



Educação para a saúde: Um novo olhar para as mulheres com o papilomavírus humano

Lucia Maria Pereira de Oliveira

ADSCRIPCIÓN

ARTICLE INFO

Recebido: XX Mes 2013

Aceito: XX Mes 2013

Palavras chave:

Diferentes grupos etários.
HPV.
Metodologia de Paulo Freire.
Prevenção do câncer cervical.
Promoção da saúde.

E-mail: lmpo@hucff.ufrj.br

ISSN 2007-9842

© 2015 Institute of Science Education.
All rights reserved

ABSTRACT

The present Article presents the scientific community the results obtained with the development of a survey conducted with women with human papillomavirus (HPV). The severity of this virus is to be question required for the development of cervical cancer and in the occurrence of serious emotional disturbances in the life of the woman. Studies indicate a lack of knowledge of the female population as one of the factors for the high incidence of mortality by this neoplasia in Brazil. Therefore, it was felt that the development of actions for Health Education as essential for the prevention of this neoplasm and to alleviate the painful biopsychosocial model of women bearers of HPV. For both, it was developed a qualitative research aiming to understanding the study developed in non-formal environmental education based on the Methodology of Paulo Freire in association with the arc of Charles Maguerez. It emphasizes that both methods are questioning data extracted from the reality of the individual for to awaken, the reflection and the desire for transformation of lived reality. Thus, by means of the development of an educational strategy was sought if the linkage between the cognitive, the affective and social factors, essential for coping with the HPV and the prevention of cervical cancer. In response, it was obtained if the transformation of a space of waiting in a room with the concern of acceptance and a constant process of construction shared knowledge. It has stimulated-whether in patients in an outpatient clinic of gynecology of a university hospital, reference for the treatment of cancer in Rio de Janeiro, a different look on your health problem and the desire for transformation. In current times, it is that the technical-scientific apparatus not expands to form egalitarian generating difficulties in the distribution of rents, segregating populations and increasing the socio-economic distances between the various social groups, which contributes to the occurrence of this Neoplasm of high incidence in more deprived populations. In this way, drew up-if this Article that has as objective to present for discussion to Health Education as an ideal process for the development of preventive actions against cervical cancer and the promotion of health of vulnerable women for this neoplasm.

O presente artigo apresenta à comunidade científica os resultados obtidos com o desenvolvimento de uma pesquisa realizada com mulheres portadoras do papilomavírus humano (HPV). A gravidade desse vírus está em ser causa necessária para o desenvolvimento do câncer cervical e na ocorrência de sérios distúrbios emocionais na vida da mulher. Estudos apontam a falta de conhecimento da população feminina como um dos fatores para a elevada incidência de mortalidade por esta neoplasia no Brasil. Portanto, entendeu-se o desenvolvimento de ações de Educação para a Saúde como essencial para a prevenção dessa neoplasia e para minorar o agravo biopsicossocial das mulheres portadoras do HPV. Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa visando a compreensão do estudo desenvolvido em ambiente não formal de ensino com base na Metodologia de Paulo Freire em associação com o arco de Charles Maguerez. Enfatiza-se que ambos os métodos questionam dados extraídos da realidade do indivíduo para estimular neles, a reflexão e o desejo de transformação da realidade vivida. Assim, por meio do desenvolvimento de uma estratégia socioeducativa buscou-se a articulação entre o

cognitivo, o afetivo e o social, fatores essenciais para o enfrentamento do HPV e a prevenção do câncer cervical. Em resposta obteve-se a transformação de um espaço de espera em uma sala com a preocupação de acolhimento e de um constante processo de construção compartilhada de saberes. Estimulou-se nas pacientes de um ambulatório de ginecologia de um hospital universitário, referência para o tratamento de câncer no Rio de Janeiro, um diferente olhar sobre o seu problema de saúde e o desejo de transformação. Em tempos atuais, tem-se que o aparato técnico-científico não se expande de forma igualitária gerando dificuldades na distribuição de rendas, segregando populações e ampliando as distancias socioeconômicas entre os diversos grupos sociais o que contribui para a ocorrência desta neoplasia, de elevada incidência em populações mais carentes. Desta forma, elaborou-se esse artigo que tem como objetivo apresentar para discussão o processo de Educação para a Saúde como ideal para o desenvolvimento de ações preventivas contra o câncer cervical e a promoção da saúde de mulheres vulneráveis a essa neoplasia.

I. INTRODUÇÃO

O papilomavírus humano (HPV) é um vírus que acomete cerca de 291.000 mulheres no mundo adquirindo proporções epidêmicas de caráter multidisciplinar, por atingir também homens e crianças (Burchell, Winer, De Sanjosé & Franco, 2006). Conforme dados do Instituto Nacional de Combate ao Câncer (INCA sua maior gravidade refere-se à capacidade de gerar o câncer de colo de útero ou câncer cervical (INCA, 2011a).

