



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

RITA DE CÁSSIA ROCHA MOREIRA

**SENTIDOS QUE FUNDAM MODOS DE SER DE GESTANTES
NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO**

**Salvador
2013**

RITA DE CÁSSIA ROCHA MOREIRA

**SENTIDOS QUE FUNDAM MODOS DE SER DE GESTANTES
NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PPGENF), como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem - Área de Concentração Gênero, Cuidado e Organização dos Serviços de Saúde - Linha de Pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

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

Salvador
2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde
SIBI - UFBA.

C871 Moreira, Rita de Cássia Rocha

Sentidos que fundam modos de ser de gestantes
na prevenção do câncer do colo do útero/ Rita de Cássia
Rocha Moreira. – Salvador, 2013.

147 f.

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

Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Escola
de Enfermagem, 2013.

1. Fenomenologia. 2. Prevenção. 3. Gestaçã 4. Câncer
do colo do útero. I. Lopes, Regina Lúcia Mendonça. II.
Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU: 616-083:173. 4

RITA DE CÁSSIA ROCHA MOREIRA

**SENTIDOS QUE FUNDAM MODOS DE SER DE GESTANTES
NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO**

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

BANCA EXAMINADORA

Aprovada em 08 de novembro de 2013

Regina Lúcia Mendonça Lopes Regina Lucia Mendonça Lopes
Doutora em Enfermagem - Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Maria Lúcia Silva Servo Maria Lucia Silva Servo
Doutora em Enfermagem - Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Acylene Maria Cabral Ferreira Acylene Maria Cabral Ferreira
Doutora em Filosofia - Professora da Universidade Federal da Bahia.

Rosana Freitas Azevedo Rosana Freitas Azevedo
Doutora em Enfermagem - Professora da Universidade Estadual da Bahia.

Normélia Maria Freire Diniz Normélia Maria Freire Diniz
Doutora em Enfermagem - Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Zoraide Rocha dos Reis que, com garra e sabedoria divina, me ofereceu o maior exemplo de vida: lutar sempre! Ao meu pai, João Nunes do Reis, pelo acolhimento e ensinamentos sobre a vida espiritual.

A Camilo Rocha Moreira, meu primogênito amado, laboratório diário do exercício da ciência da maternidade, pelo apoio imprescindível na área de informática.

A Ananda Rocha Moreira, minha filha amada, presente de DEUS, pela atenção carinho e cuidado nesta caminhada acadêmica.

A Hélio Moreira de Souza, meu companheiro amado, pela proposta de nos mantermos eternamente unidos e pelo incentivo diário para permanecer firme frente às batalhas e superar os obstáculos que o universo nos apresentou e nos apresenta no cotidiano.

À minha irmã querida, Célia Rocha dos Reis, dinda amada, por demonstrar, com atitudes, o seu amor e suporte incondicional para que eu pudesse enfrentar, com harmonia, a caminhada do doutorado.

À minha irmã querida, Telma Mara Rocha Lima que, neste período do doutorado, venceu a batalha contra o câncer de mama. Permitir que eu vivenciasse com você o enfrentamento dessa situação de adoecimento me tornou uma pessoa mais forte e motivada para estudar sobre o câncer.

À minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Regina Lúcia Mendonça Lopes, exemplo de dedicação, tolerância e perseverança, pela demonstração de resistência e sabedoria, pelo acolhimento e discernimento nos momentos mais difíceis da construção desta tese, por me emprestar as suas asas para voar além da América do Sul!

À amiga e companheira, Prof^ª. Ms. Aline Mota Almeida, pelas centelhas de apoio e motivação em meu caminhar.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, criador do universo, que me permitiu ter a força e o equilíbrio necessários para vencer a batalha de cruzar quase que diariamente a BR-324 e assim ter a oportunidade de chegar ao grau de Doutora em Enfermagem.

À minha família, pelo apoio nesta caminhada de aprimoramento acadêmico e pessoal.

Às Prof^{as}. Dr^{as}. Regina Lúcia Mendonça Lopes, Maria Lúcia Silva Servo, Acylene Maria Cabral Ferreira, Rosana Freitas Azevedo, Normélia Freire Diniz, Michelle Araújo Moreira, Sonia Mara Faria Simões e o Prof^o. Dr. Alvaro Pereira por compartilharem o saber, a amizade e o carinho nessa minha trajetória acadêmica.

À Prof^a. Dr^a. Climene Laura de Camargo por sua solidariedade além da vida acadêmica.

Às colegas Rosana Melo, Waldelene Gomes, Graça Fonseca, docentes da disciplina Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança e Adolescente I da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), por terem contribuído com o meu afastamento para cursar o doutorado, em especial, a colega e amiga Prof^a Ms Zannety Conceição Souza por assumir a coordenação do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher - NEPEM-UEFS.

À ex-diretora do DSAU, Prof^a. Anna Cristina Gonçalves da Silva pelo sorriso largo, compromisso, responsabilidade, acolhimento e pela disponibilidade em resolver as situações administrativas que permearam o meu afastamento para cursar o doutorado.

À minhas amigas, companheiras e irmãs, Prof^a. Ms. Naiza Santana e Santana Costa e Prof^a Ms. Marisa Melo pela companhia saudável e incentivadora.

Às colegas de curso e amigas, Prof^a. Dr^a. Aisiane Cedraz e Prof^a Ms. Roberta Rodrigues, por permitirem que, juntas, descobríssemos que a amizade vale mais que qualquer título acadêmico.

Às colegas e amigas, Prof^a. Dr^a. Elaine Guedes Fontoura e Prof^a. Dr^a. Marluce Nunes, pelo companheirismo e pela semente da amizade lançada que brotou, e permanecerá crescendo.

Ao Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva NUPISC-UEFS, em especial nas pessoas das Prof^{as}. Dr^{as}. Maria Angela Alves do Nascimento e Prof^a. Dr^a. Marluce Maria Araújo Assis, por todo acolhimento e ensinamentos que vão além das relações acadêmicas.

Aos funcionários do Centro Social Urbano, da Secretaria Municipal de Saúde que, por meio do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, me permitiram o acesso para a realização desta pesquisa.

A Joélia Moreira da Silva, minha amiga e companheira no cotidiano da vida familiar, pelo apoio, carinho e dedicação nas horas mais difíceis.

Às gestantes, depoentes neste estudo, pela delicadeza e confiança em partilhar parte da sua experiência na prevenção do câncer do colo do útero.

À UEFS, por permitir e viabilizar financeiramente parte do meu doutoramento.

RESUMO

MOREIRA, Rita de Cássia Rocha. **Sentidos que fundam modos de ser de gestantes na prevenção do câncer do colo do útero.** 2013. 147f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

Introdução: A gravidez representa uma vivência repleta de sentimentos de prazer, satisfação, medo, ansiedade. Uma fase da existencialidade em que há estreita relação entre os aspectos fisiológicos, emocionais, sociais, conjugais que requerem, por parte da mulher, contínuas e gradativas adaptações dos modos de ser, na perspectiva de mudanças nos papéis sociais e no campo das emoções. Portanto, falar de câncer do colo do útero nesse período demanda sensibilidade para reconhecer que a gestante necessita de atitudes de acolhimento e compreensão. Nessa perspectiva, insere-se o acompanhamento com a consulta pré-natal cuja finalidade é acolher a mulher desde o início da gravidez. **Objeto de estudo:** sentidos da prevenção do câncer do colo do útero para gestantes. **Questionamento de pesquisa:** quais os sentidos da prevenção do câncer do colo do útero para gestantes atendidas no ambulatório da UBS/CSU, em Feira de Santana-BA, no ano de 2012? **Objetivo:** compreender os sentidos da prevenção do câncer do colo do útero na ótica de gestantes. Neste estudo, a palavra sentido tem a conotação heideggeriana que se traduz em horizonte, modos de ser, perspectiva. **Método:** fenomenológico, com iluminação no eixo teórico filosófico da fenomenologia heideggeriana, que seguiu a orientação metódica das etapas de redução, construção e destruição fenomenológica. Participaram 10 gestantes, maiores de 18 anos, que realizaram o papanicolaou na gestação atual ou em outra, estavam cadastradas e eram atendidas por enfermeiras no ambulatório de pré-natal da (UBS/CSU), no município de Feira de Santana-BA. Para a obtenção dos depoimentos, foi aplicada a entrevista fenomenológica. A análise compreensiva se deu conforme o referencial teórico filosófico de Martin Heidegger e outros estudiosos da fenomenologia. **Resultados:** com o emergir das unidades de sentido, foi desvelado que as gestantes vivenciam o fenômeno da prevenção do câncer do colo do útero com o velamento da palavra câncer, no modo da ambiguidade na convivência conjugal, experienciando a impessoalidade nas relações entre profissional e cliente e no modo da falação. **Conclusão:** necessitamos enfrentar o desafio de reconhecer a fragilidade do modelo biomédico para cuidar da saúde das mulheres. O enfrentamento poderá ser no pesquisar, aprender, re-aprender e ensinar o cuidar. Defendo, então, que o modelo de atenção em pré-natal seja pautado no modo compreensivo de solicitude, de voltar-se ao outro como outro, centrado na dimensão existencial da mulher que busca os serviços de saúde, pois o agir em saúde vinculado à temporalidade e à historicidade da presença diz respeito à ação humana vinculada ao horizonte da existencialidade e ao modo aberto de ser-no-mundo.

Palavras-chave: Fenomenologia, Prevenção, Gestação, Câncer do colo do útero.

ABSTRACT

MOREIRA, Rita de Cássia Rocha. **Senses that establish ways of being for pregnant women in preventing cervical cancer.** 2013. 147f. Thesis (Doctor's degree in Nursing) - Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2013.

Introduction: Pregnancy represents an experience full of feelings of pleasure, satisfaction, fear, anxiety. It is a phase of existentialism in which there is close relationship among the physiological, emotional, social, marital aspects which requires the woman, continuous and gradual adjustments to the ways of being, in view of changes in social roles and in the field of emotions. Therefore, speaking of cervical cancer in that period demand sensitivity to recognize that the pregnant woman needs attitudes of acceptance and understanding. Within this perspective, follow-up with prenatal visit is inserted, which aims to treat the woman from the beginning of pregnancy. **Study object:** meanings of cervical cancer prevention for pregnant women. **Research question:** which are the meanings of preventing cervical cancer for pregnant women examined the UBS / CSU outpatient clinic in Feira de Santana-BA in the year 2012? **Objective:** To understand the meanings of preventing cervical cancer in the view of pregnant women. In this study, the word meaning has Heideggerian connotation which means horizon, ways of being, perspective. **Method:** a phenomenological study based on the philosophical theoretical axis of Heideggerian phenomenology that has followed the methodical orientation of the reduction steps, construction and phenomenological destruction. The respondents were 10 pregnant women, over 18 years old, who underwent Pap testing in the current pregnancy or another. They were registered and examined by nurses in the prenatal outpatient (UBS / CSU) in Feira de Santana-BA. Phenomenological interview was applied to obtain the testimony. A comprehensive analysis was performed according to Martin Heidegger's theoretical philosophical reference and other phenomenology scholars. **Results:** With the construction of meaning units, it was unveiled that pregnant women experience the phenomenon of preventing cervical cancer with the veiling of the word cancer, in an ambiguity mode in conjugal life, experiencing impersonality in the relations between professional and client in the way of talking. **Conclusion:** we need to face the challenge of recognizing the biomedical model fragility of women's health care. Facing this challenge may be by researching, learning, re-learning and teaching caring. I argue then that the care model in prenatal is guided by the understanding mode of helpfulness of referring back to the other as the other, centered on the existential dimension of women seeking health services, thus acting in health linked to temporality and the historicity of the presence is about human action, linked to the existential horizon and to the open way of being in the world.

Key words: Phenomenology, Prevention, Pregnancy, Cervical Cancer.

RESUMEN

MOREIRA, Rita de Cássia Rocha. **Sentidos que fundan los modos de ser de las gestantes en la prevención del cáncer del cuello uterino.** 2013.147f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de la Bahia, Salvador, 2013.

Introducción: El embarazo representa una vivencia repleta de sentimientos de placer, satisfacción, miedo, ansiedad. Es una fase de la existencia en la que existe una estrecha relación entre los aspectos fisiológicos, emocionales, sociales, conyugales que requieren, por parte de la mujer, continuas y graduales adaptaciones de los modos de ser, dentro de la perspectiva de cambio en los roles sociales y en el campo de las emociones. Por lo tanto, hablar de cáncer del cuello uterino en ese período, demanda sensibilidad para reconocer que la gestante necesita de actitudes de acogimiento y comprensión. Dentro de esa perspectiva, se insiere el acompañamiento de la consulta prenatal, que tiene como finalidad, acoger a la mujer desde el inicio del embarazo. **Objeto de estudio:** El sentido de la prevención del cáncer del cuello uterino para las gestantes. **Cuestionamiento:** ¿Cuál es el sentido de la prevención del cáncer del cuello uterino para las gestantes, atendidas en el ambulatorio de la UBS/CSU en Feira de Santana-BA, en el año de 2012? **Objetivo:** Comprender los sentidos de la prevención del cáncer del cuello uterino, a partir de la óptica de las gestantes. En este estudio, la palabra sentido tiene la connotación Heideggeriana, que se traduce en horizonte, modos de ser, perspectiva. **Método:** Estudio fenomenológico, teniendo como base teórica filosófica la fenomenología heideggeriana, siguiendo la orientação metódica de las etapas de reducción, construcción y destrucción fenomenológica. Las entrevistadas fueron 10 gestantes, mayores de 18 años, que realizaron el papanicolaou durante la gestación actual, o en otra, estaban registradas y eran atendidas por enfermeras en el ambulatorio de prenatal de la (UBS/CSU) en el municipio de Feira de Santana-BA. Para la obtención de los relatos, fue aplicada la entrevista fenomenológica. El análisis comprensivo se dió conforme el referencial teórico filosófico de Martin Heidegger y otros estudiosos de la fenomenología. **Resultados:** Con la construcción de las unidades de sentido, fue desvelado que las gestantes, vivencian el fenómeno de la prevención del cáncer del cuello uterino con el velamiento de la palabra cáncer, como modo de ambigüedad en la convivencia conyugal experimentando, en su forma de hablar, la impersonalidad en las relaciones entre el profesional y el cliente, **Conclusión:** Necesitamos enfrentar el desafío de reconocer la fragilidad del modelo biomédico para cuidar de la salud de las mujeres. El enfrentamiento de ese desafío podrá ser en el investigar, aprender, reaprender y enseñar el cuidar. Entonces, definiendo que, el modelo de atención en prenatal sea pautado dentro del modo comprensivo de solicitud de volverse para el otro como otro, centrado en la dimensión existencial de la mujer que busca los servicios de salud, pues, el actuar en salud, vinculado a la temporalidad e historicidad de la presencia dice respecto a la acción humana vinculada al horizonte de la existencialidad y al modo abierto de ser-en-el-mundo.

Palabras clave: Fenomenología, Prevención, Gestación, Cáncer del cuello uterino.

SUMÁRIO

1 DAS VIVÊNCIAS PROFISSIONAIS AO APROFUNDAMENTO NA TEMÁTICA: A DELIMITAÇÃO DO OBJETO	12
2 CONTEXTUALIZANDO O <i>CORPUS</i> DA PESQUISA	26
2.1 Horizonte das patologias do trato genital inferior em gestantes e a dimensão epidemiológica do câncer do colo do útero	26
2.2 Significando aspectos relacionados à gestação e à prevenção do câncer do colo do útero em gestantes: cuidado compreensivo	36
2.3 Compreensão existencial do cuidado à saúde da mulher: perspectiva heideggeriana	46
3 FENOMENOLOGIA HEIDEGGERIANA COMO IDENTIDADE FILOSÓFICA E METÓDICA	54
3.1 Dimensão metódica	56
3.1.1 Tipo de estudo	56
3.1.2 Cenário e <i>locus</i> do estudo	58
3.1.3 Depoentes do estudo	59
3.1.4 Obtenção dos depoimentos e o instrumento	63
3.1.5 Aspectos éticos na pesquisa	69
4 ANÁLISE COMPREENSIVA: O EMERGIR DAS UNIDADES DE SENTIDO	72
US - 1 Velamento da expressão câncer do colo do útero: temor da doença e da morte?	76
US - 2 Ambiguidade na convivência conjugal como situação suscitada na prevenção do câncer do colo do útero	80
US - 3 Impessoalidade nas relações entre profissional e cliente: impacto na prevenção do câncer do colo do útero em gestantes	83
US - 4 Expressões de solicitude e de ser-com na relação gestante/feto: aspectos implícitos na prevenção do câncer do colo do útero	87
US - 5 Falação: o que acontece com o outro na prevenção do câncer do colo do útero	90
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	100

APÊNDICES	109
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	110
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista	111
APÊNDICE C- Entrevistas	113
APÊNDICE D - Quadro de consolidação de depoimentos	137
ANEXOS	145
Anexo A - Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	146
Anexo B - Termo de autorização para pesquisa	147

1 DAS VIVÊNCIAS PROFISSIONAIS AO APROFUNDAMENTO NA TEMÁTICA: A DELIMITAÇÃO DO OBJETO

A obra e o pensamento do fenomenólogo alemão Martin Heidegger nos conduzem a um horizonte de reflexões sobre as possibilidades de sermos no mundo. É nesse movimento de ser-no-mundo, que apresento o meu existir profissional, nascente das primeiras vivências, contatos e inquietações sobre a saúde da mulher, área a que tenho me dedicado a estudar e a vivenciar o cuidado, em especial, à gestante.

Após graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), em 1986, iniciei minha vida profissional na área de atenção à saúde da mulher, sendo a primeira enfermeira da Maternidade do Grupo Hospitalar Matter Dei, no município de Feira de Santana. Nesse espaço, implantei o sistema de alojamento conjunto e, assim, tive a oportunidade de elaborar e implantar normas e rotinas do serviço de enfermagem.

Ao aplicar as normas e rotinas construídas por mim, já sentia um distanciamento entre o cuidar e o gerenciar, pois, apesar de ser a única enfermeira daquela maternidade, ainda conseguia dar o primeiro banho do Recém-Nascido (RN), oferecer as primeiras orientações para a mulher e seus familiares no pós-parto, propiciando, para a mãe e ou acompanhantes, a oportunidade de questionar e participar ativamente desse momento. Portanto, já havia em mim um despertar para além do cumprimento das normas e rotinas, eu sentia a necessidade do encontro enfermeira/cliente/mãe/puérpera.

Encontro em que pudesse fluir o exercício da escuta daquelas mulheres que na maioria das vezes, desejavam obter informações sobre os cuidados com o corpo após o parto, a amamentação, o retorno da atividade sexual, em especial, as primigestas.

No decurso dessa vivência, sempre estive mobilizada para realizar um cuidado à saúde da mulher que me permitisse ir além do tecnicismo, tão bem estabelecido em nossa formação. Apesar de reconhecer a importância desse modelo para a execução de alguns procedimentos técnicos, hoje, compreendo o quanto é importante e faz diferença estabelecer uma relação profissional/cliente pautada na confiança, no acolhimento e num processo de educação em saúde que possa ser libertador. Aquele em que a pessoa decide sobre a sua situação de saúde ou adoecimento por ter compreendido que somos singulares, seres dotados de possibilidades, interpretações, necessidades, sentimentos e poder de decisão que podem determinar o estado de saúde ou adoecimento.

Foi com essa mobilização interior que, decorridos seis meses dessas vivências na referida maternidade, prestei seleção pública para professora substituta do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (DSAU/UESB), no *campus*

universitário da cidade de Jequié, onde lectionei, durante 6 semestres (1987 a 1989), o componente curricular Enfermagem Materno-Infantil I, cuja carga horária era distribuída entre teoria e prática nos diversos campos, entre eles, o de assistência pré-natal.

Em 1990, fui admitida pela Secretaria Estadual de Saúde (SESAB), mediante concurso público, onde permaneci 17 anos desenvolvendo atividades em Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos municípios de São Gonçalo dos Campos e Feira de Santana, especificamente na área de atenção à mulher, nos programas de pré-natal, planejamento familiar e de atendimento ginecológico. Desde aquela época, já me sensibilizava diante das diversas situações vivenciadas pela mulher, quando da procura de serviços de saúde, e de seus relatos de dificuldades no acesso, no acolhimento e na resolubilidade de situações de adoecimento.

Durante a minha atuação no atendimento em ambulatório de pré-natal, vivenciei situações diversas com gestantes, incluindo risco gestacional e situações conjugais de violência, referidas por elas, nas quais manifestava-se a possibilidade do desenvolvimento de um modo de estar no mundo, experienciando o medo do enfrentamento de dizer não, para uma relação sexual, que ela não desejava e da qual poderia advir uma gestação não desejada ou alguma patologia de transmissão sexual.

Em 1998, fui aprovada em concurso público, na UEFS, para lecionar o componente curricular Enfermagem Obstétrica. Nessa instituição, sou docente do Curso de Graduação em Enfermagem, atuando no componente curricular Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança e Adolescente I (SMCA-I)¹, desenvolvendo atividades teórico-práticas, de forma especial no atendimento à mulher na assistência pré-natal.

Nesse processo de amadurecimento profissional, exerci cargos de Secretária Municipal de Saúde (SMS), em dois municípios do interior da Bahia (São Gonçalo dos Campos-1993/1997 e Gavião 1998/1999), de Vice-coordenadora do Colegiado do Curso de Graduação em enfermagem da UEFS, nas gestões de 2000/2002 e 2007/2009.

No primeiro cargo de gestão, tive a oportunidade de desempenhar atividades que me permitiram participar, ativamente, de momentos de planejamento, implantação e implementação, tanto das Políticas Públicas, como do acompanhamento da assistência à saúde da mulher nos serviços públicos e privados de saúde.

No segundo, na academia, participei de reforma curricular, implantando componentes curriculares, bem como desenvolvendo atividades que ampliavam a rede de atendimento à

¹ Componente curricular do 5º semestre - Ementa que consta no Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem da UEFS: Estudo do indivíduo no processo de crescimento e desenvolvimento, desde a vida intrauterina até a adolescência e as fases evolutivas da mulher, considerando-se os aspectos epidemiológico, psicossocial, histórico, político e cultural.

mulher, em campo de prática, inclusive, com a implantação do atendimento de enfermagem em ginecologia, com a realização do exame de papanicolaou² em gestantes, também chamado citologia oncótica ou exame colpocitológico, conhecido popularmente como preventivo ginecológico.

Também ministrou aulas em cursos de pós-graduação *Lato Sensu*, especialização nas áreas de saúde e enfermagem obstétrica, nos grupos Associação Cultural (ATUALIZA), desde 2003, Instituto Brasileiro de Pós Graduação e Extensão (IBPEX), Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) e Escola Baiana de Medicina (EBM) ambos com início em 2013.

Com essa vivência, alimentada por uma proposta interior de desenvolver as minhas atividades profissionais com um olhar, além do tecnicismo, centrado na pessoa que está vivendo a experiência do cuidado à saúde e/ou de formação acadêmica, bem como nos significados e sentidos de tais vivências, me senti motivada para pensar em desenvolver estudos com base no modo compreensivo da existencialidade.

Assim, ao adentrar na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), no Programa de Pós-Graduação, para cursar o mestrado, no período compreendido entre 2003-2005, fui apresentada à corrente fenomenológica, como uma opção teórico-filosófica para o desenvolvimento da dissertação de mestrado, que oferece a possibilidade de trabalhar com o “como” se dão as experiências do humano no mundo.

Por se tratar do meu primeiro contato com a fenomenologia, julguei-me, em alguns momentos, impotente para apreender tão vasto conhecimento, com linguagens tão próprias, haja vista o meu distanciamento da filosofia e dos métodos qualitativos de pesquisa construídos desde a graduação e, por que não dizer, do déficit do aprendizado em filosofia nas séries primárias e de ensino médio.

Confesso ter sido um desafio desenvolver pesquisa com base no conhecimento teórico-filosófico da fenomenologia. Foram intensos momentos de construção, desconstrução, iluminação, obscuridade, idas e vindas até encontrar a compreensão da magnitude do método fenomenológico na busca do conhecimento do humano como ente de possibilidades (HEIDEGGER, 2008).

Na ótica do filósofo alemão Martin Heidegger, tudo que a pessoa percebe, entende, conhece de imediato é ôntico/existencial, é o que diz respeito ao ente. Ente é tudo que compreendemos, com quem nos relacionamos, é também considerado o que simplesmente é

² Nomenclatura assumida, nesta tese, por ser utilizada oficialmente no Brasil pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA).

como nós somos, é o que é identificado, portanto, apreender esses conceitos é indispensável para seguir a trajetória de aprofundamento do método.

Assim, após apropriar-me do método fenomenológico heideggeriano, que me permitiu construir um corpo de conhecimento e chegar à defesa da dissertação intitulada *Compreendendo a mulher com doença hipertensiva específica da gestação: uma abordagem fenomenológica* (MOREIRA, 2005), permaneci vivenciando a assistência às gestantes na Unidade Básica de Saúde do Centro Social Urbano (UBS/CSU). Coordenei então o projeto de extensão da UEFS de minha autoria, denominado *Implantação do serviço de pré-natal de baixo risco: humanizando a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal*³. Desenvolvia atividades que iam além da consulta de enfermagem, como visitas domiciliares, agendamento específico do exame de papanicolaou para as gestantes inseridas no projeto e realização de oficinas para os casais grávidos.

No semestre 2008.2 como aluna especial do curso de doutorado da EEUFBA, tive a oportunidade de cursar o componente curricular Fenomenologia e Saúde: corrente filosófica e método de investigação, o que proporcionou-me atingir, com mais plenitude, os conhecimentos da fenomenologia. Nesse caminho, com a aprovação na seleção para o curso de doutorado, no semestre 2010.1, na EEUFBA, a minha orientadora do mestrado, agora, do doutorado, inspirou-me no aprofundamento nas bases filosóficas da fenomenologia.

Também surgiu, na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFBA, no semestre 2010.1, a possibilidade de cursar o componente curricular optativo, Tópicos Especiais em Fenomenologia, que englobou outros componentes curriculares. No referido semestre, cursei Problemas Fenomenológicos e Hermenêuticos: amor e liberdade em Heidegger. Em 2010.2, Tópicos Especiais de Hermenêutica: temporalidade e cura e, em 2012.1, Problemas de Fenomenologia e Hermenêutica: as descobertas fundamentais da fenomenologia. Esse contato ampliou o meu conhecimento e proporcionou-me melhor apropriação dos ensinamentos heideggerianos com sua linguagem tão própria.

Com tal vivência, na perspectiva da compreensão da existência de relação entre a enfermagem, a gestação e a fenomenologia, fui à procura de documentos e manuais oficiais do Ministério da Saúde (MS), sobre a realização do papanicolaou na gestação, e encontrei, no manual de pré-natal e puerpério, no item que trata do roteiro da primeira consulta, a informação de que muitas mulheres frequentam os serviços de saúde apenas para o atendimento em pré-natal (BRASIL, 2006a).

³ Projeto que foi assumido e continua sendo desenvolvido pelas colegas da disciplina SMCA-I após o meu afastamento para cursar o doutorado.

É imprescindível que, nessa oportunidade, seja realizado esse exame, que pode ser feito em qualquer trimestre, embora sem a coleta de material no espaço endocervical, para que não haja nenhum estímulo que possa desencadear contrações uterinas, nem contaminação intrauterina (BRASIL, 2006a).

Mas, apesar da existência do manual referido, observei que o formulário do Sistema de Informação em Pré-natal (SISPRENATAL), que se configura como o instrumento de avaliação desse Programa, não traz qualquer menção sobre o registro desse procedimento, o que pode demonstrar a falha de integralidade na atenção à saúde da mulher, ou, ainda, que esse exame não se realiza ou não se registra no período da gestação.

Tal situação aponta que, apesar da política de atenção à saúde da mulher ter evoluído, indo além do aspecto reprodutivo, incorporando novos conceitos e valores à vida sexual com ênfase na assistência às doenças crônicas e degenerativas não transmissíveis, ainda faltam ajustes importantes, a exemplo da incorporação do registro e avaliação do papanicolaou no formulário do SISPRENATAL, que serve como fonte de avaliação do atendimento em pré-natal nos níveis municipal, estadual e federal por meio das Secretarias de Saúde.

Na maioria das vezes, o preenchimento do formulário é efetivado pela enfermeira⁴ que realiza o papanicolaou e, portanto, a mesma pode dirigir um olhar crítico sob esse aspecto e buscar discutir com seus pares, estratégias capazes de mudar essa realidade, possibilitando, talvez, uma modificação nesse instrumento que realce a importância do registro do exame, com vistas ao planejamento, execução e avaliação das políticas de saúde para as mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Importante ainda que, valendo-se de sua função de cuidar, a enfermeira, pode atuar encorajando e fortalecendo mudanças de comportamento que contribuam para a melhoria da saúde da população, baseadas na conjectura de promoção da saúde, prevenção de doenças reconhecendo a existência da subjetividade que permeia a existência humana, especialmente no período em que a mulher está grávida (MERIGHI, HAMANO, CALVACANTE, 2002).

A gravidez representa uma vivência repleta de sentimentos de prazer, satisfação, medo, ansiedade, muitos desses, ambíguos. É uma fase de vida em que há transformações fisiológicas, emocionais, sociais e conjugais que requer, por parte da mulher, contínuas e gradativas adaptações na perspectiva de mudanças nos papéis sociais e no campo das emoções (BRITO, 2011). Nessa perspectiva, esses aspectos compõem a existência-projeto, sendo que

⁴ Em todo o estudo, utilizei a abordagem profissional no feminino por considerar a predominância desse sexo na profissão de enfermagem.

esta guarda, em si, um determinado conteúdo ontológico, ainda inexplorado, pertencente à essência e à especificidade do compreender.

Portanto, falar de câncer do colo do útero nesse período demanda sensibilidade para reconhecer que a gestante necessita de acompanhamento de saúde qualificado para que complicações sejam prevenidas. Dentro dessa expectativa, insere-se o acompanhamento com a consulta pré-natal que tem, como uma das finalidades, a de acolher a mulher desde o início da gravidez.

A profissional que acolhe a gestante precisa estar sensível para compreender, além dos fatores de natureza física, a uma diversidade de outros de ordem existencial, econômica e familiar, visto que esses podem possibilitar a vulnerabilidade na adesão da mulher à consulta e à realização do exame papanicolaou no período gestacional (PEIXOTO et al. 2011).

Estudo de Lima et al. (2009) descreve que, durante muito tempo, a ocorrência do câncer no período gestacional esteve relacionada à imagem de uma doença com um desenvolvimento agressivo, de prognóstico ruim e sem muita opção de tratamento. Porém, o conhecimento disponível na atualidade permite identificar formas de prevenção e diagnóstico precoce que favorecem um prognóstico mais positivo para as mulheres que realizam o exame de papanicolaou no período da gravidez.

A ênfase na promoção da saúde e na prevenção do câncer do colo do útero pode ser assumida, também, pelas enfermeiras, pelos serviços de saúde e pelas mulheres, já que o período gestacional se configura como uma oportunidade para que se realize o papanicolaou.

Ao fazer a retrospectiva do meu processo de formação e refletindo sobre os 24 anos do meu caminhar profissional na assistência e na academia, em que foi possível desenvolver atividades nas dimensões gerencial, assistencial, de ensino, político e investigativo, indagações várias dariam suporte à demarcação do objeto de estudo, tais como: qual a compreensão da gestante acerca do papanicolaou? Como estão as publicações sobre esta temática? De que forma vem se dando as oportunidades de prevenção do câncer do colo do útero para a gestante? Por que no cotidiano do atendimento de pré-natal, algumas gestantes realizam e outras não o exame papanicolaou? As gestantes são motivadas e sabem a importância de se realizar este tipo de exame? Representa para elas apenas uma indicação médica ou de enfermagem? Essas indagações, sem dúvida, contribuíram para a definição do objeto de estudo desta tese.

Os questionamentos foram sendo lapidados, e então defini o período a ser realmente estudado, o da gestação no qual são desenvolvidas as ações e procedimentos do programa de

pré-natal. A escassez de estudos com a temática de abordagem compreensiva ao câncer do colo do útero na ótica da gestante justificou a delimitação.

Corroborando com essas inquietações, Gonçalves (2008) afirma que estudos que visam avaliar a qualidade do serviço do pré-natal em nosso país são poucos e se reduzem ao número de consultas e tipo de parto, restringindo, inclusive, a atenção à saúde da mulher sob a ótica reprodutiva.

À procura de informação sobre a taxa de cobertura das consultas em pré-natal, obtive, conforme dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), que em todas as regiões brasileiras, tem decrescido o número de mulheres com filhos nascidos vivos sem qualquer consulta de pré-natal. A maior queda ocorreu nas regiões Norte e Nordeste que continuam sendo, no entanto, aquelas com maior proporção de nascimentos sem consulta de pré-natal. O maior crescimento ocorreu na fração de 1 a 6 consultas, atingindo, em 2004, quase dois terços dos casos. Nas demais regiões, mais de 60% das mulheres com filhos nascidos vivos tiveram mais de 6 consultas em 2004 (BRASIL, 2004).

Tal situação denota que, havendo baixa cobertura na atenção ao pré-natal, especialmente nas regiões supracitadas, provavelmente também haverá baixa cobertura na realização do papanicolaou.

A baixa frequência ou a não adesão à realização de exames preventivos para o câncer do colo de útero, assim como de consultas no pré-natal são bons exemplos das desigualdades de acesso e utilização de serviços de saúde de acordo com escolaridade e renda, já que a clientela do SUS é constituída, predominantemente, pela parcela da população de menor renda e baixa escolaridade e é notório que há relação entre a baixa escolaridade e a acessibilidade aos serviços de saúde (BRASIL, 2008a).

Porém, se forem oferecidos serviços adequados e acessibilidade que atendam as demandas da gestante, pode haver a probabilidade da adesão ao atendimento, desde quando, ao sentir-se acolhida, ela dê seguimento ao atendimento.

Um estudo de base nacional, encontrou um gradiente de aumento do acesso ao exame de papanicolaou correspondente ao aumento da renda e da escolaridade, sendo a cobertura mais elevada nas mulheres de maior renda e escolaridade, quando comparadas àquelas com renda inferior a um salário mínimo e às analfabetas ou com primeiro grau incompleto, denotando um importante aspecto das desigualdades sociais (NOVAES; BRAGA; SCHOUT, 2006).

Durante um largo espaço tempo, fiquei a observar e a tentar compreender por que várias gestantes já chegavam à primeira consulta de pré-natal com o resultado do exame de

papanicolaou, e outras ainda sem realizá-lo, mesmo sendo solicitado. No entanto, com várias ultrassonografias obstétricas e exames hematológicos próprios dessa fase reprodutiva já realizados.

Por vezes, instigada por essa situação, questionava-me se a mesma ocorria devido à valorização da vida intrauterina, à perda de oportunidades das profissionais para solicitar o papanicolaou, à deficiência/ausência de informação sobre o referido exame no período gestacional, à disponibilidade de serviços ou às desigualdades sociais?

Porém, compreender o comportamento das pessoas, no que se refere à questão da saúde, é bastante complexo, pois depende de opinião, crenças, atitudes, situação social e valores pessoais sobre a saúde.

Após percorrer uma representativa trajetória de leituras, reflexões, optei por estudar a realização de prevenção do câncer do colo do útero na gestação, na ótica da mulher. Elegi a abordagem à gestante, porque entendo que é a partir das suas necessidades, tanto de forma individual como coletiva, que o atendimento em pré-natal precisa ser estruturado. O cuidado assim conduzido representa um recurso importante para diagnóstico precoce do câncer do colo do útero.

Portanto, é buscando o quem da gestante na cotidianidade da prevenção do câncer do colo do útero que apresento como **objeto de estudo: sentidos da prevenção do câncer do colo do útero para gestantes**⁵, obra de um processo reflexivo que pretende responder ao **questionamento: quais os sentidos da prevenção do câncer do colo do útero para gestantes atendidas no ambulatório da UBS/CSU, em Feira de Santana-BA, no ano de 2012?** Tenho por **objetivo compreender os sentidos da prevenção do câncer do colo do útero na ótica de gestantes.**

A palavra sentido tem aqui conotação heideggeriana que se traduz em uma circularidade compreensiva que pode representar horizonte, modos de ser, perspectiva, possibilidade. Assim, a compreensão dos significados desvela o (os) sentido (os) de ser, que implicam em modos de ser.

Num processo investigativo, Heidegger (2008, p. 40) defende que “todo questionar é um buscar”, e nesta investigação, questiono: o como da gestante na prevenção do câncer do colo do útero, interrogo: a compreensão da gestante acerca dessa prevenção e pergunto: os sentidos que fundam os modos de ser da gestante nessa prevenção.

⁵Optei pela nomenclatura Câncer do Colo do Útero por ser utilizada em todos os documentos do Ministério da Saúde (MS) e Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Na construção do objeto de estudo, para delinear o estado da arte, além de partir da minha vivência como mulher e como enfermeira/docente, e do material escrito adquirido ao longo da vida acadêmica e profissional, fiz levantamento *on-line*, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), das publicações nos bancos de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Biblioteca Cochrane, *Scientific Electronic Library* (SciELO), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), à procura de textos e documentos que discutiam as temáticas: câncer do colo do útero, gestação e fenomenologia.

Na busca pela produção existente, utilizando os referidos bancos, e digitando, em especial, os unitermos enfermagem e câncer do colo do útero, fenomenologia e câncer em gestante, gestação e câncer, observei que a maioria dos estudos encontrados tinha, como tema, os aspectos epidemiológicos e citológicos, o que denota a importância do desenvolvimento desta pesquisa a partir da abordagem compreensiva da fenomenologia heideggeriana.

