacientes comprometidas com o vírus HPV, para que integrem um grupo de acompanhamento e de rastreamento das lesões pré-neoplásicas, numa ação preventiva contra o câncer uterino. Assim sendo, nosso objetivo foi de desenvolver um trabalho de acolhimento, de troca e produção de saberes e de transformação em relação à melhoria do estado biopsicossocial das pacientes para a prevenção do câncer de colo de útero e para a promoção da saúde.

Em seu desenvolvimento, atendemos a um dos objetivos do Mestrado Profissional, conforme determinação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), que é “transferir conhecimentos para a sociedade, atendendo demandas específicas [...]”. Para tanto, pode se desenvolver “uma nova metodologia, um processo ou um produto de natureza educacional e incrementá-lo em condições reais em espaços formais, não formais ou informais de ensino” (CAPES, apud MOREIRA e NARDI, 2009 p.4). Em função desse relato, realizamos um planejamento criterioso e objetivo para o desenvolvimento de nosso processo.

Uma vez identificados o problema a ser investigado, o local e o grupo de estudo procuramos no decorrer do processo definir nossa base metodológica. Portanto, optamos pela

integração entre a função investigativa da pesquisa etnográfica e a eficiência da abordagem qualitativa que busca a interpretação apurada da realidade social dos indivíduos (Weller, 2007) como pilares para o desenvolvimento de nosso estudo. Assim, investimos em uma pesquisa profunda envolvendo todo o grupo.

A diversidade de atores e temas a serem investigados exigiu a prática de estratégias de investigação específicas, que contribuiriam para o enriquecimento da pesquisa e que concederam subsídios eficientes para o desenvolvimento de nosso trabalho conforme o descrito a seguir:

2.3.1. Etapas de investigação

Elaboração de questionários

Com os profissionais de saúde (auxiliares de enfermagem e médicos), optamos pelo uso de questionários com modelos padronizados e constituídos por perguntas abertas e fechadas. Com isso, intencionamos que todos os respondentes recebessem o mesmo estímulo no momento de emitir suas respostas, além de ser mais rápido e objetivo como relatam Moreira e Caleffe (2006) e para nosso contexto, mais fácil de ser aplicado por não exigir a presença do pesquisador, garantindo inclusive o anonimato do respondente.

Portanto, preocupamo-nos em elaborar questionários para profissionais de saúde tendo em vista o atendimento de objetivos específicos, referentes às diferenças funcionais.

O questionário para auxiliares de enfermagem (**Apêndice 1**) constituiu-se de uma única parte, intitulada “Em relação ao atendimento” e visou conhecer o tipo de interação existente entre as auxiliares de enfermagem e as pacientes, a preocupação que norteia o trabalho destas profissionais e como se dava esta prática.

O questionário para médicos (**Apêndice 2**) também foi estruturado em uma única parte intitulada “Coleta de dados”. Através dele, procuramos obter dados das considerações que possuíam em relação às pacientes, assim como conhecer as estratégias utilizadas pela equipe médica no controle do HPV e na prevenção do câncer de colo de útero.

Elaboração de um roteiro de entrevista semiestruturado

Com as pacientes usamos o recurso da entrevista, uma vez que pretendíamos obter, conforme Rosa e Arnoldi (2006, p 11), “[...] um conhecimento novo”, [...] sistematizando-o ao que já se sabe”. Foi nossa pretensão obter dados sobre o seu comportamento (passado e presente) e sua relação com sentimentos e valores, como preconizam Thompson (1992, apud Rosa e

Arnoldi, 2006). Buscamos através do uso de entrevista, não só o contato maior com nossas pacientes, mas também o estímulo a uma interação com elas. Assim, preparamos um roteiro semi estruturado (**Apêndice 3**), conforme o recomendado por Rosa e Arnoldi, 2006, já que ele permite e incentiva o sujeito a falar espontaneamente sobre si mesmo e sobre o tema em questão.

Desta forma, investimos na obtenção de dados socioculturais de nossas pacientes, e elaboramos questões fechadas e abertas, como uma forma de estimular o diálogo. Este roteiro foi padronizado e estruturado em quatro partes favoráveis ao alcance de nossos objetivos, conforme se segue:

Dados pessoais. Procuramos obter informações que permitissem caracterizar o “sujeito” alvo da pesquisa e investigamos algumas particularidades de âmbito individual e do convívio familiar dessas pacientes.

Sobre seus hábitos e atitudes. Buscamos conhecer aspectos gerais ligados à sua vida cotidiana, ao seu comportamento sexual; se existia o contato com os co-fatores estimuladores da oncogenicidade viral, e ainda, se buscavam obter informações sobre o HPV e como se sentiam na sala de espera.

Em relação ao seu estado de saúde. Objetivamos desvendar que tipos de concepções possuíam em relação ao HPV, sobre as medidas preventivas adotadas, sobre as consequências decorrentes do diagnóstico de papilomavírose em suas vidas e sobre a reação de suas famílias frente a esse diagnóstico.

Sobre a relação médico-paciente. Procuramos conhecer como acontecia esta relação; se recebiam informações dos médicos e suas sugestões para melhorar, se necessário, o atendimento.

Acompanhamento dos resultados de exames de Papanicolau

Para atender a nossa proposta de correlacionar as recidivas da doença com o comportamento das mulheres investigadas, realizamos um acompanhamento dos seus resultados de exames preventivos. Isso aconteceu, através de levantamentos no banco de dados do hospital e através de estudos dos prontuários das pacientes.

2.3.2. Análise interpretativa de dados

É característica da pesquisa qualitativa ter o pesquisador como um instrumento fundamental. Cabe a ele observar o fenômeno social e analisá-lo como fenômeno cultural (MOREIRA e CALEFFE, 2008). Assim sendo, optamos por uma análise interpretativa detalhada

do contexto e dos dados obtidos na etapa investigativa, a fim de obter explicações para as questões e processos relacionados aos objetos pesquisados (Weller, 2007), que nos conduziu a uma interpretação fidedigna dos dados.

Inicialmente, como regra essencial descrita por Moreira e Caleffe (2008), procuramos extrair todo o teor de informações dos dados obtidos. Assim, em relação aos questionários enfatizamos que respeitamos as escritas das auxiliares e das médicas, e que seus dados foram lidos e relidos, transcritos e conferidos sucessivamente. Já em relação às entrevistas com pacientes, por terem sido gravadas, estas foram ouvidas, editadas e lidas exhaustivamente.

A fim de obter conhecimentos profundos de nosso grupo de pesquisa, partimos do estudo de um todo. Dessa forma, fomos selecionando indicadores que culminaram com a formação de categorias, ou seja, os recortes do texto que seriam utilizados para análise. Estes foram lidos e relidos a fim de obter-se os principais temas, palavras, frases e outros, sempre valorizando-se seus aspectos de significância para o alcance dos objetivos propostos. Assim, obtivemos padrões emergentes dessas categorias (Moreira e Caleffe, 2008) que consideramos como subcategorias.

Posteriormente, conforme recomendações de Moreira e Caleffe (2008), realizamos o processo de contagem considerando a ausência e/ou a presença expressiva de determinados elementos, a frequência com que aparece o seu registro, pelo uso de advérbios, adjetivos e outros. No decorrer deste estudo, utilizamos fichas, tabelas e gráficos favorecendo a leitura dos resultados. Durante todo o processo, preocupamo-nos em manter os critérios de objetividade e de neutralidade, a fim de garantir a obtenção de resultados fidedignos.

Ao mesmo tempo, fomos formulando idéias, pré-supostos e obtendo explicações que nos direcionou à compreensão dos significados e das experiências de vida desses atores sociais. A interpretação dos dados propiciou-nos a construção social da realidade do grupo de estudo em um contexto específico: o local de espera do ambulatório de PTGI/HUCFF/UFRJ.

2.3.3. O processo socioeducativo

Tendo em vista o cumprimento da proposta de transformação de um local de espera, em um ambiente interativo e propício à melhoria do estado biopsicossocial das *pacientes*, à prevenção do câncer cervical e à promoção da saúde procuramos subsídios nos resultados obtidos em nossa etapa investigativa.

Enfatizamos que não constou em nossos objetivos a intenção de promover melhorias no espaço físico deste local de espera, mas sim promover uma transformação no aspecto relacional

entre os atores sociais que convivem neste local e propiciar melhorias no estado de saúde das pacientes que ali convivem.

Investimos em uma prática dialógica, expositiva e estimuladora da participação de pacientes, procurando articular o cognitivo, o afetivo e o social: fatores essenciais para intervir de alguma forma na cultura de nossas investigadas. Procuramos gerar o conhecimento e a autonomia reivindicada pela PNH em saúde vigente, visando a promoção da saúde em sala de espera.

Autores como Gohn (2006, p. 13) acreditam que esses ambientes são propícios ao ensino não formal e para ela, as metodologias nele utilizadas devem partir “[...] da cultura dos indivíduos e dos grupos. O método deve nascer a partir da problematização da sua vida cotidiana”. Esta autora define como objetivo básico da educação não formal “estimular e integrar os diversos grupos sociais e gerar um modo de educar em resposta aos interesses e as necessidades de quem dele participa” (GOHN 2006, p. 13).

Assim sendo, consideramos também a reivindicação de Pereira (2003, p. 1528) quando aconselha para a educação em saúde, o uso de “referenciais educativos que favoreçam a reflexão crítica e participativa do sujeito”. Desta forma, com a preocupação em atender às dimensões social, cognitiva e afetiva de nossa proposta de educação, buscamos integrar as concepções freireanas a este estudo. Assim, investimos nesta filosofia que apresenta uma dimensão problematizadora e dialógica a partir de temas retirados da realidade do sujeito e que conduz a uma relação crítica e transformadora dessa realidade. Para Freire (2006), o diálogo assume uma função integradora, pois quem ensina também aprende, numa troca da riqueza cultural.

Em função das especificidades da proposta de educação problematizadora de Paulo Freire, entendemos a necessidade de uma estratégia envolvente e convidativa a conversação sobre temas extraídos da história de nossas pacientes. Logo, optamos pelo uso do arco de Maguerez, que usa a realidade do indivíduo como ponto de partida e de chegada para o exercício da problematização.

O Arco de Maguerez

Este diagrama foi uma proposta elaborada por Charles Maguerez em 1970, com base nas etapas do método de solução de problemas. Ele propôs um esquema pedagógico para ser utilizado na assistência técnica ao agricultor, que ficou conhecido como o “Esquema do Arco” (**Figura. 3**). Sua proposta constitui-se, na visão de Pereira (2003), na primeira referência de uso para a Metodologia problematizadora e foi descrito por Bordenave e Pereira (2008). Este diagrama apresenta cinco etapas, como observado no esquema que se segue:

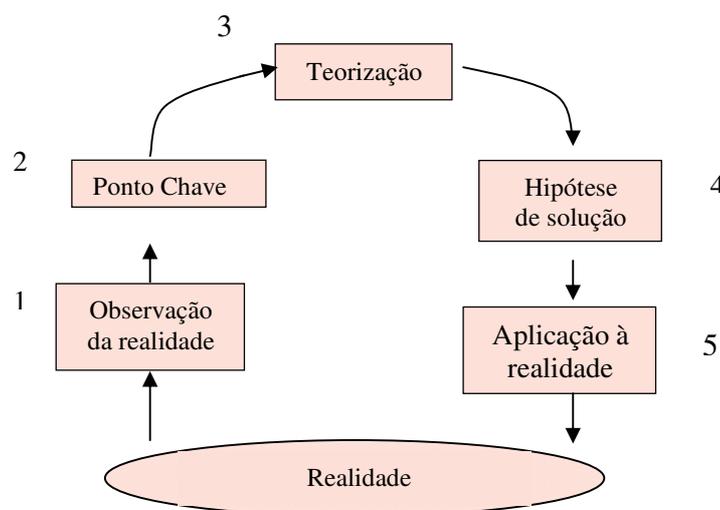


Figura 3. Arco de Charles Maguerez em 1970. (Cópia de Pereira, 2003 p. 1532).

Inicialmente, com base nos dados obtidos com as etapas investigativas e com a observação e acompanhamento da realidade (1) de nossas pacientes, fizemos uma exposição do problema social em foco. Gradativamente, as questões referentes a esse vírus foram apresentadas e analisadas de forma natural e espontânea, já que cada citação ou questionamento foi extraído da realidade social, dinâmica, e complexa das pacientes. Em seguida, atemo-nos em focar os "pontos chave" (2) conforme, indicação de Bordenave e Pereira (2008). Esta etapa contou com a elaboração de quatro slides. Neles buscamos dialogar sobre convicções erradas sobre o HPV, a sua transmissão, os sintomas tardios e o controle desse vírus. Incentivamos a exposição das dificuldades, carências, incertezas e discrepâncias sobre a temática discutida.

Procuramos alertar para facilidade de transmissão viral a ausência de sintomas em fase inicial da infecção e o perigo dos sintomas tardios. Enfatizamos a importância do uso da camisinha e da realização do exame preventivo como relevantes para a prevenção do câncer de colo de útero.

Neste ambiente de conversação fomos inserindo explicações para cada ponto chave apresentado, através da introdução dos "porquês, conforme proposta de Bordenave e Pereira, (2008) e Pereira (2003). Sendo assim, gradativamente, realizamos um estudo das idéias centrais, estimulando a troca e a produção de informações esclarecedoras com a intenção de motivar nessas atoras sociais a reflexão, característica desta etapa denominada de teorização (3). Nela, a heterogeneidade cultural foi explorada como favorável a identificação dos problemas e a conscientização da realidade. Autores como Cyrino e Toralles-Pereira (2004) consideram que a

heterogeneidade propicia a integração dos diferentes tipos de saberes e contribui para o processo de construção do conhecimento.

A partir de então, estimulamos a formulação de pressupostos (4) para a solução dos problemas discutidos (**Figura 3 p. 38**). Buscamos identificar as variáveis, que se alteradas, modificariam a realidade (5) de cada um e assim, convidamos a todos os presentes a discuti-las e a interpretá-las como solução do problema vivenciado (GIRONDI et al., 2006).

Então, finalizando nossa estratégia socioeducativa propomos que cada uma formulasse o seu plano de ação em favor da sua saúde biopsicossocial, a partir das soluções referenciadas. Enfatizamos que a execução desse Plano de ação poderia intervir na realidade de cada um, promovendo uma transformação como propõem Bordenave e Pereira (2008) e Pereira (2003). Concordamos com Freire (2008) quando descreve a realidade como um processo contínuo e evolutivo. O que nos fez compreender que a cada temática discutida, o arco da problematização se completa, porém nunca se fecha, já que a realidade é um movimento cíclico e inovador.

CAPÍTULO 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Caracterização do ambulatório de Patologia do Trato Genital Inferior de um hospital universitário como local propício para o desenvolvimento do estudo

O estudo dos dados sobre 480 clientes escolhidas ao acaso dentre as 3600 anotações de exames de Papanicolau realizadas pela pesquisadora responsável por este estudo, do Setor de PTGI/HUCFF/UFRJ, mostrou que:

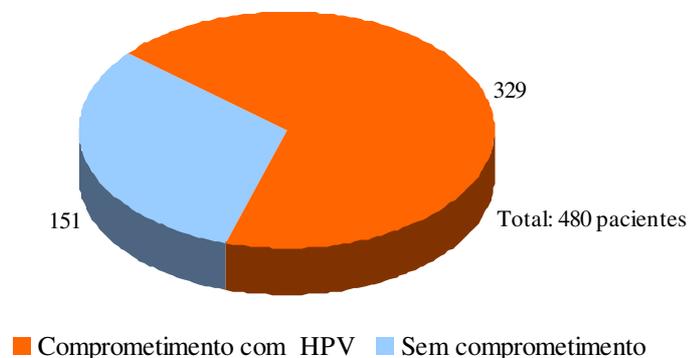


Gráfico 1. Freqüência de alterações citopatológicas compatíveis com a infecção pelo HPV no período analisado.

Apenas 151 clientes (31%) não apresentaram em seus exames preventivos, diagnósticos com algum tipo de comprometimento compatível com a infecção pelo HPV, no período entre 1998 a 2006. Como pode ser percebido, no gráfico, uma parcela grande e correspondente a 329 clientes (68%) mostrou algum tipo de comprometimento compatível com a infecção por esse vírus. Considera-se “comprometimento” cada diagnóstico com resultados de ASCUS, (ASC-US e ASC-H) e AGUS, assim como todos os casos de positividade para os diagnósticos de NIC I, NIC II, NIC III e câncer de útero.

Nossos dados revelam claramente a existência acentuada de exames preventivos com alterações compatíveis com o HPV na população feminina que busca o atendimento no setor de PTGI. Esse resultado cumpriu a relevante função de caracterizar cientificamente este setor como local propício para o desenvolvimento de nossa pesquisa, que foi especialmente projetada como

possível contribuição para o enfrentamento do vírus HPV. Portanto, dele obtivemos as pacientes de nosso estudo e automaticamente, os profissionais de saúde.

3.2. O contexto

Como em todo estudo de cunho etnográfico, de início, realizamos o conhecimento do território, ou seja, do local de espera do ambulatório de PTGI /Ginecologia/HUCFF/UFRJ. Neste primeiro contato, realizamos a apresentação do trabalho junto ao médico chefe do Departamento de Ginecologia e posteriormente, à uma médica e chefe, responsável por esse ambulatório. Simultaneamente, realizamos com estes profissionais parcerias para as práticas das atividades e registramos dados relevantes sobre este território e sua rotina de funcionamento, conforme indicação de Teixeira e Veloso (2006).

Em seu espaço físico, este local de espera consiste em uma sala pequena (2,50x 2,50 m), asseada e com 25 cadeiras empilhadas e encostadas nas paredes. Durante o horário de atendimento, elas são distribuídas em fileiras, ocupando todo o espaço do cômodo, sem janelas. No canto dianteiro, ao lado esquerdo de quem entra, notamos uma pequena bancada fixa na parede. Próximo a ela, uma lixeira e no teto um ventilador. As paredes nuas não exibem nenhum folheto, mural, ou painel com informações quer seja de rotina ambulatorial quer de saúde. À esquerda, ao lado da porta de entrada, existe outra porta que permanece a maior parte do tempo fechada. Ela conduz a uma saleta que dá passagem para os consultórios e para um banheiro, utilizado pelos funcionários e pacientes. Percebemos que por ali transitavam não só as pacientes, mas alguns de seus acompanhantes, os médicos e auxiliares de enfermagem desse setor e ainda funcionários do arquivo, almoxarifado, rouparia e outros.

Enfatizamos que não constou em nossos objetivos a proposta de promover melhorias no espaço físico deste local de espera, mas sim promover uma transformação no aspecto relacional entre os atores sociais que integram este contexto e propiciar melhorias no estado de saúde das pacientes que ali convivem.

3.3. Atividades com profissionais de saúde

3.3.1. Auxiliares de enfermagem

O desenvolvimento dessa etapa de campo com as duas auxiliares de enfermagem foi realizado em dias diferentes, seguindo a rotina do ambulatório de PTGI. Ambas demonstraram muita satisfação em poder participar de nosso estudo ao assinaram o TCLE e responderam aos questionários.

A observação sobre a rotina profissional das duas auxiliares de enfermagem revelou que todos os dias, pela manhã, elas abrem o ambulatório, organizam as salas de atendimento e seguem para a sala de espera e aí, recolhem os papéis de marcação de consultas das pacientes que vão chegando. Estes papéis são relacionados aos prontuários recebidos do Setor de Prontuários e com o mapa de marcação de consultas. Assim, essas auxiliares confirmam o agendamento de cada paciente e obtém uma lista dos prontuários que não foram recebidos. Esta lista é enviada para o setor de Prontuários para que o mesmo providencie a remessa desses documentos para o ambulatório. Notamos, em vários momentos, que eles são entregues com atraso e muitas vezes, não chegam a tempo para a consulta. Concluímos que isso é um obstáculo ao bom atendimento e que vem promovendo insatisfação nas pacientes que percebem a importância desse documento e argumentam, conforme abaixo:

(C37) “O problema dos prontuários. Tem que vir! Elas (as doutoras) precisam ler para evitar engano”.

Este resultado de nossas observações de campo deve ser destacado, na medida em que almejamos colaborar com dados objetivos no sentido da concretização de uma PNH em saúde que tem como meta entre outros, a redução do tempo de espera pela paciente.

Com o início do atendimento, as auxiliares de enfermagem chamam as pacientes e já no corredor interno passam para elas as orientações relativas às consultas. Em seguida, estas profissionais auxiliam as médicas durante os procedimentos realizados, e, além disso, fazem a higienização e reposição de material ao final de cada atendimento, deixando tudo em condições de uso para a próxima consulta. Atentas ao que acontece na sala de espera, ainda esclarecem dúvidas referentes ao funcionamento para as pacientes que chegam.

Em relação ao preenchimento dos questionários não observamos nenhuma dificuldade pelas duas auxiliares de enfermagem neste processo. Desta forma, consideramos estes documentos como definitivos (**Apêndice 1**).

O estudo dos questionários confirmou-nos um dado observado durante nossa permanência em campo: mesmo diante de uma rotina atribulada, estas auxiliares dedicam sua atenção às pacientes. Quando indagadas sobre o estado como as pacientes chegam ao consultório, deparamo-nos com relatos de carências diversas, conforme segue:

(E01) “Tensas e preocupadas”.

(E02) “Envergonhadas, (...) leigas em relação à situação”.

Embora com pouco tempo, essas auxiliares buscam o diálogo com as pacientes para amenizar a expectativa em relação às consultas como o exposto abaixo, numa tentativa de manter um canal aberto de comunicação através de um diálogo descontraído.

(E01) “Sempre converso os assuntos que elas querem... Assim elas se chegam”.

Se por um lado, essas profissionais observaram que as pacientes sabem muito pouco sobre sua própria patologia e se preocupam em lhes passar informações sobre o HPV, reconhecendo a importância da informação, por outro; E(02) também admite possuir limitado conhecimento sobre o tema, como pode ser visto abaixo:

(E02) “É importante explicar sempre, mas pouco sei sobre o HPV”.

O discurso de E(02) comprova que o HPV permanece como um agente patogênico pouco conhecido, mesmo por aqueles que atuam profissionalmente na área da saúde, e em um hospital universitário. Segundo Souza et al. (2008, p. 739) o “HPV ainda é uma doença desconhecida e cercada de mistério. [...] é uma realidade pouco discutida por ser um agravo de saúde relativamente recente ou mesmo pelo foco em outros tipos de DST, como a AIDS”. Portanto, a oferta de cursos de atualização com os auxiliares de enfermagem certamente contribuiria positivamente para a realização de um trabalho efetivo de promoção da saúde neste ambulatório de ginecologia. Atenderia também, as exigências da educação permanente, parte integrante do

processo de humanização da saúde, que visa capacitar os profissionais quanto às estratégias resolutivas para problemas vivenciados diariamente no local de trabalho.

Nesta linha de estudo, as auxiliares de enfermagem reivindicam, inclusive, um melhor aproveitamento do tempo para que as pacientes possam usufruir a sala de espera, enquanto aguardam o atendimento no ambulatório de PTGI/HUCFF:

(E01) “Talvez uma reunião para dar-lhes maiores orientações. Algo que as façam distrair-se e não deixá-las tão ansiosa quanto à consulta que irão se submete”.

(E02) “Mais orientação em relação à doença. Com uma TV, com vídeos educativos sobre doenças transmitidas sexualmente”.

A proposta dessas auxiliares ilustra bem o que apontam Girondi et al. (2006). Elas enfatizam a necessidade de desenvolvimento de ações educativas pela enfermagem junto às pacientes, seja em ações pontuais informativas, como palestras, ou por orientação permanente. Assim, deve-se investir no potencial destas mediadoras, as auxiliares de enfermagem, que podem desenvolver sua capacidade de aproveitamento formativo e repasse de informações para o segmento populacional com o qual lidam, sob a orientação das médicas (JOCA e PINHEIRO, 2009). Em nossa pesquisa, observamos que existe por parte dessas profissionais o desejo de intensificar sua prática no ambulatório e ir além da parte operacional. No entanto, o pouco conhecimento que possuem sobre o HPV representa mais um obstáculo, além da sobrecarga de trabalho em um setor no qual observa-se uma demanda maior do que sua possibilidade de atendimento.

Observamos, neste contexto, uma preocupação entre essas auxiliares em relação às pacientes e a rotina intensa, conforme constatado também no discurso das médicas:

(M03) “Pacientes necessitando ser ouvidas e acolhidas, porém o número atendido em um turno é tão grande que é difícil dar a atenção necessária às pacientes”.

Estratégia com auxiliares de enfermagem

Durante nossa permanência no ambulatório de PTGI, planejamos uma estratégia socioeducativa com as auxiliares de enfermagem em atendimento ao interesse manifestado por elas de “entender melhor esta doença”. O que demonstra a demanda de introdução de espaços dialógicos em ambientes de saúde, com os profissionais. É importante esclarecer suas dúvidas

não só em prol de seu próprio estado de saúde, mas também para capacitá-los, a fim de que assumam a sua condição de agentes de saúde junto às pacientes. Desta forma, realizamos uma sessão após a sua jornada de trabalho. Constatamos que elas possuíam muitas dúvidas sobre o HPV, conforme o relato que se segue:

No que se refere à forma transmissão do vírus HPV, a auxiliar E(01) enfatizou a sua dificuldade de compreensão desse processo e E(02) manifestou curiosidade sobre a nossa conduta :

(E01) “Doutora, realmente este vírus HPV é complicado. Cada um diz formas diferentes de transmissão, afinal como ele é transmitida? ”.

(E02) “E o que a senhora acha? O que vai passar para as pacientes?”.

Esclarecemos que as pacientes do ambulatório receberiam as mesmas explicações que lhes havia dado: alguns autores referem tão somente a transmissão por via sexual (Panisset e Fonseca, 2009; Rosa et al. 2008), havendo também autores que além da sexual, referem a transmissão materno-fetal e por objetos como Conti et al. (2006) Pereyra e Parellada, (2003). Assim sendo, conversamos sobre a relevância de elas adotarem a conduta assumida pela médica responsável pelo ambulatório, principalmente junto às pacientes. As auxiliares manifestaram também, dúvidas sobre o aparecimento das lesões oriundas da infecção viral e reconheceram saber pouco sobre a sua evolução:

(E02) “Estas questões de NICs é complicada até para nós!”

Explicamos que o HPV, após um período de latência, pode originar lesões como condiloma acuminado e alterações em níveis celulares, cabíveis de serem observadas através do estudo das células coletadas e coradas pelo método de Papanicolau. Estas lesões poderiam obedecer a estágios evolutivos correspondentes a ASC-US, ASC-H, AGUS → N1CI → N1C II → N1C III → Câncer. Em nível de ASC-US, ASC-H, e/ou AGUS → N1CI, podem até desaparecer (INCA 2011b). Portanto, o diagnóstico precoce destas lesões através do referido exame propiciaria às médicas uma pronta intervenção, com a utilização do colposcópico. Desta forma, justifica-se a realização periódica desse exame para a prevenção do câncer cervical (QUEIROZ et al., 2007; RUBEN e FARBER, 2005).

(E01) “Mas como tem cliente que diz que fazia direitinho (o Papanicolau) e que nunca tinha dado nada e agora deu isso?”.

A pergunta favoreceu uma conversa sobre o período de latência do HPV, que pode levar a vários anos (INCA, 2011b). Assim, elas perceberam que a manifestação atual da doença pode ser uma consequência de relacionamentos passados: fato que não só as mulheres ignoram, como anteriormente, também, estas profissionais de saúde.

(E01) “Por isso, surgem os problemas de desconfiança com os maridos”.

Concordamos com as suas observações e explicamos a nossa preocupação com o estado de saúde biopsicossocial das pacientes. Manifestamos a nossa intenção de investir na transmissão e troca de conhecimentos sobre o HPV. Por outro lado, enfatizamos a importância de todos da equipe de saúde orientar no mesmo sentido, de acordo com aconselhamento médico.

3.3.2. Atividades com médicos

Com a equipe médica, a apresentação de nosso trabalho aconteceu dentro do horário de atendimento do ambulatório de PTGI e no ambulatório geral de ginecologia. Nessa ocasião, esclarecemos algumas dúvidas, que se resumiam em “O que terei que fazer?”. Respondida a indagação, assinavam o TCLE e o preenchimento do questionário que se deu de forma individual. Esclarecemos que os integrantes desde grupo eram todos do sexo feminino.

A observação sobre a rotina profissional das 14 médicas mostrou como fator característico no atendimento do HUCFF/UFRJ, a formação de uma equipe constituída por uma única médica, professora e chefe responsável pelo ambulatório de PTGI e pela supervisão das treze residentes que estão ligadas ao atendimento do ambulatório e de enfermaria.

Em relação aos questionários (**Apêndice 2**) inicialmente buscamos validar o modelo elaborado. Assim, aplicamos três questionários com três doutoras ginecologistas do ambulatório geral em momentos diferentes e nestas ocasiões não observamos dificuldades em seu preenchimento. Desta forma, consideramos este documento como satisfatório, sendo o mesmo utilizado com o nosso grupo de estudo.

A análise desses 14 questionários propiciou a aquisição de conhecimentos essenciais sobre os procedimentos durante as consultas. Na primeira questão procuramos desvendar qual era o foco de atenção das médicas durante o processo de anamnese. Percebemos que para Caprara e

Rodrigues (2004), a anamnese é uma boa oportunidade de se intensificar e melhorar a qualidade da relação médico-paciente. Contudo, esta indicação foi contraditória em nosso estudo. A maioria das médicas (93%) priorizou a busca específica de dados sobre a doença, conforme relatos abaixo:

(M07) “É a parte fundamental para o exercício clínico”.

(M13) “É importante saber a sintomatologia da paciente para melhor tratamento da mesma”.

O nosso achado foi semelhante ao encontrado por Caprara e Rodrigues, 2004, p. 143 em um estudo desenvolvido com 20 médicos, sendo nessa oportunidade observada e analisada 400 consultas. Nesta ocasião estas autoras, constataram que “91,4% dos médicos não exploram os medos e ansiedades de seus clientes”. Esses fatos são relevantes para a compreensão das diferentes visões que o doente tem da doença e de saúde, construída ao longo de sua vida e que podem ser decisivos para o enfrentamento da doença e para a cooperação entre médico-paciente em relação ao tratamento.

Percebemos que a atitude assumida pelas médicas em nosso estudo pode propiciar, “[...] o descarte de dados relevantes para a constituição do diagnóstico preciso e tão almejados pelo médico”, conforme considerações de Barbosa e Araújo (2006, p. 143). Essas autoras advertem que essa estratégia para uso na anamnese ainda é pouco vivenciada na realidade cotidiana dos ambulatórios. Elas recomendam que além do aspecto técnico-científico inerente a cada patologia é primordial para o médico conhecer a pessoa e o ser doente. No entanto, nosso resultado contrapõe-se a essas considerações, uma vez que a postura das médicas de nosso grupo ainda se limitava a uma preocupação com o diagnóstico. O que pode ser compreendido como um despreparo em decorrência de sua formação acadêmica em bases tecnicista.

A relação com as pacientes

Prosseguindo nesta linha de estudo, a questão seguinte referiu-se à existência de problemas na relação com as pacientes no que se refere à comunicação. Nesta ocasião, percebemos que todo o grupo de médicas declaram ter dificuldades na comunicação. No entanto, um estudo detalhado dessa temática revelou a existência de duas subcategorias:

Estratégias facilitadoras

Um grupo de médicas (57,1%) admitiu fazer uso de algumas estratégias durante as consultas a fim de amenizar este problema, conforme relatos abaixo:

(M01) "Realizo minhas consultas com calma e tento aproximar minha linguagem da delas".

(M10) "Procuro ser clara e objetiva deixando espaços para esclarecerem suas dúvida".

Nas falas de M(01), constatamos a decisão de abolir o vocabulário técnico durante as conversações com as pacientes, além de uma inquietação com os tabus que permeiam os temas sexuais e reprodutivos. Conforme Madureira e Trentini (2008), os tabus contribuem para a não adesão ao tratamento e acentuam os distúrbios biopsicossociais.

Assim, constatamos nessas doutoras a preocupação de acolhimento configurado na valorização de um ambiente calmo; o uso de um vocabulário simples e objetivo, de forma a favorecer a um fator essencial a todas as consultas médicas: o diálogo. Essa atitude encontra respaldo nas considerações de Freire (2001) quando diz que é através do diálogo que se dá a verdadeira comunicação, e neste processo todos devem ser ativos e iguais. Para a teoria freireana é através do diálogo que se produz o conhecimento. Assim sendo, concluímos que o diálogo pode configurar-se como uma eficiente estratégia de educação em saúde, quando bem explorado pelos médicos.

O convívio submisso com as diferenças culturais

Um grupo menor, (42,9%), demonstrou ter dificuldades com a comunicação como se segue:

(M02) "Muitas não conseguem entender, apesar das explicações em linguagem leiga".

(M14) "A falta de entendimento (cultura) das mesmas dificulta o diálogo".

Nas citações das médicas acima, observamos a preocupação em relação às dificuldades de compreensão e de memorização das pacientes. No entanto, não sentimos nelas, o estímulo para a busca de uma solução para a problemática por elas detectada e considerada por Barbosa e Araújo (2006) como prejudiciais à adesão ao tratamento.

Os resultados deste estudo com as doutoras corroboram aos resultados obtidos com as nossas pacientes a partir da indagação “Você tem dificuldades no diálogo com o seu, médico?”. Nesta ocasião, observamos a formação também de duas categorias:

Uma constituída pela maioria das mulheres investigadas (71,1%) declarou que não encontra dificuldade no diálogo com os médicos. Entretanto, ao realizarmos um estudo mais profundo encontramos relatos de restrições em virtude da variação de atitudes manifestadas pelos diferentes profissionais com quem lidam, como na citação, que se segue:

(C09) “Não, mas depende do médico. No momento, tenho dificuldades. Minha médica não gosta de conversar, desmotiva a gente. Ouve, mas de que adianta? Não fala... Nem olha a gente. Eu me sinto desmotivada... A conversa vai fluindo, igual agora não é? A gente está conversando...”

Esclarecemos que neste hospital-escola, a rotina ambulatorial é feita pelo atendimento por residentes sob a coordenação e supervisão de um médico e professor (staf). Isso possibilita o atendimento por profissionais diferentes a cada consulta, o que justifica as diferenças sentidas e apontadas pelas pacientes na forma de atendimento, como o retratado por C(09), acima. Em sua fala percebemos a insatisfação pela falta de diálogo com a sua médica e o formalismo mantido por ela, durante as consultas.

Em contrapartida, C(09) demonstrou a valorização de nosso trabalho. Isto é indicativo de que atingimos as considerações de Romanelli e Biasoli-Alves (1988, apud Rosa et al. 2009, p. 22), quando relatam que a técnica de entrevista “transforma dois estranhos em parceiros”. Eles recomendam um ambiente de cordialidade, de forma que o entrevistado veja no entrevistador um confidente, o que promoverá a exposição de fatos, opiniões e até de sentimentos pessoais, conforme o observado em nossos resultados.

Notamos outro grupo menor de pacientes (28,9 %) que admitiu ter dificuldades de comunicação com os médicos, conforme relato abaixo:

(C32) “Sim, eu não consigo falar nada, fico com muito medo... Com vergonha” .

(C65) “Sim, ela é uma ótima médica, mas às vezes fico meio intrigada. Se eu falar com ela, ela pode.... não sei explicar. Eu não sei falar com ela. Não tenho muita liberdade e era para ter”.

Percebemos no relato de C(32) de 26 anos, 6º ano do ensino fundamental, que trabalha em casa de família e de C(65) de igual nível de escolaridade, que trabalha com vendas, que por si sós

não conseguem vencer as barreiras, para que se instaure uma conversação descontraída e esclarecedora entre elas e as médicas caracterizando um vínculo.

Esse resultado com nossas investigadas assemelham-se ao observado por Camargo-et al. (2008) em um Centro de Estratégia da Família com 28 clientes. Estas autoras constataram no relato de seu grupo de estudo que no começo da consulta quase todos os médicos estabeleceram uma relação empática. No decorrer do processo observou-se o declínio desta forma de relação que passou a ser unilateral: o paciente relatava o que sentia e o médico determinava o procedimento.

Durante o procedimento de consulta, cabe ao médico explicar a situação de saúde, informar e estimular o retorno e a adesão ao tratamento (MATOS e MUGIATTI, 2008). Para essa integração compreendemos que é importante o médico abrir-se às diferenças culturais com que está lidando. É essencial que ele integre-se ao contexto que o cerca, de modo a anular ou minorar essas diferenças, dando liberdade às pacientes para relatar sua situação de saúde e questionar o que não conseguir entender. É primordial que ele busque amenizar as diferenças culturais tão marcantes e existentes entre ele e o paciente de maneira a deixar fluir um diálogo franco e aberto.

Para Freire, o desenvolvimento de um diálogo verdadeiro e significativo exige o autoconhecimento e o reconhecimento do outro e para isso algumas condições fazem-se necessárias: admitir a incompletude humana, reconhecer a diferença entre as pessoas e compreender a realidade que os envolve. Assim sendo, é imprescindível entender que o “diálogo consiste numa relação horizontal e não vertical entre as pessoas implicadas e entre as pessoas em relação” (FREIRE, 2008, p 24). Portanto, acreditamos que todos os esforços devem convergir para a melhor exposição dos fatos, evitando-se as discrepâncias que só contribuem para o distanciamento entre o médico e o paciente. É com esse olhar que investimos em nossa proposta educativa em sala de espera, por acreditar em sua contribuição no sentido de um maior estreitamento da relação médico-paciente.

Prosseguindo nesta linha de estudo sobre os procedimentos informativos que adotam durante as consultas, introduzimos a questão: “A cada consulta você se preocupa em orientá-las em relação ao HPV?”, percebemos a formação de duas categorias: um grupo maior (78,5%) respondeu que “explicam sempre” e outro grupo (21,5%) respondeu que explicam, “se elas perguntarem”. Este resultado foi contraditório ao achado de Caprara e Rodrigues 2004, com 20 médicos. Seus resultados revelaram que uma parcela reduzida (39,1%) de seu grupo preocupa-se em dar explicações frequentes a seus pacientes sobre os seus problemas de saúde.

Esse dado também foi contraditório em relação aos obtidos com as nossas pacientes, quando procuramos investigar sobre os procedimentos adotados pela doutoras durante as consultas e indagamos “As médicas explicam o que é HPV?”. Esta análise originou três modalidades de respostas: não explicam (36,8%); sim, explicam (31,5%); e não me lembro (26,3%). Enfatizamos que 5,2% do grupo estudado não puderam responder, pois estavam em seu segundo dia de consulta.

Chamou-nos a atenção, entre aquelas que responderam afirmativamente a questão, as citações como:

(C27) *“Sim e algumas coisas entendi outras não. Mas fiquei com vergonha e aí não...”*.

(C31) *“Sim, mas cada um falou uma coisa diferente. Acho que entendi, não sei...”*.

Com base nestes relatos, compreendemos que muito embora um grupo de médicas (78,5%) procurem explicar dados sobre o HPV em sua rotina habitual de atendimento, as pacientes não conseguem compreender o que ouvem. Isso vem enaltecer a necessidade de ações educativas com as mesmas. A nosso ver, a educação pode atuar como um fator complementar às consultas e como ponto favorável de aproximação com os médicos, favorecendo a comunicação e ainda, a adesão das pacientes ao tratamento, confluindo para a sua melhoria biopsicossocial.

Para o segundo item investigado com as médicas “Você explica os resultados do exame de Papanicolau?”, constatamos que a maioria (64,2 %) respondeu que “Sim. É importante explicar sempre” e um grupo menor (35,8%) respondeu que “Apenas se elas perguntarem”.

É relevante destacar que nossos resultados são concomitantes com as reivindicações do INCA (2008; 2011a) quando recomendam que os serviços de saúde devem informar sempre sobre o porquê da oferta do exame de Papanicolau e das qualidades preventivas que possui, uma vez que sua realização periódica possibilita a redução de mortalidade pelo câncer cervical.

Estudos como o desenvolvido por Oliveira et al. (2004) comprovam que os médicos exercem um papel essencial para a adesão ao tratamento, sobretudo no que se refere à prática desse exame que envolve tanto a exposição das partes íntimas do corpo, como as particularidades comportamentais.

Um fator favorável na especialidade de ginecologia segundo Cordeiro et al. (2010, p. 256) é “que o acompanhamento da paciente é feito por vários anos, favorecendo o vínculo estreito

entre ela e o médico”, sendo essencial a oferta de esclarecimentos pelo médico. O esclarecimento para Freire (2001) é um produto das relações dos seres humanos entre si e com o mundo. Diariamente, homens e mulheres são desafiados a encontrar soluções para situações que necessitam de respostas adequadas. Para isto, faz-se necessário segundo Freire (2001), reconhecer a situação, compreendê-la, imaginar formas alternativas de respondê-las, e selecionar a resposta mais adequada. Entendemos que o exercício dessa prática pode favorecer a relação das médicas com as pacientes.

Esses resultados com as médicas corroboram aos achados obtidos com nosso grupo, quando introduzimos a questão: “As médicas explicam os resultados dos exames preventivos?”. Consideramos importante registrar que as pacientes demonstraram desconhecer o termo “exame de Papanicolau”, exigindo sua associação constante com “exame preventivo” que a partir de então, passamos a adotar.

Neste estudo, deparamo-nos com dois tipos de respostas: sim (55,2%) e não (39,4%). Algumas pacientes (5,6%) não puderam responder por estar em seu segundo dia de consulta.

Entre as mulheres que responderam afirmativamente a questão, chamou-nos a atenção as falas de algumas pacientes como a seguir:

(C38) “Explica. Se eu não entender, eu pergunto tudo, porque tem médico que fala na língua deles. Mas eu pergunto, quero saber”.

Na citação de C(38), 33 anos, casada, que possui o ensino médio completo e que trabalha como representante e distribuidora de cosméticos, a determinação pela busca de esclarecimentos frente ao seu médico revela uma atitude correta e justa que na maioria das vezes não é assumida pelas pacientes que permanecem com a dúvida, conforme citação abaixo de C(50), de 75 anos e 2º ano do Ensino fundamental:

(C50) “Sim. Mas penso que às vezes é interpretação... Eu não entendo o que estou ouvindo”.

No discurso de C(50) acima, observou-se reconhecimento de que a fala das médicas é pouco acessível ao seu grau de compreensão. Então, ela prossegue submissa, com as dúvidas relacionadas ao seu estado de saúde.

Isso favorece o relato de Barroso (2004) que considera o baixo nível de ensino como um fator limitante a um bom nível de conscientização, restringindo a busca pela assistência à saúde e dificultando a assimilação dos fatos. Observamos que mesmo diante dos esforços dessa equipe de

médicas, que procuram em sua maioria passar a informação e explicá-la às pacientes, estas têm dificuldades de compreendê-las. Constatamos ainda a concepção de Silva et al. (2007), quando relatam que o baixo nível cultural dificulta a capacidade intelectual de compreensão e pode resultar em prejuízos ao tratamento e em agravos no estado biopsicossocial das pacientes. Portanto, todos os esforços devem convergir para a reivindicação de C(52), página seguinte:

(C52) “[...] os médicos têm que prescrever de forma clara, próximo ao povo, esclarecer, sem linguagem técnica”.

Na fala de C(52), 37 anos, Ensino superior completo, e que trabalha como Agente de saúde o reconhecimento de que a linguagem técnica utilizada pelos médicos é motivadora da incompreensão pelo cliente. A visão de C(56) pode advir de sua experiência profissional como agente de saúde, sendo similar aos objetivos da PNH (2009) da saúde que pleiteia a integração e diminuição das diferenças sociais como um mecanismo de humanização da saúde, tendo em vista melhorias na maneira de agir com o paciente. É primordial minorar as dúvidas e más interpretações sobre o HPV, para que se instaure o autocuidado em nossas investigadas numa ação preventiva ao câncer cervical.

Consideramos também como um agravante a existência de um grupo de mulheres (39,4%) que declararam não receberem nenhum tipo de informações sobre o exame preventivo, coincidindo com o resultado das médicas (35,8%), que responderam “Apenas se elas perguntarem”. Conforme relato de C(25) abaixo, nota-se que expressa além da falta de explicação, há a perspectiva de “outras providências”:

C(25) “Não explicou, só disse que tenho que fazer..., mas acho que tinha que se tomar outras providências”.

Conforme citação de Matos e Mugiatti (2008, p. 28) “[...] uma das maneiras mais eficazes para controlar o avanço de uma doença é a informação”, pois o desconhecimento sobre a patologia, muitas vezes, gera no cliente a má interpretação e desvalorização do tratamento prescrito (VILA e VILA, 2007).

Para Freire (1981), é fundamental erradicar a ideologia tecnicista que propaga a idéia de que deve haver menos diálogo e mais resultados. Ele adota como contrapartida a prática do

diálogo e enfatiza que se deve pensá-lo como um instrumento de mediação entre pessoas, e assim, investir no diálogo franco e aberto, como transformador da realidade e do mundo.

A integração do companheiro no tratamento de HPV

Prosseguindo em nossa pesquisa, introduzimos outras questões para as doutoras “[...] o apoio do marido, companheiro ou namorado pode vir a influenciar o êxito da conduta médica em relação ao HPV?”. Percebemos que em sua totalidade, as doutoras admitem que a atitude assumida pelo companheiro frente à doença é fator essencial ao tratamento, sendo representativas dessa totalidade, as citações que se seguem:

(M07) “As pacientes necessitam de apoio nesse momento e caso o parceiro seja contrário à conduta médica, pode atrapalhar o andamento do tratamento e cooperação da paciente”.

Apesar da valorização pelas médicas da participação dos companheiros no tratamento do vírus HPV, retratada acima, percebemos durante nossa permanência no ambulatório de PTGI/HUCFF que esta prática não é adotada por esta unidade ambulatorial. Assume relevância nesse quadro, a fala de M(01) abaixo que enfatiza a necessidade de se incluir o casal nos programas de educação e saúde:

(M01) “As ações educativas devem ser direcionadas e entendidas pelo casal, não apenas pela paciente. Somente desta forma teremos êxito na prevenção do HPV e conseqüentemente, no câncer de colo uterino”.

Autores como Gomes et al. (2011) relatam que tradicionalmente no Brasil, a presença masculina nos serviços de atendimento primário à saúde é baixa, bem como o seu interesse pela prevenção de doenças. Sendo assim, a presença do companheiro nas consultas ginecológicas de suas parceiras exigiria a adoção de estratégias que se voltasse para a sensibilização dos homens não só em solidariedade ao problema de saúde dela, mas também a sua conscientização para o autocuidado. Desta forma, vemos na relação HPV-câncer de pênis uma nova porta de entrada do homem nos serviços assistenciais de saúde. O fato pode contribuir para o desenvolvimento de rotinas integradas de ginecologia e urologia nos programas de Saúde da Família com intensificação de estratégias de educação e saúde, objetivando agora, a prevenção do câncer em ambos os parceiros.

Esses achados com as médicas são similares aos encontrados com o nosso grupo de estudo, pois, quando indagadas se “As doutoras já convidaram seus parceiros para o

comparecimento às consultas?”, notamos que todas responderam que não. Mas enfatizamos aqui dois depoimentos relevantes:

(C18) “Não. Eu que trouxe. Ele tem que acompanhar a esposa e tem que ver o que é a vida”.

(C33) “Fico preocupada, acho que ele deveria fazer o acompanhamento também. Acho que ele tinha que fazer... Não adianta só eu fazer”.

A iniciativa tomada por C(18) de trazer seu parceiro ao consultório reflete a grande necessidade que sentiu de esclarecimento a respeito de sua doença, do tratamento e de tantos outros aspectos já referenciados e que podem contribuir para um clima desfavorável entre o casal. Já o discurso de C(33), que se preocupa em fazer o tratamento junto com o companheiro é sugestivo do autocuidado e pode retratar também um apelo pela busca de compreensão do companheiro para o seu problema de saúde.

Sabe-se que o diagnóstico de HPV geralmente introduz a dúvida sobre a fidelidade, o que acaba por determinar dificuldades no convívio social e no tratamento da doença (DIÓGENES et al., 2006a). Isso pode ser sentido através da fala, abaixo, de M(08) em relação ao uso da camisinha.

(M08) “Muitas vezes as pacientes não cumprem certas condutas por não terem apoio do parceiro como, por exemplo, o uso da camisinha”.

Mediante os sentimentos vivenciados pela mulher que convive com o papilomavirus e os discursos de interferências na relação conjugal, consideramos como uma relevante inovação a implantação de estratégias de educação em saúde para o casal no setor de PTGI. A importância desse relato está na intenção de contribuir para a melhor adesão de nossas pacientes ao tratamento, mas sobretudo em poder propiciar formas de minorar os agravos biopsicossociais que são tão enfatizados por autores como Bezerra et al. 2005; Carvalho et al. 2007; Diógenes et al. 2006a; 2006b; Ferreira, 2009; e outros.

Com a implantação do PNH (MS, 2003), instaurou-se um novo olhar nos serviços de saúde, o que deve envolver os usuários e os profissionais da área. Em função disso, os serviços de saúde necessitam oferecer “novas formas de acolhimento, humanizando a assistência e melhorando a qualidade dos serviços de saúde prestados à população” (RODRIGUES, et al.,

2009, p. 102-3). Assim, consideramos relevante conhecer as reivindicações dos profissionais de saúde que lidam diariamente com as dificuldades para o exercício de suas atividades, se existentes. Então, introduzimos com as médicas o seguinte questionamento: “Existe algum outro fator contraditório ao tratamento do HPV?”. O estudo desta temática originou as seguintes categorias:

A crítica ao tecnicismo

Muito embora se tenha evidenciado o predomínio de valorização da prática de investigação curativa durante o processo de anamnese, nessa equipe de profissionais constatamos a preocupação com a paciente. As citações do grupo de médicas (21,4%), abaixo, exprimem com profundidade o reconhecimento da necessidade de estreitamento da relação médico-paciente. Mas, pode refletir também uma dificuldade de integrar a visão biopsicossocial à rotina de procedimentos que enfrentam diariamente:

(M01) “Focamos a doença e não a paciente. Nos distanciamos de suas reais necessidades. Fomos formados sempre avaliando diagnósticos e tratamento e esquecemos que o foco da medicina é, sempre será, o paciente”.

A fala de M(01) é similar à visão de Pessotti que já em 1996, enfatizava que na medicina curativa, o médico é preparado para lidar com a doença e ao se deparar com “[...] um homem que tem um corpo que sofre e reage em resposta à doença, de forma integral, emocional e cultural [...]”, se sente impotente (Pessotti, 1996, p. 443). Hoje, os cursos de formação médica vivenciam propostas de mudanças nos seus planejamentos curriculares, com ênfase na inclusão de processos de humanização da saúde. Enfatizamos aqui a importância do médico abrir-se para as diferenças culturais com que está lidando. É essencial que ele integre-se ao contexto que o cerca, de modo a anular ou minorar as diferenças sociais, conforme objetivo do novo Programa de Ensino Médico e a PNH em saúde, que investe no multiculturalismo dos médicos (MEC/MS, 2007; PNH, 2009) como facilitador da relação médico-paciente. Assume importância neste reconhecimento, a fala de M(05) abaixo:

(M05) “O foco atual da medicina é a doença. Tratamos adequadamente, mas temos dificuldades em conduzir ... com isso nos afastamos da pessoa que está aqui na frente”.

No discurso de M(05) acima, percebe-se o reconhecimento das dificuldades impostas pelo modelo biológico de formação médica, que resultam no afastamento do profissional de saúde em

relação ao paciente. Um fato notório é, na opinião de Matos e Mugiatti (2008), que todo aquele que busca o auxílio médico, além de seu problema físico, traz dentro de si diferentes inquietações de ordem psicossocial que muitas vezes contribuem para o agravamento da doença. Os procedimentos conservadores desconsideram estas questões e limitam-se ao desenvolvimento de práticas biológicas, que podem contribuir para o afastamento do paciente.

A preocupação com o acolhimento

Percebemos a conscientização, neste grupo (21,4%) de doutoras, de que as dificuldades assistenciais favorecem uma rotina demarcada por uma sobrecarga no atendimento, prejudicando o acolhimento, como o observado no relato abaixo:

(M06) “A necessidade de esclarecimento em relação à patologia e o tempo de que dispomos para atendê-las devido ao número de pacientes”.

Durante nossa permanência nesse ambulatório notamos que o excesso de atendimentos é responsável pela redução do tempo disponível para cada consulta, o que dificulta que o profissional desempenhe suas funções de forma como deseja e julga necessário.

Os resultados obtidos com as médicas são similares aos achados com as pacientes quando indagadas: “O que você sugere para melhorar (se preciso) o atendimento?”. Notamos no relato de C(27), semelhanças com a proposta de Barbosa e Araújo (2006, p. 207) ao considerarem que as pacientes “[...] mais satisfeitas tendem a ter participação mais ativa” no tratamento.

(C27) “Quanto mais eles derem atenção para nós, melhor... Mais força de vontade a gente tem de vir”.

A importância deste relato reside no desejo de contribuir para a melhoria no atendimento desse setor, tendo em vista as diretrizes da PNH em Saúde que, entre outras, prioriza a garantia de atendimento acolhedor, a ampliação do acesso, garantia dos direitos dos usuários e atendimento participativo dos trabalhadores. Essas são condições essenciais para a oferta de serviços de saúde satisfatória aos profissionais de saúde e aos usuários (PNH/MS, 2009).

Constatamos que muito embora tenham sido apontadas dificuldades em relação ao atendimento e queixas frequentes pelas pacientes, em relação aos atrasos nas consultas esse descontentamento veio sempre acompanhado de justificativas, numa demonstração de

cumplicidade e solidariedade às médicas e ao serviço. Isto pode ser sentido nos relatos abaixo de C(56):

(C56) “Demora muito o atendimento, mas o importante é ser atendida. Se eu não fosse.. Mas eu espero e sou atendida, então está certo”.

Em uma análise crítica da situação, nos discursos abaixo, observa-se um apelo condizente às propostas do PNH (2003) que exige de cada um o cumprimento de seu papel de forma solidária sim, mas com compromisso e responsabilidade de todos: gestores, profissionais e usuários, como se segue:

(C10) “As pessoas precisam ter mais paciência. Tem pessoas que não conseguem tratar aqui e quando conseguem reclamam!”.

(C48) “[...] a parte dos exames, a gente é dali e se o médico pede é porque tem necessidade, e falta! (o exame). O médico tem que colocar peito com o Governo federal, para melhorar!”.

Ainda em resposta a indagação junto às doutoras: “Existe algum fator contraditório ao tratamento do HPV?”. Deparamo-nos com duas categorias:

Dificuldade na adesão ao tratamento

A diversidade cultural segundo Freire (2011) resulta de diferentes trajetórias sociais de pessoas e grupos e se traduz em concepções variadas de realidade. Portanto, o encontro entre culturas distintas pode gerar dificuldades de compreensão dos fatos para ambas as partes.

Para um grupo de médicas (35,7%), a falta de conhecimentos observadas nas pacientes é um fator prejudicial ao tratamento do HPV, conforme discurso abaixo:

(M07) “A dificuldade que as pacientes têm de compreender a dimensão do problema dela. Isso costuma atrapalhar e atrasar o andamento do tratamento”.