Esse tipo de câncer apresenta grande potencial de prevenção e de cura, quando diagnosticado precocemente. No entanto, foi o responsável pela mortalidade de 275 mil mulheres em 2008, sendo mais de 85% dos óbitos registrados em países subdesenvolvidos. No Brasil, foi a terceira causa de morte (INCA 2011a, 2011b). SÓLO HAY UNA REFERENCIA DE INCA DEL 2011 EN LAS REFERENCIAS.

Considera-se que essa elevada mortalidade decorre de dificuldades na oferta assistencial de saúde à população e do desconhecimento da mulher que não possui o hábito de consultas ao ginecologista o que contribui para o diagnóstico tardio, quando o câncer já está desenvolvido (Silva, 2007). ESTA REFERENCIA NO ESTÁ EN LA LISTA FINAL.

Em tempos atuais, a educação para a saúde é vista como um processo de emancipação consciente do indivíduo para o desenvolvimento de práticas saudáveis conservadoras do estado de saúde (Cirino, Nichiata & Borges, 2010).

Desta forma, entendeu-se que ações de educação para a saúde são fundamentais para a prevenção do câncer cervical.

Assim, elaborou-se este artigo com o objetivo de apresentar à comunidade científica os resultados obtidos com a realização de uma pesquisa socioeducativa realizada com pacientes portadoras de HPV. Esse estudo aconteceu em um ambulatório de ginecologia de um conceituado hospital universitário situado na cidade do Rio de Janeiro-Brasil e seu objetivo foi de desenvolver um trabalho de acolhimento, de troca e produção de saberes visando à melhoria do estado biopsicossocial das pacientes com HPV, a prevenção do câncer de colo de útero, e a promoção da saúde.

II. O PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) E A MULHER

O HPV é um vírus transmitido sexualmente pelo contato direto dos órgãos genitais através da pele (INCA, 2011a). Compreende-se que as diversas modalidades de relações sexuais existentes estão envolvidas neste processo de transmissão.

Existem relatos de presença do HPV no homem na região anal, laringe, orofaringe e cavidade oral e recentemente comprovou-se o seu comprometimento com o câncer de pênis (INCA, 2012). Na mulher é relatada a presença desse vírus na cérvix, na vagina, na vulva, na região perianal, e ainda, na região orofaríngea (INCA, 2011b, Rubin & Farber, 2005).

Estudos relatam a existência de vários subtipos de HPV que infectam o trato genital feminino, variando em seu grau de oncogenicidade. Dentre esses, os subtipos de HPV 6, 11, 42, 43 e 44 estão associados a lesões benignas, como as verrugas genitais comuns e ao condiloma acuminado (tumor róseo, parecendo verrugas pontudas e agrupadas) sendo considerados de baixo risco oncogênico (Rubin *et al.*, 2005). Existem ainda aqueles considerados de alto risco como os subtipos de HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58, que são envolvidos com o desenvolvimento do câncer cervical. Dentre esses, os subtipos do HPV 16 e 18 são responsáveis pela maior prevalência dessa neoplasia no mundo (Pitta, Campos, Sarian, Rovella, & Mauricette, 2010).

No entanto, por si só, este vírus não é capaz de desenvolver a doença. Ele necessita da ação conjunta de fatores como o tabaco, o uso de contraceptivos orais, a baixa imunidade e outros elementos para ativar o seu potencial carcinogênico (capacidade de desenvolvimento do câncer), conforme dados do INCA (2011a), Rubin & Farber (2005).

O maior risco para a aquisição de HPV acontece no período de iniciação sexual, na faixa etária entre 14 e 20 anos, quando acentua-se o desuso da camisinha. Relata-se ainda, casos de parceiros múltiplos e a história de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) como facilitadores do processo (INCA, 2011b, Pitta, *et al.*, 2010).

Em etapas iniciais de desenvolvimento da infecção pelo HPV, as pesquisas relatam a ausência de sintomas ou o aparecimento de lesões benignas, como verrugas em áreas genitais. Já em estágios mais avançados surgem as lesões denominadas de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). As lesões intraepiteliais são classificadas em NIC I que podem regredir espontaneamente ou evoluir para os estágios II e III que são consideradas como lesões persistentes e pré-neoplásicas, pois podem evoluir e desenvolverem o câncer cervical (Pitta *et al.*, 2010).

A infecção pelo HPV é considerada a DSTs de maior prevalência no mundo, em ambos os sexos. Estudos relatam a existência de 9 a 10 milhões de infectados no Brasil e que, a cada ano, devem surgir 700 mil casos novos (Giraldo *et al.*, 2008). Como fatores de sustentação da elevada prevalência de HPV na população brasileira, além da oferta deficiente dos serviços de saúde e a falta de conhecimento das mulheres, tem-se o seu descrédito nas medidas preventivas, a multiplicidade de parceiros e o desuso da camisinha (Diógenes *et al.*, 2006).

Segundo o INCA (2011b) a realização de programas de rastreamento eficientes das lesões precursoras (NIC II e NIC III) contribui para uma queda significativa da incidência e de mortalidade pelo câncer cervical. Contudo, Rosa *et al.*, (2009) ESTA REFERENCIA NO VIENE AL FINAL enfatiza que além de melhorias na qualidade técnica-assistencial faz-se necessário a introdução de programas educativos com a população feminina a fim de que compreendam a importância do uso da vacina, para a prevenção dessa neoplasia e a promoção da saúde.

