

MARISA DOS SANTOS VIALE

**O SENTIDO DOS EXAMES PREVENTIVOS
E DAS
CONSULTAS GINECOLÓGICAS PARA
MULHERES: UMA ANÁLISE A PARTIR DA
NARRATIVA DE PORTADORAS DE
PATOLOGIAS PRECURSORAS DE CÂNCER
DE
COLO UTERINO**

EICOS-UFRJ

2006

**TÍTULO: O SENTIDO DOS EXAMES PREVENTIVOS E DAS CONSULTAS
GINECOLÓGICAS PARA MULHERES**

**UMA ANÁLISE A PARTIR DA NARRATIVA DE PORTADORAS DE
PATOLOGIAS PRECURSORAS DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.**

AUTORA: MARISA DOS SANTOS VIALE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA EICOS DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DOUTORADO
EM PSICOSSOCIOLOGIA DE COMUNIDADES E ECOLOGIA SOCIAL**

ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA NAUMI VASCONCELOS

RIO DE JANEIRO

2006

FOLHA DE APROVAÇÃO

TÍTULO: O SENTIDO DOS EXAMES PREVENTIVOS E DAS CONSULTAS GINECOLÓGICAS PARA MULHERES: UMA ANÁLISE A PARTIR DA NARRATIVA DE PORTADORAS DE PATOLOGIAS PRECURSORAS DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

AUTORA: MARISA DOS SANTOS VIALE

Tese de Doutorado submetida ao corpo docente do Programa EICOS de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor.

Aprovada por:

Prof: _____

Orientador

Doutora Naumi Vasconcelos

Prof: _____

Doutor Jose Carlos Gonçalves

Prof: _____

Doutora Ilda Célia Moreira da Silva

Prof: _____

Doutora Maria Cecília Mello e Souza Meth

Prof: _____

Doutora Rosa Maria Leite Pedro Ribeiro

Rio de Janeiro

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

Viale, Marisa dos Santos

O Sentido dos exames preventivos e das consultas ginecológicas para mulheres: uma análise a partir da narrativa de portadoras de patologias precursoras de câncer de colo de útero.

Xi, 302f.: il

Tese de Doutorado em Psicossociologia. Universidade Federal do Rio De Janeiro. UFRJ. Programa Eicos de Psicossociologia e Comunidades e Ecologia Social.

Orientador: Naumi Vasconcelos

1.Psicossociologia. 2.Gênero. 3.Saúde e Sexualidade. 4.Análise de Narrativas–Teses. I.Vasconcelos, Naumi (Orient.) II.Pós-Graduação Em Psicossociologia. III. O Sentido dos exames preventivos e das Consultas ginecológicas para mulheres: uma análise a partir da narrativa de portadoras de patologias precursoras de câncer de colo de útero.

SUMÁRIO

1	– INTRODUÇÃO	pg 001
2	– ASPECTOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS AO ADOECIMENTO	pg 012
2.1	– O Adoecer	pg 012
2.2	– Aspectos Psicológicos Relacionados às Doenças Crônicas	pg 017
2.3	– Aspectos Psicossociais de Comunicação na Relação Médico (profissional) – Paciente	pg 022
3	– CARACTERÍSTICAS GERAIS E REPRESENTAÇÕES DO ADOECIMENTO POR CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	pg 028
3.1	– O Adoecer de doença crônico-degenerativa	pg 032
3.2	– O câncer de colo de útero como uma doença sexualmente transmissível	pg 034
3.2.1	– Evolução e Estadiamento	pg 037
3.3	– Gênero e Doenças Sexualmente Transmissíveis - O Contexto Sócio-econômico-político e o psicossocial	pg 038
3.4	– As Representações Sobre o Câncer	pg 040
3.5	– Iniquidade em Saúde e Gênero e o Modelo Biomédico	pg 044
3.6	– O Adoecer e a Sexualidade	pg 052
4	– A SEXUALIDADE	pg 056
4.1	– A Sexualidade e a Medicalização do Corpo Feminino	pg 056
4.2	– Sexualidade e Gênero	pg 059
4.3	– As Abordagens sobre a Sexualidade: Limites e Possibilidades para a Compreensão da Identidade das Mulheres	pg 065
4.4	– As Concepções Psicanalíticas sobre a Sexualidade Feminina e a Feminilidade	pg 070
4.5	– A Tarefa da Prevenção na Esfera da Sexualidade	pg 080
4.6	– Gênero, Saber e Poder	pg 091
5	– METODOLOGIA	pg 098
5.1	– Introdução	pg 098
5.2	– Objetivos	pg 099
5.3	– Objetivos Específicos	pg 100
5.4	– O Referencial Teórico da Análise do Discurso	pg 100
5.5	– Bases da Análise do Discurso	pg 103
5.6	– Definição – Conceitos da Análise do Discurso	pg 107
5.7	– A Entrevista como Prática Discursiva	pg 114
5.8	– As Entrevistas	pg 116
5.8.1	– Roteiro das Entrevistas	pg 117
5.8.2	– Os Elementos da Entrevista	pg 117
6	– AS TÉCNICAS PARA A ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	pg 121

7	– A ANÁLISE DAS ENTREVISTAS – MATERIAL	pg	125
7.1	– Edna	pg	125
7.2	– Giordana	pg	129
7.3	– Diana	pg	131
7.4	– Cleide	pg	134
7.5	– Janete	pg	138
7.6	– Amanda	pg	144
7.7	– Vera	pg	149
7.8	– Lucia	pg	152
7.9	– Amanda S.	pg	155
7.10	– Célia	pg	158
7.11	– Rosane	pg	161
7.12	– Nair	pg	164
7.13	– Creuza	pg	169
7.14	– Ione	pg	171
8	– RESULTADOS	pg	175
9	– DISCUSSÃO	pg	184
10	– CONCLUSÃO	pg	199
11	– REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	pg	212
12	– ANEXOS – TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS	pg	220
	Edna	pg	220
	Giordana	pg	226
	Diana	pg	230
	Cleide	pg	242
	Janete	pg	258
	Amanda	pg	273
	Vera	pg	284
	Lucia	pg	297
	Amanda.S	pg	307
	Célia	pg	316
	Rosane	pg	326
	Nair	pg	335
	Creuza	pg	356
	Ione	pg	358
	Médica Dra. Odete	pg	397

DEDICATÓRIA

Dedicatória: À minha mãe, em memória, que me sensibilizou há muito tempo para a importância dos aspectos emocionais para os imunológicos, e que me mostrou a necessidade de se aceitar a perspectiva dos cuidados paliativos, da qualidade de vida, e do conforto durante os adoecimentos. Não sei se consegui fornecer-lhe adequadamente esses cuidados durante a sua “invasão bárbara”.

A meu pai que me forneceu no dia de sua morte um dos meus melhores sonhos para passar ainda alguns anos aprendendo sobre como interpretá-los.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Olimpio, médico do HCII-Inca, pela observação freqüente sobre a importância da prevenção na assistência às mulheres na atenção oncológica. À Dra. Vera, por franquear o acesso às usuárias do Hospital Mario Kroeff, e por permitir observar, antes mesmo de conhecê-la, a diferença na postura dos usuários quando bem recepcionados e orientados.

À Dra. Odete, por franquear o acesso a um programa de saúde popular muito simpático, na Baixada Fluminense. Às mulheres entrevistadas, os nomes não correspondem às entrevistas originárias, pela boa vontade de participar com seus luxuosos depoimentos.

RESUMO

VIALE, Marisa dos Santos. *Psicossociologia e Gênero. Saúde e Sexualidade. Subsídios a partir da análise do discurso.* Orientadora: Naumi Vasconcelos. Rio de Janeiro. UFRJ. Programa EICOS 2006. (Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social).

Estudo relacionado à prevenção e atenção em saúde e sexualidade da mulher, tendo por base a noção de que o conhecimento e a participação do usuário é essencial na área da saúde coletiva. E de que a adesão do usuário à assistência em qualquer nível depende de sua recepção às informações. E que a mesma adesão reflete ou refrata a recepção do usuário à atenção recebida e as informações fornecidas pelos profissionais. A análise de discurso de narrativas foi o procedimento utilizado para compor material para discussão e conclusão, a partir de um *corpus* constituído de entrevistadas com mulheres portadoras de patologias precursoras de câncer de colo de útero.

ABSTRACT

VIALE, Marisa dos Santos. Psychosociology and Gender. Health and Sexuality. Subsidies from discourse analysis. Mentor: Naumi Vasconcelos. Rio de Janeiro. UFRJ. Program EICOS 2006. (Doctorate in Community Psychosociology and Social Ecology).

A study related to prevention and attention to women's health and sexuality, this research assumed that the user's knowledge and participation is essential in the Area of Collective Health. It also assumed that the user's adhesion to assistance in any level depends on her access to information. This same adhesion reflects and/or impedes the user's reception of the care given and the information provided by the professionals.

Discourse analysis of narratives was the procedure used to gather material for the Discussion and conclusion, drawing from a corpus constituted by interviews with women bearing pathologies which could lead to colon of uterus *CANCER*.

1 – INTRODUÇÃO

O câncer cervico-uterino é um dos tipos de câncer ginecológico que atinge em grande escala as mulheres no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde. No entanto, a dor e os tratamentos mais invasivos são passíveis de serem evitados, desde que o diagnóstico e o tratamento das lesões precursoras sejam realizados precocemente, de modo que possam ser tratadas e curadas quando essas lesões invasoras forem primariamente iniciais. Isso pode ser detectado através de exames preventivos de rotina colpocitopatologia ou papanicolau.

De acordo com Brenna (2001) um marco histórico importante no conhecimento do câncer de colo uterino foi o estudo de Papanicolau & Traut (1943), que mostrou ser possível detectar células neoplásicas mediante o esfregaço vaginal. Assim o exame Papanicolau passou a ser utilizado por diversos países para rastreamento populacional, na detecção precoce do câncer de colo uterino. É fato que a lenta evolução deste câncer possibilita o seu diagnóstico na fase intra-epitelial (não invasiva) em mulheres assintomáticas, quando o tratamento é de baixo custo e tem elevado percentual de cura.

O contrário disto, são os tratamentos radicais ou muito invasivos, tais como: as cirurgias de castração, a radioterapia e a quimioterapia, as quais deixam seqüelas graves na esfera da sexualidade e da vida reprodutiva. Além disso, muitos aspectos psicossociais estão envolvidos nessa esfera já que a sexualidade e a saúde estão intrinsecamente relacionadas. Podendo ainda, afetar à condição social e econômica dessas mulheres, que muitas vezes são as únicas responsáveis pelo sustento familiar ou que tem sua renda comprometida pelo adoecimento. Enfim, compromete seus papéis no

mercado de trabalho as priva do convívio familiar acarretando um prejuízo social considerável.

No Brasil, o câncer de colo de útero é a segunda causa de mortalidade bruta entre as neoplasias malignas para a população feminina nas regiões Sul e Sudeste, Nordeste e Centro Oeste, e a primeira causa na região Norte. As taxas mais altas de prevalência e mortalidade se apresentam no nível social e econômico mais baixo e em fase produtiva de suas vidas. A cobertura do exame Papanicolau, ou seja, a possibilidade de realização freqüente de exames periódicos vem crescendo nas últimas décadas. Estudos do Ministério da Saúde indicam que pelo menos uma vez ao longo de suas vidas a maioria da população de mulheres teve acesso ao exame, o que já estaria dentro de um patamar no qual países em que esse índice é atingido o controle do câncer de colo de útero é a maior e melhor. Ou seja, embora a cobertura populacional do exame Papanicolau, no Brasil, não seja ainda total, o seu crescimento não tem refletido em uma significativa redução da taxa de mortalidade por este câncer nos últimos anos.

Essa tem sido a razão pela qual se realizam diversas pesquisas relacionadas a este tema. Por exemplo: estudos sobre a associação entre as variáveis sócio econômicas e demográficas e a prevenção de câncer de colo uterino (Jimenez, 2004); sobre o conhecimento, as atitudes e a pratica do exame Papanicolau (Brenna, 2001), sobre os aspectos psicológicos associados a não adesão aos exames ginecológicos. Constata-se, que os estudos ora tendem a enfatizar os dados sócio econômicos da população – baixa renda, baixa escolaridade, etc – como responsáveis finais pela dificuldade de busca, adesão ou seguimento aos exames e tratamentos. Ora, tendem a enfatizar aspectos psicológicos emocionais, tais como: medo, vergonha, repressão como responsáveis pelo comportamento das mulheres. Esse levantamento das

possíveis causalidades é característico dos estudos de cunho quantitativo.

Existem ainda autores que trabalhando em diferentes linhas de pesquisa qualitativas abordam questões relacionadas à comunicação, as crenças, as representações sociais e à produção de sentido; valendo-se da hermenêutica, da análise de conteúdo ou da análise de discurso como métodos aplicáveis a pesquisas na área de saúde. Por exemplo, situam-se nessa linha textos e pesquisas tais como: “A onipresença do câncer na vida das mulheres – entendendo os sentidos no fluxo de associação de idéias (Spink, 2003); “Análise do discurso e interação médico paciente” (Gonçalves, 2001); “A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico” (Caprara, 2001); “A experiência complexa e o olhar reducionista” (Minayo, 2001).

O presente trabalho também se situa dentro desta última perspectiva, cujo foco será voltado para o sentido que as consultas ginecológicas e os exames preventivos anexos possuem para as mulheres que foram entrevistadas. De modo a aprender através de suas narrativas o sentido construído sobre esses processos de consulta e exames decorrente da “recepção” que obtiveram dos conteúdos das orientações recebidas e das interações com os profissionais. “Recepção” aqui entendida como o modo como repercutiu nas mulheres as informações recebidas sobre diagnóstico, tratamento e seu impacto sobre a respectiva adesão a esses. E, por essa razão a análise do discurso foi considerada uma abordagem adequada para a apreensão desses sentidos na narrativa das mulheres entrevistadas.

A literatura sobre iniquidade em saúde e gênero, em geral, faz referência a diversas causas ou hipóteses para dificuldades na assistência às mulheres, tais como: a baixa oferta de serviços ou dificuldade de acesso para a realização de exames, o baixo nível cultural; o mau atendimento dos profissionais; aspectos psicológicos como medo,

vergonha e sentimento de inadequação em relação ao exame ginecológico; o não reconhecimento como sendo parte do grupo de risco; omissão de profissionais; a objeção do parceiro; temor à doença; a inatividade sexual; nível sócio- econômico baixo; a pouca sensibilidade dos profissionais de perceberem ou reconhecerem os exames preventivos como desconfortáveis e inibitórios.

Não há dúvida, desde a década de 80 quando exames preventivos passaram a ser considerados adequados a prevenção do câncer cérvico-uterino, após a constatação também da alta correlação dos vírus do tipo HPV com este tipo de câncer, que este é adequado a detecção precoce dessas patologias.

Considera-se, a partir da concepção de que a promoção de saúde se realiza mediante ações em todos os níveis de atenção, desde os exames de rotina – àqueles efetuados durante o estágio pré-patológico – até os tratamentos nos estágios de maior adoecimento, seja necessária a prevenção/educação informação para o não agravamento para estágios posteriores. Neste sentido, a comunicação durante o processo diagnóstico, é, ela própria, um ato clínico, e de especial relevância.