Além de livros e outros materiais impressos e *on-line*, identifiquei 260 artigos, 6 teses, 8 dissertações, 7 monografias e 4 manuais fazendo alusão a questões epidemiológicas do câncer do colo do útero, ou trazendo alguma abordagem fenomenológica de outros fenômenos que me ajudaram na construção desta tese.

Os estudos específicos com gestantes tratavam do perfil epidemiológico e/ou da avaliação da qualidade do material coletado para o exame papanicolaou. Posso falar, portanto, em escassez de produções acerca da temática que estou enfocando neste estudo.

As leituras que realizei fizeram-me refletir sobre a minha formação acadêmica, sempre centrada na doença, nos estudos epidemiológicos e estatísticos, fazendo com que houvesse a valorização da patologia em detrimento da pessoa e do seu existencial, o que, talvez, justifique a representação do método quantitativo na produção científica.

O incômodo experimentado diante de como vinha atuando até então levou-me a assumir a responsabilidade, após a conclusão do curso de doutorado, de realizar, na academia e nos serviços de saúde, seja com profissionais, discentes ou clientes, uma abordagem à saúde num plano existencial, na crença de que, por tal via, estarei contribuindo com o processo de autoconhecimento para a prevenção de doenças e promoção da saúde, do que resultará, possivelmente, a corresponsabilização profissional/cliente/serviços no cuidado à saúde, em especial à gestante.

Com a possibilidade de criação desse novo perfil, as produções na área acadêmica de enfermagem na qual estou inserida como docente e orientadora, poderão agregar-se aos conhecimentos de filosofia, trazendo à tona a singularidade e a subjetividade que permeiam as relações no mundo. Pois a filosofia é o espaço mesmo do exercício do pensar, ou se quiser, do refletir. A reflexão é a coragem de tornar a verdade de nossas pressuposições e o âmbito de nossos próprios fins em coisas que, sobretudo, são dignas de serem chamadas em questões (HEIDEGGER, 2008).

Portanto, tentar compreender o sentido da prevenção do câncer do colo do útero, admito que essa atitude fenomenológica já se configura como um recurso para favorecer discussões acerca da saúde da gestante, bem como chegar à compreensão do sentido de tal prática, no seu olhar, já que, segundo Novais e Laganá (2009), existe uma lacuna científica na discussão dessa temática na ótica da mulher, assim como, de estudos que buscam o sentido da prevenção e do impacto do câncer na singularidade e subjetividade das gestantes.

Ressalto, embasada em Lopes (2009), que a pesquisa fenomenológica não parte de um problema, porque pressupõe expectativas de respostas, recaindo então na relação causa e efeito. Também não tem pressupostos teóricos. Parte de uma interrogação que busca o sentido que os indivíduos atribuem à sua experiência vivida, sentido que se desvela a partir das descrições que eles fazem.

Para Bueno (2003), às vezes, o mundo das ciências torna-se um mundo sem vida, na perspectiva do encobrimento da subjetividade humana, das relações de afetividade e acolhimento no fazer científico. Cabe, pois, à reflexão fenomenológica a função de reintegrar o mundo da ciência ao mundo da vida, porque se devem privilegiar todos os aspectos da existência humana, desde quando a fenomenologia provoca e nos proporciona a possibilidade de conhecer o mundo, os sentidos, os outros e a nós mesmos, pela interação que permeia consciência-mundo. Assim sendo, podemos assumir um compromisso ético, com o despertar para uma prática profissional mais singular a quem prestamos o cuidado.

As vivências no cotidiano profissional fortaleceram o meu desejo em realizar uma pesquisa que buscasse a aproximação do saber científico com os comportamentos das gestantes na prevenção do câncer do colo do útero por meio da realização do papanicolaou, na tentativa de compreender o ontológico dessa vivência. Portanto, ir além dos dados apresentados e registrados sobre a mulher gestante e penetrar nas descrições singulares sobre o fenômeno da prevenção do câncer do colo do útero, permitiram-me a compreensão de ser que é ontológica e se dá a partir da existencialidade que se fundamenta na compreensão de mundo.

A era da pós-modernidade vislumbra a expectativa de superar o conhecimento biomédico que ainda impera nas pesquisas de saúde, com a proposta de discussão e implementação de novos paradigmas para a ciência, incorporando novas categorias de análise. Portanto, a existencialidade, a singularidade, a subjetividade e a acessibilidade nos trabalhos científicos da área de saúde, pouco discutidos, podem vislumbrar a possibilidade da mulher ainda se encontrar distante da prevenção de algumas doenças, seja por questões de gênero, pelo desconhecimento, pela impessoalidade das profissionais de saúde ou pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde (MELO; LOPES; MOREIRA, 2011).

No dia a dia do atendimento às gestantes, observo e acompanho as várias dificuldades que elas enfrentam, quanto ao acesso ao pré-natal: horários de atendimento na unidade incompatíveis com as suas necessidades, dificuldade no aprazamento para realização do papanicolaou, problemas financeiros para chegar à unidade, problemas emocionais e conjugais que tornam a gestação uma vivência emocionalmente frágil, entre outras. Tais dificuldades levaram-me a refletir, cada vez mais intensamente, sobre a qualidade da atenção no pré-natal.

A consulta de enfermagem no pré-natal é um dos momentos mais oportunos para a abordagem da realização do exame de papanicolaou com a gestante visto que a mesma frequenta por mais vezes o serviço de saúde, talvez, esse seja, o único motivo que a leva procurar, de forma espontânea, esse serviço para o acompanhamento da gestação, representando, portanto, mais oportunidades para a solicitação, realização e avaliação desse exame, com consequentes possibilidades de efetivar o controle do câncer do colo do útero.

Compreender como as gestantes percebem, sentem e vivenciam a possibilidade de realização do papanicolaou na gestação talvez seja o primeiro passo para se definir estratégias de intervenção mais eficientes e adequadas na prevenção e controle da referida patologia, uma vez que o diagnóstico de um câncer na gestação constitui um acontecimento muito traumático, tanto para a mulher como para a família, apontando, inclusive, para o despreparo das profissionais de saúde no enfrentamento de tal situação (LIMA et al. 2009).

Atender uma mulher que teve ou tem câncer do colo do útero no período gestacional representa um momento único para a enfermeira. Dentre as situações assistenciais que vivenciei, destaco a situação de uma mulher ávida por informações, sensível, frágil e chorosa, denotando a necessidade do desenvolvimento de uma consulta de pré-natal ainda mais acolhedora, na qual a escuta era o componente mais importante para ela.

A preocupação com o curso da gravidez se mistura ao impacto do diagnóstico da doença gerando incertezas, quanto à vida da mãe e do feto. Portanto, entre as ações preventivas em

saúde, a realização do papanicolaou na gestação representa um cuidado essencial no atendimento pré-natal com vistas à prevenção e controle do câncer do colo do útero.

Este estudo atende a proposta de buscar a compreensão da gestante no cotidiano da prevenção do câncer do colo do útero, porquanto a incidência do câncer no Brasil, como em todo o mundo, cresce num ritmo que acompanha o envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida. Também, porque as mulheres são a maioria da população brasileira (51,04%) e as principais usuárias do SUS (BRASIL, 2009b; IBGE, 2010).

A alta incidência do câncer é o resultado direto das grandes transformações globais das últimas décadas, que alteraram a situação de saúde dos povos devido à urbanização acelerada, aos novos modos de vida e atuais padrões de consumo. Com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o 2º tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano (BRASIL, 2007).

Cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos, a incidência evidencia-se na faixa etária de 20 a 29 anos, e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. Ao mesmo tempo, com exceção do câncer de pele, é o câncer que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente (BRASIL, 2009a).

A média mundial de ocorrência estimada é de 49%. Em países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em 5 anos varia de 51% a 66%. Ao passo que, nos países em desenvolvimento, os casos são encontrados em fases relativamente avançadas e, conseqüentemente, a sobrevida média é menor, cerca de 41% após 5 anos (BRASIL, 2009a).

Atualmente, para o desenvolvimento da lesão intraepitelial de alto grau e do câncer invasivo do colo do útero, o Papiloma Vírus Humano (HPV) é condição necessária; porém, por si só, não é uma causa suficiente, uma vez que, para o desenvolvimento, manutenção e progressão das lesões intraepiteliais, faz-se necessário, além da persistência do HPV, a sua associação com os outros fatores de risco (BRASIL, 2009a).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) lançou uma edição das estimativas válidas como referência para os anos de 2012/2013, que menciona a ocorrência de 518.510 casos novos de câncer no Brasil. Entre eles, estão os do colo do útero que, nos referidos anos, poderão ser 17.540, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres. Os cânceres mais incidentes, no sexo feminino, são, por ordem de ocorrência, 1ºmama, 2ºcolo do útero e 3ºintestino (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

Dados do INCA (2012) apontam que, sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (24/100mil). Nas regiões Centro-Oeste (28/100mil) e Nordeste (18/100mil), no Sudeste (15/100mil) e no Sul (14/100mil).

Sendo assim, pretendo, mediante o presente estudo, chamar atenção para a necessidade de se “re-pensar” os encontros que se estabelecem entre as enfermeiras e gestantes na consulta de pré-natal, com ênfase na prevenção do câncer do colo do útero, na perspectiva de que as atitudes e comportamentos da gestante na realização do papanicolaou sejam vistos como forma de compreender o vivido da gestação, de estar com o outro, estabelecendo um olhar sensível para o desenvolvimento de confiança na relação profissional /cliente, despontando situações que fomentam o desenvolvimento desta pesquisa.

Vislumbro, neste estudo, subsídios para uma abordagem à prevenção do câncer do colo do útero em gestantes, na perspectiva de que elas possam participar da dinâmica de seu atendimento, não só de acordo com os pressupostos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), mas com as várias possibilidades de ser acolhida de modo compreensivo.

A PNAISM apresenta, entre seus objetivos específicos, a ampliação e a qualificação da atenção clínico-ginecológica nos serviços especializados e na atenção básica, tendo como metas a melhoria da qualidade de vida, a redução da morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas na população feminina e a assistência às demais queixas e agravos ginecológicos (BRASIL, 2007).

Visa inserir as mulheres na atenção ginecológica, especialmente nas ações relativas ao controle do câncer de mama e do colo uterino e às Doenças Sexualmente Transmissíveis/Infecções Sexualmente Transmissíveis (DST/IST)⁶ / Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/aids.

Vale lembrar que, na perspectiva do desenvolvimento desta tese, corroborando com Minayo (2000), o tema qualidade de vida deve ser compreendido sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através da interface entre várias disciplinas, seja do senso comum que permeia as ações e olhares ao cotidiano, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas. No âmbito da saúde, quando visto numa acepção ampliada, o tema se apoia na compreensão das necessidades humanas, tanto materiais como existenciais, tendo no conceito de promoção da saúde o seu foco mais relevante.

⁶ Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são exclusivas de transmissão sexual, e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são aquelas que não são de contágio ou transmissão sexual exclusiva.

Quando vista de maneira mais focalizada, a qualidade de vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade, que afetam não somente a estrutura física, mas, sobretudo a emocional. Portanto, as profissionais de saúde, entre elas as enfermeiras, podem atuar no âmbito em que podem influenciar diretamente, aliviando a dor, o mal-estar e as doenças, intervindo sobre os agravos que podem gerar dependências e desconfortos, seja para evitá-los, minorando as consequências dos mesmos ou realizando intervenções para diagnosticá-los ou tratá-los adequadamente (MINAYO, 2000).

Nessa perspectiva, argumento, também, com base na PNAISM, a possibilidade dos resultados desta tese serem incorporados nas áreas de ensino, pesquisa e extensão nos cursos de Graduação e Pós-Graduação *Lato e Stricto Sensu* em Enfermagem, como forma de buscar uma abordagem compreensiva fenomenológica à gestante, que necessita, ao ser atendida no pré-natal, compreender a importância da prevenção do câncer do colo do útero.

Essa forma de abordagem poderá envolver, especialmente, a área acadêmica com o incremento de estratégias metodológicas que favoreçam o desenvolvimento de oficinas, projetos e programas com os discentes e docentes, na tentativa de incorporação de um modelo de atenção à saúde centrado na pessoa e sua existencialidade e não apenas nos serviços com suas normas e rotinas, às vezes tão rígidos e tecnocratas.

2 CONTEXTUALIZANDO O *CORPUS* DA PESQUISA

2.1 Horizonte das patologias do trato genital inferior em gestantes e a dimensão epidemiológica do câncer do colo do útero

Neste subcapítulo, são abordadas as ocorrências de patologias do trato genital inferior, mais comuns na gestação, entre elas, as leucorreias, as colpites e cervicites, a infecção pelo HPV e, finalmente, o câncer do colo do útero.

A gestação representa uma fase biológica de vida em que a mulher está mais susceptível a desenvolver desconfortos e patologias próprias da gravidez, uma vez que ocorre um processo de adaptação, rejeição e até mesmo alterações do sistema imunológico, favorecendo, dessa forma, o aparecimento de sinais e sintomas característicos de patologias do trato genital inferior.

Estar gestante pode significar a probabilidade da mulher desenvolver intensas adaptações anatômicas, hormonais, fisiológicas, psicológicas, sociais, culturais e bioquímicas que levam ao desencadeamento de alterações. A vagina, como toda cavidade natural do ser humano, dispõe de mecanismos que a mantêm úmida e lubrificada. Porém, sendo uma cavidade escura e com secreções, torna-se um ambiente favorável para o desencadeamento de fonte de culturas microbianas patogênicas.

O mecanismo de proteção vaginal ocorre por ação dos ovários, com a produção de progesterona e estrogênio, que vão interferir na síntese do glicogênio utilizado pelos *bacilos de doderlein* tendo como excremento metabólico o ácido lático que vai manter o pH vaginal ácido em torno de 3,6. Essa acidez protege a vagina contra agentes agressores. Mas, caso haja redução dessa acidez e elevação do pH, há facilidade para o desenvolvimento das colpites e cervicites (GARCIA, 2007).

A leucorreia é uma queixa muito comum na gestação, decorrente do aumento gradual da quantidade de secreção vaginal em razão do aumento do estrógeno. A coloração do tipo leitosa deve-se à descamação do epitélio cervical que pode acompanhar a hipertrofia e a hiperplasia da superfície da vagina e do colo uterino além da transudação causada pelo aumento da vascularização local (ZAMPIERI, 2007).

Porém, se o fluxo vaginal for de coloração anormal do tipo amarelado, esverdeado ou com outra característica e apresentar odor fétido, podem estar sendo desencadeadas alterações dos tipos colpíte ou vaginite que representam a inflamação do epitélio vaginal e/ou cervicite

que se refere à inflamação da cérvix uterina. São fatores etiológicos das colpites: a deficiência ovariana, as doenças metabólicas, entre elas, a diabetes e o uso de antibioticoterapia que pode eliminar os *bacilos de doderlein*. A utilização de substâncias alcalinas na vagina em forma de sabonetes, absorventes perfumados, lubrificantes vaginais à base de óleos, entre outros também alteram o pH vaginal (GARCIA, 2007).

Outros fatores podem igualmente ser considerados, como, os hábitos higiênicos deficientes ou incorretos, a penetração vaginal precedida de penetração anal sem que haja higiene do pênis ou troca do preservativo, a masturbação com objetos contaminados e relação sexual com parceiros contaminados com agentes que desencadeiam DST/IST (GARCIA, 2007).

Dentre as ISTs que podem contribuir para a ocorrência de lesões pré-invasivas, está a infecção pelo HPV. Entre os anos 70 e 80, surgiram as primeiras evidências de probabilidade de associação do HPV com o câncer do colo do útero, e, no fim dos anos 90, identificava-se a presença viral em aproximadamente 100% dos casos dessa patologia.

Sabe-se, atualmente, que o surgimento do câncer do colo do útero está associado à infecção por um dos 13 tipos oncogênicos do HPV. Outros fatores de risco são o tabagismo, a baixa ingestão de vitaminas, a multiplicidade de parceiros sexuais, a iniciação sexual precoce, o uso de contraceptivos orais e coinfeção por agentes infecciosos, como o HIV e a *Chlamydia trachomatis* (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011). Os tipos habitualmente associados ao câncer do colo do útero são o HPV 16 e o 18 (FERREIRA, 2009).

Para Fedrizzi et al. (2008), os casos de lesões intraepiteliais cervicais de alto ou baixo grau que irão evoluir para o carcinoma são aqueles associados aos vírus de alto risco oncogênico. Os HPVs tidos como oncogênicos têm tropismo por células do epitélio de transição da ectocérvice, as quais infectam e induzem a transformação neoplásica. A persistência da infecção com esses tipos específicos de HPV, em particular os tipos 16 e 18, é o fator responsável pelo desenvolvimento e manutenção de uma neoplasia intraepitelial cervical com progressão para o câncer invasor.

Sendo a enfermeira uma profissional que atua na área de ginecologia, no momento da consulta ginecológica, realizando o papanicolaou, deve conhecer a evolução das patologias do trato genital inferior, inclusive a associação com o HPV e sua classificação, para que haja um efetivo diagnóstico precoce com identificação de lesões precursoras do câncer do colo do útero, em especial, nas gestantes.

O combate ao câncer do colo do útero teve significativos avanços após a confirmação da contaminação pelo vírus HPV, sendo ele o agente etiológico mais frequentemente associado às lesões precursoras desse tipo de câncer. Contudo, a maioria das infecções por HPV é assintomática e autorresolutiva, podendo ter regressão espontânea em até 80% dos casos. Porém, em cerca de 20% das mulheres, a infecção pelo HPV pode ser persistente, com a chance de evoluir para câncer cervical em até 10% dos casos. O diagnóstico precoce da infecção, especialmente nas mulheres com um elevado risco de desenvolvimento do câncer, possibilita o acompanhamento clínico ou intervenções terapêuticas curativas nas lesões precursoras (BRINGHENTI et al. 2010).

A associação desse agente etiológico de transmissão sexual com o câncer do colo do útero começou na década de 70 quando o infectologista alemão Harold Zur Hausen constatou, inicialmente, que o HPV poderia ser o agente associado ao aparecimento de verrugas e condilomas. Após alguns anos de estudo, o vírus finalmente foi relacionado com o câncer do colo do útero (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010).

Na década de 90, com o advento da clonagem molecular, estudos multicêntricos confirmaram a presença do DNA do HPV em quase 100% dos epitélios dos carcinomas invasivos. Esse vírus é considerado o agente infeccioso de transmissão sexual mais comum.

Conforme Nakagawa, Schirmer e Barbieri (2010), estimativas apontam que o número de mulheres portadoras do DNA do vírus HPV em todo o mundo chega a 291 milhões, e cerca de 105 milhões delas no mundo inteiro terá infecção pelos sorotipos 16 ou 18 considerados de alto risco ou oncogênicos, pelo menos uma vez na vida.

No Brasil, tem-se o perfil de prevalência do vírus de alto risco semelhante aos países subdesenvolvidos: 17.8% a 27% com uma prevalência maior nas mulheres na faixa etária abaixo dos 35 anos e, a partir dessa idade até os 65 anos, as taxas permanecem de 12 a 15%. Essa prevalência maior se delimita nos países dos continentes mais pobres do mundo: África e América do Sul, incluindo o Brasil, e as taxas mais baixas encontram-se nos países da Europa e da Ásia Central (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010).

Segundo dados do INCA, pelo menos 4 mil mulheres morrem a cada ano no Brasil, por câncer do colo do útero associado ao HPV. Entretanto, de acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), são mais de 8 mil mortes (PASSOS, 2010).

Por ser o HPV um vírus com larga disseminação mundial e distribuição universal, e por causar doenças graves como as neoplasias, é de grande importância clínica e epidemiológica conhecer os fatores associados aos processos de infecção e oncogênese, visando dessa forma

contrabalancear as influências dos fatores de risco e prever o impacto das vacinas recentemente desenvolvidas (FEDRIZZI et al. 2008).

A triagem da população para câncer do colo do útero ainda representa um desafio-chave para o Brasil e demanda um plano estruturado, com ações qualificadas para a realização do papanicolaou e um sistema de referência e de contra-referência. A discussão do uso da vacina contra o vírus do papiloma humano deve representar uma prioridade no calendário nacional de imunização.

O INCA tem planejado estratégias para estimular as pessoas a procurarem tratamento de modo precoce. Parcerias com organizações não governamentais e a mídia, assim como o treinamento em serviço das profissionais de saúde podem contribuir para a formação de uma rede efetiva de cuidado e prevenção, assim como para enfatizar a importância de condutas salutaras no combate ao câncer do colo do útero (SILVA; MAGALHÃES, 2013).

Mas, conforme Iwamoto et al. (2011, p. 425), 40% da população feminina brasileira nunca foi submetida ao exame papanicolaou que rastreia lesões precursoras do câncer, em especial as causadas pela ação do HPV, e apenas 7,7% das mulheres, público alvo dessa ação, têm a cobertura efetiva de programas governamentais. Referem que, por mais que as ações de prevenção tenham aumentado nos últimos anos, ainda se observa elevada tendência de mortalidade por esse agravo. Há mulheres com diagnóstico de câncer do colo do útero que nunca realizaram o exame.

Todos esses dados demonstram a necessidade de se enfatizar ainda mais as ações socioeducativas de caráter acolhedor, pois o aliado mais forte na prevenção, diagnóstico precoce e controle do câncer do colo do útero com a associação pela contaminação pelo HPV, além do exame papanicolaou, é a informação para tomada de decisão consciente a respeito de uma vida sexual protegida.

Mas, um determinante social da saúde, cuja importância nem sempre é reconhecida com o destaque que merece, é o acesso à informação. De fato, o acesso a fontes e fluxos de informação em saúde aumenta o conhecimento e a capacidade de ação, permitindo a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida. Por outro lado, a dificuldade de grande parte da população, no acesso ao conhecimento e à informação, diminui, significativamente sua capacidade de decidir e atuar em favor de sua saúde e da coletividade. As iniquidades de informação são, portanto, especialmente graves, pois, ao reforçar a exclusão, têm o poder de gerar e ampliar outras iniquidades (PELLEGRINI FILHO, 2002).

Os efeitos do nível de informação para tomada de decisão se manifestam das mais diferentes formas: na percepção dos problemas de saúde; na capacidade de entendimento das informações sobre saúde; na adoção de estilos de vida saudáveis; no consumo e utilização dos serviços de saúde; e, finalmente, na adesão aos procedimentos terapêuticos (BRASIL, 2008a).

Os serviços de saúde, por meio da sua rede de profissionais, são capazes de diminuir a exposição aos fatores de risco para a saúde de indivíduos e grupos, assim como a vulnerabilidade, e, principalmente, as consequências da exposição a esses fatores de risco. O acesso equitativo aos serviços de saúde é, portanto, de grande importância para diminuir os diferenciais observados em relação a tais aspectos.

Há de se reconhecer que o rastreamento do câncer de colo do útero está amplamente disponível, e a cobertura autorrelatada para o teste de papanicolaou está adequada de maneira geral, mas, o acesso permanece problemático nas áreas mais pobres, denotando ainda, as desigualdades sociais existentes em nosso país (SCHMIDT et al. 2011).

Essas desigualdades representam, ainda, um desafio para o acesso e utilização dos serviços de saúde que, em grande medida, estão relacionados com a estrutura e o funcionamento dos sistemas de saúde, o que faz com que esses sejam bastante permeáveis às políticas setoriais. Vale lembrar que os determinantes da utilização de serviços de saúde estão relacionados às necessidades de saúde (morbidade, gravidade e urgência da doença), aos usuários (idade, sexo, renda, educação, região de moradia), aos prestadores de serviços (especialidade, experiência profissional, tipo de prática, formas de pagamento), à organização da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatório, acesso geográfico, modo de remuneração) e à política do sistema de saúde (tipo de sistema de saúde, proposta assistencial, distribuição de recursos, legislação, entre outros) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Estudo realizado por Gonçalves et al. (2011) com puérperas, mostrou que 95,3% das entrevistadas tinham conhecimento sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino. No entanto, 36% das mulheres entrevistadas permaneceram sem nunca terem realizado a citologia cervical mesmo após o pré-natal.

Portanto, os desafios incluem assegurar que as mulheres com maior risco para o câncer do colo do útero sejam captadas pelo sistema de saúde, programar o rastreamento desse tipo de câncer em todo o país, especialmente em gestantes; e fornecer monitoramento completo de 100% das mulheres rastreadas para esse tipo de câncer. Tais ações poderão possibilitar o tratamento imediato e eficaz para as mulheres com diagnóstico positivo, além de possibilitar investimento num sistema de informação que ofereça dados fidedignos sobre o rastreamento

desse tipo de câncer na gestação.

Dois enormes desafios ainda são a eliminação das longas listas e filas de espera para assistência ambulatorial especializada, serviços de diagnóstico e cirurgias, e a transferência do tratamento da maioria das complicações de condições crônicas das emergências hospitalares para tratamento ambulatorial (SCHMIDT et al. 2011).

Portanto, pensar em estratégias de empoderamento da mulher com base na informação para a prevenção do câncer do colo do útero pode aumentar suas habilidades individuais e coletivas, para lidar com a doença e o sistema de saúde, além de desempenhar maior controle sobre sua vida e seu estado de saúde.

O câncer está inserido no rol das Doenças Crônicas não-Transmissíveis (DCNTs) que vêm aumentando no Brasil. Em 1998, elas eram responsáveis por 66% dos DALY (anos de vida com qualidade que são perdidos devido à doença). Já em 2005, no estado de Minas Gerais, eram responsáveis por 75% dos DALY (66% dos DALY de mortalidade e 87% dos de morbidade). Considerando-se, entre outros fatores, o progressivo envelhecimento da população, a tendência é que continuem aumentando (BRASIL, 2011, p.421).

Com o aumento da longevidade populacional mundial, há a perspectiva de progressivo aumento das DCNTs. No Brasil, elas alcançam, atualmente, 72% do total de óbitos. O desafio provocado pelas DCNTs foi debatido mundialmente no ano de 2011 pela Organização das Nações Unidas (ONU). A resposta do governo brasileiro a esse desafio foi a criação do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento dessas doenças no país a ser executado no período de 2011-2022.

O Plano de Ações Estratégicas focou o enfrentamento em 4 principais doenças: cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica e diabetes, as de maior magnitude, correspondendo a 80% das DCNTs. Em relação a câncer do colo do útero, está previsto ampliar a cobertura do papanicolaou em mulheres de 25 a 64 anos de idade, de 78% (2008) para 85%(2022) (BRASIL, 2011).

A incidência de câncer do colo do útero no Brasil ainda é muito alta, com taxas próximas às de países que possuem a maior incidência: Peru e alguns países africanos. Esse achado é consistente com a prevalência extremamente alta (14-54%) do vírus do HPV nas mulheres brasileiras pesquisadas (SCHMIDT et al. 2011).

A incidência do câncer do colo do útero é expressiva na faixa etária de 20 a 29 anos, o risco aumenta e atinge seu pico na faixa de 45 a 49. No Brasil, o rastreamento populacional é recomendado pelo MS prioritariamente para mulheres de 25 a 60 anos de idade, através do

exame de papanicolaou, realizado com periodicidade de três anos, após dois exames consecutivos normais, no intervalo de 1 ano, sendo que a cobertura deve alcançar 80% da população-alvo (CRUZ; LOUREIRO, 2008, INCA, 2010, BRASIL, 2007).

Porém, observa-se que o maior número de mulheres que realizam o exame papanicolaou está abaixo de 35 anos de idade, enquanto o risco para a doença aumenta a partir dessa idade (CARVALHO; QUEIROZ, 2010).

Com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o 2º tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pela morte de cerca de 230 mil mulheres por ano. No Brasil, para 2012/2013 são esperados 17.540 casos, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2012).

A despeito desses números elevados, trata-se de um tipo de câncer altamente prevenível, pois possui um agente específico, o HPV, e pode ser rastreado em suas fases pré-malignas. É considerado o câncer que apresenta o maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente. O HPV desempenha papel central na carcinogênese. Atualmente, é reconhecido como o agente causal inequívoco de condilomas, neoplasias intraepiteliais e carcinomas cervicais (BRINGHENTI et al. 2010).

Segundo Cruz e Loureiro (2008), mesmo com as campanhas e programas governamentais, no Brasil, o câncer do colo do útero ainda apresenta uma alta taxa de morbimortalidade e continua sendo um problema de saúde pública, apesar dos conhecimentos técnicos de prevenção serem suficientes para produzir a cura. Com a consumação do sexo desprotegido e sem a realização periódica do papanicolaou, a mulher fica ainda mais exposta a esse tipo de patologia.

O diagnóstico de câncer traz grande carga emocional para a paciente e familiar, gerando muito mais insegurança quando se trata de uma gestante. Os dados clínicos, estatísticos e epidemiológicos nos apresentam, em números, situações que podem representar dor, sofrimento e desagregação familiar quando essa patologia se estabelece ou evolui especialmente no período gestacional. Quanto mais precocemente for detectado o câncer na gestante, mais chances de sucesso no prognóstico haverá. Porém, não raro, as dúvidas sobre a conduta terapêutica atrasam as tomadas de decisões, podendo piorar o prognóstico materno (NOVAIS; LAGANÁ, 2009).

Estudo realizado por Peixoto et al. (2011) identificou o reduzido número de mulheres que realizaram exame ginecológico de controle durante a gestação atual. Tal exame se faz importante para a detecção de IST e lesões precursoras do câncer do colo do útero, situações

que podem interferir negativamente no processo de gestação, parto e puerpério.

Foi observada, ainda, a limitação de estudos voltados para a compreensão do impacto da vivência do câncer na gestação e na subjetividade de gestantes, assim como estudos epidemiológicos sobre a questão, evidenciando certa despreocupação com a temática por parte da comunidade científica e profissionais de saúde, entre eles, a enfermeira.

Portanto, subsidiar e incentivar a realização de práticas preventivas no cuidado à gestante é um papel de suma importância para a enfermeira que realiza o acompanhamento PN, tendo em vista a possibilidade do empoderamento da gestante para a realização da prevenção/deteção precoce do câncer e IST, devendo esse aspecto estar inserido em sua prática clínica e científica (PEIXOTO et al. 2011)

Com base nesses estudos e na prática clínica diária de enfermagem, as discussões cotidianas sobre o câncer de colo de útero me remetem a reflexões sobre o processo de adoecimento e morte de mulheres, especialmente as que estão gestantes, haja vista que, ao imaginarmos uma gestação, sempre associamos a um processo de saúde e de vitalidade e nunca de adoecimento e morte.

Para Villa e Pereira (2009), a permanência marcante do câncer do colo do útero em nosso país evidencia a frágil relação entre as políticas pensadas e as práticas realizadas. Portanto, refletir sobre as implicações éticas e filosóficas das práticas das profissionais de saúde e sua responsabilização em perceber o sujeito e suas necessidades além do corpo ou segmento do corpo doente, no seu agir diário, seja no mundo da vida, onde todos circulamos, ou no mundo do trabalho em saúde, no qual alguns de nós circulam, pode ser uma estratégia para a melhora nos indicadores de morbi-mortalidade por essa patologia.

Assim, não há como desvincular o sistema de saúde, da cidadania dos usuários e dos trabalhadores, pois ambos são possuidores de direitos que, somados, redundam em qualidade de vida para todos, numa relação simétrica, possibilitando serem portadores dos mesmos direitos, se assumindo como sujeitos de mudança (VILLA; PEREIRA, 2009).

Mas, para pensar na perspectiva das mulheres e fazer uma ponte com o exercício da cidadania, é importante o questionamento de qual mulher estamos cuidando. Pois a clientela feminina no serviço público faz parte de um elenco que, muitas vezes, sofre discriminação, inclusive pela baixa escolarização e pobreza, o que a torna bastante vulnerável à precarização da assistência a saúde.

Apesar dos avanços alcançados nos últimos anos na inserção de novas gerações no sistema escolar, quando se considera o grupo de mulheres em idade fértil (15 a 49 anos),

verifica-se que, em algumas regiões, ainda é bastante elevada a proporção dessas mulheres com baixa escolaridade.

Trabalhando com o conceito da UNESCO sobre analfabetismo funcional (menos de 4 anos de instrução), constata-se que a Região Nordeste apresenta, historicamente, as mais elevadas proporções de mulheres nessa categoria, cujos valores, que eram de 44,9%, em 1991, vêm declinando ao longo dos anos (39,1%, em 2000 e 20,3%, em 2005). Ou seja, no período 1990/2005, ocorre uma redução de 54,8%, na proporção de mulheres de 15 a 49 anos analfabetas funcionais, similar à média nacional (BRASIL, 2008a).

Entretanto, é importante destacar que, considerando o país como um todo, essa proporção, em 2005, era de 12,3%, sendo que as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentam valores bem abaixo desse parâmetro (8,4%). Na Região Norte, esse valor 16,1% é levemente inferior ao observado para o Nordeste (20,3).

Esses indicadores apontam que é necessário refletir sobre o agir profissional quando cuidamos da saúde das mulheres, pois o processo de educação em saúde deve permear todo o entendimento da mulher, quanto à promoção da saúde e à prevenção de doenças (BRASIL, 2008a).

Para Zanetti (1994), apud Simões e Souza (2002), o sistema de saúde não atende as especificidades e peculiaridades que giram em torno da atenção à saúde da mulher, porque, apesar da estrutura tecnológica, os atendimentos ainda são baseados na técnica, na impessoalidade e na medicalização do corpo feminino, o que pode denotar que nem todos os avanços são compatíveis com melhora dos indicadores epidemiológicos, especialmente acerca do câncer do colo do útero.

Ao nos reportarmos aos números, importa compreender que a vigilância é um dos componentes fundamentais para o planejamento e monitoramento da efetividade de programas de controle do câncer bem como a avaliação de seu desempenho. Um sistema de vigilância estruturado fornece informações sobre a magnitude e o impacto do câncer, como também sobre o efeito das medidas de prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos.

Para o estabelecimento de medidas efetivas de controle, além de se pensar num planejamento em saúde que leve em consideração a existencialidade de quem cuidamos, fazem-se necessárias informações de qualidade sobre a distribuição de incidência e de mortalidade, o que possibilita melhor compreensão sobre a doença e seus determinantes; formulação de hipóteses causais; avaliação dos avanços tecnológicos aplicados à prevenção e tratamento, bem como a efetividade da atenção à saúde (BRASIL, 2007).

Os registros de câncer de base populacional e hospitalares são parte desse sistema de vigilância, porém, Simões e Souza (2002) chamam atenção para os dados estatísticos sobre a saúde da mulher que revelam e explicam facetas da realidade epidemiológica porque mostram a repetição, porém, não apontam para a compreensão do fenômeno. Coadunando com tal ideia, Lima et al. (2009) apontam que há necessidade de estudos voltados ao entendimento do impacto da realização do papanicolaou na subjetividade das mulheres que vivenciam tal experiência, em especial, as gestantes.

No Brasil, não se conhece o número de mulheres examinadas, mas, sim, o número de exames, o que dificulta o cálculo da cobertura. Todavia, estimativas feitas a partir de estudos nacionais e locais mostram o aumento da cobertura ao longo do tempo. Em muitos casos, porém, ainda inferior ao necessário (BRASIL, 2006b). Percebe-se que os números apresentam uma realidade numérica que não reflete necessariamente a situação de saúde da mulher.

O risco de câncer numa determinada população depende diretamente das características biológicas e comportamentais, assim como, de condições sociais, ambientais, políticas e econômicas. Tal entendimento norteia a aplicação de investimentos em pesquisas de avaliação de risco e em ações de prevenção. Na prática, identificar um desses elementos pode ser suficiente para os avanços na prevenção.

Aproximadamente todos os casos de câncer do colo do útero são causados por um dos 13 tipos do HPV atualmente reconhecidos como oncogênicos pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC). A missão da IARC é coordenar e conduzir pesquisas sobre as causas de câncer humano, os mecanismos da carcinogênese e desenvolver estratégias científicas para a prevenção e controle dessa patologia. É vinculada à Organização Mundial da Saúde (OMS) e está envolvida na investigação epidemiológica e laboratorial, além de divulgar informação científica através de publicações, reuniões, cursos e bolsas de estudo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Até a década de 1990, o teste papanicolaou convencional constituiu-se na principal estratégia utilizada em programas de rastreamento voltados ao controle do câncer do colo do útero. Novos métodos de rastreamento, como testes de detecção do DNA do HPV e inspeção visual do colo do útero, utilizando ácido acético ou lugol a 5%, são apontados, como eficazes na detecção precoce com a possibilidade de impacto na redução das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero (BRASIL, 2009a).

No Brasil, o exame papanicolaou é a estratégia de rastreamento recomendada pelo MS prioritariamente para mulheres de 25 a 59 anos. É estimado que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por esse câncer pode ser alcançada através do rastreamento de mulheres na

faixa etária de 25 a 65 anos com o teste de papanicolaou e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma *in situ*.

Para tanto, é necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes. Nessa perspectiva, a enfermeira representa uma forte aliada na redução estimada, haja vista sua capacitação para a realização do papanicolaou nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no Programa de Saúde da Família (PSF), contribuindo, dessa forma, para o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer do colo do útero.

Recentemente, agências de regulamentação de medicamentos de vários países aprovaram, para comercialização, as vacinas contra a infecção pelo HPV. Em nosso país, estão registradas, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA/MS), a vacina quadrivalente contra HPV 6, 11, 16 e 18, desenvolvida para a prevenção de infecção pelos tipos virais mais comuns nas verrugas genitais (HPV 6 e 11) e a bivalente contra HPV tipos 16 e 18, associados ao câncer do colo do útero. A incorporação da vacina contra HPV no Programa Nacional de Imunizações (PNI) está em discussão pelo MS e pode se constituir, no futuro, em importante ferramenta no controle do câncer do colo do útero (BRASIL, 2009a).

