



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ROSANA OLIVEIRA DE MELO

**O VIVIDO DE MULHERES COM LESÕES PRECURSORAS DE
CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: DO DIAGNÓSTICO À
TERAPÊUTICA**

Salvador
2010

ROSANA OLIVEIRA DE MELO

**O VIVIDO DE MULHERES COM LESÕES PRECURSORAS DE
CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: DO DIAGNÓSTICO À
TERAPÊUTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Enfermagem na Área de Concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Regina Lúcia Mendonça Lopes

Salvador
2010

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem,
Escola de Enfermagem, UFBA.

M528c Melo, Rosana Oliveira de
 O vivido de mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do
 útero: do diagnóstico à terapêutica / Rosana Oliveira de Melo.- Salvador,
 2010.
 136 f.

 Orientadora: Profa. Dra. Regina Lúcia Mendonça Lopes.
 Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de
 Enfermagem, 2010.

 1. Mulheres - Doenças. 2. Colo uterino - Câncer. 3. Câncer -
 Enfermagem. I. Lopes, Regina Lúcia Mendonça. II. Universidade
 Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDU : 616-006.6-083

ROSANA OLIVEIRA DE MELO

**O VIVIDO DE MULHERES COM LESÕES PRECURSORAS DE CÂNCER DO
COLO DO ÚTERO: do diagnóstico à terapêutica**

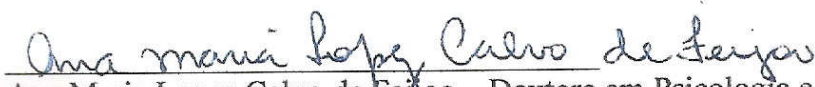
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, Linha de Pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em 08 de fevereiro de 2010

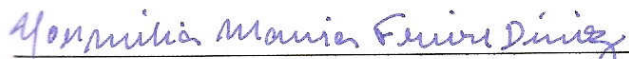
BANCA EXAMINADORA



Regina Lúcia Mendonça Lopes – Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia



Ana Maria Lopes Calvo de Feijoo – Doutora em Psicologia e Professora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro



Normélia Maria Freire Diniz – Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia



Solange Maria dos Anjos Gesteira – Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Às mulheres que vivem com as lesões precursoras de câncer do colo do útero, que enquanto ser-mulher está aberta as diversas possibilidades que se mostram em sua existência.

Aos meus filhos Jhonatan Péricles e Carlo Richard, para que eles possam encontrar na sua trajetória de vida um caminho, mesmo com as dificuldades impostas em nosso cotidiano existencial, que possa ser trilhado com amor, respeito e valorização do outro.

Ao meu esposo Carlo Péricles, pelo amor que tem dedicado à nossa existência enquanto casal-família e, pela paciência, nos momentos mais difíceis que vivenciei como ser-mulher-pesquisadora.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado a condição da existência, me guiado no sentido de vencer as dificuldades e todas as adversidades que a mim se apresentaram durante estes dois anos de mestrado. Hoje, a vitória, é a glória que Deus me proporcionou, enquanto Ser.

Ao meu esposo Carlo Péricles Freitas de Melo por ter entendido minhas ausências, meu desespero, e, minha vontade incontrolável de alcançar este objetivo em minha vida. Meu amor, sem você, não teria conseguido!

Ao meu filho Jhonatas Péricles Oliveira de Melo que com amor e dedicação de filho me ajudou nas dificuldades técnicas para a conclusão deste trabalho, deixando de lado suas vontades e prioridades para estar comigo nesta caminhada.

Ao meu pequeno Carlo Richard Oliveira de Melo que mesmo sem entender tudo que se passava comigo, minha falta de paciência, minhas ausências como mãe, me surpreendia às vezes, com seus abraços e seu carinho.

Aos meus pais por terem me ensinado os valores morais que hoje fazem parte da minha vida e em especial a minha mãe, Ivanice das Graças Melo Oliveira, que sempre me incentivou para continuar, apesar das adversidades que a vida me colocava.

Aos meus irmãos, Aline Melo Oliveira, Carla Melo Oliveira, Wallis Melo Oliveira pela ajuda nos momentos difíceis, e em especial, ao meu irmão Wilton Melo Oliveira, que sempre esteve presente quando eu precisava.

Aos meus sogros Otaviano Alves de Melo e Delza Freitas de Melo, pela paz e o incentivo que me proporcionavam sempre que nos encontrávamos.

A Amália Almeida Santos que me ajudou nesta tarefa de ser mãe e dona de casa, cuidando de tudo e de todos nas minhas ausências.

A minha orientadora Dr.^a Regina Lúcia Mendonça Lopes, que teve paciência comigo nos momentos de aflição e me ensinou não somente as lições aprendidas na academia, mas, me mostrou uma nova maneira de existir.

As componentes da banca, Dr.^a Ana Maria Calvo de Feijoo pela delicadeza e disponibilidade demonstradas desde o momento que realizei o convite; a Dr.^a Normélia Diniz pela sua participação desde o projeto de pesquisa oferecendo sugestões e troca de experiências.

Aos companheiros da “Kombi de Feira” por compartilhar comigo momentos de alegria, de tristeza e de conquistas, nas nossas idas e vindas de Feira à Salvador e vice-versa, em especial a amiga Ana Clara Barreiros dos S. Lima, que conheci no primeiro dia de mestrado, e que sempre esteve presente durante estes dois anos.

Aos colegas do mestrado da UFBA que contribuíram com seus pareceres, oferecendo sugestões para a construção desta dissertação.

A minha amiga Rita de Cássia Rocha Moreira pelo apoio, carinho e por ser-com durante esse período do mestrado.

As minhas amigas Zannety Conceição S. N. Souza e Aline Motta por me incentivar a continuar esta etapa da minha vida.

Aos meus alunos da Faculdade de Tecnologia e Ciências de Feira de Santana (FTC) e da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) pelos momentos que me fiz ausente para conseguir concluir todas as atividades propostas pelo mestrado.

Aos funcionários da Universidade Federal da Bahia (UFBA), da Unidade Básica Saúde do Caseb e do Centro Municipal de Prevenção ao Câncer Romilda Maltez (CMPC), que me ajudaram nos momentos de desespero, quando o “tempo” parecia que não daria para terminar tudo.

A todos vocês o meu agradecimento.

O tempo muito ensinou

Eu sou aquela mulher
a quem o tempo muito ensinou.
Ensinou a amar a vida e não desistir da luta,
recomeçar na derrota,
renunciar a palavras
e pensamentos negativos.
Acreditar nos valores humanos
e ser otimista.
Creio na força imanente
que vai gerando a família humana,
numa corrente luminosa
de fraternidade universal.
Creio na solidariedade humana,
na superação dos erros
e angústias do presente.
Aprendi que mais vale lutar
do que recolher tudo fácil.
Antes acreditar do que duvidar.

Cora Coralina

MELO, Rosana Oliveira de. **O vivido de mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do útero: do diagnóstico à terapêutica**. 2010. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

RESUMO

Os índices de morbi-mortalidade por câncer do colo do útero demonstram que esta patologia é considerada um problema de saúde pública, atingindo grande parcela da população mundial. Isto decorre de diversos fatores, desde o diagnóstico tardio até a falta de informação das pessoas sobre prevenção, fatores de risco, tratamento, entre outros. Doença tratável, cujo potencial de cura pode chegar a 100% quando diagnosticado e tratado inicialmente ou em fases das lesões precursoras. A possibilidade do câncer em nossa existência é difícil de ser abordada, pois quase sempre, é definido por termos que denotam terror, medo, vergonha. Estudo qualitativo de abordagem fenomenológica tem como objeto o vivido de mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do útero, objetivando compreender o vivido destas mulheres. A análise interpretativa ancorou-se no referencial teórico filosófico de Martin Heidegger, expresso em *Ser e Tempo*. A entrevista fenomenológica, aplicada a sete mulheres com diagnóstico de lesões precursoras, ocorreu em agosto de 2009, em uma unidade de referência para o tratamento destas lesões, localizada em Feira de Santana – Bahia. A condução da entrevista pautou-se em questões de aproximação e na seguinte questão norteadora: Como é, para a Sr.^a, a experiência de ter uma alteração no colo do útero? A partir da compreensão dos aspectos ônticos foram construídas oito unidades de significado na qual as mulheres revelaram dúvidas e medo pelo desconhecimento em relação às lesões precursoras do câncer do colo do útero, mudanças no relacionamento com os parceiros, evidenciadas a partir do diagnóstico das lesões precursoras, dificuldades de ter amigos participando no processo de enfrentamento das lesões precursoras, importância da família durante o diagnóstico e o tratamento das lesões precursoras, estratégias de enfrentamento para lidar com as lesões precursoras e as modificações que realizaram em seu cotidiano, o relacionamento com as profissionais de saúde e o descrédito na assistência para prevenção do câncer do colo do útero nos postos de saúde do município, sentimentos de vergonha, medo e constrangimento na realização do papanicolaou e o medo da morte por câncer do colo do útero desde a comunicação do diagnóstico das lesões precursoras. Compreendi que a possibilidade do vir a adoecer de câncer do colo do útero leva a mulher com lesão precursora a apresentar o temor, manifestado pela preocupação, pelo medo, pela ansiedade, pelas dúvidas quanto ao diagnóstico e as indicações terapêuticas. Estes sentimentos permitem-na pensar, também, na possibilidade concreta da finitude. E que, como sendo-no-mundo, mulheres não encontraram a expressão autêntica do cuidado, retirando-a da condição de poder-ser. Considero que as profissionais de saúde não devem esquecer que o primordial na nossa profissão é o cuidar, e que este não pode ser influenciado pela cotidianidade, transformando-se, assim, num cuidado inautêntico.

Palavras-chaves: Mulheres, colo do útero, lesões precursoras, enfermagem.

MELO, Rosana Oliveira de. **The experience of women with precursor lesions of cervical cancer: from the diagnosis to the therapeutics.** 2010. 136 p. Dissertation (Nursing Master) Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2010.

ABSTRACT

The morbidity and mortality rates from cervical cancer show that this pathology is considered a public health problem, affecting a great part of the world's population. This stems from several factors, from the late diagnosis to the lack of information of people about prevention, risk factors, treatment, among others. Treatable disease, whose healing potential can reach 100% when diagnosed and treated initially or in stages of premalignant lesions. The possibility of cancer in our existence is difficult to be addressed, because it is nearly always defined by terms that denote terror, fear and shame. Qualitative study of the phenomenological approach has its object the experiences of women with precancerous lesions of cervical cancer in order to understand the experiences of these women. The interpretative analysis was anchored in the theoretical philosophy of Martin Heidegger, expressed in *Being and Time*. The phenomenological interview, applied to seven women diagnosed with precursor lesions, occurred in August 2009, in a reference unit for the treatment of these lesions, located in Feira de Santana - Bahia. The conduct of the interview was based on questions of approach and on the following guiding question: How is it to Ms., the experience of having a change in the cervix? From the understanding of the ontic aspects were built eight units of meaning in which the women revealed doubts and fear by the unfamiliarity about the precursor lesions of cervical cancer, changes in relationships with partners, as evidenced from the diagnosis of precursor lesions, difficulties of having friends taking part in the facing process of precursor lesions, importance of family during the diagnosis and treatment of precursor lesions, facing strategies to deal with precursor lesions and the changes they've made in their everyday life, the relationship with health professionals, distrust in the health care to the prevention of cervical cancer at clinics in the city, feelings of shame, fear and embarrassment in the performance of smear and fear of death by cancer of the cervix since the communication of the diagnosis of premalignant lesions. I realized that the possibility of becoming ill from cancer of the cervix leads a woman with precursor lesion to present the fear, expressed by the concern and fear, the anxiety, the doubts about the diagnosis and therapeutic approaches. These feelings allow her to think, too, the concrete possibility of finitude. And that, as-being-in-the-world, women have not found the authentic expression of care, removing from her the condition of can-be. I believe that health professionals should not forget that our primary job is caring, and that this job cannot be influenced by everyday life, becoming thus in an inauthentic careful.

Keywords: Women, cervix, precursor lesions, nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE SAÚDE DA MULHER E GÊNERO	18
2.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER	20
2.3 O IMPACTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	23
2.4 AS FORMAS DE ENFRENTAMENTO	34
3 REFERENCIAL FILOSÓFICO	41
3.1 A FENOMENOLOGIA	41
4 PROPOSTA METODOLÓGICA	50
4.1 TIPO DE ESTUDO	50
4.2 <i>LOCUS</i> DO ESTUDO	51
4.3 TRAJETÓRIA DO ESTUDO	53
4.4 APRESENTAÇÃO DOS SUJEITOS	57
5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA	59
5.1 A CONSTRUÇÃO DAS UNIDADES DE SIGNIFICADO	59
5.2 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA	75
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICE A – Autorização para Instituição	94
APÊNDICE B – Informações à Colaboradora	95
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	96
APÊNDICE D – Roteiro da Entrevista	97

APÊNDICE E - Transcrição das Entrevistas	98
ANEXO A – Ofício de Aprovação do Comitê de Ética	135
ANEXO B – Ofício de Aceite da Instituição	136

1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero e suas lesões precursoras são considerados por muitas pessoas, em particular as mulheres, como a morte. Grande parte delas não conhece as medidas preventivas, o diagnóstico e muito menos que há, quando ocorre a detecção e o tratamento precoce, a possibilidade de cura. Consideram tal patologia e suas alterações como algo impossível de tratamento ou cura devido à forte associação à idéia de finitude, concepção essa construída socialmente, fortemente arraigada no imaginário social.

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) relata que o câncer ocupa o 2º lugar entre as enfermidades não transmissíveis, particularmente o do colo do útero e de mama, em mulheres, e o de estômago e pulmão, nos homens (ENT, 2008).

O Brasil encontra-se no elenco dos países subdesenvolvidos com um contingente populacional feminino relevante, como relata o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ao informar que sua população total, em 2006, correspondia a 186.770.560 habitantes. Com relação à divisão por sexo, o quantitativo de mulheres era de 94.954.834, representando 50,84% da população brasileira. Além disso, a análise dos dados demonstrou que mais da metade da população feminina encontrava-se na faixa etária de 10 a 49 anos, ou seja, na idade reprodutiva (BRASIL, 2008).

O fato de as mulheres representarem mais da metade da população brasileira deve ser avaliado de forma a vislumbrar políticas públicas voltadas para o atendimento desta parcela significativa da população, inclusive no tocante a prevenção de doenças e no combate a mortalidade.

Em relação ao câncer do colo do útero, estimativas do Ministério da Saúde (MS) apontam para a ocorrência de 24.300 novos casos deste tipo de câncer para o ano de 2008, desses, 18.680 nos estados e o restante nas capitais. No Nordeste há uma estimativa de 4.720 casos sendo que, na Bahia, o total esperado chega a 970 casos, estando esta neoplasia entre as mais incidentes para o sexo feminino (BRASIL, 2008).

Além de representarem uma parcela significativa da população, as mulheres são consideradas, pelas pesquisas do MS, como as principais usuárias do SUS, e as brasileiras que se encontram na faixa etária de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero, representam 46,63% da população feminina (BRASIL, 2004c).

Esse percentual representativo das mulheres que se encontram na faixa etária para o desenvolvimento do câncer do colo do útero, faz-nos pensar que é preciso atuar na prevenção

deste tipo de câncer de forma efetiva, através do diagnóstico precoce e de um tratamento antes da instalação da doença, ou seja, ainda na fase das lesões precursoras.

O câncer do colo do útero, quando detectado na fase das lesões precursoras e iniciado o tratamento, a cura ocorre em 100% dos casos. (BRASIL, 2004c; FOLLEN et al., 2006; BRASIL, 2008). Sendo assim, torna-se necessária a adoção de medidas que visem a promoção da saúde das mulheres no tocante a prevenção e diagnóstico precoce do câncer do colo do útero, com a diminuição da morbi-mortalidade por este tipo de câncer e melhor qualidade de vida para as mulheres.

As questões relacionadas a mulher sempre despertaram o meu interesse, desde o processo de formação acadêmica. Ao longo das atividades desenvolvidas na graduação em enfermagem sentia que já havia uma aproximação com a área de atenção à saúde da mulher. Depois, como enfermeira, pude vivenciar diversas situações, algumas dessas destacadas abaixo.

Lembro-me o quanto foi importante o estágio de pré-natal, enquanto discente de enfermagem, oferecido pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), na Unidade Básica de Saúde do Centro Social Urbano. Destaco que o contato com as mulheres durante as consultas foram oportunidades de poder compartilhar e aprender com suas histórias de vida, bem como de esclarecer dúvidas em relação ao ciclo gravídico e puerperal, situação que, por muitas vezes, geravam-lhes ansiedades.

Terminei o curso na UEFS em 1997 e, desde então, tenho atuado em unidades de saúde, na atenção à saúde da mulher. Meu primeiro vínculo profissional foi numa cidade localizada no centro-sul da Bahia, chamada Boquira, onde desenvolvi atividades em uma unidade de saúde nos subprogramas de pré-natal e planejamento familiar. Esta atividade representou meu primeiro encontro com as mulheres, tanto em situações assistenciais, quanto educativas. Naquela oportunidade ainda não tinha desenvolvido a sensibilidade necessária para compreender questões que envolvem o ser-mulher no cuidado à sua saúde.

Meses depois, ao retornar para Feira de Santana, comecei a atuar em uma unidade de saúde, assumindo atividades da atenção básica relacionadas ao pré-natal, planejamento familiar, Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (ACD) de crianças menores de 1 (um) ano, supervisão da unidade e da equipe de enfermagem. Nessa experiência profissional passei por um momento o qual considero ímpar, pela oportunidade de ampliar minha qualificação técnica. O Programa de Atenção à Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), motivado pela necessidade de alcançar a meta estabelecida para realização de citopatologia no município, devido ao número reduzido de exames colhidos até

o dado momento, convocou enfermeiras para participar de um treinamento a fim de realizar a coleta da citologia em suas unidades.

Tal situação despertou meu interesse em aprimorar a prática para assistir mulheres na realização da citologia. Como complementação do treinamento, visando adquirir mais segurança nesta área para atuar na campanha do referido município, fiz contato com duas enfermeiras de outra unidade que realizavam a coleta de citologia. Este treinamento me permitiu conhecer melhor a técnica de realização do exame. Logo após este momento, iniciei as coletas em uma unidade que trabalhava com algumas dificuldades técnicas, mas motivada a aprimorar cada vez mais os meus conhecimentos na área.

Dei continuidade à minha formação ingressando, em 2002, no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, ofertado pela UEFS. Afora as questões específicas da área obstétrica, o curso veio a ampliar minhas experiências também no campo da atenção à saúde da mulher na coleta de exame citopatológico.

Ao terminar o curso em 2003 e nos três anos consecutivos, passei a atuar como docente na categoria de professora substituta da UEFS, na disciplina Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente I. Desde 2003, até setembro do corrente ano, atuei como professora da mesma área na Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) de Feira de Santana, retornando, após este período, para a UEFS, agora, na qualidade de professora auxiliar.

Destaco que, durante a especialização, trabalhei de 2004 a 2006 como técnica do Programa Municipal de Atenção Integral à Saúde da Mulher de Feira de Santana (PAISM-FSA), atuando junto à coordenação. Este serviço funcionava como referência na atenção às mulheres cujos preventivos apresentavam alterações clínicas nos laudos técnicos e precisavam de um diagnóstico complementar.

Neste programa, eu recebia mulheres com alterações nos resultados dos exames e as referenciava para o atendimento médico no setor. A consulta de enfermagem significava, para muitas delas, um momento de colocar suas dúvidas, angústias ou de apenas expressar o silêncio. Tinham medo de um prognóstico ruim. Durante este atendimento, procurava esclarecer-lhes dúvidas, respeitando o conhecimento e as limitações de cada uma. Mesmo assim, alguns momentos foram difíceis, pois sentia-me impotente diante das situações expostas.

O serviço também funcionava como campo de prática dos discentes da graduação em enfermagem da UEFS. Orientava os alunos para visitas domiciliares às mulheres cujos

resultados apresentavam alterações. Além disso, encaminhava para realização de colposcopia àquelas com citologia positiva e, para biópsia, os casos necessários.

Ainda como enfermeira do PAISM-FSA, passei por outra experiência importante para minha aproximação com essa clientela específica. Em 2005, a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) enviou para a coordenação do PAISM um comunicado urgente, solicitando que fosse realizada uma busca ativa em mais de 500 mulheres com lesões de baixo e alto grau. O município precisava fornecer informações para um banco de dados nacional, denominado Sistema de Informação Laboratorial do Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino (SISCOLO).

Sendo o tempo insuficiente para tantas visitas, descentralizamos para as enfermeiras da atenção básica a realização da busca ativa. Fiquei responsável pela realização da busca daquelas com lesão de alto grau. O desenvolvimento desta atividade foi relativamente complicado, pois, no momento das visitas domiciliares, foi possível perceber que algumas mulheres já haviam feito o exame há mais de 2 (dois) anos, outras não tinham mais o resultado ou, simplesmente, não se recordavam deste exame em especial.

Esta vivência de visitas fez-me deparar com situações conflitantes como, por exemplo, encontrar mulheres jovens que não tinham comunicado à família o seu diagnóstico, outras cujos parceiros também não tinham conhecimento da situação, ou aquelas que estavam enfrentando este momento sozinhas, sem ter procurado ajuda profissional¹.

Diante disso, constatei que algumas mulheres visitadas pela equipe do programa de saúde da mulher não sabiam o que realmente tinha sido detectado nos seus exames citológicos. Outras estavam satisfeitas, porque alguma profissional “ajudou-as” fazendo uma histerectomia, ou foram encaminhadas para tratamento em uma clínica particular e consideravam-se “saudáveis”.

Um dos momentos mais árduos dessa vivência foi quando, ao realizar uma visita domiciliar a uma mulher com diagnóstico registrado no SISCOLO como lesão de alto grau, deparei-me com a complexidade que envolvia aquela condição. Pude perceber muito sofrimento, já que esta encontrava-se em estágio terminal de câncer do colo do útero. Foi extremamente difícil abordá-la naquele momento tão delicado, repleto de sentimentos e de pensamentos que expressavam dúvidas, medo e tristeza.

Ainda durante a atividade de encontrar mulheres referenciadas no sistema, outros momentos foram marcantes. Por exemplo, ao buscar algumas mulheres que se encontravam

¹ Adotei nesta dissertação a referência ao profissional de saúde como sendo do sexo feminino, por entender que existe uma demanda maior de mulheres no cuidado à mulher na prevenção do câncer do colo do útero.

em seguimento, receber, por vezes, informações de familiares de que o atendimento de saúde havia sido tardio, pois a profissional havia chegado ao domicílio após a ocorrência, há algum tempo, do óbito. Muitas destas famílias sequer sabiam que a causa da morte era o câncer do colo do útero.

A partir daí, muitas inquietações surgiram. Em algum momento estas mulheres tinham sido orientadas sobre as medidas preventivas? E quanto à informação do diagnóstico? Quais as estratégias de enfrentamento vivenciadas por elas? Se foram acolhidas em algum momento por alguma profissional de saúde, alguém as ouviu? Suas dúvidas foram esclarecidas? Como se sentiam em relação ao tratamento?

Assim, sendo mulher, profissional da área de saúde e de educação, senti a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a saúde desta parcela expressiva da população brasileira, no tocante à prevenção do câncer do colo do útero, em uma abordagem subjetiva, capaz de envolver os sentimentos e as vivências da clientela em questão.

Apesar de a enfermagem brasileira ter evoluído muito em relação à pesquisa, em um levantamento realizado no ano de 2007 não foi encontrado nenhum artigo científico que abordasse sobre as lesões precursoras, o que me motivou ainda mais a desenvolver um estudo sobre esta temática.

Dessa forma, alguns questionamentos surgiram através das experiências vivenciadas por mim como enfermeira docente-assistencial e com a constatação de que não existiam estudos suficientes na área, emergiram questões que foram utilizadas na entrevista, a exemplo das questões de aproximação: “O que a Sr.^a sabe sobre o seu diagnóstico?” “Como tem sido o tratamento para a Sr.^a?” Nesse ínterim, foi construída a seguinte **questão norteadora: “Como é, para a Sr.^a, a experiência de ter uma alteração no colo do útero?”**

Nesse sentido, como dissertação do Curso de Mestrado em Enfermagem, na linha de pesquisa “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, delimitei como **objeto o vivido de mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do útero.**

Visto que a maioria dos estudos atuais apresenta abordagens do câncer do colo do útero já depois de instalado e, considerando a necessidade de fazer uma abordagem compreensiva sobre a prevenção do mesmo, apresento como **objetivo compreender o vivido de mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do útero.**

Ressalto que, na contextualização do problema e do objeto, foram realizados alguns levantamentos bibliográficos. O primeiro levantamento foi feito no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) em abril de 2009,

utilizando a palavra-chave “lesão precursora câncer colo útero”, sendo encontrada apenas 1 (uma) produção, no período de 1997 a 2007.

Realizei, também, levantamento bibliográfico no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, com as palavras-chaves, lesões precursoras – câncer – útero, não encontrando nenhum trabalho publicado. Ao partir para pesquisa apenas a com palavra-chave lesões precursoras encontrei trabalhos publicados em diversas bases de dados. Na BDENF – 1, no LILACS – 105, na MedLINE – 679, na Coleta SUS – 2, no Acervo da Biblioteca do MS – 1, na OPAS, no Sistema de Informações da Biblioteca da OMS (Wholis) e no Catálogo de Revistas de Enfermagem nenhum resultado encontrado, na REV@enf – 1, no Banco de Teses e Dissertações em Enfermagem – 1.

Ao analisar os descritores das publicações em meio eletrônico, percebi que das 105 publicações da base LILACS, 52 constavam nos seus descritores a palavra lesão precursora, ou outra, similar, como câncer do colo do útero, câncer cérvico-uterino. Na base MedLINE das 679 publicações, apenas 3 possuíam alguma ligação com o tema em questão.

Apesar de um quantitativo significativo de publicações, a abordagem ancorava-se sempre em questões relacionadas a fatores clínicos, epidemiológicos e genéticos, aspectos técnicos relacionados à citopatologia, coleta, adequabilidade da amostra, diagnóstico e terapêutica, dentre outros. Portanto, não encontrei nenhum trabalho que tratasse da subjetividade que envolve as mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do útero.

Penso que os resultados deste estudo poderão estimular reflexões individuais e no âmbito coletivo para a prevenção do câncer do colo do útero, sob a ótica das mulheres que são portadoras de lesões precursoras. Do ponto de vista teórico, poderá estimular a realização de novas investigações com valorização da subjetividade que envolve o tema, haja vista as lacunas da produção do conhecimento existentes nessa área. Além disso, poderá ser útil para a reconstrução do cuidado de enfermagem às mulheres nessa condição.

O referencial teórico desse estudo foi desmembrado em quatro capítulos: **Considerações sobre a saúde da mulher e gênero; Políticas públicas de saúde da mulher; O impacto do câncer do colo do útero** e; por fim, **As formas de enfrentamento**. A escolha pela delimitação destes capítulos foi realizada para favorecer um melhor entendimento ao leitor.

Deste modo, no primeiro capítulo abordei algumas considerações que avaliei relevantes no tocante à saúde da mulher, permeada por questões de gênero. No segundo capítulo, apresentei um breve resumo sobre a criação das políticas públicas de saúde da mulher, existentes no Brasil, e como a prevenção do câncer do colo do útero foi incorporada

às mesmas. No terceiro capítulo discorri sobre a epidemiologia do câncer do colo do útero e suas lesões precursoras com a finalidade de mostrar como o câncer pode causar impacto na vida das mulheres. No quarto capítulo finalizo o referencial teórico apontando algumas formas de enfrentamento que podem ser utilizadas pelas mulheres, quando estão em presença da ameaça do câncer do colo do útero, visto que isto pode auxiliar no sucesso do tratamento.

No tocante ao referencial filosófico apresento a fenomenologia criada pelo filósofo Husserl e em seguida aprofundo esta metodologia baseada em Martin Heidegger, que se dedicou ao estudo do ser. No decorrer deste capítulo apresento as contribuições da fenomenologia para as ciências sociais e para a saúde, com enfoque especial para a enfermagem.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A SAÚDE DA MULHER E GÊNERO

As desigualdades entre homens e mulheres têm estado presentes na história da humanidade. Desde a época da colonização do Brasil observava-se que a mulher não tinha uma voz ativa fora do ambiente doméstico e, neste, sua tarefa se reduzia à gestação e à criação e educação dos filhos, somada ao cuidado da casa. Este patriarcado era assegurado pelas interferências da Igreja e do Estado, o que dificultou a constatação da condição feminina, neste período, livre do domínio masculino.

As mulheres precisavam ser educadas, mas de forma a prepará-las para serem esposas e mães, nunca para competir com os homens no espaço público. Esta situação perpetuava o seu instinto maternal, sua fragilidade, a “delicadeza” de ser mulher, mantendo o seu intelecto inferiorizado perante o homem, conforme relatam Gimenes e Fávero (2000, p. 27) “[...] frágil por natureza, a mulher deveria se restringir ao lar, o que lhe restringia necessariamente suas atividades, que, por sua vez, trazia como implicação uma restrição ao desenvolvimento intelectual”.

As autoras supracitadas consideram ainda que, desde os séculos passados, o argumento da “causa natural” é utilizado para justificar a “suposta inferioridade feminina em contrapartida a uma suposta superioridade masculina” (GIMENES; FÁVERO, 2000, p. 28).

Quando as mulheres começaram a lutar pela igualdade de direitos, muitas conquistas se estabeleceram, como a introdução no mercado de trabalho, o direito ao voto, o direito à licença maternidade, entre outros.

Diversos fatores foram responsáveis por uma série de acontecimentos atuais na vida das mulheres, dentre eles, a própria história, marcada por lutas e conquistas que hoje garantem um novo olhar sobre os papéis sociais e a saúde da mulher.

Segundo Gastal et al. (2006), mudanças ocorridas no século XX apontaram um novo padrão de atividade feminina com a introdução da mulher no mercado de trabalho, sendo que, no Brasil, isto ocorreu a partir da década de 70. Essa incorporação da mulher nos serviços, aliada às mudanças de comportamento, acarretaram diversos riscos para sua saúde, como o uso de bebidas alcoólicas e de drogas, conseqüentemente, expondo-a a doenças, inclusive às infecções sexualmente transmissíveis.

A conquista da “liberdade feminina” ocorreu sob duras penas, trazendo inclusive conseqüências graves. Esta situação ainda é observada nos dias atuais devido às condições de

trabalho que ainda lhe são oferecidas, além da questão socialmente imposta de que as mulheres são as responsáveis pelas obrigações reprodutivas e domésticas.

A conquista deste novo espaço feminino passou também por outras lutas, como retrataram Sorj, Fontes e Machado (2007), no Seminário Internacional Mercado de Trabalho e Gênero, considerando que as mudanças no mercado de trabalho estão relacionadas com a divisão sexual do trabalho, o qual possui um viés de gênero, porque a mulher tem de conciliar o trabalho remunerado às responsabilidades familiares. Esta condição é validada por normas socialmente construídas que mostram como a sociedade convive com as relações entre trabalho e família.

Além disso, as referidas autoras consideram que a insuficiente legitimação dos direitos no âmbito social e político tornam muito difícil, para a mulher, a conciliação entre trabalho e família. A mulher precisa trabalhar, pois, na maioria das vezes, é responsável sozinha pelo sustento familiar. Reflito que a atividade laboral, muitas vezes, é realizada sob precárias condições de trabalho, fato que afasta a mulher do cuidado a saúde ou retarda a busca por assistência.

Atualmente, a condição da mulher na sociedade já apresenta um diferencial, porém as desigualdades históricas, sociais e culturais impostas entre homens e mulheres resultaram num forte impacto sobre a saúde feminina.

As mulheres assumem uma tripla jornada de trabalho, tendo que conciliar as atividades laborais com as responsabilidades domésticas de mãe, esposa e dona de casa. Toda essa sobrecarga de funções, impostas socialmente às mulheres, tem contribuído para que elas se tornem mais vulneráveis em diversas situações, de ordem social, psicológica e biológica.

Na esfera biológica, as mulheres estão mais propensas a adoecer, pois muitas desconhecem seus corpos e as medidas preventivas contra algumas doenças, a exemplo do câncer do colo do útero. Não dedicam o tempo necessário à promoção do seu auto cuidado devido às responsabilidades que assumem dentro e fora do seu contexto familiar.

Em algumas situações, subvalorizam as reações corporais, principalmente no que se refere à sexualidade, assunto que historicamente traz consigo tabus e mitos, levando as mulheres ao desconhecimento do seu corpo e da sua sexualidade, já que falar destes assuntos era proibido, sendo considerado também como pecado.

O conhecimento das mulheres em relação à sexualidade está quase sempre atrelado ao fator reprodutivo, ou seja, às situações relacionadas ao período gestacional, ao parto e ao puerpério, não incluindo a saúde física e mental. A importância de se ter um corpo saudável,

de realizar o auto cuidado e de prevenir doenças nem sempre faz parte do cotidiano das mulheres, especialmente as das camadas mais pobres da população.

No tocante à prevenção das doenças, faz-se mister relatar a dificuldade que as mulheres enfrentam para cuidar da sua própria saúde, porque, na maioria das vezes, estão cuidando da saúde dos outros, filhos, companheiros ou familiares.

Esta situação fica evidenciada quando analisamos a demanda das mulheres nas unidades de saúde. Elas procuram o serviço quase sempre acompanhando alguém, com algumas exceções, que buscam para si, a realização de atendimentos correspondentes ao ciclo gravídico e puerperal.

Além da assistência no pré-natal, procuram o serviço de saúde para realização do planejamento familiar, como é conhecido o planejamento reprodutivo. A denominação de planejamento familiar pode, muitas vezes, limitar o acesso das mulheres a esse subprograma, pois, como o próprio nome indica, refere-se a planejar família e o número de filhos. Essa noção restringe a uma determinada parcela feminina o cuidado e exclui as demais de um direito garantido constitucionalmente.

Sendo assim, a mulher ainda se mostra distante da prevenção de algumas doenças, seja por questões de gênero, pelo desconhecimento ou pela dificuldade de acesso aos serviços. No tocante à prevenção, tem-se, atualmente, uma preocupação do próprio governo através das políticas públicas de saúde das mulheres, em realizar ações de promoção e prevenção de diversas doenças.

Dentre as doenças que acometem as mulheres causando adoecimento e morte está o câncer, especialmente o câncer do colo do útero. A prevenção e o tratamento deste tipo de câncer foram contemplados nas políticas públicas de atenção à saúde da mulher com enfoque na valorização das questões de gênero (BRASIL, 2004b).

Desta forma, percebe-se o quanto é importante reconhecer a especificidade da condição feminina e as desigualdades de gênero, quando se pensa na abordagem do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras, pois há que se refletir como a mulher vivencia a sexualidade. Nesse entendimento, é possível olhar a mulher nesta condição, compreendendo como ela enfrenta a situação, permitindo, assim, que se torne sujeito da sua própria vida, capaz de decidir e lutar por seus valores e escolhas individuais.

2.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

As mulheres são consideradas como um segmento social importante, principalmente quando se pensa em políticas de saúde, tanto pelo contingente populacional que representam, quanto pelas históricas desigualdades vislumbradas entre homens e mulheres. Este fato contribuiu, também, para a institucionalização de políticas voltadas para as mulheres devido à forte influência destes fatores na sua saúde.

A participação inicial das mulheres no mercado de trabalho aliado às contribuições do movimento feminista favoreceu diversas mudanças na sociedade. Estas mudanças impactaram fortemente os modelos tradicionais de atenção à saúde da mulher, concebida fundamentalmente pela reprodução, com uma assistência voltada para o ciclo gravídico-puerperal, sem atentar para os problemas relacionados às condições de vida, à sexualidade, à prevenção de doenças, dentre outros.

O planejamento das ações em saúde, com enfoque na saúde da mulher, somente foi incorporado às políticas nacionais no século XX. Nesse período, surgiram as primeiras atuações do governo relacionadas ao câncer do colo do útero, visto que o controle do câncer é de extrema importância devido à alta incidência e mortalidade.

Segundo dados do MS, as principais causas de morte na população feminina incluem: as doenças cardiovasculares; o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório; as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; e as causas externas (BRASIL, 2008).

Esse modelo tradicional de atenção materno-infantil começa, então, a ser questionado, tomando como base a mulher enquanto sujeito participante desse processo, capaz de tomar decisões sobre o próprio corpo.

Esses questionamentos levaram a rompimentos acerca da visão da saúde da mulher, que enfocava o binômio mãe-filho, em direção a um contexto entendido como saúde reprodutiva, que teve início nos anos 1970.

Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o PAISM incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação (BRASIL, 2004c). Somente em 1994 os direitos reprodutivos das mulheres foram firmados internacionalmente na Conferência do Cairo.

No ano de 1997 é lançado o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Programa Viva Mulher, visando uma modificação na situação de morbimortalidade destes tipos de câncer tão comuns entre as mulheres brasileiras. Um dos objetivos do programa era o alcance de grupos mais vulneráveis, direcionando ou redirecionando para

estes, orientando o enfoque de políticas e ações educativas, a fim de aumentar sua eficiência e efetividade (BRASIL, 2004b).

Desde 1997, o MS desenvolve ações para o controle do câncer do colo do útero, particularmente por meio de campanhas, mas, apesar disto, ainda não era percebido grande impacto na ocorrência da doença. Assim, visando o alcance deste objetivo, foi lançado o Plano de Ação para o Controle do Câncer de Mama e do Colo do Útero no Brasil 2005-2007, pactuado entre todos os estados brasileiros (BRASIL, 2008).

O MS através do PAISM regulamentou as ações de prevenção do câncer do colo do útero e de detecção do câncer de mama através da criação da Portaria nº 3040, de 21 de junho de 1998, que instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino (BRASIL, 2002).

O PAISM trouxe contribuições para a saúde das mulheres brasileiras, mas não atingiu a amplitude dos direitos da mulher à saúde. A partir do reconhecimento das deficiências do Programa, este foi substituído pela Política Nacional de Assistência à Saúde da Mulher (PNAISM) numa tentativa de estabelecer ações mais amplas para as mulheres, de uma forma geral.

Em 2004, o governo passou a vislumbrar a saúde da mulher num enfoque de gênero, criando uma política para atender a todas as mulheres com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma universal, equânime e igualitária.

A PNAISM buscou atender algumas lacunas da atenção à saúde das mulheres, ampliando as ações para outras etapas da vida da mulher, que não só o ciclo gravídico-puerperal. Sendo assim, a PNAISM implantou ações relacionadas à parcelas excluídas do antigo PAISM, abrangendo atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas (BRASIL, 2004c).

Dentre os objetivos do PNAISM, pode-se perceber que alguns foram decisivos para a melhoria das condições de saúde das mulheres brasileiras, dentre eles: ações para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil; ampliação, qualificação e humanização da atenção integral à saúde da mulher no SUS.

Visando fortalecer os direitos das mulheres no Brasil, o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II PNPM) contemplou como algumas de suas metas aumentar em 60% o número de exames citopatológicos na população feminina de 25 a 59 anos, entre 2008 e 2011. Além disso, uma de suas prioridades é reduzir a morbi-mortalidade por câncer cérvico-uterino e a mortalidade por câncer de mama na população feminina (BRASIL, 2008).

Essas ações, em conjunto, favoreceram o controle de doenças evitáveis, a exemplo do câncer do colo do útero, principalmente com a ampliação das ações, dando um enfoque de gênero.

A incorporação das questões de gênero nas políticas públicas de saúde das mulheres foi uma conquista do movimento feminista e do movimento de mulheres reivindicando direitos que antes não eram contemplados na agenda pública, fazendo das mulheres sujeitos participantes do processo de construção e não mais parcela da população submissa as decisões masculinas.

O movimento feminista desempenhou papel crucial para participação das mulheres no âmbito social, devido a sua capacidade de articulação e de mobilização influenciando de forma decisiva, a elaboração de leis e políticas públicas voltadas à eliminação das desigualdades entre homens e mulheres, tanto no espaço público quanto no privado.

Essas conquistas foram impulsionadas a partir da Constituição de 1988, legislação que ampliou e consolidou os direitos das mulheres. Porém, ainda persiste uma ótica sexista e de discriminação impedindo o pleno exercício da condição feminina.

As desigualdades de gênero devem, assim, ser incorporadas nas políticas, pois, segundo Scott (1995), gênero é uma construção social, referente às relações, papéis, crenças e atitudes que definem o que é ser homem ou ser mulher, significando uma forma de poder.