Do ponto de vista do paciente portador de patologia crônica ou crônico-degenerativa, como o câncer, as quais exigem do portador convivência com a doença e suas seqüelas, e que vem a significar a manutenção de uma agenda de saúde e exames atualizados, é claro que isto não deve se dar sem receios e temores sobre resultados de diagnósticos e processos de tratamentos.

Em relação ao câncer cervical permeariam a comunicação como ato clínico, informações relativas à necessidade de educação para a saúde, manutenção e controle de doença, aspectos relacionados à vida sexual e reprodutiva da mulher. Tendo ainda, como pano de fundo o fato de ser este tipo de neoplasia decorrente de infecção

sexualmente transmissível e detectável no estágio pré-patológico, podendo vir a tornar-se crônico-degenerativa quando já instalada e com nítidos estágios biológicos de desenvolvimento, impondo tratamentos cada vês mais invasivos, com seqüelas de maior complexidade e, sendo passível, por fim, de mortalidade.

As campanhas de saúde dos órgãos responsáveis buscam a partir de ações de prevenção primária (promoção de saúde, nível primário) divulgar a necessidade de toda mulher com vida sexual ativa deva submeter-se a exames preventivos periódicos dos 25 aos 60 anos. O recomendável sendo: inicialmente a cada ano, depois a cada três anos, se os dois exames de intervalo anual forem negativos para displasia ou neoplasia. Um exemplo de folheto de campanha de divulgação diz o seguinte: “o câncer de colo de útero pode ser evitado e só depende de você”, sem explicitar a associação com a vida sexual ativa e deixando a responsabilidade exclusivamente na usuária pouco informada. Outras vezes, esta associação é feita, mas tende a ser minimizada a possível gravidade em caso de instalação da neoplasia pela “diluição” em campanhas gerais para doenças sexualmente transmissíveis na população em geral, quando o câncer cervical é a primeira causa de morte por neoplasia em geral entre as mulheres, e o HPV tem o maior índice em doença sexualmente transmissível.

As campanhas publicitárias de saúde visam mais a divulgar a necessidade de realização de exames, atrair as mulheres para o nível secundário de prevenção ou atenção, ou seja, para o diagnóstico precoce. Isto porque existiriam muitas variáveis em relação às neoplasias, inclusive de natureza imunológica, dificultando, segundo alguns, em princípio, a possibilidade de explicitação mais simples do processo de adoecimento. Uma dificuldade seria a possibilidade de traduzir ou mediar do “discurso médico” para o “discurso leigo” o fato de que as doenças sexualmente transmissíveis são infecções do

trato reprodutivo, mas que nem todas as infecções do trato reprodutivo são doenças sexualmente transmissíveis, e mais, que um grupo de DSTs pode gerar infecções, as quais podem levar ao desenvolvimento de neoplasias.

De todo modo, ocorre que a efetivação da prevenção do câncer cérvico-uterino acaba baseando-se em rastreamento da população assintomática e sintomática, identificação das portadoras de lesões, diagnóstico dos graus dessas lesões e tratamento adequado (a colpocitopatologia, o esfregaço ou raspado de células esfoliadas e secreções vaginais e cervicais). É efetivamente, mediante um método de prevenção secundária que se realiza a possibilidade de descoberta deste tipo de patologia nos estágios iniciais.

Assim, este deveria ser também um momento privilegiado em que, em tese, as informações que não puderam ser fornecidas no nível primário seriam no nível secundário. Com frequência, porém observa-se uma ênfase na informação inespecífica, na comunicação de diagnóstico sem considerações sobre as nuances do processo de adoecimento, sem que haja o esclarecimento que se alega não ser possível de realizar no primeiro nível de prevenção. Ou seja, o fato de a patologia ser dinâmica, de existir um processo de vir a ser ou não do adoecimento, de poder tornar-se ou não mais grave, e os porquês desse processo. Ocorre então “um vácuo” na prevenção oncológica a mulher na área ginecológica. Algumas coisas não podem ser ditas de um modo geral nas campanhas que seriam de informação e atração da população feminina por dependerem da veiculação de informações demais e por vezes contraditória. Outras também não são, posteriormente, quando da realização de exames para detecção precoce e muitas vezes nem mesmo após confirmação de lesão pré-cancerígena. E, no entanto, isso seria necessário para vir a implicar as usuárias nos procedimentos, na adesão ao tratamento,

na participação no seu processo de prevenção, na exigência de direitos, e na compreensão das vicissitudes do processo saúde doença.

O momento em que a portadora de DNA positivo para HPV tenha constatado uma pré-lesão em face de qual existe a possibilidade real de que esta lesão possa vir a desenvolver-se como uma neoplasia no futuro, caso não controlada, é aquele em que coincidem prevenção, notícia diagnóstica e início de tratamento clínico. Portanto, a comunicação relativa ao processo global, neste momento de detecção, é um ato clínico no qual permeiam esclarecimento, recepção e contenção de demandas, informação, e educação para saúde. É um momento de comunicação no processo de diagnóstico e não somente de comunicação de diagnóstico. É um ato clínico tão importante quanto o procedimento médico de natureza tecnológica como a realização do exame ou a análise microbiológica e seu resultado. Uma vez que as comunicações produzidas neste estágio de atenção, são os corolários do exame, no nível subjetivos. À compreensão do processo é imprescindível neste nível assistencial tanto para as mulheres negativas para DNA de HPV, sem carcinoma *in situ*, quanto para as positivas para DNA de HPV, com carcinoma *in situ* (NICs I, II, III).

Embora cerca de 90% dos casos de câncer de colo decorram de um dos tipos de HPV (papillomavirus humano) transmitido prioritariamente por via sexual e, ainda que outros tipos de câncer também estejam associados a presença de DNA de HPV, nas mulheres, principalmente na vulva e na vagina – a área anogenital, podendo adquirir características graves, e ainda que seja passível de ser controlado, vem crescendo a incidência desse tipo de câncer na população e, simultaneamente, baixando a faixa etária inicial.

O interesse de estudo nesta área advém da prática assistencial com

mulheres portadoras dessas patologias e submetidas a processos invasivos com aquisição de seqüelas, dificultando a sexualidade e impedindo a saúde reprodutiva, e, muitas vezes mesmo, levando a óbito.

Com freqüência, constata-se que as portadoras tiveram dificuldades diversas conforme relatam em entrevistas, e que também; em sua maioria, ignoravam a relação entre exames preventivos – lesões e outros sintomas – doenças sexualmente transmissíveis – e câncer. E por isso, mostram-se surpresas e até decepcionadas, e por vezes, mesmo revoltadas com essa constatação.

Em princípio surgiu a suposição durante as tarefas assistenciais de que houvesse “negação” ou a tentativa de buscar um “bode expiatório” para o ocorrido. Contudo a observação de que algumas mulheres relatavam terem buscado insistentemente assistência em razão de suspeitarem ou se preocuparem com seu diagnóstico, até a obtenção de assistência que consideraram satisfatórias, mesmo que com diagnóstico positivo para câncer; bem como o relato eventual de médicos sobre a dificuldade de realização de campanhas ou de abordagem a casais, e a observação de conflitos políticos intra-institucionais para realização de campanhas de chamadas para exames de detecção precoce, delineou a existência de fidedignidade nos relatos das mulheres surpresas e queixosas com as dificuldades e desinformação, dando início a uma “pesquisa prévia” por parte da autora. A percepção da existência de outras hipóteses fez com que durante entrevistas assistências de anamnese psicológica para risco cirúrgico, se observasse mais atentamente a exposição dessas queixas; de modo a compreender melhor o que ocorria durante o processo de adoecimento, busca de assistência e notícia diagnóstica das mulheres atendidas.

A bem da verdade, foi a partir da observação de um caso de câncer de

mama relatado pela portadora que se constatou algumas primeiras questões. Com frequência, as mulheres portadoras de câncer de mama também se queixam de problemas de maus diagnósticos, dúvidas sobre procedimentos, da não escuta de suas queixas, que acabam se referindo a certa discriminação presente na assistência ou no discurso médico. Essa mulher foi recepcionada na instituição oncológica já com metástases instaladas. Era uma mulher de meia idade, com bom suporte familiar, nível superior, e padrão social de classe média – funcionária pública aposentada – e, que buscou atendimento na unidade após ter tido um sonho. Vinha se tratando em uma boa clínica com um profissional bem sucedido financeiramente em uma cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro. Durante suas consultas e exames – mamografia – vinha insistindo com seu médico “de que sentia dores no carço”. Como, segundo os médicos tumores não doem, sendo este um critério médico utilizado para um diagnóstico diferencial preliminar a favor da benignidade - e que se opõem ao senso comum das pessoas, que por vezes se descuidam, exatamente, quando os caroços não doem- em razão disso o médico menosprezou suas queixas, apesar da imagem sugestiva na mamografia, não solicitando realização imediata de biópsia, descartando suas queixas como de natureza psicossomáticas ou histeriformes. A partir da imagem sugerida pela mamografia, semelhante a um caranguejo, a paciente sonhou, então, com um caranguejo subindo do seu seio, por cima do seu corpo, indo em direção a sua cabeça. Embora desconhecendo que a origem do nome câncer vem de caranguejo, por possuir extensões semelhantes a garras, e sem nunca ter se submetido a psicoterapias, de modo que não era familiarizada com métodos ou linguagens de análise de sonhos clínicas, fez sua interpretação também de senso comum. Assustada, interrompeu o tratamento com o dito médico, e buscou um novo atendimento a fim de conseguir ser o

mais breve possível encaminhada para uma unidade oncológica para o que supunha seria um diagnóstico diferencial. Impressionada, relatava na consulta psicológica o que lhe acontecera como algo paranormal, considerando o que sonhara. Na verdade, sonhava na época com o que já estava lhe acontecendo. Na interpretação dos sonhos Freud (1900) chama de restos diurnos as imagens que “o pensamento não verbal”, o inconsciente, utiliza para suas produções. No caso desta mulher, a imagem sugestiva na mamografia, era de uma semelhança muito óbvia com um caranguejo (nem todas são), não se justificando a atitude de seu médico, que era especializado na área, pela “facilidade” de leitura da mamografia. Por outro lado, observa-se que mesmo sem “saberem” interpretar exames tecnicamente, como ao longo da vida as pessoas vão realizando alguns exames com frequência, por exemplo, radiografia de tórax para ingresso escolar e, depois, para admissão em empregos, acabam aprendendo a ver se a “fotografia” do seu órgão está diferente.

Em um artigo intitulado “*Iniquidades no Atendimento à Saúde Ligadas a Gênero: O Caso das Mulheres*”, Silveira (2002) relata o seguinte caso, a partir de uma perspectiva de antropologia médica: “Tratava-se de um atendimento ginecológico a uma lésbica, portando uma leucorréia, que foi mecanicamente atendida, sendo que a anamnese sequer foi capaz de captar o fato de tratar-se de uma homossexual. O médico, sem olhar muito para ela, escreveu duas receitas, e ao entregá-las disse: uma é para a senhora, a outra é para seu marido. A paciente, querendo uma orientação mais específica para o seu caso, revidou: “Mas doutor, eu sou lésbica...”. Sua fala foi cortada pelo gesto do profissional que baixando a cabeça escreveu alguma coisa em nova folha de receituário, e entregando-a disse simplesmente: “A senhora passe ali na recepção e marque esta consulta”. Estarrecida ela leu: *Ao psiquiatra*. Revoltada, rasgou a receita e

saiu reclamando sobre a incompetência e insensibilidade do médico”.

Já é clássico o trabalho de Boltanski (1984) “As classes sociais e o corpo “no qual o autor analisa as diferenças de tratamento dos médicos em relação aos pacientes de diferentes classes fornecendo um numero menor de informações para os membros de classes populares com a justificativa de que estes não compreendem as informações devido ao baixo nível de escolaridade. No mesmo trabalho o autor também demonstra que independente da classe, contudo, a atitude dos médicos é, geralmente, de fornecer ordens para todos os tipos de pacientes, mesmo os mais esclarecidos, de modo a manter a sua autoridade quase sacerdotal, como denomina o autor. Mas na área da saúde publica esta atitude pode ser ainda mais prejudicial, por desfavorecer um processo educativo que, de certo modo, lhe é correlato.

Boltanski (1984) afirma que *“a atitude autoritária do medico frente aos membros das classes populares, sua reserva em fornecer-lhes aquela informação mínima, a única que lhes permitiria dar um sentido aos atos e às misteriosas prescrições do médico, nunca aparece tão claramente quanto no exercício da medicina preventiva “medicina da saúde”, que exige, no entanto, para se completar totalmente, uma estreita colaboração entre o médico encarregado de difundir as regras de higiene e aqueles que devem pô-las em prática. Assim, por exemplo, nas clinicas de lactentes freqüentadas essencialmente por membros das classes populares, aquilo que deveria ser transmitido em prioridade, ou seja, as razões e os conhecimentos que fundamentam e dão sentido às regras de criação ordenadas pelo médico, fica sempre implícito, enquanto o médico age como se a mãe fosse iniciada na lógica da higiene pasteuriana, ao pedir-lhe que ferva a mamadeira antes de cada refeição”*. Ou seja, o autor observa que o médico não instrui sobre as razões, quais sejam, o fato de existirem

microorganismos capazes de estarem instalados na mamadeira, que só mediante o ato de higienizar a mamadeira em água fervente seriam extintos, e caso esse procedimento não seja adequadamente realizado, pode implicar em infecções para o recém-nato. Esse exemplo retirado de Boltanski (1984) parece banal, mas veio a ser objeto de uma campanha de esclarecimento na França durante uma dada epidemia infantil.

Esses exemplos, um prático e os outros retirados de bibliografia específica, demonstram, em linhas gerais, as questões que norteiam o presente trabalho. A visão de que noções, conceitos e preconceitos prevalentes no meio social delimitam a prática do médico dando-lhes contorno, como escreve Pereira (2002) e que escapam ao campo meramente técnico, como os profissionais gostam de acreditar. E que por diversas vezes, na área de atenção oncoginecológica, podem acarretar sérias conseqüências para a saúde da mulher.

O nosso interesse emergiu da prática profissional, a partir da observação da freqüência em que a não adesão aos tratamentos, o não seguimento dos protocolos de rotina designados as pacientes, e ainda, os erros de diagnóstico, por vezes com conseqüências graves, no caso do câncer de colo de útero, podendo levar inclusive a óbito; os quais decorriam da não associação pelas mulheres entre a relação existente entre o exame ginecológico e a prevenção do câncer ginecológico, e entre a natureza desse tipo de neoplasia e existência de vírus sexualmente transmissível. Em razão de que essas características específicas estejam dissociadas, quando da descoberta de diagnósticos de infecções e de doença, com freqüência, as mulheres se queixavam e se queixam de não terem sido convenientemente informadas, e que teriam adotado outra atitude se esta informação tivesse ocorrido anteriormente. Supomos que além das campanhas de nível primário não explicitarem, por diversas razões, essas informações,

é, de qualquer modo, no nível secundário de assistência, ou seja, a própria consulta, que a prevenção e assistência se realizariam simultaneamente,”o que no caso da prevenção ao câncer ginecológico, é o adequado a ser feito. Assim, a questão levantada a partir dessas observações e hipóteses pode ser colocada nos termos de uma Psicologia Discursiva, em “qual o sentido tem para as mulheres a realização de consultas e exames ginecológicos de rotina?”.