II.1 A prevenção do HPV e do câncer cervical

Como forma de prevenção do HPV, o Ministério da Saúde (MS) no Brasil, recomenda o uso da camisinha, também indicada como prevenção primária contra o câncer cervical (MS (1988), ESTA REFERENCIA NO VIENE AL FINAL INCA 2011a, 2011b). Já como medida de prevenção secundária a essa neoplasia tem-se a realização do exame preventivo na população feminina. Esse exame é recomendado para todas as mulheres entre 25 e 65 anos de idade, independentemente do aparecimento de sintomas pelo HPV (Floriano *et al.*, 2007 ESTA REFERENCIA NO VIENE AL FINAL). O objetivo é de identificarem-se as mulheres com as lesões consideradas como precursoras do câncer, NIC II e NIC III, obter-se o diagnóstico dessas lesões e possibilitar a intervenção médica adequada (ROSA *et al.*, 2009, Pitta *et al.*, 2010).

Em tempos atuais conta-se também com dois tipos de vacinas anti-HPV: uma considerada como bivalente por conferir imunidade para os subtipos HPV 16 e 18 e a outra, é uma vacina quadrivalente que confere imunidade aos subtipos de HPV 6, 11, 16 e 18. Ambas são recomendadas para aplicação na faixa etária de 9 a 26 anos. Contudo, somente para aquelas que não tenham dito experiências sexuais (Giraldo *et al.*, 2008; INCA, 2011b). O governo brasileiro comprometeu-se com a distribuição gratuita destas vacinas em 2014. No entanto, ainda não definiu a faixa etária a ser beneficiada (Sarres, 2013).

O uso da vacina para o vírus HPV representa um avanço na prevenção desse vírus e também para a prevenção do câncer cervical. No entanto, é importante conscientizar a população feminina de que sua utilização deve estar associada

à realização do exame preventivo. Acredita-se na necessidade de introdução de programas de educação em saúde junto à população para que aconteça a adesão a vacinação (De Oliveira, 2011).

II.2 A educação e sua influência na vida da mulher

Estudos revelam uma estreita relação entre os níveis de escolaridade e o empoeiramento das mulheres. Os melhores níveis de escolaridade acentuam nas mulheres as possibilidades de autonomia crítica para a busca de seus próprios valores e de seu bem estar biopsicossocial (Barroso, 2004, Freire, 2001).

Nesse contexto, Silva (2007) refere à baixa escolaridade como fator prejudicial ao estado de saúde. Para essa autora esse fator dificulta a busca pelos serviços de saúde, o que favorece o avanço das lesões pelo HPV e o diagnóstico tardio de câncer contribuindo para o elevado índice de mortalidade por esta doença. No entanto, o mesmo não se aplica à aquisição da infecção pelo HPV, uma vez que esta patologia expande-se em todas as camadas sociais (De Oliveira, 2011).

Sousa (2001) defende a ideia do exercício da educação não formal como valiosa contribuição educativa para a mulher com pouco ou nenhum acesso à educação formal geralmente observável em países com baixos níveis socioeconômicos e com elevadas taxas de incidência de HPV, conforme Barroso, (2004).

Segundo Brandão (2007) **ESTA REFERENCIA NO VIENE AL FINAL**, entende-se como ambiente não formal de ensino a todo espaço onde acontecem atividades educativas que, embora desprovidas de legislações, submetem-se às normas e critérios pré-estabelecidos pela instituição organizadora. No entanto, possui objetivos educacionais bem definidos que podem ser trabalhados por um instrutor, a partir de diversos mecanismos curtos e flexíveis, que obedecem a critérios próprios e inerentes a cada circunstância (Brandão, 2007, Gohn, 2009).

Autores como Gohn (2006, p. 13) recomenda que as metodologias utilizadas em ambiente não formal devem partir “[...] da cultura dos indivíduos e dos grupos. O método deve nascer a partir da problematização da sua vida cotidiana”.

Esta autora define como objetivo básico da educação não formal “estimular e integrar os diversos grupos sociais e gerar um modo de educar em resposta aos interesses e as necessidades de quem dele participa”.

Assim sendo, com a preocupação em atender a complexidade da proposta de educação para a saúde com mulheres portadoras do HPV, buscou-se integrar as concepções freireana com o arco de Charlez Magueréz¹, conforme reivindicam Bordenave *et al.* (2008).

II.3 A metodologia educacional de Paulo Freire

O Método de Paulo Freire (1921-1997) é considerado por pesquisadores como Berbel (2009) como uma metodologia da problematização pela sua dimensão problematizada e dialógica. Freire (2008) reivindica a formulação de um problema extraído da realidade dos sujeitos a fim de incentivar a reflexão crítica que estimula o raciocínio necessário para a solução do problema abordado (Freire, 2011).