Porém, apesar da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do MS recomendarem o uso de tais vacinas, chamo atenção de que essa conduta isolada pode, apenas, minimizar a situação e morbi-mortalidade por câncer, em especial o do colo do útero. Pois, como venho colocando desde o início, é necessário pensar em estratégias que possam ir além do tratamento das doenças, é necessário dialogar com a pessoa, estabelecer um encontro em que o seu vivido possa servir de base para uma conduta que vá além da terapêutica medicamentosa e ela possa, em sua existencialidade, compreender a importância da promoção da saúde e da prevenção das doenças.

2.2 Significando aspectos relacionados à gestação e à prevenção do câncer do colo do útero em gestantes: cuidado compreensivo

Neste subcapítulo, dada a escassez de produções com recorte para a abordagem compreensiva ao câncer do colo do útero e gestação, trago, como contribuição, reflexões entre os aspectos da patologia e o cuidado às mulheres que têm o diagnóstico dessa doença na gestação, na perspectiva de que possamos modificar o nosso agir em saúde.

Englobando todas as etiologias de câncer que coexistem com a gravidez, estudo realizado por Novais e Laganá (2009) apontou que a estimativa de incidência do câncer de

colo uterino é de 1:1000, o que representa cerca de 5% da população de mulheres gestantes. Há uma prevalência do câncer do colo do útero em mulheres gestantes de 5,7%, índice semelhante ao encontrado na literatura, em torno de 5%, com a ressalva que, no Brasil, as publicações a respeito do tema sejam escassas e sem estatísticas atualizadas.

Trata-se do câncer mais comum entre os cânceres associados à gravidez, uma vez que a gestação gera um desequilíbrio na flora vaginal favorecendo a contaminação e o desenvolvimento tanto do HPV quanto por outros agentes infecciosos.

Porém, sua incidência não é alterada devido à gestação. A alta incidência de detecção constatada deve-se à procura dos serviços de saúde, pelas mulheres nessa condição, para a realização do pré-natal. Não fosse a gestação, talvez, essas mesmas mulheres nem procurassem a unidade de saúde para a realização do papanicolaou (NOVAIS; LAGANÁ, 2009).

Portanto, defendo que, na consulta pré-natal, em que se preconiza a solicitação do papanicolaou, o encontro de presenças (enfermeira/gestante) seja permeado pelo sentido da compreensão da mulher, quanto à realização e à procura do resultado desse exame com vistas à prevenção do câncer do colo do útero, e que nenhuma oportunidade de solicitação do exame seja perdida nessa consulta.

Um terço dos casos de carcinoma cervical ocorre no período reprodutivo, sendo que, cerca de 3% dos diagnósticos são realizados durante a gravidez. Evidências atuais indicam que gestantes apresentam maior chance de terem diagnosticadas lesões iniciais, pois a gravidez é uma excelente oportunidade para o rastreamento dessa neoplasia, já que faz parte da rotina pré-natal o exame preventivo (GONÇALVES, 2008).

Contudo, há a ressalva de que é necessário intensificar a preocupação com a qualidade das amostras citológicas, instituir sua vigilância por meio de medidas de controle de qualidade oferecendo capacitação e atualização aos recursos humanos envolvidos na coleta do exame citopatológico para a prevenção do câncer colo do útero (MANRIQUE et al. 2009).

Na realidade, as mudanças associadas à gestação existem e são provocadas pela ação do estrogênio. Dentre as mais clássicas e que dificultam o exame de papanicolaou, atrasando o diagnóstico do câncer do colo do útero, tem-se o aumento significativo do volume cervical que, em alguns casos, pode vir a triplicar, causando a eversão do canal endocervical, traço marcante principalmente nas primíparas.

Essa eversão, exposta à acidez natural da vagina e a outros fatores menos relevantes, causam modificações epiteliais intensas que, em presença do HPV, pode iniciar um processo atípico com progressão para o câncer do colo do útero (NOVAIS; LAGANÁ, 2009).

A gravidez não tem efeito sobre a evolução desse tipo de câncer, mesmo com as transformações epiteliais decorrentes do período gestacional associadas à infecção das mulheres pelo vírus do HPV, principal agente desencadeador do desenvolvimento da neoplasia, e a sua interrupção não tem ligação com a melhora da doença. Porém, conforme Novais e Laganá (2009), estudos indicam maior incidência de infecção por HPV em mulheres gestantes e jovens.

Portanto, é importante ampliar o debate sobre a atenção no pré-natal para além do campo fisiológico, na tentativa de compreender o sentido da prevenção do câncer do colo do útero para a gestante, desde quando há evidências de que a implantação da citologia oncológica, no atendimento básico de saúde, parece preocupar-se apenas com os aspectos biológicos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, deixando uma grande lacuna acerca dos aspectos psíquicos, emocionais e existenciais relacionados à essência do ser mulher que realiza o exame papanicolaou (BRITO; NERY; TORRES, 2007).

Tal movimento envolve a intersubjetividade e a empatia, que devem possibilitar o acolhimento à mulher na consulta pré-natal. Conforme Brito, Nery e Torres (2007), na literatura sobre o exame papanicolaou com ênfase na prevenção para o câncer do colo do útero, encontram-se, predominantemente, estudos focalizados nos aspectos biológico e epidemiológico, nos quais a mulher é vista como um órgão sexual reprodutor, desvinculada do contexto social, psíquico e emocional em que está inserida.

Por isso, acredito que a consulta de enfermagem no pré-natal é uma das ferramentas eficazes de que a enfermeira dispõe para envolver e fortalecer o saber da mulher, no intuito de torná-la mais informada, com a possibilidade de detectar precocemente o câncer do colo do útero no período gestacional.

O pré-natal representa um momento importante na detecção precoce do câncer do colo do útero, bem como se constitui em um momento ímpar para se programar e implementar ações educativas sobre essa temática. Portanto, é uma oportunidade que não se deve perder para a realização do papanicolaou, já que a gestante tem maior assiduidade aos serviços de saúde (ALONSO, 2010).

A profissional que atua no pré-natal deve refletir sobre as responsabilidades que lhe cabem, entre elas, identificar problemas de saúde, especialmente com a solicitação e avaliação do exame de colpocitologia oncológica para a prevenção do câncer do colo do útero. Por outro lado, a gestante, para estar motivada a realizar as consultas e os exames no pré-natal, deve sentir-se segura e confiante em quem lhe assiste.

Neste estudo, na perspectiva heideggeriana, que defende o cuidado numa abordagem compreensiva, a consulta pré-natal representa um encontro de presenças no qual a gestante e a enfermeira têm a possibilidade de compreender a facticidade da prevenção do câncer do colo do útero. Em Heidegger (2008, p.102), a facticidade diz respeito a um conceito que abriga em si o ser-no-mundo de um ente cujo “destino” está ligado ao dos outros entes que lhe vêm ao encontro dentro de seu próprio mundo.

Com a compreensibilidade, o encontro enfermeira/mulher é permeado por situações singulares do vivido da mulher bem como pelo processo burocrático representado por livros de registro, formulários estatísticos, prontuários clínicos, e estes últimos, muitas vezes, não apresentam a situação existencial da gestante que vai realizar o exame papanicolaou.

Portanto, há de se ter um olhar atento e uma apreensão dos dados registrados durante a consulta de pré-natal, para que possamos significar o encontro. O êxito no rastreamento do câncer do colo do útero na gestação pode depender não só da reorganização dos serviços de atenção à saúde da mulher, mas, sobretudo, da compreensão da mulher como um ente permeado por valores, emoções, crenças e sentimentos que determinam, ou não, a adesão ao exame, inclusive na perspectiva da prevenção do câncer do colo do útero.

Pensar em atitudes antecipatórias, como medidas de proteção ou cautela, quanto a determinada situação, especialmente aquela que vincula os estados de saúde e/ou doença, impulsiona-me a adentrar por uma discussão sobre a possibilidade de se evitar o câncer do colo de útero em gestantes numa abordagem compreensiva existencial, refletindo sobre os modos de ser da mulher e em que perspectiva ou direção o cuidado preventivo está se estabelecendo.

Também, é lembrar que, segundo Collière (1999, p.26), desde que surge a vida, existem cuidados, porque é preciso “tomar conta” da vida, para que ela possa permanecer. Todos os seres vivos sempre precisaram de cuidados, porque cuidar, tomar conta, é um ato de vida.

Para Hesbeen (2000), o cuidado designa o fato de estar atento a alguém ou a alguma coisa. No campo da saúde, designa atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar e promover a saúde.

Durante muito tempo, o cuidar foi visto sempre associado à execução de algum procedimento de enfermagem, dando ênfase a uma técnica bem realizada, seguindo princípios científicos com base nas teorias de enfermagem, porém, sempre atrelado a uma prescrição médica ligada a alguma patologia.

Com a introdução de novos conhecimentos que permitiram a interdisciplinaridade na

área de saúde, como a filosofia e a psicologia, a prática da técnica deixou de ser primordial e passou-se a dar importância, também, às intervenções dentro de um contexto em que algumas situações de saúde são avaliadas nos aspectos social, psicológico e existencial.

Desde então, tem-se dado ênfase ao conceito de cuidado de si e de humanização no ato de cuidar, visando o bem-estar de quem precisa desse cuidado (WALDOW, 2001). Podemos afirmar que o cuidado e a prevenção têm um importante significado no contexto atual que é em defesa da vida, e a evolução de conceitos e das práticas na área de saúde vem se tornando essencial para se trabalhar no âmbito da saúde pública, já que as profissionais dessa área estão assumindo cada vez mais a responsabilidade de educar, orientar e cuidar, para prevenir (SILVA, 2010).

Nessa perspectiva de cuidado em defesa da vida, é imprescindível reconhecer que o câncer do colo do útero é uma patologia que pode ser 100% prevenida desde que as lesões precursoras sejam diagnosticadas e tratadas precoce e adequadamente, uma vez que essa patologia se constitui num problema de saúde pública em âmbito mundial, além de ser também considerada uma das neoplasias malignas que mais ocasiona mortes na população feminina (ALONSO, 2010).

Ao discutir a temática, tentei encontrar estratégias que permitissem à gestante ter uma gravidez com possibilidade de evitar o câncer do colo do útero em 100% dos casos, desde que haja um olhar preventivo sobre as lesões precursoras e investimento na tática de educação em saúde.

Na América Latina, essa patologia se constitui uma das primeiras causas de morte em mulheres depois do câncer de mama. Dados apresentados por Alonso (2010) apontam que, na Argentina, é o segundo tipo de câncer mais diagnosticado. Estima-se que, nesse país, a cada ano ocorrem cerca de 3mil casos novos, e morrem aproximadamente 1.800 mulheres vitimadas por essa neoplasia maligna. No mundo, estima-se a ocorrência de 500 mil casos anuais e 80% desses ocorrem em países em desenvolvimento.

Considerando que o Brasil é um país em desenvolvimento, a magnitude desse evento epidemiológico representa um alto índice de morbi-mortalidade, indicando a necessidade de estratégias de ampliação, adesão e realização do papanicolaou. Mas, não basta introduzir a oferta dos exames preventivos na rede básica. É preciso mobilizar as mulheres mais vulneráveis a comparecerem às unidades básicas de saúde e implementar os sistemas de referência para o que for necessário encaminhar.

O exame papanicolaou foi instituído por George Nicholas Papanicolaou, médico grego

que dedicou a vida aos estudos sobre a citologia cérvico-vaginal, em 1917. Esse profissional descobriu como ocorria o processo de ovulação, e esse fato levou-o à descoberta de vários padrões e sequências citológicas diferentes que determinavam o ciclo ovariano e menstrual (CARVALHO; QUEIROZ, 2010).

Segundo Carvalho e Queiroz (2010), por volta de 1920, esse médico elaborou uma técnica para estudar as células vaginais e do colo do útero, conhecida como citologia esfoliativa, utilizada até os dias atuais na prevenção e controle do câncer do colo do útero.

Iniciou as coletas citológicas em sua esposa, pois, à época, as mulheres se restringiam ao lar, e a maioria não exercitava sua sexualidade e eram vistas apenas como esposas e mães. Então, seus corpos não podiam nem deviam ser expostos. Somente algum tempo depois, ele conseguiu realizar o exame em algumas grávidas e pós-menopausadas, podendo então definir o ciclo sexual por esfregaços vaginais e do colo.

Em 1923, após 3 anos de estudo, sugeriu o uso do seu método para o diagnóstico do câncer do colo do útero em todas as mulheres, porque, àquela época, o exame de diagnóstico era a biópsia, que se realizava em estágios adiantados da doença. Mesmo com as restrições sociais, científicas e religiosas da época, conseguiu reduzir em 10%, em poucos anos, a mortalidade por câncer do colo do útero entre mulheres que se submetiam ao exame. O papanicolaou foi introduzido no Brasil, na década de 50, com as mesmas dificuldades culturais, religiosas e sociais de outros países, mas contou com certa adesão por parte das mulheres (CARVALHO; QUEIROZ, 2010).

A prevenção do câncer do colo do útero, assim como o diagnóstico precoce e o tratamento, requer a implantação articulada de medidas de sensibilização e mobilização da população feminina, investimento tecnológico e em recursos humanos, organização da rede, disponibilidade dos tratamentos e melhoria dos sistemas de informação (BRASIL, 2009b).

Mas, apesar da necessidade desses investimentos, é imprescindível reconhecer, como nos afirma Lopes (1999, p.119-120), que “há uma grande vazão na prevenção do câncer do colo do útero, que é o afastamento de propósitos entre cliente e profissional de saúde”, porque a profissional, advogando que o exame é indolor, de baixo custo, rápido e gratuito, considera-o como obrigatoriedade, não compreende que a prevenção não envolve somente a sua vontade. Nesse movimento, exerce a assistência preventiva de modo autoritário e com descompromisso no ser e no fazer profissional.

Em razão dessa realidade, é importante pensar em caminhos que oportunizem cada vez mais o acesso das mulheres ao papanicolaou. Porém, existem motivos que também

influenciam a não realização desse exame, especialmente sob a ótica feminina.

Ao tentar identificar alguns desses motivos, Ferreira (2009) encontrou resultados em que, para determinado segmento de mulheres, o desconhecimento sobre o câncer do colo de útero, da técnica e da importância do papanicolaou se configuravam como causas principais para a não-realização do mesmo.

Outros motivos referidos foram: sentimentos de medo, vergonha e constrangimento tanto na realização do exame como na possibilidade de ter um resultado positivo para o câncer, seguido da queixa de dificuldade de acesso aos serviços, seja pela distância geográfica ou pelo acúmulo de tarefas domésticas e maternas que impediam essas mulheres de realizarem o exame (FERREIRA, 2009).

Esses sentimentos e situações existenciais, na ótica das mulheres, estão diretamente ligados com a impessoalidade do procedimento tão invasivo, com a exposição do corpo, com a sexualidade e com os tabus relacionados ao assunto.

Conforme Pelloso, Carvalho e Higarashi (2004), esses sentimentos avassaladores de constrangimento e ansiedade comprometem o trabalho preventivo porque a profissional de saúde parece não compreender a situação de quase abandono em que a mulher se encontra, às vezes, encarando o procedimento como algo corriqueiro, cotidiano e sem importância.

Estudo de Valente et al. (2009), sobre o conhecimento de mulheres acerca do exame papanicolaou, apontou, também, que há noção incorreta sobre a importância e finalidade desse procedimento, e que determinado grupo de mulheres referiu ter a finalidade de impedir o desenvolvimento do câncer. Essa noção distorcida daria lugar a que o grupo se despreocupasse da continuidade do acompanhamento por acreditar estar protegido, tornando possível a ocorrência de uma alta taxa de morbi-mortalidade por essa doença.

Outro aspecto que deve ser valorizado na prevenção do câncer do colo do útero é a importância que a mulher concede à procura do resultado. O estudo de Valente et al. (2009) apontou que muitas mulheres acreditavam que, após o exame, podiam ficar tranquilas, pois já estariam protegidas.

Os informes emitidos por esses estudiosos demonstram e reforçam que a prevenção pode ser entendida como uma estratégia multifacetada, com influências socioeconômicas, culturais, políticas, pessoais, familiares e também de compromisso das profissionais de saúde que podem, a partir do acesso a fontes de informação sobre o tema, compor um leque de possibilidades e oportunidades que possam favorecer a mulher em qualquer fase biológica de vida, na superação de fatores que impeçam o crescimento dessa patologia, inclusive no

período da gestação.

No que se refere à construção de oportunidades para as mulheres, Gonçalves (2008), realizando um estudo de intervenção com 230 gestantes, cuja coleta de dados foi no período do puerpério, identificou que 222 (96,5%) conheciam o exame papanicolaou. Mesmo assim, no início do pré-natal, apenas 134 (58,3%) relataram que, em algum momento na vida, já o haviam realizado. Entretanto, 96 (41,7%) confirmaram nunca terem realizado o referido procedimento.

Das gestantes estudadas, 155(67,4%) não tinham o papanicolaou atualizado, sendo então oferecida a oportunidade de realização do exame no pré-natal a 61 (39,4%) delas. Ao final, 52 (85,2%) haviam realizado o referido exame, e apenas 9 (14,8%) deixaram de realizá-lo por ser identificado fluxo vaginal que impediria a coleta, seguido da referência do sentimento de medo por estar gestante, e também por dificuldade de acesso à unidade.

Para melhor compreender a prática da prevenção na perspectiva de aumentar a cobertura do papanicolaou, é importante reconhecer o que cada pessoa traz interiorizado: seus valores, cultura, experiências vividas, crenças, expectativas de vida, ideias pré-concebidas que, ao longo da existência, vão influenciar suas percepções, inclusive a partir das oportunidades que lhe são oferecidas nos serviços de saúde.

O modo de viver, ser, sentir e perceber-se no mundo se traduz em comportamentos individuais e ou de uma coletividade frente ao processo saúde-doença, e as profissionais de saúde que atendem a mulher na realização do papanicolaou devem ir ao encontro do que elas pensam e esperam da realização desse exame, buscando alcançar medidas preventivas baseadas no desenvolvimento de uma consciência crítica, com vistas a mudanças no quadro epidemiológico de morbi-mortalidade feminina (PELLOSO; CARVALHO; HIGARASHI, 2004, BRITO; NERY; TORRES, 2007).

Os dados anteriormente citados, referentes a estudos com gestantes e às situações existenciais, referendam que o sucesso no controle do câncer do colo do útero pode estar vinculado, também, à relação de cuidado estabelecida entre profissional e cliente, na qual as orientações e procedimentos possam ser entendidos atendendo a ótica de ambas (SIMÕES; SOUZA, 2002).

As informações a que tive acesso, somadas às minhas experiências profissionais, suscitaram, em mim, questionamentos como: será que no Brasil, no que se refere ao câncer do colo do útero, as medidas de prevenção que priorizam a atenção primária estão sendo valorizadas e incentivadas? Há um cuidado compreensivo para a gestante na prevenção do

câncer do colo do útero?

Tais questionamentos vão ao encontro do estudo de Lima et al. (2009), que trata da temática gestação e câncer do colo do útero, evidenciando que os aspectos clínicos e de manejo terapêutico são abordados com maior frequência, especialmente porque os profissionais que têm escrito sobre esse tema têm formação acadêmica na área médica, centrada na visão biologicista, com a preocupação situada no tratamento e cura, configurando, pois, uma atenção à saúde centrada na prevenção terciária.

O estudo também apontou que, apesar de serem em menor expressividade quantitativa, pesquisas de enfermagem assinalam para a abordagem ao conhecimento de gestantes, quanto à prevenção do câncer do colo do útero e de mama ou à percepção e aceitação dos métodos preventivos. Contudo, necessitam ser mais ampliadas, pois a formação em enfermagem permite a valorização de práticas educativas que visem à mudança de comportamento para a possível incorporação de modos de vida mais saudáveis, de forma a favorecer um cuidado compreensivo, aquele centrado na pessoa.

Com essa abordagem, a enfermagem pode abrir um leque de opções para desenvolver pesquisas, de modo a favorecer um cuidado compreensivo. Os estudos compreensivos permitem que apareçam a subjetividade e a singularidade dos fenômenos vivenciados pelas pessoas no processo saúde doença.

A dimensão existencial e singular implica estabelecer inter-relações pessoais com o oferecimento de possibilidades de construção da autonomia, e não da dependência da gestante, no que diz respeito à prevenção do câncer do colo do útero. Isso significa empregar atitudes que deem origem a espaços de diálogo que permitam, tanto à gestante quanto à profissional, verbalizar sentimentos, num processo de valorização de saberes para construção da saúde (BARRANCO; MOREIRA; MENEZES, 2010).

Para Sales (2008), atualmente vivencia-se, no âmbito das ciências da saúde, principalmente na enfermagem, uma tendência de cuidadoras para fugir da responsabilidade de serem elas mesmas, de cuidarem do seu existir e de seu poder ser essencial, vivendo numa dimensão da coisificação. Coisificar pode dificultar a aplicação do cuidado compreensivo. No processo de coisificação, o outro se torna também uma coisa, um objeto, um número, e não uma pessoa que, no seu cotidiano, necessita de cuidados que ampliem o seu horizonte na prevenção de patologias.

Há de se pensar, compreender, buscar e imprimir, nos serviços de saúde, o cuidado numa perspectiva existencial, identificando a possibilidade de mostrar ao outro, no caso aqui

específico, à gestante, que vivenciamos as experiências quando tomamos consciência de estar lançado no mundo.

O compreender permite, à pessoa, o acesso a sua existência e à dos outros seres que partilham o mundo com eles, e a pessoa só pode compreender o seu passado e o seu futuro a partir do presente (FERREIRA, 2007).

Sendo assim, o cuidado, dentro da circularidade ôntico/ontológica, pode ser considerado uma pedra fundamental na construção de um novo mundo da saúde, pois ele representa o evento do ser em nós, ele é a possibilidade de abertura do ser humano nesse seu estar no mundo. *Ser e Tempo* faz uma alusão à desconstrução da ontologia tradicional, abrindo horizontes em torno de uma ontologia que oferece a possibilidade de realizarmos um cuidado fundamentado na existência humana.

Resgatar o cuidado singular, nesses momentos de reflexão sobre mudanças de atitudes, é calar o “eco” da impessoalidade, da objetividade, da indiferença e fazer florescer e acordar a consciência da solicitude de quem cuida e de quem é cuidada (SALES, 2008, p.568).

Nessa relação ôntico/ontológica, pode ocorrer o processo de abertura da pessoa que, ao estar no mundo, para Heidegger (2008), está estruturada e pode se manifestar como afetividade ou disposição; como compreensão e como linguagem.

Entre essas formas de mostrar-se ao mundo, a linguagem torna possível compreender a situação do homem no mundo, e essa possibilidade pode fazer despertar o sentimento de solicitude por outrem, conduzindo-se ao amor e à comunicação direta. Conseqüentemente, poderá se encontrar em situação de cuidado consigo mesmo, e com os outros na cotidianidade, favorecendo um crescimento tanto pessoal quanto profissional (HEIDEGGER, 2008).

Portanto, na reflexão de Brustolin (2010), ao se compreender que a existência é uma suspensão temporária entre o nascimento e a morte, há de se questionar e investir num cuidado que preserve a existência, valorizando-se a saúde, numa relação que se aprecie a escuta e o agir com respeito a uma existencialidade.

Este é o meu chamado: Que possamos ouvir a voz da filosofia a nos atrair para a busca do sentido do cuidado, em especial, do cuidado à gestante na prevenção do câncer do colo do útero!

2.3 Compreensão existencial do cuidado à saúde da mulher: perspectiva heideggeriana

A necessidade de expor, neste subcapítulo, uma compreensão existencial do cuidado adveio da crença em que, na minha trajetória profissional, no cotidiano de atenção à saúde da mulher, eu já trazia, em pensamentos e ações, uma forma de cuidar que valorizasse a existência de quem eu cuidava.

Essa compreensão vem do conhecimento teórico e da prática diária observando e acompanhando mulheres que, ao se submeterem ao exame de papanicolaou, deixam aflorar sentimentos diversos, entre eles, de vergonha e de constrangimento. A exposição do corpo feminino, segundo Wunsch et al. (2011), traz consigo uma construção cultural permeada por valores e crenças, e, no contexto da impessoalidade do procedimento, há características que fragilizam a proposta de prevenção, pois a ideia de expor as áreas íntimas produz, também, timidez e acanhamento.

Destarte, há um fator importante o qual se refere ao construto que as mulheres fazem diante da palavra câncer, ou seja, seus saberes acerca da patologia o que, às vezes, as impede de realizar o exame por sentirem medo e angústia, quanto à possibilidade do diagnóstico (WUNSCH et al. 2011).

Portanto, na prática profissional, vivencio acolher com sensibilidade a mulher de quem cuido, pois, pela própria identidade feminina, tentando compreender a situação existencial da mesma, consigo estabelecer uma relação de confiança e cumplicidade no momento da realização do exame.

Importa dizer que as leituras de estudos fenomenológicos desenvolvidos por enfermeiras fortaleceram a minha sensibilidade, pois, pautar o cuidado de enfermagem nessa perspectiva filosófica requer uma aproximação e um movimento interior, em especial de quem cuida e pesquisa, porquanto os momentos existenciais representam as possibilidades de encontros com vivências que se mobilizam e se movimentam em direção ao outro, a pessoa cuidada/pesquisada.

Desse movimento, surgem novos entendimentos, novas perspectivas e novas probabilidades de estar no mundo e, de modo específico, no mundo da saúde. Nesse fato se encontra a razão de construir esta tese e propor uma forma de abordagem à saúde, com uma compreensão existencial, especialmente no âmbito da saúde da mulher.

No que se refere às possibilidades de um caráter inovador, podemos pensar nas atitudes fenomenológicas como um eixo condutor que tem, na abordagem filosófica, um bom

elemento, pois apresenta um caráter questionador além de oferecer um convite para se pensar nos modelos, conceitos e questões já dadas como fechadas e absolutas, possibilitando o repensar das práticas em saúde (MARTINS, 2004).

Para Anéas e Ayres (2011), a obra de Martin Heidegger emerge como um importante contributo filosófico incorporado progressivamente ao campo da saúde, representando um suporte para a reconstrução das tradicionais concepções de homem, mundo e verdade, reconstrução essa que oferece suporte para se revisitar e acessar os sentidos das práticas sanitárias.

Em Ferreira (2013b, p.19), na perspectiva heideggeriana, “a fenomenologia faz ver o desvelamento de ser de um ente, o qual Heidegger nomeia verdade”. Desta forma, a fenomenologia é necessária para explicitar o acontecimento da verdade do ser e da verdade do ente.

Considerando que existimos em um mesmo mundo e que a pesquisa fenomenológica nos permite investigar as peculiaridades sobre vivências, dirijo-me ao encontro com a gestante que está realizando a prevenção do câncer do colo do útero, na expectativa de captar o sentido dessa vivência. O livro *Ser e Tempo*, produzido por Martin Heidegger, forneceu-me os fundamentos para compreender a dimensão da existência e de mundo e, assim, chegar à compreensão do fenômeno da prevenção do câncer do colo do útero, na perspectiva da gestante.

Importa registrar a necessidade de compreender a dimensão existencial apresentada por esse filósofo que, nessa obra, segundo Menezes (2009, p.70), mergulha num processo de busca e reflexão sobre a existência humana. Desenvolve uma abordagem analítica existencial sobre a compreensão do humano e “define a essência do homem como existência, possibilidade. O ser humano foi lançado e se projeta sobre uma série infinita de possibilidades que sempre estão diante dele”. Nessa perspectiva, é compreendido como ser de possibilidades.

Dentro desse contexto fenomenológico, ainda há algumas características do nosso existir, tais como: a vivência do tempo ou temporalidade e a liberdade ou amplitude da existência, que vão determinar nossas capacidades e nossos limites. Portanto, saúde e adoecimento estão nesse contexto, são existenciais e representam polos constituintes da totalidade da existência; são maneiras de existir que se alternam, o que indica um campo fértil para a pesquisa fenomenológica (FORGHIERI, 2004).

Nesse existir, Heidegger (2008) concentra-se na compreensão da vida fática do homem,

que significa estar lançado ao mundo. Em *Ser e Tempo*, ele o designou, terminologicamente, por *Dasein*, indicando uma condição existencial de possibilidades de um pensamento, que não se define e nem se esgota com a racionalidade categorial de conceitos, chega a uma dimensão do pensamento. O pensador descobre que palavras são fontes de sentido que precisam ser sempre buscadas, descobertas, liberadas para serem fontes de sentido e não, portadoras ou continentes do já sabido.

O termo *Dasein*, também traduzido como Ser-aí ou Presença⁷, busca referir ao fundamento da existência na perspectiva da indissociabilidade existente entre o humano, origem e destino de toda a ontologia, e o mundo. A constituição fundamental da presença é ser-no-mundo. Portanto, as ações do cuidado em saúde se dão no mundo. E, neste estudo, a concepção de mundo se refere a um espaço de abertura e de desvelamento, sendo o mundo um existencial e, como tal, se abre e é desvelado pela presença (ANÉAS; AYRES, 2011).

Nesse movimento de estar lançado no mundo é que Heidegger (2008, p.18) compreende a transcendência como a temporalidade do ser e estar a caminho, ou seja, o modo como a presença existe, a saber, [...] “finitamente, sendo em si mesmo, para além de si mesmo, superando a si num antecipar-se a si” [...] sendo, sempre de novo, a cada vez.

A compreensão existencial do cuidado à saúde da mulher nos remete à apropriação de evitarmos a cisão entre aspectos técnicos do cuidado e a relação interpessoal, pois essa deve ir além da obtenção de informações objetivas e relevantes para o raciocínio clínico, adentrando, então, na singularidade de quem vivencia esse cuidado, podendo este representar a dimensão das possibilidades humanas (ANÉAS; AYRES, 2011).

O humano é ser-no-mundo, existindo sempre em relação a algo ou alguém; é uma estrutura de realização e está sempre superando os limites entre o dentro e o fora. Existimos sempre em relações definidas pelos significados que percebemos nos entes (FORGHIERI, 2004).

Com apoio nesse pensamento, posso afirmar que o cuidado compreensivo numa abordagem fenomenológica poderá existir se chegarmos ao ontológico-existencial que busca não o que, mas o quem/o como das experiências impressas no ser que, para Heidegger (2008), é como algo que se torna presente, manifesto, percebido compreendido e, finalmente, conhecido para o humano. O como nos dá o modo de ser, já que o homem é essencialmente existência, e a cada vez se dá um modo de ser.

⁷ O termo “presença” adotado nesta tese, refere-se a tradução utilizada por Márcia Sá Calvacante Schuback, no livro *Ser e Tempo* – 2008, para o termo alemão “*Dasein*”, que numa tradução literal significa *ser-aí*. Heidegger utiliza “*Dasein*” para referir ao homem no sentido de sua existência como ser-no-mundo (ser-em, ser-junto-a, ser-com).

Estudos que abordam a compreensão da vivência do humano no processo de saúde e doença consistem, necessariamente, em identificar as redes de significados e aprofundar os estudos científicos a partir da singularidade da vivência humana. Assim, os estudos fenomenológicos têm demonstrado ser uma porta aberta para a possibilidade de reflexão e melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem. Ao fazer uma abordagem existencial às questões de saúde e doença, estamos abrindo possibilidades às pessoas cuidadas e cuidadoras para uma assistência com base na integralidade (BAPTISTA; MERIGHI; FREITAS, 2011).

A fenomenologia não busca relações causais, descreve o fenômeno da experiência vivida e, no campo existencial, a atitude de descrever a situação de saúde nos remete a um modo de pensar que valoriza a singularidade do ser. O olhar à saúde do outro nos permite avançar em modos de ser, possibilitando mudanças de atitudes, adequando, cada vez mais, o cuidado à saúde daquelas pessoas que atendemos e acolhemos no cotidiano profissional.

Tem-se aí a defesa da não fragmentação e da não coisificação da pessoa que necessita ser cuidada, uma vez que essa está inserida num contexto de experiências vividas que precisam e devem ser resgatadas quando estabelecemos um contato para a promoção à saúde e a prevenção de doenças. A mudança do olhar à saúde possibilita mudança no atendimento, que passa a valorizar a singularidade de cada indivíduo.

É nesse patamar de discussão que se insere a abordagem na filosofia fenomenológica para os cuidados à saúde, desde quando as atitudes filosóficas apresentam-se como indagações sobre o mundo que nos rodeia e as relações que estabelecemos com ele. Com esse direcionamento, a rede de saúde, também representada pelas profissionais desse setor, deve buscar aperfeiçoar a procura por um corpo de conhecimentos que seja inovador e que fortaleça as informações de quem cuida e de quem é cuidado, na perspectiva de fortalecimento de saberes libertadores (CARRARO et al. 2011).

A esse respeito, Ferreira (2011a, p.155) aponta que liberdade é entendida como “deixar-ser o outro naquilo que ele é; a liberdade é o fundamento para o desvelamento do modo próprio de ser da presença”.

Dessa forma, ao abordar sobre a compreensão existencial para a saúde, quero referenciar uma ação em saúde que seja sensível para o aspecto libertador, que traz, em seu âmago, a necessidade de compreensão. Conforme Ferreira (2011a, p. 157), há de existir a doação de ser-com o outro, para que cada um seja “livre para ser o que propriamente se é, e ir à busca de possibilidades”. Entre essas, podemos destacar a possibilidade de liberdade que podemos proporcionar à gestante na prevenção do câncer do colo do útero.

Nessa perspectiva, Vattimo (1971) infere que há de se perceber um horizonte aberto e acessível que, em vez de limitar a liberdade da compreensão, a torna possível, favorecendo a natureza própria do homem que, em essência, é o existir. É nesse contexto da existencialidade que devemos centrar o nosso olhar para a construção de conceitos em saúde que possam valorizar a singularidade de cada gestante que realiza o exame papanicolaou. Esse talvez seja o salto existencial que tenhamos que dar ao propor uma compreensão existencial à área da saúde da mulher, numa perspectiva fenomenológica heideggeriana.

Sem dúvida, tal salto nos permitirá compreender que existe algo a mais que o tecnicismo e o conhecimento científico, também importantes no cuidado à saúde, esses devem se somar à construção de novos conceitos em saúde que possam acompanhar o sentimento de vida e acolhimento a quem procura pelo cuidado. E esse movimento exige algo mais do que a técnica, a experiência profissional e o conhecimento científico (GADAMER, 2011). Exige compartilhamento do mundo-vida, em que o vivido se estabelece em um tempo e espaço existencial permeado por valores culturais, sentimentos e experiências individuais ou coletivas.

O esperado, então, é que alcancemos uma assistência com base na compreensão do vivido das gestantes, dando lugar à compreensão desse mundo-vida nos encaminhando para um cuidado mais singular, aquele em que podemos ser com o outro na busca da compreensão da situação de cuidado requerido pela gestante na prevenção do câncer do colo do útero.

Assim pensando, Paula e Madeira (2003) apontam que, no atendimento preventivo do câncer do colo do útero, deve-se permitir que se estabeleça um encontro, subsidiado pela valorização da mulher como um ser histórico, inserido num contexto em que é possível oferecer oportunidades de escuta e confiança que lhe favoreçam possibilidades de um apropriar-se do seu corpo, do seu pensar, e do seu agir, re-significando, quem sabe, as experiências vividas na prevenção do câncer do colo do útero.

Compreender existencialmente a gestante que vivencia essa prevenção significa abranger os seus modos de ser no cotidiano, que podem estar encobertos, velados ou ocultos pela rotina dos serviços e, sobretudo, pela atitude impessoal das profissionais de saúde. Dessa forma, ela necessita ser vista como ser de possibilidades, com características singulares, e essa compreensão deve nos instigar a reflexão sobre o nosso cuidado e desvelo no atendimento a essa mulher (SALIMENA; SOUZA, 2008).

Portanto, o cuidado precisa passar pela compreensão da singularidade, pois, para Heidegger, o cuidado é, na visão de Brustolin (2010), condição de possibilidade para se

pensar a vida humana em suas relações pessoais e sociais. Cuidado representa uma atitude, um modo de ser-no-mundo. Não deve ser uma atitude fragmentada, isolada, mas mútua, exigindo a ocupação da vida humana consigo mesma e com o outro numa temporalidade. Ou seja, a cada momento o cuidado é um e, portanto, deve ser singular.

Pensar num contexto filosófico heideggeriano para a construção de uma abordagem à saúde da mulher, numa esfera existencial, representa fertilizar, ainda mais, a relação entre filosofia e saúde com uma postura crítico-reflexiva, tomando-se por base o conceito de cuidado como acolhimento e condição de possibilidade que favorece uma circularidade compreensiva ao fenômeno da existência (BRUSTOLIN, 2010). Nesse sentido, há de se apropriar de ideias, conceitos, estruturas e teorias para se destinar um olhar mais cuidadoso à gestante na prevenção do câncer do colo do útero.

O desdobramento dessa fusão pode nos oferecer a possibilidade de recriar e compor um novo quadro de atenção à saúde da mulher, com base numa ontologia que considere as estruturas do ser, do ente, da presença, como forma de projetar um cuidado em que profissionais de saúde e cliente possam assumir um projeto de promoção à saúde e prevenção de doenças com base na existencialidade, ou seja, no vivido de cada um ao se encontrar no mundo da saúde.

Ontologicamente, a presença é ser-no-mundo; isso representa mais que situar-se no mundo como uma coisa entre as coisas. Representa uma estrutura ontológica em que estar lançado ao mundo exige a compreensão de uma estrutura existencial permeada pela disposição afetiva, a pré-compreensão e a linguagem (ROCHA, 2010).

Na disposição afetiva, os entes se mostram em um clima de tonalidade afetiva, essa entendida por Heidegger como humor. Na pré-compreensão, há antecipação das interpretações que elaboram as possibilidades projetadas na compreensão e, finalmente, a linguagem que regula os pronunciamentos daquilo que nos afetou e foi por nós interpretado.