Mediante essa abordagem de cunho qualitativo pretendemos colher dados que fornecessem subsídios para a compreensão do sentido que as mulheres portadoras atribuem a esse acontecimento em suas vidas. Aos mecanismos que as mulheres consideram contribuir aos seus processos de conhecimento e de melhor adesão. As dificuldades que atribuem aos seus processos de tratamentos em suas vivências de adoecimento. E as repercussões, em contrapartida, em suas vidas pessoais desse processo de adoecimento. A abordagem qualitativa é mais permeável a apreensão da forma ou do processo “como” ocorrem essas vivências subjetivas.

Para isso entrevistamos mulheres em sua maioria em fase de conhecimento inicial de diagnóstico portadoras de patologias precursoras de câncer ginecológico, em unidades assistências de grande médio porte, provenientes de diversos postos de saúde dos municípios do Rio de Janeiro e da Baixada Fluminense.

Consideramos que o presente trabalho seja relevante enquanto tema de estudo que se insere numa psicossociologia de grupos, bem como que seja pertinente como estudo sobre gênero, uma vez que aborda aspectos relacionados ao direito das mulheres em relação a informações que afetam diretamente a sua saúde e sexualidade.

Alguns temas que tangenciam o presente estudo foram desenvolvidos em capítulos subseqüentes por terem fornecido subsídio para análise das narrativas das

mulheres. Assim desenvolvemos um capítulo sobre o adoecimento abordando alguns temas relacionados ao adoecer, tais como: os aspectos psicossociais e de comunicação na relação médico (profissional) paciente, as características gerais do adoecimento por câncer de colo de útero, a especificidade do adoecimento de uma doença crônico-degenerativa como o câncer, o aspecto de ser o câncer de colo de útero uma doença sexualmente transmissível, a evolução e o estadiamento em câncer, o contexto sócio econômico, político e psicossocial relacionado ao gênero e as Dsts (doença sexualmente transmissível), as representações sobre o câncer, a iniquidade em saúde e gênero e o modelo biomédico, e o adoecer e a sexualidade.

Em seguida apresentamos um capítulo com temas relacionados aos modelos em sexualidade, as concepções sobre a mulher, sobre prevenção, e algumas posições de autores sobre o estudo de gênero e sexualidade. Estão estes temas intitulados: a medicalização do corpo feminino; sexualidade e gênero; as abordagens sobre a sexualidade e os limites e possibilidades para a compreensão da identidade das mulheres; as concepções psicanalíticas sobre a sexualidade e a feminilidade; a prevenção na esfera da sexualidade; e as relações entre gênero saber e poder. Neste último as perspectivas de Foucault e Joan Scott são apresentadas e também fundamentam a escolha do referencial da análise do discurso para a área de saúde, por permitir encampar a complexidade que envolve o trabalho e as pesquisas nessa área.

Complexidade aqui entendida nos termos de Vasconcelos (2002), adotando-se a preferência por enunciados temáticos ou problemáticos, mas do que hipóteses. Isto porque, os fenômenos na área de saúde são multidimensionais e por isso exigem certa “desconstrução“ das perspectivas estabelecidas, por serem atravessados por diversos aspectos: culturais, econômicos, educacionais, psicossociais.

Um terceiro capítulo refere-se à Metodologia no qual são apresentados: elementos teóricos da análise do discurso, as técnicas, o modelo da Psicologia Discursiva de Spink e Pinheiro (2000) e da escola espanhola (Iñiguez, 2004) que forneceram fundamentos para subsidiar a análise das narrativas das mulheres.

A quarta parte do trabalho refere-se a análise das narrativas das mulheres propriamente dita: com uma breve introdução, a apresentação das análises, uma discussão e a conclusão, com algumas formulações que pretendemos sejam úteis, inclusive, por adotar uma perspectiva da complexidade em saúde.

Ao final, em anexo, estão as transcrições das entrevistas realizadas com as mulheres. Incluímos, ainda, uma entrevista com uma médica coordenadora de um de um programa de um grande município da baixada, a qual não foi objeto de análise, apenas objetivou fornecer alguns elementos que corroboram algumas das queixas das mulheres conforme já havemos observado.

2 – ASPECTOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS AO ADOECIMENTO

2.1 – O adoecer

Adoecer, tornar-se doente ou enfermar segundo a semântica vem do latim “addolescer – de “dolensentis” – que significa mais do que apenas a ausência de sintomas desagradáveis.

As definições de “saúde e doença” variam entre indivíduos, grupos culturais e classes sociais. Na maioria dos casos, a saúde significa mais do que a ausência de sintomas desagradáveis.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) a define como “ um estado completo de bem estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. Esta definição ampla da OMS pretende contemplar três grandes aspectos relacionados ao binômio saúde/doença.

O primeiro diz respeito à importância de ser a saúde um estado completo de bem estar físico, mental e social. Deste ponto de vista, vários aspectos do bem-estar existencial devem estar integrados para que haja saúde.

Neste sentido, vários estudos têm demonstrado a importância de fatores individuais, culturais e sociais na percepção e no desenvolvimento da doença orgânica e da enfermidade. Os recortes metodológicos de classe, raça, etnia e gênero impõem variações consideráveis nos estudos sobre uma mesma patologia, ou mesmo sobre aspectos saudáveis do desenvolvimento normal. A menarca nas adolescentes e a menopausa nas mulheres adultas são exemplos de como a idade do início da reprodução pode variar em função das condições econômicas, da alimentação; e de como os

sintomas a essas associados na sociedade ocidental, não estão presentes, por exemplo, na sociedade oriental.

No caso do presente estudo, o recorte fundamental será o de gênero, por privilegiar uma patologia que atinge órgãos da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, e que decorre prioritariamente de infecção sexualmente transmissível, atingindo de modo ímpar a população feminina.

A saúde da população também está correlacionada a outros indicadores do desenvolvimento, tais como: escolaridade, nível de renda per capita e, também a crenças e tradições culturais, tais como: práticas sexuais e anticonceptivas. O meio ambiente e a ecologia social determinam sobremaneira a qualidade da saúde de uma dada população.

É, em decorrência de todos esses fatores, que a saúde não é apenas a ausência de doença. Pois não depende apenas dos modelos médico-assistenciais existentes ou não em uma dada localidade. Ou melhor, a saúde não deve ser restrita ao diagnóstico médico de existência ou não de doença. Deve ser promovida, e não somente pelos especialistas médicos, já que depende de fatores associados a outras esferas da vida social e a outros indicadores do desenvolvimento.

Assim, o meio ambiente e a ecologia social determinam a qualidade da saúde de uma dada população, pois se sabe que as modificações ambientais, tais como; exposição a agentes biológicos e virais estão associados a desenvolvimentos tumorais em geral, e ao câncer cervico-uterino, em particular.

Assim também (Helman,1994), do ponto de vista comportamental, as modificações na esfera da vida reprodutiva (número de gestações, idade de início da vida reprodutiva, prática de abortamento, ampliação do número de parceiros sexuais,

entre outros); decorrentes tanto da inserção da mulher no mercado de trabalho produtivo, como da introdução de consumo de medicamentos de natureza hormonal (entre os quais a pílula anticoncepcional), vêm acarretando transformações biológicas direta ou indiretamente associadas ao desenvolvimento de tumores em mulheres adultas.

A definição da OMS por fim contempla a amplitude diferencial entre as noções de doença (*illness*) e de enfermidade (*disease*). Enquanto a enfermidade (2) diz respeito a entidade patológica que o órgão tem; a doença se refere ao que o homem ou a mulher têm. A enfermidade diz respeito à visão médica (*disease*), a doença (*illness*) a visão leiga dos problemas de saúde. Existem várias concepções sobre a doença/enfermidade – de ordem médica, filosófica, antropológica, social. Em nível individual, o processo de autodefinição como doente pode ser baseado nas percepções de cada um, nas percepções de outros, ou em ambas.

Existem várias concepções sobre a enfermidade (*disease*), pois o modelo médico também não é homogêneo. Cada médico ou disciplina médica possui um repertório de modelos interpretativos – bioquímico, imunológico, viral, genético, ambiental, sistêmico, psicodinâmico e até de interação familiar. Alguns casos diferem bastante uns dos outros, e em algumas áreas os modelos são múltiplos e até contraditórios, de acordo com o referencial técnico ou profissional.

Em linhas gerais as premissas básicas do modelo médico são: a racionalidade científica, a ênfase sobre a mensuração objetiva e numérica, a ênfase nos dados psicoquímicos, o dualismo mente corpo, a visão da enfermidade (*disease*) como entidade, e a ênfase no paciente individual, não na família ou na comunidade.

Os modelos médicos e leigos podem diferir muito na maneira de interpretar um episódio de doença (*illness*) especialmente na etiologia, diagnóstico e

tratamento adequado. Distintas também são as concepções de saúde e doença, além da compreensão das causas que provocam a mudança de um estado a outro.

Assim em nível individual, o processo de auto-definição como doente pode ser baseado nas percepções de cada um, nas percepções de outros, ou em ambas.

Definir-se como doente implica, normalmente, uma série de experiências subjetivas, a saber: percepção de mudanças na aparência corporal – perda de peso, mudanças na cor da pele, queda de cabelo, caroços, feridas; mudanças nas funções orgânicas regulares – frequência urinária, menstruação abundante, ritmo cardíaco irregular; emissões orgânicas incomuns – sangue na urina, no escarro ou nas fezes; mudanças no funcionamento de um membro – paralisia, falta de coordenação motora ou tremor; mudanças nos cinco sentidos – surdez, cegueira, perda das sensações de cheiro e gosto; sintomas físicos desagradáveis – dor de cabeça, dor abdominal, febre ou calafrio; estados emocionais exagerados ou incomuns – ansiedade, depressão, pesadelos ou medos exagerados; mudanças de comportamento em relação a outras pessoas – problemas no casamento ou no trabalho.

Tomando-se por base as diferentes possibilidades de explicações no modelo médico, por exemplo, na psiquiatria, cujo modelo está mais próximo da Psicologia como disciplina, os modelos são múltiplos e podem ser até contraditórios, de acordo com o referencial do profissional: O modelo orgânico que enfatiza as mudanças físicas e bioquímicas do cérebro; o modelo psicodinâmico, que se concentra nos fatores do desenvolvimento e da experiência; o modelo comportamental que enfatiza as contingências ambientais; o modelo social que enfoca os transtornos com relação ao desempenho do papel social.

Kleinmamm, propôs um modelo explicativo útil de considerar o processo

no qual a doença (*illness*) é padronizada, interpretada e tratada; denominado pó ele, de modelo explicativo (ME). Definido como o conjunto de idéias de todos os envolvidos no processo clínico sobre um episódio de doença ou de seu tratamento. Os MEs são sustentados pelos pacientes sobre a doença e o tratamento para orientar as escolhas entre as terapias e os terapeutas disponíveis, assim como para elaborar os significados pessoal e social da experiência da doença. Esses modelos são construídos como resposta a um episódio particular de doença (*illness*) não são idênticos às crenças sustentadas e generalizadas pela sociedade sobre as doenças. Esses modelos explicam cinco aspectos das doenças: a etiologia da doença, a duração e as características do início dos sintomas, os processos fisiopatológicos envolvidos, a história natural e a severidade da doença, os tratamentos indicados para a condição.

Os modelos médicos e leigos podem diferir muito na maneira de interpretar um episódio de doença (*illness*) especialmente na etiologia, diagnóstico e tratamento adequado. Distintas também são as concepções de saúde e doença, além das causas que provocam a mudança de um estado a outro.

A perspectiva da enfermidade (*disease*) da medicina moderna enfatiza dados quantificáveis, podendo assim ignorar as várias dimensões dos significados – psicológico, moral ou social – característicos da perspectiva das doenças (*illness*) do paciente e daqueles que o cercam.

Determinados estados emocionais do paciente, tais como culpa, vergonha, remorso ou medo, podem ser desconsiderados pelo médico, o qual concentra exclusivamente no diagnóstico e no tratamento da disfunção física.

A importância conceitual da diferença entre enfermidade e doença pode ser constatada em situações como aquelas nas quais ocorrem enfermidades sem doença

e vice-versa, doença sem enfermidade.

No primeiro caso a medicina com ênfase na utilização da tecnologia diagnóstica pode constatar anormalidades físicas, em geral (por exemplo, a nível celular ou químico), sem que o paciente se sinta doente. Exemplos disso a hipertensão, o colesterol alto no sangue, o carcinoma in situ cervical ou infecção por HPV ou a infecção por HIV, que podem ser descobertos em exames médicos de rotina. Os pacientes assintomáticos podem não fazer o controle de rotina ou se recusar a seguir um tratamento no caso da constatação de uma anormalidade por “não se sentirem mal”. Isto pode explicar, muitos casos de não adesão a medicação prescritas, de não manutenção de exames periódicos de controle, como nos casos em que o paciente interrompe o uso de antibióticos após dois ou três dias de uso por não se sentirem mais doentes, ou quando não retornam para controle de carcinoma in situ.

O contrário, doença (*illness*) sem enfermidade (*disease*) ocorre quando o paciente acha que “algo está errado” em sua vida – física, emocional, ou socialmente - mas, apesar de seu estado subjetivo, o médico considera, após exame físico, que “não há nada de errado” com o paciente. Contudo, em muitos casos, o mal-estar e a insatisfação persistem. Estão incluídas nesta categoria as diversas emoções físicas desagradáveis, para as quais não se encontram causas físicas. A maioria delas é provocada pelo estresse da vida diária, por vários distúrbios psicossomáticos (cólon irritado, torcicolo espasmódico, etc...).

A importância de se compreender as diferenças de perspectivas médicas e leigas dos problemas de saúde, é necessária à pesquisa de natureza psicossocial porque estas estão presentes nas demandas de atenção psicológica em oncologia, e porque à comunicação no ato clínico de qualquer profissional em saúde está permeada pelos

diferentes discursos e representações. E ainda, porque, enfermidades graves e de risco como câncer e AIDS são doenças populares, não somente no sentido devido a dados epidemiológicos como os de alta incidência e prevalência na população; mas também por terem se transformado em metáforas sociais de processos de adoecimento, e serem portadoras de fortes tabus e estigmas morais e sociais. (Sontag, 1984).

Mesmo as enfermidades graves e de risco podem se tornar doenças populares, como câncer ou a AIDS.

Sontag (1984) descreveu como, historicamente, determinadas moléstias graves – especialmente aquelas cujas origens não são compreendidas e cujo tratamento não é muito bem sucedido – tornaram-se metáforas para tudo que não fosse natural, considerado social e moralmente errado na sociedade.