2.3 O IMPACTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Com mais de 10 milhões de casos novos todo ano, o câncer tem se tornado a doença mais devastadora no mundo² (WORD, 2003). Devido a diversos fatores, anualmente tem-se uma estimativa crescente no número de novos casos de câncer. Dados da União Internacional Contra o Câncer (UICC) revelam que, de 5,9 milhões de casos em 1975, houve um aumento para 6,4 milhões, dez anos depois (CHANG; BONDY; GURNEY, 2006).

Ao revisitar os conhecimentos construídos ao longo dos tempos, Sant'Anna (2000 *apud* Gimenes; Fávero, 2000), considera que o câncer é uma doença que possui uma história repleta de “imagens de vergonha”. Isto acontecia porque as pessoas com câncer eram vistas como impuras por abrigar males que levavam à corrosão de partes do corpo, à desestruturação orgânica. Nas primeiras décadas do século XIX, até mesmo os estudiosos da época

² Texto original em inglês, citação com tradução livre de minha autoria.

consideravam que havia uma associação entre o câncer e a falta de limpeza, do corpo e da alma.

O câncer era comparado a moléstias como cancro, sífilis e lepra, doenças que eram relacionadas à impureza, e foi a partir destas preocupações com a higiene e com o medo do contágio que foi iniciada uma luta social contra o câncer. Ao mesmo tempo em que eram discriminadas, as pessoas com câncer também eram vislumbradas por suportar heroicamente o sofrimento da doença, pois, nesta época, não se falava do próprio corpo, e o silêncio purificava os que estavam doentes (GIMENES; FÁVERO, 2000).

O câncer quase sempre foi definido por termos que denotavam terror, medo, vergonha. Ainda hoje é conhecido como “doença ruim”, como algo que não se quer falar o nome. Essa dificuldade em falar do câncer, no passado, influenciou decisivamente a abordagem que se tem deste tema nos dias atuais, ainda cercado de muito mistério, dúvidas e medo.

A partir da década de 30 muitas reflexões surgiram sobre fatores que poderiam levar ao surgimento do câncer, dentre eles, a qualidade da vida urbana na era industrial, as condições de trabalho, de moradia e alimentação, aliadas, ainda, aos argumentos morais, mas com maior abertura para o estudo de fatores intrínsecos ao ser humano.

Em 1933 foi criada a União Internacional contra o Câncer, a partir de um congresso realizado em Madri. Esta organização tinha como proposta concentrar estudos sobre a doença, orientar a população e combater o charlatanismo. No Brasil, foi fundado em 1934 a Associação Paulista de Combate ao Câncer (APCC) e em 1938 foi criado o Centro de Cancerologia no Rio de Janeiro. Estas instituições buscavam fornecer assistência, educar a população, promover campanhas e preparar voluntários. Na década seguinte, o câncer começou a ser considerado uma doença que, se tratada a tempo, poderia ser curada. (GIMENES; FÁVERO, 2000).

Ao analisar o câncer, na atualidade, percebe-se que, apesar dos avanços descritos na história do câncer, os índices crescentes de morbi-mortalidade demonstram que esta patologia é considerada um problema de saúde pública, atingindo uma grande parcela da população mundial. Isso decorre de diversos fatores, desde o diagnóstico tardio até a falta de informação das pessoas sobre prevenção, fatores de risco, tratamento, entre outros.

Sendo uma doença de longa evolução, a UICC considera que, aos 85 anos de idade, a incidência do câncer se aproxima de 2.500 casos por 100.000 pessoas (LIU; ROBINS, 2006).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) define câncer como sendo “o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (**maligno**) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (**metástase**) para outras

regiões do corpo”. As células se dividem muito rápido, podendo se aglomerar e formar o que se chama de tumor ou neoplasia maligna (BRASIL, 2009).

Segundo Liu e Robins (2006, p.8), o termo carcinogênese “[...] é usado para descrever a cascata de eventos que transforma uma célula normal em câncer”. Várias etapas são necessárias para a transformação de uma célula normal em tumoral e isto depende de alguns fatores, dentre eles, a idade, a exposição a fatores ambientais, e genéticos.

Em relação ao diagnóstico do câncer, Silva (2000) relata que, no início do século XIX, o primeiro tratamento instituído para a cura do câncer foi o cirúrgico. Somente em 1920 foi introduzida a radioterapia, surgindo 20 anos depois as drogas anticancerígenas utilizadas na quimioterapia. Assim, com estes avanços, muitos prognósticos foram melhorados e, atualmente, a depender do estágio da doença, utiliza-se uma combinação destes tratamentos.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA), reconhecendo o câncer como um problema de saúde pública, realizou em dezembro de 2005 o lançamento da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), visando a promoção de ações integradas entre governo e sociedade para o controle desta patologia no país (BRASIL, 2008).

O problema torna-se mais grave quando se pensa na saúde da mulher, pois alguns tipos causam índices elevados de morbidade. Nessa perspectiva, Zuben et al. (2007) consideram que o câncer do colo do útero é a segunda causa mais comum de neoplasia entre as mulheres no mundo³.

Faz-se necessário, então, considerar que a identificação de fatores de risco pode auxiliar no acompanhamento da mulher, uma vez que estes estão relacionados à sua saúde, ao estilo de vida e aos hábitos (BRASIL, 2008; CRUZ; LOUREIRO, 2008).

Dentre esses fatores, o INCA considera como fatores de risco a multiplicidade de parceiros sexuais e a história de Infecções Sexualmente Transmitidas (IST) entre os parceiros, multiparidade e idade precoce na primeira relação sexual (BRASIL, 2002). Além disso, estudos epidemiológicos, ainda não conclusivos, sugerem também o tabagismo, a alimentação pobre em alguns micronutrientes, a higiene íntima inadequada e o uso prolongado de anticoncepcionais como integrantes desse grupo (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

Além desses fatores, destacados pelo INCA, ressalta-se a importância de avaliar outras situações que podem levar a riscos para a saúde da mulher, no que se referem ao câncer do colo do útero, tais como a falta de orientação, a informação em tempo hábil, as dificuldades

³ Idem.

de acesso e adesão aos programas, além das próprias inquietações psicológicas e sociais da mulher durante todas as fases da sua vida.

O câncer do colo do útero é considerado uma doença de evolução longa, portanto, fácil de diagnosticar e de prevenir através da realização de exames periódicos. Na década de 40, George Papanicolaou foi o primeiro estudioso que observou a existência de alterações nas células do colo do útero. A partir deste momento, a citologia foi considerada importante método para detecção precoce de câncer do colo do útero, através da análise das características de cada célula (PASSOS, 2006).

Visando diferenciar as células que observava ao microscópio, Papanicolaou assim classificou as células: Classe I - ausência de células atípicas ou anormais; Classe II - citologia atípica, mas sem evidência de malignidade; Classe III - citologia sugestiva, mas não conclusiva, de malignidade; Classe IV - citologia fortemente sugestiva de malignidade; e Classe V - citologia conclusiva de malignidade (BRASIL, 2006).

Em meados da década de 60, Richart começou também a observar as alterações encontradas no colo do útero antes da instalação do câncer e, desde aquela época, concluiu que “ao estudar a história natural do câncer do colo uterino se estabelece o conceito de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) para todas as lesões precursoras do carcinoma invasor do colo uterino” (RICHART, 1967 *apud* PASSOS, 2006, p. 523).

A classificação citológica criada por Papanicolaou atualmente é realizada com base em um sistema chamado Bethesda, surgido na cidade norte-americana de Maryland. Esta classificação foi revista em 2001 e não sofreu modificações (BRASIL, 2006).

Segundo este sistema tem-se as seguintes considerações:

O diagnóstico citológico deve ser diferenciado para as células escamosas e glandulares; inclusão do diagnóstico citomorfológico sugestivo da infecção por HPV, devido às fortes evidências do envolvimento desse vírus na carcinogênese dessas lesões, dividindo-as em lesões intra-epiteliais de baixo e alto grau, ressaltando o conceito de possibilidade de evolução para neoplasias invasora; e a introdução da análise do esfregaço (BRASIL, 2006, p. 14).

Assim, ao se pensar na gênese do câncer, observa-se que autores como Passos (2006) e Follen et al. (2006) corroboram com o INCA no tocante ao principal agente causador das lesões precursoras⁴ deste tipo de câncer, sendo o HPV, responsável por aproximadamente 90% dos casos (BRASIL, 2008).

⁴ Conhecida também como lesões pré-invasivas (BRASIL, 2006).

Bezerra (2007), num estudo realizado com mulheres cearenses, concluiu que alguns dos fatores de risco para o câncer de colo do útero, em portadores de lesões cervicais por HPV, incluem idade menor de 30 anos, baixa escolaridade, baixa classe econômica, não-realização do exame preventivo, não-uso do preservativo, tabagismo, uso de contraceptivos e etilismo. Em relação ao tabagismo e etilismo é importante ressaltar que o número de vezes de consumo ao dia pode acentuar a suscetibilidade da mulher ao desenvolvimento do câncer.

Segundo Follen et al. (2006), nos Estados Unidos, tem-se o seguinte diagnóstico das lesões pré-invasivas: lesões de baixo grau (LGSIL) relacionadas com infecção por HPV ou NIC 1 (neoplasia intra-epitelial grau I) e lesões intra-epiteliais de alto grau (HGSIL) relacionadas com NIC 2 (grau II), NIC 3 (grau III) ou CIS (carcinoma *in situ*).

Já no Brasil, a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais preconizou a seguinte definição: citologia dentro dos limites da normalidade, no material examinado; alterações celulares benignas; e atipias celulares. A última definição se refere às lesões detectadas nas células escamosas, glandulares ou células de origem indefinidas do colo do útero. As lesões precursoras são encontradas nas células escamosas (BRASIL, 2006).

A partir das contribuições dadas para a detecção do câncer, o nome Papanicolaou começou a ser utilizado para designar o exame citológico para prevenção do câncer do colo do útero. No Brasil, este exame está atualmente bastante difundido entre os Serviços de Saúde, principalmente municipais, especialmente quando da realização de campanhas de massa.

Faz-se necessário, porém, esclarecer que existem outras denominações para este exame, como preventivo, preventivo ginecológico, exame ginecológico, citologia oncológica e microflora vaginal ou colpocitologia. Após a realização do exame, este deve ser cadastrado no SISCOLO para um acompanhamento das mulheres pelo Programa Viva Mulher.

O exame⁵ para prevenção do câncer do colo do útero se caracteriza por ser um método de rastreamento seguro, sensível e de baixo custo. É um procedimento relativamente simples, podendo ser realizado por toda mulher que tem ou já teve atividade sexual.

Apesar desse método de rastreamento ter sido introduzido no Brasil desde a década de 1950, estima-se que cerca de 40% das mulheres brasileiras nunca tenham sido submetidas ao exame (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

A detecção precoce do câncer do colo do útero, pela realização do papanicolaou, tem sido uma estratégia segura e eficiente para modificar as taxas de incidência e mortalidade deste câncer (BRASIL, 2006; FOLLEN et al., 2006; TAVARES; PRADO, 2006).

⁵ Nessa dissertação utilizarei a denominação papanicolaou.

Neste entendimento, é possível considerar que:

Quando o rastreamento é realizado dentro de padrões de qualidade, apresenta uma cobertura de 80% para o câncer invasor e, se as lesões iniciais são tratadas, a redução da taxa de câncer cervical invasor pode chegar a 90%. Por isso, a implementação de exames colpocitológicos periódicos deve ser priorizada como uma política pública (TAVARES; PRADO, 2006, p. 579).

O rastreamento é fundamental para evitar a ocorrência do câncer do colo do útero, porém este procedimento precisa ser de qualidade para evitar resultados falso-negativos. Mattos (2002), buscando avaliar o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero, realizou um estudo com 2.183 mulheres entre 25 e 65 anos, submetidas a exame citopatológico, colposcopia e captura híbrida para o HPV, e constatou que 56,75% dos exames citopatológicos tinham resultados errados, correspondendo àquelas pacientes que realizaram biópsias e que tinham exames citopatológicos normais.

Em relação à existência de exames citopatológicos falso-negativos, Rissi (2002) corrobora com Mattos ao considerar que é necessária a utilização de outros exames para auxiliar e complementar o rastreamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero.

A maioria das lesões de baixo grau regredirá espontaneamente, enquanto cerca de 40% das lesões de alto grau não tratadas evoluirá para câncer invasor em um período médio de 10 anos (Brasil *apud* Tavares e Prado (2006)).

Na visão de Russomano, Monteiro e Mousinho (2008), em alguns estudos tem-se encontrado a prevalência de HGSIL e câncer em 5,2% das mulheres com citologia ASC-US⁶, bem como 12,2 e 68% naquelas com citologia ASC-H⁷.

Sendo o câncer uma doença tratável, alguns autores consideram que a maioria dos casos apresenta evoluções lentas, havendo fases pré-clínicas tanto detectáveis quanto curáveis. O potencial de cura para o câncer do colo do útero chega a 100% quando é diagnosticado e tratado inicialmente ou em fases precursoras. (BRASIL, 2006, 2008; FOLLEN et al., 2006).

A maior arma contra o câncer do colo do útero é a prevenção através do uso de preservativos nas relações sexuais e/ou da realização periódica do exame citopatológico, o que caracteriza a atenção à saúde no nível primário.

⁶ Alterações em células escamosas (BRASIL, 2006).

⁷ Alterações em células glandulares (BRASIL, 2006).

Dando continuidade à prevenção do câncer do colo do útero, é necessário promover condições à mulher de ter acesso ao exame de papanicolaou, conhecer o seu diagnóstico e poder usufruir de tratamento adequado o mais rápido possível, caso se confirme alguma lesão.

Ao avaliar as características epidemiológicas e evolutivas de mulheres referenciadas para um serviço de patologia cervical do Rio de Janeiro, Silva (2003) concluiu que, dentre os fatores de risco incluídos na carcinogênese do câncer do colo do útero, a idade, o tempo de fumo maior que 20 anos e a citologia de entrada mostraram-se como fatores de risco para a persistência de lesão precursora.

Em relação à prevenção, Chubaci (2004) realizou um estudo comparativo com 149 mulheres de nacionalidade japonesa e brasileira, concluindo que a maioria tinha um nível de escolaridade elevado e que as brasileiras faziam o papanicolaou com mais frequência do que as japonesas. Ambas conheciam a importância do exame, porém as japonesas tiveram mais dificuldade para fazer o exame. Foi apontado também que a maior dificuldade da realização do papanicolaou pelas japonesas era a vergonha, enquanto que as brasileiras relataram o esquecimento.

Observa-se, então, que algumas mulheres já compreendem a necessidade da prevenção, porém outros fatores influenciam-nas para não realizarem o exame para diagnóstico do câncer do colo do útero.

Quanto ao diagnóstico, Cruz e Loureiro (2008) relatam que o MS (BRASIL, 2002) considera prioritária a detecção na faixa etária de 35 a 49 anos, tendo em vista que esse é o período que corresponde ao pico de incidência das lesões precursoras, antecedendo, desta forma, a mortalidade pelo câncer do colo do útero.

Nesse sentido, Tavares e Prado (2006) concluíram que há uma necessidade de suporte, em serviços de atendimento especializado para as mulheres com exames positivos ou suspeitos, além da disponibilização de terapêutica, na rede básica, para os processos inflamatórios genitais mais encontrados.

Guarisi et al.(2003), em estudo realizado em um município em São Paulo, concluiu que as mulheres com lesão precursora que chegaram ao hospital foram referenciadas por outro serviço, enquanto que, mais da metade daquelas com câncer invasor, procuraram o hospital espontaneamente. Assim, a autora concluiu que, para atuação efetiva no rastreamento, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras para evitar o desenvolvimento de um câncer, se faz necessário a implementação de um programa municipal organizado, com busca ativa das mulheres, a fim de melhorar o rastreamento destas lesões e do câncer cervical invasor.

Neste sentido, Nobre (2007) corrobora com a autora supracitada no que se refere à necessidade de organizar um programa com busca ativa das mulheres com lesões, através da implementação de estratégias junto ao Programa de Saúde da Família. Assim, as mulheres com lesões serão captadas precocemente, resultando num aumento da cobertura da população de risco.

A partir das análises acima referidas é possível perceber que ainda existem falhas no encaminhamento das mulheres, desde o momento da descoberta do diagnóstico de uma lesão até chegar ao tratamento. E, quando isto ocorre, muitas mulheres evoluem para o câncer do colo do útero ou acabam morrendo, até mesmo sem o conhecimento da sua própria patologia.

Abordando ainda o tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero, Matos (2003) considera a importância das campanhas de saúde pública e que, para as pacientes com lesões de alto grau e risco, deve ser também utilizada a eletrocirurgia⁸, pois esta permite uma melhor recuperação depois do procedimento, com retorno mais rápido ao trabalho. Além disso, os custos hospitalares e com honorários profissionais são inferiores aos dos procedimentos cirúrgicos convencionais, conização⁹ cirúrgica e histerectomia total¹⁰.

Ao analisar os dados anteriormente apresentados, percebe-se que o câncer do colo do útero é um tema bastante contemplado nas pesquisas da área de saúde por se tratar de uma patologia de ampla abrangência, atingindo parcela significativa da população, participante do processo de reprodução, além de sujeitos sociais responsáveis pelo sustento de muitas famílias. Contudo, ainda há uma escassa produção de estudos no nosso país que abordem a questão das lesões precursoras do câncer do colo do útero sob a ótica das mulheres.

Ao se preocupar com a temática do câncer do colo do útero, Lopes (1999) volta seu olhar para a mulher que realiza o exame ginecológico para prevenção do câncer do colo do útero, ressaltando que ela sofre consequências de uma prática assistencial ambígua, pois, por muitas vezes, os profissionais de saúde não valorizam a singularidade da pessoa que busca o cuidado. Destaca, como principais questões, a busca da assistência à saúde na figura do médico, como forma de garantir apoio e segurança à mulher; a expectativa de poder estar com alguma doença; a vivência ambígua da mulher relacionada à expectativa, medo, dor, vergonha, aceitação, tranquilidade e que a experiência vivenciada pode ser referência para outras mulheres; além de ser um momento que envolve a sexualidade e que pode revelar as relações profissionais que indicam poder.

⁸ Eletrocirurgia é um método cirúrgico moderno, eficaz, de ótimos resultados e de fácil aprendizagem, apresenta mínimas complicações cirúrgicas e psicológicas (MATOS, 2003).

⁹ As conizações removem o canal endocervical, ajudam no diagnóstico e também no tratamento (FOLLEN et al., 2006).

¹⁰ Quando radical envolve exploração abdominal, incluindo inspeção cuidadosa das superfícies peritoneais, fígado, intestino, ovários e outros órgãos pélvicos (FOLLEN et al., 2006).

Sendo assim, é de extrema importância analisar a atuação da equipe de saúde a partir da compreensão do vivido das mulheres nessa condição. Desta forma, será possível repensar a assistência e traçar planos de atendimento e acompanhamento direcionados, respeitando sentimentos, valores, medos, tabus que cada mulher traz com relação à ameaça do câncer.

Portanto, é importante a realização de pesquisas que valorizem os aspectos subjetivos das mulheres acometidas com lesões precursoras do câncer do colo do útero nas diversas regiões do Brasil.

Com relação a esse aspecto, Merighi, Hamano e Cavalcante (2002, p. 294) revelam que é imprescindível um relacionamento efetivo entre profissional e cliente, atentando para queixas, dúvidas e ansiedades da mulher, através de uma comunicação baseada na troca de informações, visto que esse é um exame que pode trazer sentimentos ambíguos, como citado por uma das entrevistadas "... você não se sente nada confortável, mas é uma coisa que tem necessidade de fazer... é um exame bom para a gente...".

Sendo Feira de Santana a 2ª maior cidade do Estado da Bahia, com 544.113 habitantes, tendo as mulheres como as principais usuárias dos serviços de saúde, totalizando 284.295 pessoas, torna-se possível vislumbrar a relevância da realização de pesquisas voltadas para a prevenção deste tipo de câncer no município (POPULAÇÃO, 2006).

Segundo dados populacionais, as mulheres feirenses que se encontram na faixa etária de 10 a 49 anos representam 67,41% da população. Nesta idade reprodutiva, as mulheres estão sujeitas a diversos riscos à sua saúde, dentre eles, o risco de desenvolver infecções sexuais, como o HPV, e vir a desenvolver o câncer do colo do útero (POPULAÇÃO, 2006).

A cidade de Feira de Santana conta hoje com 82 Unidades de Saúde da Família (USF), 15 Unidades Básicas de Saúde (USB) e 1 Policlínica que realizam rotineiramente o exame papanicolaou. Nas USF a profissional médica (clínica) ou a enfermeira realizam a coleta do exame e, nas demais unidades, a ginecologista é responsável pelo mesmo (FEIRA DE SANTANA, 2008b).

Segundo dados do PAISM/SMS, as profissionais que realizam o exame passaram por treinamento e atualmente se observa um aumento no número dos que realizam a coleta, com consequente incremento do número de coletas realizadas, além de um sistema de controle de qualidade dos laudos citopatológicos liberados pelos laboratórios credenciados a rede municipal do SUS (FEIRA DE SANTANA, 2008b).

Em 2003, o município de Feira de Santana realizou 23.647 exames citológicos, tendo um crescimento de mais de 50% cinco anos depois, quando totalizou a realização de 45.021

exames. Foram obtidos os seguintes diagnósticos: 279 casos de NIC¹¹ I, 91 casos de NIC II, 41 casos de NIC III e 5 casos de câncer. Desse total, 411 casos correspondem às lesões precursoras de câncer do colo do útero, ou seja, lesões que podem ser curáveis. (FEIRA DE SANTANA, 2008b).

No primeiro semestre de 2008, o município promoveu mais uma Campanha de Prevenção Municipal Contra o Câncer do Colo do Útero que, juntamente com as coletas de rotina realizadas nas unidades, totalizou um montante de 17.090 exames preventivos. Dados da SMS revelam que deste total foram diagnosticados 53 casos de lesões precursoras, sendo 33 de NIC I/ HPV¹², 11 de NIC II, 09 de NIC III e 1 carcinoma *in situ*¹³ (FEIRA DE SANTANA, 2008a).

A rede de atendimento à mulher feirense, no tocante a prevenção do câncer do colo do útero, preconizou, a partir de 2008, que as mulheres com lesões intra-epiteliais grau I (NIC I/ HPV) deveriam ser acompanhadas nas UBS do município. Porém, percebe-se ainda um quantitativo significativo de mulheres sendo atendidas no Centro Municipal de Prevenção ao Câncer (CMPC). Cabe ressaltar que todas as lesões intra-epiteliais grau II/III diagnosticadas na rede do município são acompanhadas neste centro (FEIRA DE SANTANA, 2008b).

Percebe-se, então, que em relação ao câncer do colo do útero existem medidas preventivas, acompanhamento e tratamento das lesões precursoras. Porém, apesar de todo empenho das organizações públicas, das não governamentais e da sociedade civil, as mulheres ainda continuam morrendo por este tipo de câncer.

Neste sentido, Maeda (2007) retrata que o fato das mulheres se considerarem saudáveis e não terem nenhum problema ginecológico é um dos motivos para não realizarem o exame para prevenção do câncer cervical.

Outra situação observada é a não adesão das mulheres às campanhas preventivas organizadas pelo governo como forma de prevenir a ocorrência do câncer do colo do útero.

Sendo assim, Cruz e Loureiro (2008) consideram que, para o alcance de um maior envolvimento das mulheres em campanhas preventivas, faz-se necessário abordar questões relativas à importância do valor do corpo para a mulher, diferenças culturais, conhecimento profissional, além de uma abordagem direcionada e contextualizada ao público pretendido.

Pensando na problemática da ameaça de um câncer do colo do útero, entende-se que é uma condição que não deve ser tratada apenas numa análise biologicista, mas deve considerar,

¹¹ Neoplasia intra-epitelial cervical (BRASIL, 2006).

¹² Papiloma vírus humano. Os subtipos 16, 18, 31, 33, 35 e 45, são os que mais se associam ao câncer cervical (FOLLEN et al., 2006).

¹³ Conhecido também como carcinoma pré-invasivo ou carcinoma intra-epitelial (FOLLEN et al, 2006).

além do contexto sócio-econômico e cultural no qual a mulher está inserida, os fatores psicológicos envolvidos na gênese da doença. Através da valorização destas questões de forma individual pode-se tentar minimizar o sofrimento diante da situação.

Para chegar até a cura, muitas mulheres passam por um longo processo que pode ser não conclusivo devido às dificuldades enfrentadas desde a descoberta até o tratamento. Nesse sentido, Ximenes Neto e Cunha (2006, p. 429) relatam que “a falta de acesso à atenção primária em saúde, dificulta o diagnóstico, o tratamento e seu acompanhamento”.

Além disso, outras situações permeiam este contexto socioeconômico, levando o sistema público de saúde a realizar gastos excessivos com o tratamento dos cânceres, de uma forma geral, e em especial, com o câncer do colo do útero.

Sob essa ótica e levando-se em consideração também a condição da mulher nessa situação, Tavares e Prado (2006) ponderam que o reflexo intrafamiliar e na economia de qualquer país, com o adoecimento e morte de mulheres, é bastante relevante e deve ser avaliado quando se trata de instituir programas de prevenção. Além disso, relatam o constrangimento do significado da doença, as limitações e o sofrimento físico/emocional daquelas que vivenciam esta experiência.

Considerando a construção social de que a mulher é assim considerada enquanto pode reproduzir, destaca-se que motivos relacionados à reprodução estimulam ou não a adesão das mulheres aos exames preventivos.

Esta visão social da mulher pode fazê-la retardar o cuidado com o seu corpo e isto, no caso da prevenção do câncer do colo do útero, pode gerar um desdobramento trágico na sua vida, uma vez que a cura depende, além do diagnóstico, do tratamento adequado e da sua percepção enquanto portadora de uma lesão que pode se tornar o câncer.

Faz-se necessário compreender esta mulher de forma diferenciada, única, na sua totalidade existencial. Para isso, deve-se ter um diálogo franco, aberto e esclarecedor. Segundo Cruz e Loureiro (2008), o diálogo utilizado na abordagem deve ser contextualizado a partir da vivência da mulher, atentando para que o olhar profissional não esteja impregnado de conceitos preestabelecidos.

Reforçando essa análise, Cruz e Loureiro (2008) acrescentam também que, apesar do empenho do MS e das profissionais em alcançar o público pretendido, isso não acontece por causa da deficiência na comunicação com as mulheres, pois elas não se identificam com a linguagem utilizada ou se sentem constrangidas por não terem suas histórias, vivências e valores contextualizados.

É notório, no entanto, que as mulheres em algum momento, consultam as profissionais de saúde, portanto, oportunidade que merece ser aproveitada, não apenas para orientar e estimular o retorno à consulta para o exame, mas, também, para esclarecimentos quanto à identificação de lesões precursoras do câncer ginecológico.

Segundo Cruz e Loureiro (2008, p. 129),

É preciso que os significados do corpo, da sexualidade, do feminino e do "ser mulher" sejam relevantes. É preciso perceber que a mulher, quando submetida ao exame, leva consigo mais do que um corpo. Ela leva sua história, seus valores, seus sentimentos, suas angústias, suas vivências, suas carências, seus medos, seu conhecimento e o seu desconhecimento.

A partir da reflexão sobre o diagnóstico e a terapêutica instituída nos casos de lesões precursoras, percebe-se a relevância da prevenção a fim de evitar que o câncer do colo do útero torne-se um impacto na vida das mulheres. Além disso, para enfrentar situações relacionadas à doença física, é preciso considerar que existem diferentes grupos de pessoas, classes sociais, gênero e raças, que podem reagir de maneira diferente ao significado de uma doença.

2.4 AS FORMAS DE ENFRENTAMENTO

Com relação aos aspectos psicológicos envolvidos na gênese do câncer do colo do útero, sabe-se que eles podem influenciar a pessoa de formas diferentes, ajudando na adesão ao tratamento ou retardando-o. O reconhecimento de que estes fatores podem precipitar ou retardar o avanço da doença, fez surgir a Psiconcologia.

Para Costa Junior (2001 *apud* BARROS, 2003), a psiconcologia estuda a influência desses fatores para o desenvolvimento, tratamento e reabilitação de pacientes com câncer, podendo auxiliar no enfrentamento da doença.

O conceito do termo enfrentamento é utilizado por diversas disciplinas, tais como a sociologia, a biologia e a psicologia. Enfrentamento "é a tradução para o português do termo *coping*, utilizado na língua inglesa para expressar qualquer tipo de ações ou comportamentos apresentados para lidar com um inimigo, situações ameaçadoras ou problemáticas, etc." (GIMENES; FAVERO, 2000, p. 111).

Para a psicologia, o enfrentamento pode ser entendido como uma forma das pessoas responderem às exigências que lhe são impostas, correspondendo à ação ou ao

comportamento que apresentam para lidar com situações difíceis e estressantes, envolvendo as demandas externas e internas de cada indivíduo (GIMENES; FÁVERO, 2000).

Para responder a situações estressantes ou ameaçadoras, Adolhe, Guido e Bianchi (2009) consideram que a pessoa utiliza os mecanismos de *coping* buscando neutralizar ou abolir o estressor, na tentativa de retornar ao equilíbrio. De acordo com Faria e Seidl (2005), o enfrentamento de situações ameaçadoras pode acontecer de duas maneiras distintas: uma focalizada no problema e, outra, na emoção. Na primeira, o indivíduo tenta modificar a situação causadora de estresse e, na segunda, tenta controlar a resposta emocional à situação-problema.

Através do foco que o indivíduo dá à situação estressante, irá optar por maneiras diferentes de *coping* naquele momento. Além disso, poderá reagir com uma estratégia de *coping* num primeiro momento e, posteriormente, perceber que necessita modificar a estratégia utilizada para encontrar o equilíbrio desejado.

Sendo o câncer do colo do útero uma doença que necessita de entendimento acerca do processo de enfrentamento vivenciado pela mulher, faz-se necessária a abordagem, nesse sentido, para que se possa compreender como cada uma delas responde a situação de ser portadora de uma lesão precursora.

A reação apresentada pela mulher pode ser evidenciada de maneiras diferentes. Sobre este aspecto, Lima e Oliveira (2003, p.21) referem que “a compreensão que as mulheres têm sobre as modificações de sua saúde física e mental está relacionada às maneiras pelas quais avaliam os estresses da vida e como os enfrentam”.

Portanto, ao se deparar com a possibilidade da doença, a mulher pode apresentar inicialmente alterações orgânicas decorrentes do biológico, porém estas podem ser influenciadas por fatores emocionais e comportamentais (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005).

O fato de ter uma lesão precursora pode gerar mudanças na vida de algumas mulheres, exigindo novas formas de comportamento e adaptação. Neste momento, é preciso lidar com exigências da sua própria personalidade e do mundo exterior para conseguir enfrentar esta situação.

Segundo Gimenes e Fávero (2000, p. 117), na literatura psicológica são utilizadas duas formas de se abordar o enfrentamento:

Uma enfatiza e apresenta o enfrentamento como estilo, ou seja, entende o enfrentamento como uma característica de personalidade. A outra apresenta

o enfrentamento como processo, isto é, esforços para lidar com situações estressantes que mudam ao longo do tempo e são delineados a partir de contextos particulares que exigem adaptação.

As formas de enfrentamento da ameaça de um câncer do colo do útero são variadas, sendo necessário considerá-las no atendimento às mulheres nesta condição. Barros (2003) considera que a mulher, muitas vezes, se depara com situações de medo, vergonha ou convive com dificuldades de acesso aos serviços, não só para confirmar o diagnóstico, mas também para iniciar o tratamento em tempo hábil. Assim, a autora conclui que muitas mulheres nesta condição passam a ter influências negativas no processo de enfrentamento do câncer, desmotivando o cuidado com a saúde.

Esse processo de negação é uma estratégia de enfrentamento focalizada na emoção que algumas pessoas utilizam, quando se descobrem com o diagnóstico de câncer, como uma forma de autodefesa. Sobre este aspecto Adolhe, Guido e Bianchi (2009, p. 713) mencionam que “são mecanismos de distanciamento, fuga e esquiva que servem de escudo e evitam confronto do indivíduo com o estressor, na tentativa de modificar a realidade, bem como as sensações desagradáveis decorrentes do estressor”.

A ameaça de ter um câncer se torna, muitas vezes, um assunto pessoal nem sempre tratado com os familiares e amigos, visto como se fosse um segredo difícil de partilhar com alguém. A solidão e o medo do abandono familiar podem estar presentes, principalmente durante o diagnóstico e o tratamento.

O processo de enfrentamento pode ser considerado um ciclo no qual pode haver um confronto entre a negação e a confirmação do diagnóstico. Isto ocorre porque um mesmo indivíduo pode apresentar diferentes estratégias de enfrentamento para uma determinada situação.

No caso da ameaça do câncer do colo do útero, se torna importante conhecer a mulher na situação de prevenção, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras, para melhor compreender como acontece este processo de enfrentamento e assisti-la em sua singularidade. Segundo Lazarus e Folkman (1984 *apud* LORENCETTI; SIMONETTI, 2005, p. 946), o contexto que envolve o câncer pode “gerar estresse, trazendo sinais e sintomas como: apatia, depressão, desânimo, sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, raiva, ansiedade, irritabilidade”.

Alguns autores tratam das questões relacionadas ao câncer do colo do útero numa abordagem mais ampla. Sant’Anna (*apud* CRUZ; LOUREIRO, 2008, p.126) relata que:

A história do câncer foi construída sob imagens de vergonha; de abrigo do mal; do castigo divino; da zona de silêncio para se falar na doença; de responsabilização do doente; de comparações às moléstias como sífilis e lepra; de flagelo; de doença que corrói como verme e de argumentos de natureza moral.

Uma das principais características do processo de enfrentamento é que este permite ao ser humano a possibilidade de adaptação diante de uma adversidade (GIMENES; FÁVERO, 2000). Desta forma, o conhecimento da mulher com lesão precursora do câncer do colo de útero permite compreender como ela vivencia este contexto ameaçador ou este desafio que se apresenta naquele dado momento de sua existência.

A ameaça de a lesão evoluir para um câncer, se não descoberta em tempo hábil, permite a mulher utilizar-se de uma estratégia denominada de enfrentamento antecipatório. Para isto, começa a se preparar para o dano que poderá ocorrer, como irá tolerá-lo, e se sobreviverá a este. Toda esta situação pode ser influenciada de maneiras distintas.. Isto vai depender das características de cada indivíduo, de aspectos culturais, emocionais, e das experiências vividas ou com pessoas próximas que tiveram diagnósticos semelhantes.

Além dos fatores relatados, a Fundação Oncocentro de São Paulo destaca que, a atitude do paciente frente ao câncer também é influenciada por fatores étnicos, sociais, econômicos, educacionais, dentre outros (SP, 1998).

Num estudo realizado por Oliveira, Fernandes e Galvão (2005, p. 153) com 20 (vinte) mulheres cearenses com câncer do colo do útero, constatou-se que “ouvir a notícia de estar com câncer foi uma situação ameaçadora”. As principais reações apresentadas diante do diagnóstico foram choro, tristeza e pavor, sendo que, para superar esta situação, utilizaram, como estratégia de enfrentamento, a fé.

Para enfrentar situações que envolvem o processo de saúde-doença, muitas pessoas utilizam-se da religiosidade. A história mostra que a associação da religião e da doença está presente desde tempos antigos, quando a ignorância sobre as enfermidades contribuía para que algumas situações fossem tidas como divinas, estabelecendo-se aos deuses o poder de causar e curar doenças (FARIA; SEIDL, 2005).

As influências de diversas culturas perpetuaram práticas religiosas em relação à condição de saúde, assim como às enfermidades que nos acometem. O uso da religiosidade como enfrentamento das situações deve ser valorizado, principalmente quando isto é algo que já faz parte do cotidiano de vida, como forma de melhorar seu bem-estar geral.

Em consonância com o pensamento expresso acima Peres, Simão e Nasselo (2007, p.141) asseveram que:

As práticas religiosas podem ter influência importante em como as pessoas interpretam eventos traumáticos e lidam com eles, promovendo percepções resilientes e comportamentos como a aprendizagem positiva da experiência, o amparo para superação da dor psicológica e a auto-confiança em lidar com as adversidades.

As situações ligadas ao estresse ou a perdas materiais e emocionais podem levar ao desenvolvimento de comportamentos e formas diferenciadas de enfrentamento, a depender da resiliência que alguém possui. Pinheiro (2004, p.68) discorre sobre a importância de se conhecer a origem do conceito de resiliência, *resiliens*, palavra de origem latina, que significa “saltar para trás, voltar, ser impelido, recuar, encolher-se, romper”. Foi incorporada ao nosso vocabulário a partir do termo inglês *resilient*, que, ainda segundo este autor, remete à “idéia de elasticidade e capacidade rápida de recuperação”. Diante disso, concluiu que o termo resiliência significa:

[...] a capacidade de amar, trabalhar, ter expectativas e projeto de vida - conseqüentemente, de dar um sentido a nossa existência - denota ser a base onde as habilidades humanas se apóiam para serem utilizadas diante das adversidades da vida – que certamente todos, em menor ou maior intensidade, teremos que enfrentar enquanto estivermos vivos (PINHEIRO, 2004, p. 75).

Neste sentido, voltando o foco para o tema dessa dissertação, a mulher com lesão precursora que se utiliza da resiliência poderá enfrentar essa adversidade surgida em sua existência, evitando maiores danos psicológicos decorrentes desse processo estressor. Quanto ao uso da resiliência em situações que podem gerar traumas psicológicos, Peres, Mercante e Nasselo (2005, p. 132) asseveram que “o fator crucial ao desenvolvimento da resiliência está em como os indivíduos percebem sua capacidade de lidar com os eventos e controlar seus resultados”. Isto acontece mediante o estabelecimento de diálogos internos que são efetivados com o seu próprio eu.

No tocante ao enfrentamento do câncer, a religiosidade e a crença espiritual contribuem de forma significativa na luta cognitiva dos pacientes acometidos por esta patologia, dando-lhes um novo significado, pois a força poderosa da mente atua no sentido da recuperação e disposição para enfrentar a doença. Destaca-se, também, que a religiosidade é vista como fator de proteção, já que a fé religiosa se apresenta como um crescimento

espiritual que torna as pessoas mais bem preparadas para lutar contra as adversidades da vida (TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2008).

Com relação à interação existente entre a doença e a religiosidade, Faria e Seidl (2005, p.382) afirmam que “... a importância da religião como promotora de suporte emocional, instrumental e informativo” atua como forma de enfrentamento do processo saúde-doença. Pode-se perceber que, às vezes, isto ocorre, pois, mesmo diante das evidências, algumas pessoas podem negar a sua condição de doença como forma de enfrentar o estresse desta situação temerosa. No caso da mulher, a ameaça do câncer perpassa por processos psíquicos que vão necessitar de formas distintas para lidar com suas emoções.

No contexto de atendimento à mulher, desde a situação de prevenção até o tratamento insere-se a profissional de saúde, na maioria das vezes, a enfermeira, que deve passar grande parte do tempo na assistência direta à cliente e precisa ter conhecimentos e habilidades necessárias para lidar com situações estressantes. Com relação à forma do profissional lidar com estas situações, Peres, Simão e Nasselo (2007) consideram que é preciso agregar as dimensões espirituais e religiosas dos clientes aos tratamentos, porém mantendo ética e alto grau de conhecimento, a fim de se obter o sucesso terapêutico.

A maneira como as profissionais lidam com o *coping* religioso e espiritual dos pacientes que estão vivenciando a possibilidade de desenvolver um câncer pode auxiliar no tratamento e na qualidade de vida, de forma a diminuir o stress, o medo e a ansiedade decorrente do diagnóstico.

Nem sempre as profissionais estão aptas a lidar com estas situações estressantes. Sobre este aspecto, Panzini e Bandeira (2007, p. 134) relatam que deve ser incorporado na formação curricular da área de saúde o estudo dos “aspectos espirituais/religiosos e sua relação com a saúde física/mental, qualidade de vida e variáveis psicossociais de interesse”. Percebe-se, diante disso, que é preciso instrumentalizar as (os) profissionais desde a formação acadêmica para que possam lidar com assuntos relacionados à saúde que abrangem a subjetividade humana, vivenciando situações que geram grandes emoções, ameaças ou estresse, como é o caso de doenças como o câncer.