(M11) “A falta de informação e preconceito em relação a algumas questões, além de problemas financeiros que às vezes dificultam o deslocamento até o serviço público”.

Esta preocupação também esteve presente nas falas das auxiliares de enfermagem quando indagadas da existência de algum fator contraditório ao tratamento:

(E01) “A desinformação geral”.

(E02) “Falta de esclarecimento sobre a doença”.

Este dado corrobora ainda, as citações das pacientes aqui representadas por C(65), quando referiu-se ao seu problema de saúde:

(C65) “Sim, mas eu não consigo entender isso”.

Evidencia-se aqui que muito embora exista o empenho da maioria das médicas em passar as informações durante as consultas, seus esforços são insuficientes para promover nas pacientes a compreensão do problema de saúde delas. Observamos que as doutoras não conseguem atingir seus objetivos, o que pode acontecer em decorrência das diferenças socioculturais mantidas entre elas e as pacientes. As barreiras observadas neste processo envolvem “não só as particularidades inerentes a cada um; pelas diferenças na formação acadêmica e ainda pelo nível de experiência profissional que possuem” (JABUR e BORGES, 2008). Neste contexto, entendemos que além da evidente necessidade de introdução de ações de educação e saúde junto às pacientes, deve existir por parte desse profissional a preocupação de associar seu conhecimento técnico-científico com o conhecimento popular. Ele deve valer-se de estratégias próprias para minorar as dificuldades de comunicação com o seu paciente e preocupar-se se seu objetivo foi atingido.

Este relato demonstra a necessidade que há, durante o processo de formação médica, em se preparar o jovem médico para atuar em diferentes ambientes sociais, com ênfase não só na cura da doença, mas também para ver e ouvir o paciente, buscando a compreensão de suas queixas sociais e psíquicas. É fundamental que o profissional de saúde seja o “responsável pela efetiva promoção da saúde”, não considerando apenas os aspectos biológicos, mas também os aspectos psíquicos e sociais que envolvem o paciente. Estes são fatores essenciais e que fazem parte da lista de intenções do Pró-saúde/ME/MS (2005) que busca romper com os ideais tecnicistas e assim, diminuir as diferenças culturais existentes entre o médico e o paciente (CAPRARA e FRANCO 1999, apud GARCIA, et al., 2009, p. 2).

Dificuldades assistenciais no hospital

Notamos, durante o nosso trabalho em campo, que o progresso tecnológico e a acentuada valorização da tecnologia na saúde não vieram acompanhadas pelo avanço econômico, o que dificulta a organização estrutural e a aquisição de equipamentos e materiais de consumo, além da

manutenção necessária para o desempenho eficiente do sistema de saúde. Este fato também foi citado por um grupo de médicas (21,4%) que se referiu à falta de recursos como fatores contraditórios ao tratamento do HPV, como segue:

(M02) “Falta de material e equipamentos fornecidos pelo SUS para melhor atender e acompanhar os casos”.

(M14) “É necessário o atendimento completo em todos os setores, mesmo sabendo das dificuldades que encontramos”.

Por diversas vezes tivemos a oportunidade de constatar as dificuldades no atendimento no ambulatório de PTGI. No relato de M(02) e M(14) percebeu-se a preocupação com a falta de recursos que compromete não só o diagnóstico, como também o tratamento do HPV e de outras patologias.

Este achado com as médicas também foi um resultado obtido com as pacientes quando indagadas se “Existe algum fator contraditório ao atendimento?”. Nesta ocasião, as pacientes manifestaram a preocupação delas com as dificuldades vivenciadas pelo hospital, conforme os relatos abaixo:

(C04) “Dinheiro para não acabar o hospital. Se acaba, r como fico?”.

(C36) “O hospital precisa de ajuda. O médico quer fazer algo e não pode por falta de recurso”.

(C50) “Atender menos pessoas e colocar mais médico”.

A fala de C(04) revelou a preocupação com a ameaça no amparo até então recebido e nos relatos de C(36) e C(50), nota-se o reconhecimento das dificuldades vivenciadas pelos médicos. Durante todo o tempo, chamou-nos atenção a atitude de “defesa” assumida pela maioria das pacientes em relação à equipe de saúde sem ofuscar o senso crítico em relação aos problemas no atendimento, como: atrasos, dificuldades com os prontuários e demora na remarcação de consultas. Interpretamos esse fato como uma relevante demonstração de parceria em um ambiente ambulatorial de um hospital público, ideal à instauração dos ideais de humanização em saúde.

Estratégias utilizadas no controle da doença: como melhorar?

A fim de conhecer mais sobre a rotina dessas médicas, introduzimos a pergunta a seguir: “Quais são as estratégias que você utiliza para o controle do HPV e a prevenção do câncer cervical, junto às pacientes?”. Este estudo mostrou-nos que em sua totalidade, as 14 médicas seguem a rotina de procedimentos recomendada pela OMS, conforme fala de M (03):

(M03) “A principal estratégia é estimular as consultas anuais com coleta do exame preventivo, mas também reforço a importância de uso de preservativo, mesmo diante de que dizem ter relações estáveis”.

Percebemos que essas doutoras cumprem as determinações da OMS, porém com base na medicina curativa. Mesmo sendo conhecedoras da dificuldade de compreensão da patologia com que lidam por parte das pacientes e tendo sido constatada a preocupação em sua rotina com o “ser”, esta visão é inconstante ou dissociada da idéia de contribuição para o tratamento. Conforme Friedman (2005) é necessário que o médico compreenda que ninguém melhor que ele possui o potencial de estabelecer uma cumplicidade preventiva com o doente, encorajando-o ao enfrentamento da doença e neste caso, estimular o rastreio e o tratamento das lesões precursoras do câncer de colo de útero. Em nosso estudo observamos esse apelo na fala de C(52):

(C52) “Uma é muito atenciosa, as demais se tornam mudas. É importante o diálogo, tem que haver o equilíbrio!”.

A determinação de C(52), 37 anos, formada em Biologia e que trabalha em uma unidade assistencial pública como agente de saúde, é similar as considerações de Benevides e Passos (2006) sobre a relação usuário e o profissional de saúde. Segundo estes autores, essa relação se dá entre duas instâncias com habilidades e expectativas diferentes e em desequilíbrio: o usuário que busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado e o profissional seguro e capacitado para atender, cuidar e supostamente lhe dar o apoio e a assistência de que necessita. As diferenças devem estimular “uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos” (Ibidem 2006, p. 37).

Compreende-se que este discernimento relaciona-se diretamente com a visão que o médico adota em suas consultas no que se refere às pacientes. Sendo assim, inserimos a questão “Qual a visão que orienta sua prática médica em relação à paciente?”. Para esta investigação,

notamos que a maioria (92,8%) das doutoras respondeu que a vê como um ser biopsicossocial que traz consigo necessidades diversas, como o descrito abaixo:

(M05) “Uma atenção complexa e integrada, mas que atualmente de difícil obtenção na maioria dos serviços de saúde”.

(M07) “A veracidade de suas informações, o quadro clínico como um todo e a base psicológica que a paciente possui para enfrentar o problema”.

Constatamos, mais uma vez, uma preocupação dessas médicas com o ser e suas carências emocionais. Mediante o fato, indagamos: “O que você sugere para o melhor aproveitamento do tempo em que as pacientes aguardam pelo atendimento na sala de espera?”. Observamos em todo o grupo uma inquietação com o tempo ocioso das clientes enquanto aguardam pelo atendimento, conforme relato a seguir:

(M06) “Palestras de curta duração que possam informar as pacientes com uma linguagem apropriada”.

(M08) “Folhetos explicando sobre as patologias e principalmente sobre a forma de prevenção”.

(M14) “Dinâmicas de grupo que ajudem na compreensão das doenças, do tratamento e do funcionamento do hospital”.

Percebemos que este achado é semelhante aos anseios das pacientes, pois quando frente à pergunta “O que poderia contribuir para a melhoria das clientes em sala de espera”?, revelaram dentre outras falas, o que se segue:

(C08) “Fazer palestra. As médicas também precisam conversar mais. Todas deveriam ser mais dadas,... Ser igual, para que nós possamos entender”.

Constatamos que existe não só por parte dos profissionais de saúde, como por parte das pacientes, a conscientização da necessidade de ampliação e de introdução de conhecimentos sobre a doença, principal objetivo de nosso trabalho.

No entanto, no que se refere à indicação de folhetos por M(08), esclarecemos que este contexto caracterizado pela baixa escolaridade, a dificuldade de compreensão e ainda a ausência do hábito da leitura, provavelmente modelaria esses instrumentos como inadequado em sua

função informativa. Conforme Freire (1967 apud Gohn 2009a), as informações sobre a realidade dissociada do conhecimento não propiciam condições necessárias para transformá-la em aprendizagem. O uso dessa estratégia com nossas neste contexto assumiria relevância preventiva se liderado por um profissional aberto à discussão do seu conteúdo junto às mesmas.

Esse dado corrobora nossas intenções de introduzir neste ambiente de espera a informação em associação com a reflexão crítica de Paulo Freire (2004), que conduz a produção de conhecimento e favorece a ação informativa do grupo de médicas que voltam sua atenção para o esclarecimento junto às pacientes, durante as consultas.

3.4. Atividades com pacientes

No primeiro contato com as pacientes, como em todos os encontros posteriores, após cumprimentar a equipe de saúde, dirigíamo-nos para o local de espera para os cumprimentos e a apresentação do trabalho proposto. Tencionando diminuir o “estranhamento” e “as diferenças”, buscávamos sempre o uso de um vocabulário simples, claro e pausado para facilitar o entendimento de tudo que era exposto e ainda, favorecer o bom relacionamento, conforme o referido por Zirmeman e Osório (1977).

Geralmente, ao entrarmos neste ambiente de espera, deparávamo-nos com as mulheres sentadas e caladas, o olhar fixo no nada, no teto, no chão, olhos fechados com a cabeça recostada na parede, ou baixa; algumas folheando revistas, fazendo crochê. Raramente conversando, nessas primeiras horas da manhã. Ao cumprimento feito, remexiam-se nas cadeiras e muitas delas respondiam, outras não. Então, aos poucos procedíamos à explicação do trabalho, enaltecendo sempre a importância de sua participação por constituírem o público alvo da nossa pesquisa.

Em seguida, realizávamos a leitura em voz alta do TCLE, bem como a sua explicação e o convite de participação. As dúvidas surgidas sempre giravam em torno de: *“O quê? Não entendi nada!”*; *“Por que tenho que assinar esse papel?”*; *“Eu não vou assinar, não sei o que é isso”*; *“Se for para tomar remédio, não quero!”* e ainda, *“Não posso participar, tenho pouca leitura”*.

Uma vez respondidas as indagações, reforçávamos junto às pacientes o convite para a assinatura no documento que não só oficializava sua participação em nossa pesquisa, mas também garantiria a elas o direito de serem respeitadas como cidadãs. Portanto, enfatizávamos sempre o respeito ao seu direito de recusa à participação; pois, conforme Freire (2001), para melhorar a realidade é relevante que tanto os homens como mulheres sejam reconhecidos *“Como*

sujeitos de sua história e não como objetos”. Entendemos que o “outro deve ser visto como um ser calcado em valores éticos necessários à transformação e a humanização da realidade, muitas vezes simultaneamente vivenciada e interpretada de forma antagônica” (FREIRE 2001, p. 28).

No decorrer dos dias, a novidade ficava por conta das pacientes e suas reações mediante a nossa presença na sala: timidez, interesse, surpresa, desconfiança, indiferença, descrédito, expectativa ou curiosidade. Suas dúvidas mais frequentes eram do tipo: “*Doutora, a senhora trabalha aqui? Onde?*”; “*Trabalha no castelinho?*”; “*Você vai ficar com a gente?*”; “*Vai ter palestra?*”; “*Tenho que pagar quanto?*”; “*Eu não vou participar, não posso vir aqui todo dia! Não tenho dinheiro*”; “*Eu não venho, trabalho, não posso viver aqui no hospital*”; “*Vou tomar qual remédio?*”; “*O quê vou ganhar em troca?*”; e “*Ninguém nunca fez nada disso pela gente!*”.

Após o esclarecimento das questões, com vocabulário sempre claro e direto; reforçávamos o convite para que participassem do nosso trabalho, num reconhecimento que sem elas, a pesquisa não existiria.

Essa etapa resultou na assinatura de 77 TCLE. No entanto, posteriormente, após o término de uma entrevista, três pacientes manifestaram o desejo de participar do trabalho. Com base no senso de inclusão e integração que deve permear todo e qualquer evento educativo, aceitamos o ingresso dessas três voluntárias que assinaram então o termo de TCLE. Desta forma, passamos a ter inicialmente, 80 pacientes integrando o nosso grupo de estudo.

3.4.1. Aplicação do roteiro de entrevistas semi-estruturada

Inicialmente foram aplicadas oito entrevistas que serviram como testes para a confecção do roteiro final. Nesta ocasião, percebemos a necessidade de algumas adaptações neste documento com o objetivo de simplificar ainda mais o vocabulário já utilizado e de aprimorar os questionamentos. A intenção foi a de facilitar a compreensão e anular ou diminuir qualquer tipo de influência nas respostas dadas. Enfatizamos que essas adaptações não chegaram a promover alterações no padrão estabelecido.

A aplicação do roteiro final de entrevistas, (**Apêndice 03**), com as outras pacientes aconteceu dentro do próprio local de espera, dada a inexistência dentro do ambulatório de um lugar mais reservado para tal. Tendo em mente a busca desse local, convidamos certa vez uma paciente para dirigir-se ao final do corredor e sentar-se junto a nós, numas cadeiras próximas, em busca de maior privacidade. Tal convite foi veementemente recusado por C(48) “*Não posso sair! A doutora pode chegar. Eu tenho que ficar aqui!*”. Concluímos, após outras recusas à solicitação, que

elas não aceitariam sair desse local para a realização da entrevista em outro lugar. Esse dado corrobora os resultados de Gomes et al. (2006, p. 13) obtidos em um estudo desenvolvido em sala de espera, ao relatarem a preferência de suas investigadas de permanecerem perto do ambulatório para não “perder a chamada para o atendimento”. Em nosso estudo notamos que este tipo de “competição e ansiedade” esteve sempre presente na indagação: “*Quem é a última?*”, sendo atenuada pela fala das auxiliares de enfermagem que atentas, repetiam: “*Todas serão atendidas, não se preocupem!*”.

Desta forma, foi neste contexto dinâmico que aconteceram 70 entrevistas, cuja privacidade não foi totalmente garantida, mas mantida a partir do próprio clamor de vozes dos presentes. Sempre que permitido, as entrevistas foram gravadas em áudio, o que possibilitou um total de 38 gravações que contou, cada uma, com um tempo médio de 50 minutos.

Chamou-nos a atenção a falta de dez clientes durante esta etapa investigativa. Assim, realizamos um levantamento do número total de mulheres integrantes de nosso estudo e deparamo-nos com baixas, conforme exposto na **Tabela 1** a seguir:

Tabela 1. Número de pacientes de nosso grupo de estudo: 1º semestre de 2009

Assinaturas de TCLE	80
Causas de baixas -1º semestre de 2009	
Óbito	02
Desistência	01
Não mais encontradas	03
Casos não indicativos de abertura de prontuários	03
Alta deste ambulatório	01
Total no 1º semestre	70

A análise desta tabela mostrou-nos que dentre o total de 80 mulheres que assinaram o TCLE no primeiro semestre de 2009, duas delas, C(71) e C(72), evoluíram com óbitos e C(73) decidiu não mais participar sob a alegação de estar sem vontade, mesmo após sucessivas explicações sobre o trabalho. Curiosamente, registramos a presença de C(73) em dois dias, participando de nossa estratégia socioeducativa. Prosseguindo, três pacientes foram consideradas como desistentes depois de se esgotarem todos os recursos possíveis para contato (telefone, banco de dados e prontuários). Outras três, C(41), C(43) e C(58), por não possuírem patologias

inerentes ao quadro do ambulatório de PTGI e nem prontuários, neste hospital, foram orientadas a buscarem outras unidades de saúde. Outra paciente, C(24), recebeu alta, após dois anos sucessivos de diagnósticos com alterações benignas em seus exames preventivos, sendo então encaminhada para acompanhamento em Postos de Saúde, conforme recomendação da OMS. É relevante esclarecer que dentro da rotina desse ambulatório, toda cliente que receber alta é orientada a retornar imediatamente em caso de diagnósticos de exames preventivos com atipias celulares, seja qual for o estágio.

3.4.2. Caracterização das pacientes e análise de entrevistas

Os estudo das entrevistas semi-estruturada, realizado com as 38 mulheres investigadas e gravadas em áudio possibilitaram-nos uma descrição da mesma, com base em dois parâmetros que nos eram fundamentais: a idade e a escolaridade, expostos na **Tabela 2** a seguir:

Tabela 2. Idade e escolaridade das pacientes integrantes do estudo.

Nível Escolar / Faixa etária	Nunca foram a escola		Ensino Fund Incompleto		Ensino Fund. Completo		Ensino Médio Incompleto		Ensino Médio Completo		Ensino Superior Incompleto		Ensino Superior Completo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
21 a 30	-	-	5	13,1	1	2,6	2	5,2	2	5,2	1	2,6	-	-	11	28,9
31 a 40	-	-	3	7,8	-	-	-	-	2	5,2	-	-	1	2,6	6	15,7
41 a 50	-	-	5	13,1	2	5,2	1	2,6	1	2,6	-	-	-	-	9	23,6
51 a 60	1	2,6	3	7,8	1	2,6	-	-	-	-	-	-	-	-	5	13,1
61 a 70	-	-	2	5,2	2	5,2	-	-	1	2,6	-	-	-	-	5	13,1
71 ou +	1	2,6	1	2,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5,2
Total	2	5,2	19	50	6	15,7	3	7,8	6	15,7	1	2,6	1	2,6	38	100

Conforme evidenciado nesta tabela, parte de nosso grupo constituiu-se de mulheres com faixa etária entre 21 e 75 anos. Entre elas, observamos que uma minoria (5,2%) nunca frequentou a escola. Percebeu-se que, metade das mulheres investigadas (50%) não concluiu o Ensino Fundamental, e que um número reduzido (15,7%) conseguiu concluí-lo. Em relação ao Ensino médio, constatamos que uma pequena quantidade (15,7%) o completou, e outra menor (7,8%), não. Sobre o Ensino Superior notamos que uma minoria conseguiu concluí-lo (2,6%) e que uma

quantidade semelhante, não o concluiu. Constatamos, em vários momentos, uma vergonha contida pelo baixo nível de escolaridade revelado, conforme falas a seguir:

(C25) “Trabalhava muito... Era criada no interior... Aprender a ler pra quê não é, minha filha? Sei ler, aprendi por minha conta, lá....”.

As justificativas de C(25), remetem-nos para um período de difícil ingresso da mulher no mundo escolar. Na fala de C(25), com 68 anos, observamos a crítica velada ao papel restrito e assumido de “mãe cuidadora do lar e da família” (BIASOLE-ALVES (2000, p.235). Este achado encontra respaldo no resultado obtido por esta autora, com 12 pessoas com mais de 70 anos de idade. Sua pesquisa demonstrou que, nesta época, o controle do comportamento das meninas era instaurado desde cedo pelos adultos. A ela cabia o ensinamento de que seu domínio restringia-se ao seu lar e à família e geralmente as “meninas aprendiam em casa as primeiras letras” (Ibidem).

(C16) “Naquela época era difícil estudar, agora está fácil. Eu fiz só até a 4ª série”.*

Notamos na fala de C(16), acima, a comprovação histórica vivida não só por ela, mas pela maioria das mulheres nascidas entre a década de 30-40, quando se dedicavam às ações domésticas, cumprindo tão somente o papel de mãe cuidadora. Suas responsabilidades limitavam-se aos tratos dos filhos, a quem dedicava suas emoções e atenções, e ao zelo com a casa (Biasoli-Alves, 2000), o que reflete uma forte influência sociocultural na vida das mulheres. Este cenário pode justificar os baixos índices de escolaridade encontrados entre as mulheres com mais de 60 anos de idade.

Corroborando nossos resultados, tem-se a pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) em 2005 sobre a situação das mulheres no contexto educacional brasileiro. Este estudo revelou que as dificuldades de acesso das mulheres ao ensino formal datam de longos anos e ainda se fazem sentir em dias atuais; agora sustentados por graves problemas socioeconômicos que favorecem a evasão escolar (INEP/MEC, 2005). Isto pode justificar a baixa escolaridade observada nas faixas etárias mais jovens em nossa pesquisa, constituídas por mulheres de baixo poder aquisitivo.

*Corresponde, conforme legislação vigente; Prevista no art.23 da Lei nº 9.394/96, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), e ao Plano Nacional de Educação (PNE), Lei nº 10.172/2001/PNE, ao 5º ano do Ensino Fundamental (BRASIL/MEC. 2004).

Prosseguindo com a descrição desse grupo de estudo deparamo-nos com outros dados sociofamiliares, conforme demonstrado na **Tabela 3** abaixo:

Tabela 3. Descrição quanto aos aspectos sociofamiliares das pacientes.

Faixa Etária Dados	21 - 30		31-4		41-50		51-60		61-70		71-80		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Religião														
Católica	4	13,1	1	2,6	3	7,8	1	2,6	3	7,8	-	-	12	34,2
Evangélica	1	2,6	5	13,1	4	13,1	2	5,2	1	2,6	2	5,2	15	39,4
Outras	1	2,6	-	-	2	2,6	1	2,6	-	-	1	2,6	5	13,1
Não tem	2	5,2	1	2,6	2	5,2	1	-	-	-	-	-	6	15,7
													38	100
Ocupação														
Trabalha	5	13,1	6	15,7	6	15,7	3	7,8	2	5,2	-	-	22	57,8
Não trabalha	4	10,5	1	2,6	4	10,5	2	5,2	1	2,6	2	5,2	14	36,8
Aposentada									2	5,2			2	5,2
													38	100
Convívio familiar														
Vive com a família	9	23,6	9	23,6	6	15,7	5	13,1	2	5,2	2	5,2	33	86,8
Vive sozinha	-	-	-	-	2	5,2	-	-	2	5,2	1	2,6	5	13,1
													38	100
Nº de Filhos														
1 a 3	6	15,7	6	15,7	6	15,7	3	7,8	4	10,5	2	5,2	27	71,0
4 a 6	-	-	1	2,6	4	10,5	-	-	1	2,6	-	-	6	15,7
7 ou +	-	-	-	-	-	-	1	2,6	-	-	-	-	1	2,6
Não tem filhos	3	7,8	-	-	1	2,6	-	-	-	-	-	-	4	10,5
													38	100
Diálogo com filhos														
Sim	2	5,2	5	13,1	7	18,4	5	13,1	3	7,8	2	5,2	24	63,1
Não	-	-	-	-	1	2,6	1	2,6	2	5,2	1	2,6	5	13,1
É pequeno	2	5,2	-	-	1	2,6	2	5,2	-	-	-	-	5	13,1
Não tem filhos	3	7,8			1	2,6	-	-	-	-	-	-	4	10,4
													38	100

Como se pode observar nesta tabela em relação à religião, a mais citada foi a evangélica, seguida do catolicismo.

Detectamos também uma parcela de mulheres (36,8%) que não trabalha e um número menor (5,2%) que é aposentada. Em contrapartida, notamos que mais da metade dessas mulheres

(57,8%) desempenha algum tipo de função remunerada, condizente com os níveis de escolaridade que possuem, independentemente do fator idade: doméstica, diarista, auxiliar de serviços gerais, costureira, cozinheira, copeira, trocadora de ônibus, vendedora, representante de vendas e agente de saúde. Esses resultados são semelhantes aos encontrados por Ferreira (2009) em seu estudo desenvolvido com 20 mulheres com faixa etária de 15 a 55 anos que referiram, dentre as diversas funções que desempenham, ocupações concomitantes com o baixo grau de escolaridade que possuem.

Concluimos, portanto, que as mulheres investigadas são provedoras totais ou parciais do seu próprio sustento e de suas famílias, quando presentes. Isso por que notamos um grupo de mulheres (13,1%) que declarou não viver com seus familiares.

Em relação ao número de filhos, a literatura vem apontando a multiparidade como fator de risco para o câncer cervical. Isto foi observado por Muñoz et al. (2002) em um levantamento que fizeram com base em oito estudos realizados em quatro continentes do mundo. Esses autores constataram uma relação direta entre a multiparidade e essa doença. Logo, o baixo número de filhos detectado entre nossas pacientes conforme pode ser observada na **Tabela 3**, página anterior, chamou-nos a atenção, bem como a fala de C(02), de 70 anos, descrita a seguir:

(C02) (...) eu já tinha dois filhos, mas já tinha tido o aborto, que Deus me perdoe e eles também, coitadinhos. Eu já tinha feito dois abortos quando solteira“.

Estudando mais esta questão, notamos que 34,5% das nossas pacientes nasceram entre as décadas de 30 e 50. Este dado é indicativo de uma vivência do período reprodutivo em épocas de difícil acesso aos métodos contraceptivos, restritos ao método de barreira, frequentemente repudiado pelos parceiros sexuais. Assim, concluimos que este baixo número de filhos pode estar vinculado a circunstâncias abortivas relacionadas a graves problemas assistenciais ligados à saúde da mulher, comuns na época (COELHO et al. 2006). Ou ainda pode representar uma rejeição ao estado gestacional vivenciado pela mulher que então recorria ao aborto. Isso em consequência também das características socioculturais que não favoreciam a possibilidade da prevenção da gravidez e dificultava o diálogo entre o casal, influenciando não só a opção pelo número de filhos, como até mesmo na sua educação.

Ao introduzir a questão “Você conversa com seus filhos sobre sexo?”, percebemos conforme, exposto na **Tabela 3 (p. 68)**, que mais da metade (65,7%) declarou dialogar sobre sexualidade com seus filhos. Entre elas, notamos que a maioria respondeu vagamente, dizendo

que em tempos atuais é mais fácil a circulação de informações, inclusive pela influência da televisão que “mostra tudo”. Porém, algumas falas chamaram-nos a atenção, como no exemplo que se segue:

(C37) “Precisa evitar as doenças, as drogas e sexo, fui sempre sozinha. Eu sou um temporão e meus pais morreram cedo, fui sempre sozinha. Então, que ele seja feliz”.

Percebemos na fala de C(37), aos 52 anos de idade, o ressentimento por não ter desfrutado com os seus pais do diálogo que hoje tem a oportunidade de desenvolver com o seu filho. Portanto, concluímos que a “carência de ensinamentos” gerada pela falta de diálogo familiar, observada em nossas entrevistadas marcou suas vidas. O que pode ter influenciado a atitude de buscarem manter hoje esse diálogo orientador com seus filhos.

Já em relação ao relato abaixo de C(08); de 33 anos, notamos a preocupação com a tentativa de prover informações no seu ambiente social e empenhar-se em orientar seu filho para que ele possa enfrentar e superar melhor as questões inerentes a sua realidade contemporânea, tão diferente daquela vivenciada por ela.

(C08) “Com a mais velha, sim. Eu não tive esta conversa com a minha mãe. Em casa teoria, na rua é a prática. Tem que se conversar sobre a pílula, a camisinha. Ligou a televisão, já tem informações. Tenho que orientar”.

O diálogo familiar é essencial na vida das pessoas, pois possibilita superar incompreensões e dificuldades ocasionais diversas, sobretudo na doença (BANDEIRA e DIÓGENES, 2006). Esta prática foi observada com a maioria (78,9%) das pacientes que integram este estudo quando indagadas se: “Sua família sabe de seu problema de saúde?”.

Segundo Barros e Lopez (2007), os membros da família interagem entre si, trocam informações e, mediante os problemas de saúde, apóiam-se mutuamente, e reúnem esforços na busca de soluções com a intenção de amenizar o sofrimento de todos, em especial do doente. Assim sendo, chamou-nos a atenção uma parcela de nosso grupo de estudo (21,1%) que contrariando esta característica sociofamiliar, preferiu esconder de sua família a patologia que possui. Desta forma, constatamos a difícil situação vivenciada por algumas mulheres que omitem seus problemas aos entes queridos, devido ao medo da reação que possam vir a ter, ou por vergonha por ter uma DST. Isso pode contribuir para o agravamento de problemas emocionais, que são prejudiciais ao enfrentamento da doença, conforme fala de C(32):

(C32) “Não, minha família não sabe de nada. Não conte para ninguém!”.

Esses resultados coincidem com o discurso de Joca e Pinheiro (2009) que consideram que a notícia de DSTs pode originar repercussões familiares negativas. No caso da papilomavírose, gera prejuízos não só para si, como para sua família, dificultando o convívio (CARVALHO et al., 2007). O medo de perda dessa relação leva muitas vezes a mulher omitir o fato e a conviver com conflitos internos prejudiciais ao seu estado de saúde.

Circunstâncias vivenciadas com o companheiro

Prosseguindo nesta linha de estudo, buscamos obter informações mais íntimas sobre a vida sexual dessas mulheres. Inserimos então, questões como: “Seu parceiro usa ou usava a camisinha em suas relações sexuais?” Para esta temática, observamos a formação de três categorias, conforme observado no **Gráfico 2**, abaixo:

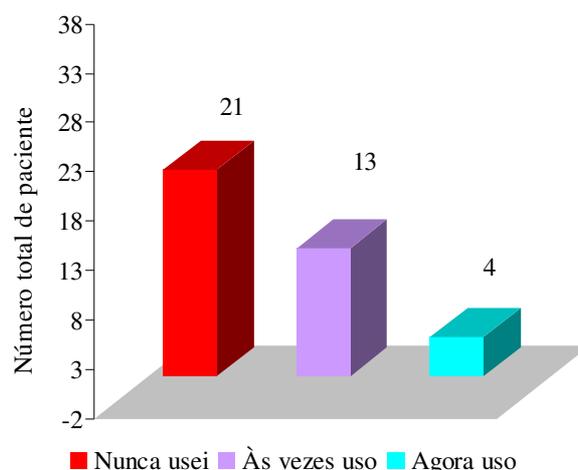


Gráfico 2. Uso de preservativo masculino

Desconhecimento e desconfiança: determinantes de riscos A primeira categoria constituída por mais da metade dessas pacientes (55,2%) respondeu que não utiliza ou utilizava esse preservativo, considerado como fator primário na prevenção do HPV pela MS (1988), conforme o exposto abaixo:

(C16) “Não, a gente era boba. Não tinha o conhecimento que tem agora”.

(C25) *“Na minha época não existia isso. Eu não conhecia. Hoje as coisas são diferentes”.*

A justificativa apontada para o não uso da camisinha foi o desconhecimento, como o citado por C(16), (p. 71) de 70 anos, e a dificuldade de sua obtenção, como a fala de C(25), de 68 anos. Estes discursos reforçam os pré-supostos, por nós vinculados, sobre possíveis causas de gestações indesejadas e de elevado número de abortos (p. 69) observado nas mulheres com mais de 50 anos de idade.

Um fator essencial a considerar também é que, com o passar do tempo instaura-se o hábito do desuso, conforme a fala abaixo de C(21), de 69 anos. Sua indiferença pode estar calcada na dificuldade para o descarte de um hábito instituído o que exige bases esclarecedoras e conscientizadora difíceis para a época. Deve-se considerar ainda, que essas mulheres tinham que enfrentar a relutância do parceiro pelo uso da camisinha (e até a sua própria), por ser considerada como geradora de desconforto no ato sexual.

(C21) *“Não, nunca me deu vontade”.*

Outra justificativa para o não uso desse preservativo foi a sua relação com a infidelidade. Isso foi comprovado em nosso estudo através de citações como a de C(09) a seguir:

(C09) *“Nunca! Não acho necessário. Confio nele, por isso nunca me preocupei com isso. Se eu soubesse que ele tem a vida sexual lá fora... Foi o meu primeiro namorado... eu operei, não engravido mais”.*

Nossos resultados são semelhantes aos achados de Queiroz et al. (2005, p.192) com 20 mulheres portadoras do HPV que declararam não usar o preservativo devido ao medo de se expor a uma “situação embaraçosa”. Curiosamente esse resultado também foi observado por Madureira e Trentini (2008) em estudos realizados com dez homens. Para estes autores, os homens vêm com dificuldade a sugestão do uso do preservativo com suas esposas. Na visão desse grupo de estudo, essa proposta pode introduzir dúvidas sobre a sua própria fidelidade na sua vida conjugal. Isso porque ao longo dos anos, a herança histórica de uso da camisinha é associada à relatos de

prostituição, promiscuidade e relações extraconjugais que resulta em embaraço e desconfiança, [...] Soma-se a essa má reputação a percepção, ainda atual, tanto pelo homem como pela mulher, de que o condom trata-se de um determinante que prejudica o prazer sexual, podendo acarretar difícil acordo interpessoal (GIR et al., 1996, p. 312).

Conforme citação de Gir, et al. (1996), página anterior, a relação camisinha-infidelidade conduz a um clima de embaraço entre o casal, gerando uma “imposição velada” à sua não utilização e constitui-se em mais um agravante na relação conjugal. No entanto, compreendemos que cabe à mulher a apropriação de livre arbítrio para a reivindicação ou não de seus direitos sexuais. Esta prática deve ser consciente e autônoma, a fim de quebrar tabus culturais de submissão e até mesmo, mediante a análise crítica da situação, se chegar a difícil decisão referenciada a seguir por C(63), de 55 anos, que optou pela sua separação.

(C63) “Com meu marido, não. Confiava nele. Tive problema com ele. Eu me tratava e voltava tudo de novo. Me separei e comecei a fazer o tratamento aqui”.

A busca da mulher pelos seus direitos sexuais

Conforme exposto no **Gráfico 2 (p. 71)**, uma segunda categoria (34,2%) declarou o uso inadequado da camisinha ao referir-se que a utiliza “Às vezes”. Um fator essencial na negociação de seu uso é segundo Bandeira e Diógenes (2006), sem dúvida, o diálogo e o nível de comunicação existente entre o homem e a mulher, bem como as habilidades de cada um em expor seus argumentos. Em função disso são frequentes os desentendimentos entre os casais, conforme relato de C(33) abaixo, 42 anos, que por demonstrar firmeza em seus princípios acaba gerando um ambiente prejudicial à prática do ato sexual, na tentativa de fazer valer seus direitos sexuais.

(C33) “Às vezes quer usar, às vezes não... É aquela briga!”.

Sabe-se que por influências culturais, a mulher historicamente apresenta menor poder de decisão que o homem (Bandeira e Diógenes, 2006) e cede, conforme constatado na fala de C(32):

(C32) “Às vezes. O homem não aceita, não concorda... Então às vezes uso”.

A relutância pela adesão ao preservativo referida por C(32), página anterior, estimula a inconstância de uso e coincide com os resultados de Carvalho et al. (2007), obtidos em um estudo realizado em 2005, com 12 mulheres que referiram também ao seu uso inconstante.

Outro fator desfavorável para a mulher foi a responsabilidade contraceptiva assumida na década de 60, com o uso do ACO (MADUREIRA e TRENTINI, 2008). Esse hábito fez com que a mulher passasse aos poucos a se despreocupar com o uso da camisinha pelo seu parceiro.

Consequentemente, tem-se o descarte da função preventiva a DSTs, como o observado no discurso de C(27), página seguinte, que após um longo período sem utilizar a camisinha, por fazer uso de pílulas anticoncepcionais, não compreende, porque ocorreu seu problema de saúde, refletindo o desconhecimento sobre o HPV.

(C27) “Passei a usar quando parei de tomar os comprimidos, para não ficar grávida. Não entendi porque deu isso”.

Vale ressaltar que não se confirmou em nossos estudos a previsão de Madureira e Trentini (2008). Segundo estes autores haveria a adesão do casal ao uso da camisinha, pelo seu efeito preventivo contra o vírus HIV. No entanto, nossos resultados comprovam ainda uma forte resistência explícita ou velada por parte dos parceiros sexuais sobre o uso desse preservativo. A nosso ver, essa resistência pode também estar relacionada ao descrédito na facilidade de transmissão de agentes patológicos, como o vírus HPV e HIV.

O **Gráfico 2 (p. 71)** demonstra ainda uma terceira categoria representativa de um número pequeno de mulheres (10,5%) que depois da descoberta do HPV passou a usar o preservativo, assumindo uma atitude preventiva frente à expectativa do tratamento.

Esse resultado é contrário aos resultados da pesquisa realizada por Bezerra et al. (2005) que dentre as 18 mulheres pesquisadas, mesmo depois do diagnóstico de HPV, não se evidenciou a adesão ao uso desse preservativo.

Em relação ao preservativo feminino contatamos que 100% das mulheres investigadas declararam nunca tê-lo usado, conforme falas abaixo:

(C27) “Sim, conheço; mas nunca usei, pois não sei se eu sei usar. Será que é seguro? Nunca me interessei a usar, não”.

(C32) “Conheço, sim; mas nunca usei. Eu não sei como usa e é muito caro, não dá... Não tem como a gente ficar...”.

Esse resultado foi semelhante ao achado por Santos et al. (2005) em uma pesquisa realizada com 53 universitários de ambos os sexos. Neste estudo foi constatado que 90,5% dos entrevistados nunca tinham utilizado em suas relações sexuais o preservativo feminino.

Em nosso estudo, a pouca divulgação e o custo elevado desse preservativo foram fatores questionados, além da dificuldade de uso em consequência do desconhecimento. Outro ponto mencionado foi a sua não liberação para distribuição gratuita pelos órgãos públicos.

Esses resultados são indicativos da necessidade de se investir em programas de prevenção junto à população, a fim de esclarecer sobre os riscos de se contrair as DSTs. Nesse processo, faz-se necessário o estímulo ao uso da camisinha, dada a sua relevante função preventiva contra essas doenças, sobretudo junto aos jovens, integrantes do grupo etário (14 à 20 anos) com maior risco para a aquisição de HPV (INCA 2008). Segundo Costa (2008), muito embora conectadas à modernidade do mundo contemporâneo, as mães têm dificuldades em abordar e discutir com suas filhas a temática sexual. O mesmo se aplica às jovens que seguem com pouca ou nenhuma informação sobre o HPV. Para esta autora, o HPV permanece ainda, como uma doença distante da realidade da população. Desta forma, em nossas considerações ressaltamos o papel da escola como mediadora e geradora de conhecimentos sobre a prática sexual segura, junto aos adolescentes.

Para a indagação “Você já teve quantos parceiros sexuais?”, percebemos que a maioria (97,3%) das mulheres manteve a prática sexual com mais de um parceiro, incluindo as diversas faixas etárias estudadas. Notamos uma variação de até “mais de vinte”. Este achado contraria a recomendação preventiva de parceiro único sustentada pela OMS, na prevenção do HPV e do câncer uterino. Nosso estudo é semelhante ao trabalho desenvolvido por Nerone e Trincaus (2007) com um grupo de cinco mulheres escolhidas ao acaso num centro de tratamento quimioterápico. Nesta ocasião todas elas assumiram, não só a sexarca precoce, como também o número de parceiros múltiplos.

Estes achados são indicativos da necessidade de se desenvolver estratégias de educação sexual junto à população, com foco na transmissão e prevenção de DSTs, sobretudo do HPV. A educação sexual deficiente, favorece

uma sexualidade deturpada e moldada em estereótipos apregoados pela mídia, que tem mostrado ser normal um grande número de parceiros entre os jovens e que as relações extraconjugais são uma constante, ao mesmo tempo em que falham por não associá-las à ocorrência de DST (FRANCO et al., 2000, apud BEZERRA et al., p. 146, 2005).

Conforme citação acima, as mudanças no comportamental sexual estão calcadas no prazer

e desprovidas de orientações preventivas, mesmo por aqueles que investem na liberdade sexual .

Prosseguindo com a temática, indagamos “Com que idade começou sua vida sexual?”. Um grande número (71%) de mulheres de nosso grupo relatou iniciação sexual antecedendo os 19 anos de idade. Assim sendo, consideramos que houve a precocidade da primeira relação sexual (sexarca) em nosso estudo.

Neste aspecto, faixa etária, nosso dado é similar ao encontrado por Bezerra et al. (2005, p. 146) que obtiveram, em um estudo com 37 mulheres, uma maior incidência de relato de sexarca antes dos 16 anos e entre 16 e 20 anos. No entanto, nossa conclusão difere da encontrada por essas pesquisadoras que consideraram não haver “um início precoce da atividade sexual” em seus estudos.

Segundo relatório da OMS (2001, apud Mendonça e Araújo, 2009, p. 834), a adolescência corresponde ao “período da vida situado entre 10 e 19 anos”. Para estes autores, consiste em um período “[...] entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, sendo uma fase influenciada por fatores socioculturais, familiares e pessoais” (Ibidem, p. 864) e portanto, essencial para a aquisição de conhecimentos sobre a prevenção de DSTs , sobretudo pela constatação de que o risco maior para a aquisição do HPV acontece entre 14 e 20 anos (INCA, 2008).

A identificação desta fase como precoce para a sexarca deve-se à imaturidade da estrutura anatômica uterina, que por isso é mais propensa à ação de agentes carcinogênicos, provenientes do parceiro (BRUNNER e SUDDARTH, 2002 apud FLORIANO et al., 2007). Esse risco acentua-se com o hábito de parceiros múltiplos sem o uso do preservativo, pois a ocorrência de microlesões no epitélio facilita o acesso direto do HPV até as camadas mais profundas do tecido, infectando então, as células basais do epitélio genital, sendo as microlesões favoráveis também para a aquisição de outras DSTs (BEZERRA, 2005; FLORIANO et al.; 2007).

Autores como Costa (2008) considera que a sexualidade é pouco discutida pela família; e que a falta de comunicação pode favorecer esse ato precoce. Em nossas considerações, o aprendizado com a prática, conforme fala de C(54), de 32 anos, pode conduzir à desvalorização do cuidado com a saúde e à descrença nos hábitos preventivos e contribuir para o aumento das doenças.

(C54) “Não adianta esconder uma realidade por vergonha, pois na hora que tem que se faz, se faz tudo errado. Tem que se ter consciência do que está se fazendo”.

Os resultados observados em nosso estudo mostram a necessidade de um replanejamento nas políticas preventivas de saúde. Essa conclusão encontra respaldo na citação de D'Oliveira e Senna quando já em 1996 analisaram a elevada incidência de DSTs e concluíram que “fica evidente a ausência ou a ineficácia de programas educativos para a prevenção de DSTS entre as quais se inclui o HPV” (D'OLIVEIRA e SENNA 1996, apud CARVALHO et al. 2007, p. 249).

As mudanças observadas no comportamento sexual das mulheres são apontadas como responsáveis pelo aumento da incidência de HPV, por Bezerra, (2005). Para Franco, et al. (2000 apud Bezerra et al. 2005 p. 146) ocorre como consequência da modernidade que contribui para inserir uma nova interpretação da

prática sexual dissociada de vínculos conjugais ou afetivos, a liberação da mulher, o uso de estímulos eróticos em propagandas veiculadas pela mídia, a multiplicidade de parceria sem necessariamente, estar ligada à prostituição e a menor preocupação com a hipótese de engravidar, graças à efetividade dos anticoncepcionais orais (GIR et al., 1996. p.311).

Em contraposição aos fatos descritos pelos autores acima, investe-se na introdução de educação sexual nos diversos níveis de escolaridade e em todas as modalidades de ensino, e ainda em ambientes de saúde. Sua importância relaciona-se à possibilidade de redução dos riscos de DSTs e gravidezes indesejadas mediante o uso da camisinha. É fundamental que se invista na adoção do autocuidado sem, contudo, esquecer-se do respeito às especificidades (INEP/MEC, 2005).

No que se refere ao contato com substâncias químicas consideradas como co-fatores virais, constatamos que:

Sobre o uso do tabaco, mais da metade do grupo (52,6%) admitiu que utiliza ou que já o utilizou em tempos remotos de suas vidas. Este resultado diverge do resultado obtido por Bezerra et al. (2005) em resposta a um estudo realizado com 37 mulheres em 2004, quando a maioria declarou-se não tabagista. Diversas pesquisas têm demonstrado a relação entre o tabagismo e o câncer uterino. Alguns estudos relatam evidências do aumento do risco de desenvolvimento de lesões pré-neoplásicas para quem fumou alguma vez na vida, e investigam inclusive o risco que existe para as fumantes passivas (HAVERKOS et al., 2003; MUÑOZ et al., 2002).

Em relação ao contraceptivo oral, notou-se que a maioria (78,9%) utiliza ou utilizou-o em algum momento de sua vida. O uso do ACO, por menos de cinco anos parece não aumentar o

risco de câncer cervical. Porém, este risco pode aumentar para aproximadamente três vezes para aquelas que fizeram uso de contraceptivo oral por cinco a nove anos. O uso por dez anos ou mais eleva este risco para quatro vezes, quando comparadas àquelas que o usaram por menos de cinco anos ou que nunca o usaram (SMITH et al., 2003).

Curiosamente, em relação ao álcool, constatamos que houve a referência à esta substância de forma espontânea por parte das nossas pacientes tendo a maioria declarado o seu uso de forma social.

Sobre os cuidados com a sua saúde

Segundo relatório da MS (1988), a conduta secundária de combate ao câncer uterino é a realização do exame preventivo. Em nosso estudo, ao introduzir a questão “Você faz frequentemente o exame preventivo?”. O estudo desta temática mostrou a existência de três categorias, conforme expresso no **Gráfico 3** abaixo:

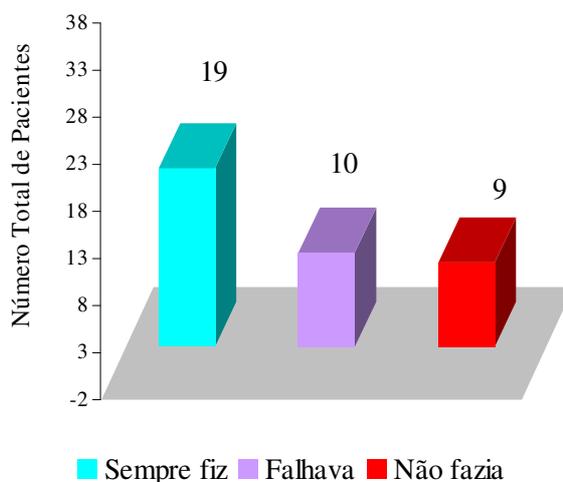


Gráfico 3. Realização de exame preventivo

A primeira categoria (50%) representativa de metade de nossas investigadas revelou que realizava frequentemente o exame preventivo. Este achado foi semelhante ao encontrado por Thum et al. (2008) com cinco mulheres, que, em sua maioria, declararam fazer rotineiramente seus exames.

Constatamos uma segunda categoria (26,3%) que revelou falhas nesta prática preventiva. Segundo Thum et al. (2008), a periodicidade da realização do exame preventivo é essencial,

quando se pensa em qualidade de prevenção do câncer cervical. A suspensão ou interrupção na execução deste exame compromete a prevenção e diminui a possibilidade do diagnóstico precoce.

(C12) “Fazia direitinho e interrompi por dois anos, mas eu estava me sentindo bem. Quando fiz, deu a lesão”.

(C54) “Fiz só duas vezes e parei porque não deu nada. Achei que não precisava fazer mais. Até o pré-natal, começava no final. Nunca gostei de médico, agora estou me acostumando com eles”.

O depoimento de C(12) evidenciou como motivo de interrupção na realização do exame preventivo, um aspecto bem característico do HPV que é a escassez de sintomatologia em estágios iniciais da infecção (CAETANO et al. 2006; SOUSA et al. 2008). Esse resultado também foi um achado no estudo realizado por Ferreira (2009) com 20 mulheres que por estarem bem, não faziam seus exames preventivos.

Compreendemos que a ausência de sintomas associada à não compreensão da importância de ações preventivas são motivos para nossas pacientes não realizarem seus exames preventivos. Isso favorece o diagnóstico tardio de câncer de colo de útero e o aumento da mortalidade por esta neoplasia.

Encontramos ainda um terceiro grupo (7,6%) de mulheres investigadas que admitiu não fazer o exame preventivo (**Gráfico 3, p. 78**). Seus relatos referem as buscas aos serviços de saúde a partir da aparição de sintomas, e mesmo assim, quando estes lhes traziam algum tipo de malefício.

(C01) “Eu não fazia. Comecei a fazer com 42 anos, porque tive problemas com a menopausa. Aí, mais ou menos no quarto exame, deu problema”.

(C60) “Não fazia. Comecei a fazer porque comecei a ter sangramento, dores e mau cheiro”.

O depoimento de C(01) mostrou a ausência total do hábito de uso de medidas preventivas em âmbito ginecológico até os 42 anos de idade, identificando pouco tempo depois da adesão ao exame, o diagnóstico de câncer “in situ”. Já no discurso de C(60) notou-se que a sua busca pelo atendimento em um serviço assistencial de saúde foi em consequência de sintomas característicos do carcinoma invasor (RUBIN e FARBER, 2005), configurando-se assim o diagnóstico tardio da neoplasia.

Para Thuler e Mendonça (2005), esse é um dos fatores que justificam as elevadas incidências de câncer cervical: o diagnóstico tardio das lesões pelo HPV. Em pesquisas realizadas por estes autores, em 96 centros oncológicos de nosso país, no período de 1995 e 2002 eles constataram que 52,6% das mulheres de seu grupo já estavam no estágio III e 56,8% no estágio IV, ao se diagnosticar a doença. O que contraria o objetivo do OMS de identificação precoce das lesões pelo HPV.

A comparação do quadro de relação de nomenclaturas citológicas e histopatológicas publicado pelo INCA (2011a) com a classificação de Papanicolau (1941) mostrou que a classe III e IV correspondem ao diagnóstico de lesões pré-malignas, NIC II e III respectivamente, conforme classificação citológica brasileira em vigor (INCA, 2006).

Buscando compreender a concepção que possuíam sobre a prevenção do câncer de colo de útero mantivemo-nos nesta linha de estudo e introduzimos a questão “Para que serve o exame preventivo?” Um estudo apurado mostrou também a existência de duas categorias:

Um grupo maior de entrevistadas (60,5%) o relacionou à prevenção, e entre os discursos destas pacientes enfatizamos a fala de (C09), abaixo:

(C09) “É um preventivo para ver o câncer de colo de útero. Hoje em dia a gente se informa mais.No meu tempo, mãe não conversava. Eu não sabia”.

No relato desta paciente, observamos a referência às facilidades de informações no mundo contemporâneo. No entanto, percebemos que ainda resta muito a ser feito em prol de medidas preventivas contra o câncer de colo de útero, conforme o descrito a seguir.

Constatamos um segundo grupo de pacientes (39,4%) que demonstrou a falta de conhecimentos sobre a função do exame de preventivo. Vale enfatizar que em meio a essas mulheres encontramos convicções erradas sobre a temática, como:

(C20) “Para evitar o HPV e também o HIV”.

(C54) “Não ter doenças, câncer, AIDS, DSTs”.

Estes equívocos contribuem para a desvalorização da verdadeira função do exame preventivo que são o diagnóstico de doenças como o HPV e a prevenção do câncer cervical, sendo por isso indicado como exame de triagem para as doenças ginecológicas.

A descoberta da doença: HPV, e agora!?

Mediante a questão: “Como você se sente ao saber-se portadora de HPV?”, deparamo-nos com declarações que configuram as considerações de Diógenes, et al. (2006) quando dizem que a mulher mal informada, passa a conviver com o pavor de desenvolver o câncer uterino e sofre por ser uma portadora de DST, modalidade de doenças culturalmente relacionada à promiscuidade sexual. A maioria de nossas investigadas (69,3%) descreveu sentimentos ruins no momento de recebimento da notícia, como se segue:

(C32) *“Quando descobri, minha vontade foi morrer”.*

(C56) *“Fico apreensiva, com medo. Já perdi a minha nora e começou com o HPV”.*

A reação extrema de C(32) advém da instabilidade emocional desenvolvida na mulher por ocasião do recebimento da notícia, acrescida da falta de conhecimento sobre a questão (DIÓGENES et al., 2006). Já para C(56), de 61 anos, o diagnóstico do HPV gerou nela o medo calcado na experiência negativa vivenciada com sua nora. O fato contribuiu para a instauração de um senso de autocuidado exagerado e manifestado por sucessivas indagações: *“A senhora acha que elas (as doutoras) mentem quando dizem que estou bem?”.*

Observamos uma outra categoria constituída por 30,7% de nosso grupo que desconhecem que possuem HPV, conforme relato de C(14) abaixo que há seis anos passou por uma cirurgia de câncer “in situ”:

(C14) *“Não sei. Eu queria é saber o que tenho”.*

As diferentes formas de enfrentamento do HPV

Em nosso estudo, concluímos que esta situação pode agravar-se com a reação do parceiro ao indagarmos “Em relação a possibilidade da presença do HPV e das possíveis consequências, como reagiu o seu companheiro?”

Observamos a formação de duas categorias. A primeira (65,7%), constituída por mulheres que receberam o apoio de seus parceiros, concedendo-lhes um suporte para o enfrentamento da doença, conforme o relato abaixo:

(C54) *“Se preocupa e apóia, é meu amigo. Não esconde nada de ninguém...”.*

A segunda categoria (34,2 %) relatou a falta de apoio e toda a problemática advinda do fato. Configuraram-se assim, as considerações de Carvalho et al. (2007), ao relatarem que geralmente, o diagnóstico de HPV é responsável pela ocorrência de mudanças no relacionamento do casal. A nova situação vivenciada pode contribuir para fortalecer ou dissolver o relacionamento, conforme o constatado também por essas autoras, em ambas as circunstâncias, a partir de estudo desenvolvido com 12 mulheres com HPV. Desta forma, procuramos conhecer mais detalhes sobre a questão e encontramos duas subcategorias:

Na primeira, observamos que a suspeita de traição deixa marcas profundas, conforme o percebido na fala de C(38), a seguiu, com diagnóstico de câncer “in situ”. Aqui, configurou-se a citação de Diógenes et al. (2006) para o alerta de que a notícia recebida de HPV pode despertar além de medo, o arrependimento e o sentimento de decepção em relação ao companheiro, pela desconfiança de traição ou pelo abandono.

(C38) “Quando descobri, estava separada de meu primeiro marido e fui conversar com ele sobre isso, sobre o problema de saúde que eu estava, para ele se cuidar. Eu poderia ter pego dele. Mas quando a gente se separa, o homem pensa logo que você tem alguém. Eu não tinha ninguém, e foi o que ele me disse, e eu não tinha ninguém”.

(C14) “Não quer saber. Quando falo: - Fui ao médico, ele diz não querer saber. - Guarda para você, ele diz”.

Na fala de C(14) que aos 25 anos apresenta diagnóstico de AGUS, a mágoa pela suspeita de traição o sofrimento pelo descaso com que seu parceiro procede em relação a sua doença, refletido na negação de diálogo sobre a questão, numa forma de acusação velada.