Na Idade Média, as doenças epidêmicas – como a peste – eram metáforas para a desordem social e o colapso das ordens religiosa e moral. Nos últimos dois séculos, a sífilis, a tuberculose e o câncer foram usados como as novas versões das metáforas do mal. Já no século XX, o câncer, particularmente, passou a ser (nos meios de comunicação, no discurso literário e popular) como uma espécie de poder maligno caótico e irrestrito, exclusivo do mundo moderno, composto de células “primitivas”, “atávicas”, “caóticas” e “energéticas”, que se comportam de forma “descontrolada”, que sempre destroem a ordem do corpo (e da sociedade). De acordo com Sontag um dos resultados desse modelo moralista do câncer são as idéias sustentadas por muitas de suas vítimas, para as quais a doença é, freqüentemente, experimentada como uma forma de possessão demoníaca – os tumores são “malignos” ou “benignos” como forças – e por isso, muitos pacientes, aterrorizados, dispõem-se a procurar curandeiros religiosos para serem exorcizados. Também nos meios de comunicação, crimes, abuso de drogas,

greves, imigração e até discordâncias políticas são descritas como “um câncer”, uma força demoníaca que destrói, gradualmente, o tecido social.

As metáforas dos problemas de saúde – como as do câncer – uma condição que pode ser grave – trazem consigo uma série de associações simbólicas, que podem afetar profundamente como as vítimas percebem a sua doença e o comportamento de outras pessoas em relação a elas. O estigma associado ao câncer pode levar pessoas a evitar a pessoa doente, privando a mesma de apoio social. Pesquisas sobre câncer de mama mostram que após tratamentos realizados, a maioria das mulheres percebe diferença na forma como são tratadas, após conhecerem o diagnóstico. Outra grande parte se sente evitada, temida ou vítima de compaixão; e só uma pequena minoria sente-se mais bem tratada.

A pessoa doente passa a ser objeto de todo tipo de projeção social. O limite entre a solidariedade e o uso culpabilizador é tênue.

Portanto, a distinção entre a perspectiva da enfermidade do médico e da doença do sujeito acometido é necessária para que se de conta de tantas variáveis não médicas presentes em um problema de saúde. A doença é, assim, a resposta subjetiva do paciente, e de todos que o cercam ao seu mal particular. O adoecer é um processo social que envolve outras pessoas além do paciente. A cooperação dos outros é necessária para que a pessoa adote os direitos e benefícios da pessoa doente – ou seja, para que adote o papel socialmente aceito de “pessoa doente”.

2.2 – Aspectos Psicológicos relacionados a doenças crônicas

A pessoa que adoecer vivencia um processo ou experiência

potencialmente fragilizadora. Existe um eu, “self”, que vivencia, age, sobre e confere sentido ao mundo. Compartilhando processos de subjetivação uns com outros mediante os quais construímos nossa subjetividade e identidade. Quando se sofre uma experiência que nos dificulta ou impede de recriarmos nosso eu no mundo falamos em crise e conflito de identidade. A identidade é a rotina – e o conflito ou crise – a exigência de mudança ou adaptação. O conflito refere-se mais a coexistência de motivações internas contraditórias e a crise a um movimento de entrega ou rendição. Induz a percepção de fragilização, padecimento, fase carregada de sofrimento, dor ou perda. Uma etapa depressiva, momento de vulnerabilidade do eu exigindo medidas de contenção, por vezes, externas ao indivíduo.

Pensar o adoecimento como crise de identidade é reconhecer neste processo a possibilidade de desestruturação do ego, dificuldades de adaptação a tratamentos e a novas condições existenciais, choques com a auto-imagem corporal, crise de valores, mudanças de hábitos, da condição do exercício profissional, do poder sócio econômico, nas redes de relações sociais e familiares de apoio, existentes ou não.

As respostas construídas pela pessoa doente à crise instalada pela doença e suas lesões ou seqüelas depende das defesas e recursos internos bem como da rede de apoio. Dois indivíduos com o mesmo grau de adoecimento e/ou lesão podem alcançar resultados plenamente diferentes.

Por essa razão deve-se considerar a multifatorialidade dos elementos biográficos da pessoa que vai responder a situação atual. A doença, quando ocorre, passa a ser vivenciada, incorporada e elaborada em função desta biografia, constituindo-se ela mesma num novo dado biográfico que participa do processo de adaptação e desenvolvimento do indivíduo.

A lesão psicológica (perdas/lutos) que a doença e suas seqüelas introduzem é significativa em si mesma, mas somente pode ser compreendido o modo pelo qual este dado é incorporado pelo indivíduo, a fim de reorientá-lo em seu processo, se considerarmos os dados biográficos do indivíduo doente em sua multifatorialidade.

Dentre esses dados, deve-se considerar: A história da doença – descoberta do diagnóstico, trauma, vivência de fatalidade, serviços recebidos; a forma como a pessoa elaborou situações primárias (e se traumáticas), as vivências de perda no desenvolvimento das relações objetivas; os recursos egóicos mobilizados – quanto mais as funções do ego estiverem preservadas, mais adequadamente a pessoa poderá lidar com a realidade, contando com recursos que favorecerão a reconstrução das partes lesadas do ego, em função das perdas sofridas (psicopatologia); os significados que a doença e a lesão adquire para a pessoa particular (formas de reação, negação, valores, atitudes); a forma como a pessoa estabelece um relacionamento com seu corpo (auto-imagem, sexualidade); a influência do meio social, respostas do grupo familiar, da equipe de profissionais, da comunidade (condições sócio-econômicas, preconceitos sociais, dependências, limites, questões relativas à sobrevivência); o nível social (educacional e de informação, valores, preceitos religiosos); as representações sobre a doença; as representações sobre a morte e o morrer.

Em linhas gerais, sabe-se que o anúncio do diagnóstico pode levar a diferentes tipos de reação, etapas observadas tanto no doente quanto em sua família em cada fase de mudança estrutural de diagnóstico ou tratamento (Dousset, 1999).

Este calendário emocional se desenvolve aproximadamente assim: o choque, o medo, a negação, a incredulidade, a cólera, o erro, a culpa, o isolamento, o recolhimento em si mesmo, a transação, a adaptação, a depressão, a integração ou o

enfretamento.

Sabe-se ainda que fatores psicológicos podem atuar tanto como coadjuvantes quanto como predisponentes ao adoecimento.

As teorias psicológicas do stress buscam focar os processos de vivência da doença (comunicação/conhecimento do diagnóstico), convivência com a doença e dificuldades do tratamento, reestruturação do ego e da identidade nos casos de readaptação funcional em decorrência de seqüelas.

Atenção e assistência psicológica podem estar presentes em quaisquer dos níveis de atenção ao doente – da prevenção até os cuidados paliativos.

As formas de intervenção se definem a partir de rotinas hospitalares, protocolo de tratamento, recortes institucionais, demanda populacional e interesse teórico-técnico do profissional. Estão voltadas tanto para o paciente, para sua família, quanto, eventualmente, para a equipe.

Essas práticas tanto podem ser de natureza educativa/pedagógica, profilática, ou terapêutica e também podem estar presentes em qualquer fase do tratamento do paciente. Sendo que, evidentemente, quanto mais complexo torna-se o tratamento, maior o número de variáveis que podem intervir no processo como um todo.

Assim, mesmo no caso das patologias precursoras de câncer de colo de útero, que não são propriamente doenças instaladas, mas infecções passíveis de tornarem-se patologias, a mulher será afetada, inicialmente, pela notícia diagnóstica e depois pelas intervenções em seu corpo, na esfera da sexualidade.

No caso das patologias instaladas e/ou em desenvolvimento as disfunções tendem a ser maiores e mais freqüentes.

Segundo Pirl (1999), a disfunção sexual é uma complicação freqüente do

câncer e de seu tratamento. Para o *National Cancer Institute* - USA (2004), considerado todos os sítios do câncer, podemos esperar o aparecimento de disfunção sexual em 40% a 100% dos indivíduos portadores após o diagnóstico e tratamento específico.

O câncer e o seu tratamento específico afetam as mesmas áreas que determinam a resposta sexual: o corpo, a mente e a relação entre eles. (Auchincloss, 2000).

Muitos aspectos do câncer e seu tratamento podem conduzir à disfunção sexual: cirurgia pela perda de órgãos, lesões neurológicas, ou perda da estética corporal; radioterapia; quimioterapia e outras drogas; debilidade crônica; comorbidades psiquiátricas tais como a depressão e a ansiedade. Pelo fato, de mais de um destes fatores poderem estar presentes, torna-se difícil identificar a causa da disfunção sexual.

A mulher em qualquer idade pode associar a perda dos órgãos genitais à perda da feminilidade.

As mulheres portadoras de câncer ginecológico em 50% dos casos manifestam disfunção sexual. A resposta sexual pode estar comprometida de várias maneiras, e as causas podem ser físicas ou psíquicas. Os problemas sexuais mais comumente encontrados nelas são: diminuição do desejo sexual, dispaurenia, mudanças nas sensações genitais e diminuição do orgasmo.

A diferença entre a disfunção sexual, para muitos outros efeitos secundários fisiológicos, após o tratamento do câncer, é que ela não tende a regredir nos dois primeiros anos de sobrevida.

Com a melhora do prognóstico de vida para o câncer, surge uma nova questão relacionada à doença que é a qualidade de vida após o tratamento. Assim começa a emergir uma incidência e prevalência de disfunção sexual em homens,

mulheres e em seus parceiros sexuais (Dobkin e Bradley, 1991).

Durante algum tempo, a maioria das pessoas partia do pressuposto que o portador de câncer não podia ter desejos ou necessidades sexuais, o que felizmente hoje é visto como um equívoco e uma maior atenção tem sido dada a essa área.

A dor pélvica, a estenose e fibrose vaginais podem determinar disfunção sexual por um longo período. Os lubrificantes vaginais hidrossolúveis e posições mais favoráveis para o coito devem ser recomendados, bem como para prevenir a estenose vaginal o uso de dilatares vaginais e a manutenção sempre que possível da atividade sexual.

A cirurgia e a radioterapia podem causar danos aos nervos sacros, proporcionando alterações na percepção sensorial refinada dos tecidos na região genital, alterando as sensações e a resposta sexual.

As alterações morfológicas e funcionais produzidas pelo tratamento oncológico específico atingem freqüentemente o psiquismo da paciente, dificultando a resolução destas disfunções sexuais.

De acordo com Gonçalves, W. (2004) as mulheres com carcinoma cervical de células escamosas com freqüência falam ou ouvem falar, que este tipo de câncer está relacionado com doenças sexualmente transmitidas, notadamente daquela ocasionada pelo vírus do papiloma humano (Southern e Herrington, 1998). Podem surgir sentimentos de culpa sobre a atividade sexual do passado, ou a preocupação sobre eventual dano causado ao companheiro sexual, como a possibilidade de transmitir a neoplasia maligna para ele, assim esses temas devem ser obrigatoriamente abordados e esclarecidos com essas pacientes (Schover, Fife e Gershenson, 1989).

Nas portadoras de câncer do colo do útero, o problema de disfunção

sexual aumentará numa relação direta com a faixa etária mais jovem. Aspectos psicológicos como a somatização, a ansiedade e muitos sintomas podem ser atribuídos a ocorrência de câncer. Os parceiros podem apresentar má adaptação sexual por ignorância, ao acreditarem que o tratamento do outro pode produzir-lhe algum malefício, que podem contrair câncer, ou por ter de aceitar alterações e limitações da parceira.

Sempre que surge uma doença que possa afetar a relação sexual, mesmo uma lesão precursora, é importante avaliar como era antes do diagnóstico. O câncer muda o papel do indivíduo na sua família. Para as mulheres solteiras pode ser difícil contar ao novo companheiro sobre um câncer ou mesmo uma lesão, não havendo regras para essa comunicação. Contudo não há razão para o término da vida sexual qualquer quer seja a preferência do indivíduo em um relacionamento. A comunicação é sempre necessária para um relacionamento saudável.

2.3 – Aspectos Psicossociais e de Comunicação na Relação Médico (Profissional)

Paciente

O período do pós-guerra tem sido identificado como o momento pivô relativo da moderna transformação da medicina. A descoberta de novas drogas e o rápido crescimento da tecnologia revolucionaram o cuidado médico. Contudo a importância dessas descobertas não foi só na prescrição de drogas específicas e no impacto ao definir os paradigmas molecular e bioquímico tão centrais na medicina. A revolução das drogas colocou a medicina em um novo e complexo mundo das ciências de quimioterapia orientada as quais demandam sempre refinado treinamento médico e

especialização. Conseqüentemente, o modelo biomédico da doença e o foco médico no trabalho interno com a bioquímica do paciente, suplantaram a abertura da visão sobre o paciente e de sua enfermidade. Quase em seguida, a deficiência do modelo biomédico na relação médico paciente tornou-se aparente. A perda da perspectiva do paciente, e da verdadeira pessoa do paciente, veio a caracterizar o pior da alta tecnologia médica. Em lugar algum o extremo do modelo biomédico é mais evidente do que no tratamento de pacientes oncológicos com a evolução da tecnologia de intervenção e simultâneo declínio do cuidado centrado no paciente.

A incorporação da perspectiva do paciente no sistema médico não é simplesmente um retorno ao relacionamento de épocas anteriores. Assim como apontado por Wilson e Clearly (1998), a alternativa centrada no paciente do modelo biomédico incorporou o paradigma da qualidade de vida, focando-se nos complexos comportamentos e sentimentos os quais refletem dimensões do funcionamento e o seu total bem-estar. Contudo, as bases da antropologia e da psicologia, necessárias a atenção centrada no paciente ainda parecem ser estranhas para os médicos, tanto quanto a biomedicina é para o paciente.

Os pacientes precisam da ajuda de seus médicos para a definição de seus objetivos médicos, ativamente participante no manejo e considerações do tratamento, e crescimento da confiança nos julgamentos olhando seu funcionamento e bem estar.

O comportamento emocional dos pacientes com câncer é uma das primeiras áreas de dificuldade de comunicação que segundo estudos emergem nos cursos de treinamento de estudantes médicos. O mesmo se observa em relação aos demais profissionais e estudantes de saúde, inclusive, entre os psicólogos.

Há estudos que demonstram que cerca de 25 a 30% dos pacientes com

diagnóstico confirmado de câncer tem experiências de ansiedade e depressão significativamente severas para requererem intervenção psicológica, sejam os fatores psicológicos coadjuvantes ou predisponentes. Muitos estudos também mostram que os médicos falham em reconhecer essas dificuldades nos pacientes. O pobre reconhecimento do estado emocional do paciente, dentre outras dificuldades de empatia e comunicação pode estar associado à falta de conhecimento formal, sugerem alguns estudos. Em razão do que muitos profissionais desenvolvem um atendimento frio, com estilo indiferente de comunicação. Esta indiferença parece servir para prover alguma proteção emocional, contudo mais ilusória do que real, já que muitos profissionais, principalmente os que lidam diretamente com doenças como câncer estão sujeitos a muito estresse e síndrome de *burn-out* ou síndrome do queimado. É mediante a comunicação com os pacientes que se estabelece o tipo de relação terapêutica necessária ao bom curso do tratamento, que é objeto de satisfação dos profissionais e dos pacientes em geral.