Além disso, o enfrentamento do câncer não deve ser visto apenas pela ótica dos pacientes, mas também pela ótica das famílias que se vêem num processo de lidar com a pessoa acometida pela doença e com seus próprios sentimentos em relação à situação vivenciada. Neste sentido, numa tentativa de atender as necessidades emocionais das pacientes e de seus familiares, Tavares e Trad (2009) relatam que o progresso na comunicação

intrafamiliar pode contribuir para a diminuição do estresse, de forma a melhorar a qualidade de vida para ambos.

Para o enfrentamento de situações ameaçadoras, como no caso das lesões precursoras do câncer do colo do útero, faz-se necessário o estabelecimento de uma relação dialógica das profissionais com a mulher e seus familiares. Mesmo a mulher apresentando somente lesões precursoras, este processo pode desenvolver alterações físicas e psicológicas que poderão dificultar a evolução das terapêuticas oncológicas e gerar formas de enfrentamento focalizadas no problema ou na emoção. Considerando a presente dissertação, destaco que a mulher apresenta diferentes etapas de enfrentamento, que poderão oscilar com foco no problema e na emoção, desde a fase que vai do diagnóstico das lesões precursoras até a terapêutica.

Cabe ressaltar que, a depender de como a pessoa possa vir a lidar com a circunstância, o enfrentamento se apresentará como estilo, qual seja, como uma característica de sua personalidade, ao ponto de a mulher considerar esse momento de estar com lesão precursora, como se fosse qualquer outra situação existencial que tivesse que enfrentar, porque convive “de forma destemida” com os desafios que se apresentam em sua existência. Porém, outra utilizará o enfrentamento como processo, através do estabelecimento de esforços particulares para se adaptar àquele contexto.

3 REFERENCIAL FILOSÓFICO

3.1 A FENOMENOLOGIA

A ciência conhece diversas coisas, mas, não propicia a compreensão do mundo e para isto ocorra, a filosofia deve afastar todas as supostas certezas (KOLAKOWSKI, 2009).

O surgimento da fenomenologia deu-se no final do século XIX e início do XX, como uma crítica ao positivismo que ressaltava a existência apenas de um conhecimento exato, objetivo e neutro (MERIGHI; PRAÇA, 2003).

O termo fenomenologia foi estabelecido pela primeira vez por Johann Heinrich Lambert (1728–1777), filósofo suíço, em *Novo Organon*, para designar a “ciência das aparências”; e por Kant, na *Metafísica*, para indicar aquela parte da teoria do movimento que considerava o movimento e o repouso da matéria somente em relação às modalidades em que eles aparecem no sentido externo; depois, com Hegel em *Fenomenologia do Espírito* (1807), para designar o “vir-a-ser” da ciência e do saber (GOMES et al., 2008, p. 144).

Edmund Husserl, filósofo alemão, foi o fundador desse movimento, surgido no século XX, que transformou a fenomenologia em ciência. Para Husserl, a fenomenologia significa “uma ‘volta as coisas mesmas’, ou seja, um retorno aos fenômenos, sendo este aquilo que aparece à consciência, que ocorre como objeto intencional” (TERRA et al., 2006, p.673).

A fenomenologia como ciência é capaz de promover um retorno à experiência do sujeito através da descrição autêntica. Para Husserl, descrever “é dizer aquilo que ‘vemos’, tentando ser o mais *completo possível*, ou seja, não negligenciar qualquer uma das facetas da coisa, do evento, da situação que se constitui o objeto da descrição [...]”. Além dessa definição, descrever supõe também que “nos referimos a uma experiência singular, individualizada no tempo e no espaço [...]” (DEPRAZ, 2007, p. 30).

Ao afirmar que o mundo dos valores e das normas morais constituía um fenômeno tão verdadeiro quanto os produtos da ciência e da cultura por ela analisados, Husserl causou grande impacto nas correntes científicas dominantes (KOLAKOWSKI, 2009). Este autor considera que os pressupostos husserlianos levam-nos a admitir que o ser e a verdade estão abertos à mente humana.

Husserl realizou uma crítica ao positivismo, numa tentativa de superar a ingenuidade ou a atitude natural dos teóricos que o antecederam, que não consideravam o eu fenomenológico possuidor de um presente, passado e futuro reais vivenciados na sua subjetividade (FEIJOO, 2009). Ele concebeu a fenomenologia como sendo uma meditação

lógica sobre o conhecimento, capaz de ultrapassar as próprias incertezas da lógica, por meio de uma linguagem (logos) em que se excluam as incertezas (SILVA; LOPES; DINIZ, 2008). Nesse período, a ciência foi questionada em seus conceitos fundamentais, numa tentativa de romper com preceitos radicais.

A fenomenologia analisa a experiência humana, observando as coisas como elas se manifestam em sua pureza original e descrevendo-as. Com relação ao conhecimento, Depraz (2007, p. 14) descreve a definição de Husserl para este termo como sendo “a atividade de um sujeito dirigida a um objeto ao qual o primeiro confere seu sentido”, que se torna possível pela realidade objetiva.

Husserl teve diversos seguidores como Jean Paul Sartre, Maurice Merleau-Ponty, Alfred Schutz, e dentre eles, Martin Heidegger que destaca que a palavra fenomenologia possui dois componentes: “fenômeno” e “logos”. O fenômeno como “o que se revela, o que se mostra em si mesmo” e logos como “deixar e fazer perceber o ente”(HEIDEGGER, 2008, p.67-73).

O filósofo Martin Heidegger nasceu em 26 de setembro de 1889, na cidade de Messkirch, região de Baden, no sul da Alemanha. Formou-se em filosofia na Universidade de Freiburg-im-Breisgau, onde estudou com Husserl (método fenomenológico) e Ricket (filosofia da Grécia Antiga). Formou-se doutor e trabalhou como assistente de Husserl quando, em 1923, tornou-se professor de filosofia da Universidade de Marburg, dedicando-se ao estudo da ontologia¹⁴. Com a publicação de *Ser e Tempo* (1927), tornou-se o mais famoso representante da filosofia existencialista (LINHA DO TEMPO, 2009).

Em sua jornada pela fenomenologia, Heidegger utilizou-se de três elementos do projeto fenomenológico husserliano: a intencionalidade, a noção de redução ou suspensão fenomenológica e o lema “rumo às coisas mesmas”, porém adaptando-os para o estudo do ser (CASANOVA, 2009). Para entender como acontece essa ligação fenomenológica heideggeriana do ser com o mundo, Casanova (2009, p.53) relata que “nós nunca encontramos as coisas mesmas em relações *a priori* dadas na consciência pura e em suas vivências transcendentais, mas que só as encontramos numa análise crítica dos pressupostos vigentes em nossos questionamentos em geral”.

Em relação à fenomenologia ontológico-hermenêutica, Heidegger considera que o objeto da investigação filosófica não é “o que” e sim “como eles o são”, concebendo a idéia de “vivemos tempo” e não “vivemos no tempo” permitindo, dessa forma, a compreensão dos fenômenos vivenciados pelo ser humano (LOPES, 1999). Para Heidegger (2008), o

¹⁴ Estudo do “ser enquanto ser” (HEIDEGGER, 1981, p.10).

questionamento da ontologia em sentido mais amplo só se torna possível quando se discute o sentido do ser em geral.

Heidegger teve como objeto da obra *Ser e Tempo* o ser, referindo-se ao humano, numa busca do sentido do Ser. Nesta analisou o movimento ontológico da passagem do ser para a presença, do ser e da presença para a existência e os demais modos de ser, tendo como passagem fundamental o tempo.

Destaca que, “ser é a maneira como algo se torna presente, manifesto, entendido, percebido, compreendido e finalmente conhecido para o ser humano, para o ‘ser-ai’ ou ‘Dasein’ (HEIDEGGER, 1981, p.11). Este referido autor aprofundou ainda mais sua definição quando afirmou em sua obra que “ser é sempre ser de um ente” (HEIDEGGER, 2008, p.44).

O termo *Dasein*, na referida obra, foi traduzido como presença que “não é sinônimo nem de homem, nem de ser humano, nem de humanidade”, porém recorda o processo de constituição ontológica de cada um deles. Pode-se entender como isto ocorre, pois, o pensamento heideggeriano considera que “é na presença que o homem constrói o seu modo de ser, a sua existência, a sua história” (HEIDEGGER, 2008, p.561).

Para Heidegger, *ente* é presença, pois, comparado a qualquer outro, é um ente privilegiado. Este ente humano, segundo Kolakowski (2009, p.95), “não pode ser definido por particularidades biológicas ou psicológicas”. Neste sentido, pode-se afirmar que “a presença se compreende em seu ser, isto é, sendo; que pode se manifestar com e por meio do seu próprio ser” e, entende-se por *existência* o “próprio ser com o qual a presença pode relacionar-se dessa ou daquela maneira e com o qual ela sempre se relaciona de alguma maneira” (HEIDEGGER, 2008, p.48).

A ontologia tradicional, para evitar falhas no entendimento, define *existentia* como “o mesmo que *ser simplesmente dado (Vorhandenheit)*¹⁵, modo de ser que não pertence à essência do ente dotado do caráter de presença”, sendo diferente de *existência*, que é a “determinação ontológica exclusiva da presença” (HEIDEGGER, 2008, p.85).

Assevera que “ser está naquilo que é e como é, na realidade, no ser simplesmente dado (*Vorhandenheit*), no teor e no recurso, no valor e validade, no existir, no ‘dá-se’” (HEIDEGGER, 2008, p.42).

A presença possui um caráter de *ser sempre minha* porque segundo seu modo de ser, ela pode se apropriar de si mesma, apresentando-se em dois modos de ser - *propriedade e*

¹⁵*Vorhandenheit* é um substantivo formado do substantivo *Hand* (=mão) e da preposição *vor* (= diante de, no sentido espacial e antes de, no sentido temporal). Designa o modo de ser da coisa enquanto o que é assumido “ingenuamente” como substancialidade de ser.

impropriedade. A impropriedade não significa um grau de inferioridade, pois, numa primeira aproximação, é através deste modo de ser que a presença se dá.

O *ser-aí* é considerado por esse pensador como um ente que é um “eu” e não os outros, este podendo ser, em cada caso, “*eu mesmo*”. Este *ser-aí* “precisa ser conquistado unicamente através da mera consciência reflexiva do ‘eu’ das ações” (HEIDEGGER, 1981, p.29). Desta forma, o mundo do *ser-aí* é um mundo no qual ele se relaciona - um *mundo-com*, e este ser dentro do mundo é um *ser-com*.

O ser do homem é um *ser-com* porque ele não está isolado e sim jogado no mundo. Este mundo se apresenta como “[...] um conjunto de instrumentos, de coisas que servem ‘para algo’[...]”, mas, o ser não se sente a vontade nesse mundo como naturalmente sentiria em sua própria casa (KOLAKOWSKI, 2009, p.96).

A própria ciência é considerada um modo de ser da presença, ser em um mundo. Para compreender este ser é necessária a compreensão do “mundo” e do ser dos entes que se aproximam dentro do mundo. A presença possui uma supremacia frente aos outros entes, pois é determinada em seu ser pela existência, é, em si mesma, ontológica, e se mostra como o ente que deve ser o primeiro interrogado (HEIDEGGER, 2008).

A presença geralmente compreende seu próprio ser a partir do mundo; isto ocorre porque “onticamente, a presença é o que está ‘mais próximo’ de si mesma; ontologicamente, o que está mais distante; pré-ontologicamente, porém, a presença não é estranha para si mesma” (HEIDEGGER, 2008, p.53).

Para a compreensão do ser da presença como *ser-no-mundo*, Heidegger (2008) ressalta que isto ocorre sob três fenômenos: o “*em-um-mundo*”; o *ente* que sempre é, segundo o modo de ser-no-mundo; e, o *ser-em* como tal. O fenômeno *ser-em* deve ser compreendido não como um estar “dentro de...”, como um ser simplesmente dado, mas, visto como um *existencial*. O “em” deriva de “an” e significa “estou acostumado a, habituado a, familiarizado com, cultivo alguma coisa”, sendo o ente, ao qual pertence o *ser-em*, “o ente que sempre eu mesmo sou” (HEIDEGGER, 2008, p.100).

Dessa forma, conclui-se que “o ser-no-mundo não é uma ‘propriedade’ que a presença às vezes apresenta e outras não, como se pudesse *ser* igualmente com ela ou *sem* ela”. Isto ocorre porque “a presença nunca é ‘numa primeira aproximação’ um ente, por assim dizer, livre de ser-em, que, algumas vezes, tem gana de assumir uma ‘relação’ com o mundo” (HEIDEGGER, 2008, p.102).

Assim, para explicitar de maneira mais aprofundada a relação do ser no mundo, Heidegger (2008, p. 103) relata que os entes simplesmente dados só conseguem “[...] deparar-

se ‘com’ a presença quando conseguem mostrar-se, por si mesmos, dentro de um *mundo*”. Esta assertiva demonstra porque a presença não pode permanecer sempre velada, uma vez que ela dispõe de uma compreensão de si mesma, pois conhecer é um modo de ser-no-mundo.

O mundo, no sentido ôntico, pode indicar o mundo “público” do nós, ou, outras vezes, o mundo doméstico que é o mais próximo e “próprio”. O termo “mundanidade” é utilizado para definir um momento do ser-no-mundo, determinando também existência (HEIDEGGER, 2008).

No que se refere à ocupação, Heidegger (2008, p. 108) considera que este ser-no-mundo “é *tomado* pelo mundo de que se ocupa”, no qual as “coisas” que podem ser “coisas de valor” significam, segundo os gregos, aquilo que se lida na ocupação e, nesta lida, encontramos os instrumentos a exemplo de: instrumentos de escrever, de costura, entre outros. Este modo mais imediato de lidar depende de um conhecimento próprio, através da ocupação no manuseio e uso (HEIDEGGER, 2008).

Na fenomenologia não há princípios explicativos, teorias ou qualquer definição de fenômeno, pois, primeiro ela interroga o fenômeno, envolvendo um pensar do outro sobre aquilo que é interrogado (BOEMER, 1994).

Dessa forma, conclui-se que todo questionamento possui um questionado (ser), o interrogado (ente) e o perguntado (sentido do ser), o que possibilita a compreensão do sujeito como ser existencial (HEIDEGGER, 2008).

Em relação à passagem da presença para a existência, e para os outros modos de ser, Heidegger (2008, p. 54) considera que “a *temporalidade (Zeitlichkeit)* será demonstrada como o sentido desse ente que chamamos de presença”. Esta interpretação, contudo, não responde sozinha aos questionamentos sobre o ser, pois o tempo é de onde a presença compreende e interpreta o ser.

A fenomenologia heideggeriana considera que o ser só pode ser compreendido na perspectiva do tempo. Sendo assim, uma investigação ontológica se inicia dentro do horizonte liberado pelo tempo, através da busca pelas explicações de suas questões, respostas, conquistas ou fracassos.

Autores como Moreno, Jorge e Garcia (2004) consideram que a fenomenologia busca descrever as experiências dos sujeitos, através da compreensão de como estão vivendo e que experiências estão passando naquele momento de vida. No tocante à vivência, Depraz (2007, p.22) considera que “[...] se torna um ato da consciência; contudo a vivência intencional não é o bem de um indivíduo singular, contingente e privado; fazendo variar diferentes vivências

particulares de consciência, se lhes extrai a estrutura invariante: a essência”. É através das vivências que o sujeito se apropria dos objetos do mundo.

Pensadores como Dilthey e Scheler deixaram algumas contribuições sobre a vida. Para Dilthey, compreender as “vivências” dessa vida só era possível a partir da totalidade da própria vida. Já o pensador Scheler considerava que “a pessoa é, sobretudo, a *unidade* da vivência diretamente vivenciada com as vivências – e não uma coisa somente pensada atrás e fora do que se vivencia diretamente” (HEIDEGGER, 2008, p. 92). A concepção da antropologia define homem como ser vivo dotado de razão, sendo de ordem teológica o que determina o ser e a essência do homem.

Assim, para o estudo de alguns objetos, faz-se necessário o uso de uma metodologia que busque não somente o que está explícito, mas o subjetivo. Esta busca, quando se refere à compreensão do vivido, utiliza-se da abordagem fenomenológica.

Para abordar o termo compreensão é prudente analisar este conceito de Heidegger (2008, p. 136) que define “compreender ser-no-mundo pertence ao teor essencial de sua compreensão de ser” com o qual a presença está familiarizada e no qual é preciso deixar e fazer junto. É este grau de compreensão que propomos neste estudo.

A compreensão do ser e do mundo em Heidegger depende da compreensão da existência humana na sua totalidade, ou seja, na sua finitude, pois o homem é um ser para a morte e isso faz parte da nossa existência. Existência essa que pode estar comprometida diante de situações que levam ao adoecimento, como é o caso das lesões precursoras. Porém, muitas vezes o que se percebe é uma fuga da realidade, porque “não queremos enfrentar essa caminhada para a morte como um destino apenas nosso, exclusivo, implantado em nossa existência” (KOLAKOWSKI, 2009, p.97).

Buscando chegar à compreensão do ser, segundo o pensamento do filósofo do ser, Moreira (2005, p. 68) considera que, através dessa abordagem, é possível “compreender, interrogar e criticar a nossa própria existência, já que, pensar o sentido do ser é escutar a realidade e o pensamento do ser no tempo das realizações, inseparável das falas, das línguas, da linguagem com o respectivo silêncio”.

O pesquisador de fenomenologia busca descrever a experiência dos depoentes com relação a determinado fenômeno. Segundo Boemer (1994, p.88), o “sujeito que descreve é parceiro do pesquisador em seu processo de descoberta”. Através dessa metodologia é possível perceber o significado de determinado fenômeno para um ser individual, único, que se apresenta para o pesquisador.

Para a efetivação desse tipo de estudo faz-se necessários alguns cuidados durante a entrevista, pois “na abordagem fenomenológica a principal fonte de dados é o diálogo em profundidade, entre pesquisador e informante” (Terra et al., 2006, p.675). É imprescindível que se estabeleça um diálogo franco, respeitoso e desprovido de conceitos pré-estabelecidos. Este é um passo importante na pesquisa fenomenológica para que a comunicação realmente aconteça; assim, chega-se à compreensão do fenômeno.

A disposição de ouvir para compreender se torna parte integrante desse diálogo porque é preciso estar atento às sutilezas da fala, ao tom de voz, ao olhar, aos gestos e atitudes do depoente. Somente abstraindo o sentido das falas e analisando o que está contido na linguagem não verbal é possível escutar a voz silenciosa do falado (GRAÇAS; SANTOS, 2009).

A fenomenologia é considerada um dos caminhos metodológicos do campo da saúde que possibilita a compreensão do ser humano, na medida em que olha, de forma diferenciada, o mundo, as relações humanas e o cuidar (MONTEIRO, 2006).

O método fenomenológico teve ingresso nas pesquisas qualitativas na área de enfermagem na década de 80, com crescente avanço a partir das décadas seguintes. As questões relativas à saúde, doença e cuidado em enfermagem podem ser reavivadas numa abordagem da fenomenologia existencial através da compreensão de quem vivencia estes fenômenos (MERIGHI; GONÇALVES; FERREIRA, 2007).

A escolha de cada método depende da visão de mundo de quem pesquisa. Para este sujeito a fenomenologia pode ser considerada um dos caminhos metodológicos no campo da saúde, pois possibilita a compreensão do ser humano, na medida em que observa o mundo, o ser, as relações humanas e o cuidar. Sendo assim, Monteiro et al.(2006) afirmam que a pesquisa no campo da saúde só recentemente tem considerado a pessoa doente como foco de atenção para a busca dos significados e vivências do que é ser doente.

Nos últimos anos, a pesquisa em enfermagem obteve um grande avanço com as abordagens da pesquisa qualitativa e, mais recentemente, com a introdução de metodologias diversas que enriqueceram as produções científicas na área.

A fenomenologia proporcionou, para a enfermagem, possibilidades de lidar com a realidade como ela se apresenta, com as experiências vividas, com o mundo-vida. Sendo assim, Souza e Erdmann (2006, p.167) relatam que “a riqueza de diversidades nos abre para infinitas possibilidades de pesquisar e cuidar, tendo o ser - humano como sujeito/objeto de nosso fazer e pensar”.

Na visão de Spíndola (1997, p. 408), a enfermagem interage com a fenomenologia quando “procura compreender o Ser humano doente como uma pessoa pertencente a um contexto sócio-econômico e cultural e não mais um objeto-coisa, número ou doença”.

Quando se pensa no cuidar como valorização da existência, do *ser-aí*, como propõe a fenomenologia heideggeriana, pode-se desvelar um fenômeno que, muitas vezes, já foi abordado, mas em perspectivas diferentes, não atentando para a experiência, a fala, a vivência de quem é cuidado. É relevante considerar as relações que envolvem o cuidar e a experiência de quem é cuidado, numa perspectiva ontológica.

Então, na análise do cuidado em uma perspectiva ontológica, considera-se o impensado, a incerteza, as alegrias e as tristezas, além de várias outras expressões verbalizadas ou não, pois a compreensão de um fenômeno também ocorre no silêncio. Almeida, Luz e Monteiro (2007, p.372) relatam que “é preciso procurar penetrar no existir da pessoa, para descobrir, além das palavras e dos gestos, o sentido que se encontra contido na sua comunicação”.

A enfermagem deve realizar um cuidado que valorize a totalidade do ser humano; somente desta forma pode-se chegar à interpretação do ser que é cuidado. É imprescindível perceber que existe nesta relação o ser-enfermeiro e o ser-paciente, sendo que a enfermagem deve procurar compreendê-lo como ser existencial necessitado, naquele momento, do seu cuidado; desta forma, poderá proporcionar-lhe um cuidado autêntico (GRAÇAS; SANTOS, 2009).

Segundo essa mesma autora, a enfermagem deve re-construir a lógica do cuidado, promovendo “a aproximação, a compreensão e a inter-ação com o paciente de maneira a garantir-lhe as escolhas sobre o cuidar, segundo a sua percepção” (GRAÇAS; SANTOS, 2009, p. 203).

Vários autores, numa correlação entre a vivência do câncer e a fenomenologia, têm utilizado a abordagem heideggeriana no desenvolvimento de pesquisas.

Percebe-se que as mulheres em relação ao risco de vivenciar o desenvolvimento do câncer do colo do útero, nem sempre valorizam o resultado do exame preventivo, por medo do diagnóstico ou, muitas vezes, por desconhecimento da sua importância, sendo frequente a demora ou ausência ao serviço para tomar conhecimento do diagnóstico (MERIGHI; HAMANO; CAVALCANTE, 2002).

As referidas autoras, nesse estudo sobre o conhecimento e o significado do câncer cérvico-uterino para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública, concluíram que é um exame importante e necessário; gera tensão e insegurança quanto ao

resultado; depende da relação cliente- profissional; traz sentimentos ambíguos, e é um exame constrangedor. Estes sentimentos serão amenizados durante a realização do exame se a equipe de saúde resgatar uma prática humanizada com interação e conhecimento técnico aliado à intuição e sensibilidade, valorizando o ser em sua totalidade existencial pertencente a um contexto socioeconômico e cultural.

A prevenção de câncer do colo do útero para a mulher através de uma abordagem fenomenológica foi abordada no estudo de Lopes e Souza (1997, p. 11) como uma forma de buscar compreender experiências e expectativas sobre a temática, trazendo a seguinte consideração:

O olhar compreensivo que essa abordagem possibilitou não se refere a um mero conhecimento objetivo através da capacidade de sentir o que o outro experiencia. Diz respeito ao poder de captar as possibilidades que cada um é, no contexto do mundo em que cada presença existe e compartilha experiências.

Ao abordar as mulheres com câncer ginecológico, Silva e Merighi (2006, p. 259), ressaltam que “é necessário, pois, compreender o vivido pelas mulheres, abandonando a concepção do cuidado a partir apenas da perspectiva de quem cuida, e integrar nesta também a visão de quem é cuidado”.

A aderência da abordagem fenomenológica no desenvolvimento dessa dissertação justifica-se, na medida em que o objetivo deste estudo é compreender o vivido de mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do útero.

Sendo assim, a utilização da abordagem fenomenológica de Heidegger foi escolhida como possibilidade de um encontro com o outro, através da compreensão do ser-mulher, das maneiras de vivenciar o diagnóstico de lesão precursora de câncer de colo do útero, de se relacionar consigo e com o mundo.

Nesta perspectiva, este estudo justifica-se como possibilidade de contribuir para o conhecimento do que significa, para a mulher, vivenciar a situação da ameaça de um possível câncer do colo do útero, com o intuito de revelar um novo olhar sobre o ser mulher com lesão precursora.

4 PROPOSTA METODOLÓGICA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Neste estudo compreendi o vivido de mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do útero. Neste sentido, fez-se necessária a realização de um estudo descritivo, qualitativo e com utilização de um método que permitisse o alcance deste objetivo.

Segundo Minayo (1998), a pesquisa qualitativa não visa controlar o contexto da pesquisa, mas analisar as relações humanas, os processos e os fenômenos, com valorização de questões subjetivas e da individualidade dos sujeitos.

A aproximação ao método fenomenológico se deu, inicialmente, em 2008.1, a partir de leituras de dissertações sugeridas por minha orientadora. A seguir, em 2009.1, cursei a disciplina Fenomenologia em Saúde: corrente filosófica e método¹⁶. Nos semestres consecutivos, às leituras iniciais somaram-se textos científicos produzidos por enfermeiras e filósofos, bem como teses defendidas pelas primeiras doutoras deste Programa de Pós-Graduação. A cada situação apresentada como oportunidade, a aderência do método ao objeto do estudo foi reafirmada e, cada vez, mais compreendida.

Tratar a fenomenologia como método significa compreender que não se busca caracterizar “o quê” dos objetos, mas, o “como”. Neste sentido, Heidegger (2008, p. 70) realiza a seguinte reflexão: “fenômeno, mostrar-se em si mesmo, significa um modo privilegiado de encontro”.

Este encontro somente se torna possível na medida em que se compreende o “como” acontece o fenômeno, pois a apreensão e a compreensão deste depende de uma visão abrangente, aprimorada, pensada. Contrapondo-se ao conceito de fenômeno está o conceito de encobrimento.

Sendo a fenomenologia a ciência do ser dos entes, qual seja a ontologia, e desvendando-se o sentido de ser e as estruturas da presença, pode-se ter a investigação ontológica. Desta investigação resultará a interpretação da descrição do fenômeno (HEIDEGGER, 2008).

¹⁶Disciplina optativa oferecida pelo Curso de Mestrado em Enfermagem da UFBA, tendo como coordenadora responsável a Dr.^a Regina Lúcia Mendonça Lopes. Ementa: apresenta os princípios da fenomenologia como corrente filosófica; apresenta um levantamento histórico e geográfico no país da produção em enfermagem e na saúde, tendo como referência os principais fenomenólogos utilizados. Discorre sobre a importância da fenomenologia como método de pesquisa. Analisa os diversos objetos de pesquisa na enfermagem, a partir das áreas de concentração e das linhas de pesquisa existentes nos programas de pós-graduação de enfermagem em que a fenomenologia é abordada. Aprofunda a análise existencial compreensiva no cotidiano da saúde.

A opção pelo método fenomenológico heideggeriano foi determinada por ser Martin Heidegger o filósofo contemporâneo que busca a compreensão do ser, abrindo possibilidades para a relação sujeito-objeto-mundo, através da partilha, da intersubjetividade, do conhecimento do outro e do mundo.

4.2 *LOCUS* DO ESTUDO

O *locus* do estudo foi o Centro Municipal de Prevenção ao Câncer Romilda Maltez (CMPC), localizado em Feira de Santana, Bahia (FSA-BA). O CMPC foi escolhido por ser o único centro de referência no município para o tratamento dessas lesões, atendendo a uma demanda significativa da população feminina.

Para melhor compreensão do texto, apresento, a seguir, algumas características sócio-demográficas sobre Feira de Santana para, em parágrafos posteriores, iniciar o detalhamento do *locus*.

Feira de Santana está localizada numa zona de planície, entre o Recôncavo e os tabuleiros do semi-árido nordestino, possui uma área de 1.338,1 km² e encontra-se a 108 km da capital do Estado, Salvador. O município situa-se na região norte do Estado e destaca-se como o mais importante entroncamento rodoviário do Norte/Nordeste do país, sendo as BR's 101, 116 e 324 e as BA's 084, 502 e 504 as suas principais vias de acesso.

As origens do município de Feira de Santana remontam ao século XVII, período inicial do povoamento de sua região através, principalmente, da criação de gado e instalação de currais. Esse povoamento surgiu com a doação de terras pelos reis portugueses a alguns súditos, criando uma vocação natural para sediar núcleos de criação e engorda de gado, nascendo assim um pequeno arraial. Esse local começou a crescer e foi elevado à condição de Vila em 1832, quando passou a se chamar Santana dos Olhos d'Água.

A cidade conta com o comércio, a pecuária e a indústria como suas principais atividades econômicas. Com relação à saúde, Feira de Santana foi também o primeiro município da Bahia a assinar o convênio com as ações Integradas de Saúde em 07/07/85. A partir da década de 90, foi promulgada a lei nº. 37/90 que integrou a cidade ao SUS. Foi habilitado através da portaria nº 352/GM, de 09 de março de 2004. (BRASIL, 2004a).

O CMPC foi inaugurado em 1º de abril de 2004 e está localizado na Rua Barão do Rio Branco 621, Centro. O acesso é facilitado, pois, além de ser centralmente localizado, fica próximo a um ponto de ônibus, bem como da estação rodoviária. Funciona de segunda a sexta, das 7 às 18h atendendo diariamente a grande demanda de usuários.

Conta hoje com atendimentos a nível primário e secundário, nas especialidades de ginecologia, mastologia e oncologia. Além disso, também recebe para estágio, estudantes de graduação das áreas de enfermagem e medicina, de instituições de ensino público e privado.

O atendimento é realizado mediante demanda organizada, encaminhada pela Central de Regulação do município. São oferecidos os seguintes procedimentos: coletas de citologia, colposcopia, ultra-sonografia diagnóstica e terapêutica, biópsias do colo do útero, mama, tireóide e próstata, acompanhamento e tratamento das lesões de baixo e alto grau do colo do útero. Além disso, o centro conta também com o laboratório para análises citológicas.

A estrutura física é composta de uma recepção, três consultórios, SAME, dois sanitários, sala da administração, diretoria, copa, sala de entrega de resultados, expurgo, central de material esterilizado e laboratório.

Em relação aos recursos humanos, o CMPC possui 27 funcionários, subdivididos da seguinte forma: 1 diretora geral, 1 diretora técnica, 6 ginecologistas, 2 especialistas em ultrassom, 2 enfermeiras, 5 técnicos de enfermagem, 3 recepcionistas, 4 agentes administrativos, 1 citotécnica, 1 técnico em laboratório, 1 cozeira, 1 auxiliar de serviços gerais e 1 vigilante.

As enfermeiras atuam nos dois turnos, ficando sempre uma no matutino e a outra no vespertino. Realizam atividades de supervisão da equipe de enfermagem, gerência, organização do serviço e acompanham alguns atendimentos.

O Serviço tem uma demanda significativa de atendimento à mulher feirense, segundo um levantamento realizado em 2008 por discentes de enfermagem da FTC. Tal estudo demonstrou que o total de consultas no período de janeiro a abril de 2007 foi de 7.273 atendimentos. Dentre os atendimentos, destacaram-se: consultas a várias especialidades, ultrassonografias, colpocitologias e biópsias. Do total de atendimentos, 81,75% foram referentes à saúde da mulher. Com relação à prevenção do câncer do colo do útero, no mesmo período acima referido, foram realizados 5.584 atendimentos, perfazendo um total de 76,77% (CMPC, 2007).

Atualmente, a Unidade funciona também como referência no município para o tratamento das lesões precursoras de câncer do colo do útero. Possui registro de 242 mulheres cadastradas no sistema de informações da unidade, de 01/04/04 a 01/09/08. Destas mulheres, 89 possuem diagnóstico de lesões intraepiteliais de baixo grau, 76 com alto grau, 54 com atipias de significado indeterminado, 10 com lesões de alto grau, não podendo excluir microinvasão, e 3 com carcinoma epidermoide invasor (CMPC, 2008).

O CMPC realiza um quantitativo de aproximadamente 250 atendimentos/mês para mulheres com lesões precursoras. Os atendimentos incluem a realização de exames

diagnósticos (colposcopia e biópsia), tratamentos ou realização de consultas, além da repetição do papanicolaou para manter o seguimento das mulheres com lesões (CMPC, 2009).

Os atendimentos das mulheres com lesões precursoras são realizados nos dias de segunda, terça, quarta e sexta-feira, no turno vespertino, por duas ginecologistas que são referência no serviço.

4. 3 TRAJETÓRIA DO ESTUDO

O estudo foi realizado com 7 (sete) mulheres que se encontravam na faixa etária de 23 a 73 anos, cujos prontuários constassem, dentre outros registros, o de lesões precursoras e que estivessem em acompanhamento no CMPC há pelo menos 6 meses.

No mês de março de 2009, contatos pessoais foram efetivados com a Sr.^a Diretora da Instituição para expor sobre a pesquisa, detalhando-lhe verbalmente o tema, o objeto de pesquisa, objetivo e alguns aspectos da metodologia. Após essa etapa, solicitei seu consentimento para realização da dissertação, comunicando-lhe o envio de um ofício formalizando a autorização para realização da mesma (APÊNDICE A). No mês seguinte, retornei ao CMPC para assinatura da folha de rosto da pesquisa, a fim de dar entrada no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA (CEP-EEUFBA).

Elaborei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para as mulheres que concordassem em participar da pesquisa, como forma de garantir o sigilo das informações (APÊNDICE C). Esta pesquisa, após exame de qualificação, ocorrida em 24 de novembro de 2008, foi submetida à apreciação do CEPE, conforme recomenda a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 1996).

O projeto foi encaminhado para o CEP-EEUFBA em 4 de maio de 2009, sendo aprovado em 9 de julho do mesmo ano, sob o parecer nº 14/2009, registro no CEP: 258957.

Iniciando o contato com o campo, li os prontuários, após autorização da enfermeira. Em seguida, realizei visitas à Unidade nos dias agendados para acompanhamento das mulheres com este diagnóstico. Além disto, também visitei a Unidade nos dias de coleta de papanicolaou, para um primeiro contato, quando lhes foi informado o objetivo da pesquisa e se aceitariam participar. Nestas oportunidades era efetuada a leitura do impresso de informações à colaboradora (APÊNDICE B).

Sendo o CMPC campo de prática do curso de enfermagem da FTC, da qual sou docente, estes meses que antecederam a coleta de dados funcionaram como forma de

aproximação à clientela em estudo. Durante o desenvolvimento das práticas, foram realizadas coletas de citologia, atividades educativas, orientações individuais, além da apresentação de peças teatrais pelos discentes, abordando vários temas relacionados à saúde da mulher.

Estes momentos que procederam a realização das entrevistas integram a ambientação. Cabe ressaltar que foram determinantes para um melhor entrosamento com a equipe e para o estabelecimento da relação empática com as mulheres em tratamento no CMPC.

Nesse sentido, Padoin e Souza (2008, p. 512) asseveram que para definir ambientação é necessário considerar o ambiente como “aquilo que cerca ou envolve alguma coisa ou pessoa, o meio em que se vive, o meio em que se está sendo pesquisadora e que está vivendo com o outro compartilhando sentimentos e emoções”. Assim, nestes momentos de ambientação, pude estabelecer relações, sendo-com, as pessoas que se encontravam no local para atendimento, a equipe e as depoentes.

Para a coleta de dados utilizei a técnica da entrevista fenomenológica, gravada, realizada na própria unidade de referência, por opção das depoentes. Segundo Jesus (2002, p.29), na investigação fenomenológica não se tem um problema a resolver ou a pesquisar, mas, sim, dúvidas, questionamentos ou inquietações a serem compreendidos.

As entrevistas foram realizadas no período de 6 a 24 de agosto de 2009, nos turnos matutinos ou vespertinos, dependendo do atendimento do serviço. Após a transcrição da primeira entrevista, no processo de orientação, a análise da mesma foi efetuada, com o objetivo de verificar se a mesma fora conduzida observando as características de uma entrevista fenomenológica. Observado o êxito na condução da entrevista, houve a liberação para a realização das demais entrevistas.

Todas as entrevistas foram realizadas por mim, após contato prévio com as depoentes, no qual eram feitas as apresentações e formulado o convite para participar da pesquisa. Nesta oportunidade era questionado qual o melhor local para realização da entrevista, se na unidade ou em seu domicílio. Caso optassem pela realização na unidade, era questionado se aquele momento era adequado ou se preferiam marcar outro horário. Todas as entrevistas foram realizadas na própria unidade de referência e optaram por realizar naquele momento da solicitação.

A maioria das entrevistas foi realizada em sala privativa da unidade e 2 (duas) em um local reservado e de pouco acesso, pois, devido à grande demanda de atendimentos do setor, a sala reservada teve que ser usada para atendimento. Isto foi explicado para as depoentes, que não demonstraram oposição, não inviabilizando a condução das entrevistas. Ambos os

espaços supracitados foram mantidos com a porta fechada, buscando-se manter a confidencialidade e a privacidade durante as entrevistas.

Inicialmente, manteve-se uma conversação para conhecimento de alguns dados de identificação das depoentes, seguida da realização da entrevista fenomenológica, guiada pelas questões norteadoras. As entrevistas foram individualizadas, gravadas na íntegra e foi informado às depoentes que seriam posteriormente salvas em compact disc (CD) e arquivadas durante 5 (cinco) anos em meu poder.

Na entrevista, a pessoa manifesta sua forma de ver o mundo. Para Carvalho (1987), ver e observar em uma entrevista fenomenológica é captar a maneira do cliente de “vivenciar o mundo”. Essa maneira se desvela na singularidade de cada um. Porém, essa forma de vivenciar o mundo captado na entrevista não permite que o pesquisador emita pré-julgamentos, pois o cliente é corpo e consciência.

Para melhor guiar a aproximação com a mulher na entrevista coletei dados de identificação de cada depoente tais como nome, idade, endereço, estado civil, escolaridade, ocupação, situação reprodutiva e as questões específicas do estudo (APÊNDICE D). Além disso, realizei visitas prévias à unidade para conhecimento da clientela, observação do tempo médio de atendimento para cada cliente, bem como as rotinas da unidade no tocante a este tipo de atendimento.

Após a aproximação com as depoentes e leitura do objetivo da pesquisa, bem como do impresso de orientações à colaboradora, as mesmas foram orientadas a assinar o TCLE.

Assim, buscando compreender o vivido de mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do útero, foram abordadas na entrevista 3 (três) questões: O que a Sr.^a sabe sobre o seu diagnóstico? Como tem sido o tratamento para a Sr.^a ? Como é para a Sr.^a a experiência de ter uma alteração no colo de útero?

Na medida em que se compreende o pensamento do depoente é possível penetrar o seu mundo, sua presença e sua vida, entendendo também a comunicação através do silêncio. O pesquisador deve, então, entrar em comunhão com o entrevistado, escutando-o sem fazer prejulgamentos, ambos devem estar engajados e comprometidos com a verdade de uma situação. Para Carvalho (1987), escutar é tornar-se sensibilidade e intuição, na qual o silêncio não é cessação da palavra, mas imersão no ser.

Quando o entrevistador interpreta compreensivamente o gesto linguístico do cliente, ele efetua a leitura da verdade, captando a sua forma de ‘vivenciar’ o mundo. Perceber o gesto do cliente é captar uma imposição de sentido, reconhecendo nele sua ligação com o mundo natural e social.

A entrevista segundo o método fenomenológico não é intervenção, já que não se utiliza de técnicas. No momento da entrevista o pesquisador deve captar a experiência integral do cliente, compreender os gestos do mesmo, os movimentos do corpo, o olhar, pois eles refletem a sua história vivida.

As depoentes foram informadas que, se desejassem, poderiam ouvir toda a gravação e, caso achassem necessário, poderiam complementar, modificar ou suprimir o que tivessem expressado. As que desejaram ouvir a gravação - 3 (três) - após o término da entrevista, não realizaram nenhuma alteração.

Ao final da entrevista foi solicitado das depoentes que escolhessem um codinome que representasse o sentimento expresso pela mesma, relacionado ao vivido deste estudo.

No tocante à duração da entrevista, a mais curta durou 12'51'' (doze minutos e cinquenta e um segundos) e a mais longa 25'20'' (vinte cinco minutos e vinte segundos).

Logo após a realização das entrevistas, ao chegar em casa, iniciava o processo de transcrição para favorecer a escuta sensível, aliada à memória recente, para captar os gestos, o diálogo não verbal, emitido muitas vezes através de um olhar ou mesmo do silêncio das depoentes.