Uma vez instaurada a dúvida, convive-se com um clima tenso, sendo plausível àquele casal buscar a compreensão dos fatos através do diálogo, conforme o observado no relato que se segue:

(C33) “Ele se preocupa, sento com ele e converso. Às vezes fico nervosa e boto culpa nele. Ele diz que isso é tirado de mim mesma. Às vezes discute, porque eu boto culpa nele, de uma coisa que ele não tem.... Mas, eu tenho informações que é do sexo. E ele não tem essa informação!”.

A importância do diálogo está no esclarecimento da situação. A busca de soluções para o sofrimento gerado pela doença pode levar conforme Carvalho et al. (2007); Joca e Pinheiro (2009), ao amadurecimento tão necessário ao seu enfrentamento da doença, como relato abaixo:

(C26) *“Ele não sabe se eu peguei dele, ou se ele tinha e passou para mim. Ele me apóia, acha que a gente pegou junto”.*

Observamos na fala dessas investigadas a necessidade de se dialogar com os casais, a fim de que se instaure de forma gradativa, a compreensão entre eles das características desta doença, seu tratamento e as orientações essenciais que ainda permanecem desconhecidas da população em geral (ARCOVERDE e WASLL, 2005).

As diferentes formas de enfrentamento do câncer

Esta subcategoria mostrou-nos um grupo de mulheres que enfrentaram sozinhas o câncer. Para o doente com câncer é fundamental poder compartilhar este sofrimento com alguém, além de dividir o compromisso, as dificuldades físicas e emocionais que podem advir com o tratamento (RZEZNIK e DALL’AGNOL, 2000). Portanto, o impacto da descoberta da doença se agrava quando a notícia vem acompanhada pelo constrangimento da desconfiança e do abandono, como o narrado por C(01), abaixo:

(C01) *“Não quis saber, ele vivia mais na casa de outra e aí eu falei para ele que não queria isso para mim. E ele foi de vez. Sofri muito, não quero mais saber de homem”.*

Na fala de C(01), de 56 anos de idade, constatamos a falta de apoio do companheiro em um momento de grande sofrimento mediante o diagnóstico de câncer “in situ” recebido aos 46 anos de idade. Este resultado também foi um achado no trabalho realizado por Carvalho et al. (2007, p. 252), que considera o sofrimento para a mulher conviver com a incerteza, insegurança e dúvida quanto à infidelidade. Na opinião desses autores, esta situação faz com que “a mulher, diante do orgulho ferido, valorize seu ego através da separação”.

Este resultado foi encontrado também nos estudos de Queiroz et al. (2005), com 16 mulheres. Parte de seu grupo de estudo concluiu que após a decepção sofrida com o seu parceiro, a convivência com dúvidas e infidelidade representaria o risco de ter uma sucessão de sofrimentos, havendo a opção pela separação. Em nosso estudo, constatamos que a lembrança do parceiro veio sempre seguida de sofrimento, culpa, desilusão e de mágoas, como C(12) abaixo:

(C12) *“[...], porque tem que pensar antes de fazer as coisas, passei a me cuidar. O câncer que tive foi de algo errado que eu fiz. A gente acorda para a vida. O homem quer só sexo. Por isso estou sozinha”.*

Estes resultados confirmam a citação de Costa (2008) quando relata que a recuperação da mulher a partir de um tratamento bem sucedido de câncer envolve todo um esquema de difícil superação. Para esta autora, a readaptação social envolve valores humanos, que geram transformações físicas e comportamentais, em ganhos ou perdas relacionados à vida conjugal e ao suporte familiar, mudanças no emprego e outros fatores.

Concepções das pacientes sobre o seu problema de saúde

A concepção errônea referente a papilomavirose tem contribuído para o agravamento do estado de saúde biopsicossocial das mulheres portadoras. Foi o que percebemos mediante a indagação “O que é HPV?”.

A análise desta temática confirmou-nos que a maior parte de nossas pacientes (78,9%) não possui conhecimentos sobre a questão. O desconhecimento do que é HPV também foi constatado por Souza et al. (2008), em um estudo desenvolvido com 15 mulheres, de idade entre 22 e 28 anos. Esses resultados são similares também, ao estudo desenvolvido por Alcântara (2002 apud Diógenes et al. 2006), com 25 mulheres que desconheciam o que era HPV; e hoje, estes achados se repetem em nosso estudo.

Constatamos em meio à falta de conhecimento, a existência de convicções erradas, que podem resultar em um agravante para o estado biopsicossocial dessas pacientes, conforme os relatos a seguir:

(C09) “É câncer, não é? Escuto falar, mas não sei definido. Toda mulher tem HPV e nasce já com HPV, uns evoluem e em outros, como dizer... morrem”.

(C56) “Vírus do câncer, estou acompanhando”.

Notou-se na citação de C(09), o erro de que toda mulher já nasce com o vírus HPV, doença identificada como uma DST. Percebemos também a conceituação errada de HPV, com base na manifestação clínica da doença e que muitas vezes, nem chega a acontecer, conforme fala C(56) referidas acima. Contrapondo-se a esta inverdade tem-se o fato já comprovado de que 65% das infecções pelo HPV regridem espontaneamente (INCA, 2011a; ROSA et al., 2009).

As interpretações erradas sobre o HPV são frequentes e na maioria das vezes fundamentadas em elementos culturais, tais como crenças, mitos e tabus que têm um grande significado para o indivíduo. Os valores culturais sem correspondência com a realidade podem

representar uma grande barreira para os profissionais que atuam na promoção, reabilitação da saúde e na prevenção de doenças (Souza et al. 2008), resultando em prejuízos para aquelas que lutam consigo mesmas em busca da compreensão de sua doença. Entendemos que a escassez de projetos educacionais sobre o tema não colabora para o enfrentamento do HPV. O desconhecimento contribui para instaurar o pavor pela notícia recebida e gerar distúrbios emocionais graves (OLIVEIRA et al., 2009).

Os resultados detectados em nosso estudo diferem do achado de Queiroz et al. (2005) com 20 mulheres pertencentes ao Programa Ambulatório de Ginecologia de Centro de Treinamento em Atenção Primária (CTAP), localizada na Escola de Saúde Pública do Ceará, sendo demonstrado por elas o conhecimento adequado sobre o HPV, inclusive sobre a sua forma de transmissão. Nesse local são desenvolvidas ações de educação, promoção e prevenção em saúde junto ao usuário. Interpretamos esse dado como uma demonstração de valorização do desenvolvimento de ações em saúde junto às pacientes no sentido de cooperação para a melhoria de seu estado de saúde. Isso representa também uma preocupação com o acolhimento e a criação de vínculos entre os clientes e os profissionais de saúde, conforme preconização do PNH (2003), fatores essenciais para o tratamento.

Prosseguindo em nosso estudo, introduzimos a questão, “Como se adquire o HPV?”. Essa investigação mostrou-nos um grupo de mulheres (28,9%) que não sabia como se adquiria o HPV e em meio a estas, algumas convicções erradas foram detectadas, como nas falas abaixo:

(C15) “Com objetos e com a transfusão de sangue”.

(C37) “Relações sexuais e transfusões também?”.

As falas de C(15), 30 anos e C(37), 52 anos, ambas com ensino fundamental incompleto refletem a necessidade de se investir na produção de conhecimentos junto à população sobre esta patologia. Em contrapartida, notamos que a maioria das pacientes (71,4%) é conhecedora de que este vírus é transmitido sexualmente, muito embora cite outras formas de transmissão.

(C38) “*Eu já tive. Eu era bem nova e o médico falou para mim que foi pelo ato sexual, mas que tinha outras formas*”.

(C56) “[...] *relação sexual, sabonete, vaso, toalha,... Vi na tv*”.

Sobre a transmissão do HPV, conforme relatos, (p.7), esclarecemos a necessidade de intensificação de pesquisas para elucidar a questão, a fim de que se processe ações preventivas mais seguras e eficientes em relação a papilomavirose.

A elevada frequência de convicções erradas sobre o vírus HPV, pelas pacientes, levou-nos a indagar: “O que você faz para evitar o câncer de colo de útero?” Constatamos a existência de três categorias:

A primeira categoria contou com um grupo maior (57,8%) de mulheres, que respondeu não fazer nada numa demonstração de desconhecimento de que fazem parte de um grupo de acompanhamento e controle do HPV e de prevenção do câncer cervical e ainda do tratamento recomendado pela OMS: *Ver e tratar*, conforme descrito a seguir:

(C09) *“Não faço nada. Não sei quais são os cuidados que devo tomar. Sei que é uma doença ruim, muitas colegas já tiraram o útero”.*

(C26) *“Nenhum. Ela (a médica) não passa nada. Diz que não tem remédio”.*

Em nosso estudo, isso pode ser constatado em relatos como o de C(36), de 37 anos, que nos mostrou também a sua submissão à ideia de que vai ter o câncer uterino e a certeza de que nada tem feito para impedir isso, numa demonstração de desconhecimento e descrédito no tratamento.

(C36) *“Não sei. Nenhum. Não adianta,... vou ter câncer mesmo... Vou ao médico”.*

Todo este relato é sugestivo de falhas nas ações preventivas contra o câncer e favorece o discurso de Pessini e Silveira (1994 apud Oliveira et al. 2004), quando alertam que uma parcela muito pequena da população procura o serviço de saúde para fazer o exame preventivo com ciência de prevenção do câncer cervical. Logo, concordamos com Rzeznik e Dall’Agnol (2000) que alertam para a necessidade da mulher inserir esta prática entre seus hábitos de saúde como uma rotina consciente de prevenção dessa neoplasia, o que exige ações governamentais voltadas à oferta de educação e saúde junto à população feminina.

Dentre as falas das pacientes, chamou-nos a atenção a categoria que se referiu ao médico (39,4%), conforme fala descrita na página a seguir:

(C50) “Hoje venho ao médico sabendo de minha situação, como estou. Fico atenta diariamente”.

Na fala anterior de C(50), observamos a confiança que é depositada na pessoa do médico para a solução de seu problema de saúde. Compreende-se que para o paciente, o médico ainda mantém as características do ser centralizador de conhecimentos e de cura, independentemente da visão biológica ou humanística que baseou a sua formação.

Na fala de C(08) abaixo, podemos constatar também a relação que fazem entre o médico e a esperança de descoberta de um medicamento para o tratamento do HPV.

(C08) “Venho ao medico, mas é só acompanhamento. Fico pensando: será que não tem remédio?”

As outras duas categorias: 2,6% referiu o uso de chás e duchas, mas chamou-nos a atenção a falta de referência ao exame preventivo pelas pacientes. Lembramos que (60,5%) das mulheres investigadas relacionaram este exame à prevenção (p.80), quando indagadas sobre a sua função. Concluímos que elas não se apropriaram deste conhecimento em sua vida cotidiana e assim, não o relacionam a prevenção do câncer uterino. Este resultado encontra respaldo no trabalho desenvolvido por Queiroz et al. (2005) com 16 mulheres que demonstraram a prática do exame, mas não o reconheciam como uma ação preventiva. Esses achados ganham relevância à medida que evidencia a necessidade de que se instaurem programas de educação e saúde junto a população feminina, esclarecendo e estimulando a adesão de mulheres á essa prática preventiva.

A expectativa de uma descoberta para a cura ou de uma prevenção eficiente para uma doença pode gerar uma boa perspectiva para o tratamento e a autoestima. Assim, introduzimos a questão: “Você já ouviu falar da vacina contra o HPV?” e constatamos que mais da metade das pacientes (73,6%) respondeu nunca ter ouvido falar; muito embora tenham sido amplamente divulgadas pela mídia, sua produção e liberação para uso no ano de 2008. Um pequeno número (5,2%) revelou já ter ouvido falar, conforme relato de C(04):

C(04) “Sim, foi a senhora que falou noutra dia, que ela vai chegar”.

Notamos, na fala de C(04), a manifestação de um conhecimento a partir de nossa atuação em sala de espera, numa demonstração de que ações educativas em sala de espera podem

contribuir satisfatoriamente para a aquisição de conhecimentos pelas pacientes enquanto aguardam pelo atendimento.

Mudanças geradas pelo HPV

Os momentos difíceis de saúde podem gerar, na visão de Ribeiro (1994 apud Barros e Lopes, 2007), distúrbios psicológicos e comprometer a adesão ao tratamento e o prognóstico da doença. Pode contribuir também para a instauração de mudanças, no comportamento das pessoas. Então, sentimo-nos instigadas a introduzir a questão: “O HPV mudou algo em sua vida?”. O estudo desta temática mostrou-nos a existência de três categorias exibidas, no **Gráfico 4**, abaixo:

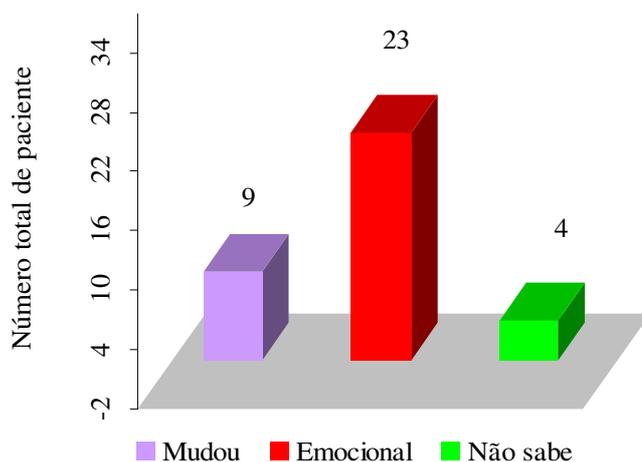


Gráfico 4. Mudanças geradas pelo HPV

Nele, observamos uma primeira categoria representada por um grupo (23,6%), considera que nada mudou. Todavia, sob a ótica de Barros e Lopez (2007), isto pode ser justificado pelo fato de que em determinadas circunstâncias de sofrimento, o doente tende a assumir posturas que o colocam em uma situação mais cômoda frente ao problema vivenciado. Esta circunstância pode justificar a fala de C(09), que sofreu um procedimento cirúrgico por câncer “in situ” e seis anos depois, ainda em acompanhamento no ambulatório de PTGI relata uma preocupação com o diagnóstico da doença, conforme descrito abaixo:

(C09) “Nada mudou. Me preocupo em saber o que tenho. Do jeito que está a ciência, tem que existir um tratamento. Enquanto tiver vida, tem que ter esperança!”.

A naturalidade com que C(09) interpreta sua patologia pode estar pautada na desinformação, ou esta foi a verdade que inconscientemente preferiu assumir para si, como uma estratégia de enfrentamento relatada por Barros e Lopes (2007). Para elas, tanto a família como o cliente pode recorrer a determinadas estratégias de enfrentamento que facilitam o desenrolar da problemática vivenciada.

Em contrapartida, pode acontecer dos indivíduos adquirirem a aprendizagem mediante às experiências vividas (RZEZNIK e DALLI'AGNOL, 2000). Isto condiz com a visão de autores como Bettinelli et al. (2003) que se refere à doença como uma fonte de aprendizado e crescimento contínuos. Foi o que observamos em alguns depoimentos, como o de C(02), recuperada há nove anos de uma cirurgia de carcinoma invasor, página seguinte, que se apóia no aprendizado adquirido para manter a autoestima, fator favorável a todo tratamento de saúde.

(C02) "Agora normal, bem a cada dia. Soube tirar proveito de meu problema. Os melhores ensinamentos vêm de problema. Tenho certeza de que se acontecer alguma coisa, Deus vai me dar muita dignidade para enfrentar".

A segunda categoria, formada por um grupo maior, (60,4%), de investigadas referiu-se a mudanças no estado emocional em decorrência da doença (**Gráfico 4, p.88**). O estudo mais apurado da questão originou algumas subcategorias, como o descrito abaixo:

A tristeza e a revolta pela doença

Constatamos, no relato de C(26), de 24 anos de idade, fortes carências emocionais, além da revolta por ter adquirido a doença:

(C26) "Físico não, mas mentalmente. Choro muito. Fico me perguntando por que foi acontecer isso comigo?".

Percebemos que a mulher com papilomavirose convive com momentos de muita angústia e tensão, conforme relato de C(38) de 33 anos, abaixo:

(C38) "O emocional. Quando a gente não sabe o que é, pensa logo que está com o pior, a verdade é essa. Pensa que não vai ter cura e que você vai morrer".

Este resultado foi similar ao achado no estudo desenvolvido por Souza et al. (2008), com um grupo constituído por 15 mulheres, de idade entre 22 e 28 anos, sendo estes sentimentos

revelados por uma parcela significativa que reconheceu ter vivenciado momentos difíceis até que recebessem algum esclarecimento sobre a doença.

Já no relato de C(39), abaixo, de 53 anos, observamos a sua preocupação com o câncer, mas também notamos que há uma boa expectativa de adquirir conhecimentos sobre o seu problema de saúde, a partir do desenvolvimento de nosso trabalho em sala de espera, conforme citação abaixo:

(C39) “Fico preocupada, nervosa... porque pode causar o câncer, né? Em termos de conhecimento, vou ter agora com a senhora”.

Incertezas em relação à maternidade

Outro aspecto revelado foi o medo de comprometimento da sua capacidade reprodutiva, fato que Coelho e Motta (2005, p. 36) esclarecem surgir nas mulheres em virtude da crença de ter um filho doente, gerando a “intranquilidade em relação a sua existência e influenciando seu estar no mundo”.

(C32) “Mas... Eu queria ter um filho e não posso. Como vou fazer?”.

Durante nossa permanência no ambulatório de PTGI, deparamos-nos com relatos como o de C(32) e percebemos que esta é uma questão presente entre as mulheres e que contribui para acentuar o medo e incertezas em relação a maternidade.

A recidiva: como enfrentar?

Outra situação que observamos dentro desde ambulatório foi a notícia de recidiva de lesões pré-neoplásicas. Observamos o grande abalo que representou esta notícia para C(25) na página seguinte:

(C25) “Os problemas mudaram porque me arrasou. Deu células e essas células podem dar câncer. Fico muito nervosa”.

Constatamos nas palavras de C(25) de 68 anos, (página anterior) que passou por uma cirurgia de histerectomia muito bem sucedida, há mais de 20 anos, devido ao diagnóstico de câncer cervical, o sofrimento com o reaparecimento da infecção pelo HPV e a tensão e a angústia pela possibilidade de recidiva do câncer. Este achado foi encontrado também por Linard et al.

(2002) em um estudo realizado com 30 mulheres, todas elas em tratamento para o câncer cervical, evidenciando-se a tensão, o medo e a incerteza no futuro. Até porque, conforme Rzeznik e Dall ' Agnol, (2000) o câncer ainda é visto como uma doença impossível de ser solucionada e que conduz à morte.

O aprendizado adquirido com a doença

Nas mulheres com HPV, uma grande transformação pode acontecer em relação ao comportamento advindo da conscientização da doença. Nas considerações de Thum et al. (2008) com o diagnóstico de HPV podem surgir mudanças que conduzem-nas muitas vezes ao zelo pela saúde. Portanto, o cuidado nasce do interesse, da responsabilidade, da preocupação com a melhora e cura de sua patologia. Comumente, após o diagnóstico segue-se uma reflexão sobre o próprio tipo de vida adotado até então, em virtude da expectativa do novo estilo que terá que assumir (DIÓGENES et al., 2006). Este fato esteve presente em nossos estudos, em função das mudanças no estado emocional das mulheres com HPV (**Gráfico 4, p. 88**), conforme citação de C(18), que se segue:

(C18) "Me mostrou que errei quando não fazia os exames, não tinha tempo. Fiquei muito triste. A minha vida é trabalho. Tinha cinco filhos pra criar, não podia perder tempo. Só comecei a fazer porque depois do problema, comecei a agir. E ainda cheguei a tempo de me tratar. Deus me deu esta oportunidade".

O discurso de C(18), de 49 anos, demonstra que como mãe provedora e cuidadora deixou em segundo plano o zelo com a sua saúde. Agora, em controle do HPV, assumiu o compromisso com a prevenção do câncer cervical, pautada na conscientização e no reconhecimento da importância do diagnóstico precocemente detectado e tratado.

No relato abaixo, de C(50), percebemos a superação da doença, da baixa estima e de sentimentos negativos:

(C50) "Quando vim para cá, eu não tava com vontade de viver. E não é assim. Eu acho que é uma doença como outra qualquer. Eu já era sozinha. É bom estar sempre atenda, cuidar de você... porque se acontecer, você está preparado para combater. Se eu não mudasse meu procedimento, já estaria embaixo da terra".

Este foi o problema vivenciado por C(50) de 75 anos com 2º ano do ensino fundamental, ao receber o diagnóstico de carcinoma escamoso invasor. Hoje, recuperada, compreende que a

mudança em seu comportamento e na forma de encarar o seu problema de saúde foi essencial para a superação da doença.

Problemas na relação sexual

Ainda como subcategoria referente ao estado emocional abalado pela notícia de HPV, **Gráfico 4 (p. 88)**, configurou-se um fato atual na experiência de Carvalho et al. (2007). É que além da preocupação consigo mesma, a mulher tem revelado durante as consultas subsequentes à erradicação das lesões pelo HPV, uma preocupação não só com impacto em sua saúde ou em sua sexualidade, mas também na repercussão na intimidade do casal, conforme observado no discurso de C(65), de 30 anos, que se preocupa com a interferência da doença no ato sexual com o comprometimento desta capacidade.

(C65) “Senti muito no começo da doença. Foi feio, depressão..., incapaz de fazer..., estar com o meu parceiro, sem poder”.

Notamos também um outro aspecto da doença percebido na mulher em relação ao seu companheiro: foi a atenção ao cuidado com a saúde dele, conforme o manifestado por C(36).

(C36) “Tenho medo por ele. Ele pode pegar? Ele não conversa sobre isso e não gosta de usar a camisinha”.

Percebemos que esta preocupação se acentuou quando informadas sobre a recente divulgação de participação ativa do HPV, em 75% dos casos de câncer peniano (INCA 2008). Nesta ocasião, percebemos que em sua totalidade, os presentes desconheciam o fato.

A nosso ver, a relação HPV-câncer de pênis pode favorecer, em longo prazo, a maior interação entre os casais, no que se refere ao tratamento do HPV. Esta suposição baseia-se no fato de que o homem, até então visto como transmissor desse vírus, passa a vivenciar a ideia de aquisição da doença, o que pode gerar nele o autocuidado e a solidariedade ao tratamento de sua companheira.

Em algumas situações, o diagnóstico de HPV promove na mulher além do medo, o desejo de isolamento devido ao receio de envolvimento com um novo parceiro. Este fato pode estar relacionado ao temor de rejeição devido a DST (DIÓGENES et al. 2006), conforme citação abaixo:

(C32) *“Estou sem namorado... Qual homem vai querer me namorar? Estou sozinha há muito tempo... Ninguém vai querer me namorar”.*

Foi o que observamos na fala de C(32), que aos 24 anos descobriu-se portadora de HPV. Em seu depoimento percebemos os conflitos gerados pela solidão a que se condena, devido à crença de não aceitação do seu problema de saúde por um provável parceiro.

O preconceito

Ainda em função dos abalos emocionais pelo HPV, (**Gráfico 4. p. 88**) percebemos que as mulheres podem sofrer com o preconceito por ser portadora desse vírus e também quando portadoras do câncer cervical. Esse resultado também foi um achado nos estudos de Sousa et al. (2008) realizados com 16 mulheres.

No discurso a seguir, observou-se a experiência da discriminação sofrida devido ao câncer. Este fato também foi relatado como um resultado nos estudos desenvolvidos por Nerone e Trincaus (2007). Nele, suas clientes revelam a diferença na forma de serem vistas e tratadas pelas outras pessoas, quando estas tomam conhecimento de sua doença. Em nosso estudo, o fato foi referenciado em depoimentos como o de C(50):

(C50) *“Quando alguém sabe que você tem câncer, sabe que não pega, mas aí fica olhando as pessoas assim...”.*

A relação médico-paciente

Para Camargo-Borges e Jabur (2008) o processo de acolhimento é fundamental. Deve-se então priorizar a recepção no consultório, local de escuta e diálogo das queixas, dúvidas e angústias das pacientes e favorável à negociação do tratamento. Em nossa pesquisa, a partir da indagação de “Como você é recebida pelo seu médico no consultório?”, constatamos que a maioria das mulheres investigadas (92,1%) considera-se muito bem recebida, conforme fala de C(02) abaixo:

(C02) *“Muito bem, desde o primeiro dia. Fiquei muito impressionada porque todos falam (mal) de hospital público e sempre me trataram bem”.*

São nas pequenas ações durante a rotina de uma consulta médica ou em enfermaria que muitas vezes as pacientes encontram o apoio para superar um estado emocional abalado (CAMARGO-BORGES e JAPUR, 2008). Foi o que constatamos no relato de C(04) a seguir:

(C04) “Bem. Fico sempre nervosa, mas a médica é tão legal que na hora a gente não sente nada”.

Já o discurso de C(50), abaixo, demonstrou gratidão aos médicos deste hospital-escola pelo apoio recebido há 19 anos. Nesta época, com carcinoma invasor, os médicos solícitos, ampararam-na e preencheram a lacuna deixada pelos seus familiares ausentes neste difícil momento de sua vida. O relato de C(50) é uma prova de que a integração tecnologia-humanização pode dar certo e contribuir para a saúde biopsicossocial das pacientes, cativando-as e estimulando-as no cumprimento dos diversos procedimentos.

(C50) “Nunca ninguém (membros da família) procurou se informar. Eu fiquei doente. Eu achava que nunca ia ficar doente, (...) me internei aqui. Pessoal muito bom na época, foram muito importantes, me deram muita força. Todos os médicos, todas as médicas me deram muita força. Foi uma família que encontrei aqui. Por isto estou aqui até hoje”.

Nos momentos de estresse, as relações afetivas contribuem para que o indivíduo “melhore a sua qualidade de vida biopsicossocial e contribua com as suas estratégias de enfrentamento” (RIBEIRO, 1994, apud BARROS e LOPEZ, 2007, p.297). Este fato também foi vivenciado por C(21) que passou por um período de difícil aceitação do novo quadro de saúde, quando já ciente e em tratamento da AIDS, descobriu-se portadora do HPV e contou com o apoio dos médicos que viram nela não só a doença, mas um ser que sente e sofre.

(C21) “ Antes não tive apoio da família, fiz tratamento psicológico, tive síndrome do pânico. Os médicos é que me apoiaram.”.

(C54) “Bem. A doutora responsável é clara e objetiva. Não adianta fazer drama, ficar com pena: se você está com uma doença e se faz de coitada”.

Configurou-se nestes resultados, exemplos de humanização em saúde durante as práticas de consultas ambulatoriais e de enfermarias desenvolvidas nesta unidade hospitalar. Constatamos na fala de C(54) a cobrança feita às pacientes de enfrentamento da doença e do reconhecimento de que neste contexto cada um tem que cumprir o seu papel, conforme indicação da PNH.

Notamos através desse estudo que as ações médicas e os discursos de nossas pacientes são concomitantes com os ideais da PNH e ao relato de Waldow (1998 apud Silva et al. 2007, p.9), quando enfatiza que o cuidado humano é “uma atitude ética em que os sujeitos se percebem e reconhecem os direitos uns dos outros”.

O local de espera pelo atendimento

Sendo a sala de espera o nosso território de ação, buscamos manter sempre um contato permanente com ela e as pessoas que a freqüentam. Constatamos ao longo destes 19 meses, na maioria das vezes, de um ambiente tenso (não agressivo), por vezes silencioso, por vezes preenchido por aglomerado de vozes que se confundiam num clamor quase único. Com o aguçar da atenção, percebemos que temas variados eram discutidos e muitas vezes ouviam-se relatos distorcidos de experiências advindas do seu problema de saúde, tipo: “*É a sua primeira vez? Se prepara minha filha, quem entrou aqui, não sai nunca mais! Ninguém consegue descobrir o que tenho!*”, “*A doutora é boa, mas a gente vem e ela não faz nada!*”.

Neste ambiente, vivenciamos as considerações descritas por Rodrigues et al. (2009, p. 101) quando dizem que o diálogo na sala de espera possibilita a identificação dos problemas das pacientes “[...] através de expressões faciais dos indivíduos e de suas dimensões físicas e psicossociais (...)”. Esse contato também é relevante para o pesquisador, pois “[...] interagimos, desmistificamos determinados tabus e entendemos determinadas crenças. Assim, consegue-se ver e entender o usuário na sua totalidade”.

Em nosso estudo constatamos nos semblantes, expressões de diferentes estados emocionais: medo, revolta, incredibilidade, nervosismo, cansaço, ansiedade e, de repente, deparávamo-nos com a expressão de dor de algumas mulheres que se aproveitavam do aglomerado, de vozes exaltadas para se esconder e ficar ali, esquecida em seus questionamentos. Observamos, conforme advertência de Zirmem e Osório (1997) que as pacientes que freqüentam este local de espera não constituem um grupo e sim, o agrupamento por eles referido. Compreendemos a importância de trabalhar-se entre elas o “estranhamento”, e gradativamente motivar o reconhecimento do “outro” (Gohn 2009b), de forma a propiciar um convívio cordial com ênfase ao respeito mútuo e favorável a troca de experiências, sem perder de vista o direito e as especificidades.

Foi procurando conhecer mais esta temática que introduzimos a questão: “Como se sente enquanto aguarda o atendimento na sala de espera?”. A partir desses resultados vimos que este

ambiente favorece o nascer de diferentes sentimentos, dependendo do ponto de vista de quem o frequenta ou ali transita. Fato representado através de três categorias, conforme exposto no **Gráfico 5**, abaixo.

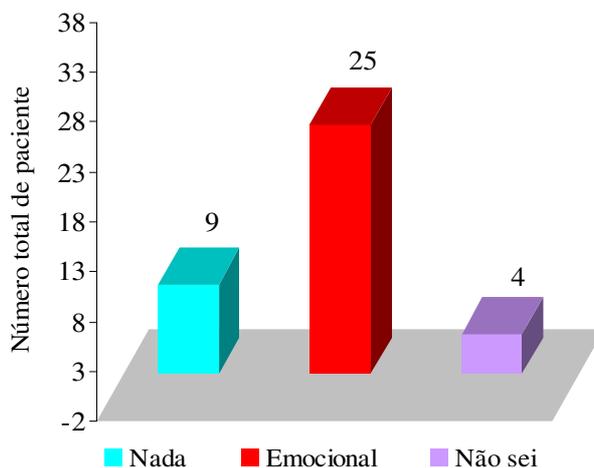


Gráfico 5. O que sinto em sala de espera

A primeira categoria constitui-se de um grupo (28,9%) de mulheres que declarou sentir-se muito bem neste ambiente de espera. Os problemas vivenciados pelos serviços de assistência à saúde, em tempos atuais, têm como uma de suas consequências a dificuldade na oferta de consultas para o tratamento das diversas patologias e ainda um atendimento inadequado ao usuário. Portanto, compreende-se a satisfação gerada pela conquista de uma vaga para tratamento de saúde por parte de C(12) e C(16), conforme relatos que se seguem:

(C12) “Para falar a verdade feliz da vida, pois é uma oportunidade que muitas querem e não tem. Quem tem, não deve perder. O serviço público está difícil. Quem tem esta oportunidade não deve facilitar... Com a minha doença, eu sofri muito. Eu chorava... vim para o Fundão, não conhecia nada”.

(C16) “Calma, feliz porque consegui abrir prontuário para me tratar”.

Comprovamos em suas falas a despreocupação por ter se tornado paciente do ambulatório de PTGI do HUCFF/UFRJ, eficiente no tratamento de HPV e caracterizado como um hospital-escola, tradicionalmente conhecido pela prestação de serviços de saúde e educação à população em âmbitos nacionais e internacionais.

A segunda categoria representou 5,2% de nossas pacientes. Elas admitiram que “agora” sentem-se bem na sala de espera, em consonância com a conclusão proferida por Smeltzer e Bare (1998 apud Rzeznik e Dall’Agnol, 2000) de que a vivência com a doença envolve reações e sentimentos ruins, em função da adaptação aos diversos estágios impostos pela patologia e que a tendência é evoluir para a aceitação. Foi o que observamos no relato de C(21).

(C21) “Agora normal, mas houve tempo de muita angústia e tristeza por aquele motivo. Ficava aqui, deprimida, angustiada, pedia a Deus para tirar isso de mim. Hoje, me sinto melhor, e posso fazer um tratamento”.

No depoimento de C(21) que revive momentos de angústia e tristeza por “aquele motivo” (diagnóstico de HIV e HPV), percebe-se, agora a sensação de tranquilidade em sala de espera. Mas ainda o medo da doença que quando graves trazem consigo a crença de morte precoce e dor; levando muitos doentes a não pronunciarem o seu nome. (RZEZNIK e DALL’AGNOL, 2000),

No entanto, chamou-nos a atenção a terceira categoria constituída de mais da metade do grupo de estudo (65,7%), conforme constatado em **Gráfico 5**, pagina anterior, ter manifestado algum tipo de incômodo quando em local de espera. O estudo dos dados coletados desencadeou as seguintes subcategorias:

O ambiente negativo

O contexto da sala de espera é definido “[...] um espaço dinâmico no qual ocorrem vários fenômenos psíquicos, culturais, singulares e coletivos”, segundo a percepção de Teixeira e Veloso (2006, p. 321). A análise destes autores configurou-se em nosso ambiente de estudo. Constatamos que para as pacientes que frequentam esse lugar de espera do setor de PTGI, em virtude do acompanhamento de infecção pelo HPV e ainda de tratamento do câncer cervical a espera favorece a instauração de sentimentos negativos e diversos, quer por conflitos interiores, quer por motivos inerentes ao próprio ambiente. Estes sentimentos, quando proferidos em suas conversações, contribuem para acentuar o abalo emocional já vivenciado. A intensidade desses abalos é variável mediante as diversidades culturais existentes., conforme os relatos que se seguem:

(C25) “ Fico ansiosa, queria descobrir muito meu problema... Aí eu entro em pânico. Por que tenho isso? A salinha aqui é terrível. É tudo paliativo”.

(C32) *“Estar aqui... a salinha é horrível. É muito ruim estar aqui... eu não queria estar aqui. Lá com ela (a médica), então...”*.

(C52) *“O ambiente é negativo, fiquei assustada. É uma agonia ficar lá dentro, são muito negativas. Me adaptei em ficar aqui fora”*.

O discurso de C(25), 69 anos, com ensino fundamental completo, que vive sozinha, sem o apoio de familiares, não trabalha e que luta com conflitos internos devido a não aceitação de câncer e o convívio com recidiva de HPV, constatamos a angústia pelo convívio nesta sala.

Na citação de C(32), de 26 anos, doméstica, com Ensino fundamental incompleto e vive em companhia da irmã que não sabe de seu problema de saúde, notou-se a não aceitação do HPV e o sofrimento por estar na sala de espera e ter que acompanhar a doença com a doutora (ela).

Já para C(52), de 37 anos, formada em Biologia, que trabalha como agente de saúde e vive em companhia de familiares que lhe dão apoio em sua doença, constatou-se a tentativa de adaptação à situação e ao ambiente com a qual vai ter que conviver devido ao acompanhamento da infecção pelo HPV, recém descoberto.

Nossos resultados foram contraditórios aos descritos por Gomes et al. (2006), pois não observamos em nosso contexto, a descrição feita pelas integrantes de seu estudo que vivenciam na sala de espera o diálogo coloquial comum, existente entre duas ou três pessoas que se vêm periodicamente durante a rotina de consultas. As integrantes deste estudo referiram a sala de espera como sendo “Um local de encontros, quer seja revendo pessoas da convivência da própria comunidade ou estabelecendo novas amizades e vínculos” (GOMES, 2006, p. 13). Esta é uma sala de espera comum à diferentes patologias do Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI), que funciona como uma unidade de saúde e ensino da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Esse dado atua como estímulo ao exercício de educação em saúde em sala de espera, conforme indicações das PNH que preza a reforma dos serviços assistenciais de saúde incentivando a participação ativa das pacientes.

Em nosso ambiente de estudo também não se configurou, a indicação de Luz (2004, apud Gomes et al. 2006), ao proferir que os espaços em que se aguardam o atendimento possibilitam a socialização.

Compreendemos, com base em nosso estudo, que o ambiente negativo observado em sala de espera pode estar sendo sustentado pelas temáticas discutidas pelas pacientes enquanto aguardam o atendimento, tendo em vista o desconhecimento e as convicções erradas por elas manifestadas, conforme relato de C(02), página seguinte:

(C02) *“Incomodada. A conversa na sala, as reclamações, as falas altas. Os médicos fazem o que podem”.*

Este dado foi um achado que encontrou suporte na fala de Rodrigues et al. (2009, p. 103) ao avaliar que “esse ambiente pode amenizar o desgaste físico e emocional associado ao tempo de espera por algum atendimento, espera essa que pode gerar ansiedade, angústia, revolta, tensão, e comentários negativos [...]”.

(C50) *“A gente dá força para a pessoa que está passando por aquilo, porque tem gente que tem medo.... No geral tem pessoas que te botam apavorada”.*

No depoimento de C(50), recuperada de adenocarcinoma invasivo há 19 anos, notamos uma preocupação e a demonstração de solidariedade em relação à outra que “está passando por aquilo” em contraposição àquelas que “[...] te botam apavorada” na sala de espera.

(C46) *“Muitas vezes as pessoas não dão espaço, preferem morrer. Então, é melhor a gente ficar na nossa. Tem gente que não aceita. Eu não tenho problema nenhum”.*

A negação à conversação também é um fator existente e observado pelas pacientes como o referido por C(46), que se preocupou com aquelas que em sua opinião, por não aceitarem a doença, se recolhem ao silêncio, sem dar a oportunidade ao diálogo, conforme citação de C(32).

(C32) *“[...] eu não gosto de falar, pois não tem cura. Para que vou ficar perguntando? Não gosto”.*

A dificuldade de aceitação da doença vivenciada pode contribuir para a piora do quadro emocional da mulher com o HPV, conforme revelado no discurso de C(32), favorecendo o desenvolvimento da baixa estima, considerada como ponto desfavorável ao tratamento e que atua como um empecilho para o diálogo.

A espera pelo atendimento

Esta subcategoria revelou que conforme Carvalho et al. (2007, p. 251), a mulher com HPV “[...] encontra-se em maior grau de vulnerabilidade, não apenas biologicamente, mas também emocionalmente”. Isso porque neste tempo de convívio com as pacientes, percebemos em vários momentos a intranquilidade e a tensão, não só para aquelas que já vivenciaram o dilema do câncer, como também para aquela que convive com o medo de vir a ter. Para essas

pacientes a cada exame colhido C(09) e resultado liberado C(23) reavivam-se os maus sentimentos e presságios, conforme discurso de C(62) abaixo:

(C09) *“Mal, ansiosa, nervosa pelo exame”.*

(C23) *“Apreensiva por saber dos resultados (...)”.*

(C62) *“Nervosa, não sei o que vão falar comigo. Será que estou com câncer?”.*

Esses achados em nosso estudo foram semelhantes aos encontrados por Nerone e Trincaus (2007), quando relataram a sensação de medo da descoberta de câncer entre suas investigadas. Notamos que em nosso contexto, o medo e a crença na possibilidade de aparecimento do câncer passam a ser cultivado por essas mulheres. Para elas, o tempo de espera representa a angústia pela possibilidade de recebimento da notícia de câncer.

A culpa pela doença

Como uma última subcategoria em relação a temática “Como se sente enquanto aguarda pelo atendimento em sala de espera?” (**Gráfico 5, p. 96**), 65,7% das pacientes admitiram sentir-se mal neste ambiente. Percebemos manifestações de culpa confirmando a análise de Rzeznik e Dall’ Agnol (2000, p. 88) quando descrevem que culturalmente, o câncer é visto como uma doença fatal e gera no indivíduo, que recebe o diagnóstico, “[...] profundas repercussões na sua vida que poderão ser positivas ou negativas; uma vez que o modo como se percebe e enfrenta a doença está muito associado à forma como cada um construiu o seu processo de viver”. Desta forma, podem surgir pensamentos desfavoráveis ao tratamento e ao convívio. Entendemos que a troca de convicções erradas sobre o HPV, em associação com essas idéias que trazem dentro de si contribui para a sustentação de sentimentos ruins, em nossas investigadas, conforme falas abaixo:

(C20) *“Mal, não gostaria de estar aqui”.*

(C63) *“Mal, porque se eu tivesse me prevenido, não estaria aqui”.*

No discurso de C(20), de 32 anos, recuperada da cirurgia de câncer “in situ”, observamos a existência de fortes conflitos interiores, além da insatisfação de estar em um lugar de espera de um setor de controle de HPV. Para C(63), de 55 anos que convive com o mesmo problema de

saúde da cliente anterior, observamos o arrependimento e a censura por não ter adotado as medidas preventivas.

Já no discurso de C(25), abaixo, constatamos o esforço de superação da baixa estima.

(C25) “Às vezes bem, levo tudo na brincadeira. Às vezes frustrada, preocupada... Tento levar, mas no fundo... Sinto que não estou legal”.

Nas considerações de Branden (2000, apud Noro e Noro, 2002, p. 114), a autoestima é um “estado de confiança na capacidade de pensar, confiança na habilidade de dar conta dos desafios básicos da vida e no direito de vencer e ser feliz”. Nas considerações desses autores, a autoestima tem uma relação direta com a comunicação, pois é geradora de ansiedades frente à reação do outro e também devido à incerteza referente às próprias convicções e sentimentos vivenciados. Compreende-se, portanto, o valor desse sentimento para o tratamento.

Estes relatos corroboram aos achados por Barbosa e Araújo (2006) quando consideram que o tempo de espera e os sentimentos desagradáveis podem contribuir inclusive para prejuízos no trabalho clínico. Assim sendo, essas autoras sugerem o planejamento de atividades educativas para reduzir os prejuízos.

Os resultados obtidos a partir da temática “Como você se sente enquanto aguarda pelo atendimento em sala de espera?”, identificaram este espaço de espera como estimulador de agravos psicossociais em nosso grupo de estudo. Em suas falas observamos reflexos de uma relação deficitária paciente-paciente que tem como consequência a manutenção de convicções erradas, de culpas pela DST e medos pela ocorrência do câncer e a desmotivação em relação ao tratamento. Observamos (**Apêndice 4**) um agrupamento de *pacientes*, (**Figura 4 p. 102**) limitadas por carências psicossociais sustentadas pelo desconhecimento em relação à patologia que possuem e então, seguem indiferentes a tudo e até a si mesmo (MATOS e MUGIATTI, 2008). Em consequência, sentimo-nos desejosas de estimular nelas “[...] o poder de decisão e equilíbrio de direitos [...]”, comuns em clientes que enfrentam a doença e traçam parcerias com seus médicos em prol do tratamento, conforme referido por Benevides e Passos (2006 p. 32).

Muito embora não tenham expressado queixas diretas ao atendimento, percebemos nelas a necessidade de serem ouvidas e compreendidas em suas dúvidas e anseios. *Pacientes* carentes de informação e de conhecimentos sobre o HPV. Identificamos o ambiente desse local de espera como contraditório aos ideais das Políticas Nacionais de Humanização em saúde e desfavorável à melhoria do estado de saúde biopsicossocial de nossas investigadas.

Figura 4. Pacientes aguardando o atendimento em local de espera do PTGI.



Nossos resultados contrapõem-se ao ambiente de uma sala de espera, visto por Luz (2004 apud Gomes et al. 2006, p. 15) como local ideal para “a renovação da sociabilidade, construção de novos amigos e de trocas sociais [...]”. Assim, entendemos a necessidade de introduzir uma proposta capaz de promover a construção de conhecimentos de tal forma que, conforme Oliveira (2005), o saber do indivíduo ultrapasse as fronteiras do evitar e cuidar da doença para se atrelar à complexidade de ações que objetivam uma melhor qualidade de vida. Para isso planejamos a introdução de uma ação socioeducativa que estimulasse estas *pacientes* a se assumirem para si mesmas, pois acreditamos que

Somente a partir do despertar das consciências, do encontro e da valorização de si próprio e do outro, da liberação de potenciais é que os sujeitos encontrarão as condições de vivenciar e superar os momentos de tensão, de forma livre, crítica e transformadora (MATOS e MUGIATTI, 2008, p. 110).

Desta forma, preocupadas com o problema detectado, e com a dimensão de nossa proposta socioeducativa, indagamos antes dos agradecimentos finais: “De que forma nós poderíamos ajudá-las?” Sobre esta temática surgiram as seguintes citações:

(C02) “Talvez a conversa... Quando você conversa comigo, me ajuda a raciocinar”.

(C50) “Eu já gostei das perguntas, é bom saber que tem alguém se preocupando com a gente. Gostaria de ver a senhora de volta. Gostei. É muito bom, é sinal que tem alguém se preocupando com a gente”.

(C52) “Ajudando a esclarecer... confortando... Tem mulheres que não gostam de saber da verdade, se omitem e não é dessa forma que irão solucionar o problema”.

Mediante os relatos acima, acreditamos que mais uma vez se cumpriu a orientação de Romanelli (1988 apud Rosa e Arnoldi 2006) ao recomendar que a entrevista deve transcorrer em um clima amistoso e satisfatório e, sobretudo gratificante para a entrevistada.

Observamos nas falas de C(02), C(50) e C(52) o quanto a nossa presença e o diálogo desenvolvido lhes foi favorável. Notamos nelas manifestos de satisfação, autoestima, valorização do apoio recebido e ainda, o reconhecimento da importância de nosso trabalho. Nos relatos de nossas investigadas configuraram-se as considerações de Soares (2007, p.3) quando diz que o “diálogo pode promover descobertas, democracia, autonomia e respeito [...] ele deve ser visto como um instrumento de mediação entre grupos heterogêneos, que pode levar a eliminação de barreiras entre as diferenças”.

3.5. A relação do perfil das pacientes com recidivas

Considera-se como recidiva de uma doença o seu reaparecimento depois do primeiro ano de seu tratamento. Portanto, mulheres tratadas para lesão intraepitelial de alto grau (NIC II e III) devem ser acompanhadas por pelo menos dois anos consecutivos para confirmar a ocorrência de recidiva (MILOJKOVIC, 2002). Assim sendo, procedemos a um levantamento do tempo de tratamento de nosso grupo de estudo conforme exposto na Tabela 4, abaixo:

Tabela 4. Tempo de tratamento no Ambulatório de PTGI/HUCFF/UFRJ

Ano Ingresso	1990	1991	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nº de pacientes	1	1	1	1	4	1	2	4	1	8	12	2

Percebemos, conforme o exposto na **Tabela 4** um grande número de pacientes, entre as 38

entrevistas analisadas, com data recente de ingresso no Ambulatório de PTGI. durante a realização deste estudo. Outro fator observado, foram grandes variações entre os diagnósticos dos exames preventivos destas pacientes, sem obedecer ao tempo necessário de dois anos para confirmação de recidiva.

Assim sendo, mesmo a proposta de estudos retrospectivos dos resultados de exames de preventivo tornou-se inviável, perante a precocidade de tempo de tratamento da maioria das 38 pacientes estudadas, em associação com as oscilações diagnósticas características da infecção pelo HPV. Apesar desta situação, deparamos com uma taxa de recidiva correspondente a 10,5% neste grupo de estudo e consideramos este percentual inadequado para relacioná-lo ao comportamento das pacientes e assim obter algum dado significativo para o estudo das recidivas.

3.6. Aplicação de estratégia socioeducativa em local de espera

Sendo o ambulatório de PTGI de alta rotatividade de pacientes e mediante a nossa experiência prévia durante a aplicação de entrevistas, quando contamos com a baixa de dez pacientes (**Tabela 1.p. 65**) julgamos por bem realizar então, outro levantamento a fim de conhecer o total das pacientes para participação da estratégia socioeducativa. O resultado desse estudo pode ser analisado na **Tabela 5**, abaixo:

Tabela 5. Número de pacientes do estudo: 1º semestre de 2010

Número de pacientes que participaram da entrevista	<i>70</i>
Encaminhamento para outros ambulatórios	<i>04</i>
Altas desde ambulatório	<i>07</i>
Total no 2º semestre	<i>62</i>
Causas de baixas de pacientes-1º semestre de 2010	
Altas desde ambulatório	<i>01</i>
Total em setembro	<i>56</i>

Conforme o exposto nesta tabela, no primeiro semestre de 2010 observamos que quatro pacientes foram encaminhadas para outros ambulatórios. Foram elas: C(07), C(16), C(34) e C(51). Outras sete investigadas receberam altas desse ambulatório e foram encaminhadas para

acompanhamento em Postos de Saúde. Foram elas: C(03), C(36), C(38), C(39), C(47), C(62) e C(69). Já no segundo semestre de 2010 constatamos que uma paciente C(15) recebeu alta, sendo também direcionada para acompanhamento de rotina em Postos de Saúde. Desta forma, contamos com 56 pacientes para participarem de nossa estratégia socioeducativa.

A aplicação de estratégia socioeducativa (**Apêndice 5**) totalizou 18 encontros que aconteceram dentro do espaço de espera do ambulatório de PTGI, com duração média de 70 minutos para cada encontro. Mediante uma conversa prévia com a médica responsável por este setor, concordamos que esta prática aconteceria entre 07:20 e 08:20h da manhã, em um período em que as pacientes aguardavam pelo atendimento.

No primeiro dia, conforme aconteceu em todo o período, às 7.00h aguardávamos em frente à porta do ambulatório, junto às pacientes que iam chegando gradativamente, a vinda das auxiliares de enfermagem para a abertura do setor. Com a finalidade de “quebrar o estranhamento”, (Gohn 2009b) já nestes breves momentos buscávamos iniciar um diálogo descontraído, sem relação com a temática que seria em breve discutida.

Uma vez dentro do pequeno espaço de espera, arrumávamos as cadeiras buscando organizá-las de forma a permitir o acesso das pessoas para o interior do ambulatório, como também propiciar uma boa visualização das imagens projetadas diretamente na parede da sala. Em seguida, procedia-se a montagem do equipamento, sempre buscando manter um diálogo amistoso a fim de propiciar um ambiente descontraído. Finalizada a arrumação, apagavam-se as luzes e dávamos início à estratégia, que todos passaram a denominar “palestras”.

É necessário esclarecer que durante a aplicação dessa atividade contamos não só com as pacientes de nosso estudo, mas com outras mulheres que integram a rotina desse quadro ambulatorial. Contamos também com alguns acompanhantes (companheiros, filhas, mães, e outros) e por vezes alguns funcionários que em sua rotina de trânsito pela sala, paravam para “dar uma olhadinha”. Assim sendo, foram frequentes as manifestações de surpresas com a descoberta de nosso trabalho e em vários momentos ouvimos: *“O que tenho que fazer para entrar?”* ou *“Como eu não soube dessas palestras?”* O que muitas vezes era respondido pelas integrantes de nosso estudo: C(04) *“Conversa depois com ela, ela deixa você participar sim. Ela é boazinha!”*; C(48) *“Nossa! A doutora está aqui com a gente faz tanto tempo! Você não conhece?”* e de C(50) *“Ela veio para ficar com a gente”*.

No decorrer da palestra buscamos deixar todos os presentes à vontade. O objetivo era que participassem, expondo suas dúvidas, questionando e dando seus depoimentos num diálogo descontraído sobre o HPV e o câncer de colo de útero. Nesse processo interativo, fato é que as

surpresas foram recíprocas. Se para algumas pacientes a nossa presença e até os equipamentos eram novidades, para nós o mesmo acontecia frente à diversidade dos grupos que em algumas vezes eram formados por mulheres com dificuldades de conversação. Isso exigia que durante todo o tempo fossem emitidas palavras de incentivo para que se pudesse cumprir um de nossos objetivos que consistia no diálogo esclarecedor. Outras vezes, contávamos com pessoas mais descontraídas e abertas ao diálogo. Em muitos momentos, deparávamo-nos com mulheres com grande dificuldade de compreensão e ainda com relato de concepções equivocadas como *“É o que dizem: o útero só serve para menstruar, engravidar e dar câncer!”* O que exigiu formas delicadas de esclarecimentos para minorar o desconforto de muitas mulheres que convivem com o medo do câncer e temem pela cirurgia ou daquelas que vivenciam carências por já tê-la feito.

Outro motivo de preocupação era o estado emocional das pacientes. Em função disso, as informações eram passadas em um linguajar simples e delicado, procurando tirar dúvidas, levantar questionamentos, estimular a autoestima e ainda a integração de todos os presentes, através do diálogo. Como estratégia para facilitar a compreensão do tema, as informações eram passadas, sendo os termos científicos esclarecidos de imediato e associados ao vocabulário popular. Da mesma forma, muitas vezes utilizamo-nos de frases afirmativas negativas para evitar controvérsias. Em muitos momentos, utilizamos citações das próprias pacientes para exemplificar, explicar algum dado ou ainda problematizar alguma temática.

Por vezes, foi com satisfação que percebemos que as clientes usavam seus celulares para gravar parte da “palestra” e fotografar os slides para mostrarem a seus companheiros. Outro fator demonstrativo da valorização de nosso trabalho foram as cobranças por parte das pacientes de realização de “palestras” em outros dias diferentes de quartas-feiras, como: “No mês passado, vim na terça feira, mas a senhora faltou!”. Ou então, que começasse “[...] um pouco mais tarde”, pois o horário nas primeiras horas da manhã era dificultoso para muitas.

Tendo em vista o estado emocional das pacientes, só considerávamos finalizada a prática no momento em que se diminuíam as perguntas, os comentários e as ênfases para as questões discutidas. Portanto, aguardávamos um pouco junto a elas e em atendimento a solicitação da responsável e das auxiliares de enfermagem, esclarecíamos sobre a rotina de atendimento nesse ambulatório, sobre os prontuários ou falávamos também sobre a higiene íntima. Passados alguns minutos, anunciávamos o final dessa ação educativa com a indagação: “Podemos finalizar?” Então agradecíamos, e enquanto recolhíamos o nosso equipamento, reforçávamos o convite para a próxima reunião e falávamos sobre assuntos corriqueiros, como a dificuldade de acesso ao hospital devido ao trânsito intenso, o frio, a chuva e outros.

Com o intuito de prepará-las para o encerramento desse trabalho de pesquisa, já no mês de junho começamos a divulgar a sua finalização prevista para o final de agosto. Fato que encaravam com muita surpresa: C(12) *“Porque? A senhora tinha que continuar com a gente!”*; C(32) *“Quando a senhora vai voltar doutora?”* e C(48) *“E agora? Quem vai ficar com a gente?”* Esse resultado foi contraditório quando comparado ao trabalho de pesquisa realizado por Gomes et al.(2006) no momento em que se depararam com críticas as atividades de educação em saúde desenvolvidas em sala de espera de uma unidade de saúde e na qual transcorreu o seu estudo. Estes autores constataram uma insatisfação pelas temáticas apresentadas pelos facilitadores, já que não correspondiam às expectativas das clientes que reivindicaram a apresentação de temas mais interessantes. Esse fato nos faz refletir na valorização que Paulo Freire dá ao sujeito e a sua realidade no processo educativo. É essencial conhecer o sujeito para poder trabalhar com suas experiências na construção de conhecimentos (Freire 2011), fato que enaltece também o uso do arco de Magueréz que trabalha com a realidade dos sujeitos, conforme Pereira, 2003.