Portanto, defender a adequação da abordagem existencial aplicada à saúde da mulher requer conhecimento e compreensão de que essas três estruturas estão entrelaçadas, mas há prevalência das disposições afetivas, pois nossas interpretações estão impregnadas de afeto, e, entre essas disposições afetivas, estão a solicitude e a singularidade que podem e devem ser elementos essenciais para se pensar e agir no âmbito da saúde da mulher.

Para Heidegger (1981), solicitude é o relacionar-se com alguém, com o outro, numa maneira envolvente e significante; tem uma ligação íntima e estreita com o ter consideração e ter paciência com o outro. Sendo que paciência e consideração não são princípios morais, mas

a forma que vivemos com os outros por meio de experiências e expectativas do vivido. A singularidade se refere à apropriação, significando apropriar-se das coisas ao se relacionar com elas, ou seja, nas relações, é incluir o outro no projeto da existência (VATTIMO, 1971).

Quando nos relacionamos com os entes que estão ao nosso redor e pautamos o nosso agir em estruturas, baseadas no tecnicismo, na autoridade e poder sobre a saúde do outro, Rocha (2010) considera que o cuidado mostra-se sob a forma de ocupação com esses entes. Estamos, de fato, favorecendo um contato não-empático e de pouco ou nenhum significado, o que pode impactar negativamente no vivido daquele ente na promoção da saúde e prevenção de doenças.

Eis por que é preciso avançar do ocupar-se para o preocupar-se, para o encontro, pois, nessa estrutura, o cuidado toma a dimensão da solicitude, e dirigimos, à pessoa, uma atenção com dedicação afetiva. Na preocupação, nós não apenas nos ocupamos com os outros, mas, com eles criamos laços afetivos de solicitude e de dedicação. Na ocupação, lidamos com objetos, na preocupação, lidamos com a singularidade de cada pessoa e, dessa forma, como profissionais de saúde, estabelecemos uma relação de diálogo.

Atravessar a lacuna existencial da ocupação para a preocupação é uma forma de demonstrar que jamais devemos perder de vista que a função da profissional de saúde é cuidar do ser humano, oferecendo o acolhimento e a escuta necessários, para que haja a libertação não só do sofrimento físico e psíquico, permitindo a descoberta de possibilidades existenciais para a construção de uma vivência autêntica de quem cuida e de quem é cuidada (ROCHA, 2010).

Na área de enfermagem, isso pode significar a possibilidade de compreender a singularidade da mulher e oportunizar conhecer o significado de sua vivência no processo saúde-doença, pois o sentido de ser, a razão de ser da vida humana, o amor, o desespero, a felicidade e o acolhimento merecem, sem dúvida, uma meditação filosófica de natureza compreensiva para que se possa ter a abertura para o existencial ser-com que representa compreender a gestante como um ente de possibilidades, além do biologicismo (SILVA; MERIGHI, 2006).

O que foi discutido no segundo subcapítulo inspira o desafio da construção de uma concepção e de um agir no mundo da saúde pautado num cuidado que possa desenvolver e aplicar novas estratégias de compreensão e possibilidades de vivências em busca de uma abordagem filosófica heideggeriana à saúde da mulher, em especial, na formação acadêmica da enfermeira, estendendo-se, também, para o desenvolvimento de cursos de capacitação e

atualização para docentes, discentes e serviços de saúde, com vistas à defesa de um atendimento, centrado na pessoa e não na doença, e com um olhar de solicitude e, em particular, à gestante na prevenção do câncer do colo do útero.

3 FENOMENOLOGIA HEIDEGGERIANA COMO IDENTIDADE FILOSÓFICA E METÓDICA

É do cotidiano que Heidegger parte para aproximar os problemas fundamentais da existência utilizando as expressões ôntico e ontológico, existenciário e existencial. O termo existenciário refere-se à dimensão ôntica do existir, o termo existencial se refere à dimensão ontológica.

Na ótica do filósofo alemão, tudo que a pessoa percebe, entende, conhece de imediato é ôntico/existenciário, é o que diz respeito ao ente. Ente é tudo que compreendemos, com quem nos relacionamos, é também considerado o que simplesmente é como nós somos, é o que é identificado.

Portanto, com a apreensão e interiorização das expressões heideggerianas e agregando a minha vivência na academia e nos serviços de atenção à saúde da mulher, a fenomenologia heideggeriana foi o sustentáculo teórico-filosófico escolhido para o desenvolvimento desta tese, visto que, a fenomenologia possibilita lançar um olhar compreensivo à vivência da gestante na prevenção do câncer do colo do útero.

Para Heidegger (2008), o ser se manifesta, e o desvelamento do ser é o ente. O que diz respeito ao ser é ontológico e, ao ente, é ôntico. A essa relação circular ôntico/ontológica, ele denomina diferença ontológica. Portanto, necessariamente, a questão do ser nos remete à diferença ontológica entre ser e ente. Assim, as questões de mundo e homem são modos de pensar sobre o ser e copertencem a essa diferença. Por isso, compreendemos o ser em meio aos entes e estes pela visão de seu ser (FERREIRA, 2013a).

A palavra fenomenologia foi utilizada, pela primeira vez, pelo matemático, astrônomo, físico e filósofo suíço-alemão Johan Hheinrich Lambert (1728-1777) e, posteriormente, por George Friedrich Hegel, nos estudos concernentes à *Fenomenologia do Espírito*, em 1807. Entretanto, como movimento filosófico, a fenomenologia surge no início do século XX, com a obra *Investigações Lógicas* de Edmund Husserl (1859-1938) (MOREIRA, 2002).

Ainda segundo Moreira (2002), Husserl, um dos poucos filósofos contemporâneos sem formação filosófica, estudioso da matemática, somente entrou no terreno da filosofia por influência de Franz Brentano, seu mestre.

Nos fins do século XIX, num momento de busca de superação da dicotomia entre sujeito e objeto, entre o homem e o mundo, imposta pelo racionalismo e pelo empirismo e, posteriormente, pela corrente positivista, surge a sistematização do movimento fenomenológico com Edmund Husserl (BUENO, 2003).

Husserl tornou-se fenomenólogo, para tentar resolver os impasses a que era conduzido quando tentava fundamentar a aritmética através da psicologia (ABRÃO, 1999). Moreira (2002, p.62) relata que, para Husserl, a fenomenologia era uma forma totalmente nova de se fazer filosofia, deixando de lado as especulações metafísicas abstratas. Essa separação possibilitou-lhe entrar em contato com as “próprias coisas”, conferindo destaque à experiência vivida.

Nesse longo e difícil caminho de construção do método fenomenológico de investigação, ele obteve seguidores, entre os quais, Martin Heidegger que, mais tarde afastou-se de seu mestre, construiu e deixou uma herança importante sobre o conhecimento do humano como ser de possibilidades.

A fenomenologia tem sido um dos movimentos filosóficos mais importantes e fascinantes do século XX e, desde o seu aparecimento, estabeleceu relações diretas de confronto com a psicologia. Por constituir-se em um método de investigação reflexivo e rigoroso, tem paulatinamente conquistado espaço nas abordagens de pesquisa qualitativa (MOREIRA, 2002).

O termo fenomenologia, segundo Moreira (2002, p. 63), deriva de duas palavras gregas: “*phainomenon*, particípio presente de *phainesthai*” (aquilo que se mostra a partir de si mesmo) e *logos* (ciência ou estudo), significando, etimologicamente, o estudo ou ciência do fenômeno.

Para Corrêa (1997), Husserl compreende fenômeno como aquilo que é imediatamente dado em si mesmo à consciência, entendendo por consciência a atitude constituída por atos (percepção, imaginação), “aquilo que dá sentido às coisas”.

Segundo Mora (2004, p.147), “o termo ‘fenômeno’ deriva do grego e significa o que aparece; ‘fenômeno’ equivale, pois, a ‘aparência’. Para muitos filósofos gregos, o fenômeno é o que parece ser tal como se manifesta”.⁸

Entendendo que o método se subordina ao objeto de estudo, estimulada pelo anseio de desenvolver minha tese fundamentada na fenomenologia heideggeriana e pautada, em especial, na obra *Ser e tempo*, encontrei, na investigação compreensiva, o suporte para a compreensão do sentido da prevenção do câncer do colo do útero em gestantes.

Conforme Monteiro (2006), a pesquisa na área de saúde e, conseqüentemente, na enfermagem, surgiu à luz do modelo biomédico, sempre centrado em causa e efeito das

8 Tradução de minha livre autoria.

doenças. Porém, na última década, a pessoa com doença vem sendo foco de atenção, destarte, no que diz respeito ao vivido, ou seja, suas vivências no cotidiano dos serviços de saúde, seja como pessoa que tem doença, ou que busca ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e reabilitação.

Da investigação compreensiva emerge um cuidar na instância do vivido e, conforme referenciam Silva e Merighi (2006), o cuidar vai além do conhecimento técnico-científico. Merece um olhar humanístico, ontológico e de solicitude que favorece a compreensão e o acolhimento do outro, num processo temporal.

A capacidade para a compreensão deve constituir-se numa abertura, porque somente o que foi compreendido pode ser falado ou pensado, pode ser motivo de expressão. Não compreender algo é não alcançar seu significado ou seu sentido (FERREIRA, 2007).

Portanto, é necessário compreender o vivido, assegurando um cuidar que contemple a singularidade, essa que, para Heidegger (2008, p.179), “é um modo próprio e autêntico que possibilita a justa inserção, liberando o outro em sua liberdade para si mesmo” e, em particular nesta tese, para a prevenção do câncer do colo do útero durante a gravidez que é dinamizada pela temporalidade e pelo fluxo do existir, ou seja, ser-no-mundo.

Para a fenomenologia, o conhecimento não tem sentido se não estiver relacionado às coisas humanas. A fenomenologia não se prende a um único aspecto da realidade, julgando ser suficiente para conhecer tudo que existe. Ela permite uma leitura da realidade, uma forma de compreendê-la em todos os seus aspectos: histórico, social, político sentimental e de vivência da pessoa situada no mundo. A fenomenologia busca, então, a revelação dos fenômenos que nos são dados pela existencialidade (BUENO, 2003).

3.1 Dimensão metódica

3.1.1 Tipo de estudo: introdução ao método

Estudo fenomenológico, desenvolvido com iluminação teórico-filosófico da fenomenologia heideggeriana, que concebe a ideia da singularidade que permeia a investigação, na perspectiva de desvelar a compreensão de gestantes na prevenção do câncer do colo do útero.

Nessa perspectiva, Ferreira (2011) acrescenta que um dos principais requisitos para o avanço de qualquer investigação consiste na mobilidade do investigador em usar métodos que se adéquem ao projeto bem demarcado de um estudo investigativo. Nesta tese, mantenho a

fidelidade ao método fenomenológico.

Busquei, no constructo teórico-metodológico da fenomenologia, a compreensão da gestante acerca da prevenção do câncer do colo do útero, que me permitiu acessar, na cotidianidade, o acolhimento da mulher no período gestacional na busca do desvelamento do fenômeno dessa prevenção.

O referencial da fenomenologia em Heidegger me proporcionou, a partir de um conhecimento dado, construir outros, pois a busca da referencialidade das coisas se dá a cada momento, que se constitui a cada vez, e, portanto, é temporal, ou seja, nós somos modo de ser e, a cada tempo, somos um, o tempo é o horizonte em que o fenômeno se mostra de tal qual maneira. Heidegger (2008, p.66) nos mostra que a expressão fenomenologia significa, antes de tudo, um conceito de método que caracteriza “o como” da existencialidade.

Segundo o entendimento do mesmo pensador, nas investigações, quanto mais se opera autenticamente um conceito de método e quanto mais abrangente determina o movimento dos princípios de uma ciência, tanto maior a originariedade, termo que ele entende como o que designa o caráter prévio ou de antecipação, que funda o conhecimento a partir da compreensão de ser. Assim, a fenomenologia é, portanto, a ciência dos fenômenos (HEIDEGGER, 2008, p.67), e, no entender de Carraro et al. (2011), é um método que, em sua essência, é fiel à descrição da experiência à luz dos depoimentos das pessoas pesquisadas.

Diferentes são os possíveis modos de encobrimento dos fenômenos. No pensar de Heidegger (2008, p.76), “um fenômeno pode manter-se encoberto por nunca ter sido descoberto. Dele, pois, não há nem conhecimento, nem desconhecimento. Pode estar obstruído, antes tinha sido descoberto, mas, depois voltou-se a encobrir”, portanto, só é possível conquistar o modo de encontro com o ser e suas estruturas nos fenômenos a partir dos próprios objetos da fenomenologia.

O ponto de partida da análise, o acesso aos fenômenos e a passagem pelos encobrimentos exigem segurança metódica. Em Heidegger (2012, p. 35-39), fenomenologia é o nome para o método da ontologia, isto é, da filosofia científica. “Concebida corretamente, a fenomenologia é o conceito de um método”. Portanto, essa segurança metódica está relacionada a três componentes fundamentais do método: **redução, construção e destruição fenomenológica**, apresentados separadamente, por uma questão didática, no entanto, percebe-se na analítica existencial de Heidegger, que há interdependência entre os mesmos.

O olhar fenomenológico precisa dirigir-se para um ente, mas, de modo que esse ente se destaque e possa chegar a uma tematização possível. A investigação ontológica-existencial se dirige ao ente em busca de sentido de ser.

Esse dirigir-se é designado como **redução fenomenológica**, componente fundamental do método que “reconduz o ser ao ente e esse ao ser”. Recondução essa, projetada com vistas ao modo de seu desvelamento. Toda projeção do ser se realiza no retrocesso redutivo a partir do ente. Portanto, é esse momento da compreensão da diferença ontológica que nos possibilita conceber a verdade tanto em seu caráter ontológico/fenomenológico (redução ou recondução do ente ao ser), quanto em seu caráter ôntico (redução ou recondução do ser ao ente) (HEIDEGGER, 2012, p.36-37; FERREIRA, 2012).

Na **construção fenomenológica**, tem-se a projeção do sentido do ente previamente dado, com vistas a compreensão de ser desse ente. Nessa perspectiva, existe a compreensão que busca o sentido do ser com base no acolhimento. A compreensão nos dá o sentido - o modo de ser. O que eu acolho é o que se mostra. Pois o sentido de ser é ontológico, e o modo de ser é ôntico e me mostra como o mundo está dado.

Na **destruição fenomenológica**, ocorre uma “desconstrução” crítica dos conceitos tradicionais que precisam ser, de início, empregados com vista às fontes das quais ele são hauridos. Há uma desconstituição que implica necessariamente uma construção para superar a suposição como lugar de verdade, significando destituir conceitos tradicionais e construí-los de uma forma inovadora. Dessa maneira, o método fenomenológico nos “reenvia para a verdade ôntica e para a verdade ontológica, pela distinção e conceituação de ser e ente, por meio das quais podemos tematizar sobre ser e ente, e conseqüentemente, sobre a diferença ontológica” (HEIDEGGER, 2012, p.39; FERREIRA, 2012, p.6.).

Nessa perspectiva metódica, o método fenomenológico também cresce e se modifica em virtude dos progressos sobre os diversos temas investigados. Sendo assim, esses momentos se entrelaçam e desvelam o fenômeno pela compreensão. Apoiada nesse tripé metódico parti da compreensão vaga e mediana para a hermenêutica, fazendo emergir as unidades de sentido.

3.1.2 Cenário e locus do estudo

A pesquisa foi realizada num município do interior do Estado da Bahia, identificado com o nº 29.1080-0 no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Sua população estimada é de 556.756 habitantes (IBGE, 2010). Observa-se que, desse total, 292.725 (52,58%) são do sexo feminino e 264.031 (47,42%), do masculino. A faixa etária feminina que vai dos 20 aos 59 anos representa 176.865 mulheres, referente a 31,76% da população.

Dados do município constantes no Caderno de Informações em Saúde-Bahia (CIS/SUS) apontaram que, em 2009, as internações por neoplasias foram de 6,2%, e a faixa etária mais atingida foi a de 49 a 60 anos e mais. O coeficiente de mortalidade por neoplasia do colo do útero em 2008 foi na razão de 2,6/100.000 mulheres (BAHIA, 2010).

O setor de saúde do município é constituído por níveis de atenção primária, secundária e terciária, com cobertura de 91% da população pelos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família (PACS/PASF). Entre as 101 UBSs, está a do Centro Social Urbano (CSU), *locus* deste estudo, campo de prática de discentes de graduação e pós-graduação da UEFS, fator facilitador para a minha aproximação com as gestantes (BAHIA, 2010).

Antes de detalhar o atendimento e demais aspectos do CSU que passarei a descrever, cabe-me ressaltar que as informações adiante foram cedidas pela enfermeira da unidade, quando de minha visita à mesma. Quanto à rede de diagnóstico do câncer do colo do útero, os dados trazidos foram obtidos na visita ao setor da SMS, responsável pela coordenação do Programa de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM).

O atendimento no ambulatório funciona nos dias úteis, das 7h às 18h. No seu quadro funcional, estão distribuídos 7 recepcionistas, 6 técnicas de enfermagem, 1 agente de limpeza, 3 enfermeiras, 1 nutricionista e 4 médicos(as) que atendem nas especialidades de clínica, ginecologia e pediatria. Oferece procedimentos como vacinação, realização de curativos e consulta de enfermagem em diversos programas e subprogramas, dentre eles, o de pré-natal.

A rede de diagnóstico do câncer do colo do útero se concentra, inicialmente, nas UBSs, onde é realizado o preparo de lâminas com a coleta de material cérvico-vaginal, as quais são enviadas à SMS, que as distribui aos 6 laboratórios credenciados pela rede SUS para a leitura e emissão dos laudos. O resultado lançado no Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) é utilizado, apenas, por prestadores exclusivos do SUS. A rede de tratamento, também vinculada ao SUS, comporta 3 grandes clínicas que realizam terapêuticas complementares, como a quimioterapia, e há perspectiva de implantação do serviço de radioterapia.

3.1.3 Depoentes do estudo

Para selecionar as depoentes, considerei o contexto existencial de cada uma, pois o que me interessava era a vivência de estar gestante e ter realizado o papanicolaou. Foram

selecionadas 10⁹ gestantes, maiores de 18 anos, em qualquer trimestre gestacional, que já tinham realizado o papanicolaou na gestação em que se encontravam, ou em outra gestação, eram cadastradas no ambulatório de pré-natal da (UBS/CSU) e atendidas por enfermeiras.

Cheguei a esse número de depoentes no momento em que percebi que os discursos se mostravam suficientes para responder aos questionamentos da pesquisa, quando então foi possível, iniciar o processo da análise compreensiva para o desvelamento do fenômeno da prevenção do câncer do colo do útero na ótica das gestantes. Segue a apresentação do quem das depoentes.

Codiname: Margarida

Dados pessoais: C.A.S, 32 anos, Cor referida: parda. Grau de instrução: antigo primário (incompleto). Profissão: dona de casa. Estado civil: separada. Renda: não tem, recebe ajuda do sogro e do ex-marido. Dados gineco-obstétricos: Multigesta (5 gestações), multípara, idade gestacional 28 semanas. Tempo do preventivo: a última gestação (2010, sem indicar o mês). 2 filhos vivos (2 tiveram morte perinatal), 2 parceiros, início de atividade sexual: 16 anos. Não sabe se já teve DSTs. Considera que a realização do sexo protegido implica o uso do preservativo, do contraceptivo e visita ao médico. Apesar desse depoimento, não utiliza o preservativo, pois acredita na fidelidade conjugal.

Codiname: Violeta

Dados pessoais: I.J.S, 22 anos. Cor referida: parda. Grau de instrução: fundamental II (incompleto). Profissão: cozinheira. Estado civil: união estável. Renda familiar: R\$ 525,00. Dados gineco-obstétricos: Multigesta, secundípara, 1 aborto provocado, tem 2 filhos que não coabitam, idade gestacional 32 semanas. Tempo do preventivo: 3 meses (jan. 2012), não sabe informar se teve alguma alteração, mas usou creme vaginal. 6 parceiros, início de atividade sexual: 12 anos. Já teve sífilis e se refere a tratamento. Considera que a realização do sexo protegido implica o uso do preservativo, mas não o utiliza nas relações sexuais.

Codiname: Girassol

Dados Pessoais: L.N.S, 20 anos. Cor referida: parda. Grau de instrução: médio (completo). Profissão: estudante. Estado civil: solteira. Renda familiar: R\$ 1.500,00 Dados gineco-obstétricos: Primigesta, primípara, idade gestacional 24 semanas. Tempo do preventivo: há 2

⁹ Apesar do estudo qualitativo não ter que definir o número de sujeitos, apresentamos esse número atendendo a orientação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

meses, (Dez/2011), diagnóstico de candidíase e outras bactérias. 2 parceiros anteriores, início de atividade sexual: 18 anos. Nunca teve DSTs. Considera que a realização do sexo protegido implica o uso do preservativo, mas não o utiliza.

Codiname: Rosa

Dados pessoais: M.V.B.C, 38 anos. Cor referida: branca. Grau de instrução: fundamental I (incompleto). Profissão: estudante. Estado civil: solteira. Renda familiar: R\$ 1.200,00. Dados gineco-obstétricos: tercigesta, secundípara, idade gestacional 12 semanas. Tem 2 filhos vivos que não cohabitam. Tempo do preventivo: há 3 meses, (Dez/2011). 2 parceiros anteriores, início de atividade sexual: 18 anos. Nunca teve DST. Considera que a realização do sexo protegido implica o uso do preservativo, mas não o utiliza, pois acredita na fidelidade conjugal - o casal é evangélico.

Codiname: Jasmim

Dados pessoais: N.M.C, 33 anos. Cor referida: parda. Grau de instrução: fundamental II (completo). Profissão: balconista de farmácia (está inativa no momento). Estado civil: união estável há 10 anos. Renda familiar: R\$ 2.000,00 Dados gineco-obstétricos: tercigesta, secundípara, idade gestacional 24 semanas. Tem 2 filhos que cohabitam. Tempo do preventivo: há 4 meses, (Nov/2011). 2 parceiros anteriores, início de atividade sexual: 18 anos. Nunca teve DST. Considera que a realização do sexo protegido implica o uso do preservativo, mas não o utiliza, pois acredita na fidelidade conjugal.

Codiname: Maravilha

Dados pessoais: A.S.M, 30 anos. Cor referida: parda. Grau de instrução: médio (completo). Profissão: serviços gerais. Estado civil: casada. Renda familiar: R\$525,00 Dados gineco-obstétricos: tercigesta, secundípara, idade gestacional 20 semanas. Tem 2 filhos que cohabitam. Tempo do preventivo: há 6 meses, (Set/2011). 1 parceiro, início de atividade sexual: 19 anos. Nunca teve DST. Considera que a realização do sexo protegido implica o uso do preservativo, evitar muitos parceiros e se amar. Mas não o utiliza, pois acredita na fidelidade conjugal.

Codiname: Angélica

Dados pessoais: T.T.F.C, 20 anos. Cor referida: branca. Grau de instrução: médio (completo). Profissão: dona de casa. Estado civil: casada. Renda familiar: R\$1.000,00 Dados gineco-obstétricos: Primigesta, nulípara, idade gestacional 16 semanas. Tempo do preventivo: 4 meses (Jan/ 2012, no início da gestação); informa que não apresentou nenhuma alteração. 2 parceiros, início de atividade sexual: 16 anos. Considera que a realização do sexo protegido implica o uso do preservativo, porém não o utiliza com frequência nas relações sexuais.

Codiname: Margarida do Campo

Dados pessoais: A.F.S.S, 28 anos. Cor referida: parda. Grau de instrução: médio (completo). Desempregada. Estado civil: união estável. Renda: R\$ 525,00 Dados gineco-obstétricos: Primigesta, nulípara, idade gestacional 32 semanas. Tempo do preventivo: 3 meses (Jan/ 2012), não sabe informar se teve alguma alteração. 2 parceiros, início de atividade sexual: 19 anos. Nunca teve DSTs. Considera que a realização do sexo protegido implica o uso do preservativo, uso do contraceptivo. Não utiliza o preservativo, pois acredita na fidelidade conjugal.

Codiname: Orquídea

Dados pessoais: M.B.S, 32 anos. Cor referida: parda. Grau de instrução: superior (completo). Profissão: auxiliar de escritório. Estado civil: casada. Renda familiar: R\$1.790,00 Dados gineco-obstétricos: Tercigesta, secundípara, idade gestacional 16 semanas. 2 filhos vivos que coabitam(12 e 15 anos) Tempo do preventivo: no início da gestação (Dez/2011), não sabe informar o diagnóstico, mas informa resultado com diagnóstico de HPV na primeira gestação (refere tratamento). 2 parceiros, início de atividade sexual: 16 anos. Considera que a realização do sexo protegido implica o uso do preservativo, o qual utiliza nas relações sexuais.

Codiname: Lírio

Dados pessoais: X.M.P, 25 anos. Cor referida: negra. Grau de instrução: superior (incompleto). Profissão: estudante/estagiária. Estado civil: união estável. Renda familiar: R\$1.900,00 Dados gineco-obstétricos: Primigesta, nulípara, idade gestacional 26 semanas. Tempo do preventivo: 2 meses (Fev/2012), informa resultado com inflamação por bacilos. 1 parceiro, início de atividade sexual: 23 anos. Considera que a realização do sexo protegido

implica o uso do preservativo, mas não o utiliza nas relações sexuais, pois acredita na fidelidade conjugal.

3.1.4 Obtenção dos depoimentos e o instrumento

A entrevista, técnica utilizada para a obtenção dos depoimentos, teve como princípio, o desenvolvimento de um relacionamento permeado pela “confiança mútua”, nesse contexto, a pessoa entrevistada está no centro das atenções, ela é o mais importante. Estabelece-se um diálogo com propósitos entre duas pessoas. Como entrevistador (a), há de se perguntar: o que trago dentro de mim? Lembrando que, na entrevista, sempre trazemos um pouco de nós (BENJAMIN, 2011 p.13).

A entrevista representa um veículo de comunicação. Explora o mundo vivido do entrevistado e está à procura do sentido que esse mundo tem para ele. O entrevistador deixa-se conduzir pela expressão do entrevistado e oferece suas percepções, na expressão, para serem especificadas pelo entrevistado. Observa-se mediação da linguagem (verbal e não-verbal) criando, momentaneamente, uma mutualidade de experiência entre os dois comunicantes (GOMES, 1997).

Para Gomes (1997), essa técnica conduz o entrevistador a diferentes lugares de onde ele possa visualizar a vivência em várias perspectivas. A visita a múltiplos lugares admite uma visualização clara de uma realidade. Os resultados permitem um retorno ao mundo real que serviu de base para muitas vivências podendo apresentar modos alternativos de existência.

Nesse movimento de entrevista, há pessoas sempre prontas para falar e que estão envolvidas em um processo reflexivo intenso sobre sua condição de vida. Outras movem-se lentamente, e os depoimentos reveladores só aparecem ao final. Algumas vezes, uma segunda entrevista pode ser útil para complementar a primeira e, também, trazer elaborações ricas sobre o tema em foco. Para Gomes (1997), a diversidade dos entrevistados traz variações de perspectivas que permitem uma compreensão mais nítida de um mundo vivido comum.

Portanto, reconhecendo a entrevista como uma técnica que permite encontros e diálogos, para atingir o objetivo deste estudo e a compreensão do objeto, utilizei, para a obtenção dos depoimentos, a entrevista fenomenológica que, no entender de Carvalho (1987, p. 6), é a forma de acesso da qual o observador dispõe para “[...] ‘penetrar’ nos ‘objetos’ vividos [...]”. É pela metodologia fenomenológica que se pode mostrar, descrever e compreender os motivos presentes nos fenômenos vividos, que se mostram e se expressam na entrevista empática. A fenomenologia preocupa-se em mostrar como se dá a constituição de sentido por quem experiencia o fenômeno.

É com este tipo de entrevista que a pessoa interessada pode liberar o olhar para a análise do vivido tal como ele é, sem ideias pré-concebidas, sem valorações morais, sociais, religiosas ou de qualquer outra conotação que possa mascarar o fenômeno que se desvela.

Para realizar a entrevista fenomenológica, devemos estar abertos para o encontro existencial, em que se pode conceber a presença do outro em sua singularidade e subjetividade, emanando desse encontro, uma dinâmica de reflexões ôntico/ontológicas, especialmente de quem interroga o fenômeno, com mudanças de atitudes que favoreçam a sensibilidade de um olhar atento e compreensivo frente ao fenômeno estudado (MOREIRA; LOPES; SANTOS, 2013).

Na construção desta tese, revisei frequentemente minhas inquietações do cotidiano profissional no atendimento às mulheres em pré-natal, tais como: será que a gestante entendeu tudo que falei? Será que ela vai conseguir o atendimento ginecológico? odontológico? nutricional? Pois, no setor público, na minha vivência, fazer encaminhamento é sempre uma dúvida de que o mesmo será recebido, aceito e o problema resolvido. Recordei-me da imaturidade e depois dos avanços como pesquisadora na aplicação da entrevista fenomenológica para a construção da dissertação de mestrado: *Comprendendo a mulher com doença hipertensiva específica da gestação: uma abordagem fenomenológica* (MOREIRA, 2005).

Realizei (re)leituras da dissertação, lembrando-me dos momentos vivenciados naquela época e, num retorno temporal, emergiam as lembranças das dificuldades que enfrentei na obtenção dos depoimentos, tais como: preparar o espaço físico para a realização da entrevista; fazer adequação do meu questionamento para, finalmente, ainda me deparar com histórias que me sensibilizavam e que, de uma forma quase insistente, me levavam a chorar junto com as gestantes, frente a depoimentos cheios de dor, de sofrimento, de silêncio, de gestos e expressões que denotavam tristeza.

Cada entrevista realizada despertava a necessidade de um mergulho nos textos que abordavam os estudos fenomenológicos. Nas oportunidades de reflexão, percebi que outros(as) pesquisadores (as) também haviam identificado o interesse de profissionais de enfermagem em busca dessa abordagem para a compreensão de questões significativas à existência humana, com apropriação desses conhecimentos, para cuidar melhor das pessoas que necessitavam da assistência de enfermagem.

Nesse caminhar, compartilhei com a história de cada mulher, cresci como pessoa e como pesquisadora, e essa experiência está registrada na dissertação de mestrado, na qual descrevo que, a partir do contato com a fenomenologia e com o vivido das gestantes com

doença hipertensiva específica da gestação, a minha abordagem no pré-natal se transformou. Desde então, passei a reconhecer que cada gestante trazia, na sua bagagem existencial, a singularidade da vivência marcada por sentimentos e emoções próprias do período gravídico-puerperal.

Assim, por compreender que estamos situados no mundo, haverá sempre uma possibilidade de sermos com o outro na entrevista fenomenológica, já que, nesse encontro, sempre haverá a possibilidade de se compreender a si mesmo com o outro. Essa é a peculiaridade mais permeável desse tipo de entrevista, que nos permite adentrar no nosso próprio vivido e, com o outro, produzir um conhecimento que reassume as possibilidades da singularidade de cada um numa abertura que permitirá o crescimento mútuo.

O instrumento para a obtenção dos depoimentos foi um roteiro, composto por 2 itens. No primeiro, foram registrados dados de caracterização das depoentes, como: iniciais do nome, codinome solicitado para autorreferência (flor), idade, endereço e telefone(s) para contato. Os termos utilizados para o registro das informações sociais e econômicas foram selecionados com base nos formulários do IBGE, exceto para a inclusão dos termos completo e incompleto, e não alfabetizados para quem só colocasse a digital. Ademais, o item incluiu componentes com informações ginecológicas e obstétricas construídos com base na ficha perinatal e nos manuais de pré-natal e de DST do MS.

No segundo item, estão as questões norteadoras do estudo: Como a Sr^a/você compreende a prevenção (formas de evitar) o câncer do colo do útero? Qual a importância de se realizar o exame preventivo na gestação? - APÊNDICE B.

Aproximação ao campo de estudo

Fim do mês de dezembro, tempo de sol muito quente, dirigi-me ao CSU para a aproximação ao campo e a adequação do instrumento de obtenção dos depoimentos, que foi realizada após a aprovação do projeto de tese pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS sob o protocolo nº 125/2011 (CAAE nº 0130.0.059.000-11).

Realizei 4 visitas em turnos diferentes, para apresentar-me as enfermeiras, certificar os dias de atendimento das mesmas em pré-natal, apresentar o projeto de tese e confirmar o número de gestantes cadastradas, por estar afastada desse campo como docente.

Na primeira visita, entreguei, à enfermeira da unidade, a documentação emitida pelo CEP e do setor de Educação Continuada da SMS, autorizando a obtenção dos depoimentos,

além de solicitar a liberação da sala onde funciona o consultório de enfermagem para a obtenção dos depoimentos, quando a mesma não estivesse sendo utilizada.

Andando pelos corredores, experimentava um sentimento de prazer ao retornar àquele ambiente de trabalho no qual sempre senti alegria e felicidade quando em atividade, na condição de docente. Memorável retorno! Reencontrei colegas de trabalho da UEFS, discentes, antigos funcionários e também gestantes, das quais realizei o pré-natal 2 ou 3 anos atrás, antes de ser liberada para cursar o doutorado.

Os funcionários, sem exceção, receberam-me com abraços afáveis. Passei uma parte da manhã apresentando o meu projeto e, na recepção, observando o fluxo de marcação de consultas. Quando encontrava gestantes, falava-lhes sobre a pesquisa e perguntava se desejavam participar. Anotava o telefone de cada uma.

Nesses dias, para saber se havia necessidade de adequação do instrumento, fiz agendamento com 2 gestantes para realizar entrevistas na própria Unidade, local escolhido por elas. Poderia ser na residência das mesmas, casos desejassem. No dia marcado, contatei por telefone para confirmar o horário e o local da realização das entrevistas.

Ambientação

Num consultório de enfermagem, eu esperava ansiosa pela chegada das gestantes, pois estava preocupada com os prováveis desconfortos que elas pudessem sentir, devido ao sol muito intenso. Mas, chegaram dispostas, alegres e motivadas para participar da pesquisa. Atendi cada uma em momentos diferentes, procurando ajustar os horários devido à demanda da sala de vacina e atendimento em pediatria, o que costuma causar muito barulho na Unidade. Assim, tentei compor um ambiente propício à comunicação e ao acolhimento, evitando interferências e interrupções.

Li, para cada uma, o TCLE, como rege a Resolução 196/96 (BRASIL,1996) (APÊNDICE-A) e, após assinatura e entrega de uma das vias, iniciei o registro da primeira parte do roteiro e, logo após, procedi a gravação. Senti-me um pouco apreensiva, na expectativa de fazer as questões norteadoras da forma mais clara possível.

Realizei 2 entrevistas, uma, no dia 8, e a outra, no dia 12 de dezembro. Transcorreram num clima de harmonia, porém, era grande a minha expectativa quanto aos depoimentos. Ao final, juntas, ouvíamos a gravação; as depoentes foram informadas de que podiam modificar ou ajustar as falas se assim o desejassem. Nenhuma expressou o desejo de fazer qualquer modificação. Referiram que desconheciam a possibilidade de desenvolver câncer do colo do

útero na gestação. Aproveitei esse tempo de encontro para dialogar sobre a ocorrência dessa doença.

Duas semanas depois, no processo de orientação, fiz o relato da vivência da aproximação ao campo e da adequação do instrumento, ouvimos as gravações, lemos o roteiro e a transcrição das entrevistas. Foi a etapa de ajuste e aprimoramento referente às questões norteadoras. Acrescentei o trecho “do câncer do colo do útero”, ficando a seguinte redação: Qual a importância de se realizar do exame preventivo do câncer do colo do útero na gestação? O ajuste foi necessário, porque, na testagem, algumas mulheres não faziam relação da palavra “preventivo” com a expressão “exame de prevenção do câncer do colo do útero”, dificultando o entendimento.

Iniciando a obtenção dos depoimentos

Após os ajustes do instrumento, retornando ao campo para realizar as entrevistas, mantive, regularmente, as visitas nos dias de segunda-feira, à tarde e quarta-feira, pela manhã, horários de atendimento das enfermeiras. A coleta iniciou em 27 de fevereiro de 2012 e foi encerrada em 25 de abril do mesmo ano.

No total de 12 idas ao CSU, algumas entrevistas não aconteceram, pois, em alguns dias, havia gestantes adolescentes, primigestas que ainda não tinham realizado o papanicolaou, gestante com desconforto pélvico, com contração uterina que as impediam de realizar o exame. Também não pude entrevistar gestantes que estavam começando tardiamente o pré-natal e sem a solicitação e/ou a realização do papanicolaou.

Reconheci a pertinência do intervalo entre a testagem e a etapa das entrevistas, permitiu um amadurecimento, conduziu-me a um “recomeço” com mais segurança. Entre a primeira e última entrevista, senti uma evolução significativa na minha forma de conduzi-las. Observei que utilizava menos cacofonias; fazia as perguntas com mais segurança, porquanto, em alguns momentos, ao repeti-las para as gestantes, sentia que estava repetindo para mim mesma. Nesse processo, lembrei-me do reforçado em leituras e em aulas na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, discutia-se que, no método fenomenológico, era necessário destituir-se de conceitos, preconceitos e julgamentos ao se trabalhar com esse método.

Foi necessário que eu evoluísse, abandonando os modos de ser enfermeira e docente e assumindo os de doutoranda, a fim de que pudesse chegar à análise compreensiva fenomenológica na perspectiva heideggeriana. Pois, a maior dificuldade era destituir o meu conhecimento ou a postura profissional, no sentido de trazer a possibilidade de que as

mulheres poderiam não saber a relação entre a realização do papanicolaou e a prevenção do câncer do colo do útero.