Nas transcrições dava início a momentos de nova escuta, acompanhados pela parte já transcrita, para melhor captar a entonação da voz, as pausas, lembrando como um filme o encontro fenomenológico com cada depoente.

O processo de transcrição foi algo que me causou muita emoção. Em determinados momentos, sentia que a mulher que participou da entrevista estava ali do meu lado. Apesar disso, esse processo de transcrição foi desgastante e cansativo, pois era preciso muito tempo e perseverança para estar atenta à entonação da voz da depoente, às pausas, às interrogações, enfim, a tudo que realmente pudesse enriquecer aquele momento de encontro traduzido através da linguagem.

Inúmeras vezes ouvi-as novamente e, a cada momento, foi possível analisar mais criticamente minha transcrição. Este ouvir atentamente foi um exercício fundamental para a etapa compreensiva.

A gravação possibilitou o conhecimento da fala expressa pelas depoentes durante a entrevista, favorecendo-me certa tranquilidade. Com o avançar da entrevista, também observava a tranquilidade da depoente, que a partir de determinado momento mostrava que parecia “ter esquecido que sua fala estava sendo gravada”, deixando assim expressar o seu vivido.

Compreendi que a maioria das mulheres conseguiu expressar suas idéias com naturalidade, deixando-se mostrar através da linguagem falada e não verbal. Apenas 2 (duas) se mostraram tímidas e com vergonha em determinados momentos, sem que isso, no entanto, viesse a comprometer o desenrolar da entrevista.

Considerando-se esta ser uma pesquisa fenomenológica, as entrevistas encerram-se no momento que foi alcançado o desvelamento do vivido de mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do útero.

4.4 APRESENTAÇÃO DOS SUJEITOS

A seguir trago uma breve apresentação das mulheres entrevistadas.

- Alívio - 40 anos, casada, cursou até a 6ª série do ensino fundamental, autônoma, informou ser católica, tem 3 (três) filhos, parceiro fixo e encontra-se em tratamento no CMPC há mais de 1(um) ano com diagnóstico de lesão intra-epitelial de baixo grau.
- Esperança - 23 anos, solteira, terminou o ensino médio, é dona-de-casa, evangélica, tem 1 (um) filho, parceiro fixo e encontra-se em tratamento há 2 (dois) anos com diagnóstico de lesão intra-epitelial de alto grau.
- Vitória - 28 anos, casada, possui ensino médio completo, é secretária, católica, tem 1 (um) filho, separou-se do parceiro, tem menos de 1(um) ano de tratamento com diagnóstico de lesão intra-epitelial de baixo grau.
- Dúvida - 34 anos, casada, ensino médio completo, é doméstica, tem 2 (dois) filhos, católica, parceiro fixo, em tratamento há mais de 1 (um) ano com diagnóstico de lesão intra-epitelial de alto grau.
- Preocupação - 73 anos, casada, ensino médio completo, é aposentada, católica, tem 6 (seis) filhos, parceiro fixo, e está em tratamento há mais de 1 (um) ano com lesão intra-epitelial de alto grau.

- Ansiedade - 24 anos, solteira, ensino médio completo, é passadeira, católica, terminou o relacionamento, não tem filhos e está em acompanhamento há aproximadamente 1 (um) ano com diagnóstico de lesão intra-epitelial de baixo grau.
- Medo - 33 anos, divorciada, ensino médio completo, é técnica de enfermagem, evangélica, tem 2 (dois) filhos, parceiro fixo, e encontra-se em tratamento há mais de 2 (dois) anos com diagnóstico de lesão intra-epitelial de baixo grau.

O quadro a seguir compila a apresentação das depoentes.

Alívio	40 anos, casada, ensino fundamental incompleto, autônoma, católica, 3 filhos, parceiro fixo, LGSIL (> 1 ano em tratamento).
Esperança	23 anos, solteira, ensino médio, dona-de-casa, evangélica, 1 filho, parceiro fixo, HGSIL (2 anos em tratamento).
Vitória	28 anos, casada, ensino médio completo, secretária, católica, 1 filho, separou-se do parceiro, LGSIL (< 1 ano em tratamento).
Dúvida	34 anos, casada, ensino médio completo, doméstica, 2 filhos, católica, parceiro fixo, HGSIL (>1 ano em tratamento).
Preocupação	73 anos, casada, ensino médio completo, aposentada, católica, 6 filhos, parceiro fixo, HGSIL (>1 ano em tratamento).
Ansiedade	24 anos, solteira, ensino médio completo, passadeira, católica, terminou o relacionamento, não tem filhos, LGSIL (1 ano em tratamento).
Medo	33 anos, divorciada, ensino médio completo, técnica de enfermagem, evangélica, 2 filhos, parceiro fixo, LGSIL (> 2 anos em tratamento).

5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA

Os depoimentos estão sendo analisados sob a perspectiva heideggeriana, expressos em *Ser e Tempo*, buscando captar o vivido das mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do útero.

A construção das unidades de significado deu-se a partir da leitura das entrevistas com o objetivo de apreender, através da fala das depoentes, como elas existiam com as lesões precursoras, desde o momento que receberam o diagnóstico até a atual etapa do tratamento.

À medida que realizava leituras consecutivas das entrevistas e que atentava para o dito nas palavras expressas nos discursos, assim como me reportava ao momento do encontro, e me vinham à mente as imagens de cada mulher, os gestos e o não dito, emergiram as unidades de significado.

5.1 A Construção das Unidades de Significado

A análise dos depoimentos foi iniciada logo depois a transcrição das entrevistas, sempre buscando recordar todos os momentos em que a mulher, como presença, relatava a sua vivência com as lesões precursoras do câncer do colo do útero. Nestas ocasiões, procurava reviver as palavras, os gestos, o tom de voz, o silêncio e tudo mais que ocorreu durante a entrevista fenomenológica.

Segundo Carvalho (1987), a entrevista deve ser um momento de encontro com o outro e como mulher-pesquisadora procurei analisar a fala das depoentes para desvelar o vivido do ser-mulher com lesão precursora de câncer do colo do útero.

Neste encontro fenomenológico, percebi que as mulheres através da fala foram mostrando o seu universo ôntico, deixando-se desvelar aos poucos. A partir daí, a análise das entrevistas foi realizada de acordo com a trajetória fenomenológica proposta por Heidegger (2008), subdividindo-se em três momentos: a descrição, a interpretação e a compreensão fenomenológica.

Para Menezes (2009, p. 97), “a descrição objetiva buscar a essência ou a estrutura do fenômeno, que deve ser apresentado da maneira como se mostra.” Isto é o que Heidegger (2008) definiu como compreensão vaga e mediana. Este momento apontou a possibilidade de uma prévia aproximação ao fenômeno das lesões precursoras do câncer do colo do útero. As leituras sucessivas conduziram-me a busca dos significados, observando o que era comum nas

entrevistas, na tentativa de alcançar o que as mulheres expressavam em seus relatos, a partir do seu existir.

Nas descrições, inicialmente, foi possível perceber os aspectos ônticos vivenciados pelas mulheres, sendo este momento, segundo pensamento heideggeriano, da compreensão vaga e mediana¹⁷. (HEIDEGGER, 2008).

Sendo assim, cheguei à construção das unidades de significado com o objetivo de elaborar, posteriormente, as unidades de significação, o que possibilitou o desvelamento do fenômeno. Lopes (1999, p. 96) descreve a estruturação das unidades e a distinção entre os aspectos ônticos e ontológicos, afirmando que os primeiros são:

[...] tudo que é percebido de forma imediata – encaminhei o meu pensar para a ultrapassagem do verbalizado, na tentativa de desvelar o *sentido* velado nos depoimentos e, assim, apreender os aspectos ontológicos da pre-sença – o que possibilita as várias maneiras de algo se tornar manifesto.

Na elaboração das frases que compõem cada uma das oito unidades de significado, as quais apresento a seguir, compreendendo o movimento que precedeu a hermenêutica heideggeriana, **AS MULHERES...**

...REVELARAM-SE COM DÚVIDAS E MEDO PELO DESCONHECIMENTO EM RELAÇÃO ÀS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

*Eu... eu nem sei muita coisa a respeito disso. Ma... e... e o que eu fiquei sabendo é... é... é o básico, né? [...] No início, foi angustiante. Até chegar o resultado do exame, eu ficava muito preocupada. Ficava só pensando no resultado, o tempo todo, achando que eu podia tá com a doença. “Meu Deus, o que será que vai dar no resultado? Será que eu... que eu vou ter que fazer um tratamento mais severo? Será que eu vou ter que retirar meu útero?” A gente fica pensando um monte de coisa, passa um monte de coisa pela nossa cabeça, porque, na verdade, o que a gente sabe sobre câncer de colo de útero e essas coisas é o que a gente vê falar na televisão, né? É tudo o que se fala através de propaganda – a gente não tem muito conhecimento a respeito disso – ou que o médico fala pra gente. [...] Aí, eu entrei em pânico. Eu disse: “–Eu vou morrer de câncer! Já estou com câncer”. (lacrimando, emoção). **Alívio***

Bom, na verdade, eu não sei, não sei muita coisa, sabe? Eu sei que... a primeira vez que eu vim aqui... Eu fiz muito exame no..., no..., preventivo ni posto e sempre constava... é..., inflamação básica, sabe? Tipo aquela inflamação normal. Aí a médica ia e passava pomada e pronto. [...] A gente

¹⁷ Heidegger (2008, p.41) considera que esta compreensão pode acontecer em situações como a que segue: “quando perguntamos o que é ‘ser’, mantemo-nos numa compreensão do ‘é’, sem que possamos fixar conceitualmente o que significa esse ‘é’.

fica abalada, por que..., a gente vê as pessoas... (pausa, seguida de choro). Esperança

Eu... Na verdade, eu não sei muita coisa, porque eu fui pega meio, assim, de surpresa, chega fiquei com medo. Só que eu fazia... eu comecei a fazer o tratamento lá no meu bairro; aí, ela me disse que era uma alteração, não era uma coisa muito grave, mas que precisava de tratamento. (pausa). [...] É difícil, né? Uma, que você já toma aquele choque. Você já fica com medo, né? “Ah! Eu tô com uma doença... eu...”. Vitória

Câncer de útero é..., Não sei se é..., Como é? HPV, né? Eu fiz o... o preventivo, aí deu, aí eu vim fazer o tratamento. (olhar distante). Dúvida

É... é... Eu só sei assim, né, que eu tenho uma lesão; eles só fala assim, que tem uma lesão. Fiz preventivo várias vezes, fiz biópsia, e disse que não era nada grave. [...] Eu não sei, isso aí é tudo que eu sei. [...] Ah, você sabe que, hoje em dia, a gente... – Vou tratar você assim, porque você é jovem – A gente só pensa naqueles problema grave, que dá aí toda hora nas pessoas, né? Aí, aquilo é que me assusta muito, muito mesmo. Preocupação

Sobre o meu diagnóstico, eu sei não muita coisa, porque assim... Não sei, as pessoas não explica, na verdade. Não sei, assim, na verdade, entendeu? Só que eu sei... não sei, assim, muitas coisas.[...] Porque qualquer coisinha hoje pode dar câncer, pode dar uma coisa séria, sabe? [...]Eu nem sabia que isso era uma alteração no útero! Eu nem sabia que isso era uma alteração no útero! (então tentei esclarecê-la sobre a pergunta e ela respondeu): - Nãoooooo... Não sei..., nãaa sei... (pausa). Tá bom, faz outra. (demonstrou nervosismo na entonação da voz). Ansiedade

Quando ela falou a biópsia, eu me desmanchei em lágrimas, eu só fazia chorar. Aí, ela falou: “– Calma, calma...”; ela tentou me explicar, mas eu tava muito nervosa... muito... muito. [...] Eu já comecei a ficar com medo em casa, pois no resultado do preventivo veio já uma guia marcado pra aqui. [...] Aí, eu perguntei pra ela: “– Porque essa guia marcada, aqui atrás, se eu faço preventivo desde os 18 anos e nunca veio isso?” [...] Então, a dúvida começou aí mesmo. Eu fiquei nervosa, muito nervosa mesmo, até eu chegar aqui e ela explicar. Medo

As mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do útero desconhecem o seu diagnóstico, ou, quando o sabem, apresentam dúvidas, e a sua existência desencadeia o medo, situação esta presente no relato de **Alívio**.

Sendo o câncer uma doença temida, negada em muitas ocasiões pela utilização de eufemismos, no imaginário social as pessoas lançam mão de termos que representem a gravidade da patologia, sem diretamente verbalizar a palavra câncer. Compreendi tal movimento nos discursos de **Alívio** (*passa um monte de coisa pela nossa cabeça*), **Vitória** (*não era uma coisa muito grave*), **Preocupação** (*A gente só pensa naqueles problema grave*,

que dá aí toda hora nas pessoas, né? Aí, aquilo é que me assusta muito, muito mesmo) e Ansiedade (pode dar uma coisa séria, sabe?).

Além disso, compreendi em alguns relatos, que o medo de algo desconhecido gera preocupações com a possibilidade da morte. O temor de algo desconhecido é uma situação muito encontrada em estudos que têm temas de oncologia, em especial os de abordagem fenomenológica, com destaque os de cunho heideggeriano. Neste sentido, Conceição e Lopes (2008) numa investigação fenomenológica iluminada por Heidegger, realizada com mulheres mastectomizadas, frente ao diagnóstico do câncer de mama, compreenderam que estas sentiram-se ameaçadas pela possibilidade da morte.

Para a mulher, o desconhecimento de algo relacionado à sua saúde pode gerar preocupações intensas que vão desde a ansiedade até o medo. Tal movimento toma uma dimensão maior quando este “algo” é o câncer.

O desconhecimento sobre a patologia foi encontrado também nos relatos de mulheres cearenses, que estavam em tratamento de câncer do colo do útero, os quais revelaram que “o déficit de conhecimento também pode ser caracterizado quando o indivíduo não tem a informação correta ou completa sobre aspectos indispensáveis para manter seu bem-estar ou melhorá-lo [...]” (OLIVEIRA; FERNANDES; GALVÃO, 2005, p. 154). Diante disso, percebi nesta dissertação que algumas mulheres entrevistadas desconheciam o seu diagnóstico, pois, revelaram-se com dúvidas e medo, embora recebessem assistência numa unidade de referência.

O desconhecimento total do diagnóstico foi encontrado no depoimento de **Ansiedade**. A reação da depoente demonstra que, apesar de ter iniciado o tratamento, ainda não havia sido esclarecida pela profissional que a acompanhava, sobre a situação de ser portadora de lesão precursora de câncer do colo do útero e o que isto significava.

... REVELARAM MUDANÇAS NO RELACIONAMENTO COM OS PARCEIROS, EVIDENCIADAS A PARTIR DO DIAGNÓSTICO DAS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Mas, fica sempre aquele negócio, né? É, foi transmitida pelo meu marido, uma pessoa em que eu confio, né, e que pudesse cuidar de mim e... e não foi o caso.[...]Se não quisesse pensar nele, mas pensando em mim, pensando nos filhos (tom de voz irritado), porque eu preciso estar bem para cuidar dos filhos, não é verdade? E... eu vi... eu caí na real, na verdade. É uma prova de infidelidade concreta, né, que através do exame a gente sabe que a pessoa traiu; de infidelidade concreta e que você vê que a pessoa não dá tanta importância. E quando... e quando eu falei sobre o assunto com ele,

*ele ficou horrorizado, achou que a traição tivesse vindo da minha parte. Isso foi uma coisa que me magoou muito mais (silêncio). Aí, a gente perde a confiança [...] os homens, em geral, eles não pensam neles mesmos. Se não pensam em si, eles não vão pensar em parceira nenhuma – (elevação do tom de voz) – eles não tão preocupados com ninguém, nem tão preocupados em pegar nenhuma doença, nem se vão passar pra alguém ou não. **Alívio***

*Horrível... (pausa). Porque se a gente casa, a gente dedica sua vida àquela pessoa. A gente quer ver o resultado (choro...). Isso eu não tenho, eu não achei esse resultado... Desde o começo, desde o começo... eu não tive apoio. Isso machuca muito, porque a gente, mulher... a gente se dedica à pessoa. Eu sou dedicada ao meu parceiro, entendeu? [...] Isso prejudica você na sua vida emocional e tudo... Ele não entende; pra ele é normal... Nunca fez um exame, nenhum, nenhum... (pausa). E, assim, a gente só tem relação sexual de camisinha e tudo... **Esperança***

*[...] Eu com meu companheiro certo... Aí, você nunca imagina que vai acontecer. [...] Ah, eu tomei um choque porque a pessoa convivendo seis anos, né, com aquele... com aquele companheiro ali, com aquela pessoa, nunca vai imaginar que vai acontecer. Aí, quando eu peguei o diagnóstico fiquei assim, pô... arrasada; ter aquele companheiro ali, todo dia, é... Convivendo com você... Com aquela pessoa, não... Não que você vá ter, vamo dizer, um homem só pra você, mas, que se ele tiver alguma coisa fora, que seja com prevenção. Aí, abala [...] Ajudou, isso ajudou... É porque eu acho que se não fosse por isso, dava pra durar mais um pouquinho, mas... Ajudou a terminar o relacionamento (pausa). Abalado..., e..., felizmente ou infelizmente, acabou! E a vida continua! [...] É difícil porque a pessoa passar muito tempo assim, com alguém e você receber uma notícia dessa, é um baque, né? (pausa) **Vitória***

*É, sim... Quer dizer, mudou, porque eu... eu fiquei tris..., preocupada, assim, pensava que meu marido tava com a doença, mas eu não sei se ele tem ou não (pausa). Que ele não fez exame ainda pra saber se ele tem alguma coisa ou não. [...] Eu só fico atrás dele pra fazer o exame, mas, ele não faz... Tem que fazer o exame, os dois, mas ele não quer fazer... **Dúvida***

*Eu digo a ele; ele é todo calado e tudo. Aí, quando eu comecei, eu falei pra ele: “– Aí, eu tô com uma inflamação grave na vagina...”. Eu falei. Ele não liga pras coisa, não. Mah! Ele não dá... não liga pras coisa, não. A gente fala as coisa, ele fica calado. [...] Não, não ligo não; eu já tô velha, tá, ele também. Com esses problema. Com isso aí, eu nem me esquento, de jeito nenhum, nem me esquento. **Preocupação***

*Eu acho que a pessoal até melhorou (risos). A pessoal até melhorou, porque se o marido tiver fazendo alguma coisa de errado... “se você tiver alguma lá fora, use camisinha, use camisinha... [...] Tenho certeza que ele ficou mais esperto. Normal, não teve. Tenho certeza que ele tomou. Não foi só eu que tomei esse susto. Então ele se dedicou mais. Tá mais dedicado. **Medo***

As depoentes desse estudo informaram parceiro fixo, destacando que o relacionamento teve modificação depois de descoberta às lesões precursoras do câncer. No tocante ao relacionamento conjugal, este estudo corrobora com o de Molina e Marconi (2006), quando

esta assevera que alguns relacionamentos sofreram desestruturação, outros revelaram traição e também separação.

A separação foi evidenciada nos depoimentos de **Vitória** e **Ansiedade**. A situação de não ter o apoio e/ou a confiança do parceiro foi algo que lhes trouxe sofrimento, como o mostrado por **Alívio**, **Esperança** e **Vitória**. Quase todas relataram dificuldades no relacionamento, quer seja pela desconfiança ou pela certeza da traição. Isto pode ser compreendido na leitura atenta dos relatos de **Alívio**, **Esperança**, **Vitória** e **Dúvida**. Apenas uma das participantes, **Medo**, disse ter ocorrido melhora no relacionamento com o parceiro, apesar desta acreditar que poderia não haver fidelidade por parte dele, mas que havia prevenção de DST's com o uso de preservativos nas relações extraconjugais.

... REVELARAM DIFICULDADES DE TER AMIGOS PARTICIPANDO NO PROCESSO DE ENFRENTAMENTO DAS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

[...] É muito difícil você encontrar um amigo fiel ou um companheiro fiel, né, a gente tenta, mas é difícil, porque envolve outra pessoa. [...] Na verdade, eu não tenho nem com quem conversar. Comentei sobre o assunto com minhas filhas, com minha mãe, mas; minha mãe tem pouco conhecimento, as minhas filhas já entendem mais, mas, mas, cada um cuida da sua vida e eu, eu tenho que cuidar da minha. É uma coisa assim que não muda muito, né, no nosso dia a dia. [...] Não, eu não... Eu fiquei muito só na verdade, porque eu não tenho muitos amigos. Os meus amigos fazem parte da família, que é irmão, mãe. [...] Ah, eu acho que hoje em dia nos dias que a gente vive você não pode contar com ninguém pra isso. Ah! Eu tenho amigo pra isso e aquilo... É muito difícil você encontrar amizade sincera.
Alívio

Eu tive uma amiga que me ajudou... e ela aí, não Esperança ... Foi sempre ela... Hoje eu tô bem, hoje eu tô bem, pro que eu tava antes, hoje eu tô bem! (choro e riso)
Esperança

De importante só, só o apoio, né! Porque muitas vezes quando a pessoa tem uma alteração no útero e sem apoio acha que é uma coisa, que acabou o mundo e muita gente tem preconceito. Eu pelo menos não tive muito preconceito..., ninguém chegou pra mim pra dizer você isso e aquilo, não é bom não você ter preconceito. Você já tá passando por isso... E o apoio da minha tia também que me incentivou foi importante pra mim. Foi duas coisas né, importante pra mim.
Vitória

Ah, hoje eu tô bem. Pro que eu tava não tô bem melhor... tem com quem conversar, como esquecer.[...]Com minhas colegas na escola, com minha cunhada, assim, no trabalho assim. Aí pronto. Mas, se eu ficar em casa... não tem como esquecer.
Dúvida

*É triste, é horrível, né, é horrível. Tem hora que a gente esquece. [...] Eu tenho uma amiga que fala assim: tudo é na cabeça, tá na cabeça. E você que bota na cabeça. Eu disse a ela que eu tenho uma inflamação, né. Aí quando você fala da doença ela diz: - Eu não quero nem ver falar. Não me fale nem nisso (pausa). Estou por conta de Deus... Ele sabe de todas as coisas (lágrimas). **Preocupação***

As mulheres com lesões precursoras destacam as dificuldades de compartilhar com os amigos a situação de estarem com uma doença, assim como se consideram sem amigos para dividir esse momento singular.

Nos relatos de **Alívio** compreendi que a mesma não compartilhou com ninguém o que realmente sentia em relação à descoberta da lesão. Além disso, esta refere não ter “amigo fiel” em que possa confiar, apesar de dizer que seus amigos são sua família, não se sentindo a vontade para compartilhar seus sentimentos e dúvidas com relação ao diagnóstico.

Segundo Molina e Marconi (2006), na presença do câncer as mulheres podem vivenciar modificações positivas ou negativas, nos relacionamentos com os amigos, pois, os relacionamentos consolidados se fortalecem, enquanto que os problemáticos ou fragilizados são prejudicados pelo aparecimento da doença.

Desta forma, compreendi que as participantes deste estudo se utilizaram de recursos internos para o enfrentamento das lesões através do isolamento, da fé, da fuga, da busca por um emprego ou do término de relacionamentos conjugais. Para Goya (2008, p. 50), isto ocorre porque não sabemos como cada indivíduo irá lidar com suas emoções, pois, “algumas pessoas encaminham seus problemas refletindo sobre eles, outras o fazem pela fé, pelo isolamento social, comprando futilidades, conversando com amigos, memorizando volumosas listas telefônicas ou saindo para dançar até a exaustão etc.”

A participação efetiva dos amigos durante o diagnóstico das lesões precursoras mostrou-se como fator importante para dar continuidade ao tratamento e ter perspectiva de chegar a cura, sendo participante desse enfrentamento. Isto pode ser percebido nos relatos de **Esperança e Vitória**.

... REVELARAM A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA DURANTE O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO DAS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Na verdade, eu não tenho nem com quem conversar. Comentei sobre o assunto com minhas filhas, com minha mãe, mas; minha mãe tem pouco conhecimento, as minhas filhas já entendem mais, mas, mas, cada um cuida

*da sua vida e eu, eu tenho que cuidar da minha. É uma coisa assim que não muda muito, né, no nosso dia a dia. Como minha mãe tem pouco conhecimento eu nem converso muito com ela; as irmãs eu comentei com uma só alguma coisa, mas que eu também não dei muita importância em ficar comentando com ninguém. **Alívio***

*Se fosse aquela família unida, pra dar carinho, dar apoio e tá ali junto. Não Esperança, você vai que dia? A gente vai junto! Falando com ninguém não. Minha família não é... aquela família, sabe? Que todo mundo queria ter..., tá nela! (pausa). Seu problema é seu problema e pronto! **Esperança***

[...]As outras pessoas não discriminaram, mas, também não apoiaram, né, não tiveram preconceito. Ela (tia) que agilizou tudo pra mim. As outras pessoas não tiveram preconceito, também não disseram nem sim nem não, nem nada [...] Falei com eles, mas, eles não..., não opinaram (os pais).

Vitória

*Tem, tem minha cunhada, mas, um momento assim que a gente fica lembrando: - Tô doente com uma doença grave, aí a gente conversa com a pessoa, desabafa, e fica dizendo: - Ah! Isso é teu marido que tem outra, botando coisa na cabeça, tem outra mulher, aí a gente fica mais preocupada, sabe? **Dúvida***

A que mora comigo é a mai..., uma..., é outra. Não. Não. Não porque ela é muito nervosa, muito nervosa. Eu sei que ela não quer ver eu sofrer, porque quando eu tenho qualquer coisa ela fica..., mas, não se pode conversar assim com ela, digo ah e tal.... quando eu fico... Ela fala: - A Sr.^a também não toma um chá., não toma isso, não toma aquilo, não faz isso, aquilo . Fica toda nervosa. Aí, pra não perturbar eu guento, eu pego na mão de Deus e seguro e pronto. Como mãe eu faço. Ah, eu tenho um filho caçula que se preocupa comigo. Os dois mais novos é os que mais se preocupa.

Preocupação

*Uma fortaleza, porque eu tava com muito medo de pegar a biópsia. Todo telefone que tocava: - Já pegou o resultado do exame, já pegou? Já pegou o resultado? Fica calma tenha fé em Deus. A minha família, a minha família quando eu falo meus filhos, minha mãe, meus irmãos. Primeiramente Deus, depois meu marido, meus filhos. [...] Deus e a minha família, foi de uma forma especial. Era como se eu estivesse parido não fazia nada (risos). Não fazia nada, não varria casa, não fazia nada. Minha filha, minhas irmãs, minha mãe. **Medo***

Apesar de estudos como o de Barros e Lopes (2007) relatarem a importância do suporte familiar para a reabilitação de doentes, o que compreendi nos depoimentos acima é que nem sempre a família se fez presente. O vivido das mulheres com lesões precursoras mostrou isto. As depoentes **Alívio, Esperança e Vitória** relatam isto muito bem, quando referem-se às dificuldades vivenciadas com suas famílias para enfrentar as lesões precursoras. Sobre as modificações nos relacionamentos com os familiares, Molina e Marconi (2006) corroboram com Sales e Molina (2004) ao demonstrarem que, mulheres com câncer

vivenciaram mudanças nos relacionamentos com os familiares, observadas tanto através da união familiar, quanto pelo distanciamento de alguns membros da família.

Apesar da falta de suporte familiar as mulheres não se sentiram influenciadas negativamente no enfrentamento do diagnóstico. Apenas uma teve na família o apoio incondicional, com a participação de todos os membros desde o momento do diagnóstico até o tratamento da lesão, como pode ser notado na fala de **Medo**.

... REVELARAM SUAS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PARA LIDAR COM AS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E AS MODIFICAÇÕES QUE REALIZARAM EM SEU COTIDIANO

Eu hoje com 40 anos de idade, hoje eu tenho certeza absoluta do que eu quero e das consequências que vem de qualquer ato que eu venha a praticar. Então hoje, eu..., hoje eu posso até..., ter relacionamento com o parceiro que eu tenho porque já é de muito tempo, sem o preservativo, mas, desconfiada... e, se eu tiver certeza que ele tem relacionamento fora... hoje no momento, né, com outra pessoa, eu não vou mais nem procurar usar o preservativo, vou simplesmente me afastar dela; porque não vale a pena.
Alívio

A única coisa que eu não vou fazer é parar meu tratamento por causa de trabalho. A única coisa que eu não abro mão mais é da minha saúde, porque eu passei muito tempo abrindo mão da minha saúde por causa de trabalho... se você não tá bem com você ninguém vai querer... e esse problema deve ter se agravado mais porque eu me dedicava muito ao trabalho, trabalhava de domingo a domingo e você não tem tempo pra nada... Ah, eu não posso fazer um preventivo porque o patrão não libera. Hoje não, hoje não, eu comecei a trabalhar de novo. Lá no escritório mesmo eu tô cheia de trabalho lá, mas, primeiramente minha saúde.
Esperança

Mas..., eu nem me arrependo não, de ter terminado, eu tô bem..., tenho minha filha né? Graças a Deus... Não mudou muito não... [...] Ajudou, isso ajudou... É porque eu acho que se não fosse por isso dava prá durar mais um pouquinho, mas... Ajudou a terminar o relacionamento (pausa).
Vitória

Só quando eu tô em casa, fico só lembrando, só lembrando. Aí, quando eu vou pro colégio, aí, eu esqueço, aí, pronto, mas quando começo a ficar em casa, fico só lembrando. É, tive uma preocupação, fiquei preocupada mesmo... Passa um remédio, se tratar, não ter relação, fica nervosa quando chega em casa, fica só pensando. Só quando tô em casa, fica só em casa, só lembrando, só lembrando... [...] Aí eu fui arrumar um trabalho, pra não ficar em casa... Aí, eu peguei e arrumei um trabalho. Quando eu comecei a trabalhar, pronto, aí eu não fiquei mais preocupada. A preocupação era quando eu tava em casa.
Dúvida

É pedindo a Deus. Não, eu uso remédio que eles passa, uso banho... e que antigamente usava, né? Eu digo: “– Eu não, não vou fazer isso, que tenho

*medo de me prejudicar”. Agora, os banhos eu faço, de asseio, de assento. [...] É triste, é horrível, né, é horrível. Tem hora que a gente esquece. Eu fazia até parte de um grupo de idosos e aí, quando elas ligam: “– Ah, e tá assim, é? Vai?” Eu digo: “– Ah, eu vou”. Nada me alegra assim, nada me alegra mais. [...] Só vou à igreja; pra igreja e pronto. Minha vida é essa: em casa e na igreja, somente. (pausa). Só Deus, né? Ele tem poder. Ele é o Deus do impossível. **Preocupação***

*Me ajudou, mas, pelo que me explicaram o que era, não mudou nada, porque eu encarei como uma coisa normal. [...] Não. Se fosse uma coisa mais séria, claro que eu ia me preocupar, mas, como não foi... **Ansiedade***

*A minha família, a minha família, quando eu falo, meus filhos, minha mãe, meus irmãos. Primeiramente, Deus, depois meu marido, meus filhos e a Dr.^a X. Eu digo assim, porque ela não está comigo sempre, apesar de que eu sei que ela foi uma peça principal na minha vida. Deus e a minha família foi de uma forma especial. Era como se eu estivesse parido, não fazia nada (risos). Não fazia nada, não varria casa, não fazia nada. **Medo***

As mulheres com lesões precursoras modificaram o seu cotidiano face ao diagnóstico, fazendo revelar o seu poder de decisão do ser-mulher, buscando a independência, para lidar com as modificações necessárias ao sucesso do tratamento. **Alívio e Esperança** revelaram esta condição nos depoimentos acima. Porém, algumas tiveram dificuldades para lidar com o cotidiano, afastando-se dos amigos ou terminando relacionamentos como relatado por **Preocupação e Vitória**, respectivamente.

No pensar de Azevedo (2009, p. 53), “com o recebimento do diagnóstico e durante a fase de tratamento a mulher pode afastar-se da sua rede social, vivenciando momentos de fragilidade e dependência”.

Estas formas diferentes de lidar com situações ameaçadoras ou desencadeadoras de estresse constituem as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mulheres na vivência das lesões precursoras. Em alguns momentos, a fala das mulheres mostrou a utilização das estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção. Já em outros, o foco concentrou-se no problema.

Sobre este aspecto, Lorencetti e Simonetti (2005, p. 949) ponderam que:

Os pacientes que apresentam o enfrentamento baseado no problema relatam terem tido o impacto, pois não deixaram de ter o estresse presente em suas reações, mas encararam o problema e destacam estarem confiantes no tratamento e na equipe. Já os que tiveram seus enfrentamentos baseados na emoção, comentam principalmente sobre os sintomas que foram gerados pela situação de estresse e depositam suas esperanças em Deus.

Os relatos de **Preocupação** e **Medo** revelaram que elas realizaram o enfrentamento das lesões precursoras com foco na emoção, tentando controlar a resposta emocional à situação de vivenciar uma lesão precursora do câncer do colo do útero, através da religiosidade e do apoio familiar para superar este momento existencial.

Para Almeida, Pereira e Oliveira (2008), as formas de enfrentamento terapêutico e da doença refletem as expectativas das mulheres quanto à finalização do tratamento e a esperança da cura.

Preocupação, além de utilizar-se da religiosidade como forma de enfrentamento, em alguns momentos, demonstrou incerteza quanto à possibilidade de cura.

Já a depoente **Dúvida** focalizou sua resposta à referida situação, ao referir que ao ficar em casa sua tristeza e preocupação aumentavam. Decidiu modificar a situação causadora de estresse, voltando a estudar e procurando emprego, e, assim, superando a solidão.

... REVELARAM O RELACIONAMENTO COM AS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O DESCRÉDITO NA ASSISTÊNCIA PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NOS POSTOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

*Então, eu paguei uma consulta, porque pelo posto de saúde ia demorar muito e eu... e eu... precisava de rapidez. Então, eu paguei o exame e, no exame... [...] Eu encaro o tratamento hoje, porque, quando a gente vai no consultório médico, a gente deposita toda confiança nele, né, apesar de que ele não é Deus. É... são pessoas como a gente, mas, pelo conhecimento que eles têm e de ter experiência no assunto, a gente deposita toda confiança. E... a médica passou confiança depois do último exame que ela fez, de revisão, que disse que a lesão tinha sido retirada; eu fiquei mais tranquila. Então, pensei assim: “-É, eu já não vou mais morrer de câncer de colo de útero”. Eu já fiquei mais tranquila (sorriso). [...] Foi. É... disse que eu tô liberada, que não tenho mais nada. Aí, eu perguntei assim: “- Drª, e o meu parceiro?” Que ele... ela pediu uma peniscopia pra ele, pra fazer o tratamento do vírus HPV, que o homem também tem que fazer. Então, ela falou assim... eu falei assim: “-Ele não fez ainda”. Ela falou: “-Então, azar o dele, você não tem mais nada. Você tá curada, e ele?” É... é... é problema dele agora. **Alívio***

E... é assim... a minha médica é boa, mas ela não é muito de sentar e conversar, explicar, porque ela é tão.... sabe? Porque aí, a gente fica até um pouco com vergonha, com medo de perguntar alguma coisa, sabe? (pausa). Porque ela diz que o trabalho dela é só aquilo, então você faz... [...] Ela não é muito de conversa. Se a gente pergunta uma coisa, você já fica numa dúvida terrível. A última vez que eu vim, eu falei com ela: “-Olha, Drª...”. - Ela nem me disse que eu ia fazer a biópsia, olhou o resultado do exame e disse: “- Deite na mesa”. Disse assim: “- Deite na mesa...”. Eu vi ela falando assim com a ajudante dela, que era pra pegar o... o... pegar um nome que ela falou... É, a pinça da biópsia. Eu falei: “- A Srª vai fazer

biópsia?”. Ela falou assim: “– Se precisar...”. E acabou fazendo, e não me disse nada! [...] Dr.^a X tem o jeito dela... tem o jeito dela, mas é uma médica boa... Ela me passa confiança, entendeu? Eu não sou muito de confiar, de perguntar; ela não abre espaço pra gente conversar, mas eu... eu, assim, eu olhando pra ela, eu sei que ela é uma boa médica. Outras pessoas já me deram referência que ela é uma boa médica. Então, tá assim: ela sempre olha, não faz esse descaso. Até porque eu não posso nem mudar. Se ela já começou, desde o princípio, eu tenho que ficar com ela até o fim, porque ela já me deu o diagnóstico, né? [...] Não, sim... A única coisa que eu quero falar assim é que... – Eu sei que outras pessoas vão tá ouvindo... – é... que não fique só nesse preventivo de posto, sabe, se você tá sentindo algo mais. Porque tem muitos médicos que não têm boa vontade, fazem o seu juramento, mas não cuida das pessoas como deve se cuidar, porque achar, não, que é pelo SUS. Se todo mundo pobre parar de pagar, então eles também não recebem. Que eles tenham mais amor pelas pessoas que cuidam, principalmente pelas mulheres... porque tem muita gente que tá na sua casa e tá sofrendo muito por causa de informação, entendeu? **Esperança**

Eu passei pela Dr.^a X, ela me encaminhou pra aqui e, quando chegou aqui, eu passei pra Dr.^a Y, que é uma médica maravilhosa, conversa com a gente e deixa à pessoa a vontade. [...] pelo SUS é muito difícil você conseguir assim, com a rapidez que ela (tia) conseguiu pra mim. Aí, tive o apoio dela. Foi muito importante pra mim. **Vitória**

[...] Aí, eu dizendo assim: “– Ah, meu Deus, se não tiver jeito aqui eu vou procurar um lugar assim em Salvador. [...] Aí, eu disse: “– Pronto! Pra Dr.^a X não posso ir agora, porque ela me deu esse prazo e tudo”. Aí, eu paguei uma consulta no X (clínica particular), com um Dr. [...]. Aí, ela fez a biópsia e disse que não era nada. (pausa). Então, não sei. **Preocupação**

[...] A consulta médica só foi bom nisso, porque eu fiquei sabendo. Na consulta médica, a gente fica sabendo. **Ansiedade**

Até da própria médica, Dr.^a X, pra mim foi uma fortaleza imensa. Aí, ela tentou me explicar que eu tava com uma lesão pequena no colo do útero. Quando ela falou a biópsia, eu só fazia chorar. Aí, ela falou: “– Calma, calma...”; ela tentou me explicar, mas eu tava muito nervosa... muito... muito. O apoio de como você recebe a notícia, porque ninguém tá preparada pra receber uma notícia dessa, e há profissionais que sabem como dar a notícia [...]. **Medo**

O relacionamento com as profissionais foi vivenciado de formas diferenciadas, por este grupo de mulheres com lesões precursoras. Apesar de estarem realizando o tratamento no mesmo local, não eram assistidas pelas mesmas profissionais. Ao serem questionadas sobre o diagnóstico e o tratamento, os depoimentos trouxeram a figura do médico. Apenas em poucos

momentos da entrevista fenomenológica foi descrito a participação da enfermeira ou da equipe de saúde.

Será que nós, profissionais de saúde, somos seres morais? Para que isto ocorra Goya (2008) considera ser necessário três critérios éticos: ter consciência de si e dos outros, possuir vontade própria, livre e autônoma e, por fim, ser responsável. Através de uma linguagem de aproximação se consegue atingir o cuidado do outro, porque “se houver encontro, haverá arte, a alteridade arte de amar. Uns pelos outros, na medida incerta do nosso convívio, aprenderemos cada qual a beleza de sair de si mesmo para ter uma pré-ocupação com o outro, habitando com ele o bem comum” (GOYA, 2008, p. 191).

Como a enfermagem é uma das profissões que prima pelo cuidado do outro, compreendi que mesmo as depoentes tendo algum contato com as enfermeiras, nem sempre aconteceram o encontro, a arte do cuidar, a ética profissional que tanto grita aos nossos ouvidos enquanto estudantes e que deveria ser um constructo real na profissão de saúde. Isto foi revelado nos depoimentos de **Dúvida**, **Preocupação** e **Ansiedade** e, especialmente, no relato de **Esperança**.

O relacionamento da profissional com as mulheres mostrou-se impessoal, frio e tecnicista, sem nenhuma interação com o ser-mulher que está em acompanhamento de uma lesão precursora. Isto significou para a mulher uma vivência de desapontamento, tristeza, medo, angústia e muitas dúvidas sobre o que realmente representava em suas vidas o diagnóstico.

Sobre o relacionamento profissional com a mulher, durante a realização do papanicolaou, Brito, Nery e Torres (2007) asseveram que as profissionais devem valorizar o momento da coleta e a subjetividade daquela que busca a prevenção. Reforça, ainda, a importância de a mulher repensar os significados do seu corpo e os direitos e deveres com relação a sua saúde.