Em seus ideais, esse educador preconiza o diálogo como essencial ao processo educativo que segundo ele, visa “a libertação; a transformação radical da realidade para melhorá-la, para torná-la mais humana, para permitir que os homens e as mulheres sejam reconhecidos como sujeitos da sua história e não como objetos”. Ele prioriza o princípio da dialogicidade como fator essencial à evolução pessoal e social (Freire, 2008 p. 28).

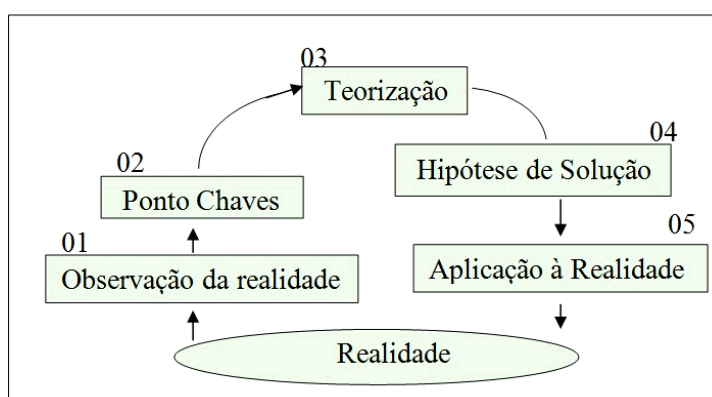
¹ Educador Francês que trabalhou no Norte da África com agricultores analfabetos que não falavam seu idioma. Em 1966, com base na solução de problemas, Charlez Magueréz propôs um esquema para ser utilizado na assistência técnica ao agricultor, o "Esquema do Arco". Este diagrama baseia-se em novas idéias, conceitos, teorias e hipóteses aplicáveis para a solução de problemas reais favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento individual e coletivo. Posteriormente ele utilizou-se do método com a preocupação de formação profissional de adultos analfabetos em minas de carvão e de petróleo. Percebe-se que inicialmente a preocupação Magueréz não se voltava para a educação escolar.

No entanto, existia uma preocupação pedagógica em seu trabalho desenvolvido em ambiente não formal (de campo, de minas e outros) tanto que posteriormente utilizou-se do método com a alfabetização de adultos obtendo êxito neste processo. Existe um relatório desenvolvido em 1970, por Maguerez que trata de sua participação no Brasil de uma consultoria, que teve como alvo um diagnóstico do treinamento de técnicos agrícolas do Estado de São Paulo, onde registra situações bem sucedidas de sua experiência com Arco (Berbel, 2009).

II.4 O arco de Charlez Maguerez

O arco de Maguerez é um caminho metodológico que se utiliza da realidade do indivíduo como ponto de partida e de chegada para o exercício da problematização. Este diagrama apresenta cinco etapas consecutivas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipótese de solução, aplicação da realidade e como observado na Fig. 1.

FIGURA 1. Arco de Charles Maguerez, 1970 (adaptada de Pereira, 2003 p. 1532).



Por meios deste diagrama tem-se a oportunidade de praticar a cadeia dialética ação-reflexão-ação transformadora a partir de fatos extraídos da realidade do sujeito. A análise desenvolvida favorece o ato de aprender que Libâneo (1997, como o citado em Pereira, p. 1529) define, como “um ato de reconhecimento da realidade concreta, isto é, da situação real vivida pelo sujeito e que se dá através da visão crítica dessa realidade”.

Desta forma, investiu-se em uma estratégia socioeducativa esperando mexer de alguma forma com a cultura dessas mulheres com HPV e assim, possibilitar-lhes um novo olhar para o seu estado de saúde.

III. METODOLOGIA

O presente artigo surgiu a partir do desejo de apresentar para discussão, à comunidade científica, os resultados encontrados em um estudo desenvolvido com mulheres portadoras do vírus HPV.

Conforme exigência da resolução 396/96 a pesquisa foi submetida ao Conselho Nacional de Saúde/MS, sendo aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz em 29/07/09 sob o nº 452/08. O que implicou na elaboração e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todas as pacientes.

O tempo total de realização desse estudo foi de três anos e possibilitou o conhecimento do contexto e a interação com as pacientes.

Este trabalho de pesquisa aconteceu em local de espera de um ambulatório de Patologia do Trato Genital Inferior do setor de Ginecologia de um hospital Universitário referência no tratamento de câncer no Brasil. Para este setor são designadas todas as pacientes comprometidas com HPV que chegam a essa unidade de saúde, para que integrem um

grupo de acompanhamento e de rastreamento das lesões pré-neoplásicas, numa ação preventiva contra o câncer cervical.

Para a elaboração desse artigo optou-se por uma pesquisa de abordagem qualitativa. Segundo Costa & Costa (2011) esta pesquisa procura conhecer a temática abordada e alcançar a compreensão do foco de estudo e todo o seu contexto, com a finalidade de ampliar os conhecimentos já adquiridos sobre o tema.

É característica da pesquisa qualitativa ter o pesquisador como um instrumento fundamental para o estudo. Cabe a ele observar o fenômeno social e analisá-lo como fenômeno cultural (Moreira & Caleffe, 2008).