Durante a execução de nossa atividade, o clima e o nível de participação observado dentro do grupo foi muito diversificado, porém rico em trocas de conhecimentos. Sobre este aspecto, ressaltamos que durante toda nossa permanência em sala de espera mantínhamos um canal permanente de diálogo com a doutora responsável, a fim de obter informações dos efeitos de nossa atividade sobre as clientes. A esta indagação sempre ouvíamos *“Está tudo bem”*.

A aplicação dessa estratégia socioeducativa nesse ambiente de espera culminou com a última etapa de nosso processo. Com a sua aplicação, buscamos de alguma forma gerar uma mudança na cultura dessas mulheres através do diálogo que para Soares (2007, p. 3) [..] pode alterar crenças, atitudes e valores, excluindo diferenças que impeçam o entendimento e propiciando a compreensão em meio às diversidades”.

Assim, exploramos esse espaço em sua integralidade como um *“espaço potencial”* de ações educativas estimulando as pacientes a assumirem o compromisso do autocuidado e a se conscientizarem de que *“muitas situações são preveníveis”* (RODRIGUES, et al., 2009, p.102-3). Confiamos em Gohn, (2009b) quando diz que os saberes mesmo em ambientes não formais, não devem ser impostos de cima para baixo, numa franca desconsideração à autonomia de cidadãos. Em consequência, essa atividade caracterizou-se pelo dinamismo e estímulo ao diálogo, o que propiciou aos indivíduos exercitarem a cadeia dialética de ação-reflexão-ação (FREIRE, 2008).

O arco de Magueréz foi essencial para o cumprimento de nossos objetivos e possibilitou a elaboração de oito slides que exploraram suas cinco etapas que são descritas a seguir. Nesse relato, utilizamos recortes das várias apresentações em sala de espera, a fim de mostrar o

dinamismo que circundou toda esta prática e ainda poder retratar a atuação de várias clientes e acompanhantes e companheiros.

Slide 1: Apresentação da Pesquisa

**PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE
IOC/ FIOCRUZ - MS**

Desenvolvimento de processo e produto
socioeducativo: promovendo saúde em uma sala
de espera

Lucia Maria Pereira de Oliveira

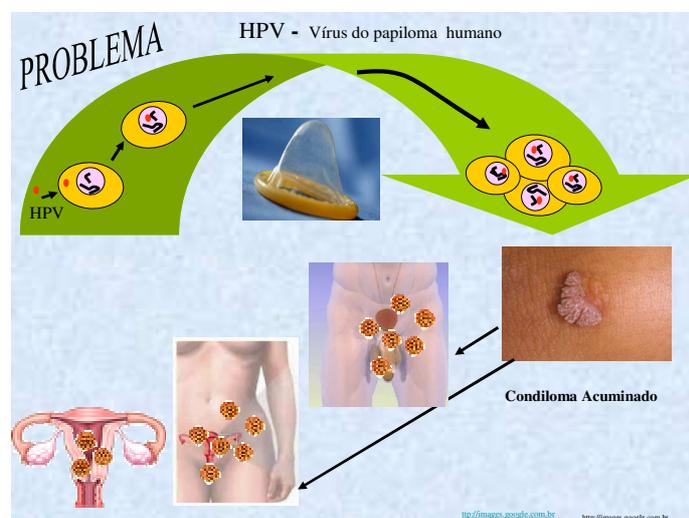
limpo@ioc.fiocruz.br
limpo@hucff.ufrj.br

Orientadora
Dr.^a Danielle Grynszpan
Colaboradora
Dr.^a Joseli Lannes



Conforme visualizado no **Slide um**, realizamos a apresentação de nosso trabalho de pesquisa para as pacientes numa demonstração de respeito à elas e enfatizamos a sua contribuição a este trabalho. Conforme Freire, preocupamo-nos que se sentissem reconhecidas e valorizadas “como sujeitos de sua história e não como objetos” (FREIRE, 2001, p. 28).

Slide 2. Observação da Realidade: O problema



A introdução de nossa temática, o HPV, se deu por meio do **Slide dois, página anterior**, e com a apresentação do questionamento “Qual é o problema de saúde que as trazem aqui, neste ambulatório, hoje, pela manhã?” Com isso estimulamos a exposição de relatos pessoais de todos os presentes voltados a realidade de cada um. Neste início de atividade, eles eram evasivos sempre, demarcados por uma acentuada timidez. Que era então superada no decorrer do processo.

Reunindo as escassas informações, apresentamos o HPV como um vírus transmitido sexualmente. Explicamos a existência de vários tipos de vírus HPV, mas que ali focaríamos os tipos de alto risco oncogênico (associado à ideia de que uns são mais perigosos que os outros). Enfatizamos que aqui seriam abordados aqueles que têm como sítio específico (associado a “lugar” preferido) o sistema genital de homens e de mulheres, o que facilita a sua transmissão pela via sexual. Esta fala era enfatizada pelos movimentos das partículas virais (associadas a “bolinhas”) sobre as figuras dos órgãos genitais.

O uso constante das associações entre o científico e o popular consistiu numa tentativa de atingir as recomendações de Freire (1981) que reivindica o diálogo horizontal entre sujeitos. Assim, buscamos ouvir e estimular a reflexão frente a situações cotidianas, como quando uma senhora entrou na sala dizendo “*Eu estava lá fora fumando, mas vim correndo assistir à palestra*”. Nessa ocasião abordamos o tabaco como um co-fator estimulante da ação viral (associado a tudo aquilo capaz de acelerar a ação do vírus), sendo interpretado por uma das pessoas presentes de forma equivocada: “*Eu fumo há tantos anos, não sabia que o cigarro dá HPV!*”. A dificuldade de compreensão demonstrada evidenciou a necessidade de extrema atenção com as temáticas discutidas. Isso estimulou a adoção do hábito de frases de teor afirmativo-negativo, como “O cigarro não “causa” HPV!. Ele abaixa a imunidade (associado ao organismo sem defesa), favorecendo a ação do vírus”. Esclarecemos que a exposição ao tabaco, a idade de início, o período e a frequência de consumo de cigarros, parecem influenciar na incidência de NIC e câncer cervical (Castellsagué e Muñoz, 2003), sendo esta temática bem enfatizada durante nossas conversas. A apresentação dos co-fatores atuou como um alerta para a aquisição de hábitos saudáveis, relevantes para a prevenção do câncer cervical e a promoção da saúde.

Um fato sempre abordado foi o desuso da camisinha. Nestas ocasiões, procuramos incentivar o hábito de uso, não só em caso de parceiros múltiplos, mas com parceiros únicos também. A esta altura, fala oportuna foi a de C(39) “*A camisinha funciona mesmo, doutora?*” numa demonstração de descrédito na prevenção. Como incentivo para o uso deste objeto, buscamos ativar o senso da “mulher cuidadora”, tão idealizador do perfil feminino em décadas passadas. Lembramos que o uso da camisinha concederia proteção não só a ela, mas a seu companheiro,

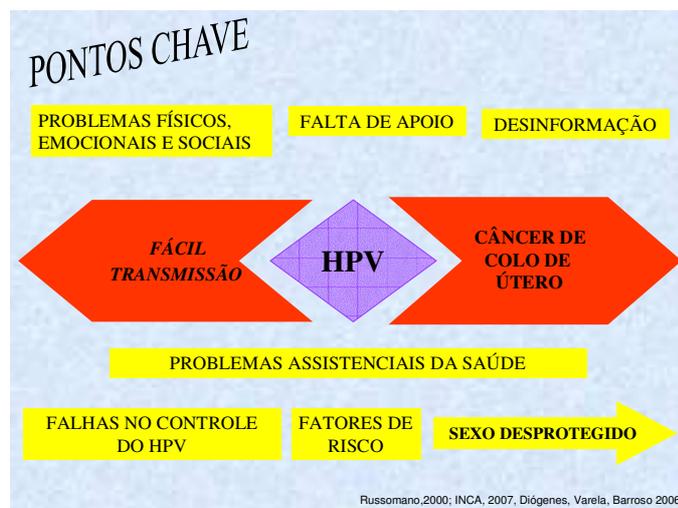
sobretudo com a confirmação de envolvimento do HPV com o câncer de pênis. Esse fato foi encarado com muita surpresa pela maioria, conforme fala de C(20) *“Eu não sabia que o homem tem HPV!”* O que gerou comentários como o de C(33) *“Doutora meu marido tinha que assistir!”* A necessidade de inserir a presença de seu companheiro nas consultas sempre foi veementemente defendida por C(33) *“Eu acho que ele tinha que vir e fazer o tratamento junto comigo”*, sendo manifestado o nosso total apoio à sua reivindicação. No entanto, conhecedora de que “eles” (os homens) não são muitos adeptos a esta idéia, C(36) aproveitou para enfatizar: *“O meu não vem, mas posso tirar fotos e gravura no meu celular para mostrar a ele?”*.

Em função destes e outros relatos, foi de forma surpreendente que contamos com a presença e a participação masculina em cinco dias alternados, durante a realização dessa prática em sala de espera de um ambulatório de ginecologia. Em um desses momentos, mesmo chegando poucos minutos depois do início de nossa estratégia socioeducativa, foi com muito interesse que um jovem rapaz perguntou: *“Então, doutora, como é? A gente já nasce com isso? Não sei se posso perguntar, mas fiquei curioso”*. Com um agradecimento pela presença e o estímulo para que participasse e se integrasse ao diálogo, explicamos tratar-se de uma DST, adquirida com a prática sexual sem o uso da camisinha. Fato que estimulou a pergunta de C(39) *“Mesmo com um parceiro só?”*. Em resposta, enaltecemos a pergunta como “muito boa!”. E explicamos que sim, já que um dos dois parceiros poderia ter adquirido o HPV em tempos passados, na adolescência, por exemplo. Em seguida, aproveitamos para tentar dissociar a relação imediata que se faz entre o diagnóstico recebido de HPV e a infidelidade. Enfatizamos que a notícia recebida de HPV, na atualidade, tem relação com atos passados e que, portanto, o clima de desconfiança com que convivem muitos casais graças a esse vírus, não tem fundamento. Na realidade, qualquer um dos dois poderia ter adquirido o HPV em tempos remotos, não importando em quem surgiu primeiro. Com isto, tivemos a oportunidade de introduzir a noção de latência (associada ao período em que o vírus permanece “adormecido”), numa tentativa de melhor compreensão e aceitação do longo tempo entre a aquisição do HPV e o “aparecimento” da doença (RUBIN e FARBER, 2005) Assim, alertamos sobre a ausência de sintomas nos estágios iniciais de papilomavirose, mas enfatizamos a presença do condiloma acuminado (verruga) em área genital, fator característico do HPV, procurando diferenciá-lo da verruga que pode acometer outras partes do corpo. Nessa ocasião, C(08) indagou: *“Então doutora, como a gente vai descobrir isso?”*. Esta indagação propiciou-nos esclarecer sobre a importância do autoexame, das consultas ginecológicas e da realização do exame preventivo para controle das lesões provocadas pelo HPV e a prevenção do câncer cervical.

Sendo a surpresa manifestada pelas mulheres, como: “Ah é? Então é assim?” Para o rapaz presente, a informação sobre o câncer de pênis, estimulou a expressão: “Ah! Doutora explica esta situação pra mim, agora eu fiquei preocupado!”. Sua fala gerou risos dentro da sala. De forma natural, procurando não constrangi-lo, explicamos que o motivo de sua surpresa era normal, devido a pouca divulgação no Brasil da doença. Mas que o câncer de pênis é causa de amputações de pênis (DATASUS, 2009). Fato que estimulou a sua indagação de “E como vou saber se tenho isso? O exame de sangue mostra?”. Após negar sua indagação, nosso visitante foi aconselhado a procurar um urologista, em casos de alterações perceptíveis e a adotar a prática de autoexame em busca de verrugas, e também a não deixar de usar a camisinha.

Para todos os presentes enfatizamos que passassem estas informações para seus companheiros e que buscassem manter um diálogo esclarecedor com eles, sobre esta questão, estimulando a prevenção do câncer de pênis.

Slide 3: Pontos chave: Convicções erradas



O **Slide três** abriu uma sequência de quatro outros slides que traziam para o debate pontos chave sobre a doença. Como problematização inicial, adotamos a indagação “Quais são os principais problemas vivenciados pela mulher que convive com o HPV?” Com isso convidamos a todos ao diálogo e incentivamos a exposição das experiências próprias de cada um dos presentes. Constatamos que, em muitas vezes, o silêncio inicial foi gradativamente transformado em debates calorosos. Confirmando-se o discurso da médica M(12) “Embora seja uma DST e, portanto,

carregue alguns tabus, as pacientes abrem-se com facilidade quando encontram um médico receptivo, disposto a ouvir e orientar”.

Enfatizamos a existência de muitas informações erradas sobre o HPV e a importância de todos procurarem conhecer as verdades sobre ele. De início, procuramos esclarecer a facilidade de transmissão do vírus que se dá no contato da pele dos órgãos sexuais.

Outra preocupação era dissociar a relação automática entre o HPV e o câncer de útero compreendido como causa de sofrimento e angústia nas pacientes. Incentivamos o relato de suas experiências, ressaltando que ali, dentro da sala, provavelmente teria alguém com HPV há muitos anos sem ter desenvolvido o câncer. Esta citação estimulou relatos como: *“Eu tenho a oito anos e nunca tive câncer”*. A fala era então usada como estímulo: *“Ótimo!”*, mas também, explorada para introduzir outra questão problematizadora: *“O que a senhora fez para conseguir isso?”* Para esta questão, surgiam comentários como: *“Ah! Faço tudo que a doutora manda!”* Então, a partir dos fatos narrados pelos integrantes do grupo, mostramos a importância de se seguirem as recomendações das médicas e de se fazerem os exames solicitados. Notamos muitas vezes uma grande satisfação por parte das mulheres, quando suas falas eram valorizadas e apoiadas em frente a todos os presentes. Com isso, procuramos elevar a autoestima, favorecer a compreensão e diminuir as distâncias entre os diferentes saberes.

Em seguida, esclarecemos que o vírus quando não controlado, pode desenvolver o câncer de útero e de pênis. Esta fala gerou comentários como os de C(05) *“Mas todo mundo com HPV não tem câncer?”* Enfatizamos que não! E esclarecemos que pode acontecer a regressão espontânea do vírus (associado ao seu “desaparecimento” temporário ou não) (INCA, 2011), mas que isso não resultaria em alta desse setor de ginecologia. Fato que levou C(09) a indagar: *“Então como faz? Eu não tenho mais isso! Vou ficar aqui toda vida?”*. Explicamos que a alta só poderia ocorrer após um período mínimo de dois anos sem diagnósticos de infecções pelo HPV em seus exames e que neste caso, a mulher seria encaminhada para acompanhamento através do exame preventivo em um posto de saúde (INCA 2006, 2011).

Durante nossas conversas, alertamos sempre que a mulher deveria destituir-se do sentimento de culpa e da vergonha por ter uma DST, mesmo àquelas com parceiros únicos. Mas, que cabe a ela (com ou sem companheiro) assumir a doença e enfrentar o vírus, sendo necessário para isso trabalhar a autoconfiança adquirida através do conhecimento e da parceria com os médicos. A falta de apoio foi sempre uma questão delicada, quando discutida. Desta forma, buscamos de forma respeitosa e solidária admitir as dificuldades de enfrentamento de qualquer patologia, sobretudo quando associada ao descaso e abandono da família ou do companheiro,

como o relatado por C(12) ao descobrir-se com câncer invasivo: “*Quando descobri meu problema, fiquei mal mesmo. Pensei até em ..., mas reagi e hoje estou aqui; e desde a minha operação estou sozinha, não quero mais saber de homem! Sofri muito*”. Isto mostrou que cabe também à mulher o enfrentamento de sua realidade para que consiga atingir a superação dos problemas vivenciados. Enfatizamos que toda mulher tem o direito a sua liberdade sexual, mas que deve ser conhecedora da indicação de parceiro único, e ainda da importância do uso do preservativo tanto para os parceiros múltiplos, como para o parceiro único. Ela deve adotar uma conduta favorável à prevenção não só contra o HPV, como do câncer cervical e outras DSTs.

A respeito das dificuldades assistenciais conversamos sobre os problemas vivenciados por todos mediante as dificuldades de atendimento na rede pública de saúde. A esta altura concluíamos que nesse ambulatório, as *pacientes* faziam parte de um grupo de controle do HPV. Para esta informação sempre surgia a indagação como C(21): “*De que?*” Esclarecíamos que a descoberta das lesões possibilitava a intervenção médica. Portanto, era necessário fazer um acompanhamento dessas lesões e que isso acontecia com base nos resultados do exame preventivo que elas já conheciam: ASCUS, AGUS e NICs, associados de forma global a “*etapas evolutivas do vírus*”. Assim, não deveriam faltar às consultas, pois cada falta significava a interrupção do controle do HPV. Chamamos a atenção para a associação negativa entre as faltas ou o abandono do tratamento e a persistência no contato com os fatores de riscos para o HPV, como a prática de sexo desprotegido.

A respeito do desconhecimento sobre a doença e o ambiente negativo do local de espera, foi relevante o relato de C(10) “*Quando eu cheguei aqui, na sala, neguinho me deu uma porção de informações. Aí eu parei e falei: para aí, eu não vou pirar não. Não quero isso pra mim!*”. Um total apoio foi manifestado a C(10), enfatizou-se a necessidade de a mulher procurar a compreensão de pontos específicos sobre o HPV. Enfatizamos que, quando bem informada a mulher deveria tornar-se uma multiplicadora desse conhecimento, contribuindo para amenizar o clima de nervosismo e de medo frequente na sala de espera. Almejamos com isso contribuir para um melhor acolhimento nesse ambiente, principalmente para amenizar as carências manifestadas por aquela que recebe pela primeira vez o diagnóstico de HPV e chega à sala. Procuramos desenvolver o senso de solidariedade e o coleguismo entre nossas clientes, incentivando a humanização.

Slide 4: Pontos chave: a transmissão do HPV



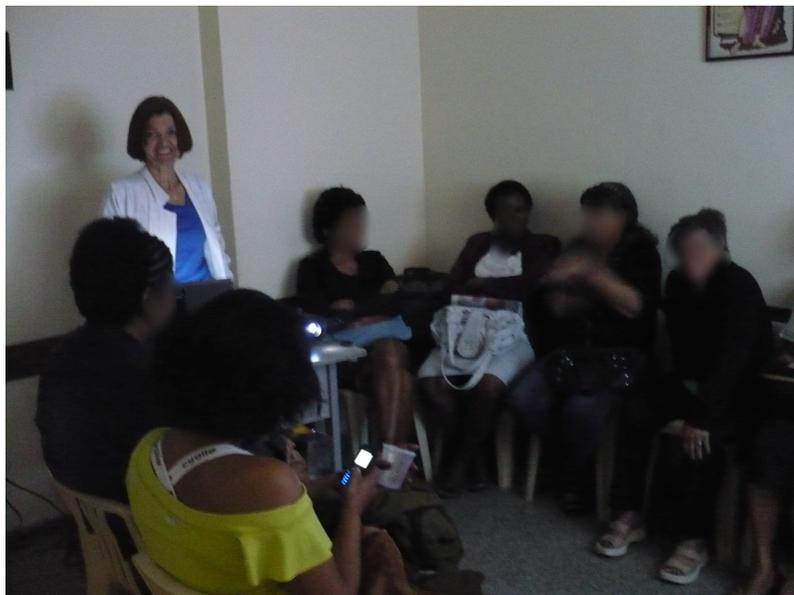
Introduzimos o **Slide quatro** e com ele, abrimos a polêmica problematização de “Como se transmite o HPV?” (associada a “Como se passa o HPV?”). Assim, esclarecemos que a sua transmissão acontece através das diversas modalidades de atos sexuais existentes (entre heterossexuais, bissexuais, homossexuais masculinos e femininos, uma vez que ela se dá pelo contato de pele dos órgãos sexuais. Aqui, ouvimos relatos, como o de C(10) “*Minha dermatologista falou que a mãe com uma verruga no dedo pode passar o HPV para o seu filhinho, enquanto passa a pomada e troca a sua fralda. É verdade?*” e de C(56) “*Passou na televisão que a mulher pode pegar o HPV pelo sabonete, eu vi.*”

As falas destas clientes trouxeram ao debate uma situação ainda não muito esclarecida em âmbitos científicos, mas promovedora de susto e pavor nas mulheres presentes, que concluíram: “*Vou separar tudo na minha casa!*”. Sobre esta polêmica citação, relatamos que a transmissão pelo HPV é assumida por muitos pesquisadores como sendo somente pela vias sexuais (PANISSET e FONSECA, 2009; ROSA et al. 2009). No entanto, outros pesquisadores apontavam também a transmissão por meio de objetos e durante a gravidez (CONTI, 2006; PEREYRA e PARELLADA, 2003). Tal contradição demonstra a necessidade de maiores esclarecimentos sobre a questão. Procuramos mostrar que, mediante o impasse, cabe a todos manter hábitos de higiene e cuidados com a saúde e que cada uma deveria seguir as orientações de sua médica.

Enfatizamos que ao longo do desenvolvimento dessas atividades de educação em saúde, em sala de espera, vimos (**Apêndice 4**) gradativamente, *pacientes* assumindo-se como *clientes*,

Figura 5, abaixo, conforme reivindicação das PNH (2009) em saúde e compreendemos a relevância desse processo para a melhoria do estado biopsicossocial dessas mulheres

Figura 5. Clientes participando de estratégia socioeducativa em sala de espera do PTGI



Em relação ao número de parceiros, enfatizamos que a mulher tem o direito à liberdade sexual e que somente ela pode ser mediadora da extensão de seus atos. Contudo, ela tem o dever de se cuidar e promover a sua saúde. Para tanto, ela precisa desenvolver o autocuidado que inclui o uso de preservativo nas relações sexuais, sugerindo também a opção do preservativo feminino. Fato muitas vezes combatido através do discurso: “Nunca usei”; “*É muito caro*” ou “*Será que funciona?*”. Concordamos sobre o valor elevado da camisinha feminina, porém buscamos estimular o seu uso, mediante a comprovada ação preventiva que possui. A temática era sempre seguida de muitos comentários, como o de C(05) “*Quando descobri o meu problema, conversei muito com meu marido. Demorou, foi difícil, mas hoje ele aceita usar a camisinha*”. Procuramos enaltecer a atitude desta cliente: “Isso mesmo, a senhora não desistiu!”. Enfatizamos, mais uma vez, a satisfação das clientes em diversos momentos desta atividade, pelo apoio a suas falas. Percebemos nestes breves momentos a configuração do exercício da autoestima, da autovalorização em ver uma ação própria sendo discutida e apontada como essencial para a melhoria da sua saúde biopsicossocial (associado ao corpo, a mente e a relação entre grupos). Configurou-se a observação feita por Gohn (2006, p. 29) sobre educação e saúde que propicia o conhecimento por

meio da “valorização daquilo que o indivíduo já sabe prepara-o para a transformação de sua realidade e de si mesmo”.

Slide 5: Pontos chave: os sintomas tardios



Com a introdução do **slide cinco**, e a introdução da questão “Você sente alguma alteração física que relaciona ao HPV?”. Procuramos mostrar que em estágios iniciais da infecção, o HPV é assintomático. Logo, muito oportuno foi o relato de C(12) “*Mas, eu sentia doutora! Eu tinha hemorragias e dores. Só depois do tratamento é que eu não sinto mais nada! Foi assim: Eu interrompi meus exames porque me mudei e não tinha médico perto de minha casa, e depois viajei para o Norte dois anos, [...] depois, quebrei o pé quando fui fazer o exame. Aí começou o problema.*” Mediante ao discurso real, procuramos mostrar aos presentes que a dificuldade de oferta de assistência à saúde, acrescido aos demais fatos narrados por ela, gerou o seu afastamento das consultas médicas por um longo tempo. Assim sendo, com o passar do tempo surgiram os sintomas já em função do câncer (associado a “problema”), tardiamente diagnosticado e que acabou gerando a cirurgia (associado a “tratamento”). Chamamos a atenção para o longo tempo de interrupção do exame preventivo e que esse exame é essencial para a identificação das lesões em estágios iniciais. Esta conversa gerou a pergunta de C(65) “*Então vou fazer exame preventivo toda a vida?*”. Respondemos que sim. Não só ela, como todas as mulheres devem fazer o exame preventivo sempre. E que nas mulheres com HPV, este cuidado acentua-se, pois o vírus poderia ainda permanecer na área ginecológica “adormecido”.

Com a indagação “Você sabe como o vírus HPV age em seu corpo?” Procuramos associar a propriedade do vírus através de uma seta fragmentada, dotada de efeitos que foram relacionados à propriedade viral de evolução e regressão (recursos da informática que possibilitam o aparecimento e o desaparecimento das partes que integram esta seta).

Relatamos que os sintomas geralmente surgem em estágios já avançados do HPV, pegando de surpresa a mulher que não faz o exame preventivo ou até mesmo aquela que interrompeu o tratamento. Aqui, os presentes tiveram a oportunidade de falar sobre o momento em que receberam o diagnóstico de HPV ou de câncer. Obtivemos depoimentos relevantes, como o de C(01) “*Quando soube, foi horrível. Fiquei arrasada! Meu marido foi embora de vez*”. Fato contestado por nós com: “E a senhora hoje está aqui, vitoriosa!”. Explicamos que a dificuldade vivenciada com o parceiro agrava-se, quase sempre, pelo fato do HPV ser uma DST; e pela suspeita de traição, vivenciado por ambos, e que os sentimentos ruins surgem pelo medo do câncer e do desconhecimento da doença. Mas, agora, mediante aos conhecimentos adquiridos com as nossas palestras, conscientes de que fazem parte de um grupo de acompanhamento rigoroso do HPV graças à ação das doutoras, com quem deveriam buscar sempre o diálogo, teriam melhores condições para enfrentar a doença que possuem.

Enfatizamos a necessidade de se investir na prevenção do HPV com os adolescentes que ainda não iniciaram suas vidas sexuais, a fim de que adquiram o hábito da prevenção em suas práticas sexuais. Fato que levou C(10) a indagar “*Desculpe doutora, mas quem fica no ‘rala rala’ também pode pegar o HPV*”? Lembramos que sim, por ser o HPV, um vírus transmissível pelo contato de pele (associado a “passado” pelo encostar da pele). Conversamos sobre a necessidade de eles usarem a camisinha, não só para evitar a gravidez indesejada, mas também para a prevenção de DSTs. Enfatizamos que o Instituto do câncer relata que o pico de risco de aquisição do HPV (associado a maior risco) ocorre entre jovens de 14 e 24 anos de idade (INCA, 2008) e que por isso eles precisavam ser orientados. Citamos a recomendação da OMS de parceiro único e uso de camisinha como medidas relevantes para a contenção desse vírus e de realização do exame preventivo na prevenção do câncer uterino (INCA, 2008). Explicamos que a maior incidência para NIC III é entre os 25 a 40 anos e para o câncer invasor entre 48 e 55 anos de idade (RUBIN e FARBER, 2005).

Ressaltamos a necessidade de os jovens conhecerem a doença e de adotarem desde o início de sua vida sexual, as medidas de prevenção do HPV e do câncer de colo de útero de forma que o uso da camisinha se instaure como uma rotina preventiva em suas vidas.

Um momento de valorização do tratamento e de autoestima foi vivenciado pelo depoimento de uma cliente que, em virtude do tratamento quimioterápico para câncer de mama, exibia a cabeça sem cabelos “*Quando descobri, passou pela minha cabeça: filhos, morte, desespero, família. Mas eu reagi, vou ficar careca e talvez mais bonita, preciso pensar nos meus filhos. O sorriso de meus filhos me deu coragem!*” Neste momento, todos os presentes aplaudiram e parabenizaram-na pela coragem de enfrentamento ao seu problema de saúde. Ressaltamos que hoje a medicina dispõe de melhores recursos contra o câncer e que quando descoberto no início, aumentam-se as chances de cura. Mas, para isso, todas teriam que assumir o compromisso com a promoção de sua saúde que envolve a saúde física, a mental e a social.

Foi nossa intenção conscientizar a população feminina da importância do autocuidado para o rastreio do câncer cervical, pois conforme Freire “É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática” (FREIRE, 2001 p. 54).

Slide 6: Pontos chave: controle do HPV



Com o **Slide seis**, acima, introduzimos a questão “Como controlar o avanço do HPV?” e indagamos sobre os recursos de que elas dispunham no momento contra esse vírus, tendo como resposta de C(10) “A camisinha e o exame preventivo”. Fato veemente rebatido por C(23) “*Sempre fiz esse exame e deu o problema. Não adiantou nada*”. Inserimos a questão: “Mas a senhora usava e ainda usa a camisinha?” Fato respondido evasivamente por C(23) “*Às vezes*”. Assim, dialogamos sobre a necessidade constante de uso da camisinha e a função do exame preventivo. Explicamos a

sua propriedade de identificação dos efeitos da ação viral sobre as células e que isto conduz a uma classificação do grau das lesões em NICs, palavras já inseridas em sua rotina. Para melhor, compreensão mostramos a mesma seta do slide anterior representativa dos diferentes estágios de NICs e seus efeitos da informática como representativas de evoluções e de regressões dos efeitos virais. E que este exame identificava, mas não impedia estas lesões!

Conversamos, em atendimento à solicitação da médica responsável, sobre a importância delas suspenderem o uso de duchas vaginais por cerca de 48 horas antes do exame; a relação sexual nas 48 a 72 horas que antecedem a coleta e o uso de cremes vaginais nos sete dias anteriores ao exame preventivo, a fim de garantir uma coleta adequada e confiável da área do qual foi extraído o material (PANISSET e FONSECA, 2009).

Enfatizamos que o câncer de útero é caracterizado por uma longa fase pré-clínica (associado a “uma transformação demorada do vírus”) e que por isso, a repetição do exame favorece a identificação das lesões que antecedem o câncer (MARTINS et al., 2005). Dessa forma, procuramos fazê-las entender que com essa prática estariam realizando o rastreamento das lesões. Sendo esta intenção reforçada pela citação de C(31) *“Eu sempre fiz o preventivo e um belo dia descobri que estava como problema.. Se não fosse este exame, eu não ia descobrir e aí? Ele não evita a doença, nem impede. Ele mostra se tem ou não a doença. Não é, doutora?”* Parabenizamos C(37), submetida recentemente a cirurgia por diagnóstico de câncer, pelo conhecimento que possuía: *“Isso mesmo!”* e reforçamos que o exame permitiu a descoberta de seu problema a tempo.

Sobre o uso da camisinha, contamos com a citação de C(27) *“Meu marido não aceita usar”*, procuramos mostrar compreensão pelo que vivenciam frente a esta delicada situação. Contudo, argumentamos que cabe a ela a conquista de sua liberdade em âmbitos reprodutivos e que certamente o diálogo e a busca de esclarecimentos favorecem a questão, sobretudo por ser um assunto de interesse do casal, uma vez que concede proteção a ambos. Dialogamos sobre a eficiência da camisinha feminina que confere maior área de proteção nas relações sexuais e concordamos com C(52) *“Os postos de saúde deviam dar!”*.

Um fato relevante foi quando uma cliente levou seu bebê, uma menina recém nascida, em dia de consulta e relatou: *“A senhora falou que se eu seguisse tudo certinho o que a doutora falasse, eu não ia ter problemas. Foi verdade. Olha minha filhinha”*. Este momento foi muito significativo para as mulheres mais jovens que desejavam ter filhos e que não o faziam devido à crença de que a mulher com HPV não pode ter filhos. Esta convicção errada sempre foi negada por nós, mas seguida da recomendação de abrirem esse diálogo com a sua doutora. Ela certamente iria orientá-las sobre a questão, apresentando-lhes todas as formas de autocuidado e os procedimentos a

serem seguidos, em associação com as recomendações de sua obstetra. Não podemos deixar de registrar também a importância desse fato para nós, por ter uma resposta positiva e real a partir de uma das mulheres que frequentam esse local. Com isso, configuraram-se as considerações de Salles Filho (2008, p. 4) de que “Conhecer não é acumular conhecimentos, informações ou dados, conhecer implica mudança de atitudes, saber pensar [...]” e nisso nós acreditamos.

Em nossas conversações enfatizávamos sempre os aspectos referentes à prevenção. Assim, outro ponto muito abordado era em relação ao uso da camisinha. A esta questão seguiam-se sempre perguntas, como: C(10) “Mas tem que usar *mesmo que o homem não tenha verruga, ele pode transmitir o HPV?*”. Relembrávamos, então, as falas iniciais de nossa apresentação quando introduzimos a idéia de período de latência, fase em que o vírus está adormecido e que este homem poderia estar vivenciando esta etapa do ciclo viral. Logo, era melhor não se arriscar e usar o preservativo em todas as relações sexuais, mesmo com parceiro único.

Assim, aos poucos, víamos a concretização de nosso produto: uma sala de espera interativa. Onde *clientes* dialogam em busca de conhecimentos, refletem sobre possibilidades, discutem formas de prevenção e assumem-se como sujeito de sua história (FREIRE, 2008).

Aprofundando informações sobre a prevenção, abríamos o diálogo sobre a recente descoberta e liberação da vacina anti-HPV, fato desconhecido pela maioria. Por isso, não podemos deixar de escrever a alegria no recebimento da notícia e as sucessivas indagações: “*Eu posso tomar?*”, “*Onde eu compro?*”, ou ainda “Por que a doutora não passou para nós?” e a expressão de decepção ao saberem da impossibilidade de elas fazerem uso dessa vacina, até o momento. Contudo, procuramos incutir nelas a esperança da descoberta de novas alternativas no combate ao vírus. Nesta oportunidade enfatizávamos a necessidade de uso pelas adolescentes, antes do primeiro contato sexual e a importância de elas passarem este conhecimento às jovens de suas famílias. Focamos também que esta vacina não substituíria o exame preventivo, havendo a necessidade da sua realização de forma rotineira. Relembrávamos aspectos já abordados, como a existência de diferentes subtipos de HPV, e que a vacina não conferia uma cobertura a todos eles (associado a não ser “eficiente” o suficiente para isso). Portanto, era essencial a realização dos exames e assim introduzíamos a discussão sobre outro exame frequente na rotina ginecológica: a colposcopia.

Slide 7. Ponto Chave: Colposcopia - Visão das lesões e tratamento

Teorização - Pré- supostos de solução



Com a exibição do **Slide sete**, introduzimos outro ponto chave problematizador “Para que serve o colposcópio?”, fato seguido sempre de comentários como: C(32) *”Exame horrível, dói muito”* e C(48): *“Elas (as médicas) são muito boazinhas, mas não fazem nada! É só exame”*. Tentando minorar o equívoco de C(48), explicamos a importância desse aparelho para a localização da lesão e a importância das biópsias por ele propiciadas (associada a “pedacinho” que é retirado). Então, introduzíamos a seguinte questão “Vocês sabem para que serve a biópsia?” Observamos a surpresa mediante a explicação da função da biópsia de confirmação do diagnóstico e ainda de possibilitar a retirada da lesão por inteiro. Sendo um método conhecido como “Ver e tratar”, que permite uma pronta intervenção capaz de interromper o avanço das lesões virais. Esta explanação gerou o comentário de C(33) *“Mas eu não fiz biópsia no mês passado e fiz este exame!”*. Nesta oportunidade, buscamos esclarecer que a doutora tem a autonomia de decidir se faz ou não a biópsia com base na visão oferecida pelo colposcópio, envolvendo o grau da lesão.

Mediante a explicação de que a associação do exame de preventivo com o uso do colposcópio é até o momento a única forma de interceptar a ação viral, não existindo nenhum procedimento que elimine o vírus, C(56) concluiu que: *“Então quem tirou o útero pode ter câncer de novo?”* O que nos concedeu a oportunidade de reforçar a importância de integrarem o grupo de acompanhamento do HPV e a necessidade do rastreamento das lesões para a prevenção do câncer cervical. Falamos também sobre a recidiva e a importância de seu controle.

Um ponto sempre abordado em atendimento à solicitação das auxiliares de enfermagem era a importância da higiene da área genital com produtos neutros, conforme orientação adotada pela doutora responsável, assim como a orientação também da troca diária de roupas íntimas.

Vale ressaltar que em um dia de número elevado de participantes, devido à falta de espaço, uma cliente que estava sentada no corredor, aguardando a vez para realizar o exame de histeroscopia a fim de confirmar o quadro de outra patologia, procurou-nos aflita para esclarecer dúvidas sobre o exame: “Existe a possibilidade de eu *estar com o HPV*”, uma vez que ao ouvir do lado de fora da sala a palestra, ela confundiu os nomes dos exames histeroscopia com colposcopia. O tamanho reduzido desse local, na maioria das vezes, impediu que todos os presentes assistissem às atividades. No entanto possibilitava a audição no corredor das diversas falas favorecendo interpretações erradas do que estava sendo exposto e discutidas no interior da sala.

Finalizando esse slide, introduzíamos os “porquê”, como: “Porque ficar se culpando por ter uma DST?” ou “Porque faltar às consultas?”. Desta forma, reforçávamos a necessidade de enfrentarem a realidade com a qual conviviam e que assumissem sua doença e o fato de serem integrantes de um grupo de acompanhamento do HPV. Com os novos conhecimentos adquiridos, estavam cientes dos recursos disponibilizados pela medicina contra este vírus e que deveriam utilizá-los a fim de evitar o câncer cervical. Mostramos que estes recursos eram simples e exigiam delas o compromisso em usar a camisinha e de fazer seus exames.

Com este slide, finalizávamos a etapa relativa aos pontos chave referentes ao HPV, mas procurávamos estimular a formação de pré-supostos para que adquirissem um melhor convívio com o HPV. Fato que estimulou a fala de C(56) “É só eu continuar a vir e me tratar!” Neste momento, aproveitamos a oportunidade de mostrar a importância de elas não só virem às consultas, e se integrarem no tratamento, mas também de buscar o bom convívio entre elas, dentro da sala de espera. Em diversos momentos procuramos mostrar a importância de elas dialogarem entre si e de se conhecerem. Então, perguntava: “A senhora já encontrou alguém que está aqui na sala hoje, em outras consultas?”. A isto respondiam “Ah! Já! Ela, essa...” e então fazíamos perguntas como: “Vocês sabem o nome uma da outra?” ou “Onde ela trabalha?” O fato era encarado com muita surpresa, pois só neste momento, descobriam que não se conheciam. Com isso, incentivamos a socialização.

Realizamos uma estratégia calcada na recomendação de Gohn, (2009b, p. 30) quando considera que a Educação não formal: “Desenvolve laços de pertencimento. Ajuda na construção da identidade coletiva” e ainda, colabora com o desenvolvimento da autoestima, fator essencial

para o alcance de nossos objetivos. Procuramos em Freire a base para o estímulo da cognição e do afetivo, tencionando o desenvolvimento da consciência crítica capaz de conduzir à transformação, necessária a promoção de saúde e a socialização.

Slide 8: Aplicação à realidade: plano de ação



Antes da introdução do **Slide oito**, as clientes eram convidadas a refletirem sobre a conversa mantida e como fazer para combater o HPV. Sugeríamos que formulassem hipóteses para a solução de seu problema de saúde e que traçassem um plano de ação. Assim, como estímulo a reflexão-ação de Paulo Freire (2011), após alguns minutos introduzíamos a pergunta “Qual é a melhor maneira de se enfrentar o HPV?”. Após algumas falas como de C(32) “Fazer o que a doutora manda!”, ou C(12) “Fazer o exame preventivo”. Introduzíamos então o referido slide, representativo da etapa de aplicação da realidade.

Buscando estimular a autonomia e a formação da identidade do grupo, mostramos que agora como possuidoras de conhecimentos sobre a sua patologia, poderiam enfrentá-la com mais naturalidade e confiança no tratamento. Destacamos que para isso, a mulher deveria destituir-se da culpa e da vergonha de ter HPV e integrar-se ao tratamento e buscar a autoestima. Estimulamos o diálogo constante com os companheiros para o uso da camisinha e lembramos que ela conferia proteção a ambos, sobretudo agora com a confirmação do HPV como gerador do câncer de pênis. Buscamos reforçar esclarecimentos sobre o tratamento e enaltecer o trabalho da equipe de saúde e o empenho que possuem no combate à doença. Enfatizamos a necessidade de assumirem o compromisso com a sua saúde e seguir a orientação médica. Para isso, estimulamos

a parceria com estes profissionais e mostramos a necessidade de refletirem sobre os conhecimentos adquiridos. Isso porque compreendemos que, conforme Freire (2001, p. 35), quanto mais o sujeito “[...] refletir sobre a realidade, sobre sua situação concreta, mais emerge, plenamente consciente, comprometido, pronto a intervir na realidade para mudá-la”.

Sugerimos o empenho de todos em prol de um ambiente mais tranqüilo em sala de espera. Que valorizassem, durante as conversações, as orientações de suas médicas e que os comentários contraditórios fossem apresentados à doutora para um esclarecimento direto, evitando informações erradas e prejudiciais a sua saúde. Estimulamos sempre a convivência dialogal e cordial entre elas, pois conforme Freire (2008, p. 54), “Dialogar é praticar a socialização”. Em seguida, convidávamos todos a refletirem e elaborarem particularmente, o seu plano de ação contra o HPV e aplicá-los a sua realidade. Conforme, Tozoni-Reis (2004 apud Salles Filho 2008), é primordial que aconteça a apropriação do conhecimento, pois ele possibilita o desenvolvimento pleno do ser reflexivo, crítico e autônomo capaz de traçar novas metas, novos planos de ação, gerando melhorias em suas vidas.

Com este slide finalizávamos a nossa conversação com as clientes, conscientes de que introduzimos em sala de espera um processo de educação em saúde dialógico como principal estratégia de ação preventiva ao câncer cervical e de promoção da saúde.

Enfatizamos a complexidade de todo o processo desenvolvido em sala de espera, a partir da introdução e apresentação de nossa pesquisa ao ambulatório de PTGI como integrante de nosso produto, que culminou com a criação de um ambiente dialógico onde *pacientes* assumem-se como *clientes* interessadas no “*quê, como, por quê e para quê*” das circunstâncias que vivenciam com o HPV. Não podemos deixar de registrar nossa satisfação em compreender que de alguma forma mexemos na subjetividade dessas mulheres.

Durante a nossa permanência em local de espera constatamos o papel integrador do diálogo que, conforme Soares (2007, p. 3), “[...] pode propiciar e mediar relações entre pessoas de diversas culturas.” e compreendemos a essência da proposta de Sousa (2001, p.35) ao concluir que a educação não formal para mulheres com baixa escolaridade “pode modificar consciências, valores e comportamentos individuais e coletivos” e desta forma contribuir para o seu empoderamento.

CAPÍTULO 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao descrever este processo preocupamo-nos em narrar uma experiência bem sucedida e compromissada com as demandas extraídas da realidade de um grupo de estudo específico do Ambulatório de Patologia do Trato Genital Inferior/HUCFF/UFRJ.

Visando atender ao nosso objetivo contamos com a associação de técnicas investigativas eficientes ofertadas pela pesquisa qualitativa de cunho etnográfico que nos propiciou não só o convívio com esse grupo de mulheres, mas também o seu conhecimento. Chamou-nos a atenção as dificuldades na interação entre as *pacientes* enquanto aguardavam pelo atendimento em local de espera, caracterizado por elas como “negativo”. Compreendemos que este espaço era sustentador de sentimentos ruins como o constrangimento de vivenciar uma DST e conviver não só com a acusação de infidelidade, mas também com a sensação de ter sido traída e ainda o medo pela convicção de que teriam o câncer cervical. Logo, identificamos este ambiente como contribuidor do agravamento de estado de saúde biopsicossocial dessas mulheres, tornando-as mais frágeis para o enfrentamento da doença, junto a seus familiares e, sobretudo frente ao seu companheiro. O fato nos orientou na escolha de uma estratégia socioeducativa a ser introduzida nesse local de espera com o objetivo de converter um espaço de recepção em uma sala de espera com preocupação de acolhimento, onde se dá uma transformação com a construção partilhada de saberes. Ao mesmo tempo, voltado às práticas cotidianas de prevenção do câncer e a promoção da saúde, conforme orientação da atual Política Nacional de Humanização da saúde.

Trabalhos anteriores como o de Sousa, (2001) já apontavam o uso da sala de espera, como um lugar propício para o exercício da educação não formal em associação com a educação e saúde, transformando-a em espaços dialógicos relacionados à *promoção da saúde*, por meio de estratégias alternativas de educação. Desta forma, através de um processo socioeducativo procuramos interferir de alguma maneira na subjetividade dos presentes estimulando o seu senso crítico, a reflexão e a transformação. Conforme indicação de Freire, quando mais estimulada a reflexão, maior e a aquisição de conhecimentos o que em nosso contexto faz-se necessário à compreensão da doença sob uma nova ótica: a visão científica que conjuga a cultura popular.

A importância desse processo para as *clientes* pode ser constatada em vários momentos, conforme descrito ao longo dessa dissertação, mas vale ressaltar o pedido, após poucos dias de nosso convívio neste *ambiente de espera*, de marcação das consultas para “os dias em que a *bióloga vir*” numa manifestação de interesse pelo “novo” e ainda no momento em que alertamos

sobre a aproximação do final de nossa atividade e ouvimos citações como C(04) “ Ah! Liga para mim? Tem dia que tenho tanta vontade conversar com você! Liga, tá? Não se esquece!” ou de C(56) “Onde a senhora tiver e a hora que a senhora quiser, me chama que eu venho, vou a qualquer lugar que você estiver, para te ouvir!” numa demonstração de que o *afetivo-emocional* é parte integrante do relacionamento humano e integra o processo de transformação.

Percebemos que a prática desse processo consistiu num veículo eficaz para a construção de um ambiente com melhor qualidade de contato entre as clientes e de acolhimento, troca de saberes e transformação. A filosofia de Paulo Freire em associação com o arco de Maguerez propiciou alguns fatores preconizados pela PNH em saúde: a *fala* espontânea advinda do sujeito e a oportunidade de *ouvi-lo e conhecê-lo* enquanto aguarda pelo atendimento. Interpretamos esta parceria como estimuladora para a proposta de “empoderamento” da mulher referida por Freire como a capacidade de gerar por si mesma, ações que a levem a evoluir, a ser mais; fator também enfatizado pela PNH/MS (2003) como essencial ao processo de humanização na saúde. Esse relato corrobora à promoção da saúde, que preconiza a aquisição de autonomia e de responsabilidade pelos indivíduos com a sua saúde, com base na exposição dos fatos e na compreensão da situação por ele vivida.

Assim, com base em Freire (2001), investimos no diálogo como um veículo de transformação humana. Desenvolvemos uma conversação dinâmica com a participação ativa das mulheres o que estimulou a sua autoestima, valorizou o pensamento crítico, a autonomia do pensar e agir. Incentivamos o contato com o outro, a solidariedade, a cooperação e oportunizamos a troca de conhecimentos nesse cenário de saúde. Investimos na comunicação e na conversação, numa perspectiva democrática, libertadora e motivadora de transformação. A partir da introdução desse trabalho, modificamos esse espaço de espera prejudicial à promoção da saúde em suas dimensões sociais, cognitivas e afetivas, em uma sala viva e interativa. Observamos, a partir de nosso trabalho, um grupo de mulheres antes *pacientes* agora *clientes* conforme definição da PNH em saúde: ativas e críticas da própria realidade dialogando sobre alternativas e buscando mudanças no modo de sentir e enfrentar a doença como referenciado por Benevides e Passos (2006). Notamos entre elas o convívio dialogal e descontraído numa franca exposição de *socialização*, referenciada por Paulo Freire. Envolvermos os atores sociais dessa sala de espera em um processo com dimensões cognitiva, social e afetiva.

Em relação ao grupo de profissionais de saúde enfatizamos que as *pacientes* não apresentavam aparentemente, outros problemas com eles, a não ser a comunicação. Também não víamos nenhuma integração maior por meio de conversas durante o tempo em que elas

aguardavam pelo atendimento. Observamos que a equipe médica, durante suas consultas adotava procedimentos ora em bases da medicina humanística e ora tecnológica; o que se compreende dado à pluralidade de formação dos médicos residentes que procuram o HUCFF/UFRJ para completar a sua formação. Pode representar também a apropriação gradativa pelas jovens residentes dos conhecimentos advindos do processo de humanização que vem sendo implantado nesta unidade hospitalar. Em sua totalidade segue rigorosamente as diretrizes preconizadas pela OMS no que se refere às recomendações para o tratamento do HPV e do câncer cervical, o que garante o elevado padrão nos procedimentos exigidos pelo tratamento. Todavia possuem características práticas ainda marcantes e herdadas da formação tecnicista, prejudicando a relação médico-cliente uma vez que, sentem dificuldades no diálogo com suas *pacientes* e como médicas, por si sóis, não conseguem eliminar ou minorar extremos opostos da circunstância vivenciada: de um lado, a autonomia, o saber e o aparato científico sobre a doença e do outro, o medo, o desconhecimento e a submissão à doença.

Este estudo atendeu a indicação de Costa e Costa (2011, p. 61) quando diz que o Mestrado Profissional deve desenvolver em bases científicas, dentre outros, um processo diretamente aplicável “ao universo do trabalho”. Assim sendo, na rotina desse ambulatório constatamos uma sobrecarga das profissionais de saúde no atendimento, com um número exacerbado de consultas. O que se constitui em um obstáculo para o exercício do acolhimento de acordo com as propostas do PNH (2003). O tempo reduzido dificulta o acolhimento. É essencial que estes profissionais disponham de condições favoráveis ao atendimento, pois conforme o INCA (2002) o ginecologista além do conhecimento técnico-científico deve exercitar empatia. Para isso, é essencial que busquem traçar parcerias com as clientes em prol da adesão ao tratamento e portanto, que lhes sejam ofertados condições favoráveis para isso. Para o desenvolvimento dessa prática humanística, como estímulo e reflexão, muitos espaços ambulatoriais de discussões devem ser abertos. Existe ainda, a necessidade de se intensificar as propostas básicas do *Pró-Saúde*: Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde (2005) que tem entre seus objetivos a proposta de mudanças na formação dos profissionais favorecendo a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do cliente, com base nos seus aspectos socioculturais.

A preocupação que este grupo de médicas têm com o ser e a visão que possuem da necessidade de aproximação e integração com suas clientes, não é suficiente para libertá-las do formalismo conservador apreendido durante a sua formação. Isso favorece a não interpretação do diálogo esclarecedor e o uso do *falar e do ouvir* como uma estratégia terapêutica a mais no

tratamento do HPV e na prevenção do câncer cervical, a ser assumida durante as consultas. Conforme Soares (2007, p.3), o diálogo “[...] pode propiciar a eliminação de barreiras entre as diferenças culturais”. A integração afetiva e social deve ser valorizada como inerente ao tratamento, pois propicia melhorias dos transtornos biopsicossociais das clientes e estreitando a relação com médicos. A visão do médico amigo contribui para a criação do vínculo essencial ao tratamento e para a minoria das dificuldades de compreensão pelas clientes motivadas pela baixa escolaridade, pois favorece a liberdade de expressão.

Neste contexto, é relevante a prática da dialogicidade esclarecedora com o descarte de atendimento formal e o emprego de vocabulário menos técnico e mais próximo da realidade social da clientela. Nossa proposta é concomitante aos objetivos de reformulação do ensino médico e da oferta de saúde com base nas necessidades sociais (PNH, 2003; PRÓ-SAÚDE/MEC/MS/2005). Essas medidas almejam mudanças no acolhimento ao cliente, que compreende mais do que uma escuta interessada pelos profissionais de saúde. Mas sim um processo no qual se deve associar o *científico* e o *popular* num diálogo explicativo e valorativo do ser que anseia por um atendimento de qualidade. Nele, ambos, profissional e cliente, devem se assumir como co-responsáveis pelo estado de saúde conforme preconizam as políticas públicas de saúde e o exigido pela promoção da saúde.

Compreendemos que, frente a uma rotina tão intensa, faz-se necessário um maior investimento em materiais e equipamentos para o setor e a diminuição da sobrecarga funcional da médica responsável e o excessivo número de consultas; o que dificulta o exercício do acolhimento mais humanizado. Assim, não podemos deixar de reivindicar a realização de concursos para a ampliação do número de médicos nesse ambulatório. Acreditamos serem estas reivindicações concomitantes às objetivos da PNH em saúde em vigor que tem como meta a reconstrução e reorganização do SUS. Em relação as auxiliares de enfermagem constatamos a necessidade de execução de ações educativas junto a elas a fim de que se instaurem o autocuidado, mas também para que possam dialogar com as clientes sobre o HPV, assumindo o seu papel de promotores de saúde. O atendimento destas questões favoreceria os objetivos da PNH junto aos clientes, que incluem a diminuição do tempo de espera, a oferta de recursos necessários à demanda dos usuários, a melhoria do acolhimento e da relação médico-cliente.

O desenvolvimento desse processo para o IOC veio reafirmar a importância do Curso de Mestrado Profissional/EBS, voltado para a formação de profissionais de elevado nível técnico-científico, capacitados para desenvolverem pesquisas, programas educativos e para elaborarem materiais técnicos de qualidade e processos. Neste aspecto cumpriu-se um dos objetivos

recomendados pela CAPES, que é a prática de processos voltados à satisfação de necessidades específicas identificadas nesse ambiente profissional de sala de espera do ambulatório de PTGI. Embora pontual em um hospital universitário, esse processo veio demonstrar a importância do Mestrado Profissional, pela relevante contribuição a PNH que como diretriz governamental, necessita do envolvimento conjunto dos profissionais de saúde e do cliente para incrementá-lo.

Para o HUCFF/UFRJ, instituição altamente conceituada no âmbito da saúde e da educação, esta pesquisa introduziu em um ambulatório específico, o de PTGI, a reflexão sobre a importância de uma sala de espera como local de ações educativas promotoras de melhorias biopsicossociais e como espaços de humanização em saúde. Nosso processo priorizou o exercício de uma medicina exploratória dos avanços tecnológicos, mas valorizadora do diálogo esclarecedor, objetivo e solidário que vê o doente como um todo. Na qual o médico possa integrar o científico e o popular aproximando-se de seus clientes, conhecendo e valorizando a sua história, com o apoio de ações educativas em sala de espera.

Para a pesquisadora responsável, além de inseri-la no mundo da pesquisa, este trabalho deu-lhe a oportunidade de pôr em prática todo o seu saber e propiciou o aprofundamento da cultura popular e do conhecimento técnico-científico adquirido no Curso de Mestrado Profissional EBS/IOC/Fiocruz em prol das demandas diagnosticadas em ambiente profissional, e que envolveu esferas populacionais específicas: os profissionais de saúde e as clientes do ambulatório de PTGI.

Esta pesquisa culminou com a produção de um processo e um produto que foi a introdução de um espaço dialógico de promoção da saúde. Ele veio confirmar e dar suporte à importância da introdução de salas de *acolhimento* destinadas ao uso de ações educativas de prevenção e promoção de saúde. A investigação social desenvolvida e as trocas de saberes, possibilitaram interações cognitivas, afetivas e sociais que envolveram os principais atores de um cenário hospitalar: o cliente e o profissional de saúde.