Retornei então para as leituras sobre a entrevista fenomenológica e para as gravações de orientação. Com esse movimento de retorno e busca, as entrevistas fluíam num clima descontraído, de espontaneidade e de confiança, na perspectiva da escuta para a compreensão do objeto estudado. Fui ao encontro das depoentes, numa atitude de abertura, pois a entrevista fenomenológica, em sua plenitude, permitiu o encontro de presenças.

Os gestos não verbais, como o baixar da cabeça, ficar em silêncio e/ou expressar um sorriso discreto, o nervosismo e a inquietude experimentados por algumas gestantes, pareciam demonstrar que elas não relacionavam o papanicolaou com a prevenção do câncer do colo do útero, e sim, com a possibilidade da ocorrência problemas relacionados ao bebê.

No instante em que o diálogo não fluía espontaneamente, ou as questões norteadoras não eram compreendidas com clareza pela gestante, eu recorria a palavras que pudessem fazer conexão com o que interrompera a fala da depoente e assim consegui captar, nas suas expressões verbais e não verbais, as dificuldades que ela apresentava ao falar da prevenção do câncer do colo do útero. Após cada entrevista, escutava com elas a gravação. Apenas uma não desejou fazê-lo.

O conhecimento demonstrado pelas entrevistadas, com respeito ao assunto então questionado, causou-me inquietação. Até então, acreditava que, no meu cotidiano profissional, ao solicitar o exame para as gestantes, orientando sobre a importância do mesmo (orientações agora percebidas como tão falhas), as mulheres já sabiam do que o exame se tratava. Mas, ao reconhecer, que o saber da mulher não era o meu enquanto profissional, percebi, o quanto estava enraizada na ciência da explicação, e não da compreensão, e o quanto ainda eu precisava evoluir para desenvolver um cuidado permeado pelo “saber das mulheres” que atendo cotidianamente nos serviços de saúde.

Tal situação ensejou-me obter mais uma expressão da riqueza da entrevista fenomenológica que me permitiu visualizar, nos momentos de silêncio, nas faces rubras das mulheres o quanto nós, profissionais de saúde, falhamos no desempenho cotidiano da nossa função quando, mecanicamente, solicitamos os exames e/ou passamos as orientações.

Quando da transcrição de cada entrevista, pude perceber a possibilidade de existir uma relação direta do cuidado impessoal com a incidência do câncer do colo do útero, tão alta em nosso país, já que, não basta apenas solicitar o exame, ler o resultado e até mesmo participar das campanhas governamentais de prevenção dessa patologia. É necessário ir ao encontro da

gestante, e assim favorecer uma abertura ao acolhimento capaz de inseri-la nesse contexto como um ente que tem possibilidade de compreender a importância da realização do exame.

Imbuída dessa compreensão, ao final do dia, com entrevistas realizadas, trocando ideias com a colega que estava no campo, dividindo minha sensação de desconforto e a reflexão sobre a obtenção dos depoimentos, ela também se deteve, por alguns instantes, para se questionar quanto a sua forma de abordagem à gestante na assistência preventiva ao câncer do colo do útero.

Nesse momento, tornou-se possível identificar as lacunas do cuidado impessoal que realizamos, para o que alguns fatores colaboram: demanda ampla de atendimento ambulatorial; sobrecarga de trabalho; grande número de discentes no campo de prática; estrutura física inadequada; além do nosso conhecimento, sempre pautado em explicações e em cumprimento de metas, bem distante do modo de compreensão e cuidado singular, como nos propõe Heidegger.

Quando da obtenção dos depoimentos, divisei um horizonte de possibilidades de mudanças no cuidado que deveria prestar à gestante, especialmente no que se refere a solicitação e avaliação do papanicolaou. A cada depoimento, reconhecia a distância do meu atendimento enquanto enfermeira/docente e a compreensão da mulher, quanto à importância da prevenção do câncer do colo do útero e da realização desse exame na gestação.

A cada transcrição, o meu pensamento se movia em direção à lembrança do encontro com cada ente entrevistada, era então um momento de reflexão. Mais que isso, havia em mim um chamado interior para mudança de atitude ao solicitar o exame. Compreendi que a minha atitude profissional pode ser modificada, permitindo reconhecer a importância de ir ao encontro da gestante favorecendo um conhecimento que permita à mesma compreender a importância da realização do exame em questão. Reconheci, nessa vivência, o quanto ainda temos de carência de compreensão sobre o fenômeno da prevenção do câncer do colo do útero em gestantes.

3.1.5 Aspectos éticos na pesquisa

Considerando que as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1996), este estudo respeitou a eticidade da pesquisa, o que implica consentimento livre e esclarecido das depoentes para participar do mesmo.

Por se tratar de uma investigação envolvendo gestantes, assumiu-se, pois, o compromisso de respeitá-las em sua **dignidade**, em sua **autonomia** e defendê-las em sua **vulnerabilidade**.

Houve ponderação entre riscos e benefícios, representada pela **beneficência**, comprometendo-me com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, conforme descrito no TCLE.

Os danos previsíveis foram evitados atendendo à **não maleficência**; apontando ainda para a relevância social da pesquisa com vantagens para as gestantes, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária que se refere à **justiça e à equidade**. O risco previsível para as gestantes envolvidas foi de sentirem-se desconfortáveis em falar da sua individualidade sexual, sua condição de saúde ginecológica e reprodutiva. Esse risco foi minimizado pela pesquisadora, com o estabelecimento do diálogo e o exercício da escuta sem julgamentos ou emissão de juízo de valor com base em valores morais.

Além da liberdade das gestantes, de recusarem, participar ou retirar seus consentimentos em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo aos cuidados de que estavam sendo alvo, elas tiveram a garantia do sigilo que lhes assegurava a privacidade quanto aos dados confidenciais obtidos na investigação.

Os possíveis benefícios foram associados à possibilidade de melhora do atendimento às gestantes na realização do papanicolaou no CSU, a educação das mesmas sobre a importância desse tipo de exame para a prevenção do câncer do colo do útero, além da incorporação dos resultados nas aulas dos cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem.

A Resolução 196/96 determina que, durante a pesquisa, deve-se assegurar a privacidade, além de se garantir o anonimato e que não haja prejuízo de qualquer espécie aos colaboradores (BRASIL, 1996).

A gestante, na entrevista, foi informada, quanto à natureza da investigação, sua temática e seus objetivos. Também foi solicitada a autorização para o uso do gravador, com a finalidade de manter a fidedignidade das falas. Houve a formalização do convite para a participação na pesquisa através da apresentação do TCLE (APÊNDICE-A).

O TCLE, construído numa linguagem clara, contém a justificativa, os objetivos e os procedimentos utilizados na pesquisa; foram apontados os desconfortos, os riscos possíveis e os benefícios esperados, bem como a forma de acompanhamento e assistência, além da segurança de esclarecimentos, antes da investigação e depois dela.

Foi solicitada a permissão para divulgação dos resultados em forma de textos científicos ou de apresentação em eventos da área de saúde. O TCLE foi assinado em duas vias, sendo que uma ficará em posse da pesquisadora, em local seguro pelo prazo de 5 anos, e a outra, em posse da gestante. Todas as despesas com a pesquisa ficaram sob a responsabilidade da pesquisadora, e não houve nenhum custo para a gestante.

Concluída a investigação, a gravação digital ficará sob a guarda da pesquisadora e será arquivada juntamente com o relatório final no NEPEM/UEFS. Os dados serão arquivados por 5 anos em mídia digital regravável, após esse período, poderão ser excluídos, e a mídia poderá ser reutilizada, garantindo assim a preservação do meio ambiente, ou poderão ficar num banco de dados para estudos na área de saúde da mulher.

O relatório final será apresentado às gestantes envolvidas na pesquisa e à instituição/*locus* do estudo num encontro previamente agendado. Os resultados serão publicados sob a forma de tese e artigos, com o cuidado de garantir o anonimato através da não identificação das participantes e da instituição envolvida. No caso das participantes, nomes de flores foram utilizados como codinomes em razão desse cuidado. Com a assinatura do TCLE, os resultados deste estudo poderão ser apresentados em eventos científicos e publicados em revistas da área da saúde.

4 ANÁLISE COMPREENSIVA: O EMERGIR DAS UNIDADES DE SENTIDO

Esta etapa do estudo pautou-se nos momentos metódicos heideggerianos de redução, construção e destruição fenomenológica, que se copertencem num círculo hermenêutico, possibilitando o desvelamento dos modos de ser de gestantes na prevenção do câncer do colo do útero.

Assim, fenomenologicamente, o como hermenêutico deixa e faz ver o ente em si mesmo, explicitando o desvelamento de ser de um ente. O conceito de desvelamento está intimamente ligado ao de encobrimento e, frente a essa conexão, pode-se inferir que verdade significa retirar o ser do encobrimento. A verdade possibilita a pressuposição de mundo, ou seja, de significação dos modos de ser dos entes (FERREIRA, 2013b).

A palavra hermenêutica deriva do grego *hermênêus*, *hermèneutik* e *hermênêia*. Está associada a Hermes, deus mediador, patrono da comunicação e do entendimento humano, cuja função era tornar inteligível aos homens a mensagem divina. Os gregos atribuíam-lhe a origem da linguagem e da escrita. Desde o surgimento da palavra no século XVII, entende-se por hermenêutica a ciência e, respectivamente, a arte da interpretação (GRONDIN, 1999).

Conforme Inwood (2007), Heidegger fazia a conexão de questões sobre o significado de textos históricos com questões sobre o sentido da vida, para depois deslocar-se, em sua conferência de 1923, para uma hermenêutica da facticidade, uma interpretação do ser humano - presença e da vida cotidiana.

A análise compreensiva com base na hermenêutica da facticidade permitiu que eu desvelasse os modos de ser que fundam a experiência do vivido. Neste estudo, o vivido de gestantes na prevenção do câncer do colo do útero. Para efetivá-la, foi necessário me apropriar dos conceitos e estruturas existenciais que Heidegger apresenta para a compreensão dos fenômenos.

Mediante as estruturas que estabeleceu, o filósofo busca destituir a dualidade sujeito/objeto, trazendo os existenciais que estruturam o ser-no-mundo, denominados como ser-em, ser-com-o-outro, e ser-junto-a mundo.

Para trabalhar com tais estruturas, foram cumpridas as etapas metódicas do processo de análise, composta por: redução, destruição e construção para desvelar o fenômeno da prevenção do câncer do colo do útero na perspectiva de gestantes. Sendo assim, desempenhar a tarefa exigiu compreensão de mim mesma, dos outros e do mundo.

Tudo parte de uma compreensão preliminar. “A compreensão do ser, que não é uma compreensão determinada, mas, de acordo com o princípio apresentado em *Ser e Tempo*, uma

compreensão vaga” (NUNES, 1999, p. 65).

O método heideggeriano é determinado como fenomenologia hermenêutica. Esse movimento inicia com o que ele chama de compreensão vaga e mediana, aquela que emerge dos sujeitos, “é dela que brota a questão explícita do sentido do ser e a tendência para o seu conceito”. Pode também estar “impregnada de teorias tradicionais e opiniões sobre o ser, de modo que tais teorias constituam, secretamente, fontes da compreensão dominante” (HEIDEGGER, 2008 p. 41).

A compreensão vaga e mediana é o momento da análise que representa, no entendimento das depoentes, a dimensão das situações por elas vivenciadas. Após a escuta repetida das entrevistas e de sua transcrição, podem-se compreender significados. A partir de então, é possível fundar, mediante a análise hermenêutica, o movimento existencial em direção a um sentido presente e expresso pelas depoentes, mas que antes se apresentava velado pelos significados, desvelando, então, o sentido em que se sustenta a compreensibilidade do fenômeno (ALMEIDA; SOUZA, 2011).

No intuito de desenvolver esse primeiro momento, mantendo um olhar atento para os discursos das gestantes, com o registro dos gestos, das expressões faciais e do silêncio, foi construído um quadro com o recorte dos depoimentos já transcritos, do qual foram extraídos os elementos ônticos/ontológicos para a construção e apresentação das unidades de sentido com foco no fenômeno estudado (APÊNDICE-D).

A compreensão vaga e mediana representou a atitude de analisar e compreender o vivido que estava presente nos depoimentos das gestantes ao falar sobre a prevenção do câncer do colo do útero, na qual surgiram as estruturas ônticas, integrantes dos significados, como o medo, a ansiedade, o silêncio, a desinformação, o desconhecimento, a insegurança e a desconfiança na relação conjugal.

Havia uma compreensão vaga e mediana sobre essa prevenção que necessitava ser desvelada. Foi preciso, primeiro, estabelecê-la, mediante os depoimentos das gestantes, para que a etapa da hermenêutica acontecesse. Nessa etapa, foram desveladas as estruturas ontológicas que fundaram o sentido da prevenção do câncer do colo do útero na perspectiva das gestantes, quais foram: ser-com, solicitude, temor, ocultamento, ambiguidade, preocupação, cuidado impessoal e falação.

O compreender é sempre antecipativo, é elaborado na interpretação; a compreensão nos dá a referencialidade das coisas e do mundo. Interpretar é a elaboração da compreensão, através das estruturas hermenêuticas antecipativas. A interpretação vai articular e elaborar o sentido dando uma significância. O sentido representa, necessariamente, uma perspectiva.

Assim sendo, com respeito à hermenêutica de Heidegger, ao falar de compreensão, falo de interpretação.

Para Nunes (1999, p.57), os estudos heideggerianos mostram que a interpretação é circular, implicando um “movimento de vaivém” das partes ao todo, previamente compreendido, e do todo às partes. Os conceitos elaborados no curso da interpretação retificam, ampliam ou corrigem o entendimento do sentido, a compreensão preliminar da qual se partiu. Portanto, pressupõe-se que o intérprete já compreenda o ser de maneira vaga e indeterminada.

Ao interrogar as gestantes sobre a prevenção do câncer do colo do útero, há de se chegar à compreensão interpretativa e considerar, conforme Heidegger (2008, p.53), que a “interpretação existenciária pode exigir uma analítica existencial quando se compreende a possibilidade do conhecimento filosófico”.

Uma analítica da presença constitui, segundo Heidegger (2008, p.54), o “primeiro desafio no questionamento da questão do ser e do sentido do ser”. Ao ente, não se deve impor nenhuma ideia de realidade, por mais evidente que essa seja, ao contrário, as modalidades de acesso e interpretação devem ser escolhidas de modo que esse ente possa mostrar-se em si mesmo e por si mesmo, tal como ele é antes de tudo e na maioria das vezes, em sua cotidianidade mediana.

Portanto, da cotidianidade não se devem extrair as estruturas ocasionais e acidentais, mas, estruturas essenciais, aquelas que se mantêm ontologicamente determinantes em todo modo de ser da presença fática. As estruturas essenciais são aquelas que emergem nos discursos dos sujeitos a partir dos significados de suas vivências (ALMEIDA; SOUZA, 2011).

O emergir das unidades de sentido se deu na perspectiva da circularidade hermenêutica. Iniciou com a re-leitura atenta de cada uma das entrevistas, momento em que eu lembrava, com detalhes, o encontro com cada pessoa, seus gestos, seus olhares, a voz trêmula e, às vezes, a cabeça baixa repetindo para si mesma a pergunta que eu havia feito.

A construção do APÊNDICE-D representou a abertura para a apropriação dos conhecimentos, sentimentos e emoções expressos pela gestante, pertencentes à compreensão vaga e mediana, até chegar aos existenciais que estruturam o ser-no-mundo, denominados como ser-em, ser-com-o-outro, e ser-junto-a mundo que me permitiram adentrar na hermenêutica.

Após essa re-leitura sistemática, alicerçada na redução fenomenológica, primeiro momento metódico da fenomenologia heideggeriana, foi realizada a leitura do recorte da

transcrição dos depoimentos contidos no APÊNDICE-D. Percorri então o caminho ôntico, aproximando-me do ontológico, a fim de compreender como o ente vivencia a sua facticidade estando no mundo, para chegar à explicitação da compreensão do ser.

Desenvolver esse momento metódico significou uma recondução ao fenômeno da prevenção do câncer do colo do útero na ótica da gestante, fazendo com que eu pudesse apropriar-me da compreensão da diferença ontológica que me possibilitou conceber o caráter ôntico/ontológico a partir da identificação dos sentimentos, gestos e emoções expressos na vivência das gestantes acerca dessa prevenção.

No decorrer do segundo momento metódico, qual seja, o da construção fenomenológica, em que se processa a compreensão que busca o sentido do ser com base no acolhimento, encontrei o modo de ser das gestantes na prevenção do câncer do colo do útero. O que acolhi foi o como as gestantes se mostraram e como elas se projetavam na prevenção.

No terceiro e último momento, denominado destruição fenomenológica, cheguei à verdade ôntico/ontológica, que diz respeito ao desvelamento do ser de um ente em que foi possível, valendo-me da apropriação das estruturas existenciais heideggerianas, tematizar sobre ser e ente, do que emergiu uma reflexão crítica das possibilidades das relações entre as gestantes, profissionais e serviços de saúde na prevenção do câncer do colo do útero.

Esse momento permitiu desfazer-me de ideias pré-concebidas, projetando-me para a compreensão e a possibilidade de construção de propostas pautadas na fenomenologia heideggeriana que pudessem ser aplicadas na atenção à saúde da mulher.

Com o aprofundamento nos momentos metódicos que se copertecem na análise compreensiva, se deu a hermenêutica, de acordo com os conceitos e estruturas propostas por Heidegger, proporcionando o emergir das unidades de sentido que desvelaram os modos de ser das gestantes no fenômeno da prevenção do câncer do colo do útero.

Para Heidegger (2008, p.75), o “conceito fenomenológico de fenômeno propõe como o que se mostra o ser dos entes, o seu sentido, suas modificações e derivados”. Assim sendo, para compreender o fenômeno, é importante considerar o modo de encontro com o ser dos entes e suas estruturas nesse fenômeno.

A fenomenologia ontológica visa às questões do ser. Ser é o conceito mais universal do homem, que não se define, pois é evidente por si mesmo, não podendo ser explicado. No entanto, as questões referentes ao ser possuem velamentos que necessitam ser desvelados. Nesta pesquisa, o que estava velado era o sentido da prevenção do câncer do colo do útero na ótica de gestantes (HEIDEGGER, 2008; ALMEIDA; SOUZA, 2011).

O desvelamento possibilitou o emergir das Unidades de Sentido (US), em seguida apresentadas, compreendidas à luz do método fenomenológico heideggeriano e de outros pensadores que discorrem sobre a fenomenologia, bem como profissionais de saúde que aproximam o cuidado de uma perspectiva fenomenológica e existencial. O termo cuidado utilizado nesta tese está vinculado à condição ôntica/existenciária, aplicado no cotidiano dos serviços de saúde.

US 1 - Velamento da expressão câncer do colo do útero: temor da doença e da morte?

Para Nunes (1999), na historicidade da presença que representa o acontecer da sua existência, esse nunca é um cristal transparente, pois, na existência, enquanto possibilidade tanto é possível o velamento como o desvelamento das situações existenciais.

Nessa unidade de sentido, as gestantes, em seus depoimentos sobre as formas de prevenção do câncer do colo do útero e sobre a importância da realização do exame papanicolaou na gestação, não verbalizaram a palavra câncer, denotando o velamento e o temor que essa palavra pode representar em sua existência. Consideremos algumas falas:

Sobre as formas de prevenção e o temor da doença:

Eu acho que..., é... Ter relação com camisinha deve evitar... não sei, ... uma boa higiene também? Não sei muito não doutora, acho que isso! Girassol

[...] Eu já tive experiência né? já tive problema de lesões, de precisar fazer uma cauterização, de até mesmo ficar ali, temerosa, com medo achando que ia ser uma coisa mais grave. Orquídea

Sobre a importância da realização do exame papanicolaou na gestação:

[...] Por causa da gravidez né? Aí é bom a pessoa se proteger, fazer exame da gravidez [...] Prá vê se tem alguma coisa ou não[...]. Violeta

Oh! Eu não sei explicar direito [...] o preventivo na gestação previne vários tipo de doença, que venha causar até sobre o bebê. Rosa

Examinar a verdade sobre a prevenção do câncer do colo do útero na ótica das gestantes é examinar como a presença se abre para aquilo que se mostra. Nesta unidade, a gestante se

mostrou no modo do ocultamento, pois, nas expressões de linguagem, ressalvo que, na associação com o papanicolaou, que é o exame de rastreamento para o câncer do colo do útero, a palavra câncer não foi pronunciada, sendo substituída por frases como: “[...] *vê se tem alguma coisa ou não* [...]; [...] *vários tipos de doenças* [...]; [...] *para que não aconteça nada de grave* [...]; [...] *uma boa higiene* [...]”.

Assim sendo, o velamento pode estar associado à negação, e o desvelamento, à afirmação, momentos que se distinguem. A diferença ontológica evidenciada na distinção ôntico/ontológico que se fez presente nos depoimentos determinou modos de ser de gestantes na prevenção do câncer do colo do útero. A copertinência entre ser e ente desvelou o sentido que fundou o modo de ser dessas mulheres nessa prevenção, caracterizado, em especial, pelo temor.

O temor é um modo de disposição não permanente, um modo de ser da mulher que, ao se dirigir para a realização do papanicolaou, o faz com medo e receio do resultado, pois, em meio a tantas informações veiculadas, em especial entre as próprias mulheres, a que tem maior impacto é a de que o câncer causa a morte.

Para Sales (2008), na meditação heideggeriana, a linguagem não é apenas uma característica existencial, mas, o existencial primordial, em que todos os modos de ser-no-mundo estão entrelaçados, tornando possível compreender a situação do homem no mundo. Da fala em destaque, compreendi que a gestante vive de forma temerosa a prevenção do câncer do colo do útero:

[...] É bom fazer o exame, mantendo... para que não aconteça nada de grave, não piore... [...] afetando a saúde, ter risco de alguma coisa, ter risco de morte, alguma coisa assim...
Margarida do Campo

O “[...] *nada de grave* [...]” referenciado por Margarida do Campo, assinala o temor e o ocultamento da palavra câncer, que remeteu a gestante a uma significação, que é sempre uma condição prévia, ou seja, sobre o câncer existe uma compreensão precedente de que ele representa uma patologia grave, que pode, inclusive, causar a morte. Portanto, a gestante já compreende a prevenção a partir da significação que a mídia, as profissionais de saúde e outras pessoas lhe oferecem. Para Gadamer (2011), em algumas situações, há fluxo de informações que ameaçam afogar a capacidade humana de discernimento. E nesse caso, o fluxo de informações pode estar conduzindo ao temor.

O que eu acolhi da significação foi o sentido. Foi significado o sentido da prevenção do câncer do colo do útero na ótica das gestantes pelo enunciado, pelas falas, e o ciclo

hermenêutico da compreensão apontou para o velamento da palavra câncer do colo do útero como forma de expressar o temor da doença e da morte.

O fenômeno do medo pode ser considerado em três perspectivas, conforme descreve Heidegger (2008, p.199). “O de que se tem medo, o ter medo e pelo que se tem medo. O de que se tem medo representa o caráter da ameaça, do que vem ao encontro e possui o modo de ser prejudicial. Ele sempre se mostra dentro de um contexto conjuntural. Enquanto ameaça, o prejudicial não se acha ainda numa proximidade dominável, ele se aproxima. Nesse aproximar-se, se irradia e seus raios apresentam o caráter de ameaça.

O que pode ser prejudicial no mais alto grau e até constantemente se aproxima, embora se mantendo à distância, vela o seu ser amendontrador. É porém, na proximidade que o prejudicial ameaça, pois, pode chegar ou não. Na aproximação, cresce esse “poder chegar, mas, por fim não”. Então, o prejudicial traz consigo a possibilidade desvelada de ausentar-se e passar ao largo, o que não diminui nem resolve o medo, mas o constitui (HEIDEGGER, 2008, p.200).

[...] Porque, porque é o que a gente tem mais medo, né?
Porque a gente sabe que não tem cura [...] Lírio

Na expressão “[...] *Porque é o que a gente tem mais medo, né?* [...]” ficou evidenciado, o de que se tem medo, o medo do câncer, em especial do colo do útero. Para Heidegger (2008, p. 200-2001), o ter medo libera a ameaça que, assim caracterizada, se deixa e faz tocar a si mesma. Não se constata primeiro um mal futuro, para então ter medo. É tendo medo que se pode ter claro para si do que se tem medo, “esclarecendo-o”. Estar em perigo é a ameaça de ser e estar junto a. Portanto, o medo é um modo da disposição da presença.

Para Gadamer (2011), há sempre um fenômeno primordial do ser humano, a preocupação com a própria saúde, e, nesse depoimento, esse preocupar-se passou pelos sentimentos de desconhecimento, insegurança e desinformação que podem desencadear o fenômeno do medo. A fala em seguida aponta para o desconhecimento e, também, para a desinformação acerca do exame e da sua finalidade:

[...] Eu sei assim tão pouco... aí não sei nem responder.
Fazendo exame, não é? [...] (*Risos... silêncio*) [...] Não sei
que tipo de exame não. Colo do útero? [...]. Violeta

Outra expressão encontrada nesse depoimento é o silêncio, que possui o mesmo fundamento existencial da fala. Para Heidegger (2008, p. 227), quem silencia na fala da convivência pode “dar a entender”, é “uma tendência para dizer”. Logo, a compreensão desse silenciar vinculou-se à tendência, ao desconhecimento da gestante acerca da prevenção do

câncer do colo do útero. Assim, falar muito sobre alguma coisa não assegura em nada uma compreensão maior. Ao contrário, as falas prolixas encobrem e emprestam ao que se compreendeu uma clareza aparente, ou seja, a incompreensão da trivialidade. Silenciar não significa ficar mudo, mas, expressa, também, uma abertura, uma compreensão para o desconhecido. O silêncio, portanto, promove uma abertura para a habilidade de ouvir e, nessa habilidade de ouvir, constitui-se o genuíno ser-com-o-outro (HEIDEGGER, 2008).

Assim, é nesse encontro, permeado pelo discurso, que a enfermeira, estando na disposição do modo compreensivo poderá ajudar a mulher a compreender a importância da prevenção do câncer do colo do útero.

O discurso só se dá com o escutar e o falar, de maneira igualmente relevante. Heidegger diz que todo falar é, em si, aberto para o escutar, logo, o escutar também é um modo de ser-no-mundo. O escutar implica o falar, enquanto o ouvir implica a compreensibilidade. Para escutar, é preciso silenciar-se. O silêncio é outra possibilidade constitutiva do discurso. Para Heidegger, pode surgir do silêncio, uma compreensão maior sobre alguma coisa do que o falar muito sobre certa coisa.

O silêncio é um modo de comunicação, uma possibilidade essencial do discurso. Mesmo quando não pronuncia, o homem fala. Quem silencia diz alguma coisa. É um modo especial de dizer como eu estou no mundo. A linguagem fala com o ressoar do silêncio que, por sua vez, carrega em si o mundo (CASTRO; MARQUES, 2005).

A fala a seguir, também enuncia o medo, o desconhecimento e a insegurança que a gestante expressa para falar sobre a prevenção do câncer do colo do útero:

É tomando cuidado durante a relação, também... Porque é bom ter o uso do... preservativo né? [...] Aí, se a gente não for prevenir, aí ocorre essa doença. É... ocorre essa doença na gestação (*risos discretos, olhando para o chão desviando o olhar, parecendo demonstrar desconhecimento*). Margarida do Campo

Merece destaque o entendimento das gestantes de que o uso do preservativo pode auxiliar na prevenção do câncer do colo do útero, por outro lado, fica evidenciado o velamento da expressão câncer do colo do útero que pode estar associado à qualidade da atenção que continua a ser um desafio.

Para Costa et al. (2013), apesar das mudanças que ocorreram nas políticas de saúde, com a criação de programas que subsidiam uma assistência de qualidade, ainda há uma inadequação das ações profissionais que se limitam à rotina dos serviços, não viabilizando as

mudanças nos processos e tecnologias de trabalho, dificultando a melhoria das condições de atendimento distanciando as interrelações entre profissionais e gestantes. Nessa perspectiva, há de se conceber que a era da técnica alimenta modos de ser na impessoalidade, o que favorece ainda mais o medo, a insegurança e o desconhecimento acerca da prevenção do câncer do colo do útero.

US 2 - Ambiguidade na convivência conjugal como situação suscitada na prevenção do câncer do colo do útero

Para Heidegger (2008, p.240), há um modo ontológico da presença desvelar-se. Um modo fundamental de ser da cotidianidade, que ele denomina *decadência*, na qual a falação, a curiosidade e a ambiguidade caracterizam o modo como a presença realiza cotidianamente o seu “pré”, a abertura de ser-no-mundo. A palavra *decadência* não exprime qualquer avaliação negativa, pretende apenas indicar que, numa primeira aproximação, e na maior parte das vezes, a presença está junto e no mundo das ocupações.

Essa unidade de sentido se estruturou na consideração heideggeriana, em que a ambiguidade não diz respeito apenas ao dispor e ao tratar com o que pode estar acessível, mas, já se consolidou no compreender como um poder-ser, no modo do projeto e da doação preliminar de possibilidades da presença. Ela já subsiste na “convivência enquanto convivência lançada num mundo” (HEIDEGGER, 2008 p.239).

As gestantes desvelaram que, ao realizar o papanicolaou, o fizeram numa perspectiva não só de precaução, mas, também, porque há sempre uma suspeita de que o parceiro possa contaminá-la com alguma DST/IST, por exemplo:

Relacionamento[...] aí já é uma forma de vim a doença não é isso? [...] tem a AIDS, tem escorrimento, coceira, as que eu conheço é essa [...]. Margarida.

[...] Tô sempre com um parceiro só, mas a gente tem que tá sempre vigiando, usando preservativo sempre! Orquídea.

Em *Ser e Tempo*, Heidegger (2008, p.239) descreve que a presença é e está sempre “por aí” de modo ambíguo, ou seja, por aí na abertura pública da convivência. No depoimento de Orquídea, manifesta-se a preocupação de estar sempre vigilante no relacionamento, pois, a qualquer momento, pode surgir uma situação de saúde que envolva a sexualidade, e isso a deixa na ambiguidade da confiança na convivência sexual.

No cotidiano da ambiguidade, estamos inseridos em uma compreensão mediana e superficial e, devido a isso, na convivência, temos a impressão de que conhecemos plenamente o outro, mas, não conhecemos sequer nós mesmos; estamos sempre no âmbito do outro, somos o que nos ditam, nunca olhamos para nós mesmos. Nunca procuramos saber quem realmente somos o que nos é próprio, e aquilo que realmente é nosso (SOUSA; RIBEIRO, 2007).

A fala de Violeta aponta para a pré-compreensão que ela tem do mundo feminino nos relacionamentos conjugais, pois há sempre a possibilidade da infidelidade conjugal e, com ela, o despertar para a prevenção e o tratamento de doenças ginecológicas, esse reafirmado pela expressão [...] *se cuidar direitinho* [...]:

[...] A gente mulher tem que se proteger de tudo né? Aí
você tem que se cuidar direitinho [...] Violeta.

Para Sousa e Ribeiro (2007), estamos sempre preocupados com a vida dos outros, com o que usam e o que fazem. Então, à forma ambígua em que se dá a presença cotidiana, de pensarmos que conhecemos a nós e aos outros, mas no fundo isso não se dá, não podemos distinguir o próprio do impróprio. Ou seja, no cotidiano, temos a pretensão de que tudo é compreendido e visualizado propriamente.

Isto é, aquilo que compreendemos e visualizamos é feito de forma original, única. Mas, apesar de nos empenharmos pela singularidade, o que temos é uma compreensão mediana, na qual se compreende tudo, porém, de maneira superficial, ambígua, pois não temos contato com o fundamento, a origem daquilo com que lidamos e nem nos apropriamos das coisas.

Nesta unidade de sentido, o modo da desconfiança, como nos diz Ferreira (2011a), rege muitas vezes a convivência recíproca da presença o caráter de fechamento da afinação da liberdade e, concomitante, o caráter de fechamento da afinação do amor. O caráter ambíguo da prevenção está associado à sexualidade que diz respeito, também, à possibilidade da infidelidade conjugal. A mulher coloca-se muitas vezes atenta, referindo-se ao uso do preservativo nas relações sexuais, tentando estabelecer, com o parceiro, uma relação de proteção, que está perceptível na fala:

(*silêncio inicial, como se estivesse elaborando a resposta*)
Prevenir, prevenindo... é, usar camisinha, eu acho assim!
[...] tomar cuidado, usar camisinha, conhecer o parceiro.
Angélica

Na minha compreensão, há um velamento próprio no cotidiano que permeia as relações conjugais, pois, ao dizer [...] *tomar cuidado* [...], ela refere à possibilidade de ter indagações que aparecem, também, na falação, que podem estar fundadas em leituras de material impresso, em informações veiculadas na mídia ou em outras formas de se obter conhecimento, e, a partir desse contexto, ter formulado, em seu cotidiano, a compreensão de que a prevenção do câncer do colo do útero envolve situações sexuais, as quais devem ser cuidadosamente analisadas, por exemplo, a transmissão do HPV.

Portanto, nessa base de informações, podem-se originar incoerências e inconsistências que fundam modos de ser de gestantes na prevenção do câncer do colo útero, fazendo com que os estados de saúde e de adoecimento, sejam polos constituintes da totalidade da existência.

Para Forghieri (2004), essas são maneiras de existir de certo modo opostas, paradoxais e ambíguas, que se alternam constantemente no decorrer da nossa existência e às vezes tão próximas que chegam a se entrelaçar. Reflito, nesta tese, que a gestante, mesmo sabendo das possibilidades da infidelidade conjugal e da possível ocorrência de IST's, mantém-se com o parceiro, vivenciando a maternidade, mas atenta às peculiaridades da ambiguidade no existir.

O depoimento adiante desvela o modo de ser na ambiguidade, pois a gestante compreende que não basta realizar o papanicolaou, deve estar também atenta ao parceiro e à possibilidade de ser contaminada:

[...] Porque prevenir não é só fazer os exames. Às vezes a mulher fala: Ah! Eu conheço meu esposo, eu sei que ele não me trai [...] Porém, a gente tem que tá usando preservativo sempre [...]. Orquídea

A ambiguidade está implícita nesse discurso, por quanto o que temos é uma compreensão mediana, na qual se compreende tudo, porém, de maneira superficial, na forma do caráter ambíguo, pois não temos contato com o fundamento (origem) daquilo com que lidamos e nem nos apropriamos das coisas (SOUSA; RIBEIRO, 2007).

No cotidiano das relações conjugais, no modo da falação há sempre as conversas sobre as possibilidades da infidelidade conjugal por parte do homem, o que favorece o modo de ser da gestante na ambiguidade.

Assim, segundo Sousa e Ribeiro (2007), em relação ao que realmente acontece, a ambiguidade oferece a interpretação comum aos discursos sem questionamentos e embasamentos, desvalorizando as ações e os acontecimentos. Nessa ambiguidade, também

ocorre a possibilidade da presença, além de saber falar sobre o que ocorre, falar também do que vai acontecer e o que se deve fazer. Todos já compreenderam e pressentiram o que os outros compreenderam e pressentiram, esse estado de existência demarca então, o modo de existir na ambigüidade, como ficou desvelado nessa unidade de sentido.

US 3 - Impessoalidade nas relações entre profissional e cliente: impacto na prevenção do câncer do colo do útero em gestantes

Na analítica existencial de Heidegger, podemos encontrar a descrição dos possíveis modos de ser da presença no mundo. O modo impróprio diz respeito à impessoalidade e o modo próprio, à singularidade. Assumi, como ponto de partida na construção desta unidade de análise o modo de ser da impessoalidade no cotidiano que, segundo o filósofo, é o modo no qual, na maioria das vezes, existimos. Com esse entendimento, foi possível desvelar o fenômeno da impessoalidade nas relações entre profissional e cliente, na prevenção do câncer do colo do útero em gestantes. Vale salientar que esses modos de ser não estão vinculados as condições morais, mas, a modos de existência, de ser-no-mundo.

Assim, não se passa do modo impróprio, da impessoalidade para o modo próprio, a singularidade, como se fosse uma ampliação ou evolução da personalidade. Esses modos são possibilidades constitutivas da presença.

Para Heidegger (2008, p.184 -185), “o impessoal, que não é nada determinado, mas que todos são, embora não como soma, prescreve o modo de ser da presença na cotidianidade”. No modo impessoal, se pode assumir tudo com a maior facilidade e responder a tudo, desde que não há ninguém que precise se responsabilizar por alguma coisa. Assim, o modo impessoal é uma possibilidade de ser da presença.

Desta forma, o projetar da presença nunca é a sua totalidade, pois está sendo a realização de possibilidades que não tenham sido ainda desveladas. A presença é constituída de mundo, por isso, ela não está dentro do mundo, e sim, junto ao mesmo (ARAÚJO, 2005). Em Heidegger, mundo é entendido no sentido de espaço temporal e também como horizonte de possibilidades.

Nessa perspectiva, é importante afastar a ideia de mundo como mera natureza que nos cerca, enquanto mundo meramente objetificado. O que define mesmo o mundo para a presença passa pelo modo como o esta se relaciona de modo imediato com o mundo, ao trabalhar e operar com instrumentos de seu dia a dia (WERLE, 2003).

Para compreender o modo de disposição de ser-no-mundo e a relação estabelecida com o cuidado, torna-se imprescindível reconhecer que estamos lançados-no-mundo. Essa possibilidade, nos serviços de saúde, está relacionada tanto à gestante quanto à profissional que presta o cuidado.

Para Sales (2008), a presença se manifesta como ente (ôntico), fundamentado na constituição ontológica que sustenta seu estatuto de ser. Sendo assim, a sua constituição ontológica está fundada em sua existência e, para que se possa apreender o sentido do ser, devemos interpretá-lo existencialmente.