Assim, como instrumento de investigação elaborou-se um roteiro de entrevista semi estruturado constituído por questões abertas e fechadas, já que ele permite e incentiva o sujeito a falar espontaneamente sobre si mesmo e sobre o tema em questão (Rosa *et al.*, 2006). Esse roteiro foi padronizado e estruturado em quatro partes favoráveis ao alcance dos objetivos propostos: dados pessoais, hábitos e atitudes, e o estado de saúde.

Para o estudo dos dados, optou-se por uma análise interpretativa detalhada do contexto a fim de obter explicações para as questões e processos relacionados aos objetos pesquisados (Weller, 2007). Conforme recomendação desse autor, os dados foram lidos e relidos e deles extraídos textos considerados significativos para a temática abordada e o mesmo tempo, formulou-se idéias, pré-supostos obtendo explicações que direcionou à compreensão dos significados e das experiências de vida desses atores sociais. A interpretação dos dados propiciou a construção social da realidade do grupo de estudo em um contexto específico: o local de espera do ambulatório de ginecologia.

Salienta-se que os resultados encontrados foram fundamentais para o desenvolvimento de um processo interacional no local de espera Conforme Freire (2011) é fundamental conhecer o sujeito e a sua realidade empírica antes de qualquer processo educativo.

Com base nas informações obtidas realizou-se oito slides com dados sobre o HPV. Esse material foi apresentado em sala de espera do ambulatório de ginecologia, nas primeiras horas da manhã, enquanto as pacientes aguardavam pelo atendimento médico.

Enfatiza-se que não constou dentre os objetivos traçados a intenção de promover melhorias no espaço físico deste local de espera, mas sim promover uma transformação no aspecto relacional entre os atores sociais que convivem neste local e propiciar melhorias no estado de saúde das pacientes que ali convivem.

Investiu-se em uma prática dialógica, expositiva e estimuladora da participação de pacientes, procurando articular o cognitivo, o afetivo e o social: fatores essenciais para intervir de alguma forma na cultura dessas pacientes. Procurou-se gerar o conhecimento e a autonomia necessários a promoção da saúde em sala de espera.

IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A observação sistemática do local de espera mostrou uma rotatividade elevada no atendimento e no trânsito de funcionários e de pacientes. Conforme advertência de Teixeira e Veloso, (2006) percebeu-se que as pacientes que frequentam este local de espera não constituem um grupo e sim, um agrupamento. Compreende-se a importância de trabalhar-se entre elas o “estranhamento”, e gradativamente motivar o reconhecimento do “outro” (Gohn, 2009), de forma a propiciar um convívio cordial com ênfase ao respeito mútuo, favorável a troca de experiências, sem perder de vista o direito e as especificidades.

IV.1 Caracterização das pacientes

A análise das entrevistas gravadas em áudio com as 38 pacientes mostrou que o grupo constituiu-se de mulheres com faixa etária entre 21 e 75 anos. Entre elas, observou-se que uma maioria (55,2%) não concluiu o Ensino Fundamental.

Detectou-se que mais da metade das pacientes (57,8%) desempenhava algum tipo de função remunerada, condizente com os níveis de escolaridade que possuíam, independentemente do fator idade: doméstica, costureira, cozinheira, copeira, trocadora de ônibus, vendedora e representante de vendas. Esses resultados são semelhantes aos encontrados por Ferreira (2009) em seu estudo desenvolvido com 20 mulheres com faixa etária de 15 a 55 anos que referiram, dentre as diversas funções que desempenham ocupações concomitantes com o baixo grau de escolaridade declarado.

A fim de se intensificar a obtenção de dados, procurou-se conhecer como se deu o recebimento de diagnóstico de HPV por essas pacientes, doravante referenciadas como P.

P(31) “Quando descobri e fui contar para o meu marido. Ele me acusou de traição. Ainda choro muito...”.

P(28) “Fico apreensiva, com vergonha... e com medo de morrer”.

Constatou-se que ao receber o diagnóstico de HPV, a mulher passa a conviver com “sentimentos de culpa, desarmonia conjugal, suspeita de infidelidade, o medo do aparecimento do câncer”, e ainda com tantos outros sentimentos excludentes que geram, muitas vezes, dificuldades no relacionamento com familiares. Diógenes *et al.*, (2006, p. 267).

Esta situação agrava-se ainda mais, na visão de devido à falta de conhecimentos sobre o vírus e a doença (Silva, 2007) que foi também constatado nesse estudo.

P(56) “É câncer. Minha nora morreu disso...”.

Percebeu-se a conceituação errada de HPV e a certeza de morte pelo câncer. Contrapondo-se a esta inverdade tem-se o fato já comprovado de que 65% das infecções pelo HPV regridem espontaneamente (INCA 2011a; Rosa *et al.*, 2009).

As interpretações erradas sobre o HPV são frequentes e na maioria das vezes fundamentadas em elementos culturais, tais como crenças, mitos e tabus que têm um grande significado para o indivíduo, resultando em prejuízos para aquelas que lutam consigo mesmas em busca da compreensão de sua doença (Souza 2008) e até mesmo em seu comportamento sexual.