A análise de alguns elementos desta unidade de significação permite-me dizer que, o que foi revelado no depoimento de **Esperança** corrobora com a autora supracitada, no que se refere ao desejo por um atendimento mais humanizado, com a valorização do ser-mulher, na busca pela prevenção e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero. A necessidade de humanização do atendimento foi compreendida, não somente com relação as lesões precursoras, mas relacionada ao câncer invasivo do colo do útero (BARROS; LOPES, 2007).

As demais mulheres participantes do estudo revelaram um bom relacionamento com a médica que realizava seu tratamento, esclarecendo sobre questões importantes vivenciadas. A

existência do diálogo durante as consultas propiciou-lhes o acolhimento pelo profissional, através da aproximação que aconteceu pela linguagem, pelo respeito, pela liberdade de expressão. Esta vivência representou para as mulheres conhecimento, tranquilidade, fortaleza, confiança, na certeza da resolutividade do tratamento. Compreendi tal situação nas expressões de **Alívio, Vitória e Medo**.

Diante do que é preconizado pelas políticas públicas de saúde da mulher com relação ao atendimento integral para prevenção do câncer do colo do útero, e do tratamento e reabilitação nos casos de confirmação do diagnóstico, compreende-se nos depoimentos acima que isto não ocorre na assistência de forma equânime. Surge nos depoimentos de muitas das entrevistadas o descaso com o serviço público.

A ineficácia do atendimento, a demora na marcação das consultas e o descompromisso das profissionais responsáveis pela assistência na prevenção do câncer fizeram as mulheres desacreditarem no serviço prestado pelo SUS, tendo que arcar com as despesas para ter um diagnóstico rápido e efetivo. Isto se mostrou nos relatos de **Alívio, Esperança e Vitória**.

... REVELARAM SENTIMENTOS DE VERGONHA, MEDO E CONSTRANGIMENTO NA REALIZAÇÃO DO PAPANICOLAOU

*Eu mesmo me pélo de medo... Ficar naquela posição... e tem médico que é ignorante, machuca você e não quer nem saber da gente. Quase todas as mulheres têm medo de fazer o preventivo, né? **Esperança***

*Incomoda um pouco, né, assim, pra sempre tá vindo no médico. E eu... pra fazer o primeiro preventivo... Misericórdia! Eu... foi quando eu tava grávida. Eu tinha vergonha de tá vindo frequentemente ao médico fazer o mesmo procedimento. É constrangedor![...] Muita vergonha, mas tem que fazer. (pausa). E agora, com esse diagnóstico... Tá vindo frequentemente ao médico é vergonhoso... **Vitória***

Os sentimentos expressos pelas mulheres, com lesão precursora evidenciam o conhecimento sobre a importância do exame para prevenção do câncer do colo do útero, mas, revelam, também, a vergonha, o constrangimento e o medo.

O conhecimento da importância do exame preventivo e alguns dos sentimentos externados acima foram notados por Brito, Nery e Torres (2007), numa pesquisa realizada no Piauí. As mulheres entrevistadas pelas pesquisadoras revelaram também sentimentos de medo e vergonha, dentre outros, que não foram evidenciados neste estudo. Isto mostra que as mulheres continuam não sendo valorizadas como sujeitos do momento de realização do

papanicolaou. Outros sentimentos descritos pelas mulheres dependem da atitude da profissional que o realiza, como pode ser observado no depoimento de **Esperança**.

Segundo Lopes (1999), o cotidiano da prevenção para o ser-mulher acontece de modo fechado, no qual ela e o profissional de saúde não se permitem o encontro. Este entendimento também foi encontrado no relato de **Esperança**, conformando o domínio da profissional sobre o ser-mulher, como revelado no trecho a seguir:

[...] – Ela nem me disse que eu ia fazer a biópsia, olhou o resultado do exame e disse: “–Deite na mesa”. Disse assim: “–Deite na mesa...”. [...] Porque a médica me disse: “– Olha, Esperança, se o problema vir dele, você vai ficar a vida toda nessa cama.

Refletindo sobre o relacionamento profissional-cliente, encontro em Gonzalez e Branco (2003, p. 65), uma defesa sobre a necessidade de um diálogo entre a fenomenologia e a medicina. Os autores afirmam sê-lo primordial e asseveram que:

Neste novo milênio o ensino médico é levado a discutir e repensar seus paradigmas, com algumas possibilidades técnico-pedagógicas e epistemológicas várias. Nesse contexto a fenomenologia se apresenta como uma vertente filosófica que pode contribuir para uma re-significação do ensino médico, tornando-o mais humanizado [...]

Compreendi que no processo de buscar assistência preventiva para o câncer do colo do útero, as mulheres vivenciam tal etapa com restrições de sentimentos, muitas das vezes claramente expressas pelas profissionais de saúde. Estes em muitas ocasiões esquecem-se que “o doente é uma frase do sofrimento humano, indissociável do texto completo de sua vida” (LUZ, 1993).

... REVELARAM O MEDO DA MORTE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO DESDE A COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DAS LESÕES PRECURSORAS

*[...] foi retirado um pedaço do colo do meu útero e foi feita a biópsia – e o resultado veio que dizendo que eu estava com o vírus HPV. Aí, eu entrei em pânico. Eu disse: “–Eu vou morrer de câncer! Já estou com câncer”. (lacrimando, emoção). **Alívio***

A gente fica abalada, porque... a gente vê as pessoas... (pausa, seguida de choro). [...] Não fica nada sem solução; tem solução pra tudo. (emoção, lágrimas). E não fica nada sem solução; e quando o homem da terra não tem solução, Deus tem, entendeu? Eu não me preocupo muito e... e se tiver que acontecer alguma coisa, vai acontecer... com qualquer pessoa... e também,

um dia, todo mundo vai ter que morrer, tá premeditado pra isso. Não deve ter medo de nada... **Esperança**

Aí, você nunca imagina que vai acontecer. Aí, quando eu recebi a notícia do diagnóstico, foi um choque. Mas depois não, porque aí, eu sabendo que tem tratamento... Se não tivesse tratamento, o mundo ia cair. Tendo tratamento...

Vitória

É, porque quando a médica disse que não tava, que não era grave, aí eu não fiquei mais... quou... que eu ficava muito em casa, porque eu ficava preocupada, triste. Eu esmagreci demais, muito, tava andando muito preocupada... **Dúvida**

Tem dia que eu fico tão apavorada, tão triste, que eu choro; eu oro, eu peço tanto a Deus: “Ah, meu Deus! Porque que eu não vou me curar? Será que é grave? Será que eu já tô pra morrer?” [...] Ah, você sabe que, hoje em dia, a gente... [...] A gente só pensa naqueles problema grave, que dá aí toda hora nas pessoas, né? Aí, aquilo é que me assusta muito, muito mesmo. Fico preocupada com isso. Minha preocupação é essa. [...] Eu?! Tudo vem na cabeça da gente... Apesar de que, hoje em dia, todos problema, tudo que a gente tem, a gente pensa no pior, pensa no pior... Apesar de que eu já tô velha... Já tô, já vivi muito, já... Quero viver mais um pouco, viver mais um pouco... **Preocupação**

É, porque o meu é preventivo, não é? Não é sobre o câncer, como você fez a pergunta. [...] Não é coisa séria, que é pra fazer tratamento certinho, não... Só deu uma inflamação e pronto. **Ansiedade**

Não, eu nunca tinha passado por isso. Eu fiz preventivo anualmente. Eu disse: “– Meu Deus, eu sou doadora, sempre tô fazendo exame de tudo, não tenho mais de um parceiro, o que é que tá acontecendo?”. Então, a dúvida começou aí mesmo. Eu fiquei nervosa, muito nervosa mesmo, até eu chegar aqui e ela explicar. Se eu tivesse problema de coração, eu tinha morrido. [...] Nada bom, eu nunca queria ter passado por isso. A gente só acha que tá tudo corroído por dentro, que já tá uma coisa generalizada. Por mais que alguém fale que não é dessa forma, a gente não acredita; só quando a gente faz o exame e vê o resultado. Foi difícilima. A gente só pensa no pior. Se eu tô com o início daquela célula, daquela bactéria, a gente pensa logo que já está instalado... Então, até que a gente venha descobrir que aquilo é somente uma coisa superficial, você morre do coração. **Medo**

O medo da morte se fez presente nos depoimentos das mulheres, que ao receberem o diagnóstico já pensaram imediatamente na idéia de finitude. Essa vivência representou em alguns momentos, para as mulheres com lesões precursoras, um sentimento de pavor, pela forte associação da lesão com o câncer e, com isto, a possibilidade do fim da existência.

Além do medo expresso no seu depoimento, **Esperança** também relata a possibilidade da morte. Quando **Esperança** fala que fica abalada e chora, demonstra os seus sentimentos diante da vivência de ser portadora de uma lesão precursora de uma doença que apresenta

estigma da morte. Para Feijoo e Mattar (2008, p. 177) “o adoecimento constitui o meio pelo qual certa maneira humana de existir no mundo se realiza num gesto físico”.

Assim, a negação pode surgir neste momento porque, diante do medo de as lesões precursoras evoluírem para o câncer, a mulher enquanto ser no mundo tem que lidar com o imprevisível, com as restrições e limitações advindas desta condição existencial (FEIJOO, 2009).

5.2 Interpretação Compreensiva

1. O temor

A possibilidade do vir a adoecer de câncer do colo do útero leva a mulher com lesão precursora a apresentar o temor, manifestado pela preocupação, pelo medo, pela ansiedade, pelas dúvidas quanto ao diagnóstico e as indicações terapêuticas. Estes sentimentos permitem-na pensar, também, na possibilidade concreta da finitude.

Apesar de a morte ser a única certeza da nossa existência, o ser-mulher não se sente preparado para lidar com essa situação existencial. A dificuldade de aceitar a proximidade da morte está presente na vida das mulheres com lesões precursoras, como pode ser visto neste depoimento: *“No início, foi angustiante. Até chegar o resultado do exame, eu ficava muito preocupada. Ficava só pensando no resultado, o tempo todo, achando que eu podia tá com a doença”*. (Alívio)

O tempo é resultado da comparação entre o tempo convencional e o vivenciado (GOYA, 2008). Compreendi que para Alívio, esse tempo soou como algo assustador, capaz de fazê-la sentir a proximidade da morte, manifestada pela preocupação e pela angústia, que referiu ao ser questionada sobre a sua experiência em relação às lesões precursoras.

Para Heidegger (2008, p. 312), “na morte dos outros, pode-se fazer a experiência do curioso fenômeno ontológico que se pode determinar como a alteração sofrida por um ente ao passar do modo de ser da presença (da vida) para o modo de não mais ser presença”. O ser-mulher com a lesão se depara com a possibilidade de não mais poder-ser, pois, amparada pela mundanidade, acredita que poderá morrer pelo fato de estar com uma lesão que pode se tornar o câncer.

Além disso, a mulher com lesão precursora de câncer do colo do útero sente a morte de pessoas próximas, que desenvolveram o câncer, como uma perda que só é experienciada

por quem fica. O encontro com a leitura heideggeriana fez-me compreender que a mulher que já vivenciou a morte de alguém com câncer não entende que “ao sofrer a perda, não se tem acesso à perda ontológica como tal, ‘sofrida’ por quem morre”, pois, essa situação demonstra a experiência de ser-junto à morte (HEIDEGGER, 2008, p. 313).

O medo da morte foi revelado a partir da estruturação das unidades de significação, como um dos aspectos ônticos observados nos depoimentos das mulheres, através do percebido de forma imediata. As unidades de significação revelaram-me a preocupação, a ansiedade, as mudanças nos relacionamentos com os parceiros, familiares e amigos presentes nas falas das depoentes. Estes são também definidos como aspectos ônticos, pois, foram percebidos, entendidos e conhecidos de imediato nas primeiras etapas antes de alcançar a compreensão do fenômeno (HEIDEGGER, 2008).

Somente a partir da descrição e interpretação das unidades de significado pude chegar ao desvelamento do fenômeno, ou seja, momento no qual o fenômeno se mostra, permitindo desvelar o seu sentido. Para Heidegger (1981, p. 16), a ontologia fundamental “é o caminhar que nos põe na busca de recuperar o esquecido, de enxergar novamente o simples...”, que se tornou invisível na vida cotidiana.

Para este fenomenólogo, as características fundamentais do ser humano são as perspectivas futur e espacial, que convivem com a pre-sença. Assim, o tempo e o espaço estão presentes nos fenômenos vivenciados. Essa possibilidade de prever “o tempo” constitui-se o ontológico, enquanto que a proximidade ou o afastamento de algo ou alguém significa o ôntico (HEIDEGGER, 1981).

O entendimento do vivido das mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do útero foi possível, a partir da interpretação que cada mulher deu à sua existência. Para alcançar o fenômeno precisei levar a *epochê* os conhecimentos anteriormente adquiridos, para chegar ao desvelamento do expressado nos depoimentos.

Para Lopes (1999, p. 97), na etapa interpretativa ocorre uma “de-construção dos relatos a partir da compreensão de que, nestes, a mulher, como pre-sença, escapa aos conceitos que dela se faz...”.

Assim, corroborando com a autora supracitada, busquei desvelar o vivido das mulheres com lesões precursoras, através da interpretação compreensiva, analisando a singularidade que envolve o existir cotidiano de cada uma delas.

Para chegar ao sentido do vivido das mulheres com lesão precursora, precisei compreender o seu modo de ser consigo mesma e com o mundo. Desta forma, Heidegger (1981, p.16) considera que é necessário compreender como o *ser-aí* se relaciona com o

mundo, pois, *ser-no-mundo* refere-se “as múltiplas maneiras que o homem vive e pode viver, os vários modos como ele se relaciona e atua com os entes que encontra e a ele se apresentam”.

O ser-mulher com lesão precursora de câncer do colo do útero estabelece o encontro com o ser-aí apenas enquanto existência. Este ser-aí é também um ser-no-mundo, no qual o ser-mulher com lesão precursora estabelece “... todos os seus comportamentos em relação aos entes em geral em um comportamento original em relação ao mundo” (CASANOVA, 2009, p.92).

Segundo Pedreira (2009, p. 70), a relação do ser com o mundo se estabelece por que:

No mundo a nossa volta, no contexto em que estamos inseridos ou lançados, temos sempre possibilidades de ser, por isso somos ser-em, pois estamos entregues a essas possibilidades. Através delas, o mundo se abre para a presença, e essa abertura dá-se por meio da disposição, da compreensão e da interpretação. É por esse movimento que o homem compreende o mundo e responde a ele.

Esta mesma autora considera ainda que “a disposição pode apresentar-se de dois modos: o do (temor ou medo) e o da angústia”. Encontro em Heidegger (2008, p. 202 e 253) que “como ser-no-mundo a presença é ‘medrosa’ e deve ser compreendida como “possibilidade existencial da disposição essencial de toda presença que, de certo modo, não é única”. Na concepção heideggeriana a angústia “não ‘vê’ um aqui e um ‘ali’ determinados, de onde o ameaçador se aproximasse” [...], pois “não sabe o que é aquilo com que se angustia”.

Assim, estes modos de ser foram observados nos depoimentos das mulheres deste estudo. O modo de ser-no-mundo, representado através da angústia, fez o ser-mulher com lesão precursora se articular com o seu caráter de poder-ser.

Para Casanova (2009, p. 125), essa articulação entre o ser-aí e o seu caráter de poder-ser, “rompe a tendência produzida pela decadência e impede o prosseguimento da simples fuga de si mesmo por parte do ser-aí imerso no mundo das ocupações cotidianas”.

A angústia se apresentou na mulher com lesão precursora fazendo com que o mundo se tornasse insignificante, e tudo mais que estava presente na cotidianidade, como pode ser observado no depoimento de **Preocupação**.

Quando a gente é novo, a gente dá valor a tanta bobagem, a tanta coisa... Na minha casa mesmo, eu gostava disso, daquilo, daquilo outro. Hoje, nem... O que tiver lá, tá bom e pronto. Não gosto assim de festa; tem

aniversário, o povo lá me chama, aí eu digo que vou, e nem vou, não tem mais alegria, aquela... aquela vontade de...

É na pre-sença que a mulher com lesão precursora deixa mostrar o temor da morte. O temor pode segundo Heidegger (2008), se apresentar em três perspectivas: o que se teme, o temer e pelo que se teme. O que se teme representa “o ‘amedontrador’ [...] aquilo de que se tem medo possui o caráter de ameaça”. O temer “libera a ameaça que assim caracterizada se deixa e faz tocar a si mesma. Não se constata primeiro um mal futuro (*malum futurum*) para então se ter medo”. Pelo que se teme “é aquilo pelo que o medo tem medo”, ou seja, o que a presença tem medo.

A disposição para o temor está presente no modo-de-ser de muitas pessoas acometidas por doenças graves como é o caso do câncer. Jesus (2002), num estudo realizado com mulheres mastectomizadas, encontrou a disposição para o temor no modo de ser do “a gente”, no qual as mulheres entrevistadas relataram a percepção da morte, mas, não o seu reconhecimento, como uma possibilidade existencial.

O que se teme é o temível, o amedrontador, que se mostrou nos depoimentos das mulheres com lesão precursora quanto à doença e a possibilidades de desenvolver o câncer. Compreendi, a partir desta análise, que a depoente **Alívio** temia a possibilidade de estar com o câncer do colo do útero.

[...] no início, eu fiquei chocada, eu fiquei assim: “Meu Deus! Eu tô com o vírus, eu tô com o vírus do câncer”. Né? A gente pensa logo assim.[...] Até chegar o resultado do exame, eu ficava muito preocupada. Ficava só pensando no resultado, o tempo todo, achando que eu podia tá com a doença.[...] o que a gente sabe sobre câncer de colo de útero e essas coisas é o que a gente vê falar na televisão, né? É tudo o que se fala através de propaganda – a gente não tem muito conhecimento a respeito disso.

Neste depoimento compreendi que **Alívio** vivenciou o temor, devido ao que ouviu falar no seu cotidiano acerca da evolução da doença, das pessoas que desenvolveram o câncer do colo do útero, dos tipos de tratamento, liberando a ameaça pelo seu próprio temer. Heidegger (2008, p. 201) assevera que “apenas o ente em que, sendo, está em jogo seu próprio ser, pode ter medo. O ter medo abre esse ente no conjunto de seus perigos, no abandono a si mesmo”.

Segundo Azevedo (2009), a vivência do medo leva a mulher, quando da confirmação do diagnóstico, a ficar abalada psicologicamente, sendo este, primeiro, um fenômeno privado. Este sentimento foi também desvelado no depoimento de **Vitória**: “- Aí, quando eu recebi a

notícia do diagnóstico, foi um choque. Mas depois não, porque aí, eu sabendo que tem tratamento... Se não tivesse tratamento, o mundo ia cair. Tendo tratamento...”.

Nesta etapa compreendi o sentido que as mulheres deram a sua existência, quando receberam um diagnóstico não confirmativo do câncer e como modificaram o seu cotidiano, a partir daí, para a prevenção do câncer do colo do útero, para a valorização do autocuidado, para o que na concepção heideggeriana significa o poder-ser. **Esperança** desvelou as modificações ocorridas em seu cotidiano a partir do diagnóstico e o tratamento das lesões precursoras.

A única coisa que eu não abro mão mais é da minha saúde, porque eu passei muito tempo abrindo mão da minha saúde por causa de trabalho. Se você não tá bem com você, ninguém vai querer... [...] Eu tenho que me gostar primeiro, me amar primeiro, pra depois vir as outras pessoas...

No tocante à prevenção do câncer do colo do útero, Lopes (1999, p. 110) buscando compreender o ex-sistir feminino na cotidianidade da prevenção, encontrou em seu estudo o temor da morte nas três variações: “o pavor de algo conhecido – **o exame e a possibilidade do câncer**; o horror do não familiar – **a rotatividade de profissionais**; e o terror de algo súbito e desconhecido – **a vivência da doença**. Nesta dissertação, encontrei o temor presente nos depoimentos das mulheres corroborando com o que Lopes (1999) afirma acima.

Na dissertação em tela, a referência ao pavor foi evidenciada em relação **ao diagnóstico da possibilidade do câncer**, o horror - **o tratamento**, e o terror - **a vivência das lesões precursoras de câncer**. O medo e as dúvidas, decorrentes do desconhecimento do diagnóstico, mostraram-se na pre-sença do ser-mulher com lesão precursora, instalando dessa forma o temor em sua existência. Tal situação foi percebida nos depoimentos de **Preocupação e Esperança**.

Eu não esqueço isso... Isso vive assim na minha vida, me corroendo o tempo todo, só você vendo. Eu durmo e me acordo pensando nisso. Me acordo de noite e fico pedindo assim: “– Oh, Senhor, me cure! Me cure, Senhor! Me cure, Senhor! O que é isso, Senhor, que eu não tenho a paz mais na vida?” Mas vou tocando assim o barco. (pausa).

Teve pessoas que disse coisa contrária, coisas que a gente não quer ouvir, mas isso aí não desanima, se você tem fé em Deus, não desanima, não, porque pra tudo, hoje, tem solução. Não fica nada sem solução; tem solução pra tudo. (emoção, lágrimas). E não fica nada sem solução; e quando o homem da terra não tem solução, Deus tem, entendeu? Eu não me preocupo muito e... e se tiver que acontecer alguma coisa, vai acontecer... com qualquer pessoa... e também, um dia, todo mundo vai ter que morrer, tá

premeditado pra isso. Não deve ter medo de nada... Então, não teve impedimento, não.

Para Padoin e Souza (2008, p. 516), existem “diferentes possibilidades de ser do temer, considerando que os momentos constitutivos de todo o fenômeno do temor podem variar, na medida em que uma ameaça poderá se apresentar como ‘sim’ a qualquer momento [...]”. Esse temor de algo conhecido que é o câncer vai ao encontro do ser-mulher com lesão precursora instalando-se o pavor.

Compreendi que o pavor do diagnóstico mostrou-se no vivido das mulheres, desde o início dos depoimentos, quando as entrevistadas referiram medo, desespero e angústia em relação à confirmação do diagnóstico. Apesar de ouvirem falar sobre a doença, não se reconhecem nela porque “essa familiaridade está, na realidade, baseada na situação alheia, que é propagada através do *falatório*, estimulada pela *curiosidade*, que arrastam a mulher para a *ambiguidade*” (CONCEIÇÃO; LOPES, 2008, p. 30).

Além do temor por si, também temem pelo outro, que em alguns depoimentos, se apresentou como filho, companheiro. Segundo o pensamento heideggeriano, este temor não significa ter medo junto com, e sim amedrontar-se, pois, o que dá medo é não poder mais ser-no-mundo e ser-com.

*Se eu tiver um problema maior, nem eu, nem ele. E eu que fico prejudicada. Eu choro e me emociono porque... Eu espero que, da próxima vez que eu vim, tomar um remédio. Você tem que fazer outro preventivo pra saber como está. E, aí, tudo bem. [...] Quase eu entrei em depressão, eu fiquei muito deprimida, ficava triste, só pensando... e meu filho, sabe? Porque só tem eu mesmo, oh, meu Deus! A gente que é mãe se dedica aos nossos filhos, fica pensando nos filhos... **Esperança***

*É... fica, assim... home fica assim, tendo preocupação; a gente tem medo. Tem preocupação, assim, a gente acha, assim, a gente, mulher, é que tem essas coisas, homem não tem. Só mulher que tem, aí, pronto. Aí, a gente fica assim... só preocupada mesmo, porque é só mulher que descobre que tá, mas quando tá melhor... **Dúvida***

*Se não quisesse pensar nele, mas pensando em mim, pensando nos filhos (tom de voz irritado), porque eu preciso estar bem para cuidar dos filhos, não é verdade? **Alívio***

O horror apresentado pelo ser-mulher com lesão precursora desvelou o seu temor, pelo desconhecido, pelo não familiar, que nesse caso, foi o tratamento. Compreendi que as mulheres mostraram-se temerosas, vivenciando o horror, velado através das dúvidas, do medo e da angústia em relação ao tratamento das lesões. O horror também foi observado pelo silêncio, pelas expressões faciais, pela entonação da voz.

Aí, eu ter que voltar pra essa mesa de novo... Só eu sei. Só quem passa por essa situação é que sabe, né, o que é ir pra mesa; você ter que voltar pra fazer o tratamento de novo. Então, eu não quero voltar mais pra essa mesa. Eu só quero voltar de ano em ano... Isso prejudica você na sua vida emocional e tudo... Esperança

Tô bem... Melhor, porque fazendo o tratamento, a pessoa sabe que vai ficar boa, que vai ficar tudo bem, então tá tudo ótimo. (longa pausa). Se não tivesse tratamento, êta! Aí... (pausa). Ainda bem que existe medicação pro tratamento. Eu tô bem. (pausa). Espero que termine logo, que não se prolongue, (pausa), que o resultado venha bastante... é... (pausa). Seja o término, seja o término do tratamento. Vitória

Porque ela falou que era inflamação normal. Foi a doutora, e que eu era pra voltar com seis meses pra fazer outro preventivo, pra ver se tava tudo ok. Ela falou que inflamação era normal. Se fosse uma coisa mais séria, claro que eu ia me preocupar, como qualquer outra pessoa (elevação do tom de voz). Ansiedade

O horror se manifesta segundo Heidegger (2008), porque “enquanto ser-no-mundo, a presença é um ser em ocupações junto a” e estar em perigo coloca em jogo o ser-em e o ser-com, conforme compreendi nos relatos acima.

O temor, quando possui ao mesmo tempo o caráter do súbito e do não familiar constitui, no pensar heideggeriano, o terror. Nesta dissertação encontrei tal situação referida acima pelo filósofo, pois, através dos relatos das depoentes, o terror mostrou-se na vivência das lesões precursoras de câncer do colo do útero. A mulher diante do câncer pode apresentar o medo como modo de disposição, na perspectiva do terror, conforme assevera Azevedo (2009, p.108), num estudo com mulheres mastectomizadas, submetidas à reconstrução mamária.

O terror manifestou-se para essas depoentes no momento do diagnóstico, conduzindo-lhes a um estar-lançada-no-mundo em que o câncer se apresenta como uma possibilidade própria da presença, trazendo-lhes para o seu cotidiano sentimentos como tristeza e incerteza quanto ao futuro.

O terror manteve-se velado na no discurso das mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do útero, como uma vivência de sentimentos diversos, que perpassam pelo sofrimento diante da doença, ou, pela alegria de saber que já estava curada da lesão, conforme relato das depoentes **Alívio** e **Preocupação**, respectivamente.

Chegando o resultado, aí eu fiquei alegre! (sorriu). De... de... da fase angustiante, que é o início, eu fiquei feliz em saber que não tinha mais... que não tinha mais lesão e que estava curada. (demonstrou felicidade).

Ô! Porque a gente com saúde é tudo, principalmente essas coisa... [...] É triste, é horrível, né, é horrível. Tem hora que a gente esquece.

Para Feijoo (2008, p. 177), a doença não acomete somente o corpo físico, já que “toda pessoa em sua existência é acometida pela dor do adoecer”, pois, somos seres existenciais, ou seja, seres no mundo capazes de compreender, perceber, sentir, sofrer, amar..., numa relação consigo, com os outros e com as coisas.

De acordo com o pensamento acima, compreendo que o ser-mulher com lesão precursora pode pautar sua existência no temor ou no enfrentamento, ou, em ambas, em momentos distintos do vivido.

O enfrentamento utilizado pelas mulheres com lesões precursoras levou-nas a ser-com-os-outros, numa forma de solicitude que as guiou para a busca de soluções da situação ameaçadora, vivenciada naquele momento existencial, seja pela valorização da sua saúde, ou, pelas modificações que realizou em seu cotidiano.

O temor expresso no diagnóstico e durante a terapêutica, apesar de conduzir as mulheres com lesões precursoras a situações desconfortáveis que suscitaram o medo como o sentimento que mais se expressou - medo de ouvir que está com o câncer, medo de enfrentar os familiares, os amigos, medo de modificar o relacionamento com o parceiro, medo do tratamento, medo do desespero e da morte, pode segundo Conceição e Lopes (2008), revelar-se como uma forma de fugir da idéia de finitude, manifestada pela possibilidade de vir a desenvolver o câncer.

A idéia de não mais poder-ser conduz a mulher com lesão precursora ao enfrentamento dessa situação ameaçadora, distanciando-se da morte e fortalecendo o ensejo de restabelecer sua saúde e lutar pela sua existência. Compreendi que ter apoio dos familiares, dos amigos e das profissionais de saúde é uma necessidade do ser-mulher com lesão precursora, para manter-se como ser de possibilidades, capaz de decidir seu modo de ser e existir diante da doença.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dirigindo o meu olhar para o objeto desta dissertação - **o sentido do vivido de mulheres com lesões precursoras desde o diagnóstico até a terapêutica**, considero que o referencial de Martin Heidegger, expresso em *Ser e Tempo*, e a abordagem fenomenológica permitiu-me compreender o ser-mulher com lesões precursoras, na sua singularidade própria, através do encontro fenomenológico, pautado na escuta, no respeito ao silêncio e na valorização dos sentimentos, gestos e emoções.

Para que a fenomenologia como filosofia e método fosse sendo por mim considerada como possibilidade, o meu conhecimento acumulado sobre a temática, adquirido na formação acadêmica e consolidado na prática assistencial constituiu o meu pré-reflexivo, situação que não interferiu na condução das entrevistas. Evitei, assim, que pré-julgamentos e pressupostos sobre o ser-mulher em questão me respondessem o “quê” do fenômeno estudado. Ao contrário, a atitude de observar e por em suspensão meus conhecimentos prévios conduziu-me ao “como” o fenômeno das lesões precursoras foi vivenciado pelas mulheres.

Inicialmente, auxiliada pelas questões primeiras da entrevista fenomenológica, denominadas como de aproximação, pude sendo-com-as-depoentes, delas, estabelecer relações, fazer-me próxima. *A posteriori*, guiada pelas questões norteadoras, sendo-com-o-ser-mulher-com-lesões precursoras, pude chegar à compreensão do seu vivido desde o diagnóstico até a terapêutica. Isto se tornou possível a partir da compreensão do como Dasein, lançado na situação de, como existente, vivenciar lesões precursoras de câncer do colo de útero.

Compreendi no discurso das mulheres que elas tiveram acesso aos serviços de saúde para realização do papanicolaou, porém, o temor do diagnóstico das lesões precursoras e do tratamento, aliado ao modo-de-ser das profissionais de saúde, afastaram-nas do cuidado à sua saúde, desconhecendo ou, até mesmo, velando, os motivos que as levou ao centro de referência.

Pude compreender que, apesar das depoentes estarem em tratamento das lesões precursoras, seus comportamentos revelaram lembranças e sentimentos presentes antes mesmo da confirmação diagnóstica, sendo este um momento existencial temeroso. O medo, como modo de disposição, manteve-se velado em alguns momentos. No discurso, para se referirem ao câncer do colo do útero as mulheres se utilizavam de eufemismos, como por exemplo: “aquela coisa”, “isso que você já sabe”, “coisa séria”, “aquela doença”.

Compreendi que o medo também se fez presente no cotidiano das mulheres com lesões precursoras pelo temor do diagnóstico, do desenvolvimento do câncer, pelo tratamento e suas consequências. Este comportamento que finda o ser-mulher com lesão precursora, pautou-se num modo de ser inautêntico levado pelo falatório a respeito do câncer, assim como pela curiosidade de saber a gravidade do seu diagnóstico e como seria o tratamento.

A mulher com lesão precursora deixou-se mostrar como ser de possibilidades, capaz de enfrentar a situação ameaçadora de ser portadora de uma lesão, utilizando-se de estratégias focalizadas não somente no problema, mas, também na emoção.

O enfrentamento dessa situação pelo ser-mulher com lesão precursora possibilitou o ser-aí vivenciar momentos de angústia e sofrimento, levada pelo temor do desenvolvimento da doença e da possibilidade da morte. Compreendi também, que a mulher percebe a morte do outro, mas, não se reconhece nesta condição existencial, apesar da morte, segundo o pensamento heideggeriano, ser a única certeza de todos nós.

Apesar da presença do medo em seu cotidiano existencial, as mulheres mostraram-se com fé e esperança de ser curada. Segundo Heidegger (2008, p. 103) “o ser da presença deve tornar visível em si mesmo como cura”. Alcançar a cura para as mulheres com lesões precursoras depende também da solicitude das profissionais de saúde.

Chamo a atenção também para a enfermagem, que não foi ser-com, no vivido destas mulheres, mantendo-se conforme alguns relatos, distante do diagnóstico e tratamento, restringindo-se ao encaminhamento.

Assim, compreendi que mulheres deste estudo, como sendo-no-mundo, não encontraram a expressão autêntica do cuidado, situação esta percebida em outros estudos com mulheres e câncer, no qual não se observou a possibilidade do encontro com o outro, retirando-a da condição de poder-ser.

Considero que as profissionais de saúde não devem esquecer que o primordial na nossa profissão é o cuidar, e que este não pode ser influenciado pela cotidianidade, transformando-se, assim, num cuidado inautêntico. Urge direcionar o cuidar para o nosso semelhante! Nesta dissertação, este semelhante, é o ser-mulher com lesões precursoras de câncer do colo do útero.

Assim, compreendi que é possível para a enfermagem repensar a assistência e traçar planos de atendimento e acompanhamento direcionados, através da orientação, da informação adequada em tempo hábil, minimizando as dificuldades de acesso ao diagnóstico e tratamento, respeitando sentimentos, dúvidas e medos, presentes no vivido das mulheres com lesão precursora de câncer do colo do útero.

Sendo o ser-mulher um existencial, nós, profissionais de saúde, devemos cuidar numa perspectiva heideggeriana, ou seja, numa relação de ser-com-o-outro, valorizando-a como ser de possibilidades, sabendo ouvir e respeitar a singularidade daquela que busca o cuidado.

REFERÊNCIAS

ADOLHE, Rafaela; GUIDO, Laura de Azevedo; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Stress e coping no período perioperatório de câncer de mama. **Rev. Escola Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n.3, p. 711-20, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300030>. Acesso em 01 dez. 2009.

ALMEIDA, Lúcia Helena Rios Barbosa; LUZ, Maria Helena Barros Araújo; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza. Ser Mulher no Climatério: uma análise compreensiva pela enfermagem. **Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.370-5, jul./set., 2007.

ALMEIDA, Lúcia Helena Rios Barbosa de; PEREIRA, Yarla Brena Araújo de Sousa; OLIVEIRA, Thais Alexandre de. Radioterapia: percepção de mulheres com câncer cérvico-uterino **Rev Bras Enferm**, Brasília, vol.61, n.4, p. 482-7, jul-ago, 2008.

ALMEIDA, Maria Romilda Maltez de. **A abordagem da neoplasia escamosa intraepitelial de alto grau do colo do útero no estado Bahia**, 72p. Tese (Doutorado em Medicina) - Escola de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1998. Disponível em: <<http://servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=200116133009015014P5>>. Acesso em 05 abr. 2009.

AZEVEDO, Rosana Freitas. **A cotidianidade do ser-mulher-mastectomizada-com-reconstrução-mamária**. 191f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

BARROS, Dejeane de Oliveira Silva. **Mulheres com câncer invasivo do colo do útero: estratégias de enfrentamento**. 147f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

BARROS, Dejeane de Oliveira Silva. LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Mulheres com Câncer Invasivo do Colo Uterino: suporte familiar como auxílio. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, vol. 60, n.3, p.295-8, maio-jun, 2007.

BEZERRA, Saiwori de Jesus da Silva. **Fatores de risco para o câncer de colo de uterino em portadores de lesões cervicais por HPV**. 99p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará, 2007. Disponível em: <<http://servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=200116133009015014P5>>. Acesso em 14 abr. 2009.

BOEMER, Magali Roseira. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.2, n.1, p. 83-94, jan., 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é o câncer**. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322. Acesso em 06 abr. 2009

_____. Ministério da Saúde. **Estimativa de casos novos de câncer para 2008**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/>>. Acesso em 11 jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. 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. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº352 de 09 de março de 2004**. Brasília: DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 48 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 82 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Viva Mulher. **Câncer do colo do útero**: informações técnico gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: INCA, 2002. 78p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm> 1996>. Acesso em 20 out. 2008

BRITO, Cleidiane Maria Sales de; NERY, Inez Sampaio; TORRES, Leydiana Costa. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da citologia oncológica. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, vol. 60, n.4, p.387-90, jul-ago, 2007.

CARVALHO, Anesia de Souza. **Metodologia da entrevista**: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir, 1987.

CASANOVA, Marco Antonio. **Compreender Heidegger**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

CENTRO Municipal de Prevenção ao Câncer Romilda Maltez, Feira de Santana, 2007.

_____. Feira de Santana, 2008.

_____. Feira de Santana, 2009.

CHANG, Shine; BONDY, Melissa L.; GURNEY, James G. Epidemiologia do Câncer. In: POLLOCK, Raphael E. et al. **UICC manual de oncologia clínica**. 8. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006, p. 537-558.

CHUBACI, Rosa Yuka Sato. **Vivenciando a detecção precoce do câncer cérvico-uterino nas cidades de Kobe/Kawasaki - Japão e São Paulo - Brasil**: uma visão da fenomenologia social. 184 P. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2004. Disponível em:

<<http://servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=200116133009015014P5>>. Acesso em 05 abr. 2009.

CONCEIÇÃO, Leila Luiza; LOPES, Regina Lúcia Mendonça. O Cotidiano de Mulheres Mastectomizadas: do diagnóstico à quimioterapia. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 16, n.1, p.26-31, 2008.

CRUZ, Luciana Maria Brito da; LOUREIRO, Regina Pimentel. A Comunicação na Abordagem Preventiva do Câncer do Colo do Útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n.2, p.120-131, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 17 out. 2008.

DEPRAZ, Natalie. **Compreender Husserl**. Tradução de Fábio dos Santos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

ENFERMIDADES Não-Transmissíveis (ENT). Disponível em: <http://www.opas.org.br/prevencao/n_transm.cfm>. Acesso em 07 jun. 2008.

FARIA Juilana Fernandes de; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Religiosidade e Enfrentamento em Contextos de Saúde e Doença: Revisão da Literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2005, vol.18, n.3, p.381-89. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 14 jul. 2009.

FEIJOO, Ana Maria Lopes Calvo de. (org); MATTAR, Cristine Monteiro. et. al. **Interpretações fenomenológico-existenciais para o sofrimento psíquico na atualidade**. Rio de Janeiro: GdN Ed., 2008.

FEIJOO, Ana Maria Lopes Calvo de. (org). **Psicologia Clínica e Filosofia**. Belo Horizonte: Fundação Guimarães Rosa, 2009.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informações em Saúde, **Divisão de Informações em Saúde**, Feira de Santana: Secretaria, 2008a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**, Feira de Santana: Secretaria, 2008b.

FOLLEN, Michele et al. Câncer de colo de útero e lesões precursoras. In: POLLOCK, Raphael E. et al. **UICC manual de oncologia clínica**. 8. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006, cap. 24, p. 537 - 558.

GASTAL, Fábio Leite. et al. Doença mental, mulheres e transformação social: um perfil evolutivo institucional de 1931 a 2000. **Revista Psiquiátrica RS.**; Rio Grande do Sul, v.3, n.28, p. 245-54, set/dez. 2006.

GIMENES, Maria da Glória G.; FAVERO, Maria Helena. **A Mulher e o Câncer**. Campinas: Editora Livro Pleno Ltda, 2000.

GOMES, Annatália. et al. Fenomenologia, Humanização e Promoção da Saúde: uma proposta de articulação. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.1, p.143-152, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 14 jul. 2009.

GRAÇAS, Elisabeth Mendes das; SANTOS, Geralda Fortina dos. Metodologia do cuidar em enfermagem numa abordagem fenomenológica. **Rev Enferm USP**, v. 43, n.1, p.200-7, 2009. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo)>. Acesso em 14 jul. 2009.

GONZALEZ, Rita Francis; BRANCO, Rodrigues. O diálogo entre a fenomenologia e a medicina: uma possibilidade na educação médica. In: **Interações enter Fogia & Educação**. Adão José (org.) Interações & Educação. Campinas: Alínea, 2003.

GOYA, Will. **A escuta e o silêncio**: lições do diálogo na filosofia clínica = Listening and silence: lessons from dialog in clinical philosophy. Goiânia : Ed. da UCG, 2008.