Um fator adicional ao nosso processo foi a presença de homens em sala de espera participando da conversação o que pode significar a satisfação de dúvidas e transtornos emocionais antigos guardados e neste momento exteriorizados. Com isso, entendemos que esse processo pode representar um estímulo para sua integração em programas de prevenção contra o câncer de pênis pelo HPV. Pode atuar como uma abertura favorável para a inclusão de companheiros na consulta ginecológica; se não em todas; pelo menos naquelas de caráter mais esclarecedor frente ao reconhecimento de necessidade pela doutora e/ou com base na solicitação das clientes. A importância desse momento foi exteriorizada pela fala de um parceiro que veio

exclusivamente para assistir a nossa estratégia em um dia de consulta de sua companheira e ao final acrescentou *“Muito obrigado pela informação e em deixar eu ouvir”*.

Como fatores limitantes a este processo citamos que, mediante a rotatividade de pacientes no ambulatório de PTGI, deveríamos ter garantido o fluxo contínuo de mulheres durante o desenvolvimento da pesquisa, pois muito embora tenhamos entrevistado 70 pacientes contamos para integrarem a estratégia socioeducativa com 56. É essencial registrar que entre as 56 clientes, 42 delas participaram da atividade e 17 o fizeram por mais de uma vez, o que demonstra o interesse pelo conhecimento que lhe foi ofertado. A realização desta prática nas primeiras horas da manhã pode ter contribuído para a ausência das outras 14 clientes. Isto porque muitas das mulheres que freqüentam este ambulatório só chegam para o atendimento ao final da manhã, após o cumprimento de sua jornada de trabalho, ou chegam de outras cidades como aquela que se sentiu insatisfeita por assistir a palestra duas vezes, mas não do início: C(66) *“Doutora, queria assistir do início. Não consigo chegar cedo, venho com a condução da prefeitura da cidade onde moro!”*. O tamanho desse local de espera também foi desfavorável, pois obrigou que muitos ouvissem a atividade do corredor e muitas vezes, não por inteiro o que pode ter contribuído para conclusões distorcidas, tendo algumas pessoas a oportunidade e a iniciativa de procurar o esclarecimento dos fatos, sendo preocupante a ideia de que algumas delas tenham permanecido com a dúvida.

Sendo nossa pesquisa referida como pioneira neste ambulatório pela médica responsável, esperamos que estimule neste local a expansão de outros estudos com aprofundamento em educação em saúde, voltadas às dimensões biopsicossociais das clientes que carregam consigo a dor e os tormentos gerados pelo HPV. Ele pode contribuir também para a reflexão dos profissionais de saúde sobre a necessidade do conhecimento pelas clientes sobre o HPV. Isso dá a vantagem de atuação de outros profissionais junto a elas, enquanto aguardam o atendimento; dialogando e esclarecendo dúvidas, ouvindo e apoiando-as. Assim, sugerimos como parte integrante das consultas, além do médico e das auxiliares de enfermagem, o acompanhamento por psicólogos que possam amenizar ou elucidar os transtornos biopsicossociais dessas mulheres além de dar apoio às médicas em suas tentativas de conversação nas consultas. A introdução de uma equipe interdisciplinar, constituída também por enfermeiros e biólogos, propiciaria uma abordagem das questões de forma mais intercomplementares. Confiamos que a introdução permanente do diálogo voltado às carências psicossociais dessas mulheres, seria essencial para atenuar seu sofrimento por se ver como portadora do HPV e poderia gerar melhorias nesse ambiente profissional. Acreditamos que a discussão deste trabalho com a equipe médica poderia contribuir para a reflexão nas condutas adotadas e favorecer um novo olhar na sua forma de agir.

Sobre a nossa proposta educativa, preocupamo-nos com as considerações de Freire (2008) quando define que a educação é um processo que nasce da observação e da reflexão e culmina em uma ação transformadora. Com base nas observações feitas, estimulamos a reflexão a partir de informações extraídas da realidade dessas mulheres, vista como favorável à transformação. Mas, entendemos que introduzimos nesse ambiente, um processo que apesar de inovador, pode se configurar como inacabado. Cabe as clientes compreender, assimilar as informações e praticá-las, apropriando-se desses conhecimentos a fim de que se instaure o hábito de uso das ações preventivas contra o câncer. Em função disso, é relevante a implantação de novos trabalhos científicos nessa sala de espera, por um tempo mais prolongado, pois conforme Salles Filho (2010) é necessário um tempo para aprender e para sedimentar melhor as informações.

No entanto, os resultados obtidos nos fazem crer na contribuição de nosso processo para a constituição de um produto como o alcançado: a proposta de um trabalho como veículo de educação e promoção da saúde. Acreditamos que somente a educação pode desempenhar o papel decisivo de transformar a sociedade e mudar a realidade vivenciada pelas clientes e seus familiares, ainda que esses resultados não sejam sempre imediatos e que o processo nem sempre seja crescente, mas caracterizado por idas e vindas, a médio e longo prazo. Com a nossa estratégia, desenvolvemos um processo educativo, com trocas de experiências comuns entre os presentes, possibilitando a interação do conhecimento popular e o científico.

Adicionalmente enfatizamos que o dinamismo observado em sala de espera, sobretudo o fluxo contínuo de clientes nos remetem às considerações de Freire (2008) de que a realidade se renova diariamente e ainda que a aquisição de conhecimentos nunca se completa, pois o homem é um ser inacabado e sedento de saber. Assim, antevemos a necessidade de aprimoramentos e continuidade de nosso estudo que integra o científico e o popular a fim de elucidar questões como: o produto formado, nesse contexto específico, contribuiu para a diminuição das carências biopsicossociais dessas mulheres? Houve a apropriação de saberes favorecendo a prevenção do câncer cervical e a promoção da saúde? Temos consciência de que a educação envolve questões complexas e muitas vezes inesgotáveis. Porém, mesmo diante dessas incertezas é interessante registrar o convite recebido de introdução de nosso processo em sala de espera no Setor de Mamografia de Radiodiagnóstico/Departamento de Radiologia/HUCFF/UFRJ, pela doutora responsável por este ambulatório e que também como nós acredita que, conforme Freire (2011, p. 78), “mudar é difícil, mas não é impossível”.

CAPÍTULO 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÃO, F. S. **Tratado de oncologia genital e mamária**. Editora Revinter. 2. ed. 2006. 677 p.

Agência nacional de vigilância Sanitária Estuda liberação de vacina contra HPV para mulheres até 45 anos. In: Sociedade Brasileira de Infectologia. Sociedade Médica Brasileira. 2011. **Net**. Disponível em: < http://www.infectologia.org.br/default.asp?site_Acao=&paginaId=134&mNoti_Acao=mostraNoticia¬iciaId=25303 >. Acesso em: 19 abr. 2011.

ALCÂNTARA, L. A. O nível de conhecimento de mulheres sobre o Papillomavirus humano (HPV). 2002. In: DIÓGENES, M. A. R.; VARELA, Z. M. V.; BARROSO, G. T. Papiloma Vírus Humano: repercussão na saúde da mulher no contexto familiar. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS). v. 27, n. 2, p. 266-273, jun. 2006. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4605/2525>>. Acesso em: 27 set. 2008.

ANDRADE, L. N. S.; CHAMMAS, R. Biologia da Célula Tumoral: uma Visão Ecológica. 2008. In: VILLA, L.L. (Org.). Biologia. **Câncer de colo de útero**. 1ª ed. São Paulo: Tecmedd, 2008. 28-39 p.

ARCOVERDE, M. A. M.; WALLL, M. L. Assistência “prestada ao ser” masculino portador do HPV: contribuições de enfermagem. **DST- J. Brás. Doenças Sex. Transm**, v. 17, n. 2, p. 133-137, 2005. Disponível em: < http://www.dst.uff.br/_revista17-2-2005/8-assistencia%20prestada.pdf >. Acesso em: 17 ago. 2009.

AYRES, J.R.C.M. Educational practices and the prevention of HIV/Aids: lessons learned and current challenges. **Interface _ Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, n.11, p.11-24, 2002. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista11/ensaio1.pdf>>. Acesso em: 29 mar.2009

BACKES, D. S., FILHO, L. W. D.; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev. Esc. Enferm**, v. 40, n. 2, p. 221-227, 2006. Disponível em: < www.ee.usp.br/reusp/ > .Acesso em: 13 fev. 2008.

BANDEIRA, V. M. P.; DIÓGENES, M.A.R. O uso do preservativo masculino e feminino entre alunos de enfermagem da Universidade de Fortaleza. **Rev. Enferm**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.74-79, jan/mar. 2006. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a12.pdf> >. Acesso em: 23 jul. 2009.

BARBOSA, A.C.A.S.; ARAÚJO, T. C. C.F. Pré-consulta e consulta na prática assistencial hospitalar. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 14, n. 2, p. 205-214, jul/dez, 2006. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=514935&indexSearch=ID> >. Acesso em: 24 maio 2011.

BARROS, D. ; LOPES, R. L. M. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 295-298, maio/jun. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a09.pdf> >. Acesso em: 15 maio 2010.

- BARROSO, C. Metas de desenvolvimento do Milênio, educação e igualdade de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, v. 34, n. 123, p. 573-582, set/dez. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cp/v34n123/a04v34123.pdf> >. Acesso em: 23 set. 2009.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde. Org. Rio de Janeiro: **FIOCRUZ**, p. 33-40, 2006. Disponível em: < <http://www.ead.fiocruz.br/curso/index.cfm?cursoid=740> > . Acesso em: 23 mar. 2008
- BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **O MUNDO DA SAÚDE**, São Paulo. v. 27, n. 2, abr/jun. 2003. Sem paginação. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)111.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)111.pdf) >. Acesso em: 02 ags. 2011.
- BEZERRA, S. J. S. et al. Perfil de mulheres portadores de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino. **DST- J. Brás. Doenças Sex. Transm**, v. 17, v. 2, p. 143-148, 2005. Disponível em: < <http://www.dst.uff.br/revista17-2-2005/10-perfil%20de%20mulheres.pdf> >. Acesso em: 29 abr. 2007.
- BIASOLE-ALVES, Z. M. M. Continuidades e Rupturas no Papel da Mulher Brasileira no Século XX. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 3, p. 233-239, set/dez. 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n3/4810.pdf> >. Acesso em: 15 mar 2007.
- BORDENAVE, J.E.D.; PEREIRA, A. M. Estratégias de ensino aprendizagem. 29ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 312 p.
- BODGAN, R.; BIKLEN, S. K. Qualitative research for education. 1982. In: LUDKE M.; ANDRE, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. EPU, São Paulo, 1986. 99 p.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - Compaixão pela terra**. 17. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2011. 204 p.
- BRANDÃO, C. R. **O que é educação**. 49. ed. São Paulo: Brasiliense, 2007. 116 p.
- BRANDEN, N. Auto-estima e seus pilares. 2000. In: NORO, L. M. Z.; NORO, L. R. A. A Auto-estima como Facilitadora do Processo de Ensino-aprendizagem. **Rev. Humanidades**, Fortaleza, v. 17, n. 2, p. 113-119, ago/dez. 2002. Disponível em: < http://www.unifor.br/joomla/joomla/images/pdfs/pdfs_notitia/1515.pdf >. Acesso em: 23 maio 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.9333, janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**. v. 4, n. 2, p.15-16. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Sociedade Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia. Recomendações para o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero. Ministério da Saúde. Brasília. 1988. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_14.pdf > . Acesso em: 23. set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Manual do programa nacional de humanização da assistência hospitalar. 2001. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf> > . Acesso em: 19 abr. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) Falando sobre câncer do colo do útero. – Rio de Janeiro: p. 59, 2002. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando_cancer_colo_uterio_p1.pdf > . Acesso em: 23 maio 2007.

_____. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. 2003. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf > . Acesso em: 28 mar. 2010.

_____. Ministério da Educação e Cultura. **Ensino Fundamental de nove anos. Orientações gerais. Net.** 2004. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Ensfund/noveanorienger.pdf> > . Acesso em: 10 out. 2010.

_____. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Trajetória da Mulher na Educação Brasileira. Brasília .2005. Disponível em: < http://www.inep.gov.br/estatisticas/trajetoria_mulher/default.htm > Acesso em: 23 abr. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Pró-Saúde: Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília, 2005. Disponível em: < http://www.abem-educmed.org.br/pro_saude/publicacao_pro-saude.pdf > . Acesso em: 23 mar 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: **INCA**, 2006. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas_2_1705.pdf > . Acesso em: 22 set 2009.

_____. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior – CAPES. Diretoria de Avaliação. Documento da Área de Ensino de Ciência e Matemática. Triênio. 2004-2006. In: MOREIRA, A. M.; NARDI, R. O mestrado profissional na área de Ensino de ciências e Matemática: alguns esclarecimentos. **RBECT**, v. 2, n. 3, set/dez. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde : objetivos, implementação e desenvolvimento potencial . Ministério da Saúde. 2007. 86 p. Acesso em: < http://e-roups.unb.br/fs/prosaude/manua_lpro_saude1.pdf > . Acesso em: 21 out 2010.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2009: Incidência de câncer no Brasil. 2008 Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/> .> Acesso em: 11 fev. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. Política Nacional de Saúde do Homem. 2009. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/ortal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIO >. Acesso em: 02 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. (Série B. Textos Básicos de Saúde) -72 p. – 4 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 242 p. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: 23 out. 2009

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero – atualização 2011a. Disponível em: < http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf >. Acesso em: 23 ago 2011.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil. 2011b. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5> .> Acesso em: 20 nov 2011.

BRICKS, L. F. Vacina HPV: nova perspectiva na prevenção de câncer. **Pediatria**, São Paulo, n. 2, p. 154-156, 2007. Disponível em: < <http://www.pediatriaoapaulo.usp.br/upload/pdf/1218.pdf> >. Acesso em: 15 set. 2009.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 2002. In: FLORIANO, M. I.; ARAÚJO, C. S. A.; RIBEIRO, M. A. Conhecimento sobre fatores de risco associados ao câncer do colo uterino em idosas em Umuarama-PR. **Arq. Ciênc. Saúde, Unipar**, Umuarama, v. 11, n. 3, p. 199-203, set/dez. 2007. Disponível em: < <http://revistas.unipar.br/saude/article/view/2039/1781> >. Acesso em: 04 jan. 2008.

BURCHELL, N. A., et al. Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. *Vaccine*. v. 24, n. 3, p. 52-61, 2006. Disponível em: < <http://www.hu.ufsc.br/projetohpv/Chapter%206%20Epidemiology%20and%20transmission%20dynamics%20of.pdf> >. Acesso em: 6 jul. 2010.

BURD, E.M. Human papillomavirus and cervical câncer. **Clin Microbiol Rev**, n. 16, v. 1 p. 1-17, 2003. Disponível em: < <http://cmr.asm.org/cgi/content/full/16/1/1>>. Acesso em: 23 jun. 2009.

CAETANO, R. et al. Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 99-118, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v16n1/v16n1a07.pdf> >. Acesso em: 15 maio 2007.

CAIN, J.M.; HOWETT, M. K. Preventing cervical cancer. **Science**. n. 288, v. 5472, p. 1753-5, Jun. 2000. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10877694> >. Acesso em: 15 maio 2007.

CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Rev Enfermagem, Texto & Contexto**, Florianópolis, n. 17, v. 1, p. 64-71, jan/mar. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/07.pdf> >. Acesso em: 23 jun. 2010.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. 1999. In: GARCIA, A. V. et al. Humanizar o humano: bases para a compreensão da proposição de humanização na assistência à saúde. **Rev. Saúde Pública**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 70-90, jan/jul. 2009. Disponível em: < <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/40/83> >. Acesso em: 18 ago. 2007.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva, Net**. v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19831.pdf> >. Acesso em: 4 jan. 2008

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva, Net**. v. 9, n.1, p. 139-146, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19831.pdf> >. Acesso em: 4 jan. 2008.

CARVALHO, A. L. S. et al. Sentimentos vivenciados por mulheres submetidas a tratamento para Papillomavírus Humano. Esc Anna Nery **Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 248-253, jun. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a10.pdf> >. Acesso em: 29 jul. 2008.

CASTELLDAQUE, X; MUÑOZ, N. Cofactors in Human papillomavirus carcinogenesis: role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking. **J Natl Cancer Inst Monogr**, n. 31, p. 20-28, 2003. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12807941> >. Acesso em: 20 ago 2009.

CLIFFORD, G. M, et al. Worldwide distribution of human papillomavirus types in cytologically normal women in the International Agency for Research on Cancer HPV prevalence surveys: a pooled analysis. **Lancet**, v. 366, n. 9490, p. 991-8, sep. 2005. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16168781> >. Acesso em: 28 jul. 2011

COELHO, D. F.; MOTTA, M. G. C. A compreensão do mundo vivido pelas gestantes portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV). **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), n. 26, v. 1, p.31-41, abr. 2005. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4538/2468> >. Acesso em: 27 set. 2008.

COELHO, E. B. S.; CALVO, M. C. M.; COELHO, C. C. **Saúde da mulher: um desafio em construção**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2006. 245 p.

COELHO, F. R. G. História e Epidemiologia. 2008. In: _____ . (Org.). **Câncer de colo de útero**. São Paulo: Tecmedd, 2008. 3-22 p.

_____. (Org.) **Câncer de colo de útero**. São Paulo: Tecmedd, 2008. 660 p.

CONTI, F. S.; BARTOLIN, S.; KULKAMP, I. C. Educação e promoção da saúde: comportamento e conhecimento de adolescentes de colégio público e particular em relação ao Papilomavírus humano. **DST- J. Brás. de Doenças Sex. Transm**, v. 18, n. 1, p. 30-35, 2006. Disponível em: < <http://www.dst.uff.br/revista18-1-2006/6.pdf> >. Acesso em: 22 abr. 2007.

CORDEIRO, S. N.; GIRALDO, P. C.; TURATO, E. R. Questões da clínica ginecológica que motivam a procura de educação médica complementar: um estudo qualitativo. **Rev. Brasileira de Educação médica**, n. 34, v. 2, p. 255-260, 2010. Disponível em: > <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a09v34n2.pdf> >. Acesso em: 06 jan.2011

CORRÊA, D. A. D; VILLELA, W. V. O controle do câncer do colo do útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 8. n. 4, p. 491-497, out/dez. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n4/15.pdf> >. Acesso em: 14 set. 2009.

COSTA, L. C. Reabilitação mental, social e sexual. 2008. In: COELLO, F. C. G. (Org.). **Câncer de colo de útero**. São Paulo: Tecmed, 2008. 650-653 p.

COSTA, M. A. F.; COSTA, M.F.B. **Projeto de pesquisa: Entenda e faça**. 1 ed. Petrópolis: Vozes, 2011. 136 p.

CYRINO, E. G; TORALLES-PEREIRA, M.L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p.780-788, maio/jun. 2004. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/15 >. Acesso em: 14 maio 2009.

DIÓGENES, M. A .R.; VARELA, Z. M. V.; BARROSO, G. T. Papiloma Vírus Humano: repercussão na saúde da mulher no contexto familiar. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS). v. 27, n. 2, p. 266-273, jun. 2006. Disponível em: < http://seer.ufrgs.br/index.php/Revista_GauchadeEnfermagem/article/viewFile/4605/252 >. Acesso em: 15 abr 2007.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SENNA, D. M. Saúde da mulher e saúde do adulto: programas e ações em unidade básica. 1996. In: CARVALHO, A. L. S. et al. Sentimentos vivenciados por mulheres submetidas a tratamento para Papillomavírus Humano. Esc. Anna Nery **Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 248 – 253, jun. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a10.pdf> >. Acesso em: 29 jul. 2008.

FERNANDES, J. V. et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública, Brasil. Net**. v. 43, n. 5, p. 851-858, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/355.pdf> >. Acesso em: 6 out. 2009.

FERREIRA, M. L. S. M. Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolau

segundo a percepção de mulheres. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 12, p.378-384, abr/jun. 2009. Disponível em: < http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo%2018.pdf >. Acesso em: 04 jan. 2010.

FIRESTONE, W. A.; DAWSON, J. A. To ethnograph or not to ethnograph? Varieties of qualitative research in education. 1981. In: LUDKE, M.; ANDRE, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. EPU, São Paulo, 1986. 99 p.

FLORIANO, M. I. ; ARAÚJO, C. S. A.; RIBEIRO, M. A. Conhecimento sobre fatores de risco associados ao câncer do colo uterino em idosas em Umuarama-PR. **Arq. Ciên. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 11, n. 3, p. 199-203, set/dez. 2007. Disponível em: < <http://revistas.unipar.br/saude/article/view/2039/1781> >. Acesso em: 04 jan. 2008.

FOCCHI, F. Colposcopia. 2008. In: _____ . (Org.). **Câncer de colo de útero**. São Paulo: Tecmedd, 2008. 239-294 p.

FORD, K. et al. The Bali STD/AIDS Study: human papillomavirus infection among female sex workers. **Int J STD AIDS**, v. 14, n.10, p.681-7, oct. 2003. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14596772> >. Acesso em: 23 jul. 2010.

FORTES, P. A. C.; MARTINS, C. L. A ética, a humanização e a saúde da família. **Revistas Brasileiras de Enfermagem**, p. 31-33, 2000. Número especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0104-pdf> >. Acesso em: 6 set.2010.

FRANCO, E. L; DUARTE-FRANCO, E.; FERENCZY, A. Cervical cancer: epidemiology prevention and the role of human papilomavírus infection. **CMAJ**, v. 3, n. 7, p.1017-25, abr. 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11314432> >. Acesso em: 29 jul 2011.

FRANCO, E. S; et al. A enfermagem e as DST's. 2000. In: BEZERRA, S. J. S. et al. Perfil de mulheres portadores de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino. **DST- J. Brás. Doenças Sex. Transm**, v. 17, n. 2, p. 143- 18, 2005. Disponível em: <. <http://www.dst.uff.br/revista17-2-2005/10-perfil%20de%20mulheres.pdf> >. Acesso em: 23 abr. 2007.

_____. et al. Critérios de positividade para cervicografia digital: melhorando a sensibilidade do diagnóstico do câncer cervical. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11 p. :2653-2660, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/20.pdf>> . Acesso em: 21 set. 2009.

FREIRE P. Educação como prática da liberdade. 1967. In: GOHN, M. G. Educação nãoformal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas. **Ensino: Aval. Pol. Públ. Educ**, Rio de Janeiro, v.14, n. 50, p. 27-38, jan/mar. 2006. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/ensaio/v14n50/30405.pdf >. Acesso em: 02 jun. 2009.

_____. **Ação cultural para a liberdade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981. 149 p. Disponível em: < http://www.bibliotecadafloresta.ac.gov.br/biblioteca/LIVROS_PAULO_FREIRE/Acao_Cultural_para_a_Liberdade.pdf > . Acesso em: 19 abr. 2007.

_____. **Educação e Mudança**. 24. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2001. 79 p.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 38. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004. 253 p.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 31. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2008. 158 p.

_____. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2011. 143 p.

FRIEDMANN, A. A. O Médico, Instrumento de Diagnóstico. 2005. In: Ismael, J. C. **O Médico e o Paciente**. 2. Ed. rev. e ampl. São Paulo: MG Editores; 2005. 149 p.

GARCIA, A.V. et al. Humanizar o humano: bases para a compreensão da proposição de humanização na assistência à saúde. **Rev. Saúde Pública**, Florianópolis, v. 2, n. 1, jan/jul. 2009. Disponível em: < <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/40/83> >. Acesso em: 28 mar. 2010.

GIR, E.; DUARTE, G.; CARVALHO, M. J. Condom: Sexo e sexualidade. **Medicina, Ribeirão Preto**, v.29, p. 309-314, abr/set. 1996. Disponível em: < http://www.fmrp.usp.br/revista/1996/vol29n2e3/condom_sex_e_sexualidade.pdf >. Acesso em: 15 maio 2010.

GIRALDO, P. C. et al. Prevenção da infecção por HPV e lesões associadas com o uso de vacinas. DST- **J Bras Doenças Sex Transm**, v. 20, n. 2, p. 132-140, 2008. Disponível em: < <http://www.dst.uff.br/revista20-2-2008/9.pdf> >. Acesso em: 23 fev. 2009.

GIRONDI, J. B. R.; NOTHAFT, S. C. S. ; MALLMANN, F. M. B. A metodologia problematizadora utilizada pelo enfermeiro na educação sexual de adolescentes. **Cogitare Enferm**, v. 11, n. 2, p.161-165, maio/ago. 2006. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/6864/4872> >. Acesso em: 28 mar. 2010.

GIULIANO, A. R. et al. Human papillomavirus prevalence at the USA-Mexico border among women 40 years of age and older. **Int J STD AIDS**, v. 16, n. 3, p.247-51, mar. 2005. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15829027> >. Acesso em: 23 jul. 2011.

GOHN, M. G. Educação nãoformal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas. **Ensino: Aval. Pol. Públ. Educ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 50, p. 27-38, jan/mar. 2006. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/ensaio/v14n50/30405.pdf >. Acesso em: 02 jun. 2009.

_____. Paulo Freire e a formação de sujeitos sóciopolíticos. **Cadernos de Pesquisa: Pensamento educacional**. v. 4, n. 8, p: 17-41, abr. 2009a. Disponível em: < http://www.utp.br/Cadernos_de_Pesquisa/sumario8.html >. Acesso em: 02 ago. 2010.

_____. **Educação nãoformal e o educador social: atuação no desenvolvimento de projetos sociais**. São Paulo: Cortez. 2009b. 103 p.

GOMES, A. M. A. et al. Sala de espera como ambiente para dar informações em saúde.

Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 7- 8, 2006. Disponível em: < <http://www.nesc.ufrj.br/cadernos/2006.pdf> >. Acesso em: 21 out. 2010.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Rev. Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 287-301, ago 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf> >. Acesso em: 21 de out. 2009.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16 p. 983-992, 2011. Suplemento 1. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a30v16s1.pdf> >. Acesso em: 25 maio 2011. Haverkos

GRYNSZPAN, D. Informação, educação e cidadania em tempos de reprodução assistida. 2007. In: SOUZA, M. C. B. ; MOURA, M. D. ; GRYNSZPAN, D (Org). **Vivências em Tempo de Reprodução Assistida. O dito e o não dito**. Editora Revinter, Ginecologia e Obstetrícia, 2007, 121-142 p.

GUERRA, M. R. et al. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf >. Acesso em: 18 mar. 2007.

HAVERKOS, H ; et al. Cigarette smoking and cervical cancer. *Biomed Pharmacother*. Mar; n. 57, v. 2, p. 67-77, 2003. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12854514> >. Acesso em: 23 jul. 2010.

HELLER, A. A concepção da família no estado de bem estar social. 1987. In: MATOS E. L. M., MUGIATTI, M. M. T. F. **Pedagogia Hospitalar: A humanização integrando educação e saúde**. 3. ed. Ed. Vozes. 2008. 181 p.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. 1995. In: CLIFFORD, G. M, et al. Worldwide distribution of human papillomavirus types in cytologically normal women in the International Agency for Research on Cancer HPV prevalence surveys: a pooled analysis. **Lancet**, v. 366, n. 9490, p. 991-8, sep. 2005. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16168781> >. Acesso em: 28 jul. 2010

ISMAEL, J.C. **O Médico e o Paciente. Breve história de uma relação delicada**. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: MG Editores; 2005. 13-14 p.

JAPUR, M.; BORGES, C. C. Sobre a (não) adesão ao tratamento: Ampliando sentidos do autocuidado. **Rev Enfermagem, Texto & Contexto**, Florianópolis. v. 17, n. 1, p. 64-71, jan/mar. 2008. Disponível em: < <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71417107.pdf> >. Acesso em: 23 fev. 2009.

JOCA, M. T.; PINHEIRO, A. K. B. Mulher acometida pelo Papilomavírus Humano e repercussões na família. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 3, p. 567-73, jul/set. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a16.pdf> >. Acesso em: 30 jan. 2010.

JUNG, W. W.; CHUN, T.; SUL, D. Strategies against human papillomavirus infection and cervical cancer. **J Microbiol**, v.42, n.4, p.255-66, dec. 2004. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15650698> > Acesso em: 28 jun 2011.

KHAN, M.J, et al. The elevated 10-year risk of cervical precancer and cancer in women with human papillomavirus (HPV) type 16 or 18 and the possible utility of type-specific HPV testing in clinical practice. **J Natl Cancer Inst**, v. 97, n. 14, p.1072-1079.2005. Disponível em: < <http://jnci.oxfordjournals.org/content/97/14/1072.short> > Acesso em: 23 jul. 2010.

LEPIQUE, A. P.; RABACHINI, T.; VILLA, L. L. HPV vaccination: the beginning of the end of cervical cancer? **Mem Inst Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 104, n. 1, p. 1- 10 feb. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762009 >. Acesso em: 3 mar. 2009.

LIMA, C. M. G. et al. Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão. **Rev. Latino- am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 21-30, jan. 1996. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n1/v4n1a03.pdf> >. Acesso em: 23 set. 2010.

LINARD, A. G.; SILVA, F. A. D.; SILVA, R. M. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino-percepção de como enfrentam a realidade. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 4, p. 493-498, 2002. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v04/pdf/artigo1.pdf >. Acesso em: 15 jun 2007.

LINHARES, A. C.; VILLA L. L. Vaccines against rotavirus and human papillomavirus (HPV). **J. Pediatr**, Rio de Janeiro. **Net**. v. 82, n.3, p.25-34, 2006. Suplemento. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v82n3s0/v82n3sa04.pdf> > . Acesso em: 29 jul 2011.

LISBOA, T. K. O empoderamento como estratégia de inclusão das mulheres nas políticas sociais. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero. Florianópolis, 2008. Disponível em: < http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST11/Teresa_Kleba_Lisboa_11.pdf >. Acesso em: 21 out. 2010.

LORENZATO, F. R. B. Organização do Rastreamento do Câncer do Colo do Útero em Países Desenvolvidos. 1980. In: ZEFERINO, L.C. (Org.). Rastreamento do Câncer de Colo de Útero. **Câncer de colo de útero**. São Paulo: Tecmedd, 2008b. 114-127 p.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da Educação**. 25. ed. São Paulo: Cortez Editora 2005. 183 p.

LUDKE, M.; ANDRE, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

LUZ, M. T. Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 2004. In: GOMES, et al. Sala de espera como ambiente para dar informações em saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 7,-18, 2006. Disponível em: < http://www.nesc.ufjf.br/cadernos/2006_1/resumos/annatalia_meneses_2006_1.pdf >. Acesso em: 21 out. 2010.

MADUREIRA, V. S. F.; TRENTINI, M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1807-1816, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v13n6/a15v13n6.pdf> >. Acesso em: 15 maio 2010.

MARTINS, L. F.; THULER, L. C. S.; VALENTE, J. G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 8, p. 485-492, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n8/26760.pdf> >. Acesso em: 11 dez. 2009.

MATOS, E. L. M.; MUGIATTI, M. M. T. F. **Pedagogia Hospitalar: A humanização integrando educação e saúde**. 3. ed. Ed. Vozes. 2008. 181 p.

MENDONÇA, R. C. M.; ARAÚJO, T. M. E. Métodos contraceptivos: a prática dos adolescentes das escolas agrícolas da universidade federal do Piauí. Esc Anna Nery. **Rev Enferm**, v. 13 n. 4, p. 863-871, out/dez. 2009. Disponível em: < http://www.cean.ufjf.br/revista_enf/20094/artigo%2022.pdf >. Acesso em: 30 jun. 2010.

MILOJKOVIC, M. Residual and recurrent lesions after conization for cervical intraepithelial neoplasia grade III. New York: **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 76, p. 49-53, 2002. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11818094> >. Acesso em: 12 set. 2009.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. II ed. São Paulo: Ed. HUCITEC. 2008. 470 p.

MORAES, A.F. Informação estratégica para as ações de intervenção social na saúde. **Ciênc. saúde coletiva, Net**. v. 13, p. 2041-2048, 2008. Suplemento 2. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a08.pdf> >. Acesso em: 25 nov. 2008.

MOREIRA, A. M. ; NARDI, R. O mestrado profissional na área de Ensino de ciências e Matemática: alguns esclarecimentos. **RBECT**, v. 2, n. 3, set/dez. 2009. Disponível em: < <http://www.pg.utfpr.edu.br/depog/periodicos/index.php/rbect/article/viewFile/549/398> >. Acesso em: 13 out. 2009.

MOREIRA, H.; CALEFFE, L. G. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. 2 ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008. 248 p.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, maio/ago. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10.pdf> >. Acesso em: 11 jun. 2010.

MUÑOZ, N. et al. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric control study. **Lancet**, n. 359, p. 1085-92, 2002. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11943256> >. Acesso em: 27 jul 2009.

NERONE, V.; TRINCAUS, E. Reações emocionais e sentimentos experienciados pelas mulheres com câncer de colo uterino. **Revista Salus-Guarapuava-PR**, v. 1, n. 2, p.147-155, jul/dez. 2007. Disponível em: < <http://revistas.unicentro.br/index.php/salus/article> >. Acesso em: 05 jan. 2010.

NETTO, A. R.; FACCHI, J. Histórico-Técnicas-Classificação. 2008. In: FOCCHI, J. (Org.). **Câncer de colo de útero**. São Paulo: Tecmed, 2008. 240-248 p.

NORO, L. M. Z.; NORO, L. R. A. A Auto-estima como Facilitadora do Processo de Ensino-aprendizagem. **Rev. Humanidades**, Fortaleza, v. 17, n. 2, p. 113-119, ago/dez. 2002. Disponível em: < http://www.unifor.br/joomla/joomla/images/pdf_s/pdfs_notitia/1515.pdf > Acesso em: 23 maio 2010.

OLIVEIRA, D. L. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 423-431, maio/jun. 2005. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a18.pdf >. Acesso em: 15 maio 2009.

OLIVEIRA, M. M. et al. Câncer cérvico uterino: um olhar crítico sobre a prevenção. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 176-183, ago. 2004. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4504/2441> >. Acesso em: 11 maio 2007.

OLIVEIRA, L. M. P.; GRYNSZPAN, D.; LANNES, J. Educação e Saúde Coletiva: unindo a pesquisa à prática social em um hospital público. In: IX Congresso Brasileiro de Saúde. 2009. Recife. n. supl. **CD DE ANAIS DE SAÚDE COLETIVA**, 2009.

PANISSET, K. S. P.; FONSECA, V. L. M. Patologia cervical na gestante adolescente. **Revista Adolescência e Saúde**, v. 6, n. 4, p. 33-40, 2009. Disponível em: < http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=7# >. Acesso em: 23 set. 2010.

PARKIN, D.M; et al. Cancer incidence in five continents. 2001. In: GUERRA, M. R. et al. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf >. Acesso em: 18 mar. 2007.

PEREIRA A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set/out. 2003. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/csp/v19n5/17825.pdf >. Acesso em: 06 jun 2008.

PEREYRA, E. A. G.; PARELLADA, C. I. Entendendo melhor a infecção pelo Papilomavírus Humano. São Paulo: Artsmed, .2003.

PESSINI, S. A.; SILVEIRA, G. P. G. Prevenção do câncer do colo uterino. 1994. In: OLIVEIRA, M. et al. Câncer cérvico uterino: um olhar crítico sobre a prevenção. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 176-183, ago. 2004. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/index.php/istaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4504/2441> >. Acesso em: 11 maio 2007.

PESQUISA DO INCA E FIOCRUZ MOSTRA RELAÇÃO ENTRE HPV E CÂNCER DE PÊNIS. 2008. **Net**. Disponível em: < www.castelo.fiocruz.br/vppdt1/inca_fiocruz.php >. Acesso em: 02 out. 2008.

PESSOTTI, I. A formação humanística do médico. In: **SIMPÓSIO ENSINO MÉDICO DE GRADUAÇÃO**. In. 29, p. 440-448, out/dez. 1996. Capítulo X Disponível em:

http://www.fmrp.usp.br/revista/1996/vol29n4/10aformacao_humanistica_medico.pdf .>. Acesso em: 17 nov. 2009.

PINTO, A. P.; TUUO, S.; CRUZ, C. O. R. Co-Fatores do HPV na oncoengênese cervical, **Rev. Assoc. Med. Brás**, v. 48, n. 1, p. 73-78, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v48n1/a33v48n1.pdf> >. Acesso em: 04 jun. 2007.

PITTA D., et al. Prevalência dos HPV 16, 18, 45 e 31 em mulheres com lesão cervical. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 32, n. 7, p. 315-20, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n7/02.pdf> .> Acesso em: 28 jul 2011.

QUEIROZ, A. M. A.; CANO, M. A. T.; ZAIA, J. E. O papiloma vírus humano (HPV) em mulheres atendidas pelo SUS, na cidade de Patos de Minas- MG. **RBAC**, v. 39. n. 2, p. 151-157, 2007. Disponível em: < http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_39_02/rbac_39_2_14.pdf .> Acesso em: 23 abr. 2010.

QUEIROZ, D. T.; PESSOA, S. M. F.; SOUZA, R. A. S. Infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV): incertezas e desafios. **Acta Paul Enferm**, v. 18, n. 2, p. 190-196, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a12v18n2.pdf> >. Acesso em: 23 out. 2007.

QUINN, M.; BABB, P.; ALLEN, E. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. 1999. In:

ZEFERINO, L. C. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 30, n. 5, p.213-215, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n5/a01v30n5.pdf> >. Acesso em: 27 ago 2008.

RABELO-SANTOS, S. H. et al. Human papillomavirus prevalence among women with cervical intraepithelial neoplasia III and invasive cervical cancer from Goiânia, Brazil. **Mem Inst Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 98, n. 2, 181-184, mar. 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/mioc/v98n2/v98n2a03.pdf> > Acesso em: 28 de julh 2011.

RAMA, C.H. et al. Prevalência do HPV em mulheres rastreadas para o câncer cervical. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 1, p.123:30, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n1/6028.pdf> .> Acesso em: 22 jan 2009.

RAMOS, M. M. **Humanismo e Tecnicismo na Formação Médica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Papers Editoriais; 2004. 60 p.

RIBEIRO, E. M. P. C. O paciente terminal e a família. 1994. In: BARROS, D. ; LOPES, R. L. M. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 295-298, maio-jun. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a09.pdf> >. Acesso em: 15 maio 2010.

RIBEIRO, K.C.B. Epidemiologia do câncer do colo do útero – Fatores demográficos e fatores de risco. In: COELHO, F.R.G. (ORG). **Câncer de colo de útero**. São Paulo, Tecmedd, 2008. 18-25 p.

RIBEIRO, M. M. F; AMARAL, C. F. S. A. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 90- 97, 2008. Disponível em:

< <http://www.scielo.br/pdf/rbem/ v32n1/12.pdf> >. Acesso em: 22 set. 2009.

RODRIGUES, A. D. et al. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. **Vivências**. v. 5, n. 7, p. 101-106, maio, 2009. Disponível em:

< www.sare.unianhanguera.edu.br/index.php/.../. > Acesso em: 13 set. 2009.

RODRIGUES, D. P.; FERNANDES, A. F. P. ; SILVA, R. M. Percepção de algumas mulheres sobre o exame papanicolau. Esc Anna Nery, **Rev Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 113-118, abr.2001. Disponível em: < www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-pdf >. Acesso em: 13 ago. 2007.

ROMANELLI, G.; BIASOLE-ALVES, Z. M. M. (Org) Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa. 1988. In: ROSA, M. V. F. P. C.; ARNOLDI, M. A. G. C. **A Entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para validação dos resultados**. 1. ed. Autêntica, 2006. 112 p.

ROSA, M. I. et al. Papilomavírus humano e neoplasia cervical. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 953-964, maio. 2009. Disponível em:

< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/02.pdf> >. Acesso em: 23 jul. 2010.

ROSA, M. V. F. P. C. ; ARNOLDI, M. A. G. C. **A Entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para validação dos resultados**. 1. ed. Autêntica, 2006. 112 p.

RUBIN, E.; FARBER, J. L. **Patologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 1564 p.

RUSSOMANO, F. **Presença de HPV nos fluídos em geral-Infecção pelo HPV**. 2000. Sem paginação. **Net**. Sem paginação. Disponível em:

< <http://www.cervical.com.br/textos/texto07.htm> 921K >. Acesso em: 14 jun. 2007.

RZEZNIK, C.; DALL'AGNOL, C. L. (Re)Descobrimo a vida apesar do câncer. **R. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 21, n. esp., p. 84-100, 2000. Disponível em:

< <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4329/2287>.> Acesso em: 27 ago. 2010.

SALLES FILHO, N. A. S. A educação para paz nas entrelinhas do pensamento educacional de Paulo Freire. [2009?]. **Net**. Sem paginação. Disponível em:

< <http://www.pitangui.uepg.br/nep/artigos.php> >. Acesso em: 23 set 2010.

SANTOS, C. L. et al. Preservativo feminino: nova perspectiva de proteção. **R. Enferm**, UERJ. Rio de Janeiro, v. 13, p. 275-283, 2005. Disponível em:

< <http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a20.pdf> >. Acesso em: 17 ago. 2008.

SCHRAIBER, L. B. O médico e seu trabalho: limites da liberdade.1994. In: CORDEIRO, S. N.; GIRALDO, P. C.; TURATO, E. R. Questões da clínica ginecológica que motivam a procura de educação médica complementar:um estudo qualitativo. **Rev. Brasileira de Educação médica**, n. 34, v. 2, p. 255-260, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a09v34n2.pdf> >. Acesso em: 06 jan.2011

SEGOVIA HERRERA, M. Risco e segurança do trabalho desde o ponto de vista de um grupo de trabalhadores de uma agência de distribuição de energia elétrica. 1988. In: LIMA, C. M. G. et al. Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 21-30, jan. 1996. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n1/v4n1a03.pdf> >. Acesso em: 23 set. 2010.

SILVA, E. D. C. et al. Papiloma Vírus Humano. **Rev. Bras Anal Clin**, v. 36, n. 3, p. 137-142, 2004. Disponível em: < www.sbac.org.br/pdfs/rbacpapiloma >. Acesso em: 23 ago.2007.

SILVA, J. L. L. **O processo saúde-doença e importância para a promoção da saúde. Informe-se em promoção da saúde**, n.2. p. 03-05, 2006. **Net**. Disponível em: < <http://www.uff.br/promocaodasaude/informe> >. Acesso em: 21 abr. 2009.

_____. et al. **Reflexões sobre a humanização e a relevância do processo de comunicação**. v. 3, n. 2, p. 09-113, jul/dez. 2007. **Net**. Disponível em: < www.uff.br/promocaodasaude/informe >. Acesso em: 17 out. 2008.

SIMÕES, A. L. A. et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Rev Enfermagem, Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 439-444, jul/set. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/a09v16n3.pdf> >. Acesso em: 07 jan. 2009.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. B. S. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 1998. In: RZEZNIK, C.; DALL'AGNOL, C. L. (Re)Descobrimo a vida apesar do câncer. **R. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.21, n.esp, p. 84-100, 2000. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4329/2287> >. Acesso em: 27 ago. 2010.

SMITH, J.S. et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. **Lancet**, Apr v 5, n. v.361, p. 1159-67, 2003. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12686037> >. Acesso em: 29 jul.2011.

SOARES, G.R.G. **Diálogos inter/multiculturais: rompendo a barreira do silêncio**. In: 2º Congresso Científico da Universidade. 2007. p: 6 Rio de Janeiro. Disponível em: < http://www.universidade.br/pesqcient/pdf/2007/educ_multicult.pdf >. Acesso em: 05 nov. 2011

SOUSA, L. B.; PINHEIRO, A. K. B.; BARROSO, M, G, T. Ser mulher portadora do HPV: uma abordagem cultural. **Rev. Esc. Enferm, USP**. v. 42; n. 4, p. 737-743, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v42n4/v42n4a16.pdf> >. Acesso em: 07 jan. 2009.

SOUSA, I. C. F. Sucesso e fracasso numa experiência de educação em saúde. **Rev. Educ e Ensino**. USB. v. 6, n.1, p. 39-44, jan/jun. 2001.

SOUZA, M. C. B.; MOURA, M. D. ; GRYNSZPAN, D. (Org). **Vivências em Tempo de Reprodução Assistida. O dito e o não dito**. Editora Revinter, Ginecologia e Obstetrícia, 2007, 176 p.

SUBBARAO, K.; RANEY, L. Social gains from female education. A cross-national study. 1992. In: SOUZA, I. C. F. Sucesso e fracasso numa experiência de educação em saúde. **Rev Educ e Ensino**, USB. v. 6, n. 1, p. 39-44, jan/jun. 2001.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Rev Enfermagem, Texto & Contexto**, Florianópolis, v.15, n. 2, p.320-325, abr/jun. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a16v15n2.pdf> >. Acesso em: 13 set. 2008.

THOMPSON, P. A. voz do passado: história oral. 1992. In: ROSA M. V. F. P. C.; ARNOLDI, M. A. G. C. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismo para validação dos resultados**. Belo Horizonte: Autêntica. 2006. 13-16 p.

THULER, L. C. S.; MENDONÇA, G. A. E. S. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Rev. Bras. Ginecol, Obstet. Net.** v.27, n.11, 2005, p. 656-660, Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n11/28706.pdf> > .Acesso em: 23 abr 2009.

THUM, M. et al. Câncer de colo uterino: percepção das mulheres sobre a prevenção. **Cienc Cuid Saúde**, v. 7, n. 4, p. 509-516, out/dez .2008. Disponível em: < <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6659/3917> >. Acesso em: 17 abr. 2009.

TOLEDO, C. P.; SEIXAS, F. A. V. Formas de tratamento de infecção por HPV no trato genital feminino. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 9, n. 3, p. 189-197, set/dez. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-2031999000400004&script=sci_artt >. Acesso em: 23 set. 2010.

TOZONI-REIS, M. F. C. Educação ambiental: natureza, razão e história. 2004. In: SALLES FILHO, N. A. S. A educação para paz nas entrelinhas do pensamento educacional de Paulo Freire 2009. **Net**. Sem paginação. Disponível em: < <http://www.pitangui.uepg.br/nep/artigos/Prof%5B1%5D.Nei.Livro.PAZ.pdf> >. Acesso em: 23 set. 2010.

VILA, A. C. D.; VILA, V. S. C. Tendências da produção do conhecimento na educação em saúde no Brasil. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 6. nov/dez. 2007. Se paginação. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_18.pdf >. Acesso em: 05 set 2008.

VILLA, L. L. Human Papillomaviruses and Cervical Cancer. 1997. In: RUSSOMANO, F. **Presença de HPV nos fluidos em geral**. 2000. **Net**. Sem paginação. Disponível em: < <http://www.cervical.com.br> >. Acesso em: 15 jun. 2007.

_____. Vacina Contra o Papilomavírus Humano (HPV). 2008. In: _____. (Org.). **Câncer de colo de útero**. São Paulo: Tecmedd, 2008. 95-168 p.

WALDOW, V. R. Cuidado humano: o resgate necessário. 1998. In: SILVA, J. L. L. et al. **Reflexões sobre a humanização e a relevância do processo de comunicação**. v. 3, n. 2, p. 09-11, jul/dez. 2007. **Net**. Disponível em: < www.uff.br/promocaodasaude/informe >. Acesso em: 17 out. 2008.

WELLER, W. Tradições hermenêuticas e interacionistas na Pesquisa Qualitativa: A Análise de narrativas segundo Fritz Schutze. Disponível em:

< <http://luizaugustopassos.com.br/wp-content/uploads/2010/05/Sch%C3%BCtze..pdf>>. Acesso em: 23 out. 2009.

WOLSCHICK, N. M. et al. Câncer de colo de útero: tecnologias emergentes no diagnóstico, tratamento e prevenção da doença. **RBAC**. v. 39, n. 2, p. 123-129, 2007. Disponível em: < www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac >. Acesso em: 12 ago. 2007.

WORD HEALTH ORGANIZATION. Child and adolescent health development. 2001. In: MENDONÇA, R. C. M.; ARAÚJO, T. M. E. Métodos contraceptivos: a prática dos adolescentes das escolas agrícolas da universidade federal do Piauí. Esc Anna Nery, **Rev Enferm**, v. 13 n. 4, p. 863-871, out/dez. 2009. Disponível em:

< http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20094/artigo%2022.pdf >. Acesso em: 30 jun.2010.

ZEFERINO, L. C. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v. 30, n. 5, p. 213-215, 2008a. Disponível em:

< <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n5/a01v30n5.pdf> .> Acesso em: 27 ago. 2008.

_____. (Org.). Rastreamento do Câncer de Colo de Útero. **Câncer de colo de útero**. São Paulo: Tecmedd, 2008b. 114-127 p.

ZIRMEMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. Como trabalhamos com grupo. Porto Alegre: Artes Médicas 1997. 424 p.

ANEXOS

ANEXO 1



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação:

Título da Pesquisa: **Desenvolvimento de estratégias sócio-educativas com pacientes de um hospital público: promovendo saúde e potencializando os mecanismos de defesa bio-psicológicos.**

Pesquisador Responsável: Lucia Maria Pereira de Oliveira - Telefone (021) 9896 1012.

Instituições a que pertence: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Departamento de Patologia e Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro. Mestranda da Pós-graduação em Ensino de Biociências e Saúde do Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz, modalidade Mestrado profissional.

Essas informações estão sendo fornecidas para que você analise e considere a possibilidade de sua colaboração voluntária, neste estudo, que tem como objetivo a produção de estratégia sócio-educativa para a prevenção do câncer de colo de útero pelo HPV e a promoção de saúde entre as mulheres.

Você terá que preencher um questionário com seus dados sócio-educativo e participar de encontros para trocas e produções de conhecimentos sobre o HPV e o câncer de colo de útero, que acontecerão no tempo que antecedem as consultas. Suas declarações serão mantidas em sigilo absoluto, sendo de minha inteira responsabilidade, a guarda de seus dados que serão avaliados somente pelos pesquisadores envolvidos no projeto e que não será permitido o acesso de terceiros; sendo garantido a proteção contra qualquer tipo de discriminação e ou estigmatização.

Você não passará por nenhum risco ou desconforto por participar dessa pesquisa e não terá despesas pessoais em qualquer fase do estudo. Também não receberá nenhuma compensação financeira, sendo sua participação de caráter estritamente voluntário.

Esta pesquisa terá a duração de três anos e ao final do estudo poderemos avaliar o trabalho e verificar a presença de benefícios. Seus dados serão utilizados somente neste estudo, e serão usados e divulgados cientificamente na forma de publicações técnico-científicas e outros recursos técnicos, sendo garantido o seu anonimato pessoal.

Você poderá recusar o convite ou deixar de participar sem prejuízos de qualquer natureza.

Em qualquer etapa do estudo, você poderá contactar a pesquisadora responsável, Lucia Maria Pereira de Oliveira, Bióloga, Professora da SME/RJ e Técnica em Assuntos Educacionais da UFRJ através do telefone (021) 9896 1012 e no Departamento de Patologia subsolo, sala 05 desta unidade hospitalar. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sala 01D-46- 1º andar, fone 2562 -2480 - e através do e-mail: ccp@hucff.ufrj.br
Eu, Enfermeira (o) _____, sei que:

Sou membro integrante da equipe médica do Ambulatório de Ginecologia do 4º andar do HUCFF/UFRJ e acredito ter sido suficientemente esclarecido (a) a respeito das informações sobre o estudo acima e entendi que estou sendo convidado (a) a colaborar com esta pesquisa sobre o HPV e o câncer de colo de útero. Sei que terei que preencher um questionário sobre o atendimento dessas pacientes e participarei de reuniões para debates sobre a humanização da medicina, sendo os dados registrados para análise posterior e uso em divulgações científicas inerentes a este estudo específico. Desta forma, concordo com os itens acima que li, e aceito participar voluntariamente desta pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do (a) enfermeiro (a) colaborador (a)

Assinatura do pesquisador responsável



ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação:

Título da Pesquisa: Desenvolvimento de estratégias sócio-educativas com pacientes de um hospital público: promovendo saúde e potencializando os mecanismos de defesa bio-psicológicos.

Pesquisador Responsável: Lucia Maria Pereira de Oliveira - Telefone (021) 9896 1012.

Instituições a que pertence: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Departamento de Patologia e Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro. Mestranda da Pós-graduação em Ensino de Biociências e Saúde do Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz, modalidade Mestrado profissional.

Essas informações estão sendo fornecidas para que você analise e considere a possibilidade de sua colaboração voluntária, neste estudo, que tem como objetivo a produção de estratégias sócio-educativas para a prevenção do câncer de colo de útero pelo HPV.

Você terá que preencher um questionário para a informação de dados sobre o atendimento das pacientes do Ambulatório de Ginecologia do 4º andar do HUCFF/UFRJ e participar de reuniões sobre a humanização da medicina. Suas declarações serão mantidas em sigilo absoluto, sendo de minha inteira responsabilidade, a guarda de seus dados que serão avaliados somente pelos pesquisadores envolvidos no projeto e que não será permitido o acesso de terceiros; sendo garantido a proteção contra qualquer tipo de discriminação e ou estigmatização.

Você não passará por nenhum risco ou desconforto por participar dessa pesquisa e não terá despesas pessoais em qualquer fase do estudo, Também não receberá nenhuma compensação financeira, sendo sua participação de caráter estritamente voluntário.

Esta pesquisa terá a duração de três anos e somente ao final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício. Seus dados serão utilizados somente nesta pesquisa, e serão usados e divulgados cientificamente na forma de gráficos, tabelas e outros recursos técnicos, sendo garantido o seu anonimato pessoal.

Você poderá recusar o convite ou deixar de participar sem prejuízos de qualquer natureza.

Em qualquer etapa do estudo, você poderá contactar a pesquisadora responsável, Lucia Maria Pereira de Oliveira, Bióloga, Professora da SME/RJ e Técnica em Assuntos Educacionais da UFRJ através do telefone (021) 9896 1012 e no Departamento de Patologia subsolo, sala 05 desta unidade hospitalar. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – sala 01D-46- 1º andar, fone 2562-2480 – e-mail: ccp@hucff.ufrj.br

Eu, Dr _____, sei que:

Sou membro integrante da equipe médica do Ambulatório de Ginecologia do 4º andar do HUCFF/UFRJ e acredito ter sido suficientemente esclarecido (a) a respeito das informações sobre o estudo acima e entendi que estou sendo convidado (a) a colaborar com esta pesquisa sobre o HPV e o câncer de colo de útero. Sei que terei que preencher um questionário sobre o atendimento dessas pacientes e participarei de reuniões para debates sobre a humanização da medicina, sendo os dados registrados para análise posterior e uso em divulgações científicas inerentes a este estudo específico. Desta forma, concordo com os itens acima que li, e aceito participar voluntariamente desta pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do (a) médico (a) colaborador (a)

Assinatura da pesquisadora responsável



ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação:

Título da Pesquisa: **Desenvolvimento de estratégias sócio-educativas com pacientes de um hospital público**: promovendo saúde e potencializando os mecanismos de defesa bio-psicológicos.

Pesquisador Responsável: Lucia Maria Pereira de Oliveira - Telefone (021) 9896 1012.

Instituições a que pertence: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Departamento de Patologia e Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro. Mestranda da Pós-graduação em Ensino de Biociências e Saúde do Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz, modalidade Mestrado profissional.

Essas informações estão sendo fornecidas para que você analise e considere a possibilidade de sua colaboração voluntária, neste estudo, que tem como objetivo a produção de estratégias sócio-educativas para a prevenção do câncer de colo de útero pelo HPV.