No livro *O caráter oculto da saúde*, Gadamer (2011, p.10) lança um chamado sobre o caráter da “objetividade” que tomou conta não só da experiência científica, mas também da vida cotidiana, fazendo alusão a que ela pode servir a qualquer contexto possível de ação. E foi exatamente isso que, de maneira específica, encontrou expressão na ciência contemporânea e remodelou, amplamente, o perfil da terra em um mundo humano artificial.

Atualmente, com base na ciência, os cuidados à saúde necessariamente passam pelo crivo dos procedimentos metodológicos que deve ser passível de comprovação e controle, e, talvez, por ter ocorrido a metodização dos cuidados à saúde, estamos cada vez mais expostos às relações impessoais.

Assim sendo, vale a pena refletir sobre a lacuna que se situa entre a capacidade de fazer e o querer fazer responsável, para que possamos dar um passo a mais em direção ao estabelecimento de relações mais singulares no mundo vida da saúde, pois, como concebe Gadamer (2011, p.8), “a preocupação com a própria saúde é um fenômeno primordial do ser humano”.

A condição do modo de ser na impessoalidade, identificada nesta tese, aponta para o processo de desconhecimento e desinformação que a gestante tem a respeito da importância da realização do papanicolaou, apesar de ser atendida por profissionais de saúde, em serviço de atenção básica que preconiza a prevenção de doenças e a promoção da saúde, por meio das ações educativas e sanitárias. As gestantes com os codinomes Girassol e Rosa assinalam que, apesar de realizarem o exame, desconhecem a importância do mesmo:

Na verdade, a gente sabe que é para fazer o preventivo, pelo menos uma vez por ano, mas a gente não sabe exatamente pra que se faz o preventivo. [...] Que a gente também não sabe direito o que é o câncer do colo do útero [...] A gente não sabe o que é. Girassol

Oh! Eu não sei explicar direito [...] o preventivo na gestação previne vários tipo de doença, que venha causar até sobre o bebê. Rosa

Lírio pondera:

[...] Falta muita informação, a gente sabe que existe o câncer do colo do útero, mas não sabe como prevenir. Muitas vezes, eu acho que a informação ainda é muito pouca, é, principalmente para as gestantes. A gente vem fazer o pré-natal, mas a gente não fica sabendo. Pede para fazer o preventivo, e não explica o porquê que tem que fazer o preventivo.

Desse depoimento, iluminada pelo pensar de Heidegger (2008), compreendi que o modo da impessoalidade alcança, também, o encontro gestante/profissional nos serviços de saúde, pois, nessa condição, a gestante, ao ser atendida, se vê sem possibilidades de compreender a importância da realização do papanicolaou, referindo, inclusive, a solicitação do exame sem, contudo, entender a importância da sua realização.

No estudo de Rocha (2011, p. 94), há a descrição de que o impessoal é o que não se nomeia, o que não se aprofunda, o que não cria raízes. Seu envolvimento com as coisas e com os outros é superficial, sem obrigações nem responsabilidades, pois “vem ao encontro da presença na tendência da superficialidade e facilitação” (HEIDEGGER, 2008, p. 185).

É próprio do impessoal apresentar-se no anonimato, sendo identificado com conceitos abrangentes e abstratos. A presença, no modo de ser do impessoal, se desobriga de responsabilidades e as decisões são transferidas, de forma que suas ações são apenas repetições e reproduções. O agir no impessoal é o fazer porque todo mundo faz, é o dizer porque todo mundo diz. É o passar pela vida sem mesmo saber por quê (ROCHA, 2011).

O ser-no-mundo enquanto constituído pelo existencial do ser-com vislumbra o mundo que é compartilhado com os outros. O mundo da presença é um mundo compartilhado. O ser-em é ser-com os outros, o que caracteriza a presença como co-presença (HEIDEGGER, 2008).

Mas, no depoimento de Lírio anteriormente citado, foi desvelado que, a co-presença, o encontro gestante e profissional de saúde se deu no modo da impessoalidade, podendo representar a fragilidade do compromisso profissional de ser-com a gestante, e representou o não sentir-se tocado pelo outro.

A gestante deixou explícitas a deficiência e a indiferença que caracterizam a convivência com a profissional de saúde na prevenção do câncer do colo do útero: “[...] *Pede para fazer o preventivo, e não explica o porquê que tem que fazer o preventivo [...]*”.

Para Rocha (2011), na cotidianidade, a presença é aquilo que ela é impessoalmente. Sem se dar conta disso, é conduzida pelos outros, sendo os outros, qualquer um que não ela mesma. Assim, na cotidianidade assume para si o que não lhe é próprio. O impessoal promove o “nivelamento de todas as possibilidades de ser” (HEIDEGGER, 2008, p.184). Os outros são co-presentes na convivência cotidiana. “Todos são os outros e ninguém é si mesmo” (HEIDEGGER, 2008, p.183).

Portanto, imprescindível é a adoção de proposições inovadoras no cotidiano assistencial, com vistas ao fortalecimento do processo de trabalho e de compreensão à mulher que busca a prevenção do câncer do colo do útero.

Nessa perspectiva compreensiva, podemos pensar ser possível oferecer suporte aos serviços de saúde por meio de mobilização e capacitações que promovam reflexões e mudanças de atitudes das profissionais, no intuito de oferecer, à mulher, um cuidado compreensivo, favorecendo-lhe a possibilidade de compreensão, quanto à importância do cuidado à saúde, em especial na prevenção ao câncer do colo do útero. Conforme nos diz Heidegger (1981, p.60), “o pensar e o fazer, enquanto possibilidades existenciais e equiprimordiais do homem, imbricam-se mutuamente”.

Também, como referem Iwamoto et al. (2011), há de se incorporar, nessa perspectiva, outros fatores que envolvam a prevenção do câncer do colo do útero, como: a subjetividade do corpo feminino, seus aspectos psicoafetivos e as relações que as mulheres estabelecem no seu modo de ser e estar na vida.

No aspecto da psicoafetividade ou disposição afetiva, Nunes (1999) diz que estamos sempre num estado de ânimo, mesmo que esse estado seja a indiferença. Então, não há presença sem disposição afetiva, estamos sempre todos no mundo, profissionais de saúde/clientes, lançados na facticidade, nos problemas do mundo.

Acreditar num cuidado compreensivo é permear a facticidade com o modo de disposição do compreender, pois o compreender nos remete à noção de existência, ao exercício da escuta, do ouvir, de poder-ser, de possibilidades, revelando o caráter projetivo que as práticas de saúde podem ter. Há de se projetar um cuidado à saúde que tenha como base a existência, para que os fenômenos velados que envolvem a saúde e a doença possam ser desvelados e tornar-se alvo de acolhimento.

A fala de Angélica me chamou atenção para o desconhecimento sobre a importância da prevenção do câncer do colo do útero:

Na gestação? (*repete a pergunta para si mesma*) Não sei!
(*voz baixa... cabeça baixa, ficando alguns segundos em silêncio*).
Angélica

Assim, como nos diz Rocha (2011), não é próprio do impessoal convidar o outro para a escuta atenta, apenas contenta-se em tomar como certo o que já foi falado e reproduzi-lo, num movimento de repetição e certeza.

O desconhecimento revelado por Angélica, assinala para a possibilidade das relações impessoais estabelecidas nos serviços de saúde em que, possivelmente, profissionais de saúde não escutam a mulher nas suas indagações e necessidades de esclarecimentos sobre a sua situação de saúde ou, até mesmo, sobre a realização do papanicolaou na gestação, favorecendo a um círculo vicioso de aparência no qual o que foi dito na consulta a mulher compreendeu, ficando a ilusão de que as profissionais cumpriram o seu papel ao apenas solicitar a realização do exame.

Como nos dizem Melo e Souza (2012), o cuidado que a mulher realmente carece não está em ouvir, e sim, em ser ouvida, a partir de sua abertura para a existência, do seu vivido e do “como” ela compreende a prevenção do câncer. Compreendi que, ao realizar o exercício da escuta na prevenção do câncer do colo do útero na gestação, possivelmente, poderão ser afastados os velamentos, e, nessa direção, serem desveladas as estruturas ônticas/ontológicas do fenômeno da referida prevenção, contribuindo para que profissionais e serviços de saúde possam oferecer, com integridade, a assistência tão desejada por todos.

Portanto, Brustolin (2010) afirma que, para se estabelecer um diálogo, há de se levar em conta a importância da escuta. Sem ela, é impossível estabelecer uma relação de abertura para com o outro. A falação é a condição para o fechamento da presença para o mundo, pois ela encobre aquilo que é primordial do ser humano, a sua própria existência. Encobre uma relação de respeito e acolhimento, ao passo que o diálogo é uma condição de possibilidade para se pensar e executar um cuidado à saúde que valorize a existencialidade.

Assim, é importante estarmos atentas para a cotidianidade assistencial, na medida em que muitas profissionais, entre elas, as enfermeiras, realizam a assistência no mundo tecnicista, no qual o predomínio de técnicas, instrumentos e procedimentos são quase cotidianamente os aspectos que definem a capacidade profissional. Diante desse horizonte, ao

valorizarem demasiadamente tais aspectos, reduz-se o espaço para um cuidar, com vistas os modos de ser da presença na vivência do temor e da ambiguidade na prevenção do câncer do colo do útero.

US 4 - Expressões de solicitude e de ser-com na relação gestante/feto: aspectos implícitos na prevenção do câncer do colo do útero

A solicitude em Heidegger (1981) é divisada como um estado de ser da presença que, de acordo com suas diferentes possibilidades, está ligada com o seu ser em relação ao mundo de seu cuidado, e, da mesma maneira, com seu ser em relação a si mesmo. O ser-com-os-outros está fundado e, com frequência exclusiva, naquilo que é matéria de cuidado habitual em cada ser.

A solicitude é orientada pela consideração e pela paciência. “O cuidar solícito é compreendido ao nível daquilo que estamos cuidando-com e juntamente com nossa compreensão dele”. Assim, o outro é, de imediato, desvelado na solicitude cuidadosa, como nos afirma Heidegger (1981, p. 44).

Nos depoimentos a seguir, surgiu o modo de ser-com da gestante com o feto na prevenção do câncer do colo do útero, relação em que o pânico deixa de ser compreendido como uma forma de rastreamento ao câncer, passando a ser um fator de proteção ao feto. Então, em sua cotidianidade, a mulher demonstrou não adotar para si o cuidar da sua própria saúde, como uma decisão de autocuidado nessa prevenção, mas, de cuidado com- o- outro, seu bebê.

[...] Para poder não passar para o bebê! Para impedir que o bebê seja contaminado né? Com alguma bactéria ou algum problema que venha dar, dar no resultado né?
Lírio

Acho assim, prá criança num nascer com problemas, e também prá mãe ter uma gestação saudável.
Jasmim

Eu acho que... Não passar nenhuma doença para o nenê?
Girassol

Porém, há de se considerar o processo de desconhecimento e de desinformação que permeiam tais discursos, pois neles, ficou evidenciado que a gestante desconhece que o câncer não é uma doença contagiosa e, por conseguinte, não tem como atingir o feto, a não ser em

condições extremas que dificultem o processo parturitivo, mas, mesmo assim, não há contaminação na perspectiva visualizada pela gestante.

A solicitude que imbrica as características básicas de ter consideração para com o outro e ter paciência com o outro está explícita na fala:

[...] Aí eu conheço muitas pessoas que tem muitos problemas na gravidez, passou para a criança e a criança... Não quero isso para o meu filho! [...] Violeta

Para Heidegger (1981), ter consideração e paciência com os outros não são princípios morais, mas, maneiras de como se vive com os outros, através das experiências e expectativas. Esse depoimento desvela a relação que se estabelece com o que é experienciado nos contatos com outras pessoas, despertando, na gestante, o zelo pela criança que está chegando a esse mundo, e este mundo vivido preexiste a qualquer análise que se possa fazer dele. Está aí para ser conhecido como é, sem a necessidade de maiores explicações ou justificativas (GOMES, 1997). É nele que a gestante irá vivenciar a solicitude.

Na fala de Margarida, encontramos a expressão da solicitude quando ela se refere que fez o preventivo quando estava gestante, nunca o havia realizado em momentos anteriores. Compreendi então que, por zelo e cuidado com a vida que estava gerando, ela realizou o papanicolaou, mesmo com o receio de que o diagnóstico pudesse oferecer algum resultado negativo. Passa essa impressão quando diz: [...] *graças a Deus não deu nada* [...]. Mesmo com o temor, expressou a solicitude de ser-com a criança que está em seu ventre. Notei então, que o cuidar da saúde ginecológica foi pontual e se deu porque ela se sentiu responsável pela saúde do bebê:

Porque eu mesma não vou mentir [...] Eu nunca tinha feito preventivo na minha vida, mas graças a Deus não deu nada (*dando ênfase ao trecho “graças a Deus”*).
Margarida

Em Ferreira (2011, p. 146-148), encontramos a descrição de que a estrutura ser-no-mundo é constituída pela unidade dos existenciais do “ser-em, ser-junto-a e ser-com”. Esses existenciais são primários, originários e inseparáveis do ser-no-mundo. Enquanto ser-em, a presença é e está lançada no mundo, ser-junto-a, ela toca e é tocada pelo mundo, e ser-com é a abertura para o outro, é encontrar-se em uma relação de solicitude com outra presença. Portanto, a solicitude é o modo como onticamente conhecemos o ser-com. Dessa maneira,

pode-se dizer que o termo “com” responde pelo caráter de abertura da presença para a compreensão do ser do outro e de sua coexistência.

Da parte de Jasmim, percebi solicitude, quando ela diz:

Acho assim, prá criança num nascer com problemas, e também prá mãe ter uma gestação saudável. Jasmim

Esse depoimento conduziu-me à compreensão do modo de abertura e disposição da gestante para o cuidado com o seu estado gestacional e com a integridade da vida da sua criança. A disposição é que possibilita um dirigir-se para. Essa gestante entra numa relação de abertura com uma presença e outra, e, portanto, a solicitude se torna imprescindível para a constituição ontológico-existencial do amor. Ela demonstrou assim o sentimento de amor pela criança. Para Ferreira (2011a), o afeto do amor é impensável sem a abertura de uma presença para o outra.

Compreendi, portanto, que ser-com é o constitutivo de nós. Eis o motivo por que o cuidado em saúde, nesta tese, vislumbra a gestante que cuida da sua criança ainda no ventre, apontando que o cuidado não é possível sem a presença do outro; a mãe é cuidada por profissionais de saúde, e ela cuida a partir, também, dos cuidados profissionais. Então, o ser-com se dá sempre num mundo compartilhado.

Porém, como nos diz Gadamer (2011), vivemos cada vez mais em um ambiente transformado pela ciência, um meio que quase já não ousamos mais chamar de natureza, ao mesmo tempo em que temos de viver em uma sociedade modelada pela cultura científica da era da modernidade. Sociedade regida por milhares de normas e regulamentos que acabam por assinalar uma crescente burocratização da vida.

Assim sendo, mesmo num mundo compartilhado, há a interferência da burocracia que estabelece uma distância no encontro entre profissional/cliente, e, portanto, há a necessidade de se resgatar a singularidade que não se localiza na doença, mas, no milagre da saúde (GADAMER, 2011).

US 5 - Falação: o que acontece com o outro na prevenção do câncer do colo do útero

A falação¹⁰ não deve ser tomada em sentido pejorativo. Terminologicamente, “significa um fenômeno positivo, que constitui o modo de ser do compreender e da interpretação cotidiana da presença”. Em *Ser e Tempo*, Heidegger (2008, p.239) descreve que todo mundo

¹⁰ Termo equivalente a falatório usado em versões anteriores de *Ser e Tempo*.

presta primeiro atenção em como o outro se comporta, no que ele irá dizer. Portanto, na existência, a falação sempre se insinua.

Para Anéas e Ayres (2011), na impessoalidade, a presença se mistura com as outras presenças no mundo, sendo absorvido por essas. Os discursos, no modo da impessoalidade, são percebidos pela falação, pela curiosidade e também ambiguidade. Nessa perspectiva, as relações com os outros no mundo cotidiano tornam-se balizadas pelas interpretações coletivas, e assim vai se fazendo e falando o que os outros falam. Nesta unidade de sentido, as gestantes se reportaram a situações vivenciadas por outras pessoas no modo da falação:

[...] HPV, tem muitas doenças, eu mesmo conheço uma pessoa que pegou HPV e ficou com condiloma. Angélica

Eu mesmo conheço pessoas que tem 8 anos que não faz preventivo. Aí, quando vai, tem aquela surpresa de tá... e aí, as vezes não tem mais chance de fazer tratamento.

Orquídea

No modo impessoal, a presença é e está sempre “por aí” de modo ambíguo, na abertura pública da convivência, na qual a falação mais intensa e a curiosidade mais aguda controlam o cotidiano (HEIDEGGER, 2008). A falação é a possibilidade de compreender tudo, sem se ter apropriado previamente da coisa, pois o que foi dito já foi sempre compreendido como algo que diz.

No mundo circundante, que é o mais próximo da presença, o mundo da publicidade está à mão quer seja pelos meios de comunicação, quer nas instituições de ensino, quer no trabalho. Esse modo de convivência cotidiana torna o ser próprio da presença no modo de ser dos outros, no sentido de modo da impropriedade no qual prevalece o impessoal (ARAÚJO, 2005).

Por conseguinte, essas falas reportam às situações que se associam à falação que sobrevém ao câncer do colo do útero. Há sempre uma ligação entre histórias de HPV e câncer, entre a não realização ou a demora para fazer o papanicolaou com situações de doenças que possam se vincular ao câncer do colo do útero.

Na fala seguinte, a gestante silencia por alguns segundos, para entrar no modo impessoal do “a gente”, essa forma de expressão refere, conforme Heidegger (1981, p. 21), o modo de viver com os outros, no cotidiano. Este “a gente” tem características próprias e constitui o público que domina a maneira de existir com os outros.

(*Silêncio*) A vida né? A vida primeiramente, porque a gente não pode brincar com isso [...]. Orquídea

Heidegger (1981) não atribui conotações valorativas ao “a gente”, no sentido de desprezar essa maneira de viver, mas, chama atenção de que é um viver dissolvido e diluído na massificação, absorvido no coletivismo, tornando-se uma peça, um objeto manipulável.

Por conseguinte, essa forma de expressão no contexto desta tese me remeteu à compreensão de que a gestante tenta se afastar das situações que dizem respeito à ocorrência do câncer do colo do útero, trazendo à tona uma transferência para o impessoal, ou seja, as mulheres “[...] *não podem brincar com isso* [...]” e devem se preocupar com a possibilidade da doença, ficando claro que apesar do destaque em itálico, feito pela própria Orquídea, deixa explícita a inserção de sua pessoa nessa declaração “as mulheres”.

Na falação, o que se expressa, embora haja empenho pela objetividade do discurso, não se observa contato com a origem ontológica do ente referencial. Porquanto tudo se resume em repetir o já dito e passar adiante. O que é comunicado permanece no âmbito da compreensão mediana. Tal compreensão funda-se no fato que o mundo no qual já estamos sempre lançados em nossa existência tem estrutura ser-no-mundo, e este se mostra como um mundo compartilhado (SOUSA; RIBEIRO, 2007).

No depoimento seguinte, há referência a um modo pessoal de compreender: [...] *prá mim* [...], para logo entrar no impessoal, [...] *da gente* [...]:

Prá mim é importante porque... É... previne, a gente vai saber (*voz um pouco trêmula*) como está andando a gestação, como está o bebê dentro né... da gente.
Margarida do Campo

Nas políticas públicas de saúde, quando se fala em prevenção, remete-se a ações que possam promover um cuidado consigo mesmo, com o outro ou com a própria comunidade. Porém, apesar, dessa estrutura estar desenhada nas grades curriculares das academias, e em vasta literatura da saúde pública, nem sempre isso se torna realidade.

O que vivenciamos, de fato, na maioria das vezes, no cotidiano dos serviços de saúde são relações às vezes distantes e impessoais, com discursos prontos, baseados em normas e rotinas que se aplicam especialmente à organização da rede de saúde, e não às necessidades existenciais dos indivíduos que buscam esses serviços. Portanto, há necessidade de mudança de paradigmas, ou seja, precisamos avançar além da teoria e consolidarmos uma práxis.

Mas, para Fagundes (2011), também é preciso reconhecer que as mudanças de paradigma e o entendimento dessas mudanças ocorrem de forma gradativa. Faz-se necessário compreender como ocorrem as mudanças na práxis acadêmica e, ainda, quais os fatores que colaboram para que elas ocorram efetivamente. Devemos, então, buscar novos referenciais teóricos que possam facilitar a implantação de propostas mais adequadas à realidade da pessoa que busca os serviços de saúde.

Quando Margarida do Campo fala, [...] *a gente vai saber como está andando a gestação* [...], está querendo dizer que os acontecimentos da gestação são compartilhados, e esse compartilhar pode ser no modo da falação, pois há sempre comentários sobre a gravidez entre gestantes, profissionais e familiares, seja na sala de espera do atendimento em pré-natal, na sala onde se realiza a ultrassonografia, onde se realiza a vacinação, ou na recepção da unidade, enfim, há sempre um compartilhamento de ideias e informações que, em muitos momentos, se dão no modo da falação, da pré-compreensão.

Para Sousa e Ribeiro (2007, p. 2), Heidegger, em *Ser e Tempo*, escreve que nós, “enquanto existentes, estamos sempre lançados no mundo - o que se mostra, de imediato, nas relações que estabelecemos com os outros, com as coisas e com o nosso próprio ser”. Isto é, estamos sempre nos relacionando com as nossas possibilidades de ser. Por isso, o mundo se revela de um modo tão familiar que somos tomados por uma ilusão de que ele já está pronto e acabado. Já temos sempre uma pré-compreensão acerca das coisas. É essa pré-compreensão que guia nossas ações cotidianas, nos revelando o mundo como um “mundo circundante”. Esse é o mundo que, no pensar heideggeriano, se revela na ocupação, no uso e manuseio dos instrumentos e na lida com os outros que aí, nessa circunstância, nos vêm ao encontro.

Por conseguinte, nós, enquanto existentes, estamos sempre projetados nesse “mundo circundante”, sempre nos ocupando. No entanto, o mundo considerado nele mesmo, na visão heideggeriana, não é a soma de todos os viventes e coisas, tampouco é um espaço físico onde todas as coisas se encontram amontoadas. Mundo é, antes, um horizonte de significância no qual a existência está sempre se projetando.

O depoimento adiante aponta para o que é falado no cotidiano do público, especialmente nas salas de esperas dos serviços públicos de saúde onde acontecem as conversações sobre saúde e doença. Maravilha nos diz:

Acho importante para verificar se tem alguma doença, se...
na verdade, eu gosto de fazer sempre (*risos*) eu gosto de
fazer de 6 em 6 meses. Maravilha

O conhecimento equivocado de que o papanicolaou como exame de rastreamento deve ser realizado semestralmente tem origem no temor da doença e também na falação já que, nesse modo de ser da presença, há o contentamento somente com repetir e passar adiante a fala. Ou seja, caímos na repetição vazia e sem nexos das coisas, e não nos apropriamos originariamente das coisas (ARAÚJO; RIBEIRO, 2005).

Portanto, segundo Araújo e Ribeiro (2005), Heidegger nos convoca para a abertura da compreensão de que o significado das palavras deve estar estreitamente ligado ao modo como lidamos com as coisas, ao modo como estamos atentos à vida, ou seja, a linguagem não deve ser entendida como signos linguísticos apartados da vida, o sentido das palavras deve então a cada momento ser redescoberto, ou seja, não podemos nos deixar cair no desgaste cotidiano das palavras, onde seus significados se cristalizam e nos dão a impressão de sua decadência, da perda de seus significados próprios.

Sendo assim, é a partir desse horizonte que o existente descobre os significados do seu ser e do ser das coisas que lhe vêm ao encontro. À medida que o mundo nos revela os significados das coisas, ele se mostra como linguagem e, no caso desta tese, em alguns momentos, os horizontes de significância da prevenção do câncer do colo do útero em gestantes estavam associados ao modo da falação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, que buscou compreender o sentido da prevenção do câncer do colo do útero na ótica de gestantes, originou-se das minhas inquietações ao vivenciar a assistência e a docência na área de atenção à saúde da mulher, em especial no pré-natal. A opção pelo método fenomenológico heideggeriano se deu pela possibilidade que o mesmo oferece de compreender os fenômenos, a partir de questionamentos que emergem do cotidiano pessoal e profissional, sem emissão de julgamentos e/ou valoração moral de comportamentos.

Nessa perspectiva, é possível descrever e compreender o modo de ser de pessoas envolvidas numa situação existencial, em que há necessidade de escuta e acolhimento no cuidado à saúde que possam evoluir para além da situação clínica, ensejando, então, a oportunidade do estabelecimento de uma relação cliente/profissional que possa se expressar em palavras, gestos e sentimentos, permitindo a compreensão da situação clínica/existencial vivenciada por aquelas pessoas.

Portanto, ao realizar esta pesquisa, que teve como depoentes gestantes na prevenção do câncer do colo do útero, compreendi que a mulher não demonstrou ter a compreensão do “pré”, do prevenir, como uma antecipação ao diagnóstico de uma patologia, e, por desconhecimento, desinformação ou não adesão ao papanicolaou, por ser invasivo e impessoal, transferiu a função desse exame para o cuidado com a criança que ela estava gestando, deixando transparecer, também, um velamento quanto ao reconhecimento da importância da realização do exame, por estar na disposição existencial do temor, onticamente conhecido como medo.

A gestante se mostrou, em si mesma e por si, temerosa face à possibilidade de ter adoecimento e morte associados ao câncer e, para compreender o seu movimento existencial do temor, foi necessária uma abordagem a partir da sua existencialidade.

A abordagem fenomenológica heideggeriana me permitiu visualizar um horizonte de compreensão, em que há muitas situações no setor da atenção básica em saúde que necessitam ser repensadas com vista à prevenção ao câncer do colo do útero, em especial na perspectiva da gestante. Aqui, elucidado com exemplos: o modelo de atendimento centrado apenas no biológico, os dias e horários de atendimento nem sempre compatíveis com as necessidades e possibilidades de acesso para a mulher, a abordagem profissional centrada, na maioria das vezes, na impessoalidade das relações, a grande demanda de gestantes, a inadequação da sala de consulta e do atendimento na recepção. Portanto, essas situações ônticas necessitam ser

repensadas, favorecendo uma evolução na forma de acolhimento e resolubilidade da situação de saúde apresentada.

Compreender que a gestante não fez relação direta da realização do papanicolaou com a prevenção do câncer do colo do útero despertou, em mim, questionamento sobre as estruturas de abordagem ao cuidado, em que nós, profissionais de saúde, estamos desenvolvendo o pré-natal. Compreendi que há um distanciamento de fins entre cliente e profissional de saúde, já que as unidades de sentido apontaram para o desvelamento de uma situação existencial em que é estabelecida, entre ambas, uma relação de cuidado impessoal, aquela em que as pessoas vivenciam os encontros com juízos, valores e ideias pré-estabelecidas, na perspectiva do estabelecimento de pressupostos.

O revelado pelas gestantes fez-me acreditar na possibilidade de uma relação direta do cuidado impessoal com a incidência do câncer do colo do útero tão alta em nosso país, haja vista que algumas relataram que desconhecem o objetivo da realização do papanicolaou na gestação. Por outro lado me fez questionar sobre o processo de organização dos serviços, da capacitação das profissionais para o atendimento em ginecologia, da acessibilidade da mulher aos serviços e de como as informações sobre a importância do exame papanicolaou chegam para as mulheres e de como são calculadas e como atingir as taxas de cobertura, já que, falar sobre o rastreamento do câncer do colo do útero pode possibilitar a compreensão, não da prevenção, mas de culpa sobre as mulheres que não realizam ou não realizaram o papanicolaou por qualquer situação suscitada, como medo, desconhecimento, desinformação ou qualquer outra.

Ao compreender que os discursos apontavam para visibilidade de uma relação profissional/mulher que se dava, na maioria das vezes, na impessoalidade, vários questionamentos surgiram: como poderei contribuir para mudanças de atitudes na academia e nos serviços? Que estratégia de enfrentamento poderei utilizar para mobilizar a divulgação dos resultados desta tese, com vista a despertar as profissionais de enfermagem para uma abordagem compreensiva às questões de saúde? O quanto estamos no esquecimento do modo compreensivo do cuidado? O que fazer para ressignificar a confiança e o acolhimento nas relações cliente/profissional? Como defender um modelo acadêmico, centrado um modo de educar que possa promover participação ativa e reflexiva das gestantes e enfermeiras sem que as ações sejam apenas resultados de decisões administrativas?

Tais questionamentos me fizeram compreender também, nesse contexto, o descompasso do que o MS propõe como estratégias de enfrentamento ao câncer do colo do útero e o que é vivenciado pelas mulheres. Os depoimentos apontaram para situações de tensão, permeadas

pelo medo, desconhecimento e desinformação que as impedem de realizar o papanicolaou com a consciência de que estão rastreando o câncer, e essa atitude pode ser fruto do modelo de atenção à saúde que desenvolvemos no cotidiano.

A lacuna que o modo da impessoalidade deixa nas relações cotidianas, entre profissionais e clientes nos serviços de saúde, pode suscitar a falação sobre a ocorrência do câncer do colo do útero e despertar, na gestante, o modo de ser na ambigüidade. Ao não ter acesso a um atendimento que favoreça o acolhimento, e o diálogo, ela fica exposta à captação de várias formas de informações, fazendo com que haja interpretações coletivas, e assim vai se fazendo ou se falando o que os outros falam.

A despeito da ambigüidade que cerca esse procedimento, as gestantes demonstraram que realizam o papanicolaou não só na perspectiva da prevenção do câncer do colo do útero, mas, também, por solicitude à criança e para identificar e se proteger de situações conjugais vinculadas a sexualidade que possam trazer, para elas, a possibilidade de DSTs.

Realizar o cuidado de enfermagem numa perspectiva fenomenológica não significa “organizar” a existência pautando o cuidado em normas e rotinas pré-estabelecidas, porque o problema não é a rotina em si, mas, o modo como ela vai sendo desenvolvida, na perspectiva de um fechamento em que não há espaço para questionamentos. Tudo vai se naturalizando, e esse naturalizar é o que impede um desvelar, para que se possa compreender as situações de saúde e adoecimento como possibilidades humanas. É por meio da abertura para o cuidado singular, que surge a possibilidade para um olhar de compreensibilidade para as mulheres e as atuais políticas públicas de saúde que envolvem a prevenção do câncer do colo do útero.

Devemos, pois, avançar para o estabelecimento do encontro existencial com a gestante, de modo a interpretar os seus discursos na realização do papanicolaou, uma vez que o discurso é uma articulação do compreender e pode favorecer, para ela, a compreensão do exame, como algo necessário à manutenção da sua saúde, e não apenas como fator de proteção ao feto conforme foi desvelado nas falas. Apesar da não compreensão, pela gestante, de que o papanicolaou é um exame para rastreamento ao câncer do colo do útero, ela o realizou demonstrando o modo de solicitude, sendo-com o feto.

Acredito, portanto, que devemos avançar no modelo acadêmico de formação das enfermeiras, de modo a proporcionar reflexões críticas, éticas e filosóficas para o cuidado à saúde, de forma a estimular a curiosidade e o compartilhamento de saberes. Assim, temos a possibilidade de conjeturar o emergir das possibilidades de se realizar um cuidado que prime por um modelo estruturado naquele em que a pessoa que é cuidada, mesmo em suas restrições

fáticas, tenha a liberdade de abrir espaços para questionamentos que a despertem para compreensão do objetivo do exame papanicolaou.

O que vivenciamos no cotidiano do comportamento humano passa pela medianidade e funda, também, a conduta no cotidiano dos serviços de saúde. Portanto, são relações impessoais, rápidas, centradas, na maioria das vezes, em cumprimento de metas estabelecidas pelo MS e SMS. As metas necessitam ser cumpridas, porém, há de se vislumbrar, nesse cumprimento, a possibilidade de acolhermos a pessoa em sua existencialidade. Não se pode cuidar, igualmente de um e de todos, pois há de se reconhecer a singularidade de cada ser que apresenta possibilidades de abertura e alternativas de projetos existenciais.

No que se refere à estrutura normativa e administrativa da Política Nacional de Prevenção ao Câncer, em especial o de colo de útero, sinalizo a necessidade de conhecermos mais de perto as formas de registro e de controle de dados no âmbito dos laboratórios que realizam a leitura das lâminas da citologia oncótica e da SMS, que lança os resultados no SISCOLO.

Na construção desta tese, durante a visita que fiz a um determinado laboratório credenciado ao SUS e vinculado à SMS de Feira de Santana, percebi que, no seu cotidiano, na estrutura de trabalho com o registro dos resultados da leitura das lâminas no SISCOLO, não há nenhuma exigência do MS para se registrar a condição de gestante, a não ser que uma das lâminas seja selecionada pelo Centro de Cancerologia da Bahia (CICAN), para o controle da qualidade da leitura nos laboratórios.

Portanto, já identifiquei, aí, certo descaso para a situação de estar gestante, realizar o papanicolaou e o resultado desse exame entrar num sistema quem tem reflexo na referência para o planejamento e implemento das políticas públicas de saúde. Também, na ficha do SISPRENATAL, não existe nenhum campo de referência ou registro para o papanicolaou. Nela se anotam, apenas, os exames e o estado vacinal da gestante.

Essa situação denota que é importante o movimento profissional direcionado a esses dados e estruturas administrativas para que se possa planejar a assistência à gestante com sugestões de modificações nesses instrumentos, no intento de termos um retrato da realidade do atendimento na atenção básica, e isso possa impactar na mudança das políticas públicas de saúde voltadas para as mulheres. E que nenhuma oportunidade na consulta de pré-natal seja perdida, pois o encontro de presenças (enfermeira/gestante) no qual se realiza a solicitação do papanicolaou deve ser permeado pelo sentido da compreensão, quanto à realização, e a procura do resultado desse exame com vistas à prevenção do câncer do colo do útero. Pois o sentido se sustenta na compreensibilidade e é elaborado pelo existencial do interpretar.

Este estudo representa uma faceta importante da minha existência, nos âmbitos pessoal e profissional. Como já declarei na dissertação de mestrado, após aplicar, desenvolver e vivenciar o método fenomenológico para a compreensão de uma realidade, já não sou mais a mesma, na medida em que estou sendo animada por um movimento de despertar para transformar as minhas condutas, especialmente na academia, pois, no cotidiano, apesar da possibilidade de existirmos no modo impróprio, que diz respeito à impessoalidade, e no modo próprio, que diz respeito à singularidade, vou enfrentar o desafio de tentar manter-me no modo próprio, ao estar lançada no mundo, realizando as minhas atividades de docência e de enfermeira nas consultas de pré-natal.

Apesar de reconhecer que muitos foram os avanços nas políticas públicas na área da saúde da mulher, ainda necessitamos enfrentar o desafio de reconhecer a fragilidade do modelo biomédico para cuidar da saúde das mulheres. O enfrentamento desse desafio poderá ser no pesquisar, aprender, re-aprender e ensinar o cuidar.

Defendo, então, que o modelo de atenção em pré-natal seja pautado no modo compreensivo de solicitude de voltar-se ao outro como outro, centrado na dimensão existencial da mulher que busca os serviços de saúde, uma vez que, o agir em saúde vinculado à temporalidade e à historicidade da presença diz respeito à ação humana vinculada ao horizonte da existencialidade e ao modo aberto de ser-no-mundo, possibilitando o acolhimento, o vínculo e a responsabilização no cuidado à saúde e na prevenção do câncer do colo do útero.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, Bernadette Siqueira (Org.). **Historia da filosofia** - os pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 1999. 480p.
- ALMEIDA, Inez Silva; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. Gestação na adolescência com enfoque no casal: Movimento existencial. **Revista de Enfermagem-Escola Anna Nery** (impr). v.15, n.3, p. 457- 464, jul/set. 2011.
- ALONSO, Maria E. et al. **Control prenatal como herramienta para la detección de cáncer de cuello uterino**-Cosme Argerich Centro de Salud y Acción Comunitaria n. 9 Residencia de Obstétricas Premio: “Mejor trabajo presentado por Obstétricas” XXVIII Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología - SOGIBA, Argentina: 2010.
- ANÉAS, Tatiana de Vasconcellos; AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita. Significados e sentido das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.15, n.38, p.651-62, jul/set.2011.
- ARAÚJO, Helena de Lima Marinho Rodrigues. Os modos de existência do *Dasein*: inautenticidade e autenticidade em ser e tempo. **Kalagatos** - Revista Brasileira de Filosofia do mestrado acadêmico em Filosofia da UECE, v.2, n.3, p.37- 62, 2005.
- ARAÚJO, Renata Frederico Silva; RIBEIRO Glória Maria Ferreira. O fenômeno do falatório no pensamento de Martin Heidegger. **Existência e Arte- Revista Eletrônica do Grupo PET** - Ciências Humanas, Estética e Artes. Universidade Federal de São João Del-Rei. - ano I- n. I. jan/dez. 2005.
- BAHIA, **Caderno de Informações em Saúde-Bahia-CIS/SUS**. 2010. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/ba.htm>. Acesso em: 14 fev. 2011.
- BAPTISTA, Patrícia Campos Pavan; MERIGHI, Maria Aparecida Barbosa; FREITAS, Genival Fernandes. El estudio de la fenomenologia como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. **Cultura de los cuidados**, 1º quadrimestre, ano XV, n. 29, 2011.
- BARRANCO, Elaine; MOREIRA, Marléa Chagas; MENEZES, Maria de Fátima Batalha. O líder de enfermagem em unidades oncológicas: intervenções da subjetividade na organização de espaços saudáveis de trabalho. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.56, n.2, p.213-218, 2010.
- BENJAMIN, Alfred. **A entrevista de ajuda**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- _____. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Cobertura de consultas de pré-natal** - Datasus - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Brasília: 2004. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/CapituloF.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** - manual técnico. Brasília: 2006a.163 p. color.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Situação do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006b. Disponível em: http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_rastreamento_cancerutero.pdf. Acesso em: 03 out.2009.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório de Gestão 2003-2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, DF: 2007

_____. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. **Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)**. Brasília: 2008a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. Instituto Nacional de Câncer. 3. ed. atual. amp. Rio de Janeiro: INCA, 2008b. 488 p.: il. color. tab.; 29 cm. Inclui bibliografia. ISBN978-85-7318-134-0 Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>. Acesso em: 03 out. 2009.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2010: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009a. 94p. il. Color. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5 Acesso em: 03 out 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. 2ª impressão, **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF: 2009b.