GUARISI, Renata. et al.; **Rastreamento, Diagnóstico e tratamento das Lesões Precursoras e do Câncer Invasor do colo uterino no Município de Franco da Rocha, SP**. 82p. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) – Escola de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, 2003. Disponível em: <<http://servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=200116133009015014P5>>. Acesso em 14 abr. 2009.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Tradução revisada de Márcia de Sá Cavalcante. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2008, 598p.

_____. **Todos Nós Ninguém**: um enfoque fenomenológico do social. Tradução de Dulce Mara Critelli. São Paulo: Moraes, 1981.

JESUS, Leila Luiza Conceição de. **O Cotidiano de Mulheres Mastectomizadas**: do diagnóstico à quimioterapia. 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.

KOLAKOWSKI, Leszer, 1927 – 2009. **Sobre o nos perguntam os grandes filósofos**. Volume 3, tradução Henryk Sicwierski. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

LIMA, Catiane Portella de; OLIVEIRA, Jocemar de. Percepções e enfrentamento das mulheres climatéricas. **Rev. Med. HSVP**, v.15, n.32, p. 19-24, 2003.

LIU, Glenn; ROBINS, H. Ian. A História Natural e a Biologia do Câncer. In: POLLOCK, Raphael E. et al. **UICC manual de oncologia clínica**. 8. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006, p. 01-18.

LINHA do tempo: Idade Contemporânea. MARTIN HEIDEGGER (1889-1976). Disponível em <http://www.pucsp.br/~filopuc/verbete/heidegge.htm>>. Acesso em 22 jul. 2009.

LOPES, Regina Lúcia Mendonça; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. A Fenomenologia como Abordagem Metodológica: compartilhando a experiência de mulheres que buscam a prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.3, p.5-11, 1997. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo)>. Acesso em 17 out. 2008.

LOPES, Regina Lúcia Mendonça. **Prevenindo o câncer cérvico-uterino: um estudo fenomenológico sob a ótica da mulher**. Salvador: ULTRAGraf, 1999, 150p.

LORENCETTI Ariane, SIMONETTI, Janete Pessuto . As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p. 944-950, nov/dez., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a05.pdf>>. Acesso em 20 nov. 2009.

LUZ, Hélio de Souza. **O médico, essa “droga” desconhecida**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1993.

MAEDA, Sayuri Tanaka et al. Acesso das mulheres do Movimento Sem Terra aos cuidados do pré-natal e da prevenção de câncer de colo uterino. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.16, n.3, jul/set. 2007. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo)>. Acesso em 17 out. 2008.

MATTOS, Jean Carlos de. **Exame citopatológico do colo do útero, captura híbrida para o HPV e inspeção visual no rastreamento das lesões precursoras do câncer de colo do útero**. 146f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Escola de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002. Disponível em: <<http://servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=200116133009015014P5>>. Acesso em 14 abr. 2009.

MATOS, Fernando Weber da Silva. **Tratamento das lesões precursoras do câncer de colo uterino por eletrocirurgia ambulatorial em hospital público**. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Luterana do Brasil, 2003. Disponível em: <<http://servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=200116133009015014P5>>. Acesso em 14 abr. 2009.

MENEZES, Tânia Maria de Oliva. **Ser idoso longo**: desvelando os significados do vivido. 198f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

MERGIHI, Miriam Aparecida Barbosa; GONÇALVES, Roselane; FERREIRA, Fernanda Cristina. Estudo Bibliométrico sobre dissertações e teses em enfermagem com abordagem fenomenológica: tendências e perspectivas. **Rev. Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v.15, n. 4, jul/ago. 2007.

MERIGHI Miriam Aparecida Barbosa; HAMANO Lina; CAVALCANTE Lubiana Guilherme. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública. **Rev Esc Enferm USP**, v. 36, n. 3, p.289-96, 2002. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo)>. Acesso em 14 jul. 2009.

MERIGHI Miriam Aparecida Barbosa; PRAÇA, Neide de Souza. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MINAYO, Cecília S.(Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

MOLINA, Maria Aparecida Salci; MARCONI, Sônia Silva. Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), vol.59, n. 4, p. 514-20, jul-ago, 2006.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza et al. Fenomenologia heideggeriana e sua possibilidade na construção de estudos de Enfermagem. **Rev. Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, jan/ago., 2006.

MOREIRA, Rita de Cássia Rocha. **Compreendendo a mulher com doença hipertensiva específica da gestação**: uma abordagem fenomenológica. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

MORENO, Regina Lúcia Ribeiro; JORGE, Maria Salete Bessa; GARCIA, Maria Lúcia Pinheiro. Fenomenologia – Fenômeno Situado: opção metodológica para investigar o humano na área da saúde. **Rev.Esc.Enf. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p. 348-53, dez., 2004.

NOBRE, Joselita Carmen Alves de Araújo. **Avaliação do Impacto do programa viva mulher na taxa de mortalidade por câncer de colo de útero no Amazonas - 2001 a 2005**. 129f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em: <<http://servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=200116133009015014P5>>. Acesso em 14 abr. 2009.

OLIVEIRA, Mariza Silva de; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. **Acta Paul Enferm.**, v.18, n.2, p.150-5, 2005.

PADOIN, Stela Maris de Mello; SOUZA, Ívis Emília de Oliveira. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com hiv/aids diante da (im)possibilidade de amamentar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, vol.17, n. 3, p. 510-8, jul-set, 2008.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, vol. 34, n.1, p.126-135, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0101-60832007000700016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 08 dez. 2009.

PASSOS, Mauro Romero L.; VAL, I.C.; FILHO, G.L.A. Neoplasia Intra-Epitelial Cervical. In: **Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 5.ed., São Paulo, 2006, p.523-33.

PEDREIRA, Larissa Chaves. **Modos de ser do idoso com sequela de acidente vascular cerebral**: cuidado familiar.110 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

PERES, Júlio Fernando Prieto; MERCANTE, J.P.P.; NASELLO, Antonia Gladys. Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. **Rev Psiquiatr**, Rio Grande do Sul, v.27, n.2, p.131-138, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n2/v27n2a03.pdf>>. Acesso em 08 dez. 2009.

PERES, Julio Fernando Prieto; SIMÃO, Manoel José Pereira; NASELLO, Antonia Gladys. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Rev. Psiq. Clín**, São Paulo, vol. 34, n.1, p.136-145, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a17v34s1.pdf>>. Acesso em 08 dez. 2009.

PINHEIRO, Débora Patricia Nemer. A Resiliência em discussão. **Rev. Psicologia em Estudo**, 2004, v.9, n.1, p. 67-74. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a09.pdf>. Acesso em 20 nov. 2009.

POPULAÇÃO estimada segundo região -2006. In: **População residente** – Estimativa para o TCU – Brasil. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptuf.def>. Acesso em 18 out. 2008.

RISSI, Onedir. **Cervicografia como Método de Rastreamento de Lesões Precursoras do Câncer de Colo de Útero**. 77 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade Evangélica do Paraná, 2002.

RUSSOMANO, Fábio; MONTEIRO, Aparecida Cristina Sampaio; MOUSINHO, Roberta Osta. O diagnóstico citológico de células escamosas atípicas – uma avaliação crítica das recomendações diagnósticas. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.30, n.11, p.573-82, 2008. Disponível em <http://servicos.capes.gov.br>. Acesso em 05 abr. 2009.

SALES, Catarina Aparecida; MOLINA, Maria Aparecida Salci. O significado do câncer no cotidiano de mulheres em tratamento quimioterápico. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), vol.57, n. 6, p.720-3, nov/dez, 2004.

SÃO PAULO. Fundação Oncocentro. **Manual de oncologia clínica**. São Paulo: Springer-Verlag; 1998.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.20, n.2, jul/dez, 1995.

SILVA, Ana Regina Borges; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. Compreendendo o estar com câncer ginecológico avançado: uma abordagem heideggeriana. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n.2, p. 253-60, 2006.

SILVA, Célia Nunes. Uma Perspectiva Sistêmica Sobre a Questão do “Adoecer” na Família. In:_____. **Como o câncer (des)estrutura a família**. São Paulo: Annablume, 2000, p.19-35.

SILVA, Ilce Ferreira da. **Neoplasia intraepitelial cervical: características epidemiológicas e evolutivas de uma coorte de mulheres referidas a um pólo de patologia cervical no Rio de Janeiro**.107f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro; s.n; 2003. Disponível em: <http://servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=200116133009015014P5>. Acesso em 05 abr. 2009.

SILVA, Jovânia Marques de Oliveira e; LOPES, Regina Lúcia Mendonça; DINIZ, Normélia Maria Freire. Fenomenologia. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n.2, p. 254-7, mar-abr, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 14 jul. 2009.

SORJ, Bila; FONTES, Adriana; MACHADO Danielle Carusi. Políticas e práticas de conciliação entre família e trabalho no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, set./dez, 2007.

SOUZA, Ana Isabel Jatobá; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Contribuições para o conhecimento em enfermagem à luz da fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.27, n.2, p.166-75, jun., 2006.

SPINDOLA, Telma. A fenomenologia e a enfermagem: algumas reflexões. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.31, n.3, p.403-9, dez., 1997.

TAVARES, Celina Maria Araujo; PRADO, Marta Lenise. Pesquisando a prevenção do câncer ginecológico em Santa Catarina. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v.15, n.4, out/dez. 2006. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo)>. Acesso em 17 out. 2008.

TAVARES, Jeane Saskya Campos; TRAD, Leny Alves Bomfim. Famílias de mulheres com câncer de mama: desafios associados com o cuidado e os fatores de enfrentamento **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.29, p.395-408, abr./jun. 2009. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo)>. Acesso em 14 jul. 2009.

TEIXEIRA, Jorge Juarez Vieira; LEFÈVRE, Fernando. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1247-1256, 2008. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo)>. Acesso em 14 jul. 2009.

TERRA, Marlene Gomes et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 672-8, out/dez, 2006.

WORD CANCER REPORT [Edited by Bernard W. Stewart and Paul Kleihues] **International Agency for Research on Cancer**, [S.l.], 2003. Disponível em: <<http://www.iarc.fr/WCR/>>. Acesso em 07 jun. 2008.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Integralidade na assistência à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino: um estudo de caso. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.15, n.3, jun/set. 2006. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo)>. Acesso em 21 set. 2008.

ZUBEN, Marcus Vinicius Von. *et al.* Impacto de uma intervenção comunitária na melhoria da cobertura de um programa de rastreamento para câncer do colo do útero na região amazônica brasileira. **Med. J.**, São Paulo, v. 125, n.1, p.42-45, jan. 2007.

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Salvador, ____/04/2009

Ilma Sr.^a Liamara Oliveira de Souza
Diretora do Centro Municipal de Prevenção ao Câncer - CMPC

Venho através deste solicitar de V.S.^a autorização para que Rosana Oliveira de Melo, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, possa realizar a coleta de dados nesta Instituição de Saúde, para o projeto intitulado “O vivido de mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do útero: do diagnóstico à terapêutica” nesta Instituição de Saúde.

O referido projeto faz parte do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e tem como objetivo compreender o vivido de mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do útero. Será realizada leitura prévia dos prontuários das mulheres nesta condição e, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, entrevista com as que aceitarem participar. A entrevista poderá ser realizada na própria instituição ou, no domicílio, a depender da preferência das clientes.

A escolha desta instituição como *locus* do estudo se deve ao fato da mesma se constituir numa unidade de referência para o município de Feira de Santana, além de ser também campo para a prática de alunos da área de saúde de instituições de ensino superior.

Desde já agradecemos a vossa colaboração.

Dr.^a Regina Lúcia Mendonça Lopes
Orientadora da pesquisa

Mestranda Rosana Oliveira de Melo
Pesquisadora responsável pelo projeto

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

INFORMAÇÕES A COLABORADORA

Pesquisa: “O vivido de mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do útero: do diagnóstico à terapêutica”

Convidamos a Sr.^a para participar da pesquisa acima referida e, para tanto, solicitamos que a leitura desse texto.

Essa pesquisa faz parte das atividades do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

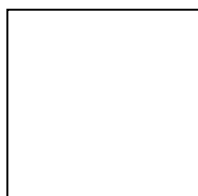
Serão obedecidos os preceitos da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que envolve pesquisas com seres humanos. Sua participação será muito importante, sendo respeitada a sua decisão em colaborar, sendo-lhe garantida a desistência a qualquer momento.

A entrevista será gravada e a ser realizada em um local reservado na própria unidade de saúde, ou, se a Sr.^a preferir em seu domicílio. A Sr.^a receberá uma cópia deste termo e se desejar terá acesso a gravação da entrevista, podendo acrescentar ou retirar qualquer informação após ouvir a fita.

A realização desta pesquisa não consta de nenhum tipo de benefício (material ou financeiro) nem para a pesquisadora, nem para a entrevistada. As fitas gravadas na entrevista serão arquivadas por 5(cinco) anos e após este período serão destruídas. Os resultados deste estudo poderão ser publicados em eventos, na dissertação e em artigos científicos.

Feira de Santana, _____ de _____ de 2009

Assinatura da entrevistada



Impressão

Datiloscópica

Rosana Oliveira de Melo - COREN-BA 70217
Pesquisadora responsável pela pesquisa
Contato: (75) 3603-7792/8802-5506

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: “O vivido de mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do útero: do diagnóstico à terapêutica”

Solicito que a Sr.^a leia esse texto que informa sobre a pesquisa.

Essa pesquisa faz parte das atividades do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, tendo como interesse compreender o vivido de mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do útero do diagnóstico ao tratamento.

Para compreender tal situação, será realizada uma entrevista a ser gravada, na qual serão feitas as seguintes perguntas: O que a Sr.^a sabe sobre o seu diagnóstico? Como tem sido o tratamento para a Sr.^a? Como é para a Sr.^a a experiência de ter uma alteração no colo do útero?

Seu nome e demais informações serão mantidas em sigilo, assim como observados o anonimato e a confidencialidade. Esta pesquisa não lhe conferirá riscos, não implicará em despesas pessoais e nem afetará as rotinas de seu tratamento. As informações obtidas ficarão em minha posse, na condição de pesquisadora responsável pelo projeto. A Sr.^a poderá desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem quaisquer prejuízos.

A Sr.^a receberá uma cópia deste termo e, se desejar, terá acesso a gravação da entrevista. Com isto, poderá a qualquer momento esclarecer suas dúvidas a respeito do projeto e/ou de sua participação, podendo entrar em contato com a pesquisadora através do telefone e e-mail escritos abaixo.

Feira de Santana, _____ de _____ de 2009

Assinatura da entrevistada



Impressão
Datiloscópica

Rosana Oliveira de Melo – COREN-BA 70217

Contato: (75) 3603-7792/8802-5506

e-mail: rosanaomelo@ig.com.br

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Título do projeto: “O vivido de mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do útero: do diagnóstico à terapêutica”

Objetivo: Compreender o vivido de mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do útero

ROTEIRO DA ENTREVISTA**I. IDENTIFICAÇÃO**

Nome (iniciais) _____

Idade _____ Estado civil _____

Endereço _____

Escolaridade _____ Ocupação _____

Situação reprodutiva _____

II. QUESTÕES

1. O que a Sr.^a sabe sobre o seu diagnóstico?
2. Como tem sido o tratamento para a Sr.^a?
3. Como é para a Sr.^a a experiência de ter uma alteração no colo do útero?

APÊNDICE E – Transcrição das Entrevistas

ENTREVISTA com **Alívio**, realizada na sala do CMPC, em 6 de agosto de 2009. Duração: 25'20''.

- O que a senhora sabe sobre o seu diagnóstico?

R. Bom dia, Rosana. Eu... eu nem sei muita coisa a respeito disso. Ma... e... e o que eu fiquei sabendo é... é... é o básico, né? Que é uma lesão e que foi provocada pelo vírus HPV, e... e que, geralmente, o que eu sei, né, é que é transmitido pelo homem. E... eu ia dizer, no início, eu fiquei chocada, eu fiquei assim: “Meu Deus! Eu tô com o vírus, eu tô com o vírus do câncer”. Né? A gente pensa logo assim. Aí, depois ela... ê... ê... marcou a cirurgia, retirou a lesão e mandou fazer a biópsia. Aí, me deixou mais tranquila, né? Quando veio o resultado e ela disse que a lesão foi retirada, aí eu fiquei mais aliviada. Mas, fica sempre aquele negócio, né? É, foi transmitida pelo meu marido, uma pessoa em que eu confio, né, e que pudesse cuidar de mim e... e não foi o caso.

- É (pausa), esse... esse cuidar de você, como você colocou, assim, fale mais um pouquinho sobre isso...

R. O cuidar que eu acho é que... é que fidelidade a gente não deve esperar de ninguém, na verdade, porque no mundo que a gente vive hoje, é muito difícil você encontrar um amigo fiel ou um companheiro fiel, né? A gente tenta, mas é difícil, porque envolve outra pessoa. É... mas eu acreditava que se ele tivesse se envolvido com outra pessoa, pensasse um pouco mais em mim, porque a fidelidade da minha parte é existente; e que, se ele se envolvesse em algum momento com outra pessoa, usasse um preservativo. Se não quisesse pensar nele, mas pensando em mim, pensando nos filhos (tom de voz irritado), porque eu preciso estar bem para cuidar dos filhos, não é verdade? E... eu vi... eu caí na real, na verdade. É uma prova de infidelidade concreta, né, que através do exame a gente sabe que a pessoa traiu; de infidelidade concreta e que você vê que a pessoa não dá tanta importância. E quando... e quando eu falei sobre o assunto com ele, ele ficou horrorizado, achou que a traição tivesse vindo da minha parte. Isso foi uma coisa que me magoou muito mais (silêncio). Aí, a gente perde a confiança. Eu... eu... eu tô fazendo o tratamento, mas eu nem converso com ele sobre o assunto, eu fico pra mim mesmo... Na verdade, eu não tenho nem com quem conversar. Comentei sobre o assunto com minhas filhas, com minha mãe, mas minha mãe tem pouco conhecimento; as minhas filhas já entendem mais, mas... mas cada um cuida da sua vida e eu... eu tenho que cuidar da minha. É uma coisa assim que não muda muito, né, no nosso dia a dia.

- E quando você conversou, assim, com suas filhas... elas já têm idade para ter entendimento?

R. Já têm, têm. A mais velha tem 24 anos, tem uma de 22 e um filho de 21 anos.

- Moram contigo?

R. Não... eles moram... moram em casas separadas. E, sim (pausa), e aí, se tratando do que você me perguntou, eu... eles geralmente ficaram assim: “–Ah, mainha, toma cuidado, se cuida mais, usa preservativo, tem cuidado com esse seu companheiro que... né, presta muita atenção nas coisas, conversa com ele, vê o que ele faz pra usar preservativo, essas coisas”. E a partir disso, ele não gosta muito de usar, né? Eu... eu confesso que... que eu não sou... que eu não gosto muito de usar, porque pra mim é desconfortável*. Até uma enfermeira que faz acompanhamento no posto de saúde do meu bairro, ela me indicou um gel – que pra mim machucava muito, né, o preservativo –, porque eles dizem que vem lubrificado, mas não é o

suficiente. Então eu passei a usar esse gel e, depois disso, a usar preservativo constantemente. Então, no dia que não tinha, por insistência dele, acabava fazendo sem o preservativo*. E aí eu tomava anticoncepcional, que na verdade eu... eu nem posso tomar anticoncepcional, porque eu sou hipertensa. Mas acabava usando, assim, de vez em quando. E, ultimamente, ele deixou de usar completamente e disse: “–Ah! Eu não tenho outro parceiro, outra parceira, a minha mulher é você. E preservativo pra mim é desconfortável e eu não vou usar mais”. E ficou por isso mesmo. Agora não usa.

- Como tem sido o tratamento, para a senhora?

R. Eu encaro o tratamento hoje, porque, quando a gente vai no consultório médico, a gente deposita toda confiança nele, né, apesar de que ele não é Deus. É... são pessoas como a gente, mas, pelo conhecimento que eles têm e de ter experiência no assunto, a gente deposita toda confiança. E... a médica passou confiança depois do último exame que ela fez, de revisão, que disse que a lesão tinha sido retirada; eu fiquei mais tranquila. Então, pensei assim: “–É, eu já não vou mais morrer de câncer de colo de útero”. Eu já fiquei mais tranquila (sorriso). Mas eu tô sempre assim, é... eu vou ter sempre o cuidado hoje de tá fazendo o... o... é... o preventivo, é de seis em seis meses, já pra não chegar a acontecer mais isso, chegar no ponto de, no consultório médico, e dizer você está com uma lesão e você tá com o vírus HPV. Se bem que eu fiquei impressionada de... de ter detectado esse vírus em mim, porque eu faço o... o preventivo todos os anos, eu não fico sem fazer nenhum ano e, de repente, apareceu. Foi de repente. Eu ainda fiquei assim: “–Poxa, mas tem seis meses que eu fiz o preventivo e não deu nada!”.

- Você faz de seis em seis meses?

R. Eu faço sempre. Eu faço. Todos os anos eu faço. Não digo que de seis em seis meses, mas todo ano eu faço preventivo.

- Esse tratamento, assim, como foi ele desde o início? Você poderia me falar um pouco como foi ele desde o início?

R. Você tá falando assim: detalhes?

- Desde quando você descobriu que estava com a lesão até agora, desde o início.

R. Você quer dizer as etapas do tratamento?!

- Desde quando você descobriu até agora. Mas, assim, desde quando você descobriu, até agora, como tem sido esta experiência?

R. O... o primeiro passo foi o seguinte: eu senti uma coceira muito forte na vagina, né, incontrolável. Aí... eu... eu entrei em pânico, acusei logo o meu parceiro. Eu disse... (risos) – é verdade... A primeira coisa que eu fiz foi acusar: “–Eu estou com... é... eu tô com uma doença sexualmente transmissível. Uma doença, vulgarmente falando, doença de rua, né, e foi você que me colocou. E você dê providência aí, porque eu preciso ir no médico. Eu preciso urgentemente tomar o remédio, porque é insuportável”. Porque, primeiro veio a coceira, o que eu senti, né, depois vem um ardor muito forte pra urinar. Você não consegue sair de casa porque você fica se coçando o tempo todo e... fico... a gente fica com vergonha, né? Então, eu paguei uma consulta, porque pelo posto de saúde ia demorar muito e eu... e eu... precisava de rapidez. Então, eu paguei o exame e, no exame... Aí o médico passou uma medicação pra mim, um comprimido pra mim e um pra ele, e um creme vaginal pra eu usar. Então, ele tomou. Então, tomando esta medicação, ele achou que estava curado, que não tinha mais nada. Aí, foi feito meu preventivo, né, que faz o exame preventivo, coleta o material, manda analisar em laboratório e, aí, o resultado veio. Aí, e o médico viu que a lesão, que o processo

inflamatório era muito grande, aí ele pediu uma biópsia. Então, na biópsia veio – foi feita biópsia, foi retirado um pedaço do colo do meu útero e foi feita a biópsia – e o resultado veio que dizendo que eu estava com o vírus HPV. Aí, eu entrei em pânico. Eu disse: “–Eu vou morrer de câncer! Já estou com câncer”. (lacrimejando, emoção). Foi, então, que a médica me explicou que ainda não é câncer, que estava com o vírus, no início, e que ia ser feito o tratamento. O tratamento esse é a retirada da lesão e pronto; nem precisava usar medicação nenhuma. Então, depois de dois meses eu fiz uma revisão, voltei pra fazer outro preventivo. Então, fazendo esse novo preventivo, ela me disse, agora, né, que eu estou curada, que tô de alta, que não tenho mais nada. Que é só agora os cuidados básicos que a gente tem que fazer.

- Nesse atendimento, agora?

R. Foi. É... disse que eu tô liberada, que não tenho mais nada. Aí, eu perguntei assim: “–Doutora, e o meu parceiro?” Que ele... ela pediu uma peniscopia pra ele, pra fazer o tratamento do vírus HPV, que o homem também tem que fazer. Então, ela falou assim... eu falei assim: “–Ele não fez ainda”. Ela falou: “–Então, azar o dele, você não tem mais nada. Você tá curada, e ele?” É... é... é problema dele agora. Se ele quiser fazer, é bom pra ele, né, porque na peniscopia vai ver se ele tem o vírus, se tem alguma lesão; não eu sei também, que eu não entendo também sobre isso, sobre esses exames. E... pra ele se tratar, já que ele não quer... paciência. A minha parte eu fiz. Eu tô curada, pra mim é o suficiente.

- Como assim, você pode dizer, ou, que sentimentos você viveu desde o período que você descobriu, fez o diagnóstico, até esse momento agora?

R. No início, foi angustiante. Até chegar o resultado do exame, eu ficava muito preocupada. Ficava só pensando no resultado, o tempo todo, achando que eu podia tá com a doença. “Meu Deus, o que será que vai dar no resultado? Será que eu... que eu vou ter que fazer um tratamento mais severo? Será que eu vou ter que retirar meu útero?” A gente fica pensando um monte de coisa, passa um monte de coisa pela nossa cabeça, porque, na verdade, o que a gente sabe sobre câncer de colo de útero e essas coisas é o que a gente vê falar na televisão, né? É tudo o que se fala através de propaganda – a gente não tem muito conhecimento a respeito disso – ou que o médico fala pra gente. Então, eu fiquei angustiada... e ficava pedindo... Depois que eu fiz o primeiro exame, a biópsia, eu fiquei pedindo... Eu disse: “–Ah, meu Deus, eu não quero passar por aquilo, não, porque é dolorido, dói bastante. E, depois que eu saí do consultório do médico, pra casa, fiquei sentindo muita cólica. É um período, assim, desconfortável. Então, eu ficava querendo acabar logo com isso, né? Que o tratamento acabasse logo, pra eu me livrar dessa sensação desconfortável... Porque é dolorido, é constrangedor, também, quando a gente fica com aquelas pernas pra cima, lá, abertas o tempo todo, e o médico mexendo, mexendo, futucando, como se diz, e... e... a gente sente um pouco de dor e não pode fazer nada, né, porque o médico tem que fazer, né? É o trabalho dele. É uma dor que é pro nosso bem. E aí, depois disso, eu também não fiquei... não fiquei acusando o tempo todo ele, não. Falei o que tinha de falar e que a médica tinha passado um exame pra ele; e que ele se recusou a fazer. E também fiquei esperando chegar o resultado dos meus exames. Chegando o resultado, aí eu fiquei alegre!(sorriu). De... de... da fase angustiante, que é o início, eu fiquei feliz em saber que não tinha mais... que não tinha mais lesão e que estava curada. (demonstrou felicidade).

- Como é, pra senhora, ter uma alteração no colo do útero? A lesão que... Você já sabe que é uma lesão?

R. É... Hoje eu encaro assim, como uma coisa simples, porque, pela minha falta de informação no início, eu fiquei muito aterrorizada, mas depois com o tratamento e... e com o passar do tempo, eu fui vendo que, como a minha lesão tava no início, que não era grave e...

(pausa). E eu fiquei... eu fiquei calma, na verdade. Eu encaro normal. Se eu tiver que fazer de novo, eu vou fazer tudo de novo, apesar de ser... de doer um pouco, ser desconfortável. Eu encaro como uma coisa normal, corriqueira, qualquer exame é, que a gente tem que fazer de rotina. Porque, na verdade, a gente tem que fazer como uma rotina todo ano, a gente tem que fazer o preventivo, que é a única forma que a gente tem de saber com antecedência e fazer o tratamento. Todo ano tem que fazer o preventivo. A única forma que a gente tem de saber de qualquer coisa é fazer o preventivo. E hoje, falando, eu... Eu tenho 40 anos e fui uma pessoa que não usei muito preservativo ao longo da minha vida. Eu tenho sorte de não ter adquirido outras doenças. Eu tenho que agradecer muito a Deus por isso, porque no mundo que a gente vive hoje, as pessoas têm uma vida muito promíscua, elas não pensam; os homens, em geral, eles não pensam neles mesmos. Se não pensam em si, eles não vão pensar em parceira nenhuma – (aumentou o tom de voz) – eles não tão preocupados com ninguém, nem tão preocupados em pegar nenhuma doença, nem se vão passar pra alguém ou não. Eu, hoje, com 40 anos de idade, hoje eu tenho certeza absoluta do que eu quero e das consequências que vêm de qualquer ato que eu venha a praticar. Então, hoje, eu... Hoje eu posso até... ter relacionamento com o parceiro que eu tenho – porque já é de muito tempo –, sem o preservativo, mas desconfiada... E, se eu tiver certeza que ele tem relacionamento fora – hoje, no momento, né, com outra pessoa –, eu não vou mais nem procurar usar o preservativo, vou simplesmente me afastar dele, porque não vale a pena. E o preservativo hoje é essencial na nossa vida, é uma coisa que a gente deve usar como um acessório que a gente não pode sair de casa: uma bolsa; como o celular hoje, que é uma coisa essencial pras pessoas. O preservativo hoje é uma coisa essencial para evitar toda e qualquer doença sexualmente transmissível.

- Nesse processo que você viveu, desde o momento do diagnóstico, até agora, teve, em algum momento, a participação de alguém, ou alguma coisa foi importante pra você nesse período?

R. Não, eu não... Eu fiquei muito só, na verdade, porque eu não tenho muitos amigos. Os meus amigos fazem parte da família, que é irmão, mãe... Como minha mãe tem pouco conhecimento, eu nem converso muito com ela; as irmãs, eu comentei com uma só, alguma coisa; mas que eu também não dei muita importância em ficar comentando com ninguém. Mas eu não dei muita importância em ficar falando. Na verdade, a minha participação ficou só com a minha ginecologista e eu. A gente conversou e resolveu o que foi o tratamento. Foi só essa participação e de mais ninguém.

- Como foi, para você, não ter a participação de mais ninguém?

R. Eu... Eu não dei muita importância não, sabe? Eu me apeguei a Deus e confiei que ia dar tudo certo, que o resultado ia ser positivo, né? Positivo, assim, no sentido de que não ia dar nada, que eu ia ter o tratamento e ia ficar curada. Positivo, nesse sentido. E... eu não fiquei preocupada, não. Ah, eu acho que hoje em dia, nos dias que a gente vive, você não pode contar com ninguém pra isso. “Ah! Eu tenho amigo pra isso e aquilo...” É muito difícil você encontrar amizade sincera. Então, ficou entre eu e minha médica mesmo. E ele? O parceiro, principalmente, que não deu muita importância, então, eu nem conversava com ele. Eu fiquei praticamente só. Só... (pausa). Entre eu, o tratamento e a médica.

- E o fato dele não dar muita importância, como você colocou, como foi pra você isso?

R. Eu... Eu nem vejo como falta de amor, sabe? Eu encaro como falta de conhecimento, que na verdade ele não tem, né? Se diz uma pessoa atual, assim, né, porque é uma pessoa jovem, tem 34 anos. Se diz uma pessoa atual, mas conhece também o básico, como qualquer homem: o que ouve falar entre os amigos, o que se falam na propaganda da televisão... Não tem muito conhecimento. Então, eu não dei muita importância pra ele, não. Mas, eu espero que... que ele

não tenha nada, porque a mulher faz o tratamento e o homem não faz, né? Eu espero que ele não tenha nada, porque, se tiver, ele vai cair na real de que a realidade é bem outra do que a gente imagina.

- Mudou alguma coisa na sua vida, desde o momento que você descobriu a lesão, até agora?

R. Não... Não mudou nada, não.

- Pessoal? Profissional?

R. Não, não mudou nada. (silêncio). Eu fiquei assim... é... Eu acho que eu fiquei.... é... Nesse período do tratamento, eu fiquei assim... um pouco... deprimida. A gente quer conversar, a gente quer se abrir, quer trocar conhecimento, quer se informar sobre o assunto e não tem com quem. E pra pegar livros, pra ir na biblioteca, pra pesquisar na internet... – dona de casa que tem filhos e que, como eu... E às vezes eu tenho que sair pra ganhar algum dinheiro e tudo... – a gente fica sem tempo. Uma hora, duas, que você pára ali, pra ir numa lan house e ficar pesquisando... eu acho desnecessário, às vezes.

- E o tratamento, você fez sempre aqui no CMPC?

R. Foi, o tratamento foi feito sempre aqui desde o início.

- Desde o início?

R. E aqui, como as pessoas já estão acostumadas a tratar sobre desse assunto... Que aqui eu acho que eles tratam de câncer de próstata, né? Colo de útero também. E as meninas que trabalham aqui são... já são bem informadas sobre o assunto, já estão acostumadas a conviver com pessoas desse jeito, e elas encaram normalmente, não deixam a gente constrangida, nem tratam a coisa com muito... muito alarde. Encaram normalmente, então a gente fica sossegada. Depois que eu comecei o tratamento, eu fiquei mais tranquila, apesar da ansiedade, né, que sempre a gente sempre fica... Mas, eu... eu fiquei bem tranquila.

- Você gostaria de falar mais alguma coisa que, porventura, você não colocou e que foi importante durante esse período? Que você gostaria de estar relatando... (pausa). Pode pensar, pode ficar tranquila que a gente tem tempo.

R. Não... não tenho. Tem nada assim que eu quisesse falar. Acho que não tem nada mais a falar. Acho que falei tudo, obrigada. É uma coisa... é... que eu vou ser..., eu vou ser útil pra alguém. Eu... eu me sinto bem, né, de ser útil e poder ajudar alguém.

ENTREVISTA com **Esperança**, realizada na sala do CMPC, em 13 de agosto de 2009.

Duração: 25'08''.

- O que a senhora sabe sobre o seu diagnóstico?

R. Bom, na verdade, eu não sei. Não sei muita coisa, sabe? Eu sei que... a primeira vez que eu vim aqui... Eu fiz muito exame no... no... preventivo *ni* posto e sempre constava... é... inflamação básica, sabe? Tipo aquela inflamação normal. Aí, a médica ia e passava pomada e pronto. Aí, depois eu resolvi fazer um preventivo por conta própria; agora, particular, e nesse mesmo preventivo causou que eu tava com uma inflamação no útero, uma mancha branca. Nessa mancha branca, pediram uma biópsia, e nesse resultado que a médica me disse que eu tava com NIC II e com o HPV, certo? E... é assim... a minha médica é boa, mas ela não é muito de sentar e conversar, explicar, porque ela é tão.... sabe? Porque aí, a gente fica até um pouco com vergonha, com medo de perguntar alguma coisa, sabe? (pausa). Porque ela diz que o trabalho dela é só aquilo, então você faz... Então, eu não sei muito dizer o que eu tenho. O que eu quero é ficar livre do problema... E, graças a Deus, da última vez que eu vim, ela disse.... que eu já tô, do HPV e do NICII, eu já tô livre, mas, antes disso, já tinha feito uma biópsia, fiz um leep e... mais um preventivo, e hoje eu vim... eu tô aqui com o resultado de uma biópsia, pra falar com ela, pra ver se ela vai... Mas, na verdade, eu não sei muito o que é que eu tenho, entendeu? Porque HPV eu sei que é uma doença sexualmente transmissível, né? Mas, eu não sei, assim, por quanto tempo a mulher pega. Alguns dizem que é um vírus que toda mulher tem e... mas que adormece, depois... acorda. Eu não sei também se foi do meu primeiro marido, que eu tô casada pela segunda vez, e no preventivo que eu fazia no posto é... nunca constou nada. Eu já tô casada com meu segundo marido há um ano e eu não sei se com um ano é... já... já pega, entendeu? Eu não sei... Eu tenho aquelas dúvidas e, na verdade, o que eu quero... minha intenção é ficar... eu quero ficar livre do problema. Eu venho todo mês aqui e ela sempre me diz que eu tô ficando boa!(tom de voz aumentado). Então, o que eu quero ter é um resultado positivo, né?

- Mas você procura conversar com a médica?

R. Ela não é muito de conversa. Se a gente pergunta uma coisa, você já fica numa dúvida terrível. A última vez que eu vim, eu falei com ela: “-Olha, doutora...”. – Ela nem me disse que eu ia fazer a biópsia, olhou o resultado do exame e disse: “-Deite na mesa”. Disse assim: “-Deite na mesa...”. Eu vi ela falando assim com a ajudante dela, que era pra pegar o... o... pegar um nome que ela falou...

- A pinça de biópsia?

R. É, a pinça da biópsia. Eu falei: “-A senhora vai fazer biópsia?”. Ela falou assim: “-Se precisar...”. E acabou fazendo, e não me disse nada! Quando eu tenho relação, eu sinto umas dores, então, ela falou, disse que não era a área dela, e que era pra eu procurar um posto de saúde. Se eu tô fazendo o tratamento com ela, eu não vou procurar outra ginecologista, mas ela disse que não era a área dela. A área dela era fazer o tratamento pra eu ficar curada daquilo e acabou. Que era pra eu procurar outra ginecologista no posto, mas se eu tô com ela...

- Como é seu relacionamento com ela?

R. Mas... Assim, meu relacionamento com ela é, assim, de paciente pra paciente. Mas, pra tirar minhas dúvidas como eu queria, eu não tenho, e tanto que eu entro muda e saio calada.

Eu deito na mesa, saio, e o que ela tem que falar, fala e pronto. Ela só faz olhar o exame e fala: “–Deita na mesa!”.

- E o que você acha disso?

R. Não é bom, porque eu queria tirar... Na verdade, eu quero tirar minhas dúvidas e saber o que eu tenho, o que causou. Se já foi por causa do meu marido ou se esse problema que eu tenho foi por causa do meu primeiro marido, ou por, com quanto tempo a mulher pega? Não sei, não sei te falar... Não sei te dizer nada... Aí, minhas colegas falam: “–Como é que tu vai pro médico e não sabe o que vai fazer?” Eu digo: “–Mas ela não me diz...”. “–Como é que tu... Ah! Eu vou com tu...”. –Mas ela não me diz!”. No dia que eu vim fazer o leep, eu não sabia nem o que era um leep, até hoje eu tenho vergonha, morro de vergonha, assim... (risos) ...de não saber, ela nem me falou o que era, com quanto tempo a mulher pega... Eu não sei o que é, o que foi. Ela disse, assim, pra mim ficar 40 dias em casa. Ainda, ela ficou um pouco nervosa na sala, porque tava sangrando um pouco. Ela disse assim pra mim: que não era pra pegar peso, pra ficar em casa, pra não fazer nada, ficar em repouso. (riso). Não sei falar muita coisa, não sei se é o jeito dela ... Não sei se é o jeito dela trabalhar ou se é porque é pelo SUS, sabe? Não sei. Eu quero é ficar boa. Eu quero chegar aqui e ela... e ela diga: “–Você tá boa. Agora é só ficar fazendo o preventivo de ano em ano, como qualquer mulher mesmo”. No mais... ela sabe mais do que eu, ela estudou. Eu não sei, eu não sei nada nessa área, ela sabe.

- Como tem sido o tratamento, para a senhora?

R. É assim... Como assim? O tratamento? Eu venho... (pausa).

- Desde o momento que você fez o diagnóstico até agora...

R. O diagnóstico foi horrível, né? Só em saber e a médica chegar... Porque antes de eu vim pra ela, eu passei em outra médica do posto, também, essa quase me mata... E foi só uma pergunta que eu fiz pra ela; foi assim: “–Oh, doutora, eu não consigo engravidar por causa deste problema?” Porque eu fiquei seis meses sem tomar remédio e não engravidava. Do meu filho, eu engravidei tomando a injeção de trinta dias, aí eu fiquei assim, não do meu primeiro filho, eu engravidei rápido. E esse eu já tenho mais de cinco meses sem tomar nada e não engravidado. Aí, ela chegou pra mim e falou: “–Você é doida, você quer tá com câncer e tá grávida?!” Pronto, aí me matou... Saí do consultório chorando. Eu fui pra outra e, aí, ela já... “–Não, Esperança, a maioria das mulheres tem e você vai ficar boa”. Aí, do posto me marcou pra cá... A doutora, ela disse pra mim assim: “–Você não tem câncer, você tem que se cuidar, vai tratar e você vai ficar boa”. A gente fica abalada, porque... a gente vê as pessoas... (pausa, seguida de choro).

- Pode ficar tranqüila...