Você terá que preencher um questionário com seus dados socioeducativos e participar de encontros para trocas e produções de conhecimentos sobre o HPV e o câncer de colo de útero, que acontecerão no tempo que antecedem as consultas. Suas declarações serão mantidas em sigilo absoluto, sendo de minha inteira responsabilidade, a guarda de seus dados que serão avaliados somente pelos pesquisadores envolvidos no projeto e que não será permitido o acesso de terceiros; sendo garantido a proteção contra qualquer tipo de discriminação e ou estigmatização.

Você não passará por nenhum risco ou desconforto por participar dessa pesquisa e não terá despesas pessoais em qualquer fase do estudo. Também não receberá nenhuma compensação financeira, sendo sua participação de caráter estritamente voluntário.

Esta pesquisa terá a duração de três anos e somente ao final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício. Seus dados serão utilizados somente nesta pesquisa, e serão usados e divulgados cientificamente na forma de gráficos, tabelas e outros recursos técnicos, sendo garantido o seu anonimato pessoal.

Você poderá recusar o convite ou deixar de participar sem prejuízos de qualquer natureza.

Em qualquer etapa do estudo, você poderá contactar a pesquisadora responsável, Lucia Maria Pereira de Oliveira, Bióloga, Professora da SME/RJ e Técnica em Assuntos Educacionais da UFRJ através do telefone (021) 9896 1012 e no Departamento de Patologia subsolo, sala 05 desta unidade hospitalar. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – sala 01D-46- 1º andar, fone 2562-2480 – e-mail: ccp@hucff.ufrj.br

Eu, _____, sei que:

Sou paciente do Ambulatório de Ginecologia do 4º andar do HUCFF/UFRJ e acredito ter sido suficientemente esclarecida a respeito das informações sobre o estudo acima e entendi que estou sendo convidada a participar desta pesquisa sobre o HPV e o câncer de colo de útero. Sei que terei que preencher um questionário sobre os meus dados socioeducativos, comparecer as consultas e participar de encontros informais para trocar e produzir conhecimentos sobre o HPV e o câncer de colo de útero, sendo estes dados registrados para análise posterior e uso em divulgações científicas inerentes a este estudo específico. Desta forma, concordo com os itens acima que li, e aceito participar voluntariamente desta pesquisa.

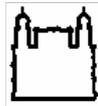
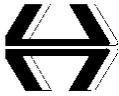
Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do paciente

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICES

APÊNDICE 1



Programa de Pós-Graduação Stricto sensu
Mestrado em Ensino de Biociências e Saúde/IOC/Fiocruz
Lucia Maria Pereira de Oliveira
Dr.^a Danielle Grynszpan e Dr.^a Joseli Lannes
Projeto de Mestrado - 2009

HUCFF/UFRJ IOC/Fiocruz

Pesquisadora responsável: Lucia Maria Pereira de Oliveira
Bióloga / Especialista em Citologia Clínica/UFRJ
Prof.^a SME/ Prefeitura do RJ e Técnica em Assuntos Educacionais FM/ UFRJ

LEVANTAMENTO DE DADOS COM AS AUXILIARES DE ENFERMAGEM
(TODAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SERÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS)
FAVOR USAR LETRA DE FORMA

Data: ___/___/___ Questionário: _____

EM RELAÇÃO A SEU ATENDIMENTO: (AMBULATÓRIO DE PTGI/HUCFF/UFRJ)

- 1- Como se dá o seu contato com as clientes desse setor? _____
- 2- Você procura conversar, com as clientes enquanto elas aguardam o atendimento na sala de espera?
 não, pois _____ sim, pois _____
- 3- Quando conversa, você sente dificuldade de comunicação com as clientes?
 não, pois _____ sim, pois _____
- 4- Para você as pacientes que chegam e aguardam o atendimento sentem-se _____
- 5- Você se preocupa em orientar essas clientes em relação ao HPV?
 não. Suponho que elas já receberam esta orientação.
 não. Só se elas perguntarem.
 sim. É importante explicar sempre.
- 6- Para você existe algum fator contraditório ao tratamento do HPV em relação a essas pacientes? Qual? _____
- 7- Em sua opinião, as clientes desse setor têm real consciência de seu problema de saúde?
 sim, pois _____ não, pois _____
- 8- Você, na sua função de auxilia de enfermagem, se vê como um promotor de saúde?
 sim, pois _____ não, pois _____
- 9- Que sugestões você daria para melhorar o estado de saúde dessas clientes? _____
- 10- Qual é a sua sugestão para melhor ocupar, o tempo em que as pacientes aguardam o atendimento na sala de espera, desse setor _____

APÊNDICE 2



Programa de Pós-Graduação Stricto sensu
Mestrado em Ensino de Biociências e Saúde/IOC/Fiocruz
Lucia Maria Pereira de Oliveira
Dr.^a Danielle Grynszpan e Dr.^a Joseli Lannes
Projeto de Mestrado - 2009

HUCFF/UFRJ IOC/Fiocruz

Pesquisadora responsável: Lucia Maria Pereira de Oliveira
Bióloga / Especialista em Citologia Clínica/UFRJ
Prof.^a SME/ Prefeitura do RJ e Técnica em Assuntos Educacionais FM/ UFRJ

LEVANTAMENTO DE DADOS COM MÉDICOS
(TODAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SERÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS)
FAVOR USAR LETRA DE FORMA

Data: ___/___/___ Questionário _____

1- Em relação à anamnese, você realiza:

- superficialmente porque já conhece o problema das pacientes que chegam e assim, _____
- com calma, buscando se aprofundar, pois _____
- não realiza porque _____

2- Você sente dificuldades de comunicação com suas clientes?

- não, pois _____
- sim, pois _____

3- Você costuma explicar para elas todos os resultados dos exames preventivos?

- não. Só informo. Suponho que elas já sabem pois fazem parte de um setor de controle do HPV.
- sim, nos casos em que há alguma alteração mais significativa.
- sempre.

4- A cada consulta, você se preocupa em orientá-las em relação ao HPV?

- não. Suponho que elas já receberam esta orientação.
- apenas se elas perguntarem.
- sim. É importante explicar sempre.

5- Para você, o apoio do companheiro pode vir a influenciar o êxito da conduta médica em relação ao HPV? não, pois _____ sim, pois _____

6- Para você, existe algum fator contraditório ao procedimento médico em relação ao HPV? ____

7- A visão que orienta sua prática médica consiste em perceber sua cliente como um ser:

- biológico que necessita de _____
- biopsicossocial que necessita de _____

8- No desenvolvimento de sua função, você se preocupa em observar em suas pacientes _____

09- O que você sugere para o melhor aproveitamento do tempo em que as pacientes aguardam pelo atendimento na sala de espera? _____

10- Quais são as estratégias utilizadas por você no combate ao HPV e a prevenção do câncer de colo de útero, junto as clientes _____

APÊNDICE 3



HUCFF/UFRJ IOC/Fiocruz

Programa de Pós-Graduação Stricto sensu
Mestrado em Ensino de Biociências e Saúde/IOC/Fiocruz
Lucia Maria Pereira de Oliveira
Dr.^a Danielle Grynszpan e Dr.^a Joseli Lannes
Projeto de Mestrado - 2009

Pesquisadora responsável: Lucia Maria Pereira de Oliveira
Bióloga / Especialista em Citologia Clínica/UFRJ
Prof.^a SME/ Prefeitura do RJ e Técnica em Assuntos Educacionais FM/ UFRJ

LEVANTAMENTO DE DADOS COM PACIENTES
(TODAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SERÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS)
FAVOR USAR LETRA DE FORMA

Data: ___/___/___ Entrevistas _____

Parte I - DADOS PESSOAIS

Nome: _____ Data de Nasc: ___/___/___ Telefone: _____

01- Estado civil: solteira casada separada viúva tenho namorado

02- Quanto a filhos: não tenho (Pular n° 4) tenho ___ filhos

03- Eu moro: sozinha moro com _____

04- Você conversa com seus filhos sobre sexo?

sim, converso porque _____

não, porque: tenho vergonha não sei o que dizer nunca conversei

05- Em relação ao trabalho: não trabalho estudo trabalho, em _____

05- Quanto ao seu grau de instrução:

não sei ler nem escrever.

nunca estudei, mas sei ler e escrever.

ensino fundamental completo ensino fundamental incompleto (___ ano)

ensino médio 3º grau completo 3º grau incompleto

07- Religião: não tenho tenho. Sou _____

08- Sua crença religiosa tem influência em seu comportamento sexual?

sim _____ não _____

09- Quando estou na sala de espera, normalmente sinto-me _____

10- Sua família sabe do seu problema de saúde?

sim, todos somente alguns de minha confiança não, pois _____

PARTE 2- SOBRE SEUS HÁBITOS E ATITUDES

01- Você fuma: não. fumo há _____ anos. fumei há _____ anos e parei.

02- Sobre a pílula anticoncepcional

nunca usei. uso há _____ anos. usei _____ anos e parei.

03- Você já teve quantos parceiros sexuais:

um dois três vários

04- Com que idade começou a sua vida sexual? Com _____ anos

05- Em suas relações sexuais, você estimula seu parceiro a usar camisinha?

- na minha época não se falava nisso
- nunca, porque confio nele
- nunca, porque me parece que ele não gosta
- já tentei, mas ele não gosta
- sim . Ele usa sempre
- sim. Ele usa às vezes

06- Você conhece o preservativo (camisinha) feminina ?

- sim, mas nunca usei porque não sei como se usa
- sim, mas nunca usei porque tenho vergonha
- já tentei, mas ele não gosta e por isso não uso
- sim, mas não tenho vida sexual ativa
- sim. Ele usa às vezes
- não, nunca ouvi falar

07- Você procura adquirir algum tipo de conhecimento sobre o seu problema de saúde?

não, pois _____ sim, eu _____

08- O que você costuma fazer enquanto aguarda pelo atendimento na sala de espera? _____

09- Eu gosto de: ouvir música ler ver televisão usar a internet escrever
 cantar conversar e debater fazer poesias pintar

PARTE 3- EM RELAÇÃO A SEU ESTADO DE SAÚDE

01- Sobre suas consultas ao ginecologista:

- falto _____ porque _____ e quando lembro remarco a consulta que perdi.
- venho em todas as consultas, pois _____

02- Sobre o seu exame de Papanicolau:

- eu não fazia; comecei a fazer porque _____
- está atrasado. Não faço há _____, porque _____
- sempre fiz direitinho e está em dia.

- 03- Você sabe por que é aconselhável fazer frequentemente o exame de Papanicolau?
 não sim. Para _____
- 04- Você sabe o que é HPV? não sei sei. É _____
- 05 - Você sabe como se contrai o HPV? não sim, _____
- 06- Você sente algum mal estar, (físico, emocional ou ambos) que em sua opinião, pode estar relacionado com o HPV?
 não sinto nada sim. Sinto _____
07. Você sabe qual é a doença que possui?
 Sim _____ Não. _____
- 08- O HPV mudou algo em sua vida?
 nada. mudou, porque _____
- 09- Na falta de tratamento, você sabe qual é a doença que o HPV pode originar?
 não. sei sim. É _____
- 10- Você já ouviu falar da vacina para prevenir contra o HPV? sim. não.
- 11- Em relação à possibilidade de HPV e das possíveis conseqüências, seu companheiro:
 se preocupa e te apóia.
 não quer saber. Ele diz que _____
 ele não sabe, pois _____
- 12- Em sua opinião seu companheiro aceitaria vir junto com você para conversar comigo sobre o HPV?
 sim não, ele _____
- 13- Você sabe que o HPV pode causar o câncer de pênis? não. sim.
- 14- Que cuidado você toma para não ter câncer de colo de útero? _____

PARTE 4- SOBRE A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

- 01- De que forma você é recebida pelo seu médico (a) na sala de consultas? _____
- 02- Você tem dificuldade de se comunicar com seu médico (a)?
 não, porque _____ sim, porque _____
- 03- Você segue as recomendações que seu médico (a) faz?
 sim, porque _____
 não, porque _____

04- Ele/ ela te explicou o que é HPV?

- sim e eu entendi
- não explicou
- sim, mas eu não entendi e _____

05- Seu médico (a) te explica sempre o resultado de seu exame de Papanicolau?

- sim, de maneira, simples e, clara e assim, eu consigo entender.
- sim, só que eu não entendo o que ele (a) diz.
- não explica.

06- O médico (a) te explicou a importância de fazer o exame de Papanicolau?

- Sim, de maneira simples e clara, e assim, eu consegui entender.
- Sim, só que eu não entendi e _____
- Não explicou.

07- Seu médico (a) já convidou seu marido, companheiro ou namorado para conversar sobre o HPV? sim _____ não

08- Cite duas coisas que te incomodam muito nas consultas _____

09- Existe alguma coisa que você sugere que possa vir a melhorar o atendimento?

(Profissionais de saúde, equipamentos, etc...) _____

10- Como você poderia ajudar as pessoas que freqüentam a sala de espera deste setor? Dê sua sugestão. _____

APÊNDICE 4

Registros fotográficos de processo e produto em local de espera do ambulatório de PTGI .

Figura 1. Pacientes aguardando o atendimento em local de espera do PTGI.



Figura 2. Clientes participando de processo socioeducativo em sala de espera do PTGI



APÊNDICE 5

Slides elaborados e apresentados em sala de espera como parte integrante de estratégia socioeducativa desenvolvida com pacientes do ambulatório de Patologia do Trato Genital Inferior/Ginecologia/HUCFF/UFRJ.

Slide 1. Apresentação da pesquisa

**PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE
IOC/ FIOCRUZ - MS**

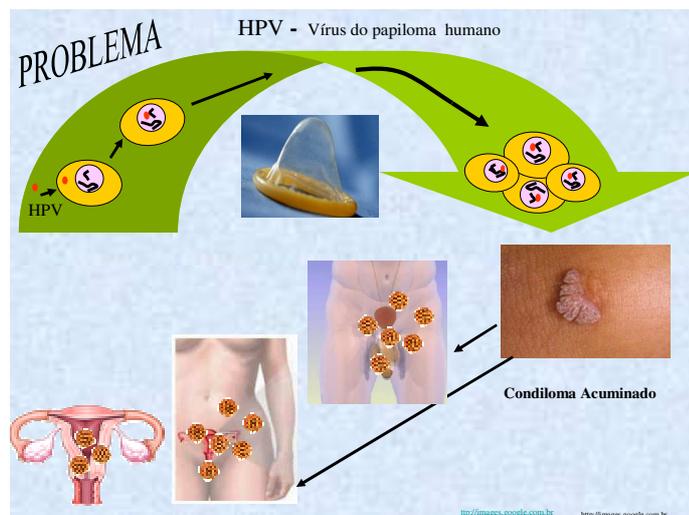
**Desenvolvimento de processo e produto
socioeducativo: promovendo saúde em uma
sala de espera**

Lucia Maria Pereira de Oliveira
lmpo@ioc.fiocruz.br

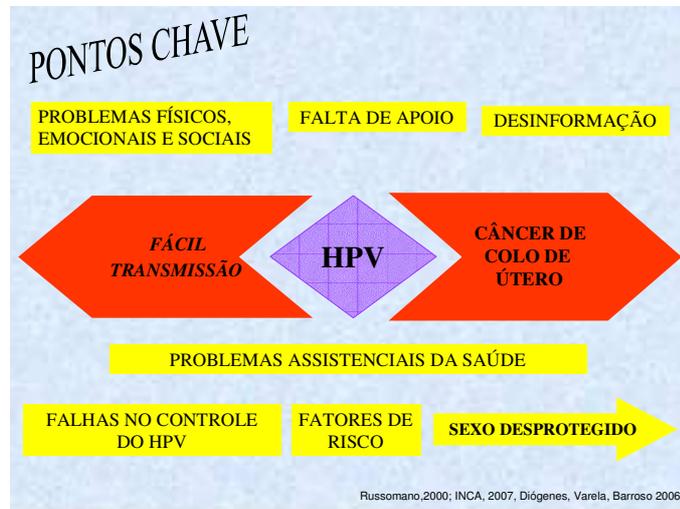
Orientadoras
Dr.^a Danielle Grynszpan
Dr.^a Joseli Lannes



Slide 2. Observação da Realidade: O problema



Slide 3. Pontos chave: Convicções erradas



Slide 4. Pontos chave: a transmissão do HPV



Slide 5. Pontos chave: os sintomas tardios



Slide 6. Pontos chave: controle do HPV



Slide 7. Ponto Chave: Colposcopia - Visão das lesões e tratamento

Teorização - Pré- supostos de solução



Slide 8. Aplicação à realidade: plano de ação





Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

INSTITUTO OSWALDO CRUZ
Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde

LUCIA MARIA PEREIRA DE OLIVEIRA

**Roteiro para o desenvolvimento de processo e produto socioeducativo:
promovendo saúde em uma sala de espera**

Dissertação apresentada ao Instituto Oswaldo Cruz
como parte dos requisitos para obtenção do título
de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof.^a Dr.^a. Danielle Grynszpan

RIO DE JANEIRO

2011



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

INSTITUTO OSWALDO CRUZ
Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde

LUCIA MARIA PEREIRA DE OLIVEIRA

**Roteiro para o desenvolvimento de processo e produto socioeducativo:
promovendo saúde em uma sala de espera**

ORIENTADOR: Prof. Dr. Danielle Grynszpan

Aprovada em: 16/12/2012

EXAMINADORES:

Profº. Drº. Marco Antonio Ferreira da Costa - EPSJV/FIOCRUZ - (Presidente)

Profª. Drª. Isabela Cabral Felix de Sousa - NUTES/UFRJ

Profª. Drª. Maria do Carmo Borges de Souza - IG/UFRJ

Profª. Drª. Lucia Rodriguez de La Rocque - IOC/Fiocruz - (Revisor e suplente)

Profº. Drº. Gutemberg Leão de Almeida Filho - IG/UFRJ - (Suplente)

Rio de Janeiro, 16 de dezembro de 2011

A meus pais que preocupados com a educação de seus filhos procuraram nos mostrar caminhos permeados pela cognição e emoção que conduzissem ao convívio ético em sociedade. Meus eternos agradecimentos pelos ensinamentos que, ainda hoje, servem como pilares para as conquistas de nossos ideais;

Aos meus irmãos, grandes amigos e cúmplices incondicionais não só neste, mas em todos os projetos que me envolvi e que, por certo, ainda me envolverei ao longo de minha vida. À vocês, em resposta ao amor, apoio, ao companheirismo, incentivo, à confiança, ao nosso convívio amigo e aos ensinamentos dele advindos.

AGRADECIMENTOS

A meus pais (em memória) Zulmiro e Jacira pelo amor, zelo, apoio, e a educação ministrada;

Aos meus irmãos pelo apoio e estímulo, pela participação e integração a meus ideais contribuindo para essas conquistas. Como exemplo desta união, cito meu irmão Luiz Carlos pela presença e dedicação constante;

A Deus por ter-me ofertado uma família amiga e essencial em todas as minhas conquistas;

Às pacientes do Ambulatório de Patologia do Trato Genital Inferior, minha eterna gratidão e respeito, principalmente àquelas que me presentearam com a sua história, confienciando-me suas experiências, suas emoções e concepções que propiciaram a troca e produção de saberes essenciais para o desenvolvimento desta dissertação;

Ao Departamento de Ginecologia do HUCFF/UFRJ, aos profissionais de saúde do Ambulatório de Patologia do Trato Genital Inferior, em especial a Doutora Vera Lucia Fonseca, Professora e Médica responsável por este ambulatório e às Auxiliares de enfermagem Geisa e Vanisse pela recepção e cooperação;

Às Coordenadoras do Curso de Pós-Graduação EBS/Fiocruz e a todos os Professores pelos ensinamentos ministrados;

À Revisora Dr. Lúcia de La Rocque pelo aceite e pela contribuição a esta dissertação;

À Banca Examinadora pelo aceite, pela participação e pela relevante contribuição neste momento marcante em minha vida;

À Prof.^a Dr.^a Danielle Grynszpan e a Prof.^a Dr.^a Joseli Vieira Lannes pela orientação;

A todos meus amigos que incentivaram esta trajetória, em especial a Viviane pelos momentos compartilhados nesta academia;

Aos Secretários Rafael Benjamim e Isaac Macedo pela colaboração e apoio.

“A mente que se abre a uma nova idéia jamais
voltará ao seu tamanho original”.

Albert Einstein

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
OBJETIVO DO ESTUDO	2
JUSTIFICATIVA	2
CAPÍTULO 1. METODOLOGIA	4
1.1. Caracterização da pesquisa	4
1.2. A Filosofia Problematizadora de Paulo Freire	5
CAPÍTULO 2. DESENVOLVIMENTO DE UM PROCESSO EM LOCAL DE ESPERA DE UM HOSPITAL PÚBLICO	6
2.1. Cuidados relativos à realização de uma pesquisa com seres humanos	6
2.2. O contexto	7
2.2.1. Etapas de investigação	7
2.3. Análise interpretativa de dados	9
2.4. O processo socioeducativo	10
CAPÍTULO 3. RESULTADOS	12
3.1. Cuidados na elaboração e aplicação da estratégia socioeducativa	15
3.2. O desenvolvimento do produto	19
CAPÍTULO 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
CAPÍTULO 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	51
APÊNDICES	55



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Desenvolvimento de processo e produto socioeducativo: promovendo saúde em uma sala de espera

A carência de cultura científica, e de espaços educacionais apropriados para incrementá-la, parecem contribuir à morbimortalidade do câncer uterino pelo vírus do papiloma humano (HPV) em mulheres de baixo grau de escolaridade. Com base na abordagem da pesquisa qualitativa de cunho etnográfico, nosso trabalho procurou demonstrar que, devido à interação das mulheres entre si e delas com a equipe de saúde, as clientes parecem conviver melhor com seus conflitos biopsicosociais. Observamos que a efetividade dos tratamentos está também relacionada à escuta interessada das clientes com papilomavírose, estando sujeitas a agravos em consequência de práticas curativas e automatizadas, cotidianamente exercidas por profissionais do sistema público de saúde. Assim sendo, realizamos com base em Freire, o desenvolvimento de um processo socioeducativo que suscitou, como produto, a criação de uma sala de espera interativa no Setor de Ginecologia de um hospital universitário. O principal objetivo foi converter um espaço de espera em uma sala com a preocupação não só de acolhimento, com também de um constante processo de construção compartilhada de saberes. Ao mesmo tempo, práticas ligadas à promoção da saúde e à prevenção do câncer são desenvolvidas, conforme reivindica a atual Política Nacional de Humanização da Saúde.

Palavras-chave: Sala de espera, Promoção da Saúde ligada ao HPV, Política Nacional de Humanização da Saúde.

Process Development and Socio educational Product: promoting health in a waiting room

The lack of scientific culture, and educational activities appropriate to increase it, seem to contribute to morbidity and mortality of cervical cancer by human papillomavirus (HPV) in women of low educational level. Based on the approach of qualitative ethnographic research, our study sought to demonstrate that, due to the interaction of women among themselves and with their health care team, clients seem to live better with their conflicts biopsicosociais. We found that the effectiveness of treatment is also related to hearing from interested customers with papilomavírose, and subject to damages as a result of healing practices, automated daily performed by professional public health system. Therefore, we based on Freire, the development of a process which led childcare as a product, creating a waiting room in the interactive industry of Gynecology of a university hospital. The main objective was to convert a room waiting in a room with a concern not only the host, with also a constant process of shared construction of knowledge. At the same time, practices related to health promotion and cancer prevention are developed, as claims the current National Policy of Humanization of Health

Key-words: Awaiting room- Promoting health against HPV- National Humanization Policy of Health.

LISTA DE SIGLAS

AGUS	Atipias de Significado Indeterminado de Células Glandulares
ASCUS	Atipias de Significado Indeterminado de Células Glandulares
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior
DP	Departamento de Patologia
DST	Doença Sexualmente Transmitida
EBS	Ensino em Biociências e Saúde
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HPV	Vírus do Papiloma Humano
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IOC	Instituto Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NICs	Neoplasias Intraepiteliais Cervicais
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEJA	Programa de Ensino de Jovens e Adultos
PNH	Política Nacional de Humanização
PRÓ-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PTGI	Patologia do Trato Genital Inferior
R1	Residente 1
R2	Residente 2
R3	Residente 3
SAP	Serviço de Anatomia Patológica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SUS	Sistema Único de saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Figura 1.	Pacientes aguardando o atendimento em local de espera do PTGI -----	14
Figura 2.	Arco proposto por Charles Maguerez (Cópia de Pereira, 2003 p. 1532)-----	19
Figura 3	Clientes participando de estratégia socioeducativa em sala de espera do PTGI-	37

Slides

Slide 1.	Apresentação da pesquisa -----	20
Slide 2.	Observação da realidade: o problema -----	20
Slide 3.	Pontos chave: convicções erradas -----	23
Slide 4.	Pontos chave: a transmissão do HPV -----	26
Slide 5.	Pontos chave: os sintomas tardios -----	27
Slide 6.	Pontos chave: controle do HPV -----	30
Slide 7.	Colposcopia – Visão das lesões e tratamento Teorização e Hipótese de solução -----	32
Slide 8.	Aplicação à realidade: plano de ação -----	35

INTRODUÇÃO

O processo e produto de Mestrado Profissional, aqui descritos, surgiram a partir da elaboração de uma dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde (EBS) do Instituto Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz, intitulada, “Desenvolvimento de processo e produto socioeducativo: promovendo saúde em uma sala de espera”.

O contato da pesquisadora responsável com a temática adveio da leitura de exames cervicovaginais enquanto citotécnica do laboratório de Citodiagnóstico do Serviço de Anatomia Patológica do Departamento de Patologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (SAP/DP/HUCFF/UFRJ) e com o Curso de Pós-graduação Lato sensu em Citologia Clínica da Faculdade de Farmácia/UFRJ. O projeto prévio por ela elaborado, agora técnica em assuntos educacionais dessa mesma universidade, nasceu das inquietações geradas pelos diagnósticos relacionados ao vírus HPV e das histórias de desconhecimento das pacientes sobre a questão. Este projeto aprimorou-se com a experiência do grupo do Setor de Analfabetismo Científico do Laboratório de Biologia das Interações do Instituto Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) em reprodução humana, originando esta dissertação de Mestrado Profissional.

Com a sua elaboração, atendemos às exigências expressas no edital de concurso/EBS/IOC-2008 de: “formar mestres capazes de aprimorar, planejar, avaliar e implementar a prática de ações educativas inovadoras no seu espaço profissional, bem como elaborar produtos e/ou processos objetivando o enriquecimento da prática profissional na área de Ensino em Biociências e Saúde”, conforme exigência da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES apud MOREIRA e NARDI, 2009 p.4). Assim, desenvolveu-se um estudo em sala de espera com um grupo específico de mulheres já comprometidas com o Vírus do papiloma humano (HPV) e integrantes do ambulatório de ginecologia do referido hospital universitário.

O relato desta pesquisa cumpre o objetivo de descrever a realização de um processo de educação científica e promoção da saúde que é representativo de um "produto" conforme exigências do Mestrado Profissional/EBS. Esperamos que este roteiro sirva como exemplo e estímulo para futuros estudos que visem a elaboração de estratégias de educação em saúde em diversos ambientes profissionais de saúde.

.OBJETIVO DO ESTUDO

Desenvolver um processo socioeducativo em sala de espera do ambulatório de Patologia do Trato Genital Inferior (PTGI/Ginecologia/HUCFF/UFRJ), direcionado ao acolhimento, à transformação e a troca e produção de saberes sobre o HPV.

JUSTIFICATIVA

O reconhecimento do vírus HPV como causa central do câncer cervical propiciou novas “abordagens preventivas” em relação a esta doença, incluindo a prevenção e o controle da infecção genital através da vacinação e de estratégias de promoção da saúde (INCA 2008, INCA 2011b)

O câncer cervical é uma das neoplasias mais conhecidas pelo mundo científico; o que possibilita condutas de intervenções eficientes e necessárias à sua contenção. Portanto, não se justificam, frente ao avanço tecnológico do mundo contemporâneo, as elevadas taxas de mortalidade observadas por esta doença.

A reflexão sobre a temática acrescida de relatos de desconhecimento das *pacientes* sobre a questão gerou na pesquisadora responsável por esta pesquisa, o desejo de integração de duas temáticas: saúde e educação, com a intenção de intervir, de alguma forma, na cultura das pacientes e, assim, integrá-las ao tratamento do HPV e a consequente prevenção do câncer cervical. A experiência prévia como Professora do Programa de Ensino de Jovens e Adultos norteou a decisão de integrar a filosofia problematizadora de Paulo Freire ao processo de educação em saúde para o desenvolvimento dessa estratégia socioeducativa em local de espera.

Caracterizada como crônica, a papilomavirose é uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) e acomete crianças, homens e mulheres, sendo considerada um problema de saúde pública (DIÓGENES et al., 2006).

A prevenção do HPV, recomendada pela OMS e adotada pelo Ministério da Saúde (MS) no Brasil desde 1988, é similar à medida de prevenção primária da neoplasia cervical e consiste na adoção do sexo seguro por meio do estímulo ao uso de preservativo (MS, 1988). Como prevenção secundária ao câncer cervical recomenda-se a realização do exame de Papanicolau na

população feminina, a fim de se identificar as portadoras de lesões precursoras dessa neoplasia, obter-se o diagnóstico dos graus dessas lesões e assim, proceder ao tratamento adequado.

As dificuldades de realização de Programas de rastreamento dessas lesões e os problemas assistenciais são fatores contraditórios a prevenção do câncer cervical. Assim, voltamos nossa atenção para a proposta da Política de Humanização em Saúde (PNH) implantada em 2003 que visa introduzir melhorias assistenciais no Sistema Único de Saúde (SUS) em prol do paciente e do profissional de saúde. Dada a complexidade da infecção pelo HPV na vida da mulher, entende-se a importância de reformulação nos cursos de formação médica lançado pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde elaborado pelo Ministério da Cultura (MEC) e o MS (PRÓ-SAÚDE/MEC/MS, 2005). As novas metas traçadas exaltam ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, o que deve gerar nos profissionais de saúde alterações no modo de agir e de se relacionar com o paciente. Para os médicos ginecologistas estas propostas ganham especial relevância, pois segundo o INCA (2002) é essencial que esse profissional disponha de condições favoráveis ao atendimento, já que além do conhecimento técnico-científico, o ginecologista deve exercitar a empatia. Sendo assim, é essencial que ele se veja como verdadeiro agente de promoção da saúde e que busque traçar parcerias com suas pacientes. Então, é fundamental a oferta de condições favoráveis não só durante sua formação, como também, posteriormente, para o exercício de sua profissão junto às mesmas.

No contexto de saúde atual, convive-se com a procura de modelos de atenção à saúde que superem as dificuldades assistenciais e para tal, especial atenção tem sido dada àqueles diretamente relacionados ao processo que são: o profissional de saúde e o paciente. Assim, por acreditarmos em Freire (2011, p.78) quando diz que “mudar é difícil, mas é possível”, investimos na ampliação dos saberes das mulheres do ambulatório de PTGI, visando melhorias em seu estado de saúde biopsicossocial e a promoção da saúde nas três esferas: cognitiva, afetiva e social.

Compreendemos que a conscientização da doença é um fator primordial para que as pacientes assumam real compromisso com o rastreamento e tratamento das lesões pelo HPV. É essencial que assumam essa responsabilidade consigo mesmas, confluindo para a melhoria de sua saúde. Portanto, foi com o olhar de confiabilidade na educação que aceitamos o desafio de desvendar, como favorecer a prevenção do câncer cervical e promover a obtenção de saúde em um grupo de mulheres comprometidas com o HPV? Como melhor contribuir para o seu estado de saúde biopsicossocial?

CAPÍTULO 1. METODOLOGIA

1.1. Caracterização da pesquisa

Sendo nossa pesquisa de cunho social, procuramos conhecer melhor a “realidade histórica” de nossas *pacientes* e conforme indicação de Minayo (2008, p. 47), adquirir “maior compreensão das complexas interações estabelecidas” entre elas e os profissionais de saúde do ambulatório de PTGI. Com o intuito de integrá-las em função de melhores condições de saúde, procuramos obter conhecimentos específicos de nossas agentes sociais com a intenção de estimular nelas, a transformação na sua maneira de ver e agir frente a sua doença. Para isso, foi necessário incentivar a busca da subjetividade, do interesse, das emoções e valores existentes (MINAYO, 2008; MOREIRA e CALEFFE, 2008). Através da dialética entre passado-presente, procuramos apresentar-lhes propostas de reestruturação de sua realidade de tal forma que vislumbrassem uma nova maneira de planejar o seu futuro como *clientes* conscientes de seu problema de saúde. Assim sendo, para o desenvolvimento desta pesquisa optamos pelo desenvolvimento de uma abordagem qualitativa de cunho etnográfico.

A abordagem qualitativa privilegiou o estudo do conjunto de fenômenos praticados pelos seres humanos que conviviam no ambulatório de PTGI, em um recorte no tempo e do espaço. Buscamos ao mesmo tempo, conhecer ao máximo o contexto sócio-ambiental para melhor colaborar no sentido de propor um produto que, para nós, se configura como transformação do espaço estudado.

Conforme indicações da pesquisa etnográfica, planejamos a realização de um estudo profundo dos dados socioculturais em busca de conhecimentos sobre o nosso grupo de pesquisa (FIRESTONE e DAWSON 1981, apud LUDKE e ANDRÉ, 1986). Por meio da observação direta em território próprio, visamos “desvendar a realidade através de uma perspectiva cultural” sem perder de vista o respeito a suas especificidades e a autenticidade dos fatos sociais por elas vivenciados e narrados (SEGOVIA HERRERA 1988, apud LIMA et al., 1996, p. 23).

A pesquisa qualitativa de cunho etnográfico propiciou-nos o conhecimento profundo sobre o nosso grupo de estudo, através não só da observação direta, mas por meio de estratégias investigativas eficientes.

1.2. A Filosofia Problematizadora de Paulo Freire

A também denominada de educação libertadora defendida por Paulo Freire (1921-1997) é considerada por muitos pesquisadores que seguem a teoria freireana como uma modalidade da metodologia problematizadora (GIRONDI et al., 2006; GOHN, 2009a). Segundo Bordenave e Pereira (2008), a base do processo educativo, nesse método de ensino, repousa na participação ativa do indivíduo na resolução de um problema, de forma a estimular o seu senso crítico e gerar mudanças em suas concepções. Na visão de Luckesi (2005), durante o seu exercício deve-se questionar a realidade das relações do homem consigo mesmo e com a natureza, buscando a sua transformação pois, ao deparar-se com uma temática que vivencia, o sujeito sente-se estimulado a participar, favorecendo o ato de aprender.

Atendendo a perspectivas do método citado, tem-se a filosofia freireana que define como meta do processo educativo “a libertação; a transformação radical da realidade para melhorá-la, para torná-la mais humana, para permitir que os homens e as mulheres sejam reconhecidos como sujeitos da sua história e não como objetos” (Freire 2001, p. 28), ideais ao nosso estudo.

Fortalecendo essa nossa visão, há a análise de Gohn (2009b, p. 20), que considera a abordagem da realidade defendida por Freire de “caráter multidisciplinar e favorece diversas dimensões promovedoras de mudança na consciência dos indivíduos, voltadas para a transformação de si próprios e do meio social onde vivem”. E ainda de Backes et al (2005) ao considerarem que a importância da dimensão problematizadora de Paulo Freire está no desenvolvimento da autonomia do sujeito a partir do diálogo.

Freire em sua obra *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa* preconiza o princípio da dialogicidade como fator essencial a evolução social do sujeito. Para isso, considera que a educação deve ser crítica e dirigida à tomada de decisões e à responsabilidade social e política (FREIRE, 2011).

Em função das especificidades da proposta de educação problematizadora de Paulo Freire, e da complexidade de nossas questões de estudo entendemos a necessidade de desenvolvermos uma estratégia envolvente e convidativa a conversação sobre temas extraídos da história de nossas pacientes. Logo, optamos pelo uso do arco de Magueréz, que usa a realidade do indivíduo como ponto de partida e de chegada para o exercício da problematização sendo este recurso recomendado por Pereira (2003) como referência para uso com estas metodologias.

CAPÍTULO 2. DESENVOLVIMENTO DE UM PROCESSO EM LOCAL DE ESPERA DE UM HOSPITAL PÚBLICO

2.1. Cuidados relativos à realização de uma pesquisa com seres humanos

Por se tratar de uma pesquisa que envolve a participação de seres humanos, foi necessário submetê-la à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que abrange o Conselho de Ética.

O tempo total de realização deste estudo foi de 3 anos, a contar da data de aprovação pelos Comitês de Ética do IOC/Fiocruz em 29/07/09 sob o nº 452/08, e do HUCFF/UFRJ 08 em 10/10/2008, sob o nº 174/08. Dentre este período, permanecemos 19 meses em contato direto com o grupo de estudo, o que implicou na elaboração e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas auxiliares de enfermagem (**Anexo 1**), médicos (**Anexo 2**) e pacientes (**Anexo 3**).

Inicialmente, buscamos conhecer a população geral da qual obteríamos o nosso grupo de estudo. Desta forma, foi feito um levantamento a partir da análise dos diagnósticos de exames de Papanicolau de 480 pacientes, escolhidas aleatoriamente, e entre cerca de 3 600 anotações desses exames que foram realizados pela bióloga responsável por essa pesquisa no período de 1998 a 2006, enquanto citotécnica do Laboratório de Citodiagnósticos do SAP/DP/HUCFF/UFRJ. Para a confirmação e complementação dos exames das pacientes selecionadas, recorremos à rede de Banco de Dados desse hospital e aos prontuários. A constatação de que 329 mulheres (68%) dentre as 480 selecionadas mostrou algum tipo de comprometimento compatível com a infecção pelo HPV e confirmou a existência da população ideal e propícia, para dela se extrair parte do nosso grupo de estudo. Ou seja, as pacientes que deveriam cumprir a exigência de suspeita ou comprometimento com esse vírus.

No que se refere aos profissionais de saúde, eles deveriam integrar a equipe de saúde do ambulatório de Patologia do Trato Genital Inferior onde se concentram essas pacientes. O referido ambulatório encontra-se alocado no quarto andar desse hospital-escola que se destaca pela excelência dos serviços de educação e saúde prestado a população brasileira, e até mesmo de outros países.

Para este setor são designadas todas as pacientes comprometidas com o vírus HPV, para que integrem um grupo de acompanhamento e de rastreamento das lesões pré-neoplásicas numa

ação preventiva contra o câncer uterino. Assim sendo, nosso objetivo foi de desenvolver um trabalho de acolhimento, de troca e produção de saberes e de transformação em relação à melhoria do estado biopsicossocial das pacientes para a prevenção do câncer de colo de útero e para a promoção da saúde.

2.2. O contexto

Como em todo estudo de cunho etnográfico, de início, realizamos o conhecimento do território, ou seja, do local de espera do ambulatório de PTGI /Ginecologia/HUCFF/UFRJ. Neste primeiro contato, realizamos a apresentação do trabalho junto ao médico chefe do Departamento de Ginecologia e posteriormente, à uma médica e chefe, responsável por esse ambulatório. Simultaneamente, realizamos com estes profissionais parcerias para as práticas das atividades e registramos aspectos relevantes sobre este território e sua rotina de funcionamento, conforme indicação de Teixeira e Veloso (2006).

Enfatizamos que não constou em nossos objetivos a proposta de promover melhorias no espaço físico deste local de espera, mas sim promover uma transformação no aspecto relacional entre os atores sociais que integram este contexto e propiciar melhorias no estado de saúde das pacientes que ali convivem.

A diversidade de atores e temas a serem investigados exigiu a prática de estratégias de investigação específicas, que contribuiriam para o enriquecimento da pesquisa e que concederam subsídios eficientes para o desenvolvimento de nosso estudo, conforme descrito a seguir:

2.2.1. Etapas de investigação

Elaboração de questionários

Com os profissionais de saúde (auxiliares de enfermagem e médicos), optamos pelo uso de questionários com modelos padronizados e constituídos por perguntas abertas e fechadas. Com isso, almejamos que todos os respondentes recebessem o mesmo estímulo no momento de emitir suas respostas, além de ser mais rápido e objetivo como relatam Moreira e Caleffe, (2008) e para nosso contexto, mais fácil de ser aplicado por não exigir a presença do pesquisador, garantindo inclusive o anonimato do respondente.

Assim, preocupamo-nos em elaborar questionários para profissionais de saúde tendo em vista o atendimento de objetivos específicos, referentes às diferenças funcionais.

O questionário para auxiliares de enfermagem (**Apêndice 1**) constituiu-se de uma única parte, intitulada “Em relação ao atendimento” e visou conhecer o tipo de interação existente entre as auxiliares de enfermagem e as pacientes (preocupação que norteia o trabalho destas profissionais) e como se dava esta prática.

O questionário para os médicos (**Apêndice 2**) também foi estruturado em uma única parte intitulada “Coleta de dados”. Através dele, procuramos obter dados das considerações que possuíam em relação às pacientes, assim como conhecer as estratégias utilizadas pela equipe médica no controle do HPV e na prevenção do câncer de colo de útero.

Elaboração de um roteiro de entrevista semiestruturado

Com as pacientes usamos o recurso da entrevista, uma vez que pretendíamos obter, conforme Rosa e Arnoldi (2006, p 11), “[...] um conhecimento novo”, [...] sistematizando-o ao que já se sabe”. Foi nossa pretensão obter informações sobre o comportamento delas (passado e presente) e sua relação com sentimentos e valores, como preconizam Thompson (1992, apud Rosa e Arnoldi, 2006). Buscamos através do uso de entrevista, não só o contato maior com nossas pacientes, mas também o estímulo a uma inteiração com elas. Assim, preparamos um roteiro semiestruturado (**Apêndice 3**), conforme o recomendado por Rosa e Arnoldi, 2006, já que ele permite e incentiva o sujeito a falar espontaneamente sobre si mesmo e sobre o tema em questão.

Portanto, investimos na obtenção de dados socioculturais de nossas investigadas e elaboramos questões fechadas e abertas, como forma de estimular o diálogo. Este roteiro foi padronizado e organizado em quatro partes favoráveis ao alcance de nossos objetivos, conforme se segue:

Dados pessoais. Procuramos obter informações que permitissem caracterizar o “sujeito” alvo da pesquisa e investigamos algumas particularidades de âmbito individual e do convívio familiar dessas pacientes.

Sobre seus hábitos e atitudes. Buscamos conhecer aspectos gerais ligados à sua vida cotidiana, ao seu comportamento sexual; se existia o contato com os co-fatores estimuladores da oncogenicidade viral, e ainda, se buscavam obter informações sobre o HPV e como se sentiam na sala de espera.

Em relação ao seu estado de saúde. Objetivamos desvendar que tipos de concepções possuíam em relação ao HPV, se adotavam medidas preventivas e quais eram elas, quais as consequências decorrentes do diagnóstico de HPV em suas vidas e a reação de suas famílias frente a esse diagnóstico.

Sobre a relação médico-paciente. Procuramos conhecer como acontecia esta relação; se recebiam informações dos médicos e sugestões para melhorar, se necessário, o atendimento.

2.3. Análise interpretativa de dados

É característica da pesquisa qualitativa ter o pesquisador como um instrumento fundamental. Cabe a ele observar o fenômeno social e analisá-lo como fenômeno cultural (MOREIRA e CALEFFE, 2008). Assim sendo, optamos por uma análise interpretativa detalhada do contexto e dos dados obtidos na etapa investigativa, a fim de obter explicações para as questões e processos relacionados aos objetos pesquisados (Weller, 2007), que nos conduziu a uma interpretação fidedigna dos relatos.

Inicialmente, como regra essencial descrita por Moreira e Caleffe (2008), procuramos extrair todo o teor de informações obtidas. Assim, em relação aos questionários enfatizamos que respeitamos as escritas das auxiliares e das médicas, e que seus dados foram lidos e relidos, transcritos e conferidos sucessivamente. Já em relação às entrevistas com pacientes, por terem sido gravadas, estas foram ouvidas, editadas e lidas exaustivamente.

A fim de obter conhecimentos profundos de nosso grupo de pesquisa, partimos do estudo de um todo. Dessa forma, fomos selecionando indicadores que culminaram com a formação de categorias, ou seja, os recortes do texto que seriam utilizados para análise. Estes foram lidos e relidos a fim de se obter os principais temas, palavras, frases e outros, sempre valorizando seus aspectos de significância para o alcance dos objetivos propostos. Assim, obtivemos padrões emergentes dessas categorias (Moreira e Caleffe, 2008) que consideramos como subcategorias.

Posteriormente, conforme recomendações dos autores acima, realizamos o processo de contagem a partir da ausência ou presença expressiva de determinados elementos, a frequência com que aparece o seu registro, pelo uso de advérbios, adjetivos e outros. No decorrer deste estudo utilizamos fichas, tabelas e gráficos favorecendo a leitura dos resultados. Durante todo o processo, preocupamo-nos em manter os critérios de objetividade e de neutralidade, a fim de garantir a obtenção de resultados fidedignos.

Ao mesmo tempo, fomos formulando idéias, pré-supostos e obtendo explicações que nos direcionou à compreensão dos significados e das experiências de vida desses atores sociais. A interpretação dos dados propiciou-nos a construção social da realidade do grupo de estudo em um contexto específico: o local de espera do ambulatório de PTGI/HUCFF/UFRJ.

2.4. O processo socioeducativo

Tendo em vista a complexidade de nossa proposta de transformação de um local de espera, em um ambiente interativo e propício à melhoria do estado biopsicossocial das pacientes, à prevenção do câncer cervical e à promoção da saúde compreendemos a necessidade de mostrar ao nosso grupo de estudo a percepção da doença como um problema também social e afetivo conforme já enfatizado por Pessoti em 1996. Para tanto, procuramos subsídios nos resultados obtidos em nossa etapa investigativa.

Investimos em uma prática dialogal, expositiva e estimuladora da participação de pacientes, procurando articular o cognitivo, o afetivo e o social: fatores essenciais para intervir de alguma forma na cultura de nossas investigadas. Procuramos gerar o conhecimento e a autonomia reivindicada pela PNH em saúde vigente, visando a promoção da saúde em sala de espera.

Autores como Gohn (2006, p. 13) acreditam que esses ambientes são propícios ao ensino não formal e para ela, as metodologias nele utilizadas devem partir “[...] da cultura dos indivíduos e dos grupos. O método deve nascer a partir da problematização da sua vida cotidiana”. Esta autora define como objetivo básico da educação não formal “estimular e integrar os diversos grupos sociais e gerar um modo de educar em resposta aos interesses e as necessidades de quem dele participa” (GOHN 2006, p. 13). Para ela, o processo de aprendizagem e produção de saberes inerentes à educação não formal envolve o estado emocional e cognitivo das pessoas, propiciando aos indivíduos fazer uma leitura crítica do mundo em que vivem. A autora referencia a educação não formal como um processo de aprendizagem social, pois ela “volta-se para o ser humano como um todo” (GOHN, 2009b, p 33).

Assim sendo, consideramos também a reivindicação de Pereira (2003, p. 1528) quando aconselha para a educação em saúde, o uso de “referenciais educativos que favoreçam a reflexão crítica e participativa do sujeito”.

Desta forma, com a preocupação em atender às dimensões social, cognitiva e afetiva de nossa proposta de educação, buscamos integrar as concepções freireanas ao nosso estudo.

Investimos nesta filosofia que apresenta uma dimensão problematizadora e dialógica a partir de temas retirados da realidade do sujeito e que conduz a uma relação crítica e transformadora dessa realidade. Para Freire (2008), o diálogo assume uma função integradora, pois quem ensina também aprende, numa troca da riqueza cultural.

Acreditamos que a partir do exercício da problematização em local de espera, em associação com arco de Maguerez, poderíamos mexer de alguma forma com a cultura de nossas pacientes e assim, contribuir para a melhoria de seu estado de saúde. Investimos na proposta de pesquisadores como Sousa (2001) que recomenda o uso da educação não formal em sala de espera, como fator favorável para o empoderamento da mulher.

Segundo essa autora os melhores níveis de educação exercem forte influência na autonomia feminina relacionado aos seus direitos sexuais e reprodutivos, contribuindo para a redução de DSTs e gravidezes indesejadas. Favorece a busca de esclarecimentos e acentuam as possibilidades de autonomia crítica para a formação de seus próprios valores e para a melhoria gradual e progressiva de sua vida material. Como ser humano dotado de uma visão crítica da realidade social pode promover ainda o seu bem estar biopsicossocial e contribuir para o seu empoderamento (BARROSO, 2004; FREIRE, 2001; LISBOA 2008).

CAPÍTULO 3. RESULTADOS

Como em todo estudo etnográfico realizamos um criterioso estudo de nosso território conforme indicação de Teixeira e Veloso (2006). Esse estudo mostrou que o local de espera consistia em um espaço físico pequeno, asseada e com 25 cadeiras empilhadas e encostadas nas paredes. Durante o horário de atendimento, elas são distribuídas em fileiras, até ocupar todo o espaço do cômodo, sem janelas, sendo algumas também distribuídas no corredor. No canto dianteiro, ao lado esquerdo de quem entra, notamos uma pequena bancada fixa na parede. Próximo a ela, existe uma lixeira e no teto um ventilador. As paredes nuas não exibem nenhum folheto, mural ou painel com informações quer sejam de rotina ambulatorial quer de saúde. À esquerda, ao lado da porta de entrada, existe outra porta que permanece a maior parte do tempo fechada. Ela conduz a uma saleta que dá passagem para os consultórios e para um banheiro, utilizado pelos funcionários e *pacientes*. Percebemos que no local de espera transitavam não só as *pacientes*, mas alguns de seus acompanhantes, os médicos e auxiliares de enfermagem desse setor e ainda funcionários do arquivo, almoxarifado, rouparia e outros.

Muito embora tenhamos considerado este espaço físico como inadequado a promoção da saúde, julgamos importante esclarecer que não foi nossa intenção promover mudanças nele. Mas, sim, conhecer e desvendar como se davam as relações interpessoais dos frequentadores desse ambiente e assim, promover de alguma forma mudanças para a melhoria do estado de saúde biopsicossocial dos atores que ali conviviam.

A análise de questionários com as auxiliares de enfermagem e médicas e de entrevistas com pacientes mostrou-nos informações importantes relativos ao nosso grupo de estudo.

Em relação as auxiliares de enfermagem, nosso estudo revelou uma atividade intensa junto a equipe médica associada ao atendimento em local de espera. No entanto, ainda assim, notamos nestas profissionais uma preocupação com o estado de saúde biopsicossocial das *pacientes*. E também, o desejo de uma maior aproximação de forma a prestar uma assistência mais completa com o repasse de informações para o segmento populacional que frequenta a sala de espera do ambulatório. Preocupadas com as pacientes, solicitaram a realização de ações educativas em sala de espera.

Por terem manifestado o desejo de uma maior aproximação com as pacientes em relação à doença que possuem e admitindo-se impossibilitadas em virtude do pouco conhecimento sobre a

questão, realizamos com elas, uma sessão na qual dialogamos sobre a papilomavirose e as conseqüências dessa doença vivenciadas pelas pacientes.

No que se refere à equipe médica percebemos que ela é formada por uma única médica, professora e chefe responsável pelo ambulatório de PTGI. Entre as funções como médica e chefe de serviço, esta profissional acumula o compromisso de atendimento no ambulatório, ministra aulas bem como participa de cirurgias. Além disso, se responsabiliza pelas duas auxiliares de enfermagem e pela supervisão das treze residentes (R1, R2 e R3) que estão ligadas ao atendimento do ambulatório e de enfermaria.

Observamos nesta equipe uma dedicação nos moldes preconizados pela OMS, o que lhes garante o desenvolvimento de procedimentos eficazes contra o HPV e o câncer de colo de útero. No entanto, detectamos características práticas delineadas ora pela formação tecnicista, ora pela formação humanista. Constatamos uma preocupação com o ser doente, mas uma certa dificuldade em adotar práticas menos formais durante as consultas, e ainda uma rotina exacerbada que impõe dificuldades também no atendimento e no acolhimento. Notamos haver entre os médicos e as pacientes problemas na comunicação, pois mesmo diante de esforços de um grupo de médicas em passar informações durante as consultas, prevalece a falta de compreensão das mulheres em relação ao seu problema de saúde.

Os resultados obtidos, mediante ao estudo com 38 entrevistas gravadas mostraram-nos que as pacientes que frequentam este local de espera não constituem um grupo e sim, o agrupamento referido por Zirmem e Osório (1997) onde, muito embora aconteça o encontro entre pessoas, não existe entre elas nenhuma forma de interação. Permaneciam desconhecidas e sem nenhum vínculo permanente. Então, compreendemos a importância de se trabalhar entre elas o “estranhamento”, e estimular gradativamente o reconhecimento do “outro”, (Gohn 2009a) de forma a propiciar um convívio cordial com ênfase ao respeito mútuo e favorável a troca de experiências, sem perder de vista o direito e as especificidades. Notamos a falta de conhecimento sobre a doença e o contato contínuo com co-fatores virais. Permitiram-nos ainda a caracterização do ambiente de espera como lugar gerador de insatisfação. Percebemos que este ambiente era sustentador de medos, tensões e descrédito no tratamento, atuando, além disso, como desintegrador da relação paciente-paciente. Identificamos este ambiente como favorável para que o doente assuma integralmente a função de “paciente”, adotando uma posição passiva e indiferente a tudo e muitas vezes, até a si mesmo (MATOS e MUGIATTI, 2008).

Desta forma, encontramos um agrupamento de mulheres comprometidas com o HPV, conforme o observado (**Apêndice 4**) na **Figura 1**, (**p. 14**) limitadas por carências psicossociais

sustentadas pela falta de conhecimento em relação à patologia que possuem. Em consequência, sentimo-nos desejosas de estimular nelas “[...] o poder de decisão e equilíbrio de direitos [...]”, comuns em *clientes*, que enfrentam a doença e traçam parcerias com seus médicos em favor do tratamento, conforme preconizado pela Cartilha do Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza-SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS (2009, p. 32) quando adverte que nos serviços de saúde o termo “*paciente*” ao longo dos anos, passou a ser interpretado como “aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado”. Assim, aconselha o uso do termo *cliente* que designa “[...] quem confia sua saúde a um trabalhador da saúde [...] e incorpora a ideia de poder contratual, e de contrato terapêutico efetuado”. Com base nesses ideais Benevides e Passos (2006, p. 32) recomendam o termo *cliente* que envolve o “[...] poder de decisão e de equilíbrio” tão desejado na proposta atual de humanização da saúde (2009) e instaurada desde 2003 pelo Ministério da saúde no Brasil.

Figura 1. Pacientes aguardando o atendimento em local de espera do PTGI.



Assim sendo, optamos pela elaboração de uma estratégia socioeducativa com a intenção de minorar os problemas emocionais vivenciadas pelas *pacientes* neste “ambiente negativo”, com foco na troca e produção de conhecimentos sobre o HPV. Era nosso desejo transformar este

ambiente de espera num lugar de socialização, onde *clientes* dialogam e partilham bons sentimentos.