As conseqüências da comunicação centrada no paciente são convincentes nos resultados obtidos com os pacientes. A comunicação é não apenas uma habilidade necessária a consulta clínica, é ela mesma um ato clínico, por isso capaz de produzir conseqüências ou determinar o curso dos tratamentos. Stewart (1999) em uma revisão compreensiva recente das intervenções comunicacionais na relação médico paciente achou fortes evidências ligando elementos da comunicação com o paciente com a variedade de resultados em saúde, incluindo saúde emocional, resolução de sintomas, funcionamento fisiológico e até controle da dor. A revisão do autor foi organizada em torno da visita médica distinguindo dado examinando a história, a discussão e manejo de planejamento e apresentação e informação diagnóstica.

Muitos dos estudos revistos pelo autor, especialmente, objetivando pacientes oncológicos ligaram aspectos acentuados da comunicação e informação pronta para melhorar diagnósticos. O mais notável dentre esses, é o estudo da intervenção desenhado para afetar a comunicação entre paciente e médico conduzido por Kaplan. Em provas separadas o autor realizou estudos com diversos grupos de pacientes crônicos (diabéticos, hipertensos, portadores de úlcera e de câncer de mama). Os pacientes foram treinados nos métodos desenhados pelo autor do estudo para melhorar suas participações nas decisões clínicas, utilizando medidas de controle e estatísticas. Os pacientes foram encorajados a focar de saída que aspectos de seu estilo de vida poderiam afetar em seus tratamentos (dosagem de remédio, dietas, exercícios, etc.) e quais poderiam ser negociados com seus médicos. As habilidades comunicacionais de negociação foram ensaiadas com os pacientes de acordo com um script estandardizado, e os pacientes foram encorajados a questionar os médicos. Ensaídos em técnicas simples de comunicação para superar obstáculos de negociação, tais como: impedimentos, esquecimentos, intimidações. Após o que prosseguiram para consultas médicas. A pesquisa categorizou a comunicação baseando-se de qualquer modo na intenção de controlar o comportamento comunicativo – emoções positivas ou negativas. A intervenção teve impactos significativos, subseqüentemente para todos os grupos de pacientes.

Os autores concluíram que o maior controle dos pacientes sobre a comunicação e a expressão de sentimentos negativos de ambas partes, pacientes e médicos, foi o aspecto relevante. Os autores sugeriram que esses aspectos refletem a fricção na saúde ou tensão de papéis entre médicos e pacientes. Nesta mesma linha, constatou-se que atitudes mais assertivas dos pacientes através de uma informação mais

efetiva procurando expressar inclusive discordâncias transformou o monólogo de dominação em diálogo com troca efetiva, com os pacientes tendo papel mais ativo e de balizamento. Uma outra linha de estudos mostrou que expressões de frustração e irritação dos médicos por seus pacientes não estarem de alguma forma progredindo, teve efeito positivo, por ter sido interpretado pelos pacientes como expressão de cuidado da parte do médico. Outros mostraram, que a expressão de ansiedade e raiva dos médicos por razões semelhantes tornam seus pacientes mais cúmplices e satisfeitos. O mecanismo efetivo aqui é a atribuição de maior concentração e sinceridade do profissional que estaria emocionalmente engajado. Isto tendo um efeito melhor do que aquele que parece neutro.

Nos estudos específicos sobre câncer, também a indiferença tem efeito negativo, e a informação reduz ansiedade e depressão. Evidente que há pessoas diferentes, alguns querem mais autonomia outros mais direção, mas todos querem opções e razões para as recomendações sobre o tratamento explicando quais as opções de assistência e suportes relacionados àquela escolha, e auxílio para cumprir as determinações médicas.

Para alguns pacientes a confiança vem com a informação sobre a sua condição. Há estudos que mostram que os informados se ajustam melhor que os demais e fazem observações sobre a queixa do sentimento de não ter sido dito suficiente. Isto sendo atribuído não a falta de franqueza do médico, mas pela necessidade de confirmação médica sustentada no interesse pelos sintomas, ou suporte, e confirmação da validade de que o está sendo dito corresponde aquilo que o profissional pensa e faz. As pesquisas mostram que os pacientes atribuem motivação positiva aos médicos que são informativos. Pois a disponibilidade para informar mostra interesse, dedicação,

cuidado, assim como os médicos também atribuem características positivas aos que perguntam, embora critiquem também os querelantes, que perguntam demais.

Já no caso de más notícias quando de doenças avançadas os pacientes tendem a perguntar pouco e a demanda é por atenção sendo recomendado cuidado ao ajuste psicológico e social do paciente.

As análises dessas pesquisas levam a concluir que três dimensões da comunicação são relevantes: informação, sensibilidade para a relação interpessoal, e construção de parceria. E que estão associadas à satisfação, cumplicidade e lembrança da informação médica. Esses aspectos da comunicação aparecem tanto para os pacientes de câncer quanto para os demais.

Autores como Watzlawick (1967) já apontaram há anos para o fato de ser impossível não comunicar. Isto por considerarem a comunicação, mesmo o silêncio, como sendo comportamento. Assim, como toda comunicação é comportamento, não existe um não comportamento, ou uma não comunicação. Atividade, inatividade, silêncio, palavras, tudo é comunicação. E, por conseguinte, imprime comportamento no outro.

O autor distingue o uso terminológico que se faz de comunicação em sentido genérico, de um sentido específico da comunicação como unidade de comportamento. Neste sentido, a comunicação define uma relação, pois ao se expressar um relato, ou uma ordem; a comunicação define uma relação, ou seja, possui: um aspecto pragmático, uma meta, um aspecto relacional, uma interação enquanto troca. Existindo diversos padrões de interação ou troca. E, isto tanto no aspecto verbal, quanto no não verbal.

Autores, como Wittgenstein (2002), primeiramente, e Searle (2002)

posteriormente, já haviam estabelecido que a linguagem se esclarece através da ação. Austin, seguindo o mesmo percurso elaborou a teoria dos atos da fala. Para ele, a função da linguagem não é descrever reflexivamente o mundo, mas comunicar E comunicar se refere a agir. Austin (2002) se interessa pelos proferimentos, que são os atos de emissão de frases realizados pelos falantes para ouvintes em situações concretas. Aqui já presente a teoria dos atos da fala em que dizer é fazer.

Para esse autor os proferimentos ou atos da fala podem ser constataivos ou performativos. Os constataivos descrevem situações, por exemplo, a expressão – “chove”. Os performativos realizam ações, explícitas ou implicitamente – promessas, batismo, ameaças, ordem implícita (não fume). As circunstâncias indicam o objetivo final da ação – volto amanhã, por exemplo, pode indicar um retorno ou uma ameaça.

Em sua segunda teoria Austin desenvolve o que denomina teoria das forças ilocucionárias ou atos da fala, visando estabelecer melhor as nuances da teoria anterior. A teoria das forças ilocucionárias indica que existem três tipos de atos da fala (ou na fala): as locuções, as ilocuções e as perlocuções.

O primeiro ato é a locução, o ato de dizer algo, que em Searle correspondia ao ato proposicional, e independe de ser verdadeiro ou falso. Estes se constituem por aspectos: fonéticos – emissão de fonemas, fáticos – palavras em ordem gramatical, réticos – produzindo sentido. Sendo as circunstâncias que designam o sentido, tornam os atos significativos.

O segundo ato é a ilocução que é o ato de realizar algo. Como foi dito, volto amanhã possui vários possíveis significados: informar, ameaçar, prometer.

O terceiro ato é o perlocutório. É o que é realizado pelo que é dito. Corresponde ao efeito do ato ilocutório sobre os sentimentos, pensamentos e ações das

peessoas. O efeito, por exemplo, do entendimento de ameaça, que seria o de se sentir ou perceber intimidado.

Estes elementos da teoria de Austin e Searle são úteis para se utilizar como referências teóricas de suporte para a compreensão e discussão das dificuldades já observadas empiricamente e descritivas em diversos autores em relação à informação/comunicação diagnóstica com os pacientes. Sendo que, pode-se com essa escolha vislumbrar o impacto ou efeito do que é dito não somente em relação aos sentimentos, mas o efeito perlocutório sobre as ações de desconhecimento ou desorientação durante este processo, que ao que parece, produz efeitos de maior gravidade.

Por fim, a escola pragmática da análise do discurso pode fornecer modelos de análise visando à apreensão das formações discursivas e ideológicas que remetem as condições sócias de produção desses discursos.

3 – CARACTERÍSTICAS GERAIS E REPRESENTAÇÕES DO ADOECIMENTO POR CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

O câncer de uma maneira geral se caracteriza como um processo no qual desaparece progressivamente a relação entre forma e função das células e, conseqüentemente, a viabilidade metabólica dos tecidos, necessária à preservação da vida. Embora verificado em outros seres vivos e registrado de diversas maneiras na história humana, o câncer como fenômeno de saúde pública, atingindo contingentes populacionais cada vez maiores – é relativamente recente. Com as modificações ambientais originadas e aceleradas desde a Revolução Industrial, diversificaram-se as oportunidades de exposição a diversos agentes químicos, físicos e biológicos (pesticidas, radiação, vírus diversos) associados ao desenvolvimento tumoral.

Do ponto de vista comportamental, as modificações na esfera da vida reprodutiva (numero de gestações, idade de início da vida reprodutiva, duração do aleitamento materno, prática de abortamento, ampliação do número de parceiros sexuais, (entre outros) decorrentes tanto da inserção da mulher no mercado de trabalho produtivo como da introdução de consumo de medicamentos de natureza hormonal (entre os quais a pílula anticoncepcional) vêm acarretando transformações biológicas direta ou indiretamente associadas ao desenvolvimento de tumores em mulheres adultas.

Este fenômeno é particularmente notável, segundo Koifmann (1999), em relação à pílula anticoncepcional: em uma análise objetiva, isenta de juízos de valor, constata-se que embora a pílula não esteja associada diretamente à maioria dos tumores reprodutivos, seu consumo permitiu a ampliação da vida sexual da mulher, e com esta, as oportunidades de infecção por agentes virais (herpesvírus, papillomavírus) associados

ao câncer de colo de útero e outros.

Acredita-se que o câncer de colo uterino se desenvolve a partir de processo como aqueles desencadeados por certos agentes virais como o papillomavirus, facilitados pela ação hormonal dos anticoncepcionais orais e do fumo. Desta maneira, a precocidade da vida sexual da mulher, assim como o número de parceiros e a paridade elevada, parecem atuar como indicadores de grupos de risco mais elevado para o desenvolvimento do câncer de colo uterino; outros fatores, ainda, são iniciação sexual precoce, tabagismo, múltiplos parceiros sexuais, baixo nível socioeconômico. Por outro lado, o câncer de colo de útero é raramente observado e desenvolvido em mulheres nulíparas ou sexualmente inativas.

Embora o conjunto de mecanismos envolvidos no processo de evolução da doença não seja ainda conhecido em detalhe, algumas etapas antecedentes o são. Assim, mediante a realização de um exame laboratorial pouco custoso (teste de Papanicolau), são obtidas amostras de células da região do colo, o que permite a identificação quer de displasias, quer do chamado carcinoma *in situ*, ou seja, do câncer em sua forma localizada e restrita ao colo do útero, quando é possível sua extirpação cirúrgica e, a cura. Caso tal não ocorra, o tumor se expande para o estágio de carcinoma invasivo e não controlável. Como a incidência do carcinoma *in situ* é predominante em mulheres menores de 35 anos, e o câncer invasivo em mulheres de maior idade, se acredita que haja um lento processo de evolução para os estágios mais avançados da doença. Por isso, do ponto de vista científico, o controle do câncer de colo uterino invasivo é factível em termos populacionais, por intermédio do rastreamento periódico de alterações citopatológicas realizadas com o teste de Papanicolau em mulheres em idade reprodutiva. De modo que a sobrevivência após cinco anos do diagnóstico do

carcinoma *in situ* pode alcançar a cifra ao redor de 100% dos casos.

O câncer na verdade representa um conjunto de mais de 100 doenças e patologias que têm em comum um processo de crescimento desordenado (maligno) de células anormais de diferentes partes do organismo.

Segundo Mayol (1989) qualquer tipo de proliferação anormal de células desordenada e rápida é câncer. este diferencia-se do tecido de origem, ultrapassando seus limites e disseminando-se, primeiro, pelas estruturas vizinhas e depois, pelo resto do organismo. Para o autor o câncer não é uma doença local, mas sistêmica. Isso porque dependem de fatores diversos, fatores ambientais associados a uma falha genética. Ou seja, ocorre uma falha do sistema imunológico em algum momento da sua programação, associada ao stress do organismo decorrente de fatores ambientais, tais como: má alimentação, radiação, etc... Esses fatores podem atuar como predisponentes ou estarem associados uns aos outros. O câncer decorre também da ação de agentes virais: os oncovírus que são suscetíveis a influência de fenômenos de estresses e a fatores psicológicos vários, quer nos seus desenvolvimento quer na sua evolução, quer na direção de um curso mais benigno.

O câncer de colo de útero foi considerado durante muitos anos como um estigma social das mulheres de classes sócio menos favorecidas. Essa noção passou a ser vista como estigma desde de que, a partir de 1976, com as primeiras evidências de associação entre HPV e o câncer de colo de útero, se constatou ser este o responsável pelas alterações manifestadas em condilomas e nas displasias cervicais. A abordagem atual mais efetiva ainda é o rastreamento através do exame preventivo.

O câncer cervico-uterino é um dos tipos de câncer ginecológico que atinge em grande escala as mulheres no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde.

No entanto, a dor e os tratamentos mais invasivos são passíveis de serem evitados, desde que o diagnóstico e o tratamento das lesões precursoras sejam realizados precocemente, de modo que possam ser tratadas e curadas quando essas lesões invasoras forem ainda bem iniciais. Isso pode ser detectado através de exames preventivos de rotina (colpocitopatologia ou papanicolau).

De acordo com Brenna (2001) um marco histórico importante no conhecimento do câncer de colo de uterino foi o estudo de Papanicolau & Traut (1943), que mostrou ser possível detectar células neoplásicas mediante o esfregaço vaginal. Assim, o exame Papanicolau passou a ser utilizado por diversos países para rastreamento populacional, na detecção precoce do câncer de colo uterino. É fato que a lenta evolução deste câncer possibilita o seu diagnóstico na fase intra-epitelial (não invasiva) em mulheres assintomáticas, quando o tratamento é de baixo custo e tem elevado percentual de cura.

Ao contrário disso, os tratamentos radicais ou muito invasivos, tais como, as cirurgias de castração, radioterapia e quimioterapia; deixam lesões graves na esfera da sexualidade e da vida reprodutiva. Além, dos muitos aspectos psicossociais envolvidos em uma área em que a sexualidade e a saúde estão intrinsecamente relacionadas. Assim, o adoecimento pode deixar seqüelas emocionais, e relacionais além de afetar a condição socioeconômica dessas mulheres, que muitas vezes são as únicas responsáveis pelo sustento familiar ou que tem sua renda comprometida pelo adoecimento. Enfim, compromete seus papéis no mercado de trabalho e as priva do convívio familiar acarretando um prejuízo social considerável.