R. A gente com a gente, né? Foi horrível porque ... a gente pensa que vai ter apoio das pessoas que tá ao nosso lado e não tem. Então você tem que ter equilíbrio pra não demonstrar pras pessoas que tá do seu lado que você tá abalada, e pedir força a Deus... a pessoa que tá do seu lado não te dá apoio. Mas no começo eu entrei, eu fiquei bem deprimida mesmo. E não tive... Eu só tive uma pessoa pra me dar apoio (choro). Hoje, pra mim, tá melhor... Eu faço chá em casa, tomo, sabe? Faço banho, tomo, toma isso, toma aquilo, vai indicando algumas coisinhas e vou fazendo e confiando em Deus. Eu não conto os dias, você falando que mais... eu tenho mais de seis meses que eu venho... Eu sei que eu venho. Não fico contando os dias. Nesse meu trabalho que eu tenho, eu falei: “–Oh, doutor, eu faço um tratamento há algum tempo e eu não posso parar”. A única coisa que eu não vou fazer é parar meu tratamento por causa de trabalho. A única coisa que eu não abro mão mais é da minha saúde, porque eu passei muito tempo abrindo mão da minha saúde por causa de trabalho. Se você não tá bem com você,

ninguém vai querer... E esse problema deve ter se agravado mais porque eu me dedicava muito ao trabalho, trabalhava de domingo a domingo, e você não tem tempo pra nada... – “Ah, eu não posso fazer um preventivo, porque o patrão não libera”. Hoje não, hoje não, eu comecei a trabalhar de novo. Lá no escritório, mesmo, eu tô cheia de trabalho lá, mas, primeiramente, minha saúde. Outra pessoa vai ficar no meu lugar. Eu tenho que pensar em quem tá perto de mim, que é meu filho. Se eu tiver um problema maior, nem eu, nem ele. E eu que fico prejudicada. Eu choro e me emociono porque... Eu me emociono toda vez que eu venho, porque no começo foi doloroso, porque é horrível você chegar, deitar naquela cama... Eu fico ansiosa toda vez que eu venho, porque você deitar naquela cama... porque é horrível você chegar e ficar naquela posição. Eu espero que, da próxima vez que eu vim, tomar um remédio. Você tem que fazer outro preventivo pra saber como está. E, aí, tudo bem.

- Quantos anos ele tem?

R. Tem 11.

- Você falou um pouquinho de que esperou apoio de algumas pessoas que estavam do seu lado. Como foi isso pra você?

R. Horrível... (pausa). Porque se a gente casa, a gente dedica sua vida àquela pessoa. A gente quer ver o resultado (choro....). Isso eu não tenho, eu não achei esse resultado... Desde o começo, desde o começo... eu não tive apoio. Isso machuca muito, porque a gente, mulher... a gente se dedica à pessoa. Eu sou dedicada ao meu parceiro, entendeu? Nem um exame, ele nunca fez. Porque a médica me disse: “Olha, Esperança, se o problema vir dele, você vai ficar a vida toda nessa cama”. Eu não faço, eu não fiz mais nenhuma relação com ele sem camisinha. Ele reclame, ele faça o que quiser... Se ele quiser ter relação com outra pessoa – porque ele vai – porque comigo... ele só vai uma relação sexual comigo se for com camisinha, porque eu amo a minha vida. “Não, eu não vou ficar só hoje, só hoje, não...”. É nesse “só hoje” que a bactéria volta de novo. Eu sou meio leiga nesse assunto. Aí, eu ter que voltar pra essa mesa de novo... Só eu sei. Só quem passa por essa situação é que sabe, né, o que é ir pra mesa; você ter que voltar pra fazer o tratamento de novo. Então, eu não quero voltar mais pra essa mesa. Eu só quero voltar de ano em ano... Isso prejudica você na sua vida emocional e tudo... Ele não entende; pra ele é normal... Nunca fez um exame, nenhum, nenhum... (pausa). E, assim, a gente só tem relação sexual de camisinha e tudo...

- Você falou que isso prejudica sua vida emocional e tudo...

R. Com certeza. Você fica assim... Quase eu entrei em depressão, eu fiquei muito deprimida, ficava triste, só pensando... e meu filho, sabe? Porque só tem eu mesmo, oh, meu Deus! A gente que é mãe se dedica aos nossos filhos, fica pensando nos filhos... a gente que é mãe... Você é mãe?

- Sou.

R. A gente que é mãe fica pensando nos filhos. E se isso se agravar, então... Eu tive uma amiga que me ajudou... e ela, aí... não, Esperança... Foi sempre ela... Hoje eu tô bem, hoje eu tô bem pro que eu tava antes, hoje eu tô bem! (choro e riso). Hoje eu nem me preocupo mais, eu fico assim no dia; não posso perder o dia da minha consulta, é sagrado pra mim. Marcou o dia, pode cair granito que eu tô aqui, porque eu amo a minha vida e quero me cuidar. Você não pode ter preconceito, o medo... Eu mesmo me pélo de medo... Ficar naquela posição... e tem médico que é ignorante, machuca você e não quer nem saber da gente. Quase todas as mulheres têm medo de fazer o preventivo, né? Aí, aí também, um dia desses, eu pedi pra uma médica do posto, que ela não me deu, uma endovaginal, né? Aí, ela me deu, eu fiz. – Ui, eu tô gelada! – Aí, ela me deu uma endovaginal...

- Você quer que desligue o ar? Quer papel?

R. Não, não. Aí, ela me deu uma endovaginal... – Não, não, é por causa do ar. – Aí, ela me passou; graças a Deus, deu normal. Tava tudo normal, graças a Deus, porque eu nunca tinha feito; a gente faz o preventivo, mas tem o ovário, né, que a gente tem que saber como é que tá.

- Você mora com seu filho?

R. Moro com meu filho. Meu filho e meu marido.

- E sua família?

R. Ah, ninguém não sabia, e eu não sou de muito de comentar, porque minha família é cada uma na sua. Se é uma coisa minha, então, não tem porquê... Se fosse aquela família unida, pra dar carinho, dar apoio e tá ali junto... “Não, Débora, você vai que dia? A gente vai junto.” Falando com ninguém não. Minha família não é... aquela família, sabe? Que todo mundo queria ter, tá nela. (pausa). Seu problema é seu problema e pronto.

- Mas, moram na cidade?

R. Mora... todo mundo aqui. (riso).

- Como é, pra você, essa experiência de ter uma alteração no colo do útero?

R. Horrível, né? Como eu te falei, a gente... horrível... A gente nunca imagina, né, que pode acontecer com a gente. A gente vê no jornal e tudo, mas acontecer com a gente, a gente nunca imagina, né? Mas eu já tô superando. No começo foi... e, graças a Deus, eu tô fazendo meu tratamento e eu tô ficando boa. Eu creio. Pensamento positivo *ni* primeiro lugar; eu não posso nunca ter pensamento negativo. É uma coisa que eu não posso ter, que ninguém deve ter, né? E eu tenho Deus na minha vida... É a fé em Deus que faz a gente (pausa) continuar e não parar.

- Alguma coisa mudou na sua vida?

(silêncio)

- Pessoal, profissional?

R. Não, não... Não mudou nada, não. Eu continuo o mesmo... Não mudou, porque eu... eu não levei... Eu fiquei abalada, no começo, mas sempre pedindo a Deus. Agora tem coisas que eu não faço mais como eu fazia antes, que é, assim, faxinando demais, pegando peso... Antes, eu ia fazer a faxina em casa e ficava afastando tudo do lugar. Hoje não, não, eu tenho que ter amor a minha vida. Se quiser alguma coisa mudado, ele que mude. Eu mesmo, pra fazer, pra passar... Não, não pego mais peso, ficar afastando nada do lugar... Não uso muito salto alto porque, antigamente, eu usava salto altíssimo, hoje eu não saio disso aqui. (mostrou o salto do sapato que estava usando). Meu sapato é tudo baixinho, porque eu já sinto mais desconforto, sabe, quando eu fico muito tempo de pé... Então, pra evitar, eu prefiro evitar... uso sapatinho baixo, eu sinto mais conforto, normal. (sorriu).

- Tem alguma coisa que você gostaria de acrescentar? Alguma coisa que foi importante nesse período, que lhe ajudou ou interferiu nesse processo?

R. Interferir, ninguém interferiu... porque se eu me amo e quero me cuidar, não há impedimento. Me curar e ficar boa... Não houve ninguém que disse assim... Teve pessoas que disse coisa contrária, coisas que a gente não quer ouvir, mas isso aí não desanima, se você tem fé em Deus, não desanima, não, porque pra tudo, hoje, tem solução. Não fica nada sem solução; tem solução pra tudo. (emoção, lágrimas). E não fica nada sem solução; e quando o homem da terra não tem solução, Deus tem, entendeu? Eu não me preocupo muito e... e se

tiver que acontecer alguma coisa, vai acontecer... com qualquer pessoa... e também, um dia, todo mundo vai ter que morrer, tá premeditado pra isso. Não deve ter medo de nada... Então, não teve impedimento, não.

- Tem mais alguma coisa que você queira colocar, que foi importante, que você gostaria de falar?

R. Não, sim... A única coisa que eu quero falar assim é que... – Eu sei que outras pessoas vão tá ouvindo... – é... que não fique só nesse preventivo de posto, sabe, se você tá sentindo algo mais. Porque tem muitos médicos que não têm boa vontade, fazem o seu juramento, mas não cuida das pessoas como deve se cuidar, porque achar, não, que é pelo SUS. Se todo mundo pobre parar de pagar, então eles também não recebem. Que eles tenham mais amor pelas pessoas que cuidam, principalmente pelas mulheres... porque tem muita gente que tá na sua casa e tá sofrendo muito por causa de informação, entendeu? Não tem informação. Mesmo no tempo que a gente tá vivendo, hoje, da informática, mas tem tanta mulher que não tem informação, leigas, e que elas também se preocupem com sua vida, porque, às vezes, se dedicam demais a parceiros, às pessoas que estão do seu lado e esquecem de si. Que elas se cuidem mais, cuidem da sua vida, e se dedicam a vida toda pelos parceiros e, depois, quando elas precisam de apoio, não têm. Então, é melhor elas se amarem primeiro, antes de tudo, porque se eu não me amar, ninguém vai me amar. Eu tenho que me gostar primeiro, me amar primeiro, pra depois vir as outras pessoas... Que elas se cuidem, que façam preventivo, não fiquem só esperando... “Ah, tá bem, tô bem, não tô sentindo nada...”. Se você tá bem, você não sente nada, né? Se você tá bem, não vai sentir uma dor? Se você tá bem, sua menstruação não vai falhar? Se você tá bem, você vai engravidar normal. Porque, o que me fez, mesmo, procurar, mesmo, um ginecologista foi isso, foi esses sintomas... “Eu sou uma mulher sadia! Eu engravidei do meu filho de primeira. Agora, meu marido não é estéril, porque ele tem duas filhas, entendeu? Eu também não sou, porque eu já tive um primeiro. Ligar não foi, porque nenhum médico vai fazer essa burrada... Eu tive filho cedo; ninguém vai ligar uma mulher de 17 anos. Então, por que eu tô demorando de engravidar? Então, por que minha menstruação também fedia?” Ficar com vergonha... Qualquer mulher que gosta de seu corpo limpo, cheiroso, não vai ver essas situações e ficar quieta assim. E eu indo no ginecologista do posto, e dizendo que tá tudo bem, entendeu? Não tem condição uma coisa dessa. Então, foi aí que eu tive que tomar a decisão de procurar um médico que se preocupasse mais com a minha saúde. Eu preferi. Tive que desembolsar e pagar e, principalmente, desse... desse... porque tem essa campanha, a médica disse: “– Esperança, a maioria dos exames, principalmente desse, desse...”. Porque tem essa campanha do câncer, é uma coisa que eu não boto fé, não boto fé... Ainda levei meu exame pra médica, aí ela disse: “– Minha filha, olhe aqui seu exame”. Porque, se eu me confiasse nesse exame... E a médica me falou: “– A maioria dos exames da campanha, quem faz nessa campanha é enfermeira, e enfermeira não estudou pra olhar dentro do seu útero”, foi isso que ela me falou. Então, quando eu tiver algo, eu não procuro mais o posto, principalmente se eu tiver sentindo alguma coisa. Você entra e sai, entre e sai, e esses médicos do posto não vale nada, é uma porcaria, deixa a desejar muito, muito a desejar. Agora, o atendimento daqui... Dr.^a X tem o jeito dela... tem o jeito dela, mas é uma médica boa... Ela me passa confiança, entendeu? Eu não sou muito de confiar, de perguntar; ela não abre espaço pra gente conversar, mas eu... eu, assim, eu olhando pra ela, eu sei que ela é uma boa médica. Outras pessoas já me deram referência que ela é uma boa médica. Então, tá assim: ela sempre olha, não faz esse descaso. Até porque eu não posso nem mudar. Se ela já começou, desde o princípio, eu tenho que ficar com ela até o fim, porque ela já me deu o diagnóstico, né? Então, eu não posso mudar pra outro. Vou até o fim. Então, não vou mudar pra outra, porque ela não vai nem saber... Então é isso...

- Então, e agora, você gostaria de falar mais alguma coisa?

R. Não, não... Tá certo, obrigada.

ENTREVISTA com **Vitória**, realizada na sala do CMPC, em 13 de agosto de 2009. Duração: 21'51''.

- O que a senhora sabe sobre o seu diagnóstico?

R. Eu... Na verdade, eu não sei muita coisa, porque eu fui pega meio, assim, de surpresa, chega fiquei com medo. Só que eu fazia... eu comecei a fazer o tratamento lá no meu bairro; aí, ela me disse que era uma alteração, não era uma coisa muito grave, mas que precisava de tratamento. (pausa). Aí, ela me encaminhou pro... – Onde é ali, em frente ao Tênis, com Dr.^a X? – Aí, de lá encaminharam pra cá e, de um ano pra cá, eu tô fazendo tratamento; e, graças a Deus, já tá melhorando, já. E o que eu sei é que é uma alteração no útero, (pausa) não muito grave, graças a Deus. (pausa). Só isso. (pausa longa).

- Essa alteração que você falou, não muito grave, foi você que procurou saber, foi um profissional que te atendeu, que te informou?

R. Foi. Através de um preventivo que eu fiz lá no bairro, é que tinha uma alteração, mas que não era muito grave e que não era pra eu temer. E, aí, graças a Deus, eu fiz... Aí, creio eu, que já tá praticamente resolvido, pois o último exame preventivo que eu fiz, a médica disse que não deu nada. Aí, por precaução, ela passou uma biópsia, que eu vou entregar hoje. Que é pra ver, né? Ter certeza.

- Como foi você, desde o início... o tratamento? Desde que você descobriu o diagnóstico até agora?

R. Incomoda um pouco, né, assim, pra sempre tá vindo no médico. E eu... pra fazer o primeiro preventivo... Misericórdia! Eu... foi quando eu tava grávida. Eu tinha vergonha de tá vindo frequentemente ao médico fazer o mesmo procedimento. É constrangedor!

- Você tem filho de quantos anos?

R. 4 anos.

- A primeira vez que você fez o preventivo, tava grávida... Então, tem quatro anos que você fez o preventivo?

R. Foi. Muita vergonha, mas tem que fazer. (pausa). E agora, com esse diagnóstico... Tá vindo frequentemente ao médico é vergonhoso...

- Fale um pouco sobre esse vergonhoso.

R. Eu... eu tinha muita vergonha de vir fazer... Graças a Deus, que é uma médica; se fosse com homem, acho que era mais... mais constrangedor. Meu primeiro preventivo foi com... com homem... Ainda bem que agora é médica, eu fico mais... mais à vontade.

- Mudou alguma coisa, nesse período, desde quando você descobriu até agora?

R. Com relação a mim?

- Pode ser. O que você quiser falar...

R. Não, não mudou muita coisa. Só a rotina que teve que ser mudada pra ter que fazer exame frequentemente. Só isso. Uma, que não foi grave assim pra tantas modificações. Mas, tirando isso, não mudou muita coisa não.

- Sua vida pessoal... Familiar...

R. Não.

- Com foi essa experiência de ter uma alteração no colo do útero? Ou, como está sendo?

R. No início é que foi... foi um choque pra mim. Porque eu... eu com meu companheiro certo... Aí, você nunca imagina que vai acontecer. Aí, quando eu recebi a notícia do diagnóstico, foi um choque. Mas depois não, porque aí, eu sabendo que tem tratamento... Se não tivesse tratamento, o mundo ia cair. Tendo tratamento...

- Você falou assim: “com meu parceiro certo”...

R. É.

- Significou o quê pra você?

R. Ah, eu tomei um choque, porque a pessoa convivendo seis anos, né, com aquele... com aquele companheiro ali, com aquela pessoa, nunca vai imaginar que vai acontecer. Aí, quando eu peguei o diagnóstico, fiquei assim, pô... arrasada; ter aquele companheiro ali, todo dia, é... Convivendo com você... Com aquela pessoa, não... Não que você vá ter, vamo dizer, um homem só pra você, mas, que se ele tiver alguma coisa fora, que seja com prevenção. Aí, abala.

- E o seu relacionamento, como ficou?

R. Abalado... E, felizmente ou infelizmente, acabou. E a vida continua.

- Você teve apoio de alguém ou alguma coisa importante nesse período?

R. Tive o apoio da minha tia, que trabalha lá no posto do bairro; foi ela que agilizou o meu tratamento. Se não fosse ela... Aí, eu não sei o que seria, porque pelo SUS é muito difícil você conseguir assim, com a rapidez que ela conseguiu pra mim. Aí, tive o apoio dela. Foi muito importante pra mim.

- Como você está hoje?

R. Bem, tô fazendo tratamento e, a cada dia, melhorando.. Bem, e espero que, com essa outra biópsia, seja... definitivo, né? Que realmente eu não tenha nada.

- Você falou que o relacionamento acabou. Como foi isso pra você?

R. É difícil, porque a pessoa passar muito tempo, assim, com alguém, e você receber uma notícia dessa, é um baque, né? (pausa). Mas eu nem me arrependo, não, de ter terminado, eu tô bem. Tenho minha filha, né? Graças a Deus. Não mudou muito não...

- Você terminou porque estava com essa alteração?

R. Ajudou, isso ajudou... É porque eu acho que, se não fosse por isso, dava pra durar mais um pouquinho, mas... Ajudou a terminar o relacionamento. (pausa). É muito difícil conviver a dois. (pausa). E pra quem é novo, então... (risos). Quando você tá nova...

R. Com 16 anos e, de lá pra cá, seis anos, sete anos. Eu já tenho 23. (cabeça baixa, voz de tristeza e pausa). Mas, fora disso, tem a nossa filha... (pausa). Tá tudo bem.

- Foi seu primeiro relacionamento?

R. Não. É... assim... Não... assim... Que durou, foi ele, sete anos. Primeiro, foi um namorico. Realmente, relacionamento foi (pausa) isso mesmo. Por isso que eu não imaginava que ia acontecer.

- Quando você disse que tava com uma alteração no colo do útero, como foi?

R. Chocado, né? Aí ele... Eu fiz exame, aí mostrei a ele, falei com ele. Ele também tinha uma alteração nele, também ele usou a medicação. Sempre diz que não foi da parte dele. Aí, eu: “– Como é que não foi da sua parte, se eu tava com você?”. “– Tá bom, não vamos discutir”. “– Então, você procura seu lado e eu vou procurar minha melhora”. Aí, ele tomou medicação também (pausa). Da parte dele, né... ele... Terminou o relacionamento, mas somos amigos. Da parte dele, ele não... não sente mais nada, não. Não observou nenhuma alteração, mas não quer ir ao médico novamente, porque diz que tem vergonha, não sei o quê, isso e aquilo, bota a maior dificuldade. Tenho que procurar minha melhora, né? Agora, eu já faço a minha parte, orientar ele a ir. Se ele não quer ir, eu não posso fazer nada, né?

- Teve alguma coisa que você achou importante, que marcou esse período pra você, desde que você descobriu até agora?

R. De importante só... só o apoio, né? Porque, muitas vezes, quando a pessoa tem uma alteração no útero e sem apoio, acha que é uma coisa, que acabou o mundo, e muita gente tem preconceito. Eu, pelo menos, não tive muito preconceito. Ninguém chegou pra mim pra dizer: “– Você isso e aquilo...”. Não é bom não você ter preconceito, você já tá passando por isso... E o apoio da minha tia, também, que me incentivou, foi importante pra mim. Foi duas coisas, né, importante pra mim.

- Só foi sua tia que apoiou ou que você tenha participado o que aconteceu?

R. Só foi ela que apoiou. As outras pessoas não discriminaram, mas também não apoiaram, né, não tiveram preconceito. Ela que agilizou tudo pra mim. As outras pessoas não tiveram preconceito, também não disseram nem sim, nem não, nem nada.

- Que pessoas?

R. Minha família. Minha mãe, meu pai, meus irmãos.

- Você discutiu com eles sobre isso?

R. Falei com eles, mas eles não... não opinaram.

- E como foi isso, eles não terem opinado?

R. É difícil, né? Uma, que você já toma aquele choque. Você já fica com medo, né? “Ah! Eu tô com uma doença... eu...”. A pessoa, às vezes, fica naquele pensamento, né, esperando uma... uma palavra de conforto, e você não achar... Dói muito, muito mesmo. Aí, essa minha tia disse: “– Vai, segue em frente, acredita no Senhor. (pausa). E, felizmente, o mundo não acabou (pausa). “– É, vai, segue em frente, tem tratamento, se não tivesse, sim... É bom saber que você tem uma pessoa que você pode contar, que você pode confiar, te dando apoio, te incentivando. Não vou dizer que eu não fiquei com vergonha, porque eu peguei a autorização pra mim e pensei: “E agora, o que vou fazer?” Então, me encaminharam pra o CSE e, quando eu cheguei lá, tinha uma placa bem grandona: “DST/AIDS”; aí, eu disse: “– Misericórdia! Ai, eu vim fazer o quê? O que eu vim fazer aqui?” Quando eu cheguei lá, tinha outras pessoas com o mesmo problema, né, tão piores do que eu tô, com AIDS, sífilis. Aí, eu falei: “– Não tá escrito no rosto de ninguém...”. E, ali, você é tratado com carinho, não é com indiferença, com preconceito. Eu passei pela Dr.^a X, ela me encaminhou pra aqui e, quando chegou aqui, eu passei pra Dr.^a Y, que é uma médica maravilhosa, conversa com a gente e deixa à pessoa a vontade.

- E como você está agora?

R. Tô bem... Melhor, porque fazendo o tratamento, a pessoa sabe que vai ficar boa, que vai ficar tudo bem, então tá tudo ótimo. (pausa longa). Se não tivesse tratamento, êta! Aí...

(pausa). Ainda bem que existe medicação pro tratamento. Eu tô bem. (pausa). Espero que termine logo, que não se prolongue, (pausa), que o resultado venha bastante... é... (pausa). Seja o término, seja o término do tratamento.

- Você vai entregar exame?

R. Vou. Uma biópsia, porque eu fiz o preventivo e ela disse que não tava achando nada, que tava limpo o útero. A biópsia foi pra ela ter certeza, né? (sorriu). Aí, espero que não dê nada.

- Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa, de falar mais alguma coisa?

R. Não... Acho que é só isso aí mesmo. Eu tô muito feliz. Espero que eu tenha ficado boa, porque eu venho aqui fazer tratamento (pausa), praticamente todo mês, de dois em dois meses, mais ou menos, de uma biópsia pra outra, ou um preventivo... Só isso (pausa). Saber o resultado... Eu só queria que terminasse esse tratamento, que a médica abrisse aquela biópsia e dissesse assim: “– Seu útero tá limpo, você tá boa, você tá curada”. Aí, é só alegria. É isso que eu espero. E se tiver alguma coisa, continuar o tratamento, até a médica me dar essa notícia.

- Você quer acrescentar mais alguma coisa?

R. Não, obrigada.

ENTREVISTA com **Dúvida**, realizada na sala do CMPC, em 19 de agosto de 2009. Duração: 20'57''.

- O que a senhora sabe sobre o seu diagnóstico?

R. É... Eu descobri que tô com uma lesão no colo do útero, aí eu vim fazer esse tratamento (pausa). É... (risos). É... (pausa). É, eu vim fazer o tratamento aqui no... como...

- No CMPC.

R. É, no CMPC, com Dr.^a X.

- E o que você sabe sobre o motivo que te fez vir pra cá?

R. Câncer de útero, é... Não sei se é... Como é? HPV, né? Eu fiz o... o preventivo, aí deu, aí eu vim fazer o tratamento. (olhar distante).

- E o que você sabe sobre isso?

R. É... é uma doença transmissível, né, pelo parceiro (pausa e riso). É... (pausa). Aí, eu vim fazer o tratamento.

- Você veio por conta própria?

R. Não, foi a enfermeira de... de meu bairro que me mandou pra aqui.

- Então veio encaminhada...

R. Foi, vim encaminhada.

- E daí, desde que você veio encaminhada para aqui, como é que tem sido isso, que é o próprio tratamento, né? Desde o momento que você chegou aqui, como é que tem sido?

R. É... porque eu fiquei preocupada, mas a médica disse que não era nada grave. Que eu fiz esse leep pra... Aí, quando retornei, tava melhor e, daqui a 6 meses, que eu fizesse o preventivo. Aí, eu retornei hoje.

- O que é que você sentiu, desde o momento que você descobriu que você tava com essa alteração, que você tinha o HPV, até agora?

R. Eu fiquei muito preocupada, mas eu vim pra aqui e ela disse que não era nada grave, mas eu... Que eu viesse pra fazer o tratamento (pausa), que eu ficava melhor.

- Fale-me um pouquinho sobre essa coisa que você falou: “muito preocupada”... Muito preocupada, assim, como?

R. Assim, *cum... cum...* que eu pensava que meu marido tava com a doença. Aí, pra ele fazer também, sabe? Fazer o exame pra ver se ele tem alguma coisa ou não. (suspirou).

- Pode ficar tranqüila.

R. E, aí, vai fazer o exame ainda, pra ver...

- Quem vai fazer?

R. Meu esposo. Dr.^a X passou pra ele fazer, pra ver se tem alguma coisa pegada ou não. Que é...

- E, sim, diga...

R. Pode perguntar.

- Você me disse que ficou preocupada...

R. Achava que era doença grave, aí eu ficava muito preocupada, mas depois que eu retornei pra fazer o preventivo, já tava bem melhor, já. Aí, eu não fiquei mais preocupada.

- Tem quanto tempo, mais ou menos?

R. Foi *ni* 2008. Vai fazer... Tem na faixa de um ano, já. Mas...

- E sua vida, como é que está, desde que você descobriu, até agora?

R. É, porque quando a médica disse que não tava, que não era grave, aí eu não fiquei mais... *quou*... que eu ficava muito em casa, porque eu ficava preocupada, triste. Eu *esmagreci* demais, muito, tava andando muito preocupada... Que não era muito grave, aí eu fui arrumar um trabalho, pra não ficar em casa... Aí, eu peguei e arrumei um trabalho. Quando eu comecei a trabalhar, pronto, aí eu não fiquei mais preocupada. A preocupação era quando eu tava em casa

- E quando você tava em casa, o que você pensava?

R. Eu pensava que eu tava com uma doença ruim. Aí, depois que eu comecei a trabalhar, eu fiquei mais normal.

- Normal, assim, como?

R. (riso). Normal, assim, porque eu não ficava mais preocupada. Foi aí, depois que eu retornei, ela disse que não era nada grave.

- Nada grave...

R. Foi. Aí, eu fui lá no posto, aí... que eu ia ligar. Eu tava com os papel já pronto, mas só que eu descobri quando eu peguei o preventivo. “Ah, não vai poder”. Aí, eu fui lá no posto, e disse que lá não fazia mais o tratamento. Eu fazia o tratamento lá. Então, eu voltei pra aqui (pausa). Foi isso.

- Mudou alguma coisa em sua vida?

R. É, sim... Quer dizer, mudou, porque eu... eu fiquei tris..., preocupada, assim, pensava que meu marido tava com a doença, mas eu não sei se ele tem ou não (pausa). Que ele não fez exame ainda pra saber se ele tem alguma coisa ou não. Mas que ela disse assim... Eu ficava preocupada e pensei assim: “às vezes, não é muito grave, porque a outra que tava aqui falou, se eu fizesse tratamento e não tivesse relação antes, assim...”; que eu fiz o leep, aí, se não tivesse alteração, eu tava boa. Aí, pensei que não é grave, não, porque tá todo mundo fazendo. Aí, pronto, eu não fiquei mais preocupada.

- Você não ficou mais preocupada...

R. Quer dizer, eu fiquei preocupada, porque eu nunca tive isso; eu tive menino tem 11 anos, eu nunca tive parceiro nenhum, só ele. Só que aí ela me disse que quase todas as mulheres tem isso... Eu pensei: “não deve ser grave”; que eu vim fazer o leep, acho que é duas vezes, já, que eu faço... o leep.

- Como é, pra você, ter uma alteração no colo do útero?

R. É... fica, assim... *home* fica assim, tendo preocupação; a gente tem medo. Tem preocupação, assim, a gente acha, assim, a gente, mulher, é que tem essas coisas, homem não tem. Só mulher que tem, aí, pronto. Aí, a gente fica assim... só preocupada mesmo, porque é só mulher que descobre que tá, mas quando tá melhor...

- Você está se achando melhor?

R. Tô fazendo o preventivo, pra ver se tá boa ou não usando remédio, mas se a gente se tratar, não ter relação logo que tá fazendo... A gente fica nervosa; fica, quando chega em casa, fica estressada, só pensando, mas, quando a gente sai, passa. (Pausa). Aí, o meu caso foi esse. Aí, agora tô mais calma, agora.

- Você falou assim: “Quando sai de casa passa...”

R. Só quando eu tô em casa, fico só lembrando, só lembrando. Aí, quando eu vou pro colégio, aí, eu esqueço, aí, pronto, mas quando começo a ficar em casa, fico só lembrando. É, tive uma preocupação, fiquei preocupada mesmo... Passa um remédio, se tratar, não ter relação, fica nervosa quando chega em casa, fica só pensando. Só quando tô em casa, fica só em casa, só lembrando, só lembrando...

- Você parou o estudo por conta disso?

R. Não, não foi por causa disso não. Mas eu... eu voltei a estudar, porque eu terminar de... terminar de estudar; que é sétima/oitava que eu tô fazendo agora, aí, eu quero terminar pra arrumar um trabalho, assim, mas até hoje não achei. Só acha assim, em casa de família, quem não tem estudo. Aí, retornei de novo pra estudar.

- E hoje? Como é que você está hoje?

R. Ah, hoje eu tô bem pro que eu tava. Não, tô bem melhor. Tem com quem conversar, como esquecer..

- Você conversava com quem?

R. Com minhas colegas na escola, com minha cunhada, assim, no trabalho, assim. Aí, pronto. Mas se eu ficar em casa, não tem como esquecer.

- Você conversa com suas colegas, e me disse que em casa não tem com quem conversar...

R. Se eu ficar em casa, eu lembro. Mas até que, de um ano pra cá, eu tô melhor do que eu tava, tô bem melhor agora. Mais de um ano fazendo, aí, pronto, não tô mais. Eu tenho uma menina, agora, porque eu tinha só um filho, só, aí, pronto, mas pra mim é bem melhor agora do que tava.

- Você tem dois filhos...

R. É, são dois. Um tem 11 e o outro 2 anos.

R. Agora eu tô bem pro que eu tava, eu tô bem melhor. Todo mundo tá dizendo...

- É, sim...

R. Não, fale, pode falar.

- É... Você disse assim: “em casa você fica só pensando...”. Não tem ninguém pra conversar?

R. Tem, tem minha cunhada, mas um momento assim que a gente fica lembrando: “Tô doente, com uma doença grave”; aí, a gente conversa com a pessoa, desabafa, e fica dizendo: “– Ah! Isso é teu marido que tem outra...”, botando coisa na cabeça, “– ... tem outra mulher”; aí, a gente fica mais preocupada, sabe? Mas, aí, eu perguntei à médica, na vez que eu vim, e ela disse que não, que não é isso não. Mas eu, às vezes, eu acho que é... às vezes eu penso, às vezes não. Às vezes, pega outra, que é pegado. Aí, a gente fica em dúvida.

- Você conversa sobre isto com alguém?

R. Eu converso, mas ela passou o exame; eu falo com ele direto pra ele fazer o exame, mas não quer fazer. Eu falo: “– Só mulher que faz exame, se cuida...”; e ele nada de se cuidar. Homem não quer se cuidar. Se ele pega qualquer coisa, ele fala que não é dele, mesmo que seja. Diz que não é. Se tá na rua, pega mulher, a gente não sabe. Foi a enfermeira lá que me contou, a enfermeira que conversou com a gente sobre isso.

- Você acha o quê dessas conversas que você tem lá no posto?

R. Eu acho que é assim: que tem homem que não se contenta, sabe, com uma mulher só; aí, eles acham que tem que pegar outra, aí, depois eles acham que tá com a doença, que não quer fazer exame, sabe? Que não quer fazer o exame, que às vez é, às vez não é. A gente fica pensando se pega outra ou não. Tem homem que, quando pega outra mulher na rua, que tem homem que, quando pega outra mulher na rua, só vai com camisinha e tem outros que não. É que... que... assim, porque tem homem que pega mulher e que usa camisinha, e tem outros que vai sem nada. Pra usar camisinha, que tem homem que pega, e outros que não pega. Que nunca sabe se tem só ela. Mas, se ele não quer usar, não quer usar nada... Aí, a gente fica confusa. É isso.

- Teve alguma coisa importante ou alguém que possa ter te ajudado nesse período?

R. Só... é... só a enfermeira, de lá mermo, que conversa com a gente (pausa). Que é... Ela diz à gente... tem a palestra...

- No seu bairro?

R. Sim. Aí, assim..., que eu fiz todos os exames pra fazer a ligação, tava tudo encaminhadinho; fiz exame de sangue e urina, aí, ela disse que eu não podia mais ligar porque, com esse problema, eu não vou mais poder, que eu tô, não posso ligar não, né?

-Hum...

R. Que com esse problema que eu tô, não posso ligar, né?

- Só a médica que tá te acompanhando é que pode dizer.

R. Eu tava andando pra ligar, eu não posso mais tomar remédio, porque tava fazendo mal. Aí, tô fazendo pra ver se dá certo ligar.

- Seu parceiro, nessa situação toda, como é que ele ficou com você?

R. Ele ficou normal. Ele... É... eu falei com ele que ele tava, que era pra ele fazer... Até hoje ele não fez o exame, mas ele não vai no médico. Falo pra ele ir no médico, ele não vai. Aí, ele ficou normal.

- Normal, como?

R. Logo no início ele ficou preocupado, mas até hoje ele não fez, não, pra ver se tinha ou não. Pra me dar os papel, aí, eu guardei o papel que não valia mais, queria os papel pra ver se ele tem. Eu só fico atrás dele pra fazer o exame, mas ele não faz... Tem que fazer o exame, os dois, mas ele não quer fazer...

- E o que você acha sobre isso, dele não querer fazer o exame?

R. É... eu acho é... que ele vai ter que fazer. Eu não vou ficar me cuidando e ele não... (pausa). Sim, aí ele vai ter... Eu tô falando pra ele fazer, aí, ele não vai por médico, marca exame, ele não vai, tem um exame ele não quer fazer. Se ele tiver com qualquer coisa, é pior, né? Eu falo: “– Vai se cuidar, vai fazer o exame”; mas já era pra ele ter feito e ele não quer fazer. Eu fico correndo atrás dele pra ele fazer; quanto mais cedo ele fazer, melhor. Que se tiver com alguma seqüela, melhor. Aí, ele falou: “– Pede lá outro papel pra Dr.^a...”; que ele vai fazer pra

saber se tem alguma coisa ou não. Aí, eu vou ter que ficar no pé dele pra ele fazer. Aí, eu fui lá tentar marcar, mas o papel voltou, na secretaria disse que não vai fazer. Tem que ser particular; não tem, pelo SUS não tem, não, né? Quanto mais cedo, melhor ainda; se ficar tarde, não tem mais cura, né? Tem mais coisa?

- Você quer acrescentar mais alguma coisa que a gente não conversou? Alguma coisa que foi importante pra você nesse período?

R. Não. (Riso). Só isso mesmo.

ENTREVISTA com **Preocupação**, realizada na sala do CMPC, em 19 de agosto de 2009.

Duração: 20'57''.

- O que a senhora sabe sobre o seu diagnóstico?

R. É... é... Eu só sei assim, né, que eu tenho uma lesão; eles só fala assim, que tem uma lesão. Fiz preventivo várias vezes, fiz biópsia, e disse que não era nada grave. Então, foi isso que mais me tranquilizou. Tem dia que eu fico tão apavorada, tão triste, que eu choro; eu oro, eu peço tanto a Deus: “Ah, meu Deus! Porque que eu não vou me curar? Será que é grave? Será que eu já tô pra morrer?”. E fico muito agoniada com isso. Eu até falo com minhas filhas; ela sabe, assim, mas, não sabe se é muito grave, nem eu mesmo sei, e eu não sei se quero nem saber, se quero nem saber. E até essa médica falando de uma cirurgia em Salvador... Não útero, que eu não tenho mais útero. Essa... leep e tal... Aí, eu dizendo assim: “– Ah, meu Deus, se não tiver jeito aqui eu vou procurar um lugar assim em Salvador. Eu não sei, isso aí é tudo que eu sei. Tenho usado muitos cremes, aqueles que Dr. X passou; nesse período – porque eu não vim antes... – Me ensinaram, né? Pode falar?

- Pode.

R. Pra usar a argila, mas me deu uma coceira. Aí, eu disse: “– Pronto! Pra Dr.^a X não posso ir agora, porque ela me deu esse prazo e tudo”. Aí, eu paguei uma consulta no Ceparh, com um Dr, e fez o preventivo; viu tudo, aí passou os creme, aí, eu usei e eu fiquei bem, fiquei bem. É tudo que eu tenho a dizer. Mas eu tenho muita preocupação com isso.

- A senhora se preocupa, assim, com o quê?

R. Ah, você sabe que, hoje em dia, a gente... – Vou tratar você assim, porque você é jovem – A gente só pensa naqueles problema grave, que dá aí toda hora nas pessoas, né? Aí, aquilo é que me assusta muito, muito mesmo. Fico preocupada com isso. Minha preocupação é essa.

- A senhora conversa com alguém sobre isso?

R. Eu falo com minha filha. Uma não, que não gosta, porque não gosta de falar, fica toda nervosa. Ela teve até aqui, veio pegar o preventivo, veio mostrar o preventivo, que eu fiquei doente em dezembro. Ela que veio mostrar pra Dr. X. Com ela eu converso.

- A senhora me disse que ficou doente em dezembro...

R. Foi, do intestino, do intestino... Me deu uma crise, aí fiquei internada, aí fiquei magrinha, que eu pesava 71 quilos, perdi 15 quilos.

- Tem alguma coisa relacionada com o problema?

R. Não sei. Ninguém me disse nada, porque é... Eu também não disse nada, não falei com ninguém. Eu tenho é prisão de ventre, prisão de ventre. Aí, me deu uma dor no intestino. Então, eu não sei. Será que faz parte?

- Depois de tanto tempo, a gente não pode ter certeza. Pensei que a senhora soubesse alguma coisa sobre isso, se teve alguma ligação com o problema...

R. Não, não. Eu tive com um gastro, me tratei com um gastro, depois disso, ali... ali no... Como é, como é que chama? Ali no IHEF. Eu tive lá no IHEF, fiz um exame, e pronto. Aí, ele me pediu um exame que, até hoje, eu não fiz esse exame, colono... Como é? Colono...

- Colonoscopia.

R. Sim. E disse que era pra eu fazer, assim, internada, perguntou se eu conhecia Salvador, eu disse: “– Não conheço”. Era no hospital Roberto Santos. Então, uma amiga minha me pediu e não consegui marcar. Então, uma outra pediu – não tem uma criatura daqui que trabalha lá – que tá no hospital de Irmã Dulce, levou o papel pra marcar, mas nunca marcou. Quando marcar, ela me avisa.

- Com relação à alteração que estávamos falando antes...

R. Na vagina?

- É. Tratamento dessa alteração? Que trouxe a senhora até aqui, no CMPC...

R. Foi. Disse que eu tava com inflamação em alto grau, né? Então, eu uso uns cremes, essas coisas. Esses dias, quase pra cá, eu nunca mais usei, nunca mais usei creme. Mas eu tava doida querendo vir, pra ela... pra ela passar... De um dia pra cá, eu não tenho usado. O outro médico passou creme, passou dois creme, me dei bem. Ele passou um óvulo, que não foi bom. Me doía tanto, sangrava. Aí, eu deixei de usar, deixei de usar... Mas, como pra ir a ele, tinha que pagar outra consulta, aí eu não voltei.

- Foi antes da senhora vir pra cá?

R. Foi em abril.

- E esse tratamento, para a senhora, depois que chegou aqui, como tem sido ele?

R. É bom. Bom. Bom, porque eu me dou bem, assim, né? Ah, é bom.

- Bom em que sentido?