3.1. Cuidados na elaboração e aplicação da estratégia socioeducativa

A elaboração da estratégia socioeducativa aconteceu com base nos resultados relatados que propiciaram um conhecimento profundo de nosso grupo de estudo, o que favoreceu o respeito às especificidades.

O baixo nível de escolaridade detectados nas *pacientes* mostrou-nos a importância do uso de palavras simples, objetivas e claras para melhor compreensão daquilo que foi exposto. Permitiu-nos refletir sobre o tipo de recurso a ser utilizado a fim de explorar e apresentar de forma significativa, a questão abordada.

O conhecimento do estado de saúde biopsicossocial de nossas *pacientes* revelou-nos a necessidade de desenvolver de forma mais descontraída as conversações sobre a temática estudada com o objetivo de evitar transtornos e constrangimentos. Durante todo o tempo procuramos manter um ambiente calmo e convidativo ao diálogo e a exposição natural dos fatos. Compreendemos a importância de valorizarmos seus relatos e investir na sua adesão à proposta apresentada.

Para isso, percebemos a necessidade de uma prática que estimulasse a participação de *pacientes*, a sua liberdade de expressão, a troca de conhecimentos, o desenvolvimento do senso crítico e a conscientização sobre a sua doença, com ênfase na prevenção do câncer de colo de útero e na promoção da saúde. Consideramos também, as demandas da médica responsável e das auxiliares de enfermagem com relação ao funcionamento do serviço e à importância de cuidados pessoais com o corpo e cuidado que antecedem a execução de exame preventivo.

Optamos pelo uso de uma estratégia simples e discreta, porém esclarecedora e motivadora da participação das *pacientes* através do uso de desenhos de figuras humanas coloridas, esquemas coloridos com tonalidades pouco fortes, chamativas e ainda frases curtas, a fim de facilitar a leitura e a compreensão do tema. Especial atenção foi dada ao uso de vocabulário claro e objetivo, mas respeitável, de forma a não ir de encontro às diferenças culturais existentes. Outra preocupação foi a de não manifestar nenhum tipo de julgamento pelas opiniões, ideias e atitudes demonstradas. Como estratégia para facilitar a compreensão do tema, os termos científicos eram introduzidos em associação ao vocabulário popular. Assim sendo, “baixa imunidade“ foi

associada a “corpo debilitado”; a transmissão do HPV, a “passar o HPV” e assim por diante. Em alguns momentos utilizamo-nos de frases afirmativas negativas para evitar controvérsias, como: “O corpo debilitado não dá HPV, mas pode favorecer o seu desenvolvimento”. Em outros momentos, utilizamos citações das próprias clientes em tempo real para exemplificar ou explicar algum dado.

Investimos em uma prática expositiva e estimuladora da participação de todos os presentes, que culminou com a produção de oito slides, através dos quais procuramos articular o afetivo, o social, o desenvolvimento de autoestima e a reconstrução de conhecimentos (Gohn 2009a), fatores essenciais para o alcance de nossos objetivos.

A aplicação de estratégia socioeducativa (**Apêndice 5**) totalizou 18 encontros que aconteceram dentro do espaço de espera do ambulatório de PTGI, com duração média de 70 minutos para cada encontro. Mediante uma conversa prévia com a médica responsável por este setor, concordamos que esta prática aconteceria entre 07:20 e 08:20h da manhã, em um período em que as pacientes aguardavam pelo atendimento.

No primeiro dia, conforme aconteceu em todo o período, às 7.00h aguardávamos em frente à porta do ambulatório, junto às pacientes que iam chegando gradativamente, a vinda das auxiliares de enfermagem para a abertura do setor. Com a finalidade de “quebrar o estranhamento”, (Gohn 2009b) já nestes breves momentos buscávamos iniciar um diálogo descontraído, sem relação com a temática que seria em breve discutida.

Uma vez dentro do pequeno espaço de espera, arrumávamos as cadeiras buscando organizá-las de forma a permitir o acesso das pessoas para o interior do ambulatório, como também propiciar uma boa visualização das imagens projetadas diretamente na parede da sala. Em seguida, procedia-se a montagem do equipamento, sempre buscando manter um diálogo amistoso a fim de propiciar um ambiente descontraído. Uma vez finalizada a arrumação, apagavam-se as luzes e dávamos início à estratégia, que todos passaram a denominar “palestras”.

É necessário esclarecer que durante a aplicação dessa atividade contamos não só com as pacientes de nosso estudo, mas com outras mulheres que integram a rotina desse quadro ambulatorial. Contamos também com alguns acompanhantes (companheiros, filhas de diferentes idades, mães, e outros) e por vezes alguns funcionários que em sua rotina de trânsito pela sala, paravam para “dar uma olhadinha”. Assim sendo, foram frequentes as manifestações de surpresas com a descoberta de nosso trabalho e em vários momentos ouvimos: “*O que tenho que fazer para entrar?*” ou “*Como eu não soube dessas palestras?*” O que muitas vezes era respondido pelas integrantes de nosso estudo: *C(04) “Conversa depois com ela, ela deixa você participar sim. Ela é*

boazinha!"; C(48) "Nossa! A doutora está aqui com a gente faz tanto tempo! Você não conhece?" e de C(50) "Ela veio para ficar com a gente".

No decorrer da palestra buscamos deixar todos os presentes à vontade. O objetivo era que participassem, expondo suas dúvidas, questionando e dando seus depoimentos num diálogo descontraído sobre o HPV e o câncer de colo de útero. Nesse processo interativo, fato é que as surpresas foram recíprocas. Se para algumas pacientes a nossa presença e até os equipamentos eram novidades, para nós o mesmo acontecia frente à diversidade dos grupos que em algumas vezes eram formados por mulheres com dificuldades de conversação. Isso exigia que durante todo o tempo fossem emitidas palavras de incentivo para que se pudesse cumprir um de nossos objetivos que consistia no diálogo esclarecedor. Outras vezes, contávamos com pessoas mais descontraídas e abertas ao diálogo. Em muitos momentos, deparávamo-nos com mulheres com grande dificuldade de compreensão e ainda com relato de concepções equivocadas como *"É o que dizem: o útero só serve para menstruar, engravidar e dar câncer!"* O que exigiu formas delicadas de esclarecimentos para minorar o desconforto de muitas mulheres que convivem com o medo do câncer e temem pela cirurgia ou daquelas que vivenciam carências por já tê-la feito.

Outro motivo de preocupação era o estado emocional das pacientes. Em função disso, as informações eram passadas em um linguajar simples e delicado, procurando tirar dúvidas, levantar questionamentos, estimular a autoestima e ainda a integração de todos os presentes, através do diálogo. Como estratégia para facilitar a compreensão do tema, as informações eram passadas, sendo os termos científicos esclarecidos de imediato e associados ao vocabulário popular. Da mesma forma, muitas vezes utilizamo-nos de frases afirmativas negativas para evitar controvérsias. Em muitos momentos, utilizamos citações das próprias pacientes para exemplificar, explicar algum dado ou ainda problematizar alguma temática.

Por vezes, foi com satisfação que percebemos que as clientes usavam seus celulares para gravar parte da "palestra" e fotografar os slides para mostrarem a seus companheiros. Outro fator demonstrativo da valorização de nosso trabalho foram as cobranças por parte das pacientes de realização de "palestras" em outros dias diferentes de quartas-feiras, como: "No mês passado, vim na terça feira, mas a senhora faltou!". Ou então, que começasse "[...] um pouco mais tarde", pois o horário nas primeiras horas da manhã era dificultoso para muitas.

Tendo em vista o estado emocional das pacientes, só considerávamos finalizada a prática no momento em que se diminuía as perguntas, os comentários e as ênfases para as questões discutidas. Portanto, aguardávamos um pouco junto a elas e em atendimento a solicitação da responsável e das auxiliares de enfermagem, esclarecíamos sobre a rotina de atendimento nesse

ambulatório, sobre os prontuários ou falávamos também sobre a higiene íntima. Passados alguns minutos, anunciávamos o final dessa ação educativa com a indagação: “podemos finalizar?” Então agradecíamos, e enquanto recolhíamos o nosso equipamento, reforçávamos o convite para a próxima reunião e falávamos sobre assuntos corriqueiros, como a dificuldade de acesso ao hospital devido ao trânsito intenso, o frio, a chuva e outros.

Com o intuito de prepará-las para o encerramento desse trabalho de pesquisa, já no mês de junho começamos a divulgar a sua finalização prevista para o final de agosto. Fato que encaravam com muita surpresa: *C(12)* “*Por quê? A senhora tinha que continuar com a gente!*”; *C(32)* “*Quando a senhora vai voltar doutora?*” e *C(48)* “*E agora? Quem vai ficar com a gente?*” Esse resultado foi contraditório quando comparado ao trabalho de pesquisa realizado por Gomes et al.(2006) no momento em que se depararam com críticas as atividades de educação em saúde desenvolvidas em sala de espera de uma unidade de saúde e na qual transcorreu o seu estudo. Estes autores constataram uma insatisfação pelas temáticas apresentadas pelos facilitadores, já que não correspondiam às expectativas das pacientes que reivindicaram a apresentação de temas mais interessantes. Esse fato nos faz refletir na valorização que Paulo Freire dá ao sujeito e a sua realidade no processo educativo. É essencial conhecer o sujeito para poder trabalhar com suas experiências na construção de conhecimentos (Freire 2011), fato que enaltece também o uso do arco de Maguerez que trabalha com a realidade dos sujeitos, conforme Pereira, 2003.

Durante a execução de nossa atividade, o clima e o nível de participação observado dentro do grupo foi muito diversificado, porém rico em trocas de conhecimentos. Sobre este aspecto, ressaltamos que durante toda nossa permanência em sala de espera mantínhamos um canal permanente de diálogo com a doutora responsável, a fim de obter informações dos efeitos de nossa atividade sobre as clientes. A esta indagação sempre ouvíamos “Está tudo bem”.

A aplicação da estratégia socioeducativa nesse ambiente de espera culminou com a última etapa de nosso processo. Durante a sua aplicação, buscamos de alguma forma gerar uma mudança na cultura dessas mulheres através do diálogo que para Soares (2007, p. 3) [..] pode alterar crenças, atitudes e valores, excluindo diferenças que impeçam o entendimento e propiciando a compreensão em meio às diversidades”.

Assim, exploramos esse espaço em sua integralidade como um “espaço potencial” de ações educativas estimulando nossas clientes a assumirem a responsabilidade do autocuidado e mostrando-lhes que muitas situações são “preveníveis” (RODRIGUES, et al., 2009, p.102-3). Consideramos a reivindicação de Gohn, (2009b) ao referenciar que os saberes mesmo em

ambientes não formais, não devem ser impostos de cima para baixo, numa franca desconsideração à autonomia de cidadãos.

Conforme Freire (2001), estimularmos o diálogo, pois é através dele que se dá a verdadeira comunicação, onde todos devem ser ativos e iguais. Para a teoria freireana é por meio do diálogo que se produz o conhecimento essencial para que se processem mudanças na forma de ver e agir de um indivíduo.

3.2. O desenvolvimento do produto

O arco de Magueréz é um diagrama elaborado por Charles Magueréz em 1970, com base nas etapas do método de solução de problemas. Ele propôs um esquema pedagógico para ser utilizado na assistência técnica ao agricultor, que ficou conhecido como o “Esquema do Arco”. Sua proposta constitui-se, na visão de Pereira (2003), na primeira referência de uso para a Metodologia problematizadora e foi descrito por Bordenave e Pereira (2008). Este diagrama apresenta cinco etapas, como observado, na **Figura 2**, abaixo:

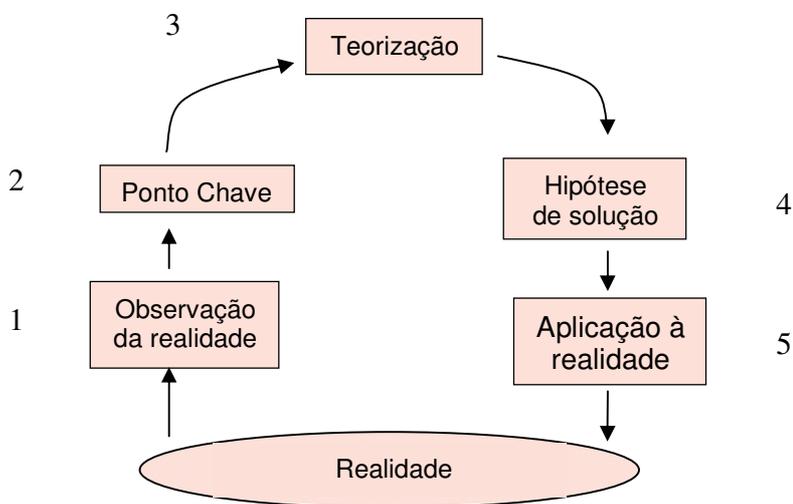


Figura 2. Arco proposto por Charles Magueréz (Cópia de Pereira, 2003 p. 1532)

Este recurso foi essencial para o cumprimento de nossos objetivos. Nesse relato, esclarecemos que utilizamos recortes das várias apresentações em sala de espera, a fim de

mostrar o dinamismo que circundou toda esta prática e ainda poder retratar a atuação de várias clientes e acompanhantes e companheiros.

Slide 1: Apresentação da Pesquisa

**PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE
IOC/ FIOCRUZ - MS**

Desenvolvimento de processo e produto
socioeducativo: promovendo saúde em uma sala
de espera

Lucia Maria Pereira de Oliveira

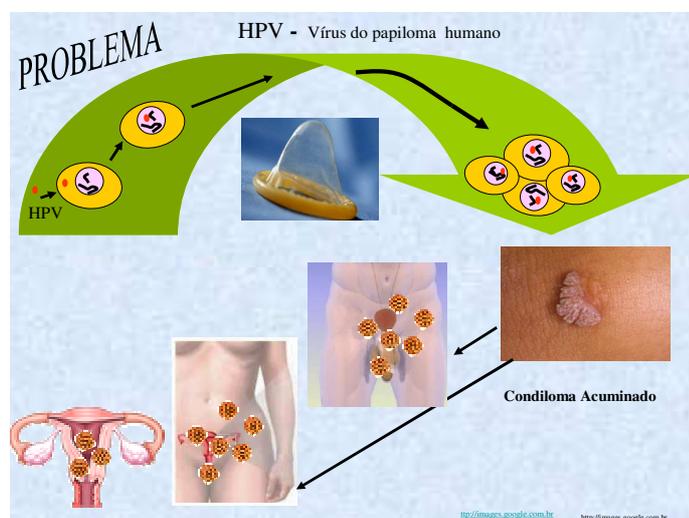
lmpe@ioc.fiocruz.br
lmpe@hucff.ufrj.br

Orientadora
Dr.^a Danielle Grynszpan
Colaboradora
Dr.^a Joseli Lannes



Conforme visualizado no **Slide um**, preocupamo-nos em realizar a apresentação de nosso trabalho de pesquisa numa demonstração de respeito ao nosso grupo de estudo, enfatizando a sua contribuição a este trabalho. Conforme Freire, preocupamo-nos que se sentissem reconhecidas e valorizadas “como sujeitos de sua história e não como objetos” (FREIRE, 2001, p. 28).

Slide 2. Observação da Realidade: O problema



A introdução de nossa temática, o HPV, se deu por meio do **Slide dois**, página anterior, e com a apresentação do questionamento “Qual é o problema de saúde que as trazem aqui, neste ambulatório, hoje, pela manhã?” Com isso estimulamos a exposição de relatos pessoais de todos os presentes voltados a realidade (**Figura 2. Item 1, p. 19**) de cada um.. Neste início de atividade, eles eram evasivos sempre, demarcados por uma acentuada timidez. Que era então superada no decorrer do processo.

Reunindo as escassas informações, apresentamos o HPV como um vírus transmitido sexualmente. Explicamos a existência de vários tipos de vírus HPV, mas que ali focaríamos os tipos de alto risco oncogênico (associado à ideia de que uns são mais perigosos que os outros). Enfatizamos que aqui seriam abordados aqueles que têm como sítio específico (associado a “lugar” preferido) o sistema genital de homens e de mulheres, o que facilita a sua transmissão pela via sexual. Esta fala era enfatizada pelos movimentos das partículas virais (associadas a “bolinhas”) sobre as figuras dos órgãos genitais.

O uso constante das associações entre o científico e o popular consistiu numa tentativa de atingir as recomendações de Freire (1981) que reivindica o diálogo horizontal entre sujeitos. Assim, buscamos ouvir e estimular a reflexão frente a situações cotidianas, como quando uma senhora entrou na sala dizendo “*Eu estava lá fora fumando, mas vim correndo assistir à palestra*”. Nessa ocasião abordamos o tabaco como um co-fator estimulante da ação viral (associado a tudo aquilo capaz de acelerar a ação do vírus), sendo interpretado por uma das pessoas presentes de forma equivocada: “*Eu fumo há tantos anos, não sabia que o cigarro dá HPV!*”. A dificuldade de compreensão demonstrada evidenciou a necessidade de extrema atenção com as temáticas discutidas. Isso estimulou a adoção do hábito de frases de teor afirmativo-negativo, como “O cigarro não “causa” HPV!. Ele abaixa a imunidade (associado ao organismo sem defesa), favorecendo a ação do vírus”. Esclarecemos que a exposição ao tabaco, a idade de início, o período e a frequência de consumo de cigarros, parecem influenciar na incidência de NIC e câncer cervical (Castellsagué e Muñoz, 2003), sendo esta temática bem enfatizada durante nossas conversas. A apresentação dos co-fatores atuou como um alerta para a aquisição de hábitos saudáveis, relevantes para a prevenção do câncer cervical e a promoção da saúde.

Um fato sempre abordado foi o desuso da camisinha. Nestas ocasiões, procuramos incentivar o hábito de uso, não só em caso de parceiros múltiplos, mas com parceiros únicos também. A esta altura, fala oportuna foi a de C(39) “*A camisinha funciona mesmo, doutora?*” numa demonstração de descrédito na prevenção. Como incentivo para o uso deste objeto, buscamos ativar o senso da “mulher cuidadora”, tão idealizador do perfil feminino em décadas passadas.

Lembramos que o uso da camisinha concederia proteção não só a ela, mas a seu companheiro, sobretudo com a confirmação de envolvimento do HPV com o câncer de pênis. Esse fato foi encarado com muita surpresa pela maioria, conforme fala de C(20) *“Eu não sabia que o homem tem HPV!”* O que gerou comentários como o de C(33) *“Doutora meu marido tinha que assistir!”* A necessidade de inserir a presença de seu companheiro nas consultas sempre foi veementemente defendida por C(33) *“Eu acho que ele tinha que vir e fazer o tratamento junto comigo”*, sendo manifestado o nosso total apoio à sua reivindicação. No entanto, conhecedoras de que “eles” (os homens) não são muitos adeptos a esta idéia, C(36) aproveitou para enfatizar: *“O meu não vem, mas posso tirar fotos e gravura no meu celular para mostrar a ele?”*.

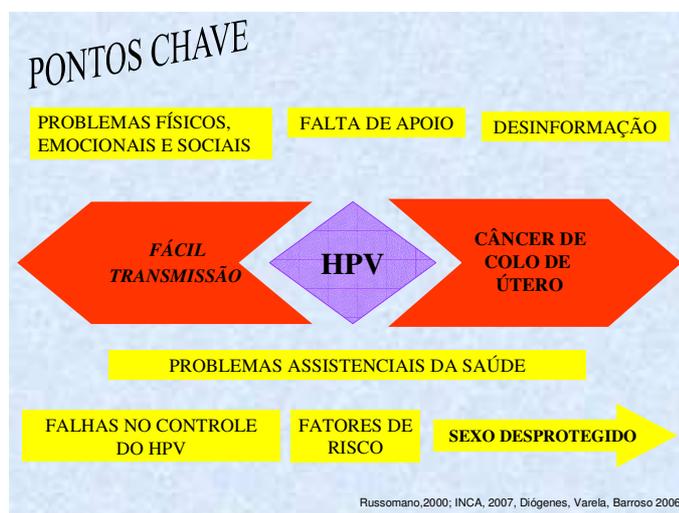
Em função destes e outros relatos, foi de forma surpreendente que contamos com a presença e a participação masculina em cinco dias alternados, durante a realização dessa prática em sala de espera de um ambulatório de ginecologia. Em um desses momentos, mesmo chegando poucos minutos depois do início de nossa estratégia socioeducativa, foi com muito interesse que um jovem rapaz perguntou: *“Então, doutora, como é? A gente já nasce com isso? Não sei se posso perguntar, mas fiquei curioso”*. Com um agradecimento pela presença e o estímulo para que participasse e se integrasse ao diálogo, explicamos tratar-se de uma DST, adquirida com a prática sexual sem o uso da camisinha. Fato que estimulou a pergunta de C(39) *“Mesmo com um parceiro só?”*. Em resposta, enalteceamos a pergunta como “muito boa!”. E explicamos que sim, já que um dos dois parceiros poderia ter adquirido o HPV em tempos passados, na adolescência, por exemplo. Em seguida, aproveitamos para tentar dissociar a relação imediata que se faz entre o diagnóstico recebido de HPV e a infidelidade. Enfatizamos que a notícia recebida de HPV, na atualidade, tem relação com atos passados e que, portanto, o clima de desconfiança com que convivem muitos casais graças a esse vírus, não tem fundamento. Na realidade, qualquer um dos dois poderia ter adquirido o HPV em tempos remotos, não importando em quem surgiu primeiro. Com isto, tivemos a oportunidade de introduzir a noção de latência (associada ao período em que o vírus permanece “adormecido”), numa tentativa de melhor compreensão e aceitação do longo tempo entre a aquisição do HPV e o “aparecimento” da doença (RUBIN e FARBER, 2005). Assim, alertamos sobre a ausência de sintomas nos estágios iniciais de papilomavirose, mas enfatizamos a presença do condiloma acuminado (verruga) em área genital, fator característico do HPV, procurando diferenciá-lo da verruga que pode acometer outras partes do corpo. Nessa ocasião, C(08) indagou: *“Então doutora, como a gente vai descobrir isso?”*. Esta indagação propiciou-nos esclarecer sobre a importância do autoexame, das consultas ginecológicas e da

realização do exame preventivo para controle das lesões provocadas pelo HPV e a prevenção do câncer cervical.

Sendo a surpresa manifestada pelas mulheres, como: “Ah é? Então é assim?” Para o rapaz presente, a informação sobre o câncer de pênis, estimulou a expressão: “Ah! Doutora explica esta situação pra mim, agora eu fiquei preocupado!”. Sua fala gerou risos dentro da sala. De forma natural, procurando não constrangi-lo, explicamos que o motivo de sua surpresa era normal, devido a pouca divulgação no Brasil da doença. Mas que o câncer de pênis é causa de amputações de pênis (DATASUS, 2009). Fato que estimulou a sua indagação de “E como vou saber se tenho isso? O exame de sangue mostra?”. Após negar sua indagação, nosso visitante foi aconselhado a procurar um urologista, em casos de alterações perceptíveis e a adotar a prática de autoexame em busca de verrugas, e também a não deixar de usar a camisinha em suas relações sexuais.

Para todos os presentes enfatizamos que passassem estas informações para seus companheiros e que buscassem manter um diálogo esclarecedor com eles, sobre esta questão, estimulando a prevenção do câncer de pênis.

Slide 3: Pontos chave: Convicções erradas



O Slide três abriu uma sequência de quatro outros slides que traziam para o debate pontos chave (Figura 2. Item 2 p. 19) sobre a doença. Como problematização inicial, adotamos a indagação “Quais são os principais problemas vivenciados pela mulher que convive com o HPV?” Com isso convidamos a todos ao diálogo e incentivamos a exposição das experiências

próprias de cada um dos presentes. Constatamos que, em muitas vezes, o silêncio inicial foi gradativamente transformado em debates calorosos. Confirmando-se o discurso da médica (M12) *“Embora seja uma DST e, portanto, carregue alguns tabus, as pacientes abrem-se com facilidade quando encontram um médico receptivo, disposto a ouvir e orientar”*.

Enfatizamos a existência de muitas informações erradas sobre o HPV e a importância de todos procurarem conhecer algumas verdades sobre ele. De início, procuramos esclarecer a facilidade de transmissão do vírus que se dá no contato da pele dos órgãos sexuais.

Outra preocupação era dissociar a relação automática entre o HPV e o câncer de útero compreendido como causa de sofrimento e angústia nas pacientes. Incentivamos o relato de suas experiências, ressaltando que ali, dentro da sala, provavelmente teria alguém com HPV há muitos anos sem ter desenvolvido o câncer. Esta citação estimulou relatos como: *“Eu tenho a oito anos e nunca tive câncer”*. A fala era então usada como estímulo: *“Ótimo!”*, mas também, explorada para introduzir outra questão problematizadora: *“O que a senhora fez para conseguir isso?”* Para esta questão, surgiam comentários como: *“Ah! Faço tudo que a doutora manda!”* Então, a partir dos fatos narrados pelos integrantes do grupo, mostramos a importância de se seguirem as recomendações das médicas e de se fazerem os exames solicitados. Notamos muitas vezes uma grande satisfação por parte das mulheres, quando suas falas eram valorizadas e apoiadas em frente a todos os presentes. Com isso, procuramos elevar a autoestima, favorecer a compreensão e diminuir as distâncias entre os diferentes saberes.

Em seguida, esclarecemos que o vírus quando não controlado, pode desenvolver o câncer de útero e de pênis. Esta fala gerou comentários como os de C(05) *“Mas todo mundo com HPV não tem câncer?”* Enfatizamos que não! E esclarecemos que pode acontecer a regressão espontânea do vírus (associado ao seu “desaparecimento” temporário ou não) (INCA, 2011), mas que isso não resultaria em alta desse setor de ginecologia. Fato que levou C(09) a indagar: *“Então como faz? Eu não tenho mais isso! Vou ficar aqui toda vida?”*. Explicamos que a alta só poderia ocorrer após um período mínimo de dois anos sem diagnósticos de infecções pelo HPV em seus exames e que neste caso, a mulher seria encaminhada para acompanhamento através do exame preventivo em um posto de saúde (INCA 2006, 2011).

Durante nossas conversas, alertamos sempre que a mulher deveria destituir-se do sentimento de culpa e da vergonha por ter uma DST, mesmo àquelas com parceiros únicos. Mas, que cabe a ela (com ou sem companheiro) assumir a doença e enfrentar o vírus, sendo necessário para isso trabalhar a autoconfiança adquirida através do conhecimento e da parceria com os médicos. A falta de apoio foi sempre uma questão delicada, quando discutida. Desta forma,

buscamos de forma respeitosa e solidária admitir as dificuldades de enfrentamento de qualquer patologia, sobretudo quando associada ao descaso e abandono da família ou do companheiro, como o relatado por C(12) ao descobrir-se com câncer invasivo: “*Quando descobri meu problema, fiquei mal mesmo. Pensei até em ..., mas reagi e hoje estou aqui; e desde a minha operação estou sozinha, não quero mais saber de homem! Sofri muito*”. Isto mostrou que cabe também à mulher o enfrentamento de sua realidade para que consiga atingir a superação dos problemas vivenciados. Enfatizamos que toda mulher tem o direito a sua liberdade sexual, mas que deve ser conhecedora da indicação de parceiro único, e ainda da importância do uso do preservativo tanto para os parceiros múltiplos, como para o parceiro único. Ela deve adotar uma conduta favorável à prevenção não só contra o HPV, como do câncer cervical e outras DSTs.

A respeito das dificuldades assistenciais conversamos sobre os problemas vivenciados por todos mediante as dificuldades de atendimento na rede pública de saúde. A esta altura concluíamos que nesse ambulatório, as *pacientes* faziam parte de um grupo de acompanhamento do HPV. Para esta informação sempre surgia a indagação como C(21): “*De que?*” Esclarecíamos que a descoberta das lesões possibilitava a intervenção médica. Portanto, era necessário fazer um acompanhamento dessas lesões e que isso acontecia com base nos resultados do exame preventivo que elas já conheciam: Atipias de Significado Indeterminado de Células Escamosas, (ASCUS), Atipias de Significado de Células Glandulares (AGUS) e Neoplasia de Células Cervicais (NICs), associados de forma global a “etapas evolutivas do vírus”. Assim, não deveriam faltar às consultas, pois cada falta significava a interrupção do controle do HPV. Chamamos a atenção para a associação negativa entre as faltas às consultas, o abandono do tratamento e a persistência no contato com os fatores de riscos para o HPV, como a prática de sexo desprotegido.

A respeito da falta de conhecimento sobre a doença e o ambiente negativo da sala de espera, foi relevante o relato de C(10) “*Quando eu cheguei aqui, na sala, neguinho me deu uma porção de informações. Aí eu parei e falei: para aí, eu não vou pitar não. Não quero isso pra mim!*”. Um total apoio foi manifestado a C(10), a necessidade de a mulher procurar a compreensão de pontos específicos sobre o HPV. Enfatizamos que, quando bem informada a mulher deveria tornar-se uma multiplicadora desse conhecimento, contribuindo para amenizar o clima de nervosismo e de medo frequente na sala de espera. Almejamos com isso contribuir para um melhor acolhimento nesse ambiente, principalmente para amenizar as carências manifestadas por aquela que recebe pela primeira vez o diagnóstico de HPV e chega à sala. Procuramos desenvolver o senso de solidariedade e o coleguismo entre nossas clientes, incentivando a humanização.

Slide 4: Pontos chave: a transmissão do HPV



Introduzimos o **Slide quatro** e com ele, introduzimos a polêmica problematização de “Como se transmite o HPV?” (associada a “Como se passa o HPV?”). Assim, esclarecemos que a sua transmissão acontece através das diversas modalidades de atos sexuais existentes (entre heterossexuais, bissexuais, homossexuais masculinos e femininos, uma vez que ela se dá pelo contato de pele dos órgãos sexuais. Aqui, ouvimos relatos, como o de C(10) “*Minha dermatologista falou que a mãe com uma verruga no dedo pode passar o HPV para o seu filhinho, enquanto passa a pomada e troca a sua fralda. É verdade?*” e de C(56) “*Passou na televisão que a mulher pode pegar o HPV pelo sabonete, eu vi.*”

As falas destas clientes trouxeram ao debate uma situação ainda não muito esclarecida em âmbitos científicos, mas promovedora de susto e pavor nas mulheres presentes, que concluíram: “*Vou separar tudo na minha casa!*”. Sobre esta polêmica citação, relatamos que a transmissão pelo HPV é assumida por muitos pesquisadores como sendo somente pela vias sexuais (PANISSET e FONSECA, 2009; ROSA et al. 2009). No entanto, outros pesquisadores apontavam também a transmissão por meio de objetos e durante a gravidez (CONTI, 2006; PEREYRA e PARELLADA, 2003). Tal contradição demonstra a necessidade de maiores esclarecimentos sobre a questão. Procuramos mostrar que, mediante o impasse, cabe a todos manter hábitos de higiene e cuidados com a saúde e que cada uma deveria seguir as orientações de sua médica.

Em relação ao número de parceiros, enfatizamos que a mulher tem o direito à liberdade sexual e que somente ela pode ser mediadora da extensão de seus atos. Contudo, ela tem o dever de se cuidar e promover a sua saúde. Para tanto, ela precisa desenvolver o autocuidado que inclui

o uso de preservativo nas relações sexuais, sugerindo também a opção do preservativo feminino. Fato muitas vezes combatido através do discurso: “Nunca usei”; “É muito caro” ou “Será que funciona?”. Concordamos sobre o valor elevado da camisinha feminina, porém buscamos estimular o seu uso, mediante a comprovada ação preventiva que possui. A temática era sempre seguida de muitos comentários, como o de C(05) “Quando descobri o meu problema, conversei muito com meu marido. Demorou, foi difícil, mas hoje ele aceita usar a camisinha”. Procuramos enaltecer a atitude desta cliente: “Isso mesmo, a senhora não desistiu!”. Enfatizamos, mais uma vez, a satisfação das clientes em diversos momentos desta atividade, pelo apoio a suas falas. Percebemos nestes breves momentos a configuração do exercício da autoestima, da autovalorização em ver uma ação própria sendo discutida e apontada como essencial para a melhoria da sua saúde biopsicossocial (associado ao corpo, a mente e a relação entre grupos). Configurou-se a observação feita por Gohn (2006, p. 29) sobre educação e saúde que propicia o conhecimento por meio da “valorização daquilo que o indivíduo já sabe prepara-o para a transformação de sua realidade e de si mesmo”.

Ao longo do desenvolvimento dessas atividades de educação em saúde, em sala de espera, vimos gradativamente, *pacientes* assumindo-se como *clientes*, conforme reivindicação das Políticas Nacionais de Humanização (2009) em saúde e compreendemos a relevância desse processo para a melhoria do estado biopsicossocial dessas mulheres.

Slide 5: Pontos chave: os sintomas tardios



Com a introdução do **slide cinco**, (p. 27) e a introdução da questão “Você sente alguma alteração física que relaciona ao HPV?”. Procuramos mostrar que em estágios iniciais da infecção, o HPV é assintomático. Logo, muito oportuno foi o relato de C(12) “*Mas, eu sentia doutora! Eu tinha hemorragias e dores. Só depois do tratamento é que eu não sinto mais nada! Foi assim: Eu interrompi meus exames porque me mudei e não tinha médico perto de minha casa, e depois viajei para o Norte dois anos, [...] depois, quebrei o pé quando fui fazer o exame. Aí começou o problema.*” Mediante ao discurso real, procuramos mostrar aos presentes que a dificuldade de oferta de assistência à saúde, acrescido aos demais fatos narrados por ela, gerou o seu afastamento das consultas médicas por um longo tempo. Assim sendo, com o passar do tempo surgiram os sintomas já em função do câncer (associado a “problema”), tardiamente diagnosticado e que acabou gerando a cirurgia (associado a “tratamento”). Chamamos a atenção para o longo tempo de interrupção do exame preventivo e que esse exame é essencial para a identificação das lesões em estágios iniciais. Esta conversa gerou a pergunta de C(65) “*Então vou fazer exame preventivo toda a vida?*”. Respondemos que sim. Não só ela, como todas as mulheres devem fazer o exame preventivo sempre. E que nas mulheres com HPV, este cuidado acentua-se, pois o vírus poderia ainda permanecer na área ginecológica “adormecido”.

Com a indagação “Você sabe como o vírus HPV age em seu corpo?” Procuramos associar a propriedade do vírus através de uma seta fragmentada, dotada de efeitos que foram relacionados à propriedade viral de evolução e regressão (recursos da informática que possibilitam o aparecimento e o desaparecimento das partes que integram esta seta).

Relatamos que os sintomas geralmente surgem em estágios já avançados do HPV, pegando de surpresa a mulher que não faz o exame preventivo ou até mesmo aquela que interrompeu o tratamento. Aqui, os presentes tiveram a oportunidade de falar sobre o momento em que receberam o diagnóstico de HPV ou de câncer. Obtivemos depoimentos relevantes, como o de C(01) “*Quando soube, foi horrível. Fiquei arrasada! Meu marido foi embora de vez*”. Fato contestado por nós com: “E a senhora hoje está aqui, vitoriosa!”. Explicamos que a dificuldade vivenciada com o parceiro agrava-se, quase sempre, pelo fato do HPV ser uma DST; e pela suspeita de traição, vivenciado por ambos, e que os sentimentos ruins surgem pelo medo do câncer e do desconhecimento da doença. Mas, agora, mediante aos conhecimentos adquiridos com as nossas palestras, conscientes de que fazem parte de um grupo de acompanhamento rigoroso do HPV graças à ação das doutoras, com quem deveriam buscar sempre o diálogo, teriam melhores condições para enfrentar a doença que possuem.

Enfatizamos a necessidade de se investir na prevenção do HPV com os adolescentes que ainda não iniciaram suas vidas sexuais, a fim de que adquiram o hábito da prevenção em suas práticas sexuais. Fato que levou C(10) a indagar “*Desculpe doutora, mas quem fica no ‘rala rala’ também pode pegar o HPV*”? Lembramos que sim, por ser o HPV, um vírus transmissível pelo contato de pele (associado a “passado” pelo encostar da pele). Conversamos sobre a necessidade de eles usarem a camisinha, não só para evitar a gravidez indesejada, mas também para a prevenção de DSTs. Enfatizamos que o Instituto do câncer relata que o pico de risco de aquisição do HPV (associado a maior risco) ocorre entre jovens de 14 e 24 anos de idade (INCA, 2008) e que por isso eles precisavam ser orientados. Citamos a recomendação da OMS de parceiro único e uso de camisinha como medidas relevantes para a contenção desse vírus e de realização do exame preventivo na prevenção do câncer uterino (INCA, 2008). Explicamos que a maior incidência para NIC III é entre os 25 a 40 anos e para o câncer invasor entre 48 e 55 anos de idade (RUBIN e FARBER, 2005).

Ressaltamos a necessidade de os jovens conhecerem a doença e de adotarem desde o início de sua vida sexual, as medidas de prevenção do HPV e do câncer de colo de útero de forma que o uso da camisinha se instaure como uma rotina preventiva em suas vidas.

Um momento de valorização do tratamento e de autoestima foi vivenciado pelo depoimento de uma cliente que, em virtude do tratamento quimioterápico para câncer de mama, exibia a cabeça sem cabelos “*Quando descobri, passou pela minha cabeça: filhos, morte, desespero, família. Mas eu reagi, vou ficar careca e talvez mais bonita, preciso pensar nos meus filhos. O sorriso de meus filhos me deu coragem!*” Neste momento, todos os presentes aplaudiram e parabenizaram-na pela coragem de enfrentamento ao seu problema de saúde. Ressaltamos que hoje a medicina dispõe de melhores recursos contra o câncer e que quando descoberto no início, aumentam-se as chances de cura. Mas, para isso, todas teriam que assumir o compromisso com a promoção de sua saúde que envolve a saúde física, a mental e a social.

Foi nosso objetivo conscientizar a população feminina da importância do autocuidado para o rastreio do câncer cervical, pois conforme Freire “É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática” (FREIRE, 2001 p. 54).

Slide 6: Pontos chave: controle do HPV



Com o **Slide seis**, acima, introduzimos a questão “Como controlar o avanço do HPV?” e indagamos sobre os recursos de que elas dispunham no momento contra esse vírus, tendo como resposta de C(10) “A camisinha e o exame preventivo”. Fato veemente rebatido por C(23) “*Sempre fiz esse exame e deu o problema. Não adiantou nada*”. Inserimos a questão: “Mas a senhora usava e ainda usa a camisinha?” Fato respondido evasivamente por C(23) “*As vezes*”. Assim, dialogamos sobre a necessidade constante de uso da camisinha e a função do exame preventivo. Explicamos a sua propriedade de identificação dos efeitos da ação viral sobre as células e que isto conduz a uma classificação do grau das lesões em NICs, palavras já inseridas em sua rotina. Para isso, mostramos a mesma seta do slide anterior representativa dos diferentes estágios de NICs e seus efeitos da informática como representativas de evoluções e de regressões dos efeitos virais. E que este exame identificava, mas não impedia estas lesões!

Conversamos, em atendimento à solicitação da responsável, sobre a importância delas suspenderem o uso de duchas vaginais por cerca de 48 horas antes do exame; a relação sexual nas 48 a 72 horas que antecedem a coleta e o uso de cremes vaginais nos sete dias anteriores ao exame preventivo, a fim de garantir uma coleta adequada e confiável da área do qual foi extraído o material (PANISSET e FONSECA, 2009).

Enfatizamos que o câncer de útero é caracterizado por uma longa fase pré-clínica (associado a “uma transformação demorada do vírus”) e que por isso, a repetição do exame favorece a identificação das lesões que antecedem o câncer (MARTINS et al., 2005). Dessa forma, procuramos fazê-las entender que com essa prática estariam realizando o rastreamento das

lesões. Sendo esta intenção reforçada pela citação de C(31) *“Eu sempre fiz o preventivo e um belo dia descobri que estava como problema.. Se não fosse este exame, eu não ia descobrir e aí? Ele não evita a doença, nem impede. Ele mostra se tem ou não a doença. Não é, doutora?”* Parabenizamos C(37), submetida recentemente a cirurgia por diagnóstico de câncer, pelo conhecimento que possuía: *“Isso mesmo!”* e reforçamos que o exame permitiu a descoberta de seu problema a tempo. Em seguida reforçamos as medidas a serem tomadas, antes da realização deste exame em atendimento a solicitação da médica e chefe do ambulatório.

Sobre o uso da camisinha, contamos com a citação de C(27) *“Meu marido não aceita usar”*, procuramos mostrar compreensão pelo que vivenciam frente a esta delicada situação. Contudo, argumentamos que cabe a ela a conquista de sua liberdade em âmbitos reprodutivos e que certamente o diálogo e a busca de esclarecimentos favorecem a questão, sobretudo por ser um assunto de interesse do casal, uma vez que concede proteção a ambos. Dialogamos sobre a eficiência da camisinha feminina que confere maior área de proteção nas relações sexuais e concordamos com C(52) *“Os postos de saúde devia dar!”*.

Um fato relevante foi quando uma cliente levou seu bebê, uma menina recém nascida, em dia de consulta e relatou: *“A senhora falou que se eu seguisse tudo certinho o que a doutora falasse, eu não ia ter problemas. Foi verdade. Olha minha filhinha”*. Este momento foi muito significativo para as mulheres mais jovens que desejavam ter filhos e que não o faziam devido à crença de que a mulher com HPV não pode ter filhos. Esta convicção errada sempre foi negada por nós, mas seguida da recomendação de abrirem esse diálogo com a sua doutora. Ela certamente iria orientá-las sobre a questão, apresentando-lhes todas as formas de autocuidado e os procedimentos a serem seguidos, em associação com as recomendações de sua obstetra. Não podemos deixar de registrar também a importância desse fato para nós, por ter uma resposta positiva e real a partir de uma das mulheres que frequentam essa sala de espera. Com isso, configuraram-se as considerações de Salles Filho (2008, p. 4) de que *“Conhecer não é acumular conhecimentos, informações ou dados, conhecer implica mudança de atitudes, saber pensar [...]”* e nisso nós acreditamos.

Em nossas conversações enfatizávamos sempre aspectos referentes à prevenção. Assim, outro ponto muito abordado era em relação ao uso da camisinha. A esta questão seguiam-se sempre perguntas, como: C(10) *“Mas tem que usar mesmo que o homem não tenha verruga, ele pode transmitir o HPV?”*. Relembrávamos, então, as falas iniciais de nossa apresentação quando introduzimos a idéia de período de latência, fase em que o vírus está adormecido e que este

homem poderia estar vivenciando esta etapa do ciclo viral. Logo, era melhor não se arriscar e usar o preservativo em todas as relações sexuais, mesmo com parceiro único.

Assim, aos poucos, víamos a concretização de nosso produto: uma sala de espera interativa. Onde *clientes* dialogam em busca de conhecimentos, refletem sobre possibilidades, discutem formas de prevenção e assumem-se como sujeito de sua história (FREIRE, 2008).

Aprofundando pontos básicos sobre a prevenção, abríamos o diálogo sobre a recente descoberta e liberação da vacina anti-HPV, fato desconhecido pela maioria. Por isso, não podemos deixar de escrever a alegria no recebimento da notícia e as sucessivas indagações: “*Eu posso tomar?*”, “*Onde eu compro?*”, ou ainda “*Por que a doutora não passou para nós?*” e a expressão de decepção ao saberem da impossibilidade de elas fazerem uso dessa vacina, até o momento. Contudo, procuramos incutir nelas a esperança da descoberta de novas alternativas no combate ao vírus. Nesta oportunidade enfatizávamos a necessidade de uso pelas adolescentes, antes do primeiro contato sexual e a importância de elas passarem este conhecimento às jovens de suas famílias. Focamos também que esta vacina não substituíria o exame preventivo, havendo a necessidade da sua realização de forma rotineira. Relembávamos relatos já abordados, como a existência de diferentes subtipos de HPV, e que a vacina não conferia uma cobertura a todos eles (associado a não ser “eficiente” o suficiente para isso). Portanto, era essencial a realização dos exames e assim introduzíamos a discussão sobre outro exame frequente na rotina ginecológica: a colposcopia.

Slide 7. Ponto Chave: Colposcopia - Visão das lesões e tratamento

Teorização - Pré- supostos de solução



Com a exibição do **Slide sete**, introduzimos outro ponto chave problematizador “Para que serve o colposcópio?”, fato seguido sempre de comentários como: C(32) *”Exame horrível, dói muito”* e C(48): *“Elas (as médicas) são muito boazinhas, mas não fazem nada! É só exame”*. Tentando minorar o equívoco de C(48), explicamos a função do colposcópio para a localização da lesão e a importância das biópsias por ele propiciadas (associada a “pedacinho” que é retirado). Então, introduzíamos a seguinte questão “Vocês sabem para que serve a biópsia?” Observamos a surpresa mediante a explicação da possibilidade de se obter através desta biópsia a confirmação do diagnóstico e a retirada da lesão por inteiro. É o método conhecido como “Ver e tratar”, que possibilita uma pronta intervenção capaz de interromper o avanço das lesões virais. Esta explanação gerou o comentário de C(33) *“Mas eu não fiz biópsia no mês passado e fiz este exame!”*. Nesta oportunidade, buscamos esclarecer que a doutora tem a autonomia de decidir se faz ou não a biópsia com base na visão oferecida pelo colposcópio, envolvendo o grau da lesão.

Mediante a explicação de que a associação do exame de preventivo com o uso do colposcópio é até o momento a única forma de interceptar a ação viral, não existindo nenhum procedimento que elimine o vírus, C(56) concluiu que: *“Então quem tirou o útero pode ter câncer de novo?”* O que nos concedeu a oportunidade de reforçar a importância de integrarem o grupo de acompanhamento do HPV e a necessidade do rastreamento das lesões para a prevenção do câncer cervical, como ações características do método, “Ver e Tratar”. Falamos também sobre a recidiva e a importância de seu controle.

Um ponto sempre abordado em atendimento à solicitação das auxiliares de enfermagem era a importância da higiene da área genital com produtos neutros, conforme orientação adotada pela doutora responsável, assim como a orientação também da troca diária de roupas íntimas.

Vale ressaltar que em um dia de número elevado de participantes, devido à falta de espaço, uma cliente que estava sentada no corredor, aguardando a vez para realizar o exame de histeroscopia a fim de confirmar o quadro de outra patologia, procurou-nos aflita para esclarecer dúvidas sobre o exame: “Existe a possibilidade de eu *estar com o HPV*”, uma vez que ao ouvir do lado de fora da sala a palestra, ela confundiu os nomes dos exames histeroscopia com colposcopia. O tamanho reduzido desse local, na maioria das vezes, impediu que todos os presentes assistissem às atividades. No entanto possibilitava a audição no corredor das diversas falas favorecendo interpretações erradas do que estava sendo exposto e discutidas no interior da sala.

Finalizando esse slide, introduzíamos os “porquê”, como: “Por que ficar se culpando por ter uma DST?” ou “Por que faltar às consultas?”. Desta forma, reforçávamos a necessidade de

enfrentarem a realidade com a qual conviviam e que assumissem sua doença e o fato de serem integrantes de um grupo de acompanhamento do HPV. Com os novos conhecimentos adquiridos, estavam cientes dos recursos disponibilizados pela medicina contra este vírus e que deveriam utilizá-los a fim de evitar o câncer cervical. Mostramos que estes recursos eram simples e exigiam delas o compromisso em usar a camisinha e de fazer seus exames.

Com este slide, finalizávamos a etapa relativa aos pontos chave (**Figura 2. Item 2, p. 19**) referentes ao HPV, mas procurávamos estimular a formação de pré-supostos (**Figura 2. Item 3 p. 19**) para que adquirissem um melhor convívio com o HPV. Fato que estimulou a fala de C(56) “É só eu continuar a vir e me tratar!” Neste momento, aproveitamos a oportunidade de mostrar a importância de elas não só virem às consultas, e se integrarem no tratamento, mas também de buscar o bom convívio entre elas, dentro da sala de espera. Em diversos momentos procuramos mostrar a importância de elas dialogarem entre si e de se conhecerem. Então, perguntava: “A senhora já encontrou alguém que está aqui na sala hoje, em outras consultas?”. A isto respondiam “Ah! Já! Ela, essa...” e então fazíamos perguntas como: “Vocês sabem o nome uma da outra?” ou “Você sabe se ela trabalha?” O fato era encarado com muita surpresa, pois só neste momento, descobriam que não se conheciam. Com isso, incentivamos a socialização.

Realizamos uma estratégia calcada na recomendação de Gohn, (2009b, p. 30) quando considera que a Educação não formal: “Desenvolve laços de pertencimento. Ajuda na construção da identidade coletiva” e ainda, colabora com o desenvolvimento da autoestima, fator essencial para o alcance de nossos objetivos. Procuramos em Freire a base para o estímulo da cognição e do afetivo, tencionando o desenvolvimento da consciência crítica capaz de conduzir à transformação, necessária a promoção de saúde e a socialização.

Slide 8: Aplicação à realidade: plano de ação



Antes da introdução do **Slide oito**, as clientes eram convidadas a refletirem sobre a conversa mantida e como fazer para combater o HPV. Sugeríamos que formulassem hipóteses (**Figura 2. Item 4. p. 19**) para a solução de seu problema de saúde e que traçassem um plano de ação. Assim, como estímulo a reflexão-ação de Paulo Freire (2011), após alguns minutos introduzíamos a pergunta “Qual é a melhor maneira de se enfrentar o HPV?”. Após algumas falas como de C(32) “Fazer o que a doutora manda!”, ou C(12) “Fazer o exame preventivo”. Introduzíamos então o referido slide, representativo da etapa de aplicação da realidade (**Figura 2. Item 5, p. 19**).

Buscando estimular a autonomia e a formação da identidade do grupo, mostramos que agora como possuidoras de conhecimentos sobre a sua patologia, poderiam enfrentá-la com mais naturalidade e confiança no tratamento. Destacamos que para isso, a mulher deveria destituir-se da culpa e da vergonha de ter HPV e integrar-se ao tratamento e buscar a autoestima. Estimulamos o diálogo constante com os companheiros para o uso da camisinha e lembramos que ela conferia proteção a ambos, sobretudo agora com a confirmação do HPV como gerador do câncer de pênis. Buscamos reforçar dúvidas sobre o tratamento e enaltecer o trabalho da equipe de saúde e o empenho que possuem no combate à doença. Enfatizamos a necessidade de assumirem o compromisso com a sua saúde e seguir a orientação médica. Para isso, estimulamos a parceria com estes profissionais e mostramos a necessidade de refletirem sobre os conhecimentos adquiridos. Isso porque compreendemos que, conforme Freire (2001, p. 35), quanto mais o sujeito “[...] refletir sobre a realidade, sobre sua situação concreta, mais emerge, plenamente consciente, comprometido, pronto a intervir na realidade para mudá-la”.

Sugerimos o empenho de todos em prol de um ambiente mais tranquilo em sala de espera. Que valorizassem, durante as conversações, as orientações de suas médicas e que os comentários contraditórios fossem apresentados à doutora para um esclarecimento direto, evitando informações erradas e prejudiciais a sua saúde. Estimulamos sempre a convivência dialogal e cordial entre elas, pois conforme Freire (2008, p. 54), “Dialogar é praticar a socialização”. Em seguida, convidávamos todos a refletirem e elaborarem particularmente, o seu plano de ação pessoal contra o HPV e aplicá-los a sua realidade (**Figura 2. Item 5, p. 19**). Conforme, Tozoni-Reis (2004 apud Salles Filho 2008), é primordial que aconteça a apropriação do conhecimento, pois ele possibilita o desenvolvimento pleno do ser reflexivo, crítico e autônomo capaz de traçar novas metas, novos planos de ação, gerando melhorias em suas vidas.

Com este slide finalizávamos a nossa conversação com as clientes, conscientes de que introduzimos em sala de espera um processo de educação em saúde dialógico como principal estratégia de ação preventiva ao câncer cervical e de promoção da saúde.

Enfatizamos a complexidade de todo o processo desenvolvido em sala de espera, a partir da introdução e apresentação de nossa pesquisa ao ambulatório de PTGI como integrante de nosso produto, que culminou com a criação de um ambiente dialógico onde *pacientes* assumem-se como *clientes* interessadas no “*quê, como, por quê e para quê*” das circunstâncias que vivenciam com o HPV. Não podemos deixar de registrar nossa satisfação em compreender que de alguma forma mexemos na subjetividade dessas mulheres.

Durante a nossa permanência em local de espera constatamos o papel integrador do diálogo que, conforme Soares (2007, p. 3), “[...] pode propiciar e mediar relações entre pessoas de diversas culturas.” e compreendemos a essência da proposta de Sousa (2001, p.35) ao concluir que a educação não formal para mulheres com baixa escolaridade “pode modificar consciências, valores e comportamentos individuais e coletivos” e desta forma contribuir para o seu emponderamento.

Ressaltamos que os slides que ilustraram a apresentação da estratégia socioeducativa em ambiente de espera consistiram em um importante instrumento que integrou a todos através de um diálogo esclarecedor da temática abordada, conforme o observado (**Apêndice 4**) na **Figura 3 (p. 37)**. Com isso, desenvolvemos um espaço dialógico de promoção da saúde afinado com as Políticas Nacionais de Humanização da Saúde.

Figura 3. Clientes participando de processo socioeducativo em sala de espera do PTGI



Neste ambiente de espera, trabalhamos a cognição, o afetivo e o social de nossas clientes o que possibilitou a reflexão sobre hábitos e atitudes, tendo como ponto de partida e de chegada a sua própria realidade conforme referencia Pereira (2003) e que nos foi oportunizado pelo uso do arco de Maguerez. Conforme Freire (2011), quando mais estimulada a reflexão, maior e a aquisição de conhecimentos o que em nosso contexto foi necessário para a compreensão da doença, pelas clientes, sobre uma nova com ótica que possibilitou a interação do conhecimento popular e o científico.

Então, finalizando nossa estratégia socioeducativa propomos que cada uma formulasse o seu plano de ação em favor da sua saúde biopsicossocial, a partir das soluções referenciadas. Enfatizamos que a execução desse Plano de ação poderia intervir na realidade de cada um, promovendo uma transformação como propõem Bordenave e Pereira (2008) e Pereira (2003). Concordamos com Freire (2008) quando descreve a realidade como um processo contínuo e evolutivo. O que nos fez compreender que a cada temática discutida, o arco da problematização se completa, porém nunca se fecha, já que a realidade é um movimento cíclico e inovador.

O desenvolvimento desse processo no local de espera do ambulatório de PTGI resultou na implantação de uma sala de espera de acolhimento e interação entre os atores sociais envolvidos. Desenvolvemos um ambiente interativo e propício à melhoria do estado biopsicossocial das

pacientes, à prevenção do câncer cervical e à promoção da saúde que culminou com o nosso produto de Mestrado profissional. Esta modalidade de pesquisa deve cumprir a exigência de “desenvolvimento de uma prática transformadora”, por meio de procedimentos e processos COSTA e COSTA (2011, p. 71).