No Brasil o câncer de colo de útero é a segunda causa de mortalidade bruta entre as neoplasias malignas para a população feminina nas regiões Sul e Sudeste,

Nordeste e Centro Oeste, e a primeira causa na região Norte. As taxas mais altas de prevalência e mortalidade se apresentam nos grupos de mulheres de nível social e econômico baixo e em fase produtiva de suas vidas. A cobertura do exame Papanicolau, ou seja, a possibilidade de realização freqüente de exames periódicos vem crescendo nas ultimas décadas. Estudos do Ministério da Saúde indicam que pelo menos uma vez ao longo de suas vidas a maioria da população de mulheres teve acesso ao exame, o que já estaria dentro de um patamar no qual países em que esse índice é atingido o controle do câncer de colo de útero é maior e melhor do que no Brasil. Ou seja, embora a cobertura populacional do exame Papanicolau, no Brasil, não seja ainda total, o seu crescimento não tem se refletido em uma significativa redução da taxa de mortalidade na população feminina.

Essa contradição norteia a realização de diversas pesquisas relacionadas a este tema. Por exemplo: estudos sobre a associação entre as variáveis socioeconômicas e demográficas e a prevenção de câncer de colo uterino (Jimenez, 2004); ou sobre o conhecimento, as atitudes e a pratica do exame Papanicolau (Brenna, 2001); ou ainda sobre os aspectos psicológicos associados a não adesão aos exames ginecológicos. Constata-se, que os estudos ora tendem a enfatizar os dados socioeconômicos da população – baixa renda, baixa escolaridade, etc – como responsáveis finais pela dificuldade de busca, adesão ou seguimento aos exames e tratamentos. Ora, tendem a enfatizar aspectos psicológicos emocionais tais como: medo, vergonha, repressão como responsáveis pelo comportamento das mulheres.

Existem ainda autores que trabalhando em diferentes linhas de estudos em análise do discurso abordam questões relacionadas: a comunicação, as crenças, a produção de sentido, a hermenêutica na área de saúde. Por exemplo: sobre “a

onipresença do câncer na vida das mulheres – entendendo os sentidos no fluxo de associação de idéias” (Spink, 2003); ou ainda “análise do discurso e interação médico paciente” (Gonçalves, 2005); “a relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico” (Caprara, 2001); ou ainda sobre “a experiência complexa e o olhar reducionista”. (Minayo, 2001).

O presente trabalho que se situa dentro desta última perspectiva, que será oportunamente desenvolvida, estando voltado para o sentido que as consultas ginecológicas e os exames preventivos anexos possuem para as mulheres que foram entrevistadas através de suas narrativas e da “recepção” que obtiveram dos conteúdos das orientações recebidas e das interações com os profissionais. “A noção de recepção” sendo aqui entendida como o modo como repercutiu nas mulheres as informações recebidas sobre diagnóstico, tratamento e a respectiva adesão a esses. A idéia que perpassa a pesquisa é de que a adesão depende de compreensão e de compactuação. Para que haja compactuação é preciso haver compartilhamento de valores e de algum conhecimento comum sem o que não há comprometimento das mulheres, ou seja, não adesão ao tratamento e aos protocolos estabelecidos.

3.1 – O Adoecer de doença crônico-degenerativa

A palavra câncer advinda do latim *cancro* significa “caranguejo”. A origem da palavra é creditada ao médico grego Hipócrates (460-370 a.c) considerado o pai da medicina. Alguns acreditam que ele teria usado os termos “carcinomas e carcinoma” para descrever tumores não ulcerados e ulcerados (*American Cancer Society*, 2002). O câncer significa caranguejo justamente pela semelhança entre as pernas do crustáceo e

os tentáculos do tumor que se infiltram nos tecidos sadios do corpo.

A palavra "câncer" advinda do grego significa "karkinos", que é caranguejo ou garras. Alguns autores consideram que o caranguejo evoca a imagem, no caso da doença, das pinças desproporcionais em relação ao corpo e que pode retalhar e roer as carnes que consegue agarrar. Outros, de serem o crescimento desproporcional das pinças, uma das características mesma da doença, uma vez que “para se alimentar” o tumor faz crescer vasos sanguíneos, exageradamente. Algumas pesquisas de ponta estão mesmo relacionadas à tentativa de bloquear o acesso sanguíneo ao tumor, isolando-o, e não permitindo que receba nutrientes.

Usamos a palavra “oncologia” (estudo dos tumores) ao invés de cancerologia – e oncologista ao invés de cancerologista. Também encontramos, por regras de uso, sarcoma e carcinoma na composição de um grande número de cancerosas: lipossarcoma, reticulossarcoma.

Várias outras denominações herdaram o nome do primeiro médico a isolar a doença: linfoma de Lennert, doença de Paget no seio, e doença de Paget nos ossos (esta última não cancerosa). Além disso, é usado, também, todos os nomes compostos a partir do órgão e que falam por si mesmos: câncer de vesícula, de tireóide, da vulva, de mama, de pele, da vesícula biliar, do coração, da língua, da faringe e etc... Tudo, absolutamente tudo o que tem células vivas pode ser atacado pelo câncer.

Há centenas, mas nem todos têm a mesma gravidade. Para se localizar, um médico francês, Pierre Denois, criou um sistema de classificação do câncer reconhecido internacionalmente, entre os anos de 1943 e 1952, denominado de TNM. Este sistema se baseia na medida de três elementos da doença para estadiamento dos tumores: T se refere ao tumor. Sua classificação varia de 0 a 4 segundo sua evolução,

indo do menor ao mais desenvolvido; N vem de nódulo e mede, numa escala de 0 a 3, a propagação da doença nos gânglios linfáticos vizinhos; M de metástases indica a existência das mesmas. M0 quer dizer que elas não existem, M1 mostra sua presença. Em resumo, T3 N0 M0 é melhor do que T1 N3 M1 para fins de tratamento.

Válido para a maioria dos cânceres, este sistema de graduação é completado por uma outra classificação em quatro níveis que vão do estágio I ao estágio IV. O estágio I corresponde a um pequeno tumor, isolado no organismo. No estágio II, o tumor ganhou volume; no estágio III, os gânglios linfáticos ou os tecidos próximos ao tumor inicial são atingidos; o estágio IV corresponde a uma generalização da doença. Fala-se também de câncer no estágio 0, ou carcinoma in situ, para qualificar o crescimento de células cancerosas na camada superficial de um tecido.

O estadiamento é resultado da observação de que, apesar da sua variedade, os tumores malignos seguem um curso biológico mais ou menos comum a todos eles, que se inicia pelo crescimento local, segue pela invasão dos órgãos vizinhos e termina com a disseminação regional ou sistêmica. A localização/estadiamento do nível de crescimento dos tumores é relevante para a escolha dos tratamentos: local: (cirúrgico / radioterápico); sistêmico: (oncológico / quimioterápico / hormonioterápico / imunológico); quimioterapias: (curativas / adjuvante (após) / neoadjuvante prévia) / paliativa).

A classificação internacional dos tumores de acordo com o CID-O (Código Internacional de Doenças – Oncologia) é relevante porque sua uniformização permite ser usada para fins de estudo e tratamento por especialistas de todo o mundo, criando-se protocolos de tratamento e de pesquisa de medicamentos.

O câncer faz parte do grupo de doenças crônico-degenerativas. O fato de

ser crônica significa que uma vez tendo adquirido a doença a pessoa pode se tornar um portador. O fato de ser degenerativa diz respeito a possibilidade de que, caso não seja controlada, a doença pode evoluir até ser letal.

Por outro lado existem múltiplas causas na origem do adoecimento: genéticas e ambientais Daí a importância das ações de prevenção. Quanto mais precoce o diagnóstico da doença menor o risco do tratamento ir tornando-se mais complexo e difícil para o organismo e maior as chances de cura.

Por ser uma patologia que pode levar a tratamentos de alta complexidade, indo dos níveis de atenção primário (promoção de saúde), secundário (diagnóstico precoce), terciário (tratamento), quaternário (reabilitação) por seqüelas adquiridas durante o tratamento e cuidados paliativos; é que as unidades de atendimento a portadores de neoplasias devem ter em seus quadros profissionais das diversas áreas de saúde. Em razão de sua complexidade é que a abordagem das neoplasias deve ser multidisciplinar. A Portaria do Ministério da Saúde 3.535/GM, de 02/09/1999 normatiza a estrutura e descreve as funções das unidades de assistência em oncologia, define que estas unidades devem possuir sempre psicólogos, dentre outros profissionais (fisioterapeutas,...) em quadros funcionais.

A doença pode produzir, em função dos próprios tratamentos, lesões e seqüelas que afetem a pessoa, mesmo curada, implicando em modificações e readaptações em sua vida de ordem social, econômica, familiar, sexual, estética, etc... O trabalho do psicólogo está inserido em todos os níveis assistenciais desde a promoção de saúde, ao tratamento, a reabilitação até os cuidados paliativos.

3.2. O câncer de colo de útero como uma doença sexualmente transmissível

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) são infecções extremamente comuns que a curto prazo, causam dor e sofrimento. São infecções transmitidas, obrigatória ou freqüente ou eventualmente, pelo contato sexual. Elas compreendem uma variedade de infecções bacterianas, viróticas e protozoárias. De acordo com Lowndes (1999) uma infecção por uma DST começa pela colonização do trato reprodutivo inferior (genitália externa, vagina e colo uterino). As DST causadas por bactérias e protozoários geralmente produzem úlceras e outras lesões genitais, infecções vaginais (vulvovaginite), ou infecções do colo uterino (cervicite). Os sintomas das infecções vaginais e cervicais são parcialmente coincidentes e incluem secreções anormais vaginais (malcheirosas ou não) e/ou cervicais (cervicite mucopurulenta), acompanhadas por inflamação, dor e irritação dos órgãos genitais, ardor durante a micção, dor durante o ato sexual e dor pélvica. Apesar de curáveis de modo geral, estas infecções são freqüentemente assintomáticas (sobretudo as cervicais), ou tem fases assintomáticas, o que pode dificultar sua detecção.

As DST virais incluem o HSV-2 (úlceras e vesículas dolorosas) e o HPV (verrugas genitais). Geralmente não são curáveis, mas os sintomas das infecções pelo HPV e HSV-2 são, ao menos, controláveis. Em geral tendem a produzir sintomas mais complexos do que as demais DST, incluindo uma variedade de efeitos sistêmicos.

A maioria das infecções do trato reprodutivo (ITRS) é DST, mas inclui também as infecções endógenas causadas pelo crescimento exagerado de microorganismos normalmente presentes no trato reprodutivo inferior (por exemplo, vaginose bacteriana, candidíase vulvovaginal). Entretanto, uma vez que estas infecções se estabelecem, podem em um momento subsequente, ser transmitidas sexualmente.

Existem evidências de que estas infecções sejam também associadas com morbidade secundária. Além de causar ITRS, os agentes sexualmente transmitidos também podem causar doenças sistêmicas, como o câncer, aids, hepatite, e até a morte (Wasserheit, 1989; Grimes, 1986). Muitas DST também afetam a boca, o reto e o trato urinário. As infecções por DST podem se tornar latentes, ou seja, a infecção permanece no corpo, mas sem manifestações óbvias.

De acordo com os dados atuais do Congresso Brasileiro de Infectologia, existiriam no país 34 milhões de homens e mulheres contaminados com o papilomavírus humano, mais conhecido pela sigla HPV. O HPV, como já foi dito, pode provocar câncer de colo de útero e de pênis. Segundo Rosenblatt (2003), o Brasil, aliás, já estaria entre os primeiros em incidência desse tipo de câncer, superado apenas pela China, Índia e países africanos. E mais: o HPV é o de maior presença nas estatísticas brasileiras de doenças sexualmente transmissíveis. Por volta de 10 milhões de brasileiras têm o vírus latente, ou seja, são portadoras e não desenvolveram a doença. Cerca de 400.000 apresentam lesões pré-cancerígenas graves. E 12.000 desenvolvem o câncer anualmente.

Por outro lado, o câncer de pênis decorrente de HPV é menos freqüente. Nas regiões Norte e Nordeste, contudo, o número de casos é 6% a 10% maior do que no restante do mundo. Naquelas áreas, é o terceiro tipo mais comum de câncer, superado apenas pelo de próstata e o de bexiga. Destacando-se, que não resulta aí somente do HPV, colabora também a falta de higiene, que leva a infecções constantes.

O HPV é conhecido há milênios. Uma das primeiras constatações de sua presença no Ocidente se deu nos EUA, na década de 1950, após a volta dos soldados americanos da Guerra da Coréia (1950-1953). De acordo com Rosenblatt

talvez tenha se iniciada aí a contaminação no mundo ocidental. O microorganismo vive na natureza – em animais, por exemplo – mas seu hábitat preferido é o indivíduo contaminado. Existem cerca de 150 tipos diferentes, divididos em benignos e malignos, ou oncogênicos. Alguns provocam doenças benignas, como verrugas simples, enquanto os restantes podem incorporar-se ao material genético humano, modificá-lo e determinar o aparecimento do câncer. Apresentam alto risco oncogênico os vírus 16, 18, 45, e 56. Os tipos de risco intermediário são 31, 33, 35, 39, 51, 52, 58 e 66; os de baixo risco 6, 11, 42, 43 e 44.

O HPV é contraído, sobretudo, nas relações sexuais. Mas sabia-se havia algum tempo que pode ser passado da mãe ao feto na hora do parto ou logo em seguida, pelo contato da criança com os fluidos maternos. Assim ao se constatar que a mãe era portadora, o médico indicava parto por cesariana. Isso caiu em desuso nas últimas décadas ao se verificar que o vírus é capaz de atravessar a placenta e contaminar a criança ainda no interior do útero.

A presença do papilomavírus no organismo não provoca sintomas. Os prejuízos, ainda de acordo com Rosenblatt (2003), dependerão do estado em que se encontra a imunidade do portador. Pessoas com boa saúde neutralizam a ação do vírus e passam a apresentá-lo em estado latente. Podem contaminar terceiros. Outro grupo de pessoas tem o que se chama de estado subclínico. O papiloma vírus provoca em seus órgãos genitais, incluindo mucosas, lesões visíveis apenas com aparelhos médicos (colposcopia nas mulheres e peniscopia nos homens). Parte delas às vezes é pré-cancerígena. Já pessoas com imunidade baixa apresentam a forma clínica da doença, isto é, uma espécie de verruga. Pode manifestar-se dentro e fora dos órgãos genitais, incluindo ânus, nas mucosas da boca, na próstata e na bexiga. As “verrugas” são

altamente contagiosas. Daí a necessidade ideal de prevenção. Evita-se a contaminação por HPV praticando sexo seguro e controlando a troca de parceiros. Mulheres devem fazer papanicolau pelo menos uma vez por ano. Também é importante, para os homens, o uso de preservativo nas relações, em especial as de risco. Mas a proteção é parcial, porque é possível adquirir HPV até ao se colocar a mão em uma “verruga” e então levá-la à boca ou à região genital.