P(32) “Estou sem namorado... Qual homem vai querer me namorar? Estou sozinha há muito tempo... Ninguém vai querer me namorar”.

Observou-se no relato dessa paciente a existência de vários conflitos gerados pela solidão a que se condena, devido à crença de não aceitação do seu problema de saúde por um provável parceiro.

Percebeu-se que o convívio com o HPV pode promover na mulher além do medo, o desejo de isolamento motivado pelo receio de envolvimento com um novo parceiro. Este fato pode estar relacionado ao temor de rejeição pela DST.

Vale a pena ressaltar que por influências culturais, a mulher historicamente apresenta menor poder de decisão que o homem (Bandeira e Diógenes, 2006). Conforme De Oliveira (2011) percebeu-se que isso pode contribuir para desenvolver na relação entre o casal o sentimento de superioridade masculina que muitas vezes se exterioriza na demonstração de descaso, frente a situação de saúde vivenciado pela mulher:

P(14) “[...] Quando falo: - Fui ao médico, ele diz não querer saber. - Guarda para você, ele diz”.

A desvalorização pelo companheiro quando associada a vergonha de ser portadora de uma DST podem gerar na mulher a baixa estima e acentuar o sofrimento levando ao comprometimento biopsicossocial (Oliveira (2011).

P(26) “É muito ruim ter HPV. Fico triste, choro... lembro de como eu era. Já pensei até em... Mas reagi e hoje estou aqui tratando, mas para quê?”.

Conforme Carvalho *et al.* (2007, p. 251) a mulher com HPV “[...] encontra-se em maior grau de vulnerabilidade, não apenas biologicamente, mas também emocionalmente”. Durante o convívio em local de espera do ambulatório de ginecologia percebeu-se entre as pacientes um constante clima de tensão não só entre aquelas que já vivenciaram o dilema do câncer, como também para aquela que convive com o medo de vir a tê-lo:

P(18) “Fico aqui esperando a consulta. É horrível, parece que a morte chega...será que vou estar com câncer?”

Observou-se que o tempo de espera para essas pacientes favorece o nervosismo e a instauração de sentimentos

negativos e que quando proferidos em suas conversações, contribuem para acentuar a carência emocional já vivenciada.

A intensidade desses abalos é variável, mas comum mesmo entre diferentes culturas (Oliveira, 2011), conforme constatado nas falas de P(32), 26 anos, 6º ano do EF e P(52) de 37 anos e Ensino Superior completo:

P(32) “Estar aqui... a salinha é horrível. É muito ruim estar aqui [...]”.

P(52) “O ambiente é negativo, fiquei assustada no início. É uma agonia ficar lá dentro, são muito negativas. Adaptei-me em ficar aqui fora”.

Assim, identificou-se o ambiente desse local de espera como contraditório a promoção da saúde e prejudicial ao estado de saúde das pacientes. Compreendeu-se a necessidade de se investir na educação em saúde, a fim de diminuir tensões e culpas, e promover a troca e construção de saberes voltados à promoção da saúde e à prevenção do câncer neste ambiente de espera.

IV.2 Estratégia socioeducativa em sala de espera

Em resposta a essas demandas elaborou-se uma estratégia socioeducativa expositiva que culminou com a exposição de oito slides em sala de espera. A baixa escolaridade detectada nas mulheres investigadas determinou o uso de uma ação simples e discreta, porém esclarecedora, envolvente e atrativa a conversação. Especial atenção foi dada ao uso de vocabulário claro, objetivo e respeitoso, de forma a não ir de encontro às diferenças culturais. Outra preocupação foi a de não manifestar nenhum tipo de julgamento das opiniões, ideias e atitudes reveladas por elas. Como estratégia para facilitar a compreensão os termos científicos eram introduzidos em associação ao vocabulário popular como, por exemplo, transmissão do HPV, associada a “pegar o HPV”. Utilizou-se também frases afirmativas negativas para evitar controvérsias, como: “O cigarro não dá HPV, mas favorece o seu desenvolvimento”; bem como de citações das próprias clientes em tempo real para exemplificar ou explicar algum dado, favorecendo a auto-estima. Essa atividade caracterizou-se pelo dinamismo e estímulo ao diálogo e possibilitou o exercício da cadeia dialética de ação-reflexão-ação, que teve como ponto de partida e de chegada a própria realidade, como o referenciado por Freire (2008) e propiciado pelo arco de Magueréz.

IV.3 Desenvolvimento de um processo interacional no local de espera

Em função das especificidades da proposta de educação com pacientes portadoras do HPV em sala de espera, entendeu-se a necessidade de uma estratégia envolvente e convidativa a conversação sobre temas extraídos de sua história a fim de instigar nelas, o desejo de mudanças em seu estado de saúde.

Para tanto, percorreu-se o caminho metodológico descrito pelo arco de Magueréz que usa a realidade do indivíduo como ponto de partida e de chegada para o exercício da problematização, conforme pode ser observado na Figura 1, etapa 5.