Segundo a determinação da Coordenação de aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) um dos objetivos de Mestrado Profissional, é o de “[...] transferir conhecimentos para a sociedade, atendendo demandas específicas [...]” por meio do “desenvolvimento de um processo e produto de natureza educacional [...] em “condições reais” e conforme sua indicação “ [...] em ambientes não formais de ensino [...]”. (CAPES, apud MOREIRA e NARDI, 2009, p. 4)

Assim sendo, acreditamos ter atendido estas exigências ao desenvolvermos um processo e um produto em local de espera de ambiente profissional de saúde com a preocupação não só de acolhimento, com também de um constante processo de construção compartilhada de saberes e favorável ao estreitamento da relação médico-cliente.

CAPÍTULO 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao descrever este processo preocupamo-nos em narrar uma experiência bem sucedida e compromissada com as demandas extraídas da realidade de um grupo de estudo específico do Ambulatório de Patologia do Trato Genital Inferior/HUCFF/UFRJ e que cumpriu as exigências do Curso de Mestrado Profissional do Programa EBS/IOC/FIOCRUZ.

Visando atender ao nosso objetivo contamos com a associação de técnicas investigativas eficientes ofertadas pela pesquisa qualitativa de cunho etnográfico que nos propiciou não só o convívio com esse grupo de mulheres, mas também o seu conhecimento. Chamou-nos a atenção as dificuldades na interação entre as *pacientes* enquanto aguardavam pelo atendimento em local de espera, caracterizado por elas como “negativo”. Compreendemos que este espaço era sustentador de sentimentos ruins como o constrangimento de vivenciar uma DST e conviver não só com a acusação de infidelidade, mas também com a sensação de ter sido traída e ainda o medo pela convicção de que teriam o câncer cervical. Logo, identificamos este ambiente como contribuidor do agravamento de estado de saúde biopsicossocial dessas mulheres, tornando-as mais frágeis para o enfrentamento da doença, junto a seus familiares e, sobretudo frente ao seu companheiro. O fato nos orientou na escolha de uma estratégia socioeducativa a ser introduzida nesse local de espera com o objetivo de converter um espaço de recepção em uma sala de espera com preocupação de acolhimento, onde se dá uma transformação com a construção partilhada de saberes. Ao mesmo tempo, voltado às práticas cotidianas de prevenção do câncer e a promoção da saúde, conforme orientação da atual Política Nacional de Humanização da saúde.

Trabalhos anteriores como o de Sousa, (2001) já apontavam o uso da sala de espera, como um lugar propício para o exercício da educação não formal em associação com a educação e saúde, transformando-a em espaços dialógicos relacionados à *promoção da saúde*, por meio de estratégias alternativas de educação. Desta forma, através de um processo socioeducativo procuramos interferir de alguma maneira na subjetividade dos presentes estimulando o seu senso crítico, a reflexão e a transformação. Conforme indicação de Freire, quando mais estimulada a reflexão, maior e a aquisição de conhecimentos o que em nosso contexto faz-se necessário à compreensão da doença sob uma nova ótica: a visão científica que conjuga a cultura popular.

A importância desse processo para as *clientes* pode ser constatada em vários momentos, conforme descrito ao longo dessa dissertação, mas vale ressaltar o pedido, após poucos dias de nosso convívio neste *ambiente de espera*, de marcação das consultas para “os dias em que a

bióloga vir” numa manifestação de interesse pelo “novo” e ainda no momento em que alertamos sobre a aproximação do final de nossa atividade e ouvimos citações como C(04) “ Ah! Liga para mim? Tem dia que tenho tanta vontade conversar com você! Liga, tá? Não se esquece!” ou de C(56) “Onde a senhora tiver e a hora que a senhora quiser, me chama que eu venho, vou a qualquer lugar que você estiver, para te ouvir!” numa demonstração de que o *afetivo-emocional* é parte integrante do relacionamento humano e integra o processo de transformação.

Percebemos que a prática desse processo consistiu num veículo eficaz para a construção de um ambiente com melhor qualidade de contato entre as clientes e de acolhimento, troca de saberes e transformação. A filosofia de Paulo Freire em associação com o arco de Maguerez propiciou alguns fatores preconizados pela PNH em saúde: a *fala* espontânea advinda do sujeito e a oportunidade de *ouvi-lo e conhecê-lo* enquanto aguarda pelo atendimento. Interpretamos esta parceria como estimuladora para a proposta de “empoderamento” da mulher referida por Freire como a capacidade de gerar por si mesma, ações que a levem a evoluir, a ser mais; fator também enfatizado pela PNH/MS (2003) como essencial ao processo de humanização na saúde. Esse relato corrobora à promoção da saúde, que preconiza a aquisição de autonomia e de responsabilidade pelos indivíduos com a sua saúde, com base na exposição dos fatos e na compreensão da situação por ele vivida.

Assim, com base em Freire (2001), investimos no diálogo como um veículo de transformação humana. Desenvolvemos uma conversação dinâmica com a participação ativa das mulheres o que estimulou a sua autoestima, valorizou o pensamento crítico, a autonomia do pensar e agir. Incentivamos o contato com o outro, a solidariedade, a cooperação e oportunizamos a troca de conhecimentos nesse cenário de saúde. Investimos na comunicação e na conversação, numa perspectiva democrática, libertadora e motivadora de transformação. A partir da introdução desse trabalho, modificamos esse espaço de espera prejudicial à promoção da saúde em suas dimensões sociais, cognitivas e afetivas, em uma sala viva e interativa. Observamos, a partir de nosso trabalho, um grupo de mulheres antes *pacientes* agora *clientes* conforme definição da PNH em saúde: ativas e críticas da própria realidade dialogando sobre alternativas e buscando mudanças no modo de sentir e enfrentar a doença como referenciado por Benevides e Passos (2006). Notamos entre elas o convívio dialogal e descontraído numa franca exposição de *socialização*, referenciada por Paulo Freire. Envolvermos os atores sociais dessa sala de espera em um processo com dimensões cognitiva, social e afetiva.

Em relação ao grupo de profissionais de saúde enfatizamos que as *pacientes* não apresentavam aparentemente, outros problemas com eles, a não ser a comunicação. Também não

víamos nenhuma integração maior por meio de conversas durante o tempo em que elas aguardavam pelo atendimento. Observamos que a equipe médica, durante suas consultas adotava procedimentos ora em bases da medicina humanística e ora tecnológica; o que se compreende dado à pluralidade de formação dos médicos residentes que procuram o HUCFF/UFRJ para completar a sua formação. Pode representar também a apropriação gradativa pelas jovens residentes dos conhecimentos advindos do processo de humanização que vem sendo implantado nesta unidade hospitalar. Em sua totalidade segue rigorosamente as diretrizes preconizadas pela OMS no que se refere às recomendações para o tratamento do HPV e do câncer cervical, o que garante o elevado padrão nos procedimentos exigidos pelo tratamento. Todavia possuem características práticas ainda marcantes e herdadas da formação tecnicista, prejudicando a relação médico-cliente uma vez que, sentem dificuldades no diálogo com suas *pacientes* e como médicas, por si sóis, não conseguem eliminar ou minorar extremos opostos da circunstância vivenciada: de um lado, a autonomia, o saber e o aparato científico sobre a doença e do outro, o medo, o desconhecimento e a submissão à doença.

Este estudo atendeu a indicação de Costa e Costa (2011, p. 61) quando diz que o Mestrado Profissional deve desenvolver em bases científicas, dentre outros, um processo diretamente aplicável “ao universo do trabalho”. Assim sendo, na rotina desse ambulatório constatamos uma sobrecarga das profissionais de saúde no atendimento, com um número exacerbado de consultas. O que se constitui em um obstáculo para o exercício do acolhimento de acordo com as propostas do PNH (2003). O tempo reduzido dificulta o acolhimento. É essencial que estes profissionais disponham de condições favoráveis ao atendimento, pois conforme o INCA (2002) o ginecologista além do conhecimento técnico-científico deve exercitar empatia. Para isso, é essencial que se vejam como verdadeiros promotores de saúde e, sobretudo que busquem traçar parcerias com as clientes em prol da adesão ao tratamento e portanto, que lhes sejam ofertados condições favoráveis para isso. Para o desenvolvimento dessa prática humanística, como estímulo e reflexão, muitos espaços ambulatoriais de discussões devem ser abertos. Existe ainda, a necessidade de se intensificar as propostas básicas do *Pró-Saúde*: Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde (2005) que tem entre seus objetivos a proposta de mudanças na formação dos profissionais favorecendo a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do cliente, com base nos seus aspectos socioculturais.

A preocupação que este grupo de médicas têm com o ser e a visão que possuem da necessidade de aproximação e integração com suas clientes, não é suficiente para libertá-las do formalismo conservador apreendido durante a sua formação. Isso favorece a não interpretação do

diálogo esclarecedor e o uso do *falar e do ouvir* como uma estratégia terapêutica a mais no tratamento do HPV e na prevenção do câncer cervical, a ser assumida durante as consultas. Conforme Soares (2007, p.3), o diálogo “[...] pode propiciar a eliminação de barreiras entre as diferenças culturais”. A integração afetiva e social deve ser valorizada como inerente ao tratamento, pois propicia melhorias dos transtornos biopsicossociais das clientes e estreitando a relação com médicos. A visão do médico amigo contribui para a criação do vínculo essencial ao tratamento e para a minoria das dificuldades de compreensão pelas clientes motivadas pela baixa escolaridade, pois favorece a liberdade de expressão.

Neste contexto, é relevante a prática da dialogicidade esclarecedora com o descarte de atendimento formal e o emprego de vocabulário menos técnico e mais próximo da realidade social da clientela. Nossa proposta é concomitante aos objetivos de reformulação do ensino médico e da oferta de saúde com base nas necessidades sociais (PNH, 2003; PRÓ-SAÚDE/MEC/MS/2005). Essas medidas almejam mudanças no acolhimento ao cliente, que compreende mais do que uma escuta interessada pelos profissionais de saúde. Mas sim um processo no qual se deve associar o *científico* e o *popular* num diálogo explicativo e valorativo do ser que anseia por um atendimento de qualidade. Nele, ambos, profissional e cliente, devem se assumir como co-responsáveis pelo estado de saúde conforme preconizam as políticas públicas de saúde e o exigido pela promoção da saúde.

Compreendemos que, frente a uma rotina tão intensa, faz-se necessário um maior investimento em materiais e equipamentos para o setor e a diminuição da sobrecarga funcional da médica responsável e o excessivo número de consultas; o que dificulta o exercício do acolhimento mais humanizado. Assim, não podemos deixar de reivindicar a realização de concursos para a ampliação do número de médicos nesse ambulatório. Acreditamos serem estas propostas concomitantes às objetivos da PNH em saúde em vigor que tem como meta a reconstrução e reorganização do SUS. Em relação as auxiliares de enfermagem constatamos a necessidade de execução de ações educativas junto a elas a fim de que se instaurem o autocuidado, mas também para que possam dialogar com as clientes sobre o HPV, assumindo o seu papel de promotores de saúde. O atendimento destas questões favoreceria os objetivos da PNH junto aos clientes, que incluem a diminuição do tempo de espera, a oferta de recursos necessários à demanda dos usuários, a melhoria do acolhimento e da relação médico-cliente.

O desenvolvimento desse processo para o IOC veio reafirmar a importância do Curso de Mestrado Profissional/EBS, voltado para a formação de profissionais de elevado nível técnico-científico, capacitados para desenvolverem pesquisas, programas educativos e para elaborarem

materiais técnicos de qualidade e processos. Neste aspecto cumpriu-se um dos objetivos recomendados pela CAPES, que é a prática de processos voltados à satisfação de necessidades específicas identificadas nesse ambiente profissional de sala de espera do ambulatório de PTGI. Embora pontual em um hospital universitário, esse processo veio demonstrar a importância do Mestrado Profissional, pela relevante contribuição a PNH que como diretriz governamental, necessita do envolvimento conjunto dos profissionais de saúde e do cliente para incrementá-lo.

Para o HUCFF/UFRJ, instituição altamente conceituada no âmbito da saúde e da educação, esta pesquisa introduziu em um ambulatório específico, o de PTGI, a reflexão sobre a importância de uma sala de espera como local de ações educativas promovedoras de melhorias biopsicossociais e como espaços de humanização em saúde. Nosso processo priorizou o exercício de uma medicina exploratória dos avanços tecnológicos, mas valorizadora do diálogo esclarecedor, objetivo e solidário que vê o doente como um todo. Na qual o médico possa integrar o científico e o popular aproximando-se de seus clientes, conhecendo e valorizando a sua história, com o apoio de ações educativas em sala de espera.

Para a pesquisadora responsável, além de inseri-la no mundo da pesquisa, este trabalho deu-lhe a oportunidade de pôr em prática todo o seu saber e propiciou o aprofundamento da cultura popular e do conhecimento técnico-científico adquirido no Curso de Mestrado Profissional EBS/IOC/Fiocruz em prol das demandas diagnosticadas em ambiente profissional, e que envolveu esferas populacionais específicas: os profissionais de saúde e as clientes do ambulatório de PTGI.

Esta pesquisa culminou com a produção de um processo e um produto que foi a introdução de um espaço dialógico de promoção da saúde. Ele veio confirmar e dar suporte à importância da introdução de salas de *acolhimento* destinadas ao uso de ações educativas de prevenção e promoção de saúde. A investigação social desenvolvida e as trocas de saberes, possibilitaram interações cognitivas, afetivas e sociais que envolveram os principais atores de um cenário hospitalar: o cliente e o profissional de saúde.

Um fator adicional ao nosso processo foi a presença de homens em sala de espera participando da conversação o que pode significar a satisfação de dúvidas e transtornos emocionais antigos guardados e neste momento exteriorizados. Com isso, entendemos que esse processo pode representar um estímulo para sua integração em programas de prevenção contra o câncer de pênis pelo HPV. Pode atuar como uma abertura favorável para a inclusão de companheiros na consulta ginecológica; se não em todas; pelo menos naquelas de caráter mais esclarecedor frente ao reconhecimento de necessidade pela doutora e/ou com base na solicitação

das clientes. A importância desse momento foi exteriorizada pela fala de um parceiro que veio exclusivamente para assistir a nossa estratégia em um dia de consulta de sua companheira e ao final acrescentou *“Muito obrigado pela informação e em deixar eu ouvir”*.

Como fatores limitantes a este processo citamos que, mediante a rotatividade de pacientes no ambulatório de PTGI, deveríamos ter garantido o fluxo contínuo de mulheres durante o desenvolvimento da pesquisa, pois muito embora tenhamos entrevistado 70 pacientes contamos para integrarem a estratégia socioeducativa com 56. É essencial registrar que entre as 56 clientes, 42 delas participaram da atividade e 17 o fizeram por mais de uma vez, o que demonstra o interesse pelo conhecimento que lhe foi ofertado. A realização desta prática nas primeiras horas da manhã pode ter contribuído para a ausência das outras 14 clientes. Isto porque muitas das mulheres que freqüentam este ambulatório só chegam para o atendimento ao final da manhã, após o cumprimento de sua jornada de trabalho, ou chegam de outras cidades como aquela que se sentiu insatisfeita por assistir a palestra duas vezes, mas não do início: C(66) *“Doutora, queria assistir do início. Não consigo chegar cedo, venho com a condução da prefeitura da cidade onde moro!”*. O tamanho desse local de espera também foi desfavorável, pois obrigou que muitos ouvissem a atividade do corredor e muitas vezes, não por inteiro o que pode ter contribuído para conclusões distorcidas, tendo algumas pessoas a oportunidade e a iniciativa de procurar o esclarecimento dos fatos, sendo preocupante a ideia de que algumas delas tenham permanecido com a dúvida.

Sendo nossa pesquisa referida como pioneira neste ambulatório pela médica responsável, esperamos que estimule neste local a expansão de outros estudos com aprofundamento em educação em saúde, voltadas às dimensões biopsicossociais das clientes que carregam consigo a dor e os tormentos gerados pelo HPV. Ele pode contribuir também para a reflexão dos profissionais de saúde sobre a necessidade do conhecimento pelas clientes sobre o HPV. Isso dá a vantagem de atuação de outros profissionais junto a elas, enquanto aguardam o atendimento; dialogando e esclarecendo dúvidas, ouvindo e apoiando-as. Assim, sugerimos como parte integrante das consultas, além do médico e das auxiliares de enfermagem, o acompanhamento por psicólogos que possam amenizar ou elucidar os transtornos biopsicossociais dessas mulheres além de dar apoio às médicas em suas tentativas de conversação nas consultas. A introdução de uma equipe interdisciplinar, constituída também por enfermeiros e biólogos, propiciaria uma abordagem das questões de forma mais intercomplementares. Confiamos que a introdução permanente do diálogo voltado às carências psicossociais dessas mulheres, seria essencial para atenuar seu sofrimento por se ver como portadora do HPV e poderia gerar melhorias nesse

ambiente profissional. Acreditamos que a discussão deste trabalho com a equipe médica poderia contribuir para a reflexão nas condutas adotadas e favorecer um novo olhar na sua forma de agir.

Sobre a nossa proposta educativa, preocupamo-nos com as considerações de Freire (2008) quando define que a educação é um processo que nasce da observação e da reflexão e culmina em uma ação transformadora. Com base nas observações feitas, estimulamos a reflexão a partir de informações extraídas da realidade dessas mulheres, vista como favorável à transformação. Mas, entendemos que introduzimos nesse ambiente, um processo que apesar de inovador, pode se configurar como inacabado. Cabe as clientes compreender, assimilar as informações e praticá-las, apropriando-se desses conhecimentos a fim de que se instaure o hábito de uso das ações preventivas contra o câncer. Em função disso, é relevante a implantação de novos trabalhos científicos nessa sala de espera, por um tempo mais prolongado, pois conforme Salles Filho (2010) é necessário um tempo para aprender e para sedimentar melhor as informações.

No entanto, os resultados obtidos nos fazem crer na contribuição de nosso processo para a constituição de um produto como o alcançado: a proposta de um trabalho como veículo de educação e promoção da saúde. Acreditamos que somente a educação pode desempenhar o papel decisivo de transformar a sociedade e mudar a realidade vivenciada pelas clientes e seus familiares, ainda que esses resultados não sejam sempre imediatos e que o processo nem sempre seja crescente, mas caracterizado por idas e vindas, a médio e longo prazo. Com a nossa estratégia, desenvolvemos um processo educativo, com trocas de experiências comuns entre os presentes, possibilitando a interação do conhecimento popular e o científico.

Adicionalmente enfatizamos que o dinamismo observado em sala de espera, sobretudo o fluxo contínuo de clientes nos remetem às considerações de Freire (2008) de que a realidade se renova diariamente e ainda que a aquisição de conhecimentos nunca se completa, pois o homem é um ser inacabado e sedento de saber. Assim, antevemos a necessidade de aprimoramentos e continuidade de nosso estudo que integra o científico e o popular a fim de elucidar questões como: o produto formado, nesse contexto específico, contribuiu para a diminuição das carências biopsicossociais dessas mulheres? Houve a apropriação de saberes favorecendo a prevenção do câncer cervical e a promoção da saúde? Temos consciência de que a educação envolve questões complexas e muitas vezes inesgotáveis. Porém, mesmo diante dessas incertezas é interessante registrar o convite recebido de introdução de nosso processo em sala de espera no Setor de Mamografia de Radiodiagnóstico/Departamento de Radiologia/HUCFF/UFRRJ, pela doutora responsável por este ambulatório e que também como nós acredita que, conforme Freire (2011, p. 78), “mudar é difícil, mas não é impossível”.

CAPÍTULO 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACKES, D. S., FILHO, L. W. D.; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev. Esc. Enferm**, v. 40, n. 2, p. 221-227, 2006. Disponível em: < www.ee.usp.br/reusp/ > . Acesso em: 13 fev. 2008.

BARROS, D. ; LOPES, R. L. M. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 295-298, maio/jun. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a09.pdf> > . Acesso em: 15 maio 2010.

BARROSO, C. Metas de desenvolvimento do Milênio, educação e igualdade de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, v. 34, n. 123, p. 573-582, set/dez. 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/cp/v34n123/a04v34123.pdf> > . Acesso em: 23 set. 2009.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde. Org. Rio de Janeiro: **FIOCRUZ**, p. 33-40, 2006. Disponível em: < <http://www.ead.fiocruz.br/curso/index.cfm?cursoid=740> > . Acesso em: 23 de mar. 2008.

BODGAN, R.; BIKLEN, S. K. Qualitative research for education. 1982. In: LUDKE M.; ANDRE, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. EPU, São Paulo, 1986. 99 p.

BORDENAVE, J.E.D. ; PEREIRA, A. M. Estratégias de ensino aprendizagem. 29ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 312 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.9333, Rio de Janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. v. 4, n. 2, 1996. 15-16 p.

_____. Ministério da Saúde. Sociedade Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia. Recomendações para o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero. Ministério da Saúde. Brasília. 1988. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_14.pdf > . Acesso em: 23 de set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) Falando sobre câncer do colo do útero. – Rio de Janeiro: p. 59, 2002. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando_cancer_colo_uterio_p1.pdf > . Acesso em: 23 maio 2007.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 28 mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Pró-Saúde: Programa nacional de

reorientação da formação profissional em saúde. Brasília, 2005. Disponível em: < http://www.abem-educmed.org.br/pro_saude/publicacao_pro-saude.pdf >. Acesso em: 23 de mar 2009.

_____. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior – CAPES. Diretoria de Avaliação. Documento da Área de Ensino de Ciência e Matemática. Triênio. 2004-2006. In: MOREIRA, A. M.; NARDI, R. O mestrado profissional na área de Ensino de ciências e Matemática: alguns esclarecimentos. **RBECT**. v. 2, n. 3, set/dez. 2009. Disponível em: <http://www.pg.utfpr.edu.br/depog/periodicos/index.php/rbec/article/viewFile/549/398>. Acesso em: 13 out. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Oswaldo Cruz. Fundação Oswaldo Cruz. EDITAL 2008. Processo Seletivo para o Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu – Nível de Mestrado Profissional em Ensino em Biociências e Saúde – Processo Seletivo 2008 Edital de Mestrado Profissional. Disponível em: http://www.ioc.fiocruz.br/pages/informerede/corpo/informee/mail/2007/2709/curta_04_27_09.html Acesso em: 8 out 2007.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2009: Incidência de câncer no Brasil. 2008. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/> > Acesso em: 11 fev. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. Política Nacional de Saúde do Homem. 2009. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/ortal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIO >. Acesso em: 02 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero – atualização 2011b. Disponível em: < http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf >. Acesso em: 23 ags 2011

CASTELLDAQUE, X; MUÑOZ, N. Cofactors in Human papillomavirus carcinogenesis: role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking. **J Natl Cancer Inst Monogr**, n. 31, p. 20-28, 2003. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12807941> >. Acesso em: 20 ags 2009.

COSTA, M. A. F.; COSTA, M.F.B. **Projeto de pesquisa: Entenda e faça**. 1 ed. Petrópolis: Vozes, 2011. 136 p.

CONTI, F. S.; BARTOLIN, S.; KULKAMP, I. C. Educação e promoção da saúde: comportamento e conhecimento de adolescentes de colégio público e particular em relação ao Papilomavírus humano. **DST- J. Brás. de Doenças Sex. Transm**, v. 18, n. 1, p. 30-35, 2006. Disponível em: < <http://www.dst.uff.br/revista18-1-2006/6.pdf> >. Acesso em: 22 abr. 2007.

DIÓGENES, M. A .R.; VARELA, Z. M. V.; BARROSO, G. T. Papiloma Vírus Humano: repercussão na saúde da mulher no contexto familiar. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS). v. 27, n. 2, p. 266-273, jun. 2006. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4605/252> >. Acesso em: 15 abr 2007.

GIRONDI, J. B. R.; NOTHAFT, S. C. S. ; MALLMANN, F. M. B. A metodologia

problematizadora utilizada pelo enfermeiro na educação sexual de adolescentes. **Cogitare Enferm**, v. 11, n. 2, p.161-165, maio/ago. 2006. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/6864/4872> >. Acesso em: 28 mar. 2010.

FIRESTONE, W. A.; DAWSON, J. A. To ethnograph or not to ethnograph? Varieties of qualitative research in education. 1981. In: LUDKE, M.; ANDRE, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. EPU, São Paulo, 1986. 99 p.

_____. **Ação cultural para a liberdade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981. 149 p. Disponível em: < http://www.bibliotecadafloresta.ac.gov.br/biblioteca/LIVROS_PAULO_FREIRE/Acao_Cultural_para_a_Liberdade.pdf >. Acesso em: 19 abr. 2007.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 24. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2001. 79 p.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 31ª ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. 2008. 158 p.

_____. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2011. 143p.

GOHN, M. G. Educação nãoformal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas. **Ensino: Aval. Pol. Públ. Educ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 50, p. 27-38, jan/mar. 2006. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/ensaio/v14n50/30405.pdf >. Acesso em: 02 jun. 2009.

_____. Paulo Freire e a formação de sujeitos sóciopolíticos. **Cadernos de Pesquisa: Pensamento educacional**. v. 4, n. 8, p: 17-41, abr. 2009a. Disponível em: < http://www.utp.br/Cadernos_de_Pesquisa/sumario8.html >. Acesso em: 02 ago. 2010

GOHN, M. G. **Educação nãoformal e o educador social: atuação no desenvolvimento de projetos sociais**. São Paulo: Cortez. 2009b. 103 p.

LIMA, C. M. G. et al. Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão. **Rev. Latino- am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 21-30, jan. 1996. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n1/v4n1a03.pdf> >. Acesso em: 23 set. 2010.

LUDKE, M.; ANDRE, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da Educação**. 25. ed. São Paulo: Cortez Editora 2005. 183p.

MARTINS, L. F.; THULER, L. C. S.; VALENTE, J. G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 8, p. 485-492, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n8/26760.pdf> >. Acesso em: 11 dez. 2009.

MATOS, E. L. M.; MUGIATTI, M. M. T. F. **Pedagogia Hospitalar: A humanização integrando educação e saúde**. 3. ed. Ed. Vozes. 2008. 181 p.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. II ed. São Paulo: Ed. HUCITEC. 2008. 470 p.

MOREIRA, A. M.; NARDI, R. O mestrado profissional na área de Ensino de ciências e Matemática: alguns esclarecimentos. **RBECT**. v. 2, n. 3, set/dez. 2009.

MOREIRA, H. ; CALEFFE, L. G. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. 2 ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008. 248 p.

PANISSET, K. S. P.; FONSECA, V. L. M. Patologia cervical na gestante adolescente. **Revista Adolescência e Saúde**, v. 6, n. 4, p. 33-40, 2009. Disponível em: < http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=7# >. Acesso em: 23 set. 2010.

PEREIRA, L.F. AS tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set/out. 2003.

PEREYRA, E. A. G. ; PARELLADA, C. I. Entendendo melhor a infecção pelo Papilomavírus Humano. São Paulo: Artsmed, 2003.

PESSOTTI, I. A formação humanística do médico. In: **SIMPÓSIO ENSINO MÉDICO DE GRADUAÇÃO**. In. 29, p. 440-448, out/dez. 1996. Capítulo X Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/1996/vol29n4/10aformacao_humanistica_medico.pdf >. Acesso em: 17 nov. 2009.

RODRIGUES, A. D. et al. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. **Vivências**. v. 5, n. 7, p. 101-106, maio, 2009. Disponível em: < www.sare.unianhanguera.edu.br/index.php/.../ >. Acesso em: 13 set. 2009.

ROSA, M. I. et al. Papilomavírus humano e neoplasia cervical. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 953-964, maio. 2009.

ROSA, M. V. F. P. C.; ARNOLDI, M. A. G. C. **A Entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para validação dos resultados**. 1. ed. Autêntica, 2006. 112 p.

RUBIN, E.; FARBER, J. L. **Patologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 1564 p.

SALLES FILHO, N. A. S. A educação para paz nas entrelinhas do pensamento educacional de Paulo Freire. [2009?]. **Net**. Sem paginação. Disponível em: < <http://www.pitangui.uepg.br/nep/artigos.php> >. Acesso em: 23 set 2010.

SEGOVIA HERRERA, M. Risco e segurança do trabalho desde o ponto de vista de um grupo de trabalhadores de uma agência de distribuição de energia elétrica. 1988. In: LIMA, C. M. G. et al. Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 21-30, jan. 1996. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n1/v4n1a03.pdf> >. Acesso em: 23 set. 2010.

SOARES, G.R.G. **Diálogos inter/multiculturais: rompendo a barreira do silêncio**. In: 2º Congresso Científico da Universidade. 2007. p: 6 Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.universidade.br/pesqcient/pdf/2007/educ_multicult.pdf. > Acesso em: 05 nov. 2011

SOUSA, I. C. F. Sucesso e fracasso numa experiência de educação em saúde. **Rev. Educ e Ensino**. USB. v. 6, n.1, p. 39-44, jan/jun. 2001.

TEIXEIRA, E. R, VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: Território de práticas e representações em saúde. **Rev. Enfermagem, Texto & Contexto**, Florianópolis, 2006. abr/jun. v. 15, n. 2, p. 320-325, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a16v15n2.pdf> >. Acesso em: 05 maio 2009.

TOZONI-REIS, M. F. C. Educação ambiental: natureza, razão e história. 2004. In: SALLES FILHO, N. A. S. A educação para paz nas entrelinhas do pensamento educacional de Paulo Freire 2009. **Net**. Sem paginação. Disponível em: < <http://www.pitangui.uepg.br/nep/artigos/Prof%5B1%5D.Nei.Livro.PAZ.pdf> >. Acesso em: 23 set. 2010.

THOMPSON, P. A. voz do passado: história oral. 1992. In: ROSA M. V. F. P. C.; ARNOLDI, M. A. G. C. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismo para validação dos resultados**. **Belo Horizonte**: Autêntica. 2006. 13-16 p.

WELLER, W. Tradições hermenêuticas e interacionistas na Pesquisa Qualitativa: A Análise de narrativas segundo Fritz Schutze. Disponível em: <http://luizaugustopassos.com.br/wp-content/uploads/2010/05/Sch%C3%BCtze..pdf>. Acesso em: 23 out. 2009.

ZIRMEMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. Como trabalhamos com grupo. Porto Alegre: Artes Médicas 1997. 424p.

ANEXOS



ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação:

Título da Pesquisa: **Desenvolvimento de estratégias sócio-educativas com pacientes de um hospital público: promovendo saúde e potencializando os mecanismos de defesa bio-psicológicos.**

Pesquisador Responsável: Lucia Maria Pereira de Oliveira - Telefone (021) 9896 1012.

Instituições a que pertence: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Departamento de Patologia e Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro. Mestranda da Pós-graduação em Ensino de Biociências e Saúde do Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz, modalidade Mestrado profissional.

Essas informações estão sendo fornecidas para que você analise e considere a possibilidade de sua colaboração voluntária, neste estudo, que tem como objetivo a produção de estratégia sócio-educativa para a prevenção do câncer de colo de útero pelo HPV e a promoção de saúde entre as mulheres.

Você terá que preencher um questionário com seus dados sócio-educativo e participar de encontros para trocas e produções de conhecimentos sobre o HPV e o câncer de colo de útero, que acontecerão no tempo que antecedem as consultas. Suas declarações serão mantidas em sigilo absoluto, sendo de minha inteira responsabilidade, a guarda de seus dados que serão avaliados somente pelos pesquisadores envolvidos no projeto e que não será permitido o acesso de terceiros; sendo garantido a proteção contra qualquer tipo de discriminação e ou estigmatização.

Você não passará por nenhum risco ou desconforto por participar dessa pesquisa e não terá despesas pessoais em qualquer fase do estudo. Também não receberá nenhuma compensação financeira, sendo sua participação de caráter estritamente voluntário.

Esta pesquisa terá a duração de três anos e ao final do estudo poderemos avaliar o trabalho e verificar a presença de benefícios. Seus dados serão utilizados somente neste estudo, e serão usados e divulgados cientificamente na forma de publicações técnico-científicas e outros recursos técnicos, sendo garantido o seu anonimato pessoal.

Você poderá recusar o convite ou deixar de participar sem prejuízos de qualquer natureza.

Em qualquer etapa do estudo, você poderá contactar a pesquisadora responsável, Lucia Maria Pereira de Oliveira, Bióloga, Professora da SME/RJ e Técnica em Assuntos Educacionais da UFRJ através do telefone (021) 9896 1012 e no Departamento de Patologia subsolo, sala 05 desta unidade hospitalar. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sala 01D-46- 1º andar, fone 2562 -2480 - e através do e-mail: ccp@hucff.ufrj.br
Eu, Enfermeira (o) _____, sei que:

Sou membro integrante da equipe médica do Ambulatório de Ginecologia do 4º andar do HUCFF/UFRJ e acredito ter sido suficientemente esclarecido (a) a respeito das informações sobre o estudo acima e entendi que estou sendo convidado (a) a colaborar com esta pesquisa sobre o HPV e o câncer de colo de útero. Sei que terei que preencher um questionário sobre o atendimento dessas pacientes e participarei de reuniões para debates sobre a humanização da medicina, sendo os dados registrados para análise posterior e uso em divulgações científicas inerentes a este estudo específico. Desta forma, concordo com os itens acima que li, e aceito participar voluntariamente desta pesquisa.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2008.

Assinatura do (a) enfermeiro (a) colaborador (a)

Assinatura do pesquisador responsável



ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação:

Título da Pesquisa: Desenvolvimento de estratégias sócio-educativas com pacientes de um hospital público: promovendo saúde e potencializando os mecanismos de defesa bio-psicológicos.

Pesquisador Responsável: Lucia Maria Pereira de Oliveira - Telefone (021) 9896 1012.

Instituições a que pertence: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Departamento de Patologia e Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro. Mestranda da Pós-graduação em Ensino de Biociências e Saúde do Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz, modalidade Mestrado profissional.

Essas informações estão sendo fornecidas para que você analise e considere a possibilidade de sua colaboração voluntária, neste estudo, que tem como objetivo a produção de estratégias sócio-educativas para a prevenção do câncer de colo de útero pelo HPV.

Você terá que preencher um questionário para a informação de dados sobre o atendimento das pacientes do Ambulatório de Ginecologia do 4º andar do HUCFF/UFRJ e participar de reuniões sobre a humanização da medicina. Suas declarações serão mantidas em sigilo absoluto, sendo de minha inteira responsabilidade, a guarda de seus dados que serão avaliados somente pelos pesquisadores envolvidos no projeto e que não será permitido o acesso de terceiros; sendo garantido a proteção contra qualquer tipo de discriminação e ou estigmatização.

Você não passará por nenhum risco ou desconforto por participar dessa pesquisa e não terá despesas pessoais em qualquer fase do estudo, Também não receberá nenhuma compensação financeira, sendo sua participação de caráter estritamente voluntário.

Esta pesquisa terá a duração de três anos e somente ao final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício. Seus dados serão utilizados somente nesta pesquisa, e serão usados e divulgados cientificamente na forma de gráficos, tabelas e outros recursos técnicos, sendo garantido o seu anonimato pessoal.

Você poderá recusar o convite ou deixar de participar sem prejuízos de qualquer natureza.

Em qualquer etapa do estudo, você poderá contactar a pesquisadora responsável, Lucia Maria Pereira de Oliveira, Bióloga, Professora da SME/RJ e Técnica em Assuntos Educacionais da UFRJ através do telefone (021) 9896 1012 e no Departamento de Patologia subsolo, sala 05 desta unidade hospitalar. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – sala 01D-46- 1º andar, fone 2562-2480 – e-mail: ccp@hucff.ufrj.br

Eu, Dr _____, sei que:

Sou membro integrante da equipe médica do Ambulatório de Ginecologia do 4º andar do HUCFF/UFRJ e acredito ter sido suficientemente esclarecido (a) a respeito das informações sobre o estudo acima e entendi que estou sendo convidado (a) a colaborar com esta pesquisa sobre o HPV e o câncer de colo de útero. Sei que terei que preencher um questionário sobre o atendimento dessas pacientes e participarei de reuniões para debates sobre a humanização da medicina, sendo os dados registrados para análise posterior e uso em divulgações científicas inerentes a este estudo específico. Desta forma, concordo com os itens acima que li, e aceito participar voluntariamente desta pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do (a) médico (a) colaborador (a)

Assinatura da pesquisadora responsável



ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação:

Título da Pesquisa: **Desenvolvimento de estratégias sócio-educativas com pacientes de um hospital público**: promovendo saúde e potencializando os mecanismos de defesa bio-psicológicos.

Pesquisador Responsável: Lucia Maria Pereira de Oliveira - Telefone (021) 9896 1012.

Instituições a que pertence: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Departamento de Patologia e Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro. Mestranda da Pós-graduação em Ensino de Biociências e Saúde do Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz, modalidade Mestrado profissional.

Essas informações estão sendo fornecidas para que você analise e considere a possibilidade de sua colaboração voluntária, neste estudo, que tem como objetivo a produção de estratégias sócio-educativas para a prevenção do câncer de colo de útero pelo HPV.

Você terá que preencher um questionário com seus dados socioeducativos e participar de encontros para trocas e produções de conhecimentos sobre o HPV e o câncer de colo de útero, que acontecerão no tempo que antecedem as consultas. Suas declarações serão mantidas em sigilo absoluto, sendo de minha inteira responsabilidade, a guarda de seus dados que serão avaliados somente pelos pesquisadores envolvidos no projeto e que não será permitido o acesso de terceiros; sendo garantido a proteção contra qualquer tipo de discriminação e ou estigmatização.

Você não passará por nenhum risco ou desconforto por participar dessa pesquisa e não terá despesas pessoais em qualquer fase do estudo. Também não receberá nenhuma compensação financeira, sendo sua participação de caráter estritamente voluntário.

Esta pesquisa terá a duração de três anos e somente ao final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício. Seus dados serão utilizados somente nesta pesquisa, e serão usados e divulgados cientificamente na forma de gráficos, tabelas e outros recursos técnicos, sendo garantido o seu anonimato pessoal.

Você poderá recusar o convite ou deixar de participar sem prejuízos de qualquer natureza.

Em qualquer etapa do estudo, você poderá contactar a pesquisadora responsável, Lucia Maria Pereira de Oliveira, Bióloga, Professora da SME/RJ e Técnica em Assuntos Educacionais da UFRJ através do telefone (021) 9896 1012 e no Departamento de Patologia subsolo, sala 05 desta unidade hospitalar. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – sala 01D-46- 1º andar, fone 2562-2480 – e-mail: ccp@hucff.ufrj.br

Eu, _____, sei que:

Sou paciente do Ambulatório de Ginecologia do 4º andar do HUCFF/UFRJ e acredito ter sido suficientemente esclarecida a respeito das informações sobre o estudo acima e entendi que estou sendo convidada a participar desta pesquisa sobre o HPV e o câncer de colo de útero. Sei que terei que preencher um questionário sobre os meus dados socioeducativos, comparecer as consultas e participar de encontros informais para trocar e produzir conhecimentos sobre o HPV e o câncer de colo de útero, sendo estes dados registrados para análise posterior e uso em divulgações científicas inerentes a este estudo específico. Desta forma, concordo com os itens acima que li, e aceito participar voluntariamente desta pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do paciente

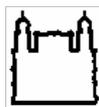
Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICES

APÊNDICE 1



HUCFF/UFRJ



IOC/Fiocruz

Programa de Pós-Graduação Stricto sensu
Mestrado em Ensino de Biociências e Saúde/IOC/Fiocruz
Lucia Maria Pereira de Oliveira
Dr.^a Danielle Grynszpan e Dr.^a Joseli Lannes
Projeto de Mestrado - 2009

Pesquisadora responsável: Lucia Maria Pereira de Oliveira
Bióloga / Especialista em Citologia Clínica/UFRJ
Prof^a SME/ Prefeitura do RJ e Técnica em Assuntos Educacionais FM/ UFRJ

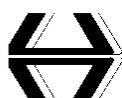
LEVANTAMENTO DE DADOS COM AS AUXILIARES DE ENFERMAGEM
(TODAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SERÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS)
FAVOR USAR LETRA DE FORMA

Data: ___/___/___ Questionário: _____

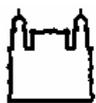
EM RELAÇÃO A SEU ATENDIMENTO: (AMBULATÓRIO DE PTGI/HUCFF/UFRJ)

- 1- Como se dá o seu contato com as clientes desse setor? _____
- 2- Você procura conversar, com as clientes enquanto elas aguardam o atendimento na sala de espera?
 não, pois _____ sim, pois _____
- 3- Quando conversa, você sente dificuldade de comunicação com as clientes?
 não, pois _____ sim, pois _____
- 4- Para você as pacientes que chegam e aguardam o atendimento sentem-se _____
- 5- Você se preocupa em orientar essas clientes em relação ao HPV?
 não. Suponho que elas já receberam esta orientação.
 não. Só se elas perguntarem.
 sim. É importante explicar sempre.
- 6- Para você existe algum fator contraditório ao tratamento do HPV em relação a essas pacientes? Qual? _____
- 7- Em sua opinião, as clientes desse setor têm real consciência de seu problema de saúde?
 sim, pois _____ não, pois _____
- 8- Você, na sua função de auxilia de enfermagem, se vê como um promotores de saúde?
 sim, pois _____ não, pois _____
- 9- Que sugestões você daria para melhorar o estado de saúde dessas clientes? _____
- 10- Qual é a sua sugestão para melhor ocupar, o tempo em que as pacientes aguardam o atendimento na sala de espera, desse setor _____

APÊNDICE 2



HUCFF/UFRJ



IOC/Fiocruz

Programa de Pós-Graduação Stricto sensu
Mestrado em Ensino de Biociências e Saúde/IOC/Fiocruz
Lucia Maria Pereira de Oliveira
Dr.ª Danielle Grynszpan e Dr.ª Joseli Lannes
Projeto de Mestrado - 2009

Pesquisadora responsável: Lucia Maria Pereira de Oliveira
Bióloga / Especialista em Citologia Clínica/UFRJ
Profª SME/ Prefeitura do RJ e Técnica em Assuntos Educacionais FM/ UFRJ

LEVANTAMENTO DE DADOS COM MÉDICOS
(TODAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SERÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS)
FAVOR USAR LETRA DE FORMA

Data: ___/___/___ Questionário _____

1- Em relação à anamnese, você realiza:

- superficialmente porque já conhece o problema das pacientes que chegam e assim, _____
- com calma, buscando se aprofundar, pois _____
- não realiza porque _____

2- Você sente dificuldades de comunicação com suas clientes?

- não, pois _____
- sim, pois _____

3- Você costuma explicar para elas todos os resultados dos exames preventivos?

- não. Só informo. Suponho que elas já sabem pois fazem parte de um setor de controle do HPV.
- sim, nos casos em que há alguma alteração mais significativa.
- sempre.

4- A cada consulta, você se preocupa em orientá-las em relação ao HPV?

- não. Suponho que elas já receberam esta orientação.
- apenas se elas perguntarem.
- sim. É importante explicar sempre.

5- Para você, o apoio do companheiro pode vir a influenciar o êxito da conduta médica em relação ao HPV? não, pois _____ sim, pois _____

6- Para você, existe algum fator contraditório ao procedimento médico em relação ao HPV? _____

7- A visão que orienta sua prática médica consiste em perceber sua cliente como um ser:

- biológico que necessita de _____
- biopsicossocial que necessita de _____

8- No desenvolvimento de sua função, você se preocupa em observar em suas pacientes _____

09- O que você sugere para o melhor aproveitamento do tempo em que as pacientes aguardam pelo atendimento na sala de espera? _____

10- Quais são as estratégias utilizadas por você no combate ao HPV e a prevenção do câncer de colo de útero, junto as clientes _____

APÊNDICE 3



HUCFF/UFRJ



IOC/Fiocruz

Programa de Pós-Graduação Stricto sensu
Mestrado em Ensino de Biociências e Saúde
Lucia Maria Pereira de Oliveira
Dr.^a Danielle Grynszpan e Dr.^a Joseli Lannes
Projeto de Mestrado - 2009

Pesquisadora responsável: Lucia Maria Pereira de Oliveira
Bióloga / Especialista em Citologia Clínica/UFRJ
Prof.^a SME/ Prefeitura do RJ e Técnica em Assuntos Educacionais FM/ UFRJ

LEVANTAMENTO DE DADOS COM PACIENTES
(TODAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SERÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS)
FAVOR USAR LETRA DE FORMA

Data: ___/___/___ Entrevistas _____

Parte I - DADOS PESSOAIS

Nome: _____ Data de Nasc: ___/___/___ Telefone: _____

01- Estado civil: solteira casada separada viúva tenho namorado

02- Quanto a filhos: não tenho (Pular nº 4) tenho ____ filhos

03- Eu moro: sozinha moro com _____

04- Você conversa com seus filhos sobre sexo?

sim, converso porque _____

não, porque: tenho vergonha não sei o que dizer nunca conversei

05- Em relação ao trabalho: não trabalho estudo trabalho, em _____

05- Quanto ao seu grau de instrução:

não sei ler nem escrever.

nunca estudei, mas sei ler e escrever.

ensino fundamental completo ensino fundamental incompleto (____ ano)

ensino médio 3º grau completo 3º grau incompleto

07- Religião: não tenho tenho. Sou _____

08- Sua crença religiosa tem influência em seu comportamento sexual?

sim _____ não _____

09- Quando estou na sala de espera, normalmente sinto-me _____

10- Sua família sabe do seu problema de saúde?

sim, todos somente alguns de minha confiança não, pois _____

PARTE 2- SOBRE SEUS HÁBITOS E ATITUDES

01- Você fuma: não. fumo há _____ anos. fumei há _____ anos e parei.

02- Sobre a pílula anticoncepcional

nunca usei. uso há _____ anos. usei _____ anos e parei.

03- Você já teve quantos parceiros sexuais:

um dois três vários

04- Com que idade começou a sua vida sexual? Com _____ anos

05- Em suas relações sexuais, você estimula seu parceiro a usar camisinha?

- na minha época não se falava nisso
- nunca, porque confio nele
- nunca, porque me parece que ele não gosta
- já tentei, mas ele não gosta
- sim . Ele usa sempre
- sim. Ele usa às vezes

06- Você conhece o preservativo (camisinha) feminina ?

- sim, mas nunca usei porque não sei como se usa
- sim, mas nunca usei porque tenho vergonha
- já tentei, mas ele não gosta e por isso não uso
- sim, mas não tenho vida sexual ativa
- sim. Ele usa às vezes
- não, nunca ouvi falar

07- Você procura adquirir algum tipo de conhecimento sobre o seu problema de saúde?

não, pois _____ sim, eu _____

08- O que você costuma fazer enquanto aguarda pelo atendimento na sala de espera? _____

09- Eu gosto de: ouvir música ler ver televisão usar a internet escrever
 cantar conversar e debater fazer poesias pintar

PARTE 3- EM RELAÇÃO A SEU ESTADO DE SAÚDE

01- Sobre suas consultas ao ginecologista:

- falta _____ porque _____ e quando lembro remarco a consulta que perdi.
- venho em todas as consultas, pois _____

02- Sobre o seu exame de Papanicolau:

- eu não fazia; comecei a fazer porque _____
- está atrasado. Não faço há _____, porque _____
- sempre fiz direitinho e está em dia.

03- Você sabe por que é aconselhável fazer frequentemente o exame de Papanicolau?

não sim. Para _____

04- Você sabe o que é HPV? não sei sei. É _____

05 - Você sabe como se contrai o HPV? não sim, _____

06- Você sente algum mal estar, (físico, emocional ou ambos) que em sua opinião, pode estar relacionado com o HPV?

não sinto nada sim. Sinto _____

07. Você sabe qual é a doença que possui?

Sim _____ Não. _____

08- O HPV mudou algo em sua vida?

nada. mudou, porque _____

09- Na falta de tratamento, você sabe qual é a doença que o HPV pode originar?

não. sei sim. É _____

10- Você já ouviu falar da vacina para prevenir contra o HPV? sim. não.

11- Em relação à possibilidade de HPV e das possíveis conseqüências, seu companheiro:

se preocupa e te apóia.

não quer saber. Ele diz que _____

ele não sabe, pois _____

12- Em sua opinião seu companheiro aceitaria vir junto com você para conversar comigo sobre o HPV?

sim não, ele _____

13- Você sabe que o HPV pode causar o câncer de pênis? não. sim.

14- Que cuidado você toma para não ter câncer de colo de útero? _____

PARTE 4- SOBRE A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

01- De que forma você é recebida pelo seu médico (a) na sala de consultas? _____

02- Você tem dificuldade de se comunicar com seu médico (a)?

não, porque _____ sim, porque _____

03- Você segue as recomendações que seu médico (a) faz?

sim, porque _____

não, porque _____

04- Ele/ ela te explicou o que é HPV?

- sim e eu entendi
- não explicou
- sim, mas eu não entendi e _____

05- Seu médico (a) te explica sempre o resultado de seu exame de Papanicolau?

- sim, de maneira, simples e, clara e assim, eu consigo entender.
- sim, só que eu não entendo o que ele (a) diz.
- não explica.

06- O médico (a) te explicou a importância de fazer o exame de Papanicolau?

- Sim, de maneira simples e clara, e assim, eu consegui entender.
- Sim, só que eu não entendi e _____
- Não explicou.

07- Seu médico (a) já convidou seu marido, companheiro ou namorado para conversar sobre o HPV? sim _____ não

08- Cite duas coisas que te incomodam muito nas consultas _____

09- Existe alguma coisa que você sugere que possa vir a melhorar o atendimento?

(Profissionais de saúde, equipamentos, etc...) _____

10- Como você poderia ajudar as pessoas que freqüentam a sala de espera deste setor? Dê sua sugestão. _____

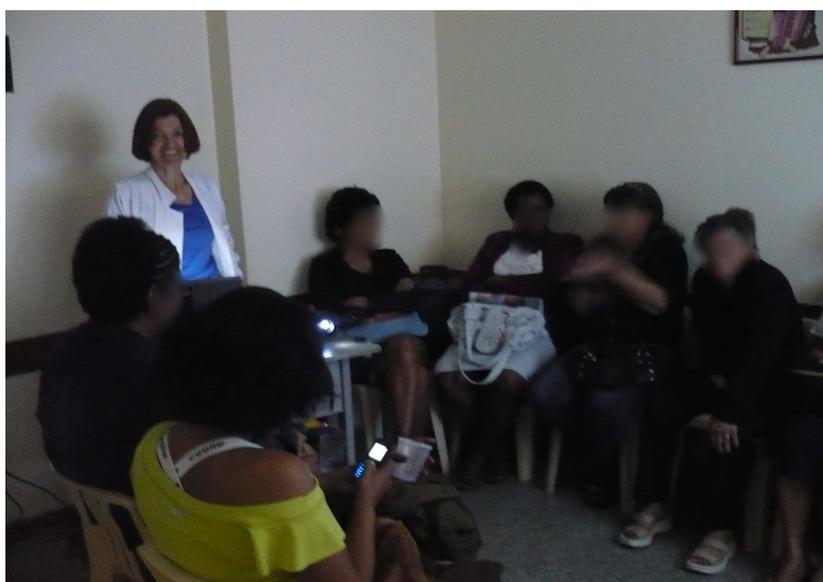
APÊNDICE 4

Registros fotográficos de processo e produto em local de espera do ambulatório de PTGI .

Figura 1. Pacientes aguardando o atendimento em local de espera do PTGI.



Figura 3. Clientes participando de processo socioeducativo em sala de espera do PTGI



APÊNDICE 5

Slides elaborados e apresentados em sala de espera como parte integrante de estratégia socioeducativa desenvolvida com pacientes do ambulatório de Patologia do Trato Genital Inferior/Ginecologia/HUCFF/UFRJ.

Slide 1. Apresentação da pesquisa

PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE
IOC/ FIOCRUZ - MS

Desenvolvimento de processo e produto
socioeducativo: promovendo saúde em uma
sala de espera

Lucia Maria Pereira de Oliveira
lmpo@ioc.fiocruz.br

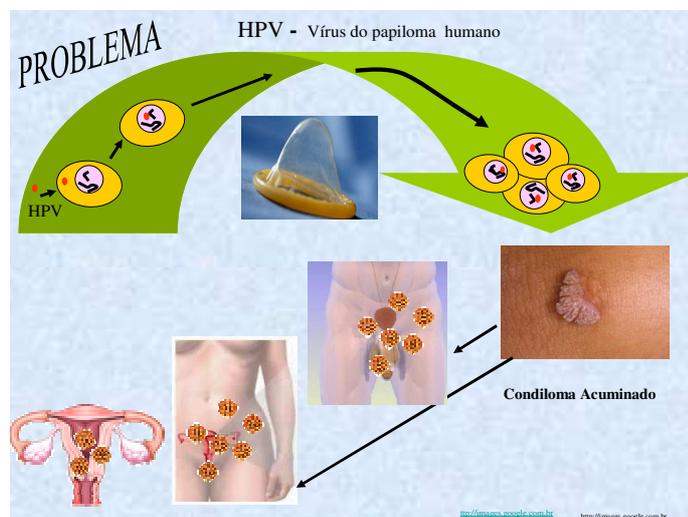
FIOCRUZ

Orientadoras
Dr.^a Danielle Grynszpan
Dr.^a Joseli Lannes

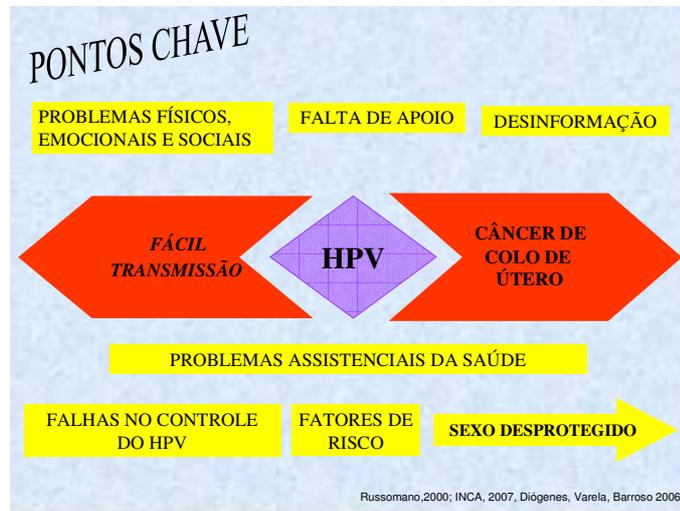
UFRJ



Slide 2. Observação da Realidade: O problema



Slide 3: Pontos chave: Convicções erradas



Slide 4: Pontos chave: a transmissão do HPV



Slide 5: Pontos chave: os sintomas tardios



Slide 6: Pontos chave: controle do HPV



Slide 7. Ponto Chave: Colposcopia - Visão das lesões e tratamento

Teorização - Pré- supostos de solução

COLPOSCOPIA - Visão das lesões

- Colo de útero
- Lesões no colo de útero



REALIDADE



**USAR CAMISINHA
FAZER O EXAME PREVENTIVO**

Dr.ª Isia Mello e apud MESQUITA et al. 2008

Slide 8: Aplicação à realidade: plano de ação

PLANO DE AÇÃO

- Informação
- Auto estima
- Enfrentar o HPV
- Prevenir a transmissão
- Diálogo com o parceiro
- Usar a camisinha
- Compromisso com a sua saúde
- Fazer o preventivo
- Seguir as orientações médicas

Parceria clientes/profissionais de saúde
Assumir que faz parte de um grupo de controle