O tratamento deve ser realizado por ginecologista ou urologista, sendo eliminadas com medicamentos ou por cauterização (queima a quente ou frio ou laser). Também devem ser realizados exames de biologia molecular para descobrir o tipo de vírus, para checar se o tipo é ou não carcinogênico. Quando então será recomendável acompanhamento médico periódico, pois o câncer em geral surge anos ou até décadas após o contágio.

3.2.1 – Evolução e estadiamento

A origem do carcinoma do colo de útero ocorre na união das células escamosas e colunares - junção escamo - colunas (JEC). A lesão precursora é a displasia ou "carcinoma *in situ*" (neoplasia intraepitelial cervical - NIC) que posteriormente pode converte-se em um câncer invasor. Este processo pode ser muito lento.

Alguns estudos longitudinais mostram, que entre pacientes com câncer cervical "*in situ*" que não tenham sido tratadas, cerca de 30% a 70% desenvolveram o carcinoma invasor em um período de 10 a 12 anos. Em contrapartida, em torno de 10% das mulheres com lesões "*in situ*", o carcinoma pode progredir para invasor, o tumor progride através da membrana basal e invade o estroma cervical. a extensão do tumor

cervical pode manifestar-se em ultima forma, como uma ulceração, um tumor exofítico, ou como uma infiltração extensa dos tecidos subjacentes incluindo a bexiga o reto além da invasão local, o carcinoma cervical pode disseminar-se através de linfáticos regionais ou por via hematogênica. A disseminação do tumor geralmente está ligada diretamente à extensão da invasão da lesão local. Apesar de que, geralmente, o câncer cervical progredir de maneira ordenada, ocasionalmente pode haver um tumor pequeno com metástases à distância. As lesões precursoras neoplasias intraepiteliais cervicais, in situ subdividem-se em NIC I, II e III. O estadiamento de lesões e tumores é definido pela *Federation Intertionale de Gynecologie et d'Obstrique* (FIGO) ou pelo *American Joint Committee au Cancer* (AJCC) e se utilizam como critérios: T – a extensão do tumor primário (tamanho); N – a ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais (gânglios); M – a ausência ou presença de metástase à distância no organismo). O diagnóstico é realizado mediante a realização de exames complementares locais e gerais, e, quando é o caso, de análise de material decorrente de coleta em cirurgias.

3.3 – Gênero e Doenças Sexualmente Transmissíveis - O Contexto Sócio-econômico-político, e o psicossocial

Estudos de fatores biológicos, socioculturais e assistenciais, além do efeito combinado deles, fazem com que a mulher seja mais vulnerável do que o homem quanto à possibilidade de contrair DST e sofrer seus efeitos secundários, biológicos e sociais.

Biologicamente, as mulheres são mais suscetíveis às infecções pelas

DSTs, pelo maior risco biológico de transmissão (por ato sexual) das DST (inclusive HIV) do que o homem para a mulher (Dixon-Muller e Wasserheit, 1991) Além disso, sendo as DST na mulher em grande medida assintomáticas, elas têm a menor probabilidade de procurar assistência médica e de ter uma infecção diagnosticada. Isso faz com que corram mais riscos de sofrer conseqüências biológicas de DST, igualmente mais graves nas mulheres.

Estes riscos biológicos são agravados por uma série de fatores socioculturais e fatores associados aos serviços de saúde e a assistência médica. A subordinação econômica, sociocultural, física e sexual da mulher faz com que elas tenham poucos recursos para controlar sua exposição as DSTs, devido à falta de poder de barganha ns relações sexuais e à conseqüente dificuldade de exigir um comportamento sexual responsável e seguro do seu parceiro (Lowndes e Giffin, 1995) Ao mesmo tempo, elas não tem como recorrer a métodos de prevenção de infecção sobre os quais tenham controle.

Uma série de outros fatores diminui a probabilidade da mulher procurar tratamentos para DST, incluindo à aceitação de sintomas de DST (corrimento vaginal, dor no baixo ventre etc) como normais à condição feminina; estigma social que associa as DST à promiscuidade e à prostituição na mulher; e a prática comum de automedicação das DST pelo homem (Faundes e Tanaka, 1992).

No âmbito dos serviços de saúde, as longas demoras para consultas e obtenção de resultados de testes laboratoriais (quando realizados), combinados à falta de medicamentos e de insumos, dificultam a obtenção de atendimento e tratamento adequados para as DST. Além disso, a falta de métodos diagnósticos apropriados para as DST- sobretudo para as assintomáticas, associada à falta de consciência quanto à alta

prevalência e ao risco de efeitos secundários das DST assintomáticas, reduz ainda mais a possibilidade de a mulher ser diagnosticada e tratada adequadamente (Lowndes, 1999).

Mesmo conseguindo atendimento, as mulheres com DST ou seus sintomas freqüentemente não recebem informações claras e apoio prático ou emocional por parte dos profissionais da saúde. Isto, segundo Lowndes (1999), parece resultar, pelo menos em parte, da situação sensível em que o médico se encontra perante as normas sociais quanto à sexualidade e à infidelidade masculina no Brasil.

Isto gera uma conseqüente dificuldade para o profissional da saúde em termos de dizer claramente à mulher que ela tem uma infecção transmitida sexualmente. O uso comum de termos como “inflamação” e “ferida no útero” permite que o médico e a mulher possam falar da sua condição clínica sem mencionar as palavras DST. O médico, em uma tentativa de proteger tanto a mulher quanto a ele mesmo de situações emocionais e sociais difíceis, acaba por não explicar claramente à paciente que ela possa ter uma DST. Isto em uma situação em que a mulher freqüentemente possui poucas - se algumas - informações corretas sobre as causas e as conseqüências das DST. O fato de nem todas as ITRs serem DST na mulher, tendo o corrimento vaginal, por vezes, causas não infecciosas, em combinação com o uso de métodos diagnósticos inespecíficos para as DST, torna a situação ainda menos clara e mais confusa para a mulher.

Ao mesmo tempo, nos casos em que há medicamentos disponíveis nos serviços, e quando este tratamento é oferecido, a conduta mais freqüente parece ser mandar um remédio para o parceiro pela mulher. A falta de um apoio médico nesta situação a deixa vulnerável à possibilidade de ser culpada pela infecção e, conseqüentemente, enfrentar rejeição, vergonha e culpa. Mesmo nos casos em que a

mulher desconfia da infidelidade do marido e acredita que foi infectada por ele, ela sai da consulta médica sem elementos que a apoiem. Nesta situação, a probabilidade de o parceiro tomar tratamento é reduzida.

O efeito combinado destes fatores biológicos e socioculturais e de fatores associados à assistência médica determinam, muito provavelmente, a não-resolução de muitos casos de DST na mulher, deixando-a sob risco de desenvolver efeitos secundários sérios e sem meios de se proteger contra a re-infecção e as infecções futuras.

Estas são algumas das dificuldades com que a mulher se depara para se proteger contra a exposição as DSTs. Frequentemente, ela não pode reduzir o número de parceiros sexuais, porque sua exposição depende, de fato, do número de parceiros sexuais do seu parceiro. Além disso, ela não tem o poder de negociar o uso do preservativo masculino, nem o acesso a métodos de prevenção de infecção controlados por ela. A mulher é, então, simultaneamente, vulnerável à infecção e impedida de se proteger. Finalmente, nos serviços de saúde, ela não recebe nem um manejo adequado das DST, nem apoio prático ou emocional quanto à informação e ao tratamento de seu parceiro ou à proteção contra futuras infecções. Nesta situação o risco de contrair uma infecção é ampliado, tanto em termos do comportamento sexual do parceiro, quanto da associação biológica da DST com o câncer.

3.4 – As Representações sobre o Câncer

De acordo com Santánn (1997) o câncer possui uma história repleta de “imagens” da vergonha: doença tradicionalmente considerada inglória, relegada aos

bastidores da cultura, com marcas da corrosão, do desregramento orgânico ou do castigo divino.

É um segredo difícil de ser compartilhado, detectado, narrado e ouvido, ainda hoje. Muitas vezes, dentro do silêncio encontramos uma boa dose de energia tanto do doente, quanto de setores sociais; envolvendo campanhas, divulgação de novos conhecimentos. Tudo voltado para o enfrentamento e a prevenção, numa visão de saúde pública.

Mesmo transformando o câncer em problema de ordem pública, com novas pesquisas, valorização da consciência (tanto com a auto-ajuda quanto com o auxílio dos que adoecem), mesmo assim sua história revela a persistência de temores, que resistem ao tempo e ao desenvolvimento técnico-científico. São sempre os receios das mutilações, da discriminação e abandono sociais e das muitas vezes em que o corpo é invadido manipulado e vasculhado.

Silveira, em 1927 afirma que a quinta parte dos casos de câncer é devida à má higiene, que associada à tuberculose e à lepra, teriam origem infecciosa. Nessa época a defesa da higiene do corpo, da casa e do local de trabalho era o assunto da imprensa. Daí para aparecer a associação entre sujeira, doença e pobreza não tardaria. Nessa época outros terrores eram a sífilis - vinda de atitudes viciosas e “sujeira” física e moral – ou outras de transmissão sexual – cancro – ou contagiosas – lepras.

Antoine Furetière em 1684 em seu *Dictionnaire universel* afirma que o câncer “vem das carnes” e “as devora pouco a pouco como se fosse uma gangrena”.

Hipócrates no livro “Doenças de Mulheres” descreve o câncer de mama. Esta localização vem muito ligada a perda de feminilidade e por isso mesmo relatada ao longo dos tempos. Também muito relatada na história do câncer é a associação com

doença ulcerada, que leva a odor desagradável e a associação com sujeira e infecção do ambiente. É a imagem da corrosão como se o câncer fosse uma espécie de verme ou larva, vindo por atacar as células, entidades microscópicas. Muito frequentemente submetido ao silêncio, mistério, chamado de “doença ruim”, “doença horrível que levava a pessoa a morrer a mingua sem saber o que era aquilo”. Razão de exclusão social, ele transformava a própria doente em uma vítima, induzindo a uma atitude conformista. Com a melhoria da medicina, as pacientes com diagnósticos precoces, tendo sobrevivido cada vez maiores, eram o próprio exemplo da luta contra este mal obscuro, e o apanágio de antigamente, todas as formas de mutilação, derrotas foram sendo suplantadas pelos melhores resultados, advindo a etapa do respeito ao doente em sua luta.

Se nas duas primeiras fases históricas o câncer foi associado a vergonha, a sujeira e a vergonha do monstro; a terceira fase, a partir do início do século XX está relacionada a vergonha de si mesmo, em que o portador vai de vítima a agente.

Em 1905 é publicado o primeiro manual de controle do câncer na Inglaterra. Em 1906 os membros da sociedade de médicos de Viena alertam quanto à importância do diagnóstico precoce do câncer. Nos Estados Unidos a Liga Contra o Câncer é criada em 1918 para sensibilizar o público. Nessa época no Brasil, a propaganda da prevenção – medicina higienista, como se o agente pudesse penetrar o corpo, toma conta; mas com o adiantamento da ciência o crédito igualmente às causas internas aparece, tanto de natureza física quanto psíquica. Nessa esfera, detectada desde a medicina galênica, sob a acepção de “melancolia”, as razões psicológicas do câncer já apareciam nos discursos médicos. Eram os “traumas psicológicos” como um dos fatores causadores do câncer, mas com uma abordagem clínica vaga. Com uma atenção à

sexualidade e às suas relações com a vida psíquica, relações de causalidade aparecem na literatura – são os indivíduos “frígidos e impotentes”, “pervertidos sexualmente” ou “doentes do sexo” que se tornam presas fáceis do câncer. Com o uso cada vez mais difundido do vocabulário psicanalítico na imprensa entre os anos 60 e 70, as causas do câncer e o seu tratamento ganham uma parceria na abordagem dos fatores fisiológicos e psíquicos. O território do risco não compreende apenas o mundo externo, mas doravante, engloba também o mundo interno, individual. Dessa forma, enfrentar o câncer sugere uma luta que deve ser travada diariamente, numa relação de proximidade absoluta, hoje tão em voga, entre o indivíduo e seu corpo, entre este e sua subjetividade.

Em seguida o combate ao câncer ganha importância social. Embora não fosse novidade desse século, uma das primeiras conferências internacionais foi em 1910, alertando da necessidade de se tratar desde a forma de pré-cancer, com cirurgia ou radioterapia. O primeiro congresso brasileiro foi em 1935, mas desde 1920 tivemos artigos na imprensa e pesquisas científicas conclamando estudos novos sobre a doença. Várias publicações ocorreram até que Mário Kröeff realizasse uma tese sobre o câncer por meio de diatermo-coagulação, com parte da campanha para propiciar atendimento adequado ao paciente, diante da gravidade da doença. Em 1933 foi criada a “União Internacional contra o Câncer”, a partir do 1º Congresso de Luta Científica e Social contra o Câncer, realizado em Madri. Propuseram abordagens educacionais, divulgação para o grande público e para a classe médica, uniformização dos critérios de diagnóstico precoce e critérios universais de tratamento, sua sede foi estabelecida em Paris. Os Ministérios da Educação e Saúde cria em 1938 o Centro de Cancerologia, no Serviço de Assistência Hospitalar do Rio de Janeiro. Em 1934 foi fundada a Associação Paulista de Combate ao Câncer.

É curioso notar o quanto que as maneiras de se referir ao câncer – tanto em relação aos tratamentos, quanto em relação às campanhas e as instituições sociais (ligas de combate, etc...) – sempre estiveram associadas a conotações de guerra, como que para metaforizar o desenvolvimento da doença, que pode se alastrar pelo corpo, invadindo e ultrapassando os sistemas de defesa do organismo, fazendo surgir metástases que avançam sobre o sistema imunológico. O próprio termo câncer, advém de karkinos, que vem a significar caranguejo, em razão das “garras” semelhantes às desse crustáceo que os tumores possuem.

A última fase que se pode reportar, até os dias atuais, vem se ordenando em torno da busca da positividade no enfrentamento. Quebrar o tabu, romper a vergonha e falar sobre o câncer tornaram-se experiências bem-vistas pela mídia a partir dos anos 40, quando se conscientizou que tratado a tempo, o câncer poderia ser curado. A ida de pessoas para “contar” suas vivências no rádio e nas revistas torna-se uma experiência positiva, pois por meio do relato o paciente encontra forças para enfrentar o câncer, assim como constitui para a prevenção. Inicialmente os homens eram os protagonistas dessa divulgação. Somente com a criação da Rede Feminina de Combate ao Câncer, em 23 de abril de 1946, por Carmem Annes-Dias Prudente, com sede na antiga Associação Comercial de São Paulo, é que o câncer feminino começa a ganhar uma certa importância pública. O trabalho voluntário, ajudando na prevenção, na orientação e no esclarecimento de mulheres a respeito deste assunto serviu para iniciar a desmistificação do tabu em relação a esta doença. Tornaram-se os “anjos cor-de-rosa” pela roupa que vestiam, socorrendo os que precisavam de auxílio, incluindo a própria família do paciente. Nos Estados Unidos, em 1974, Francine Timothy, já mastectomizada, criou a campanha “*Reach to Recovery*”. Esta campanha foi

desenvolvida em mais de 19 países e se destinava a fornecer apoio às mulheres mastectomizadas, com visitas, conferências, mesas-redondas, aulas de enfermagem e de assistência social.