Inicialmente, com base nos dados obtidos com as etapas investigativas e com a observação e acompanhamento da *realidade* (1) das pacientes, realizou-se uma exposição do problema social em foco. Gradativamente, as questões referentes a esse vírus foram apresentadas e analisadas de forma natural e espontânea, já que cada citação ou questionamento foi extraído da realidade social, dinâmica, e complexa das pacientes.

Em seguida, procuramos focar os *pontos chave* (2) conforme, indicação de Bordenave *et al.* (2008). Esta etapa contou com a elaboração de quatro slides. Com eles buscou-se dialogar sobre convicções erradas sobre o HPV, a sua transmissão, os sintomas tardios e o controle desse vírus. Incentivou-se a exposição das dificuldades, carências, incertezas e discrepâncias sobre a temática discutida.

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

Neste ambiente de conversação inseriu-se explicações para cada ponto chave apresentado, através da introdução dos “porquês, conforme proposta de Bordenave *et al.* (2008) e Pereira (2003). Sendo assim, gradativamente, realizou-se um estudo das ideias centrais, estimulando a troca e a produção de informações esclarecedoras com a intenção de motivar nessas atoras sociais a reflexão, característica desta etapa denominada de *teorização* (3) conforme o observado em Figura 1. Nela, a heterogeneidade cultural foi explorada como favorável a identificação dos problemas e a conscientização da realidade. Autores como Cyrino & Toralles-Pereira (2004) consideram que a heterogeneidade propicia a integração dos diferentes tipos de saberes e contribui para o processo de construção do conhecimento.

A partir de então, estimulou-se a formulação de *pressupostos* (4) para a solução dos problemas discutidos. Buscou-se identificar as variáveis, que se alteradas, modificariam a *realidade* (5) de cada um e assim, convidou-se a todos os presentes a discuti-las e a interpretá-las como solução do problema vivenciado (Gironi *et al.*, 2006).

Então, finalizando a estratégia socioeducativa sugeriu-se que cada uma formulasse o seu plano de ação em favor da sua saúde biopsicossocial, a partir das soluções referenciadas. Enfatizava-se que a execução desse Plano de ação poderia intervir na realidade de cada um, promovendo uma transformação como propõem Bordenave *et al.* (2008) e Pereira (2003).

V. CONCLUSÕES

Este artigo intencionou apresentar a comunidade científica os resultados de uma pesquisa desenvolvida em sala de espera com mulheres portadoras do vírus HPV. A intenção foi descaracterizar este ambiente como contribuidor do agravamento de estado de saúde biopsicossocial das pacientes e mexer de alguma forma na cultura dessas mulheres. Procurou-se motivar o seu senso crítico e a reflexão, pois, conforme a metodologia freireana quanto mais trabalhada a reflexão, maior é a aquisição de conhecimentos, o que em nosso contexto é essencial para a compreensão da doença e para a promoção da saúde.

Os resultados apontaram que a associação da metodologia de Freire com o arco de Magueres propiciou em ambiente não formal de ensino, alguns fatores essenciais para o desenvolvimento social e coletivo: a fala espontânea advinda do sujeito e a oportunidade de ouvi-lo e conhecê-lo e ainda o incentivo de busca pelo conhecimento através da troca.

Assim, viu-se essa parceria como estimuladora para a promoção da saúde, que recomenda a autonomia e a responsabilidade dos indivíduos com a sua saúde, não pela determinação técnico-científica imposta pelo sistema, mas sim, com base na exposição dos fatos e na compreensão da situação vivida por eles mesmos. Com base na metodologia desenvolvida, viu-se pacientes assumindo-se como pessoas críticas e reflexivas em relação ao HPV. Investiu-se no diálogo numa perspectiva democrática, libertadora e motivadora de transformação humana que culminou com a criação de uma sala interativa. Nela constatou-se um grupo de mulheres mais ativas e cientes da própria realidade, buscando mudanças no modo de sentir e enfrentar a doença. Viu-se entre elas o diálogo descontraído numa franca exposição de socialização.

Mediante resultados obtidos, reivindica-se a oferta de conhecimento às pacientes como favorável ao tratamento do HPV e a prevenção do câncer, sobretudo em países caracterizado pela elevada incidência de HPV em mulheres de baixa escolaridade.

Os resultados obtidos em ambiente não formal de ensino, como favorável a ações de educação para a saúde e ao desenvolvimento da Metodologia Freireana porém, entende-se que este processo, apesar de inovador, pode ter se configurado como inacabado. Cabe a paciente assumir o novo olhar, compreender, assimilar as informações e praticá-las, apropriando-se desses conhecimentos a fim de que se instaure o hábito de uso das ações preventivas contra o câncer cervical em suas vidas.