_____. Ministério da Saúde – Epidemiologia e Serviços de saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. **Revista do Sistema Único de Saúde**, v.20, n.4, out/dez. Brasília: 2011.

BRINGHENTI, Márcia Elena Zamin et al. Prevenção do câncer cervical: associação da citologia oncológica a novas técnicas de biologia molecular na detecção do Papilomavírus Humano (HPV) **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, 2010. v.22, n.3, p. 135-140 - ISSN: 0103-4065 - ISSN on-line: 2177-8264. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista22-3-010/Prevencao%20do%20Cancer%20Cervical.pdf> Acesso em: 09 mai. 2011.

BRITO, Rosineide Santana. **Quatro fases do homem no contexto da reprodução**. Natal: Observatório RH NESC/UFRN, 2011.

BRITO, Cleidiane Maria Sales; NERY, Inez Sampaio, TORRES, Leydiana Costa. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da citologia oncológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n.4, p. 387-90, jul/ago. 2007.

BRUSTOLIN, Fabrício. A mediação do cuidado. **Revista de Educação do Instituto de Desenvolvimento Educacional do Alto Uruguai (REI IDEAU)**, v.5, n.12, jul/dez 2010.

BUENO, Enilda Rodrigues de Almeida, Fenomenologia: a volta às coisas mesmas. In: PEIXOTO, Adão José et al. (Org.). **Interações entre fenomenologia e educação**. Alínea. Campinas-SP: 2003.

CARRARO, Telma Elisa et.al. Cuidado de saúde: uma aproximação teórico-filosófica com a fenomenologia. **Cultura de los cuidados**, 1º quadrimestre. ano XV. n. 29, 2011.

CARVALHO, Anesia de Souza. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1987.

CARVALHO, Maria Cristina de Melo Pessanha Carvalho; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo. Lesões precursoras do câncer cérvico uterino: evolução histórica e subsídios para consulta de enfermagem ginecológica. **Revista de Enfermagem-Escola Anna Nery**. (impr). Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 617-624, jul/set. 2010.

CASTRO, Paula Roberta; MARQUES, Jordino Assis dos Santos. **A Caminho da linguagem**. In: CONGRESSO DE PESQUISA, ENSINO E EXTENSÃO DA UFG - CONPEEX, 2005, Goiânia. Anais eletrônicos do XIII Seminário de Iniciação Científica [CD-ROM], Goiânia: UFG, 2005.

COLLIÈRE, Marie Françoise. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lidel- edições técnicas e sindicato dos enfermeiros portugueses. Lisboa: 1999.

CORRÊA, Adriana Katia. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. **Revista Latino -Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n.1, p. 83-88, 1997.

COSTA, Rachel Franklin et al. Assistência à mulher na fase perinatal: opinião de profissionais da saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife, v.7, n.5, p. 4505-13, 2013.

CRUZ, Luciana Maria Britto; 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 Sociedade**, São Paulo, v.17, n.2, p.120-131, 2008.

FAGUNDES, Luiz Gustavo Silva. Abordagens inovadoras em educação em saúde na perspectiva da promoção da saúde: visão do profissional enfermeiro. **Revista APS**, v. 14, n.3, jul/set 2011.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques. Motivos que influenciam a não realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Revista de Enfermagem-Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.378-84, abr/jun. 2009.

FERREIRA, Acylene Maria Cabral. **A linguagem originária**. Salvador: Quarteto, 2007.

_____. Acylene Maria Cabral. A correlação entre ciência e técnica em Heidegger. **O que nos faz pensar**, n.30, dez.2011.

_____. Acylene Maria Cabral. Amor e liberdade em Heidegger. **Kriterion**. Belo Horizonte n. 123, jun. 2011a.

_____. Acylene Maria Cabral. A fenomenologia heideggeriana e a construção tridimensional da verdade. In: WU. Roberto; NASCIMENTO, Claudio Reichert. (Org.). **A obra inédita de Heidegger**. São Paulo: Liber Ars, 2012.

_____. Acylene Maria Cabral. A verdade na fenomenologia heideggeriana In: **Verdade e interpretação**, Acylene Maria Cabral Ferreira. (Org.). Quarteto. Salvador - BA: 2013b.

_____. Acylene Maria Cabral. Mundanidade e diferença ontológica. **Síntese**, Belo Horizonte, v.40, n.126, 2013a.

FEDRIZZI, Edison Natal; SCHLUP Cristiane Goulart; MENEZES Maria Elizabeth; CAMPOS, Maristela. Infecção pelo papilomavírus humano (hpv) em mulheres de Florianópolis, Santa Catarina. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2008; v.20, n.2, p. 73-79 - ISSN: 0103-4065 Disponível em: <<http://www.dst.uff.br//revista20-2-2008.htm>> Acesso em: 09 mai. 2011.

FORGHIERI, Yolanda Cintrão. Saúde existencial: vivência a ser periodicamente reconquistada. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, Rio de Janeiro, jan/abr. v. XXIV n.001, 2004.

GADAMER, Hans-Georg. **O caráter oculto da saúde**. Tradução Antônio Luz Costa. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

GARCIA, Olga Regina Zigelli. Assistência de enfermagem à mulheres portadoras de colpites e cervicites In: ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota et.al. **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher**. Textos fundamentais- série atenção primária à saúde. v. 2, 2ª reimpressão. Departamento de Enfermagem CCS/UFSC, Florianópolis: 2007.

GOMES, William B. A entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente. **Psicologia**. USP-São Paulo, v.8, n.2, 1997.

GONÇALVES, Carla Vitola et al. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p. 2501-2510, 2011.

GONÇALVES, Carla Vitola. **Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal em município do Rio Grande do Sul, Brasil**. 2008. 99 p. Tese (Doutorado em Medicina) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2008.

GRONDIN, Jean. **Introdução à Hermenêutica Filosófica**. Tradução de Benno Dischinger. São Leopoldo: UNISINOS, 1999.

HEIDEGGER, Martin. **Todos nós ninguém: um enfoque fenomenológico do social**. São Paulo: Moraes, 1981.

_____. Martin. **Ser e tempo**. Tradução revisada e apresentação Márcia Sá Cavalcante Schuback 3. ed. Petrópolis: Vozes, Bragança Paulista: Universitária São Francisco, 598p. (Coleção Pensamento Humano), 2008.

_____. Martin. **Os problemas fundamentais da fenomenologia**. Tradução Marco Antônio Casanova. Petrópolis, RJ: 2012, 490p. (Coleção Textos Filosóficos).

HESBEEN, Walter. O cuidar e o contexto da saúde. **Cuidar no hospital: enquadrando os cuidados e enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Lisboa, Portugal: Lousociência, 2000.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=29> Acesso em: 08 fev. 2011.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher**. Rio de Janeiro: 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140> Acesso em: 03 fev. 2011.

_____. **Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero**. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero Sumário Executivo. Rio de Janeiro, RJ: 2010

_____. **ABC do câncer-abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: 2012. Disponível em: <<https://ead.inca.gov.br/course/view.php?id=43>>. Unidade II. Magnitude do problema. Item 3. Acesso em: 21 mai. 2012.

INWOOD, Michael. Hermenêutica. **Crítica[revista de filosofia]**. criticanarede.com.issn 1749-8457. Jun/2007.

IWAMOTO, Helena Hemiko et. al, Mulheres que realizam papanicolaou: contribuições para a estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v.16, n.3, jul/set. 2011.

LIMA, Aline Pinto, et al. Câncer de mama e de colo uterino no período gestacional: uma revisão de literatura. **Ciência Cuidado e Saúde**. Maringá, v.8, n.4, p.699-706, out/dez. 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**. v.5, n.3, p.5-11, 1997. Disponível em:< <http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 10 nov. 2010

_____. **Prevenindo o câncer do colo do útero: um estudo fenomenológico sob a ótica da mulher**. Salvador: Ultragraph, 1999.

_____. **Fenomenologia como referencial para a pesquisa em enfermagem**. Palestra - Seminários Multidisciplinares de Pesquisa em Enfermagem EEUFBA, Salvador: 2009.

MARTINS, André. Filosofia e saúde: métodos genealógico e filosófico-conceitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.4, p.950-8, 2004.

MANRIQUE, Edna Joana Cláudio. et al. Fatores que comprometem a adequabilidade da amostra citológica cervical. **Revista Femina**, v. 37, n.5, p.283-287, mai. 2009.

MELO, Maria Carmen Simões Cardoso; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. Ambiguidade - modo de ser da mulher na prevenção secundária do câncer de mama. **Revista de Enfermagem-Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.41- 48, 2012.

MELO, Rosana Oliveira; LOPES, Regina Mendonça; MOREIRA, Rita de Cássia Rocha. Identificando precocemente o câncer do colo do útero: um olhar sobre as lesões precursoras. **REUOL-Revista de Enfermagem da UFPE-Online**. DOI: 10.5205/Reuol.1262-12560-1-LE.0503201133. v. 5, n.3, p.812-19, mai.2011.

MENEZES, Tânia Maria de Oliva. **Ser idoso longo: desvelando os sentidos do vivido**. 2009. 206f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

MERIGHI, Mirian Aparecida Barbosa; HAMANO, Lima; CAVALCANTE, Lubiana Guilherme. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significados para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública. **Revista da Escola de Enfermagem -USP**. São Paulo, v.36, n.3, p.289-96, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo, BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza et. al. Fenomenologia heideggeriana e sua possibilidade na construção de estudos de enfermagem. **Revista de Enfermagem-Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 297-300, ago.2006.

MORA, José Ferrater. **Diccionario de filosofia abreviado**. Tradução, Eduardo García Belsunce Ezequiel de Olaso. Barcelona: Edhas. 27.ed. 2004 p.146.

MOREIRA, Daniel Augusto. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Thompsom Pioneira, 2002. 152 p.

MOREIRA, Rita de Cássia Rocha; LOPES Regina Lúcia Mendonça; SANTOS Ninalva de Andrade. Entrevista fenomenológica: Peculiaridades para la producción científica en enfermería. **Index de Enfermería** (edição digital) Espanha - Granada 2013. v.22, n.1-2, Disponível em <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n1-2/8060.php>> . Acesso em: 09 jul. 2013.

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

NAKAGAWA, Janete Tamani Tomiyoshi; SCHIRMER, Janine; BARBIERI, Márcia. Vírus HPV e câncer do colo do útero. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.2, p. 307-11, mar/abr. 2010.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; BRAGA, Patrícia Emilia; SCHOUT, Denise. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. **Ciência Saúde Coletiva** [online]. Rio de Janeiro, 2006. v.11, n.4, p. 1023-1035. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320060004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 ago. 2011

NOVAIS, Tatiane Gonçalves Gomes; LAGANÁ, Maria Tereza Cícero. **Epidemiologia do câncer de colo uterino em mulheres gestantes usuárias de um serviço de pré-natal público**. Saúde Coletiva - v.27, n. 6, p.7-13, ene/feb. 2009. Editorial Bolina-Brasil Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=84212434003>. Acesso em: 13 dez. 2010.

NUNES, Benedito José Viana da Costa. **Hermenêutica e Poesia: o pensamento poético**. org. Maria José Campos. 1ª reimpressão. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

PASSOS, Mauro Romero Leal. DST, HPV e equidade na atenção pública. **Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2010, v.22, n.1 p. 3-4 - ISSN: 0103-4065 - ISSN on-line: 2177-8264. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista22-1-2010.htm>. Acesso em: 09 mai. 2010.

PAULA, Aline Fernandes; MADEIRA, Anézia Moreira Faria. O exame colpocitológico sob a ótica da mulher que o vivencia. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo. v.37, n.3, p.88-96, 2003.

PEIXOTO, Catharina Rocha; et al. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.286 - 291, abr/jun. 2011.

PELLEGRINI FILHO, Alberto. Inequidades de acceso a la información e inequidades en salud. **Revista Panamericana de Salud Publica** [online]. Organización Panamericana de la Salud Washington- EUA, 2002. v.11, n.5-6, p. 409-412. ISSN 1020-4989. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10725.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2011.

PELLOSO, Sandra Marisa; CARVALHO, Maria Dalva de Barros; HIGARASHI, Ieda Harumi. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. **Acta Scientiarum Health Sciences**. Maringá: v.26, n.2, p.319-324, 2004.

ROCHA, Munira Gottardello. Da (im)possibilidade de dizer o que é o homem - um estudo sobre o homem na Analítica Existencial de Heidegger. **Revista Thaumazein**. ano IV, n.7, p. 90-108, Jul. 2011.

ROCHA, Zeferino. A ontologia heideggeriana do cuidado e suas ressonâncias clínicas. **Revista Síntese**. Belo Horizonte, v.38, n.120, jan/abr. 2010.

SALES, Catarina Aparecida. O ser-no-mundo e o cuidado humano: concepções heideggerianas. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 563-568, out/dez. 2008.

SALIMENA, Anna Maria de Oliveira; SOUZA, Ívis Emília de Oliveira. O sentido da sexualidade de mulheres submetidas a histerectomia: uma contribuição da enfermagem para a

integralidade da assistência ginecológica. **Revista Enfermagem - Escola Anna Nery**, v.12, n.4, p. 637-44, dez. 2008.

SCHMIDT, Maria Inês; et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**. Saúde no Brasil. Londres, p. 61-71, mai. 2011.

SILVA, Ana Regina Borges; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. Compreendendo o estar com câncer ginecológico avançado: uma abordagem heideggeriana. Relato de pesquisa. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**. v.40, n.2, p.253-60, 2006.

SILVA, Sílvio Éder Dias. Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**. v. 44, n.3, p.554-60, 2010.

SILVA, Jarbas Barbosa; MAGALHAES, Helvecio Miranda. Iniciativas do Ministério da Saúde do Brasil para o controle do câncer. **Revista Lancet**, Disponível em: www.thelancet.com/oncology vol. 14 abr-2013. Acesso em: 3 jul. 2013.

SIMÕES, Sonia Mara Faria; SOUZA, Ívis Emília de Oliveira. **Mulher a de-cisão no cuidar da própria saúde**. Niterói: Intertexto, 2002. 117p.

SOUSA, Caroline Martins; RIBEIRO, Glória Maria Ferreira. O fenômeno da ambiguidade no pensamento de Martin Heidegger. Existência e Arte- **Revista Eletrônica do Grupo PET**, Ciências Humanas, Estética e Artes - Universidade Federal de São João Del-Rei - ano III- n. III, jan/dez. 2007.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. [online]. 2004, v.20, supl.2, p. S190-S198. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2011.

VALENTE, Carolina Amancio et al. Conhecimento de mulheres sobre o exame papanicolaou. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**. São Paulo, v.43, n.esp 2, p.1193-8, 2009.

VATTIMO, Gianni. **Introdução a Heidegger**. Tradução João Gama. 5. ed. Edições 70. São Paulo: 1971.

VILLA, Maria Conceição da Encarnação; PEREIRA, Wilza Rocha. As políticas públicas e a atenção ao câncer do colo do útero no Estado de Mato Grosso – uma abordagem crítica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.11, n. 4, p.1037-42, 2009.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WERLE, Marco Aurélio. A angústia, o nada e a morte em Heidegger. **Revista Trans/Form/Ação**, São Paulo, v.26, p.97-113, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - **International Agency for Research on Cancer (IARC)**, 2010. Disponível em: <http://www.iarc.fr/> Acesso em: 03out. 2010.

WUNSCH, Simone et al. Coleta de citopatológico de colo uterino: saberes e percepções de mulheres que realizam o exame. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v.1, n.3, p. 360-368, set/dez. 2011.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. Desconfortos na gravidez In: ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota et.al. **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher**, Textos fundamentais - série atenção primária à saúde. v. II, 2ª reimpressão. Departamento de Enfermagem CCS/UFSC, Florianópolis: 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE - A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu Rita de Cássia Rocha Moreira - pesquisadora responsável, aluna do curso de Doutorado em Enfermagem, na Universidade Federal da Bahia – Escola de Enfermagem convido a senhora a participar desta pesquisa que tem como título: Prevenção do câncer do colo do útero em gestantes: uma abordagem fenomenológica na enfermagem. O objetivo deste estudo é compreender o sentido da prevenção do câncer do colo do útero para gestantes. A importância da realização desta pesquisa se dá pelo alto número dessa doença em nosso meio. Para obtenção dos depoimentos será utilizada a entrevista. Vamos fazer perguntas baseadas em um roteiro contendo itens sobre os seus dados pessoais, condições socioeconômicas e história anterior de problemas ginecológicos. Não haverá identificação do seu nome ou dados que possam identificá-la, garantindo assim a sua privacidade, bem como o sigilo das informações. A obtenção dos depoimentos será realizada na própria unidade do Centro Social Urbano (CSU) - local da pesquisa ou conforme decisão da senhora. Informamos ainda que não haverá custos financeiros para a senhora, e caso haja será ressarcido. Os possíveis benefícios deste estudo serão a possibilidade de melhora do atendimento às gestantes na realização do preventivo ginecológico, bem como a educação da gestante sobre a importância deste tipo de exame para a prevenção do câncer do colo do útero. O acompanhamento e a assistência da senhora permanecerão na própria unidade de saúde onde é cadastrada e atendida pelos profissionais de saúde. O risco que a senhora pode ter participando desta pesquisa é de sentir-se desconfortável em falar da sua individualidade sexual. Portanto, antes e durante a realização do estudo, fica garantida a sua liberdade em alterar o depoimento, em recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que haja nenhuma penalização ou prejuízo ao seu cuidado. Informo, que caso seja autorizado pela senhora, será utilizado, para complementar a entrevista, um gravador, a fim de ser fiel a sua fala. Ao término da pesquisa a gravação ficará sob a minha guarda, sendo arquivada juntamente com o relatório final da pesquisa no Núcleo de Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher na Universidade Estadual de Feira de Santana (NEPEM/UEFS). Os depoimentos serão utilizados apenas neste estudo e serão arquivados por cinco anos em CD regravável. Após este período poderão ser excluídos, ou usados, para construção de um banco de dados e se for necessário utilizá-los para outro estudo, haverá nova solicitação de consentimento. O CD poderá ser reutilizado, garantindo assim a preservação do meio ambiente. Solicito autorização para que os resultados desta pesquisa possam ser apresentados em eventos científicos e publicados em revistas da área da saúde. Este TCLE foi elaborado em duas vias, uma cópia ficará comigo como pesquisadora e a outra com a senhora, sujeito da pesquisa. Contém o meu endereço e telefone para que, se necessário, a senhora possa entrar em contato. Além de deixar uma cópia do relatório final desta pesquisa no CSU e outra na Secretaria Municipal de saúde no setor de Educação Permanente, realizaremos no CSU um encontro para informar a senhora sobre os resultados da pesquisa.

Feira de Santana ____/____/____

Rita de Cássia Rocha Moreira – Pesquisadora responsável

Profª da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS - Tel: (75)3161-8217

Avenida Transnordestina, S/N, Novo Horizonte, Módulo 6 - Núcleo de Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher (NEPEM) anexo ao MT- Feira de Santana-BA.

Tel: 31618150/31618395

Sujeito da pesquisa _____

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista

Título: *Sentidos que fundam modos de ser de gestantes na prevenção do câncer do colo do útero*

Objeto: *Sentidos da prevenção do câncer do colo do útero para gestantes*

Questionamento: *Quais os sentidos da prevenção do câncer do colo do útero para gestantes atendidas no ambulatório da UBS/CSU em Feira de Santana-BA no ano de 2012?*

Objetivo: *Compreender o sentido da prevenção do câncer do colo do útero na ótica das gestantes*

Data: ____/____/____
Local: _____
Início: _____
Término: _____
Duração: _____

I. CARACTERIZAÇÃO DAS DEPOENTES:

Iniciais: _____ idade: _____ codinome: _____

Cor referida: branca () negra () parda () amarela () indígena ()

Logradouro : rua () travessa () avenida () outro ()

_____ n° _____ complemento _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Ponto de referência: _____

Telefone: residencial/cel () _____ comercial () _____
comunitário () _____ contato () _____ quem: _____

II. INFORMAÇÕES SOCIAIS E ECONÔMICAS:**Grau de instrução:**

alfabetização de adultos () antigo primário () antigo ginásio ()

antigo clássico, científico () ensino fundamental ou 1º grau ()

ensino médio ou 2º grau () superior-graduação ()

pós-graduação especialização () mestrado ou doutorado ()

completo () incompleto () nenhum () não alfabetizados ()

Profissão/ocupação: _____

Renda: pessoal _____ familiar _____ total _____

Estado civil: casada () divorciada () viúva () solteira () união estável ()

III. INFORMAÇÕES GINECOLÓGICAS-OBSTÉTRICAS:

nº de gestações: ____ nº de partos: ____ aborto(s): espontâneo(s) () provocado(s) ()

nº de filhos vivos: ____ idade(s) _____ co-habita(m): sim () quantos () não ()

Gestação atual: idade gestacional: ____ Quando fez preventivo? _____ não sabe ()

Sabe informar se teve alguma alteração no preventivo? não() sim() qual(ais)?

_____ não sabe ()

nº de parceiros:_____ coitarca:_____

Alguma DST/Aids? não () sim () qual(ais)?_____

O que você entende por sexo protegido?_____

Considera que faz sexo protegido? sim () não () não sei ()

IV: QUESTÕES NORTEADORAS:

Como a Sr^a/você compreende a prevenção (formas de evitar) o câncer do colo do útero? Qual a importância de se realizar o exame preventivo do câncer do colo do útero na gestação?

APÊNDICE C- ENTREVISTAS

Depoente: L.N.S **Data:**27/02/2012

Local: Sala de consulta de enfermagem do CSU

Início: 10:45h **Término:** 11:10h **Duração:** 25 min

Dados Pessoais: L.N.S, 20 anos. **Cor referida:** parda. **Grau de instrução:** 2º grau (completo). **Profissão:** estudante. **Estado civil:** solteira. **Renda familiar:** R\$ 1.500,00.

Codínome: Girassol

Dados gineco-obstétricos: Primigesta, primípara, idade gestacional 24 semanas. **Tempo do preventivo:** há 2 meses, diagnóstico de candidíase e outras bactérias, 2 parceiros anteriores, início de atividade sexual: 18 anos. Nunca teve DSTs. Considera que a realização do sexo protegido representa o uso do preservativo, mas não o utiliza.

Dout. Bom-dia!

Dep.Bom-dia!

Dout. Nós já lemos o termo de consentimento. Agora vou fazer as perguntas específicas da pesquisa, certo? Como você compreende as formas de evitar o câncer do colo do útero?

Dep. Eu acho que fazendo preventivo todo ano? E tomando os cuidados devidos, né? (*risos*). Que a doutora deve me aconselhar...

Dout Certo... Você saberia falar sobre esses cuidados?

Dep. Não.

Dout. Quais seriam? O que você acha que seriam esses cuidados?

Dep. Eu acho que,... é..., ter relação com camisinha, deve evitar, não sei..., uma boa higiene também?

Dout. Hum, hum... pode ser.

Dep. Não sei muito não, doutora, acho que isso!

Dout. E qual a importância que tem a realização do preventivo na gestação?

Dep. Eu acho que... para não passar nenhuma doença pro nenê?

Dout. Não,... é.... Faz assim, você pode responder bem tranquila, eu quero que você fale, vá falando porque eu estou fazendo a pergunta, e você não precisa responder a pergunta assim..., para mim. Entendeu?

Dep. Entendi...

Dout. Você pode falar a vontade, o que você pensa sobre a importância que tem a realização do preventivo na gestação. O que você pensa sobre isso?

Dep. Eu acho que é importante prá o nenê não nascer..., não pegar nenhuma doença, através de você. E que... eu acho que é isso... (*silêncio*).

Dout. Quando você fala assim: pegar uma doença através de você... O que você acha disso, o que você pensa sobre isso? Pegar uma doença através de você? Como você falou...

Dep. O que, que eu acho?

Dout. Sim...

Dep. A importância? (*risos discretos*)

Dout. Hum, hum...

Dep. Prá não prejudicar nem a mim nem ao bebê, né?

Dout. Hum, hum...

Dep. A importância é o nenê nascer saudável, eu acho que é isso.

Dout. Ok!

Dep. Na verdade, a gente sabe que... é prá fazer o preventivo, pelo menos uma vez por ano, mas a gente não sabe exatamente prá que, se faz o preventivo. Quais são os benefícios que a gente vai ter fazendo o preventivo... Que a gente também não sabe direito o que é o câncer do colo de útero. O que causa o câncer do colo do útero, a gente não sabe o que é.

Dout. Tá bom. Quer acrescentar mais alguma coisa?

Dep. Não, só isso.

Dout. Então, muito obrigada.

Dep. Viu.

Depoente: N.M.C **Data:** 05/03/2012

Local: Sala de consulta de enfermagem do CSU

Início: 15:00h **Término:** 15:20h **Duração:** 20 min

Dados pessoais: N.M.C, 33 anos. **Cor referida:** parda. **Grau de instrução:** 2º grau (completo). **Profissão:** balconista de farmácia (está inativa no momento). **Estado civil:** união estável há 10 anos. Renda familiar: R\$ 2.000,00

Codiname: Jasmim

Dados gineco-obstétricos: tercigesta, secundípara, idade gestacional 24 semanas. **Tempo do preventivo:** há 4 meses, 2 parceiros anteriores, início de atividade sexual: 18 anos. Nunca teve DST. Considera que a realização do sexo protegido representa o uso do preservativo, mas não o utiliza, pois acredita na fidelidade conjugal.

Dout. Boa-tarde!

Dep. Boa-tarde!

Dout. Como é que você compreende as formas de evitar o câncer do colo do útero?

Dep. É... (*risos discretos, face rubra, parecendo estar envergonhada*)... acho assim, fazendo o exame, assim... o... preventivo de 6 em 6 meses, acho que assim, a maneira de evitar, é vindo no ginecologista, também, diariamente.

Dout. Além disso, você teria outras formas de evitar?

Dep. (*Silêncio... expressão de estar elaborando pensamento*).

Dout. Você conhece outras formas de evitar?

Dep. (*Silêncio*) Não... (*risos discretos com expressão de desconhecimento*).

Dout. Para você, qual a importância que tem a realização do exame preventivo na gestação?

Dep. Acho assim, prá criança nascer..., num nascer com problemas, e também prá mãe ter uma gestação saudável. Aí a pessoa tem que fazer o exame.

Dout. Como seria essa gestação saudável?

Dep. Porque..., (*risos*), a mãe sentindo alguma coisa, vai passar pra criança, aí eu acho assim, que a mãe tem que acompanhar, fazer o pré-natal pra, é..., como é que diz? Para não sentir muito... o parto não ser de risco, eu acho assim... eu entendo por isso.

Dout. Parto de risco! Você considera como o parto de risco?

Dep. Pessoa que não tem acompanhamento, aí, assim, a pessoa, não faz o pré-natal corretamente e quando vai, vai ter o filho, eu acho que a pressão, sobre ou alguma coisa, acontece, porque hoje em dia geralmente nos hospitais público, quem não faz o acompanhamento é mais difícil... ter o atendimento.

Dout. Quer acrescentar mais alguma coisa, sobre a realização do preventivo na gestação?

Dep. Não.

Dout. Então, muito obrigada.

Depoente: M.V.B.C **Data:** 05/03/2012

Local: Sala de consulta de enfermagem do CSU

Início: 14:35h **Término:** 14:55h **Duração:** 20 min

Dados pessoais: M.V.B.C, 38 anos. **Cor referida:** branca. **Grau de instrução:** 1º grau (incompleto). **Profissão:** estudante. **Estado civil:** solteira. **Renda familiar:** R\$ 1.200,00

Codinome: Rosa

Dados gineco-obstétricos: tercigesta, secundípara, idade gestacional 12 semanas. **Tempo do preventivo:** há 3 meses, 2 parceiros anteriores, início de atividade sexual: 18 anos. Nunca teve DST. Considera que a realização do sexo protegido representa o uso do preservativo, mas não o utiliza, pois acredita na fidelidade conjugal - o casal é evangélico.

Dout. Boa-tarde!

Dep. Boa-tarde!

Dout. Nós já lemos o termo de consentimento, aquele documento que a senhora assinou.

Dep. Certo!

Dout. Agora vou fazer as perguntinhas a respeito da pesquisa.

Dep . Ok!

Dout. Como a senhora compreende, ou como a senhora pensa em evitar o câncer do colo do útero?

Dep. Na minha opinião, é fazer sexo seguro, e fazer o preventivo no mínimo uma vez por ano. Essa é o que eu sei sobre isso (*risos discretos*).

Dout. Sobre sexo seguro, o que a senhora poderia falar?

Dep. Sobre sexo seguro, a minha opinião, é fazer sexo com preservativo (*silêncio... expressão de vergonha*).

Dout. E, para a senhora, qual a importância que tem a realização do preventivo na gestação?

Dep. Na minha opinião, porque o preventivo esclarece vários tipo de enfermidade caso venha a ver.... (*cabeça baixa... risos*) e também oh! Eu não sei explicar direito mas, na minha opinião, é isso, o preventivo na gestação previne vários tipo de doença, que venha causar até sobre o bebê.

Dout. Como a senhora falou enfermidades no bebê, poderia falar um pouquinho sobre isso?

Dep. Oh, na verdade eu não sei explicar bem sobre o problema do bebê. Só sei que evita vários tipos de doença como gonorréia, sífilis, vários tipos de doença transmissível. Agora, realmente explicar direito sobre o bebê, sobre o bebê, eu não sei explicar.

Dout. E sobre as doenças transmissíveis, a senhora acha que elas têm alguma relação com o câncer do colo do útero?

Dep. Eu acho que sim! Com certeza!

Dout. Como é esse achar?

Dep. (*Momento de silêncio e cabeça baixa*) Porque, na minha opinião, várias doenças que têm causado por causa do preventivo, quando descobre, é... Vários tipos de doença, quando vai detectada em tempo causa vários tipo de enfermidade como câncer, etc.. etc... que eu não sei explicar direito.

Dout. Tá bom, quer acrescentar alguma coisa mais?

Dep. Não, por enquanto só isso.

Dout. Então, muito obrigada.

Dep. Obrigada você também.

Depoente: C.A.S **Data:** 26/03/2012

Local: Sala de consulta de enfermagem do CSU

Início: 8:50h **Término:** 9:15h **Duração:** 25 min

Dados pessoais: C.A.S, 32 anos, **Cor referida:** parda. **Grau de instrução:** antigo primário (incompleto). **Profissão:** dona de casa. **Estado civil:** separada. **Renda:** não tem, recebe ajuda do sogro e do ex-marido.

Codiname: Margarida

Dados gineco-obstétricos: Multigesta (5 gestações), múltipara, idade gestacional 28 semanas. **Tempo do preventivo:** Na última gestação (2010, sem indicar o mês), 2 filhos vivos (2 tiveram morte perinatal), 2 parceiros, início de atividade sexual: 16 anos. Não sabe se já teve DSTs. Considera que a realização do sexo protegido representa o uso do preservativo, uso do contraceptivo e visita ao médico. Não utiliza o preservativo, pois acredita na fidelidade conjugal.

Dout. Bom-dia!

Dep. Bom-dia!

Dout. Então, nós já lemos o termo de consentimento e eu gostaria de fazer as perguntas: Como você compreende as formas de evitar o câncer do colo do útero?

Dep. Tá sempre fazendo o preventivo, se cuidando, prá mim é só isso!

Dout. É... Hum, hum (*no sentido de estimular o prosseguimento*). Quando você fala se cuidando, você teria algo para acrescentar?

Dep. Parou um pouco para pensar... acho assim... fazendo os exames diariamente, indo sempre no médico, vê se tem alguma coisa, se ... na higiene, tudo mais.... (*risos discretos, cabisbaixa*).

Dout. Hum, hum...

Dep. Relacionamento...

Dout. Certo...

Dep. Porque, geralmente, tem mulheres que quando o marido chega, quer, quer, e vai... não se lava, não faz ele tomar um banho, né? Não se lava, aí vai de qualquer jeito, né?

Dout. É verdade...

Dep. Aí já é uma forma de vim a doença não é isso?

Dout. E quando você fala assim: doença..., que doença poderia vir? Quais são as doenças que poderiam acontecer relacionadas à prevenção do câncer do colo do útero?

Dep. Prá mim são várias... *(risos discretos, olhando para o lado)*.

Dout. Você pode falar o que souber...

Dep. Tem a Aids, tem escorrimento, coceira, as que eu conheço é essa...

Dout. Tá bom! *(expressando compreender o que a entrevistada estava falando)*. Quer acrescentar mais alguma coisa?

Dep. Não!

Dout. Ok! E para você, qual a importância que tem a realização do preventivo do câncer do colo do útero na gestação?

Dep. É muito importante para a mãe e para o filho, né?

Dout. Hum, hum...

Dep. Se cuidar, se tratar, e fazer sempre todos os exame, e... depois quando vim descobrir, né? Já é um tombo, né?

Dout. É...

Dep. Quando você fala se cuidar, se tratar, como você poderia falar sobre isso? *(silêncio, denotando expressão de vazio)*.

Dout. Como é esse cuidar seu? Se tratar?

Dep. Ter toda higiene, sempre fazer os exame, o preventivo, fazer exame de urina, todos os exames que passarem normal, pra gente fazer, pra já evitar, né? E sempre fazendo de rotina, né?

Dout. Hum, hum.

Dep. E não fazer quando sente uma dor, né? *(risos)*... Porque eu mesma não vou mentir, eu vim fazer agora, eu nunca tinha feito preventivo na minha vida, eu vim fazer já em 2010, mas, graças a Deus não deu nada *(dando ênfase ao trecho "graças a Deus não deu nada")*.

Dout. Quando você estava gestante?

Dep. Foi! Que eu nunca tinha feito, aí agora eu fiz e graças a Deus não deu nada.

Dout. E você acha que o preventivo é importante por quê? Você já falou algumas coisas assim... Mas você acha que pode prevenir exatamente o quê?

Dep. Doenças! Doenças transmitível e várias outras, né?

Dout. Certo... Ok! Quando você fala de outras, tem mais alguma coisa para acrescentar?

Dep. Aids, escorrimento, coceira que geralmente a pessoa tem, e outras mais que eu não sei (*risos*)...

Dout. Tá certo. Obrigada! Quer acrescentar mais alguma coisa?

Dep. Não!

Depoente: A.S.M **Data:** 26/03/2012

Local: Sala de consulta de enfermagem do CSU

Início: 14:55h **Término:** 15:15h **Duração:** 20 min

Dados pessoais: A.S.M, 30 anos. **Cor referida:** parda. **Grau de instrução:** 2º grau completo. **Profissão:** serviços gerais. **Estado civil:** casada. **Renda familiar:** R\$525,00

Codiname: Maravilha

Dados gineco-obstétricos: tercigesta, secundípara, idade gestacional 20 semanas. **Tempo do preventivo:** há 6 meses, 1 parceiro, início de atividade sexual: 19 anos. Nunca teve DST. Considera que a realização do sexo protegido representa o uso do preservativo, evitar muitos parceiros e se amar. Mas não o utiliza, pois acredita na fidelidade conjugal.

Dout. Boa-tarde!

Dep. Boa-tarde!

Dout. Nós já assinamos aquele documento que é o termo de consentimento, e agora eu vou as perguntas da pesquisa que é sobre o câncer do colo do útero na gestação. Como é que você compreende as formas de evitar o câncer do colo do útero?

Dep. *(silêncio... pensativa... expressão de tentativa de elaborar uma resposta)*. A gente precisa é... usar preservativo, evitar ter relações sexuais... *(parou para pensar)*... sem o uso da camisinha.

Dout. Certo *(no intuito de manter o diálogo)*. Além disso, você tem alguma coisa a colocar a mais para prevenir o câncer do colo do útero?

Dep. Acho que não!

Dout. Ok! Então a gente vai para a segunda pergunta: Para a senhora, que importância tem a realização do exame preventivo do câncer do colo do útero na gestação? Aqui, eu já estou perguntando na gestação. A importância do exame ginecológico chamado exame preventivo *(tentativa de deixar ainda mais clara a pergunta)*.

Dep. Eu acho que é importante porque... *(pausa para pensar)* se a gente tiver algum tipo de... de... doença, aí tem como saber, né? Antes.

Dout. Você falou assim, ter doença. Você poderia dizer que tipo de doença poderia ser descoberta fazendo o preventivo?

Dep. Não... *(cabisbaixa)*

Dout. Não? Ok!

Dep. Retoma a fala e diz: ... Porque eu nunca tive nada!

Dout. Certo.

Dep. Porque, todas as vezes que eu faço preventivo sempre dá negativo, aí eu não sei explicar.

Dout. Tá, deixa eu lhe perguntar: e para você, negativo, quando você fala essa palavra negativo ela representa o quê para você?

Dep. Sem doença!

Dout. Tá certo... tem mais alguma coisa para acrescentar?

Dep. Não!

Dout. Então, obrigada!

Dep. Nada!