R. Porque não tá... não fica assim... me castigando, doendo, essas coisas. Se eu tô com uma coisa grave, a médica não me falou nada. Então, eu fico com esperança, com esperança...

- A médica que está lhe acompanhando agora nunca falou nada...

R. É, eu vou agora pra ela. Desde janeiro... Agora é que eu vou.

- Como é, assim, esse não falar nada? O que a senhora queria que ela falasse?

R. Se eu tô com alguma coisa grave, essas coisa assim. Aí, ela fez a biópsia e disse que não era nada. (pausa). Então, não sei.

- Como a senhora se sente

R. Foi...

- Como a senhora se sente em relação a isso?

R. Aí, eu fico tranquila quando faz a biópsia e diz que não é nada, que não tem nada grave. Você sabe mais do que eu o que eu tô dizendo... Negócio de CA. Aí, eu fico feliz, com esperança que eu vou ficar boa. É isso.

- Essa esperança de ficar boa, o que lhe leva a ter essa esperança?

R. Ô! Porque a gente com saúde é tudo, principalmente essas coisa... O CA é uma doença triste, que acaba com todo mundo, né? Aí, pronto, eu sabendo que eu não tenho, eu tô com esperança. E, se eu sei que eu tenho, ave, eu acho que vou morrer antes da hora. (Emoção).

- Mudou alguma coisa na sua vida, desde que a senhora descobriu essa alteração até hoje?

R. Não. Eu fico muito triste, agoniada, que falava: “– Mas, depois eu vou...”. Quando eu começo a usar o creme e tudo, eu fico bem. Aí, eu não fico tranquila.

- Tem alguma coisa que lhe ajudou nesse período, ou alguém?

R. Não. Eu até falo: “– Se fosse negócio de operar, eu operava, porque eu já fiz muita operação...”

- Na sua vida, pessoal ou profissional, mudou alguma coisa?

R. Não.

- Profissional não, que a senhora me falou que é aposentada, mas tem o trabalho de casa. Mas, mudou alguma coisa?

R. Não, não mudou nada. Normal. Eu faço as coisas, eu faço as coisa. Normal; não empata, assim, de eu fazer as coisas, de eu fazer nada, não.

- A senhora sente alguma coisa quando faz o trabalho de casa?

R. Sim, sim. Sim... Outras coisas que eu sinto, assim, coluna, que me empata mais que isso, né? É mais do que isso.

- E o seu marido?

R. Ah, não, não tem mais, acabou. Não tem mais relacionamento nenhum, ele tem mal de Parkinson.

- Isso agora?

R. Não, não, já faz tempo. Ele também já tem mais de 2 anos que tem mal de Parkinson. Também é muito nervoso...

- A senhora conversa alguma coisa com ele?

R. Eu digo a ele; ele é todo calado e tudo. Aí, quando eu comecei, eu falei pra ele: “– Aí, eu tô com uma inflamação grave na vagina...”. Eu falei. Ele não liga pras coisa, não. Mah! Ele não dá... não liga pras coisa, não. A gente fala as coisa, ele fica calado.

- O que a senhora sente quando fala as coisas e ele fica calado?

R. Não, não ligo não; eu já tô velha, tá, ele também. Com esses problema. Com isso aí, eu nem me esquento, de jeito nenhum, nem me esquento.

- Então, como a senhora falou no início, a senhora conversa mais com essa sua filha...

R. É, eu falo com ela. É a minha filha caçula.

- É a que mora com a senhora?

R. A que mora comigo é a mai... uma... é outra. Não. Não. Não, porque ela é muito nervosa, muito nervosa. Ela também tá doente, é... tá com artrite. Eu sei que ela não quer ver eu sofrer, porque, quando eu tenho qualquer coisa, ela fica... Mas, não se pode conversar assim com ela; digo: “– Ah e tal...”. Quando eu fico... Ela fala: “– A senhora também não toma um chá, não toma isso, não toma aquilo, não faz isso, aquilo”. Fica toda nervosa. Aí, pra não perturbar, eu güento, eu pego na mão de Deus e seguro, e pronto. Com mãe, eu faço. Ah, eu tenho um filho caçula que se preocupa comigo. Os dois mais novos é os que mais se preocupa. Ah, meu filho, como mãe, eu faço.

- Um rapaz e uma moça?

R. Não.

- Um filho e uma filha...

É. Eu converso, eu falo com ele. Ele é casado, eu falo com ele....

- Como está sendo, para a senhora, esta experiência de ter essa alteração?

R. Ah, é triste, é triste...

- Porque, no seu caso, a senhora não tem mais o útero, como a senhora falou...

R. É, só tenho a vagina.

- A senhora tirou o útero quando?

R. Tirei o útero, os ovários, até o colo do útero tirou. Tudo isso tirou. Eu acho que foi desde isso aí que fiquei com alguma coisa, porque eu fiquei um ano sentindo dor. Não sei se cortou, lá, alguma coisa errada. Aí, fiquei sentindo dor; passava um remédio, nada, outro remédio, nada. Aí, depois de um ano sentindo dor, decidi mudar. Eu fui numa médica, lá no Ceparg, Dr.^a X., eu sei que ela... Eu fiz uns tratamentos lá e fiquei bem. Esse negócio mesmo apareceu, acho que tem uns dois anos pra cá (pausa). Até que essa médica de Salvador falando, assim, que se a pessoa tiver com aqueles problema, pode até se tratar, pode durar até uns dez anos sem nenhum problema. Enfim, sem muita gravidade, né? Eu presto muito atenção essas coisas, sabe? Eu presto muita atenção.

- Mas, assim, a senhora falou que tem dois anos...

R. É, eu acho, é?

- Como foi, pra senhora, de lá pra cá, essa experiência?

R. Ah, pra mim era normal, era uma coisa normal, que eu ia ficar boa. Depois que eu vim pra aqui e disse que eu tava com uma lesão e que eu tava com uma inflamação de alto grau, assim... que era uma lesão... Que mais?

- Foi quando? Esse ano?

R. Foi o ano passado, eu não me lembro mais o mês. Foi o ano passado.

- Então, quando a senhora descobriu, não veio logo pra cá...

R. Não, porque quando eu vim pra cá, foi com o preventivo que eu tinha feito no posto, dizendo o que é que tinha. Agora, não me lembro assim o tempo, sei que foi o ano passado.

- Como é que a senhora está agora?

R. Mais ou menos. Como assim? Sentindo alguma coisa?

- É, tanto o sentimento quanto o psicológico....

R. Eu não esqueço isso... Isso vive assim na minha vida, me corroendo o tempo todo, só você vendo. Eu durmo e me acordo pensando nisso. Me acordo de noite e fico pedindo assim: “– Oh, Senhor, me cure! Me cure, Senhor! Me cure, Senhor! O que é isso, Senhor, que eu não tenho a paz mais na vida?” Mas vou tocando assim o barco.(pausa).

- Para enfrentar isso, a senhora faz o quê?

R. É pedindo a Deus. Não, eu uso remédio que eles passa, uso banho... e que antigamente usava, né? Eu digo: “– Eu não, não vou fazer isso, que tenho medo de me prejudicar”. Agora, os banhos eu faço, de asseio, de assento.

- Tem alguma coisa importante pra senhora nesse período? Que descobriu e começou a fazer o tratamento, ou alguém?

R. Como assim?

- Alguma coisa que marcou, pra senhora, ou que foi importante, ou alguém, desde que a senhora descobriu que estava com essa alteração...

R. Não, eu não tive nada importante esses tempo todo. Só preocupação... Só preocupação... (olhar distante, demonstrando tristeza).

- E conviver com essa preocupação, como é?

R. É triste, é horrível, né, é horrível. Tem hora que a gente esquece. Eu fazia até parte de um grupo de idosos e aí, quando elas ligam: “– Ah, e tá assim, é? Vai?” Eu digo: “– Ah, eu vou”. Nada me alegra assim, nada me alegra mais.

- Então, deixou o grupo de idosos...

R. Só vou à igreja; pra igreja e pronto. Minha vida é essa: em casa e na igreja, somente. (pausa). Só Deus, né? Ele tem poder. Ele é o Deus do impossível.

- Então, a senhora tem ido pra igreja e fica em casa cuidando das coisas...

R. Não, ela... a minha filha, mesmo assim, como ela é, ela não deixa eu fazer nada. Alguma coisa eu faço, eu sempre lavo a roupa que é pouca, que é minha e dele, porque ela fica com as mão assim... Ela tem artrite, fica com as mão doente. Mas, comida, assim, ela não quer que eu faça, eu não varro casa... Eu varro, assim, a porta; a gente tem muita planta, cuido, assim, das plantas, que é bom, né? Só isso.

- E, assim, pra se distrair, a senhora faz alguma coisa?

R. Não. Assim... só ir pra rua comprar, assim, alguma coisa, receber meu dinheiro... Mas, mesmo nada, assim, pra se distrair, não. Só pra igreja, só pra igreja. Logo agora tá o inverno, tá ruim pra sair. É, eu vou pra missa na igreja do Santo Antônio. Eu sou católica. E pronto. (pausa). Só isso.

- A senhora vai pra igreja e, quando volta, como é que a senhora se sente?

R. Normal. Bem, né? A gente veio da casa... falou com Deus, né? Tem que tá bem, né?

- Tem alguma coisa que a senhora gostaria de colocar, que foi importante, ou alguma coisa que a senhora gostaria que acontecesse e não aconteceu até agora?

R. Na minha vida?

- É. Depois disso...

R. Que alguma coisa que acontecesse? Era eu ficar boa, né? Era a melhor coisa do mundo. Ainda ontem mesmo, eu conversando, eu disse: “– Oh, Senhor, se eu fizesse esse exame e a médica dissesse que eu não tinha nada...”; porque, de primeiro, não doía, nem nada, veio começar a doer depois desses creme. Eu fazia esses exame e não doía nada, mas agora... Aí, era a maior alegria da minha vida. Que ele passe um remédio pra desinflamar. Que, quando a gente tá com esse problema, usa remédio pra desinflamar, né? Fico pedindo é... Mas, ele não passa não!

- Ele não passa não...

R. Nunca passou. Não passou, não. Esse médico do Ceparh, não. Ela aqui, eu nunca pedi, mas ele lá do Ceparh, ele não passou. Ele disse assim, que passar remédio, assim, se eu tivesse bactéria, mas eu não tinha.

- A senhora gostaria de acrescentar alguma coisa na entrevista? Alguma coisa que, de repente, não perguntei e a senhora gostaria de falar.

R. Não, não, é bom. Tudo normal. É normal, normal. Eu também não ia nem lembrar das coisas, né?

- Mas, se lembrar, pode ficar a vontade...

R. Pois é, além desse problema, tem também o do intestino... Emagreci, fiquei velha. Ah, envelheci dez anos, meu cabelo caiu; caiu, caiu, olha como tá? (pegou no cabelo). Meu cabelo era lindo!

- Deve ser preocupação. Tem pessoas que o cabelo cai e não está com nenhum problema...

R. Aí, o povo diz que foi remédio que eu usei pra o intestino; que eu usei muito remédio (pausa). É difícil... (voz baixa e pausa). E você, diz o quê? Eu tenho... eu tenho cura ou não tenho?

- É como eu conversei com a senhora no início, eu não tenho ainda o acompanhamento da senhora pra estar dizendo. Quem poderia dizer melhor seria o próprio médico que está lhe acompanhando, porque, assim, é uma coisa que a gente só pode dizer com o acompanhamento.

R. Eu sei.

- A senhora não conversa?

R. É, pode falar.

- Pode.

R. É... eu tinha tanto medo, que eu não gosto nem de perguntar. Eu tinha tanto medo... Eu, ontem, falando com Deus: “- O que é que eu tenho? Que será de mim?” É que eu ainda não vi ela, não sei nem se vou ter coragem.

- Por que não vai ter coragem?

R. Eu?! Tudo vem na cabeça da gente... Apesar de que, hoje em dia, todos problema, tudo que a gente tem, a gente pensa no pior, pensa no pior... Apesar de que eu já tô velha... Já tô, já vivi muito, já... Quero viver mais um pouco, viver mais um pouco...

- Dizem que velhice está na mente...

R. Eu tenho uma amiga que fala assim: “- Tudo é na cabeça, tá na cabeça. É você que bota na cabeça”. Eu disse a ela que eu tenho uma inflamação, né? Aí, quando você fala da doença, ela diz: “- Eu não quero nem ver falar. Não me fale nem nisso”. (pausa). Estou por conta de Deus... Ele sabe de todas as coisas. (lágrimas).

- Isso lhe emociona um pouco, não é?

R. Como! Como emociona... (pausa). Se a gente for pensar, mesmo, acho que morre logo. Tantos tempo que eu tô com isso, não... (pausa longa). E você, diz o quê de mim?

- Eu tô vendo que a senhora é uma pessoa que diz que está velha, mas eu não estou vendo velha, e sim simpática...

R. A idade nem importa, né? A coisa mais importante é saúde. Hoje eu digo assim pras pessoas: “- Não adianta dinheiro, nem nada, porque o importante é ter saúde; tendo saúde, tem tudo”. Tendo saúde, eu não estou mais dando valor mais a outra coisa. Quando a gente é novo, a gente dá valor a tanta bobagem, a tanta coisa... Na minha casa mesmo, eu gostava disso, daquilo, daquilo outro. Hoje, nem... O que tiver lá, tá bom e pronto. Não gosto assim de

festa; tem aniversário, o povo lá me chama, aí eu digo que vou, e nem vou, não tem mais alegria, aquela... aquela vontade de...

- Não vai, por quê?

R. Por isso. Porque eu tô com essa preocupação na mente. É difícil. Ainda vem esse outro, do intestino, pronto. (pausa). Eu vejo, assisto entrevista com os médicos na televisão e tudo...

- Mas do intestino a senhora já está tratando...

R. Eu marquei um médico... Marquei um médico; depois desses tratamento, parei. Não como mais tudo, só como o que ele mandou, por isso que... por isso também que... Já tava muito, muito, muito mais magra, agora eu tô é outra, né?

- Mas se a senhora não tivesse falado que estava emagrecendo, ninguém notava...

R. É... mas... mas meu filho fala: “– Já tá engordando, né, já tá engordando, né? Olha a barriga”. Eu digo: “– Oh, eu me acho um nada, e você dizendo que eu tô engordando...”.

- A senhora era muito mais gorda?

R. Era enorme, né, só você vendo. Bem forte, perdi quinze quilos. Tô com cinquenta e seis, cinquenta e seis. Tô fazendo tudo certo pro intestino, né, tô fazendo tudo certo.

- E hoje, a senhora veio fazer preventivo?

R. É, vou fazer preventivo. O preventivo.

- E o que passa pela sua cabeça?

R. É... Eu peço a Deus: “Oh, Senhor, se a médica dissesse que eu tava boa...”.

- Foi desse resultado que a senhora estava falando antes?

R. Não, eu ainda vou fazer hoje. Eu tô dizendo assim, se Deus me desse o resultado... (sussurros). Se a médica dissesse assim: “– Você já tá boa”; eu já tô melhor; não tem uma coisa melhor... (pausa longa). Tá na mão Dele, tá na mão Dele.

- E agora, a senhora quer acrescentar mais alguma coisa? Quer complementar?

R. Não. Já falei tudo.

- Não, não. Tudo bem, obrigada!

ENTREVISTA com **Ansiedade**, realizada na sala do CMPC, em 24 de agosto de 2009.

Duração: 12'51''.

- O que a senhora sabe sobre o seu diagnóstico?

R. Sobre o meu diagnóstico, eu sei não muita coisa, porque assim... Não sei, as pessoas não explica, na verdade. Não sei, assim, na verdade, entendeu? Só que eu sei... não sei, assim, muitas coisas.

- Como você tenta saber?

R. Eu me informo mais em livro, essas coisa assim... Mas, assim, médico pra falar essas coisa... Na verdade, não tenho tempo, nem procuro saber.

- E aqui, você está há quanto tempo fazendo tratamento?

R. Um ano; mais ou menos um ano.

- E de lá pra cá, o que te falaram?

R. Sobre o meu problema? Nada.

- Nada...

R. Assim, quando chega exame e tal, me explica alguma coisa, eu pergunto. Só isso...

R. Oh, é... A primeira vez deu alteração, aí, ela falou assim: “– deu um corrimento”; passou a pomada e tal. “– Daqui a seis meses você volta pra fazer outro preventivo”. E aí passou a pomada... E tô entregando hoje.

- De preventivo?

R. É, porque o meu é preventivo, não é?

- Não é o que...

R. Não é sobre o câncer, como você fez a pergunta.

- Não, eu não perguntei sobre câncer, não.

R. Não?!

- Você leu no termo... porque a gente está trabalhando com lesão precursora de câncer, não significa que a pessoa está com câncer. Como você falou, você veio e está repetindo o preventivo...

R. Deu inflamação, porque eu acho que foi devido também ao meu trabalho, porque eu trabalho com quentura, aí, ela passou a pomada e aí, agora, tô repetindo pra ver se tá tudo ok.

- Como tem sido o tratamento, pra você, desde que você descobriu que deu alguma coisa no seu preventivo, alguma alteração, como você falou, até agora?

R. Como eu tendo... Como estou reagindo?

- Como está sendo tudo pra você?

R. Normal... normal.

- Normal, como?

R. Normal, porque o meu não é coisa séria, entendeu? Aí, ela fica só passando pomada. Eu tô... usei já, e só. Não é coisa séria, que é pra fazer tratamento certinho, não... Só deu uma inflamação e pronto.

- Está vendo que você sabe?! Você disse que não sabia. Você está me dizendo, já, que não é uma coisa séria. Já é um conhecimento que você tem, não é? E mudou alguma coisa na sua vida desde que você ficou sabendo até agora?

R. Não. Foi bom, sabe? Porque, às vezes, a gente fica sem saber o que tem, alguma coisa, devido aos exames e à consulta médica. A consulta médica só foi bom nisso, porque eu fiquei sabendo. Na consulta médica, a gente fica sabendo.

- Você descobriu pela consulta médica...

R. É. Se eu não fizesse o preventivo, nunca ia descobrir, por mais simples que seja.

- E você sentia alguma coisa?

R. Olha, eu sentia assim... É... Pode falar tudo?

- Pode.

R. Porque, às vezes, quando eu ia no banheiro, minha calcinha tava meia..., sabe? “–Vou fazer o preventivo, pode ser que seja alguma coisa”. Porque qualquer coisinha hoje pode dar câncer, pode dar uma coisa séria, sabe? “–Pra ver o que é que eu tenho...”. Uma coisa séria, muita quentura e, devido o meu trabalho, porque como eu te falei, que é muita quentura, e daí eu tive que ficar fazendo sempre o exame.

-Como é, assim, muita quentura?

R. Porque eu trabalho sempre passando roupa, e a quentura vem toda na minha barriga. Aí, desse jeito, tem que ficar fazendo exame pra ver se tá tudo ok.

- Então, você acha que isto foi devido o seu trabalho...

R. Não, exatamente não, sabe? Mas... também influencia.

- Você conversa essas coisas, assim, com alguém?

R. Só com minha amiga que trabalha comigo.

- Conversa, assim, o quê?

R. Não sei. Da parte do trabalho ou da minha parte?

- Da parte do tratamento.

R. Ah, não. Só com minha mãe mesmo.

- E sua mãe, como foi que ela reagiu?

R. Normal.

- Normal, como?

R. (riso) Ah, não teve nada demais, não. Porque, como eu te disse, mesmo, não é coisa séria pra se preocupar.

- Essa coisa séria que você fala, é o quê?

R. Não... porque, às vezes, a gente faz o exame e dá alguma coisa além do que a gente tá imaginando, dá corrimento, tem que fazer cirurgia, tem que fazer isso e aquilo. Então, no meu caso não é isso.

- Então, você não se preocupou...

R. Não, não, não me preocupei, não.

- E essa experiência de você ter uma alteração no útero, como foi?

R. Eu nem sabia que isso era uma alteração no útero!

- Não deu no preventivo? Você não me falou que deu uma alteração no preventivo?

R. Nãoooooo... Não sei... não sei... (pausa). Tá bom, faz outra.

- O quê?

R. Não... Eu tô dizendo: “– Faz outra pergunta?” (silêncio)

- Você já tentou engravidar alguma vez?

R. Não, não, na verdade eu não tentei. Sempre me preveni. Sempre me preveni, não quero ter filho agora, não. Filho complica muito. Assim, porque eu tomei remédio há quatro, três anos e meio... Aí, eu acredito também que dificulta, né? De seis meses pra cá que eu não tô tomando nada.

- Não tá tomando nada... Você está fazendo tratamento aqui?

R. Sobre isso não. Não, porque é assim... É... a gente também tá separado. Tem três meses que a gente tá separado.

- Por quê? O que foi que aconteceu?

R. Brigas, discussão, falta de entendimento mesmo.

- Mas, teve alguma coisa a ver com seu tratamento?

R. Não. Teve nada a ver, não. Tem nada a ver, não.

-Ele era compreensivo?

R. Era. Dessa parte, era.

- Mas, assim, quando você descobriu, estava com ele?

R. Tava.

- E o relacionamento de vocês, mudou alguma coisa? Teve alguma diferença?

R. Não.

- E, desse período que você veio fazer o tratamento, até hoje, alguma coisa teve mudança na sua vida, ou alguém? Algo importante aconteceu?

R. Não.

- Continuou tudo igual?

R. Igual.

- E você achou o quê de ter continuado tudo igual? Foi uma coisa boa, ruim, te ajudou?

R. Me ajudou, mas, pelo que me explicaram o que era, não mudou nada, porque eu encarei como uma coisa normal.

- Como foi que te explicaram?

R. Só deu mesmo uma inflamação normal...

- E essa inflamação, deu o quê?

R. Ela... (pausa)

- Quem te explicou?

R. A doutora...

- Ah... certo, pensei que tinha sido...

R. Porque ela falou que era inflamação normal. Foi a doutora, e que eu era pra voltar com seis meses pra fazer outro preventivo, pra ver se tava tudo ok. Ela falou que inflamação era normal. Se fosse uma coisa mais séria, claro que eu ia me preocupar, como qualquer outra pessoa.

- Então não gerou muitas preocupações...

R. Não. Se fosse uma coisa mais séria, claro que eu ia me preocupar, mas, como não foi...

- Você vem, de quanto em quanto tempo, aqui?

R. Oh, de seis em seis meses. Só que, no caso, hoje, se der tudo ok, ela já me libera.

- E como está você hoje, com esse resultado?

R. Bem... porque do outro que eu fiz... fiz exame; aí, ela falou: “– Aparentemente, tá tudo normal com você. Aí, no dia de entregar, você vem”. Pronto, aí eu fiquei tranqüila. Ainda no dia que eu fiz, tava com as estagiárias. Tinha a médica e as estagiárias, aí ela falou: “– Não, aparentemente tá tudo certo com você. Aí, quando você entregar o outro, a gente vê”.

- E quem te encaminhou para aqui?

R. Foi no posto de lá de onde eu moro, do Santo Antônio.

- Como tem sido o tratamento aqui?

R. Bem, eu gostei. Eu gostei daqui.

- Mas, assim, é uma coisa que te satisfaz?

R. Me satisfaz, porque, às vezes, você até paga pra fazer uma coisa e não fica satisfeita. E aqui é público e eu me dei bem. Eu gosto de fazer o tratamento aqui.

- De tudo que a gente falou até agora, tudo que eu te perguntei, teria alguma coisa que te marcou nesse período, que você gostaria de falar mais um pouco, ou você gostaria de acrescentar alguma coisa?

R. Não, não.

- Vai encerrar, então, ou você pretende ainda pensar mais um pouco e, de repente, acrescentar mais alguma coisa?

R. Não, não. Eu espero que a gente não tenha nenhuma coisa, que se fosse uma coisa mais séria, poderia ser mais proveitosa. Mas, como não é...

- Mas, foi bastante proveitosa...

R. Não, então tá bom. Não tenho nada a dizer, não.

- Obrigada, então.
R. De nada.

ENTREVISTA com **Medo**, realizada na sala do CMPC, em 24 de agosto de 2009. Duração: 36'55''.

- O que a senhora sabe sobre o seu diagnóstico?

R. Sobre o meu diagnóstico... É... Eu fiz o preventivo, né, pelo SUS, lá no PSF do Homero Figueiredo, aí, detectou a lesão no colo do útero. Foi muito ruim pra mim, mesmo. Aqui é um lugar central, do câncer. Graças a Deus, foi uma lesão, que eu creio que tenha curado, que eu fiz o tratamento. Não lembro o nome... Fiz o tratamento direitinho, eu fiz uma... uma biópsia do colo do útero. Bom, segui o tratamento certinho.

- Me fale um pouco mais sobre esse “segui o tratamento certinho”. Você falou “segui o tratamento certinho”...

R. Eu segui a medicação correta, usei os cremes vaginais. Segui à risca mesmo, como diz o ditado, sem relações sexuais. Na minha maneira de pensar, essa lesão no colo do útero, esse preventivo... Quando esse resultado, que tinha uma lesão no colo do útero, eu fiz um preventivo e uma biópsia. Depois da biópsia, eu fiz mais dois preventivos. Aí, fiquei... me liberou quinze dias. Tem a cirurgia de períneo, eu fiz, e depois que eu passei esse tratamento, ela disse que o útero tava normal, e agora... Aí, com um ano e quatro meses, eu tô retornando pra fazer novos exames.

- Como tem sido o tratamento, para a senhora?

R. Pelo menos, pra mim, tem sido bom, né? Porque eu fui atendida. A médica fez o procedimento que devia ser feito, a biópsia, pra saber se era maligno ou benigno. Fez a biópsia e, graças a Deus, deu benigno. Fiz acompanhamento regular, até duas vezes por mês, e consulta pelo SUS; duas vezes por mês é difícil. Pra você marcar uma vez por ano é difícil, e duas vezes é quase que impossível. Não tive dificuldade.

- Você disse que aqui não teve dificuldade, mas teve alguma dificuldade, nesse período, pra você?

R. Da parte só ginecológica ou da parte clínica?

- Da sua parte pessoal.

R. Não tô entendendo a pergunta.

- Então, vamos rever a pergunta. Dificuldades, assim, de uma maneira geral... Dificuldades que você possa ter passado, não em relação ao atendimento médico, mas dificuldades, assim, de uma maneira geral.

R. Tive apoio da minha família, que é o principal; tive apoio do meu marido. Eu tive todo apoio dos médicos daqui do CMPC, quanto do meu marido. Tive o apoio da minha família, desde o dia que eu descobri, até o... Foi quando ela me liberou pra fazer a períneo, que eu não colocasse isso na minha cabeça. Tive todo apoio, tanto médico daqui do... do...

- CMPC.

R. Do CMPC e Deus, que pra mim foi primordial.

- E esse apoio significou o quê pra você?

R. Uma fortaleza, porque eu tava com muito medo de pegar a biópsia. Todo telefone que tocava: “– Já pegou o resultado do exame? Já pegou? Já pegou o resultado?” “–Fica calma, tenha fé em Deus”. Até da própria médica, Dr.^a X, pra mim foi uma fortaleza imensa. Aí, ela

tentou me explicar que eu tava com uma lesão pequena no colo do útero. Quando ela falou a biópsia, eu me desmanchei em lágrimas, eu só fazia chorar. Aí, ela falou: “– Calma, calma...”; ela tentou me explicar, mas eu tava muito nervosa... muito... muito. O apoio de como você recebe a notícia, porque ninguém tá preparada pra receber uma notícia dessa, e há profissionais que sabem como dar a notícia. Pode ser que seja uma coisa maligna ou benigna. Ninguém tá preparado. Pode ser que seja uma coisa maligna ou benigna, mas ninguém sabe se a pessoa tá preparado pra receber a notícia. E ela me deu a notícia assim, de uma forma que depois eu fiquei pensando: “Oh! Meu Deus por que que eu fiquei assim? Por que eu chorei tanto, que era uma coisa simples...”. Tudo isso que ela me explicou foi importante pra mim. No dia da biópsia, eu não tava tão nervosa como no dia que ela falou que ia fazer essa biópsia. Tava calminha, calminha, calminha, calminha. Me mostrando tudo por imagem, tudo direitinho, fazendo perguntas, que é um direito nosso perguntar e, do profissional, tirar nossas dúvidas. Então, tudo isso contribuiu pra que eu ficasse mais relaxada, porque quando a gente fica nervosa, contrai e, de certa forma, vai impedir o procedimento do profissional, porque a gente tem que relaxar. Melhor ainda, melhor ainda...

- Você falou que foi muito importante a maneira como o profissional te deu a notícia. Desde o momento que você veio pra cá, o primeiro preventivo que você fez, até agora, como foi o recebimento da notícia desse resultado?

R. Como eu falei, né, eu nunca tinha passado por isso antes; que faço preventivo anualmente. Eu sempre fiz preventivo. Pra mim, foi uma coisa muito... Foi um susto, um susto, até o ponto de eu chegar pro meu marido e dizer: “– Se você estiver com uma... com uma doença venérea, não... como se diz, com uma doença sexualmente transmissível, com uma DST, eu vou te matar.” Então, você vê esse resultado ali, mas, na sua cabeça, passa um filme, por mais que você saiba o que tá fazendo, com quem tá fazendo...

R. Então, ela falou: “– Calma, calma, minha filha, isso não é questão pra você falar isso, não. Tenha calma. Isso aqui não é pra você falar isso, não”. Eu fiquei muito nervosa, muito nervosa mesmo... Toda mulher corre o risco, porque o espermatozóide é uma bactéria, e toda mulher que tem relação sexual corre risco, como eu acabei de falar. Aí, eu tô aqui dessa forma.

- Dessa forma...

R. Não, eu fiz o... um preventivo no bairro que eu morava, na Gabriela, no PSF do Homero Figueredo, com a Enf^a X. Aí, quando chegou o resultado... porque, geralmente quando chega o resultado, ou a gente vai buscar ou a ACS vai entregar. A ACS foi entregar esse resultado e eu tava trabalhando, aí, eu já comecei a ficar com medo em casa, pois no resultado do preventivo veio já uma guia marcado pra aqui. A responsabilidade dela, ela tinha de qualquer forma me achar, pra eu poder vir. Aí, eu perguntei pra ela: “– Porque essa guia marcada, aqui atrás, se eu faço preventivo desde os 18 anos e nunca veio isso?” Aí, ela disse: “Eu não sei explicar, mas já veio, da central, marcada. Eu não posso te explicar, porque eu não sei. Eu creio que não seja nada grave, porque eu não posso te explicar que eu não sei; já veio marcado, da central”. Não, eu nunca tinha passado por isso. Eu fiz preventivo anualmente. Eu disse: “– Meu Deus, eu sou doadora, sempre tô fazendo exame de tudo, não tenho mais de um parceiro, o que é que tá acontecendo?”. Então, a dúvida começou aí mesmo. Eu fiquei nervosa, muito nervosa mesmo, até eu chegar aqui e ela explicar. Se eu tivesse problema de coração, eu tinha morrido.

- Desde que você descobriu, até agora, tem quanto tempo mesmo?

R. Da última vez que eu vim aqui, que eu fiz a cirurgia em abril... Eu acho que eu tive aqui em janeiro, fiz preventivo em setembro, fiz em novembro, fiz em dezembro e fiz em janeiro. Tem mais ou menos uns dois, se não tiver dois anos, tá perto, que eu tô aqui.

R. Não. Modificação de nada. Continua a mesma.

- Pessoal ou profissional.

R. A profissional é assim... A minha vida, qualquer forma, alguém só vai saber do seu problema se você falar. Desde quando a minha vida pessoal não influi na profissional... Eu acho que a pessoal até melhorou (risos). A pessoal até melhorou, porque se o marido tiver fazendo alguma coisa de errado... “se você tiver alguma lá fora, use camisinha, use camisinha... Se você tiver alguma, eu não digo...”; porque tem alguns dias que eu fiz... (pausa). Como é o nome daquele exame que você faz? Como é... daquela doença que é transmissível, que dá verrugas?

- HPV.

R. É, HPV. Que tinha poucos dias que eu tinha feito esse exame. O exame deu negativo, todos os exames deram negativos. Aí, eu falei pra ele: “– Eu fiz exame tem poucos meses...” – que eu fiz uma bateria de exames. Todos os exames deu negativo. Em novembro, aí eu fiz um *check-up*. Aí, quando foi em dezembro, eu fiz esse preventivo e deu esse resultado. Aí, eu falei pra ele: “– Tem pouco tempo que eu fiz exames...”. Vai fazer dois anos. Ainda tô com os exames tudinho pra Dr.^a X ver. Porque também a gente... Não só preventivo, mas qualquer tipo de exame, você não fizer o preventivo diariamente...

- Falando em importância teve algo que marcou nesse período?

R. A minha família, a minha família, quando eu falo, meus filhos, minha mãe, meus irmãos. Primeiramente, Deus, depois meu marido, meus filhos e a Dr.^a X. Eu digo assim, porque ela não está comigo sempre, apesar de que eu sei que ela foi uma peça principal na minha vida. Deus e a minha família foi de uma forma especial. Era como se eu estivesse parido, não fazia nada (risos). Não fazia nada, não varria casa, não fazia nada. Minha filha, minhas irmãs, minha mãe...

- Na realidade, seus filhos, sua família, como você colocou, foram pessoas importantes nesse período...

R. Lá em casa é um... um livro aberto. Quando eu menstruei aos quinze anos, eu tinha vergonha de falar com minha mãe. Minha mãe não me explicou nada. Então, hoje eu não quero lá em casa, sempre foi um livro aberto. Eu converso tudo com eles, desde a menstruação até a menopausa, desde a puberdade até a última relação sexual que eles possam ter na sua vida; tudo que eu sei, eu passo pra eles. Antigamente, o povo tinha muito medo, era a gravidez, hoje, é a doença. O povo se preocupa muito com o HIV e esquece das outras. E esquece das outras... Então, a gente não pode esquecer de nada. Converso com eles normal. Ah, os filhos, foi da forma que eu passei pra eles. E eu converso abertamente com eles, porque a idade deles é uma idade perigosa, é uma idade de descoberta; então, o que eu não tive em casa com minha mãe – porque meu pai faleceu, eu tava com onze anos – eu tive fora, com um conhecimento de forma errônea, de forma distorcida. Aprenda o que é certo, o que é uma doença transmissível, o que é uma doença hereditária.

- Como é para a Sr.^a a experiência de ter uma alteração no colo do útero?

R. (risos). Nada bom, eu nunca queria ter passado por isso. A gente só acha que tá tudo corroído por dentro, que já tá uma coisa generalizada. Por mais que alguém fale que não é

dessa forma, a gente não acredita; só quando a gente faz o exame e vê o resultado. Foi difícilima.

- Fale-me mais sobre esse difícilima...

R. A gente só pensa no pior. Se eu tô com o início daquela célula, daquela bactéria, a gente pensa logo que já está instalado... Então, até que a gente venha descobrir que aquilo é somente uma coisa superficial, você morre do coração. Até você saber que não é uma coisa e, sim, outra. Aí, você morre de uma coisa e pensa que foi de outra (risos).

R. Que foi que eu fiz pra enfrentar? Como eu já falei, eu volto batendo na mesma tecla: quando eu peguei esse resultado do exame, em casa, eu já abri, li o que tinha, já sabia que tinha algo de errado. Então, o que foi que eu fiz: família. A gente vê todo dia na televisão, rádio, livro... Por mais que você não queira, você vê e ouve na televisão. Você já tem uma noção do que é aquilo ali. Até eu chegar aqui e a médica me explicar tudo direitinho, me... Então, eu me apoiei na família. Porque foi um final de semana sofrido. Até eu chegar aqui... foi onde eu encontrei... A família não vai dizer pra você, porque se você tiver alguém na sua família, num nível assim, na médica, na enfermagem, que não foi o meu caso, porque a própria enfermagem fui eu (risos).

- O quê?

R. A própria enfermagem sou eu. Aí eu fiquei assim....Fugiu da mente...

- Você queria dizer que, naquela hora, você não era enfermagem?

R. Você se sente ninguém. Você passa a se sentir uma pessoa minúscula, incapacitada. Até você encontrar uma pessoa ali, especializada, pra te explicar, você se sente uma pessoa assim inferior. Porque eu nunca tinha visto aquilo. Pelo menos na minha família.

Como só eu no mundo pudesse ter aquilo, porque eu me senti dessa forma. Minha mãe nunca precisou fazer uma períneo. Me senti uma pessoa minúscula mesmo, como se só eu no mundo pudesse ter aquilo.

- Dentro da sua formação...

R. Não, não existiu, não. Porque eu mesmo me fechei. Eu achava que tinha coisa que só eu precisava saber, com medo de alguém saber e te apontar. "Isso aqui é uma coisa pessoal e familiar, se alguém souber, aí eu vou..." Não quis expandir, pra não ser apontada: "Oh, não sei quem tá com câncer.."

Ainda proibi. Se alguém souber fora da família, aí vai ter. Graças a Deus eu pensei que era uma coisa e foi outra.

- E com você está agora?

R. Vida sexualmente ativa, melhor, ainda, quando fiz a períneo; normal a vida pessoal, profissional. É rotina, tem um ano e quatro meses que eu vim, tô retornando pra revisão.

- Teve algum momento que interferiu na sua vida sexual?

R. Não, só 45 dias, mais 60 dias da períneo. Tenho certeza que ele ficou mais esperto. Normal, não teve. Tenho certeza que ele tomou. Não foi só eu que tomei esse susto. Então ele se dedicou mais. Tá mais dedicado. Ele me disse, garantiu que não tinha vida sexual extraconjugal. Se é verdade ou não, não posso afirmar, também não ando atrás dele vinte e quatro horas..., entendeu? No mais tudo normal. Todos os detalhes que a médica passou pra mim eu passei pra ele. Acho que não é importante só pra mim, é importante o parceiro também, porque você conversa com a família, mas os detalhes você conversa com o parceiro.

Você não vai chegar pra sua mãe: “– Oh, mainha..., isso e aquilo”. Você não vai chegar pro seu irmão e falar forma como você tem relação, quantas vezes você tem. É isso. Mais alguma coisa?

- Assim, só alguma coisa que você queira acrescentar, ou alguma coisa que você acha que possa ter importância...

R. Tudo é importante, desde que você faça com profissionais competentes. Seja ele um simples corte de cabelo, até um procedimento. Se vc tem só um parceiro ótimo. Não fica atrás. Porque, quando a mulher tem um parceiro fixo, tem só um homem, ela sabe quando o homem tem alguém, tem outra mulher. Ela sabe. Não é só o câncer. Tem outras doenças. Na realidade, não é só a AIDS que mata, são as doenças oportunistas. A gente tem que se prevenir de tudo, não só do CA. E o que precisar de mim, estou aqui. Se precisar de algum exame específico no meu útero, estou aqui. Não só preventivo.

R. Eu agradeço também. Obrigada!

ANEXO A- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CEPEE - UFBA Tel.:3283-7615 (0**71) / TELEFAX:
e-mail: cepee.ufba@ufba.br

PARECER DO CEPEE.UFBA

PARECER sobre o Protocolo CEPEE.UFBA Nº. 14/2009– Folha de Rosto nº 258957 , em Reunião Plenária do CEPEE UFBA realizada em 09 de julho de 2009, foi considerado APROVADO devendo o pesquisador lembrar-se da entrega do relatório final.

- ☒ **Aprovado**
- ☐ Não Aprovado
- ☐ Projeto com Pendências
- ☐ Aprovado com Recomendação

Salvador, 09 de julho de 2009

Yamini Maria Faria Diniz
fp/ Darci de Oliveira Lima Rosa
Coordenador do CEPEE UFBA
COREN-BR

Recebido
03/08/09
RP.

ANEXO B – ACEITE DA INSTITUIÇÃO**Fundação Hospitalar de Feira de Santana****Centro Municipal de Prevenção do Câncer - Romilda Mathez**Ilma Sr.^a

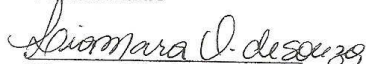
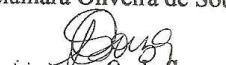
Prof.^a Dr.^a Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade
Federal da Bahia - CEPEE- UFBA

Feira de Santana, 30 de abril de 2009

Sr.^a Coordenadora,

Em atendimento a solicitação de V.S.^a, venho através deste autorizar a aluna Rosana Oliveira de Melo, do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, a realizar a coleta de dados nesta instituição, para fins de elaboração do projeto de pesquisa intitulado "O vivido de mulheres com lesões precursoras de câncer de colo de útero: do diagnóstico à terapêutica".

Cordialmente


Liamara Oliveira de Souza
Liamara O. de Souza
Gerente da Div. Administrativa
CMPC