REFERÊNCIAS

- Bandeira, V. M. P. & Diógenes, M.A.R. (2006). O uso do preservativo masculino e feminino entre alunos de enfermagem da Universidade de Fortaleza. *Rev. Enferm.*, 14(1),74-79.
- Barroso, C. (2004). Metas de desenvolvimento do Milênio, educação e igualdade de gênero. *Cadernos de Pesquisa*, 34(123), 573-582. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v34n123/a04v34123.pdf>. Acesso em: 23/09/ 2013.
- Burchell, A. N., Winer, R. L., De Sanjosé, S., & Franco, E. L. (2006). Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. *Vaccine*, 24(3), 52-61.
- Berbel, N. A. N. (2009). *Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações*. Londrina: Eduel.
- Bordenave, J. E. D. & Pereira, A. M. (2008). *Estratégias de ensino aprendizagem*. Petrópolis-RJ: Vozes. 29ª Ed.
- Carvalho, A. L. S. *et al.* (2007). Sentimentos vivenciados por mulheres submetidas a tratamento para papilomavírus humano. *Esc. Anna. Nery Rev. Enferm.*, 11(2), 248-253.
- Cirino, F. M. S. B., Nichiata, L. Y. I. & Borges, A. L. V. (2010). Conhecimento, atitude, práticas na prevenção do câncer. *Esc. Anna. Nery Ver. Enferm.*, 14(1), 126-34.
- Cyrino, E. G. & Toralles-Pereira, M. L. (2004). Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública*, 20(3), 780-788.
- Costa, M. A. F. & Costa, M. F. B. (2011). *Projeto de pesquisa: Entenda e faça*. Petrópolis: Vozes.
- De Oliveira, L. M. P. (2011). *Desenvolvimento de processo e produto socioeducativo: promovendo saúde em uma sala de espera*. Dissertação de Mestrado. Instituto Oswaldo Cruz. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.
- Diógenes, M. A. R., Varela, Z. M. V. & Barroso, G. T. (2006). Papiloma vírus humano: repercussão na saúde da mulher no contexto familiar. *Rev Gaúcha Enferm.*, 27(2), 266-273.
- Ferreira, M. L. S. M. (2009). Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolau segundo a percepção de mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm.*, 13(12), 378-384.
- Freire, P. (2001). *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. 24ª Ed.
- Freire, P. (2008). *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Ed Paz e Terra. 31ª Ed.
- Freire, P. (2011). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Ed. Paz e Terra.
- Giraldo, P. C., Silva, M. J. P. M. A., Fedrizzi, E. N., Gonçalves, A. K. S., Amaral, R. L. G., Junior, J. E. & Figueiredo, L. V. (2008). Prevenção da infecção por HPV e lesões associadas com o uso de vacinas. DST. *J. Bras. Doenças Sex Transm.*, 20(2), 132-140.

Girondi, J. B. R., Nothaft, S. C. S. & Mallmann, F. M. B. (2006). A metodologia problematizadora utilizada pelo enfermeiro na educação sexual de adolescentes. *Cogitare Enferm.*, 11(2), 161-165. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/php/cogitare/article/view/6864/4872>. Consultado em: 23 sep. 2010.

Gohn, M. G. (2006). Educação não formal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas. *Ensino. Aval. Pol. Públ. Educ.*, 14(50), 27-38. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ensaio/v14n50/30405.pdf. Consultado em: 22 setembro 2013.

Gohn, M. G. (2009). *Educação não formal e o Educador Social: Atuação no Desenvolvimento de Projetos Sociais*. São Paulo: Cortez.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. (2011b). *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Atualização*. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>. Consultado em: 23 junho 2013.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. (2012). *Câncer de pênis*. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site+home/p%C3%A9nis>. Consultado em: 21 julho 2013.

Libâneo, J. C. (1983). Tendências pedagógicas na prática escolar. Revista da Associação Nacional de Educação. In: Pereira A. L. F. (2003). As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad. Saúde Pública*, 19(5), 1527-1534.

Moreira, H. & Caleffe, L. G. (2008). *Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador*. Rio de Janeiro: Lamparina.

Pitta, D. R., Campos, E. A., Sarian, O. L., Rovella, M. S. & Mauricette, S. D. (2010). Prevalência dos HPV 16, 18, 45 e 31 em mulheres com lesão cervical. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 32(7), 315-320. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-72032010000700002&lng=en&nrm=iso.

Rubin, E. & Farber, J. L. (2005). *Patologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 3^a Ed.

Sarres, C. (2013). *Meninas de 10 e 11 anos receberão vacina contra HPV no início do ano letivo de 2014*. Agência Brasil. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2013-07-01/meninas-de-10-e-11-anos-receberao-vacina-contrahpv-no-inicio-do-ano-letivo-de-2014>. Consultado em: 20 junho 2013.

Teixeira, E. R. & Veloso, R. C. (2006). O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Rev. Enfermagem, Texto & Contexto*, 15(2), 320-325.

Weller, W. (2007). *Tradições hermenêuticas e interacionistas na pesquisa qualitativa: A análise de narrativas segundo Fritz Schutze*. Disponível em: <http://luizaugustopassos.com.br/wp-content/uploads/2010/05/Sch%C3%BCtze.pdf>. Consultado em 23 maio 2012.