Depoente: A.F.S.S **Data:** 28/03/2012

Local: Sala de consulta de enfermagem do CSU

Início: 9:55h **Término:** 10:15h **Duração:** 20 min

Dados pessoais: A.F.S.S, 28 anos. **Cor referida:** parda. **Grau de instrução:** 2º grau (completo). Desempregada. **Estado civil:** união estável. **Renda:** R\$ 525,00

Codiname: Margarida do Campo

Dados gineco-obstétricos: Primigesta, nulípara, idade gestacional 32 semanas. **Tempo do preventivo:** 3 meses (jan .2012), não sabe informar se teve alguma alteração, 2 parceiros, início de atividade sexual: 19 anos. Nunca teve DSTs. Considera que a realização do sexo protegido representa o uso do preservativo, uso do contraceptivo. Não utiliza o preservativo, pois acredita na fidelidade conjugal.

Dout. Bom-dia!

Dep. Bom-dia!

Dout. Bem, nós já lemos o termo de consentimento, aquele documento que você assinou. Agora vou fazer as perguntas.

Dep. Hum-hum...

Dout. Como você compreende as formas de evitar o câncer do colo do útero?

Dep. As formas de evitar? *(perguntado a si mesma...)* É tomando cuidado durante a relação, também... Porque é bom ter o uso do... da... preservativo, né? E tudo... Aí, se a gente não for prevenir, aí ocorre essa doença. É... é... ocorre essa doença durante a gestação *(risos discretos, olhando para o chão desviando o olhar, parecendo demonstrar desconhecimento)*.

Dout. Tudo bem, fique a vontade... Quando você fala assim: ter cuidados. Como seriam esses cuidados?

Dep. Usando o preservativo também, é... usando contraceptivos, essas coisas. Camisinha mesmo, né? Para evitar e também fazer o uso correto é... das roupas, das lavagens das roupas *(cabisbaixa, risos discretos)*...manter as roupas limpas, né? E também isso é muito importante.

Dout. Sei... e você falou duas palavras importantes: importante e para evitar, mas seria para evitar o que exatamente, essas coisas todas que você falou?

Dep. Doenças, também...

Dout. Certo, teria alguma doença que você pensa ou lembra de alguma doença que você poderia referir ou falar?

Dep. Do colo do útero!

Dout. Do colo do útero, não é?

Dep. Tudo isso, o HPV também, é... também tem a herpes, uma doença, né? Que também pode causar, é, causa riscos também... (*silêncio e expressão de estar elaborando pensamento*)

Dout. Ok, não se preocupe, tudo bem. Você quer acrescentar mais alguma coisa? Quer falar mais alguma coisa como você pode evitar o câncer do colo do útero?

Dep. Como eu falei, usando preservativos, que é muito importante e os remédios também, né?

Dout. Tá certo, ok! (*no sentido de encerrar a primeira questão*). Bem, agora eu vou para a segunda pergunta, tá? Para você, qual a importância que tem a realização do exame preventivo do câncer do colo do útero na gestação?

Dep. Importância?...

Dout. Que tem prevenção, a realização do exame preventivo do câncer do colo do útero na gestação?

Dep. Prá mim é importante porque... É... previne, a gente vai saber (*voz um pouco trêmula*) como está andando a gestação, como está o bebê, dentro, né... da gente. Como tá desenvolvendo também, e tudo... E eu acho importante.

Dout. Quando você fala assim, que acha importante, como seria essa importância?

Dep. Cuidando, indo ao médico, vendo como é que tá... (*silêncio...*).

Dout. Não se preocupe... (*tentando tranquilizá-la*). E você falou uma palavrinha interessante: prevenindo. Prevenindo o que exatamente? Como é essa prevenção?

Dep. (*Silêncio*) Usando os métodos também, contraceptivo, como eu falei.

Dout. Ok.

Dep. (*Ficou repetido baixinho para si mesma a pergunta: Como é essa prevenção?*).

Dout. A pergunta é: Qual a importância que tem a realização do exame preventivo na gestação.

Dep. Isso!

Dout. Você já falou algumas coisas sobre isso, mas você quer acrescentar mais alguma coisa? Sobre a realização do preventivo do câncer do colo do útero na gestação?

Dep. É... também é bom fazer, para saber como está o acompanhamento, se está tudo correto, se está tudo certo, né?

Dout. Certo...

Dep. Pra ver se não tem alguma coisa, que possa atrapalhar, durante a gestação, porque, às vezes se você não fizer o exame corretamente, aí você não vai saber como é que está. E é bom, é importante fazer esse exame do colo do útero, para saber o estado dele mesmo. E é importante sempre fazer.

Dout. Quando você fala assim, do estado dele, como seria o estado dele?

Dep. (*Risos discretos*). Assim, que pode tá tendo algum problema, no colo do útero, pode tá causando alguma coisa, entendeu?

Dout. Hum, hum...

Dep. Também, o colo do útero é... também com a pessoa, não só com o colo do útero, mas com a pessoa, o estado da pessoa. A pessoa pode estar sentindo, também, que pode está prejudicando a pessoa, a ela própria, a ela mesma, por isso é bom fazer esse exame, mantendo... para que não aconteça nada de grave, não piore...

Dout. E qual seria assim, uma coisa grave que pode acontecer?

Dep. Afetando a saúde, piorando, é... ter risco de alguma coisa, ter risco de morte, alguma coisa assim... tá prejudicando a ela mesma.

Dout. Certo... Quer falar mais alguma, acrescentar?

Dep. Não, só isso mesmo (*risos*).

Dout. Então, muito obrigada.

Dep. Nada... (*risos*).

Depoente: I.J.S **Data:** 02/04/2012

Local: Sala de consulta de enfermagem do CSU

Início: 14:45h **Término:** 10:05h **Duração:** 20 min

Dados pessoais: I.J.S, 22 anos. **Cor referida:** parda. **Grau de instrução:** 1º grau (incompleto). **Profissão:** cozinheira. **Estado civil:** união estável. **Renda familiar:** R\$ 525,00

Codiname: Violeta

Dados gineco-obstétricos: Multigesta, secundípara, 1 aborto provocado, tem 2 filhos que não cohabitam, idade gestacional 32 semanas. **Tempo do preventivo:** 3 meses (jan. 2012), não sabe informar se teve alguma alteração, mas usou creme vaginal, 6 parceiros, início de atividade sexual: 12 anos. Já teve sífilis e acusa tratamento. Considera que a realização do sexo protegido representa o uso do preservativo, mas não o utiliza nas relações sexuais.

Dout. Boa-tarde!

Dep. Boa-tarde! (*sorridente*)

Dout. Nós já lemos aquele documento, da pesquisa, e vou fazer a primeira pergunta para senhora. Como a senhora compreende as formas de evitar o câncer do colo do útero?

Dep. Fazendo exame, não é?

Dout. Hum, hum...

Dep. Fazendo exame direitinho, pra vê né?

Dout. A senhora falou fazer exame direitinho, que exame é esse? A senhora sabe?

Dep. (*Risos... silêncio*) Não sei... que tipo de exame não.

Dout. E esse direitinho, como é?

Dep. Direitinho... (risos)... direitinho, deixa eu ver... colo do útero? Preventivo. É preventivo? Preventivo direitinho, para ver como é que tá, se tá tudo bem, se não tá...

Dout. Certo, e como é esse tudo bem?

Dep. Tudo bem? (*risos... como se sentisse envergonhada...*)

Dout Pode ficar tranquila para responder...

Dep. Para ver se está tudo ok, né? A gente... mulheres têm que se proteger de tudo, né? Aí você tem que se cuidar, direitinho, para ver como é que tá...

Dout. Quando a senhora fala se proteger de tudo, é se proteger de quê?

Dep. Também... das doenças também, né? E o preventivo é bom, porque se você tiver com alguma coisa, alguma coisa tá dentro de você, dá tempo você se cuidar. Tomar remédio, fazer qualquer coisa.

Dout. Quando a senhora fala assim se tiver alguma coisa, que alguma coisa seria essa?

Dep. Carço é... meio mundo de coisa... Eu tava lendo um livrinho, né? Aí mostrava aqueles tipos de doenças, é... carço, meio mundo de coisa... E é isso, a mulher tem mais facilidade de pegar vários tipo de doença, né? Aí...

Dout. Quer acrescentar mais alguma coisa? Como a senhora compreende as formas de evitar o câncer do colo do útero?

Dep. O que eu sei é só mais ou menos, só isso...

Dout. Certo, tudo bem, obrigada. E para a Sr^a qual a importância que tem a realização do exame preventivo do câncer do colo do útero na gestação?

Dep. Porque..., assim... por causa da gravidez, né? Da gravidez... porque como você falou assim, direitinho, aí não tem como, assim... passar para a criança... Aí, é bom a pessoa se proteger, fazer exame da gravidez, fazer todos os exames, pra ver se tem alguma coisa ou não.

Dout. Quando a senhora falou assim, passar para a criança, o que a senhora pensa que pode passar para a criança?

Dep. Eu penso assim é... Aids para a criança, a criança nascer com algum tipo de... de alguma coisa. Pode nascer doente, também. Eu penso muito nisso, penso o que é melhor para o meu filho.

Dout. Certo. E como é o melhor para o seu filho?

Dep. *(Ficou em silêncio...)*

Dout. Assim se a senhora for pensar... em relação ao preventivo do câncer do colo do útero?

Dep. Ah! Que seja saudável, que nasça sem nada, saber que uma mãe é responsável de passar alguma coisa para a criança, Aí... eu conheço muitas pessoas que tem muitos problemas, na gravidez passou para a criança e a criança ... não quero isso para o meu filho! Quando eu descobri que eu esta com esse vírus (*bactéria treponema palidum*), aí eu fiz o quê? Eu procurei logo me proteger, tomar todos os cuidados, tomar remédio, pra não poder passar para o meu bebê. Porque eu não quero que o meu bebê nasça doente.

Dout. A senhora quer falar algo mais, acrescentar sobre a importância do exame preventivo do câncer do colo do útero na gestação?

Dep. Eu não sei como responder mais, eu sei assim tão pouco... aí não sei nem responder...

Dout. Então, obrigada!

Depoente: X.M.P **Data:** 11/04/2012

Local: Sala de consulta de enfermagem do CSU

Início: 9:45h **Término:** 10:10h **Duração:** 25 min

Dados pessoais: X.M.P, 25 anos. **Cor referida:** negra. **Grau de instrução:** superior (incompleto). **Profissão:** estudante/estagiária. **Estado civil:** união estável. **Renda familiar:** R\$1.900,00

Codinome: Lírio

Dados gineco-obstétricos: Primigesta, nulípara, idade gestacional 26 semanas. **Tempo do preventivo:** 2 meses (fev/2012), informa resultado com inflamação por bacilos, 1 parceiro, início de atividade sexual: 23 anos. Considera que a realização do sexo protegido representa o uso do preservativo, mas não o utiliza nas relações sexuais, pois acredita na fidelidade conjugal.

Dout. Bom-dia! Nós já lemos o termo de consentimento, e agora vou fazer as perguntas da pesquisa, Ok?

Dep. Certo!

Dout. Como você compreende a prevenção, ou seja, as formas de evitar o câncer do colo do útero?

Dep. Eu acredito que a principal forma de prevenção seja o preventivo, né? Porque através dele que o médico vai poder detectar se você, realmente, tem algum problema ou não. Mas, você fala assim, pra prevenir, antes de fazer o preventivo? Seria o que eu faria para prevenir?

Dout. Sim! Você falou que uma das formas seria realizar o preventivo. Teria mais alguma outra forma de evitar além dessa?

Dep. Eu não tenho conhecimento assim, sabe? (*risos discretos*). De outra maneira... Porque eu acho que depois do preventivo é que aí vai tomar as providências devidas, né? Mas eu acho que não tenho conhecimento de outra coisa que eu possa fazer, para poder prevenir o câncer do colo do útero.

Dout. Quando você falou providências devidas, seria providência sobre o que exatamente?

Dep. Seria o uso dos medicamentos, que possam ser utilizados prá... não sei! (*risos disfarçados*).

Dout. Tudo bem, quer acrescentar mais alguma coisa?

Dep. Não!

Dout. Ok! Para você, qual a importância que tem a realização do exame preventivo do câncer do colo do útero na gestação?

Dep. Então, eu acredito que seja muito importante, porque, assim, a gente fazendo o preventivo vai poder detectar, né? Se existe algum tipo de doença, né? Para poder não passar para o bebê! Então, a gente vai poder fazer o tratamento, caso ocorra alguma alteração, fazer o tratamento durante a gestação, para impedir que o bebê seja contaminado, né? Com alguma bactéria ou algum problema que venha dar no resultado, né?

Dout. Certo!...

Dep. Eu acho que é muito mais importante durante a gestação, né? Na verdade, se puder fazer antes, pra prevenir antes, melhor, né? Mas na gestação é muito importante por isso também.

Dout. Você falou que era importante para ver se poderia descobrir algum tipo de doença, diagnosticar. Que doenças seriam essas? Você poderia pensar assim? Que o preventivo poderia detectar?

Dep. Oh, eu acredito que a herpes, né? Que é uma doença que pode passar para o feto também, uma inflamação que eu não sei explicar, que eu não sei se pode passar, mas pode detectar. Tem o citomegalovírus também, não é? E o câncer! O principal, que é o câncer do colo do útero, né?

Dout. O principal?

Dep. É...

Dout. Tem mais alguma coisa para acrescentar? Quando você fala assim o principal...

Dep. Porque, porque, é o que a gente tem mais medo, né? Porque a gente sabe que não tem cura, eu acho que as outras doenças têm maneiras de tratamento, e por acreditar que o câncer ainda não tem cura, eu acho que a gente fala que é a principal, porque é a que mais assusta, e a que a gente tem mais medo de adquirir.

Dout. Quer acrescentar mais alguma coisa?

Dep. Eu acho, na verdade, assim, oh! Queria falar porque, na verdade, falta muita informação, a gente sabe que existe o câncer do colo do útero, mas não sabe o que fazer para prevenir. Muitas vezes, eu acho que a informação ainda é muito pouca, é, principalmente para as gestantes. A gente vem fazer o pré-natal, mas a gente não fica sabendo... Pede para fazer o preventivo, e não explica o porquê que tem que fazer o preventivo, a importância de fazer o preventivo. E a gente fica meio sem saber, né? Porque a gente precisa fazer, e o que fazer para evitar esse tipo de doença. Então, eu acho que a informação ainda é o que está faltando mesmo, né?

Dout. Ok! Bem, você ia acrescentando alguma coisa... você quer falar?

Dep. Sim! eu gostaria de dizer assim que é... eu nunca tinha feito preventivo, né? Foi a primeira vez que eu fiz, justamente por causa da gestação, que foi quando a enfermeira solicitou. Mas antes eu tinha receio de fazer, e também achava que não era tão importante, né?

Assim, eu achava que se você sentindo alguma coisa, você vai lá no médico, para ele pedir, mas, se você não está sentindo, não precisa fazer. Então, agora, a oportunidade que eu tive foi durante a gestação, de fazer o preventivo pela primeira vez.

Dout. Que bom ! Obrigada !

Dep. Nada.

Depoente: T.T.F.C **Data:** 18/04/2012

Local: Sala de consulta de enfermagem do CSU

Início: 8:50h **Término:** 9:05h **Duração:** 15 min

Dados pessoais: T.T.F.C, 20 anos. **Cor referida:** branca. **Grau de instrução:** ensino médio (completo). **Profissão:** dona de casa. **Estado civil:** casada. **Renda familiar:** R\$1.000,00

Codiname: Angélica

Dados gineco-obstétricos: Primigesta, nulípara, idade gestacional 16 semanas. **Tempo do preventivo:** 4 meses (jan. 2012, no início da gestação); informa que não apresentou nenhuma alteração. 2 parceiros, início de atividade sexual: 16 anos. Considera que a realização do sexo protegido representa o uso do preservativo, porém não o utiliza com frequência nas relações sexuais.

Dout. Bom-dia!

Dep. Bom-dia!

Dout. Nós já lemos o termo de consentimento, aquele documento que você assinou e agora vou fazer as perguntas da pesquisa ok?

Dep. Ok!

Dout. Como você compreende as formas de evitar o câncer do colo do útero?

Dep. *(Repete a pergunta com voz baixa para si mesma: Como evitar o câncer do colo do útero?)*

Dout. Sim, como você compreende o que a mulher pode fazer para evitar o câncer do colo do útero?

Dep. *(Silêncio inicial,... como se estivesse elaborando a resposta).* Prevenir, prevenindo... é, usar camisinha, eu acho assim!

Dout. Quando você fala assim, prevenindo, como seria esse prevenir?

Dep. *(Silêncio)* Tomar cuidado, usar camisinha, conhecer o parceiro...

Dout. Certo. Teria mais alguma forma de que você pudesse falar, de evitar o câncer?

Dep. Acho que só... *(silêncio)*.

Dout. Quer acrescentar mais alguma coisa sobre a prevenção?

Dep. *(Fica em silêncio)*.

Dout. Não?

Dep. Não.

Dout. Então vamos para a segunda pergunta: Para você, qual a importância que tem a realização do preventivo do câncer do colo do útero na gestação?

Dep. Na gestação?

Dout. Sim, na gestação.

Dep. Acho importante para verificar se tem alguma doença, se... na verdade eu gosto de fazer é sempre (*risos*). Eu gosto de fazer sempre, mais que um ano... eu gosto de fazer de 6 em 6 meses.

Dout. Certo (*dando continuidade à escuta*)

Dep. Antigamente, eu fazia de 6 em 6 meses...

Dout. E você falou sobre doenças. Que doenças seriam essas?

Dep. HPV, tem muitas doenças, eu mesmo conheço uma pessoa que pegou HPV e ficou com condiloma.

Dout. Sim...

Dep. Só que não foi... foi ao redor, não foi dentro não, no colo do útero não. Só foi na parte... aí não tem possibilidade de pegar câncer. Foi o que a médica falou, não tinha possibilidade dela pegar câncer, ela fez o tratamento e com o tempo acabou melhorando.

Dout. Certo... Então, assim, só para retomar um pouco, você já fez o preventivo, não é? A gente viu o resultado, e qual a importância que tem realmente esse exame na gestação?

Dep. Na gestação? Não sei (*voz baixa... cabeça baixa, ficando alguns segundos em silêncio*).

Dout. Teria mais alguma coisa para acrescentar?

Dep. Não.

Dout. Obrigada.

Depoente: M.B.S **Data:** 18/04/2012

Local: Sala de consulta de enfermagem do CSU

Início: 9:00h **Término:** 9:35h **Duração:** 35 min

Dados pessoais: M.B.S, 32 anos. **Cor referida:** parda. **Grau de instrução:** superior (completo). **Profissão:** auxiliar de escritório. **Estado civil:** casada. Renda familiar: R\$1.790,00

Codinome: Orquídea

Dados gineco-obstétricos: Tercigesta, secundípara, idade gestacional 16 semanas. 2 filhos vivos que co-habitam(12 e 15 anos) **Tempo do preventivo:** No início da gestação (dez. 2011), não sabe informar o diagnóstico, mas informa resultado com diagnóstico de HPV na primeira gestação (refere tratamento), 2 parceiros, início de atividade sexual: 16 anos. Considera que a realização do sexo protegido representa o uso do preservativo, o qual utiliza nas relações sexuais.

Dout. Bom-dia!

Dep. Bom-dia!

Dout. Nós já lemos o termo de consentimento, e agora vou fazer a primeira pergunta para você, ok?

Dep. Ok!

Dout. Como você compreende as formas de evitar o câncer do colo do útero?

Dep. Procurando fazer os exames corretamente, né? Anualmente, ou até mesmo se você já teve algum problema, né? De alguma... problema de alguma lesão, de inflamação ou alguma coisa assim, no máximo de seis em seis meses né? Eu creio assim, senão de ano em ano, eu creio você fazendo os exames tudo direitinho, se prevenindo... principalmente, né? Ou independente de você ter o seu esposo ou não ter um parceiro só, mas você está sempre usando camisinha, preservativo.

Dout. Certo... (*dando continuidade à escuta*). Você falou para ver problemas. Que problemas seriam esses?

Dep. Tipo de alguma doença DST, algumas doenças sexualmente transmissíveis que às vezes a gente pensa que é a mínima coisa, não é nada, uma coceirinha ali, um corrimento, que às vezes muitas mulheres não ligam, né? Na verdade, é isso, só tem isso e aí pensa que é a mínima coisa, mas ali pode ser já o início de uma... um câncer de colo de útero, de um HPV, e aí...

Dout. Certo... (*dando continuidade à escuta*). Aí você falou também em fazer os exames. Que exames seriam esses?

Dep. O exame preventivo, que é o papanicolaou, conhecido também, não é? Também como o papanicolaou? O preventivo, você deve estar periodicamente visitando um ginecologista, prá tá sempre fazendo a prevenção, o seu preventivo. Se tem outro...

Dout. Quer complementar alguma coisa sobre essas formas de prevenção que você considera para evitar o câncer do colo do útero?

Dep. É como eu falei anteriormente, né? Você também tá sempre... porque só prevenir não é só fazer os exames. É importante! Mas, a gente pode prevenir em casa também, como né? Como eu falei, você estar usando sempre ali periodicamente o preservativo, com o seu parceiro. Sempre estar usando camisinha, independente ou não, de você conhecer porque às vezes a mulher fala: Ah! Eu conheço meu esposo, eu sei que ele não me trai, eu tô sempre com um parceiro só, mas, porém, a gente tem que tá sempre vigiando, usando preservativo sempre! Camisinha sempre! (*dando bastante ênfase*), independente da quantidade de parceiro, ou não. E aí vai, né?... tem mais alguma coisa?

Dout. Sim, agora vamos para a segunda pergunta: Para você, qual a importância que tem a realização do exame preventivo do câncer do colo do útero na gestação?

Dep. (*Silêncio*)... a vida, né? A vida primeiramente, porque a gente não pode brincar com isso, principalmente que a gente... Eu não tenho muita experiência no assunto, não sei se prejudica alguma coisa na criança, né? Dependendo se a pessoa está com essa doença, com o câncer, ou tando no início que for... Mas, a vida, além de tudo a vida, você prevenir a vida. Se amar acima de tudo, se amar! Saúde!

Dout. Quando você fala assim, saúde, o que vem mais a sua cabeça? Relacionado ao exame preventivo, você falou, vida, saúde.

Dep. É a mulher se cuidar, porque a gente sabe o câncer do colo do útero mata, né? A gente que sabe que tem tratamento no início, quando descobre logo no início tem tratamento, com certeza, né? Mas... quando já está num estado mais avançado, que às vezes a mulher não se preocupa de tá fazendo o preventivo, demora anos... Eu mesmo, conheço pessoas que tem oito anos que não faz preventivo. Aí, quando vai, tem aquela surpresa de tá... e aí, às vezes não tem mais chance de fazer um tratamento. E aí já é tarde, né? Então, é se prevenir! Não tem outra palavra, é se prevenir (*ênfase com risos discretos*).

Dout. Certo, achei interessante você falar assim... se prevenir. Você falou como poderia se prevenir, mas essa prevenção, relacionada a gestação. Você teria como relacionar a prevenção do câncer do colo do útero e a gestação?

Dep. (*Silêncio*...). Como assim?

Dout. Como eu perguntei: Qual a importância que tem a realização do exame preventivo do câncer do colo do útero na gestação? Você falou se prevenir. Como seria essa relação de prevenção e a gestação?

Dep. (*Risos*...). Procurar o médico, né? Sempre fazer o seu pré-natal, sempre fazendo pré-natal, direitinho, todo mês, procurando fazer os exames sempre, os exames corretos que o

ginecologista, obstetra, enfermeiro que for passar para você, você tá sempre fazendo, o exame periodicamente, como disse, para prevenir (*voz bem baixa...*).

Dout. Ok! Quer acrescentar mais alguma coisa? Ou você acha que está já disse tudo o que precisava sobre a questão?

Dep. Acho que sim, né? Sempre é o quê? Se amar! Se amar! Acima de tudo, mulher, se amar! Procurar mesmo tá sempre observando seu corpo, seu corpo, analisando o seu corpo, qualquer mudança que você vê de anormal, procurar um médico, seu médico, procurar um ginecologista, e aí, principalmente eu que já tive experiência, né? De ter alguns problemas assim com... com... não um câncer, né? Um ca, Deus o livre, mas... assim eu que já tive problema de lesões, de precisar fazer uma cauterização, de até mesmo ficar ali, e temerosa, com medo achando que ia ser uma coisa mais grave, por falta... não por falta de... minha mesma, de negligência, um pouco de... quando fui já tava com inflamação já um pouco avançada. Mas, graças a Deus que hoje em dia, já foi, né? Diagnosticado. Não é nada de mais, já tratei e graças a Deus tô aqui com vida, e daí procurando mais ainda a saúde. Para mim e para meu bebê, é claro, né?

Dout. Tá certo. Mais alguma coisa?

Dep. Não... (*com um sorriso discreto*).

Dout. Então, muito obrigada!

APÊNDICE - D Quadro de consolidação dos depoimentos para a construção das unidades de sentido

Depoentes	Questões de pesquisa		Estruturas sentimentos, emoções e significados identificados na compreensão vaga e mediana	Estruturas ontológicas modos de disposição identificados em Heidegger
	Como a Senhora compreende a prevenção, (formas de evitar) o câncer do colo do útero?	Para a Senhora, qual a importância que tem a realização do exame preventivo do câncer do colo do útero na gestação?		
Margarida	<p>“Tá sempre fazendo o preventivo, se cuidando, prá mim é só isso”</p> <p>“Fazendo exames diariamente, indo sempre no médico, vê se tem alguma coisa, na higiene, tudo mais... <i>(risos discretos, cabisbaixa)</i></p> <p>Relacionamento! [...] aí já é uma forma de vim a doença não é isso? [...] Tem a Aids, tem escorrimento, coceira, as que eu conheço é essa [...]</p> <p>[...] porque tem mulheres que quando o marido chega, quer! quer! e vai... não se lava, aí já é uma forma de vim a doença [...]</p>	<p>“É muito importante para mãe e filho né?”</p> <p>“Porque eu mesma não vou mentir [...] Eu nunca tinha feito preventivo na minha vida, mas graças a Deus não deu nada <i>(dando ênfase ao trecho “graças a Deus”)</i>. Fiz o preventivo quando estava gestante.</p> <p>[...] prevenir doenças transmitível, e várias outras né? [...]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medo • Relacionamento com o parceiro 	<p>Ser-com Solicitude Temor Ocultamento Ambiguidade</p>

Violeta	<p>“Fazendo exame, não é? [...] (<i>Risos... silêncio</i>) [...] Não sei que tipo de exame não. Colo do útero? [...]</p> <p>[...] A gente mulher tem que se proteger de tudo né? Aí você tem que se cuidar direitinho [...]</p> <p>[...] Proteger das doenças, também né? E o preventivo é bom, porque se você tiver com alguma coisa, dá tempo você se cuidar [...]</p>	<p>[...] Por causa da gravidez né? Aí é bom a pessoa se proteger, fazer exame da gravidez [...] Prá vê se tem alguma coisa ou não[...]</p> <p>“Eu penso assim é... Aids para a criança, a criança nascer com algum tipo de coisa[...] Penso o que é melhor para o meu filho.</p> <p>[...] Aí eu conheço muitas pessoas que tem muitos problemas na gravidez, passou para a criança e a criança... Não quero isso para o meu filho![...]</p> <p>[...] Eu sei assim tão pouco... aí não sei nem responder.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medo • Pouco conhecimento 	<p>Solicitude Ser-com Pre-ocupação Temor</p>
Girassol	<p>[...] Eu acho que fazendo o preventivo todo ano, e tomando os cuidados devidos né? (<i>risos</i>) que a doutora deve me</p>	<p>Eu acho que... Não passar nenhuma doença para o nenê?</p> <p>Na verdade, a gente sabe que</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medo • Desinformação • Desconhecimento 	<p>Solicitude Acolhimento Cuidado inautêntico Temor</p>

	<p>aconselhar.</p> <p>Eu acho que..., é... Ter relação com camisinha deve evitar... não sei, ... uma boa higiene também? Não sei muito não doutora, acho que isso!</p>	<p>é para fazer o preventivo, pelo menos uma vez por ano, mas a gente não sabe exatamente prá que se faz o preventivo. [...] Que a gente também não sabe direito o que é o câncer do colo do útero [...] A gente não sabe o que é.</p>		
Rosa	<p>Na minha opinião, é fazer sexo seguro, e fazer o preventivo no mínimo uma vez por ano. Essa é o que eu sei sobre isso (<i>risos discretos</i>).</p>	<p>Na minha opinião, porque o preventivo esclarece vários tipos de enfermidade caso venha a ver (<i>cabeça baixa, risos</i>). Oh! Eu não sei explicar direito [...] o preventivo na gestação previne vários tipo de doença, que venha causar até sobre o bebê.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desconhecimento • Desinformação • Pouco conhecimento • Ocultamento 	<p>Acolhimento Cuidado impessoal Ocultamento</p>
Jasmim	<p>É... (<i>risos discretos, face rubra, parecendo estar envergonhada</i>) [...] fazendo o exame, assim... o preventivo de 6 em 6 meses, acho que assim, a</p>	<p>Acho assim, prá criança num nascer com problemas, e também prá mãe ter uma gestação saudável.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desconhecimento • Desinformação • Medo • Auto-cuidado 	<p>Solicitude Ocultamento Temor</p>

	maneira de evitar, é vindo no ginecologista, também diariamente.	[...] a mãe sentindo alguma coisa vai passar prá criança, aí eu acho assim, que a mãe tem que acompanhar fazer o pré-natal [...] Para não sentir muito... O parto não ser de risco, eu acho assim... Eu entendo por isso.		
Maravilha	<i>(silêncio... pensativa..., expressão de tentativa de elaborar uma resposta)</i> A gente precisa é... usar preservativo, evitar ter relações sexuais <i>(parou para pensar)</i> ... sem o uso da camisinha	Eu acho importante porque... <i>(pausa para pensar)</i> Se a gente tiver algum tipo de... de... doença aí tem como saber, né? Antes.	<ul style="list-style-type: none"> • Insegurança • Silêncio 	Cuidado impessoal Ocultamento
Angélica	<i>(silêncio inicial, como se estivesse elaborando a resposta)</i> Prevenir, prevenindo... é, usar camisinha, eu acho assim! [...] tomar cuidado, usar camisinha, conhecer o parceiro.	Acho importante para verificar se tem alguma doença, se... na verdade eu gosto de fazer sempre <i>(risos)</i> eu gosto de fazer de 6 em 6 meses. [...] HPV, tem muitas doenças, eu mesmo conheço uma pessoa que pegou HPV e ficou com	<ul style="list-style-type: none"> • Desconhecimento • Desinformação • Silêncio • Acontecimento com outras pessoas • Relacionamento com parceiro 	Falação Cuidado impessoal Ocultamento

		<p>condiloma.</p> <p>Na gestação? <i>(repete a pergunta para si mesma)</i> Não sei! <i>(voz baixa... cabeça baixa, ficando alguns segundos em silêncio)</i></p>		
Margarida do Campo	<p>É tomando cuidado durante a relação, também... Porque é bom ter o uso do... preservativo né? [...] Aí, se a gente não for prevenir, aí ocorre essa doença. É... ocorre essa doença na gestação <i>(risos discretos, olhando para o chão desviando o olhar, parecendo demonstrar desconhecimento)</i></p> <p>[...] usando contraceptivos, essas coisas. Camisinha mesmo né? É... lavagens das roupas <i>(cabisbaixa, risos discretos)</i>... manter as roupas limpas, né?</p>	<p>Prá mim é importante porque... É... previne, a gente vai saber <i>(voz um pouco trêmula)</i> como está andando a gestação, como está o bebê dentro né... da gente.</p> <p>Cuidando, indo ao médico, vendo como é que tá... <i>(silêncio)</i> <i>(Ficou repetindo baixinho para si mesma a pergunta: Como é essa prevenção?)</i></p> <p>[...] É bom fazer o exame, mantendo... para que não aconteça nada de grave, não piore...[...] afetando a saúde, ter risco de alguma coisa, ter risco de morte,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade • Medo • Silêncio 	<p>Cuidado impessoal Oultamento Temor</p>

		alguma coisa assim... tá prejudicando ela mesma.		
Orquídea	<p>Procurando fazer os exames corretamente né? Anualmente, ou até mesmo se você já teve algum problema né? [...] independente de você ter o seu esposo ou não ter um parceiro só, mas você está sempre usando camisinha, preservativo.</p> <p>O exame preventivo, que é o papanicolaou, conhecido também, não é? [...] Você deve estar periodicamente visitando um ginecologista, pra tá sempre fazendo a prevenção, o seu preventivo. Se tem outro...</p> <p>[...] Tô sempre com um parceiro só, mas a gente tem que tá sempre vigiando, usando preservativo sempre!</p> <p>[...] Porque prevenir não é só fazer os exames. Às vezes a</p>	<p>(<i>Silêncio</i>) A vida né? A vida primeiramente, porque a gente não pode brincar com isso [...] Eu não tenho muita experiência no assunto, não sei se prejudica alguma coisa na criança, né?</p> <p>É a mulher se cuidar porque o câncer do colo do útero mata né? [...] Eu mesmo conheço pessoas que tem 8 anos que não faz preventivo. Aí, quando vai, tem aquela surpresa de tá... e aí, as vezes não tem mais chance de fazer tratamento.</p> <p>[...] Procurar tá analisando seu corpo, qualquer mudança que você vê de anormal, procurar um médico [...] Eu já tive experiência né? Não um câncer, né? Deus o livre, mas... já</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desinformação • Medo • Acontecimento com outras pessoas • Relacionamento com o parceiro 	<p>Falação Ser-no-mundo Temor Ambiguidade</p>

	<p>mulher fala: Ah! Eu conheço meu esposo, eu sei que ele não me trai [...] Porém, a gente tem que tá usando preservativo sempre [...]</p>	<p>tive problema de lesões, de precisar fazer uma cauterização, de até mesmo ficar ali, temerosa, com medo achando que ia ser uma coisa mais grave.</p>		
Lírio	<p>Eu acredito que a principal forma de prevenção seja o preventivo, né? Porque através dele o médico vai poder detectar se você, tem algum problema ou não.</p> <p>Eu não tenho conhecimento assim, sabe? (<i>risos discretos</i>) de outra maneira...</p> <p>[...] Eu não tenho conhecimento de outra coisa que eu possa fazer, para prevenir o câncer do colo do útero.</p>	<p>Então, eu acredito que seja muito importante, porque, assim, a gente fazendo o preventivo vai poder detectar né? [...] Para poder não passar para o bebê! Para impedir que o bebê seja contaminado né? Com alguma bactéria ou algum problema que venha dar, dar no resultado né?</p> <p>[...] O câncer! o principal, que é câncer do colo do útero, né? [...] Porque, porque é o que a gente tem mais medo, né? Porque a gente sabe que não tem cura[...]</p> <p>Eu acho na verdade assim</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desconhecimento • Medo • Desinformação 	<p>Solicitude Ser-com Cuidado impessoal</p>

		<p>oh! [...] Na verdade, falta muita informação, a gente sabe que existe o câncer do colo do útero, mas não sabe como prevenir. Muitas vezes, eu acho que a informação ainda é muito pouca, é, principalmente para as gestantes. A gente vem fazer o pré-natal, mas a gente não fica sabendo. Pede para fazer o preventivo, e não explica o porquê que tem que fazer o preventivo</p> <p>[...] Eu nunca tinha feito o preventivo, né? Foi a primeira vez que eu fiz, justamente por causa da gestação, que foi quando a enfermeira solicitou.</p>		
--	--	---	--	--

ANEXOS

ANEXO - A



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS
Av. Universitária, S/N – Módulo I – 44.031-460 – Feira de Santana-BA
Fone: (75) 224-8067 Fax: (75) 224-8019 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

Feira de Santana, 29 de novembro de 2011
Of. CEP-UEFS nº 289/2011

Senhor(a) Pesquisador(a): Profª Rita de Cássia Rocha Moreira

Tenho satisfação em informar-lhe que o seu Projeto de Pesquisa intitulado “Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Gestantes: uma abordagem fenomenológica na enfermagem”, registrado neste CEP sob protocolo nº 125/2011 (CAAE nº 0130.0.059.000-11), foi apreciado pelos membros do CEP-UEFS e satisfaz às exigências da Res. 196/96. Assim, seu projeto foi **Aprovado**, podendo ser iniciada a coleta de dados com os Sujeitos da pesquisa conforme orienta o Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b.

Relembro que conforme instrui a Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano (29/11/2012) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,


Profª Maria Ândela Alves do Nascimento

ANEXO - B



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SEÇÃO DE CAPACITAÇÃO PERMANENTE

Feira de Santana, 14 de Setembro de 2011.

DA: SEÇÃO DE CAPACITAÇÃO PERMANENTE

PARA: Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS

C/C: Divisão de Enfermagem

ATT: Dr^a Ana Cristina Franqueira

C/C: CSU

ATT: Dr^a Alda Mascarenhas

**AUTORIZAÇÃO PARA ATIVIDADE
ACADÊMICA/IES/DOUTORADO**

Informamos que se encontra autorizada à realização da Pesquisa com Coleta de dados, da Doutoranda **RITA DE CÁSSIA ROCHA MOREIRA**, discente do curso de Doutorado em Enfermagem, pela UFBA, onde a mesma pretende realizar pesquisa com coleta de dados com entrevista semi-estruturada às gestantes cadastradas na UBS CSU, que aceitem participar desta entrevista, tendo como tema de pesquisa: **"Prevenção do Câncer do Colo do Útero em gestantes: uma abordagem fenomenológica na enfermagem"**.

Tendo ciência que o início da pesquisa ocorrerá pós o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,


Ariella Karla Covas
Coord. da Seção de Capacitação Permanente
de O. Covas
Coordenadora da Seção
de Capacitação Permanente