Já é clássico o trabalho de Sontag (1984) a doença como metáfora onde a autora discute as representações e os estigmas associados ao câncer. A autora realiza em sua retrospectiva um histórico comparativo entre câncer e tuberculose, doença romantizada, e os mitos associados a esta. Do câncer ela mostra como sua associação com a malignidade, produziu tabus de sequer nomear a palavra câncer, face ao temor da morte na nossa sociedade contemporânea; e ao fato de que o câncer seja, ainda, uma doença a esta associado. Ela relata as formas de exclusão, discriminação e não informação decorrentes deste temor e os prejuízos que isso pode causar aos portadores.

Sontag desenvolveu na mesma linha posteriormente um outro belo trabalho sobre a AIDS e suas metáforas.

Em “As doenças têm história” Imbault-Huart (1997) considera que câncer é para o final do século XX, e ainda no século XXI, o que a tuberculose e a sífilis foram para o século XIX: o arquétipo da nossa impotência no controle da doença e da morte. Para a autora cada época investe certas doenças de angústia e procura negá-la, ocultá-la e por último recurso, fugir daqueles que são atingidos por ela. Mesmo com descobertas que permitem diagnósticos mais elaborados e precoces no inconsciente coletivo, o câncer permanece um tabu, isso porque sua causa primeira permanece desconhecida, ao contrário, por exemplo, da AIDS. O câncer é objeto de estudo e intervenções de cirurgiões e oncologistas. Sua abordagem ora é local, ora é sistêmica e sua origem também. As duas vertentes, da origem local versus a sistêmica se complementam, dialogam e por vezes se contradizem. O surgimento local privilegia o

trabalho dos cirurgiões. O desenvolvimento sistêmico, a genética, o celular, e mostra todo o organismo participando do processo e favorece a noção de território, e os tratamentos quimioterápicos que auxiliam o organismo a atacar as células malignas. A complexidade do processo de abordagem em câncer gera dúvidas e angústias, no caso do câncer de colo de útero isso se revela na dificuldade de abordar ou compreender esse “meio termo” como algumas mulheres se referem às patologias precursoras, o lugar em cima do muro em que ainda não se está doente, mas também não se está sadia.

3.5 – Iniquidade em Saúde e Gênero e o Modelo Biomédico

Muitos autores apontam para o fato de as mulheres não receberem uma parte justa de atenção em saúde, e que atitudes sociais e instituições científicas necessitam de reforma. Para estas as mulheres são excluídas de modos sutis e geralmente invisíveis. Outros avançando neste questionamento buscam analisar os efeitos de práticas e ideologias influenciadas pelo gênero, no conhecimento. E indagam, como Schienbinger (2001) como e quanto da exclusão das mulheres das ciências, seja como pesquisadoras ou como sujeitos de pesquisa, teve conseqüências para o conteúdo das ciências e, na área da biomédica, isso veio a repercutir sobre a saúde das mulheres.

Em seu livro cujo título indaga se o feminismo mudou a ciência, Schienbinger L. (2001), trata da história das mulheres e da medicina abordando aspectos relativos à discriminação das mulheres nas pesquisas médicas.

A autora demonstra como durante todo o século passado, pesquisas relativas ao uso de medicamentos omitiram as mulheres como objetos e sujeitos de pesquisa médica, seja em estudos diversos, tais como o uso da aspirina e doença

cardiovascular; ou os estudos de risco correlacionados a pressão sangüínea, fumo, colesterol e doença coronariana; e até por estudos sobre o papel do estrogênio na prevenção de doenças cardíacas. Todos, entre muitos outros, conduzidos somente em homens.

A autora discute esses estudos, buscando demonstrar o quanto desta ausência repercutiu na inadequação de tratamentos, como por exemplo, nos estudos sobre antidepressivos, ansiogênicos e analgésicos; cujas dosagens podem ser inadequadas às mulheres em razão dos ciclos hormonais, em decorrência de eliminação de certas substâncias pelas mulheres, o que pode gerar dosagens erradas – insatisfatórias ou excessivas.

Por outro lado, estudos sobre a saúde das mulheres mostram diferenças de resultados para um mesmo problema de saúde em razão de outros recortes, como de raça ou etnia. Assim mulheres negras são mais propensas a hipertensão que brancas e morrem freqüentemente mais que brancas e isto está associado mais à pressão e discriminação sócio-racial e a maior ou menor possibilidade de enfrentamento desta problemática.

De acordo com Corrêa (2002), embora há mais de 20 anos tenham sido pesquisados os efeitos da desigualdade entre os gêneros sobre a saúde das mulheres, foi nos anos 90 que se destacou o debate sobre equidade e gênero.

Desde o século XIX têm sido pesquisados diferenciais epidemiológicos entre pobres e ricos e comportamentos de risco. No século XX foram incorporados os temas como raça e etnia. Nos anos 80 prevaleceram estudos sobre fecundidade e anticoncepção – e deram curso os estudos sobre sexualidade e saúde coletiva (gravidez, morte materna, câncer ginecológico, de mama, aborto).

Entretanto, a introdução de gênero como diferencial a ser considerado na pesquisa sobre equidade em saúde é novidade dos últimos anos da década passada. Segundo Gita (2001) “essa inflexão ainda não se completou e, sobretudo implica uma série de desafios conceituais e metodológicos. Em primeiro cabe observar os efeitos sobre a saúde da combinação de gênero e outras desigualdades (como raça e etnia). E ainda, o esforço para a análise de gênero das reformas dos sistemas de saúde”.

Também, segundo Schienbinger (2001), nas décadas de 80 e 90 as pesquisas médicas de laboratórios e remédios passaram a incluir mulheres em seus grupos nos EUA e na Europa, aonde se concentram as sedes de multinacionais de laboratórios e de pesquisa medicas em decorrência da pressão de grupos feministas.

No mesmo período também ocorreu nestes países um maior incremento da participação de mulheres cientistas nas áreas de saúde e de pesquisa sobre saúde da mulher e de estudos sobre gênero.

A pressão política em torno da necessidade de estudo sobre a saúde da mulher, ajudou na criação de centros de pesquisa, ou melhor, na percepção da necessidade da existência de políticas específicas para a saúde da mulher nas organizações estatais de atenção à saúde.

A percepção da existência de discriminação na área da saúde em relação à mulher ocorreu diante dos resultados dos estudos com a talidomida em função dos quais crianças nasceram com defeitos congênitos. E, conseqüentemente, devido ao questionamento a alegada dificuldade de “natureza metodológica” existente em razão dos ciclos hormonais da mulher, o que reduz (ia) as pesquisas com remédios em grupos específicos de mulheres.

Uma outra razão é de natureza histórica e consiste na “representação” dos

corpos masculino e feminino, construído cientificamente segundo paradigmas ou de similaridade ou de diferença. O corpo masculino foi tomado como objeto de pesquisas em geral. Os corpos femininos foram considerados como um desvio da norma masculina e os estudos convergiam para sua singularidade reprodutiva.

Os modelos que representam os corpos feminino e masculino segundo paradigmas científicos de similaridade ou de diferença acabam por enfatizar ora a especificidade da diferença – a reprodução ou a saúde reprodutiva – desconsiderando linhas de estudo de saúde das mulheres como a ocupacional, por exemplo. Ora tendem a estender os resultados da pesquisa médica conduzida entre homens aplicando-os indiscriminadamente aos grupos de mulheres, embora as conseqüências para as mulheres em termos de doença, tratamento, prevenção e diagnóstico na esfera não reprodutiva não tenham sido adequadamente estudadas. Apenas recentemente este negligenciamento vem sendo reconsiderado pelos médicos.

Historicamente, os modelos médicos das diferenças sexuais iniciaram-se com um modelo da mulher como um homem incompleto – um desvio biológico da norma – e este serviram como fundamento para as perspectivas ocidentais da diferença sexual.

Os modelos médicos da diferença sexual operaram de vários modos. A “ciência sexual” usou provas médicas para defender a desigualdade social das mulheres, usando um paradigma da radical diferença física e intelectual. Na medicina, de acordo com Schienbinger (2001), quando a saúde está em jogo, a pesquisa vacilou entre ressaltar a igualdade e a diferença. Isto levou os pesquisadores a supor que as doenças de homens e mulheres são semelhantes, quando de fato não são; ou que são diferentes, quando são semelhantes. A isto a autora denomina de paradigma da igualdade, o qual

teve como consequência que certos aspectos da saúde das mulheres fossem pouco estudados como, por exemplo, a interação entre a terapia de estrógeno e doenças cardiovasculares. O paradigma da diferença radical, por seu turno, foi proeminente no diagnóstico, fazendo com que as queixas das mulheres, geralmente, fossem ou sejam descartadas como psicossomáticas. Atribuindo-se as mulheres um número maior de diagnósticos de sintomas e sinais não específicos, tanto nos registros de saúde quanto nos óbitos de mulheres. O destaque do útero – paradigma da diferença – tanto esteve presente na psicossomática da histeria (útero), quanto no excesso de cirurgias no útero, tais como as cesarianas e as histerectomias.

Atualmente a pesquisa sobre a saúde da mulher tem sido definida como: o estudo de doenças encontradas apenas em mulheres (câncer ginecológico, de mama); ou predominantemente em mulheres (osteoporose); ou que se apresentam de modo diferente nas mulheres (doença cardíaca).

Autoras como Schienbinger, A. Clarke, E. Fu, V. Gamble e N. Krieger sugerem não ser suficiente acrescentar mulheres a estudos sobre saúde já em andamento, realizados notadamente quase com exclusividade apenas com homens (sobre cardiopatias, etc...) e tão pouco levar em consideração a fisiologia das mulheres (estudos sobre saúde reprodutiva, etc...) resolvem as dificuldades metodológicas nas pesquisas.

Para estas autoras, populações de estudo podem ser reconfiguradas, imagens negativas de mulheres podem ser alteradas, pode-se dar prioridade a doenças femininas dentro da pesquisa médica existente – sem melhorar substancialmente a saúde das mulheres. Estas críticas comparam o “modelo biomédico”, como “social” ou “eco-social” para a saúde das mulheres.

Esses modelos sociais mais amplos que instruem a saúde na comunidade não ignoram aspectos genéticos ou biológicos da saúde, também não subestimam a importância do estilo de vida, mas procuram levar em conta o modo como a saúde e a doença são produzidas em razão da própria assistência médica, da posição sócio-econômica e da relação com sua comunidade.

Uma outra vertente de estudo e pesquisa diz respeito aos estudos que ao invés de escolher entre paradigmas da similaridade, da diferença ou de ambos, relativizados; optam por tratar, de tomar como objeto o próprio “modelo biomédico” dominante comparado, equivalentemente, ao “modelo de comunidade”, ou “social” ou eco-social. Esta linha parte da reforma feminista levada a cabo dentro dos sistemas de saúde (e outras) cuja crítica busca melhorar a assistência à saúde das mulheres.

Nessa linha de pensamento contestam-se modelos clínicos e biomédicos que focam de modo estreito o controle de doenças e processos bioquímicos em sistemas de órgãos, células ou genes. Sexo e raça, segundo essas autoras, são mais do que variáveis biológicas. A depressão nas mulheres, por exemplo, é frequentemente atribuída a distúrbios hormonais, quando de fato ela pode ser produzida ou intensificada pela discriminação, a pobreza, maridos abusivos ou doenças crônicas de saúde.

Outros pontos levantados por Schienbinger (2001) tratam das questões de classe, com frequência, tem mais influência que questões de gênero, raça ou etnia. Contudo, cada um destes recortes e combinações pré-dispõem a fatores epidemiológicos que necessitam desses recortes, para ser melhor diagnosticados e pesquisados.

A formação médica também é parte fundamental para mudar a assistência à saúde das mulheres. E para isso, é relevante considerar os currículos de escolas de medicina e as práticas médicas em sua perspectiva em relação à saúde da

mulher.

A oferta de serviços e de exames específica depende de ações afirmativas de grupos de interessados e de lobbies tanto de consumidores, quanto de centros de pesquisa, como das indústrias que fazem negócios com governos e organizações de saúde.

O modelo de pesquisa que torna a própria oferta de serviços como “modelo eco-social” faz incluir de modo mais amplo debates relativos a representações, preconceitos e discriminações sociais. E explica melhor, como a situação da saúde das mulheres varia antropologicamente, em razão de certos hábitos culturais.

Por extensão, demonstra que onde a participação dos grupos interessados é de maior pressão social, de poder e direito de cidadania. Onde a ação social dos grupos interessados é mais desenvolvida e incrementada, a saúde da população de mulheres é também quantitativa e qualitativamente melhor.

Silveira (2002) historia diversas pesquisas relacionadas ao tema. A autora considera que gênero, enquanto um conceito derivado do campo da cultura, influi sobre a clientela e sobre os profissionais de saúde, determinados vieses na sua relação e, por consequência, produzindo variações na sua efetividade, o que pode gerar situações iníquas para alguns grupos, como é o caso das mulheres. E que, a partir da sua compreensão, possa-se iniciar a reflexão e a busca de superação de outros determinantes culturais de diversas situações igualmente injustas no campo do atendimento à saúde.

A autora define equidade como a disposição de reconhecer igualmente o direito de cada uma, o sentimento de justiça avesso a um critério de julgamento ou tratamento rigoroso e estritamente legal, significando ainda, igualdade, retidão, equanimidade. Por oposição, o termo iníquo se reporta a critérios de julgamento que, no

caso da atenção à saúde, determinam diferenças no acesso e tratamento dispensados nos serviços, decorrentes de condição socioeconômicas ou culturais. Estas podem remeter a vários campos permeados de preconceitos étnicos (por exemplo) – e esteriótipos (como a visão da biologia da fraqueza feminina, ou biológica e apoiada em fatos culturais): e que podem contaminar a prática profissional de quantos atuam nesses serviços.

Assim existiria um mito de que as ciências biomédicas seriam isentas dessas influências, uma vez que as representações sociais que justificam as formas de pensar e agir, carreadas pelos profissionais para o seu espaço de atuação fazem parte de um universo mais amplo, que diz respeito ao espaço social onde eles se formaram, tanto como indivíduos quanto como profissionais e sobre o qual atuam as forças construtivas e reprodutivas da sociedade. Por isso, segundo Silveira (2002), mesmo uma mulher, ao apropriar-se do conhecimento científico, fazendo-o sem crítica, age de forma machista.

Evidentemente pode-se supor um repertório de razões pelas quais este vácuo é deixado pelos profissionais, notadamente os médicos, principais responsáveis por estes procedimentos, e que se pretende expor mais adiante, mas que se sabe desde já, também deverá ser objeto desta pesquisa.

Outras autoras como Fraser (2002) abordam o fato de que ocorreu uma mudança de perspectiva nos estudos de gênero. Antes, esses estudos eram centrados apenas no trabalho e na violência, tendo deslocado seu foco para questões relacionadas a identidade e representação, subordinando as lutas sociais às culturais e às políticas de distribuição às de reconhecimento. Para a autora a justiça de gênero ao deslocar as questões dos paradigmas economicistas reducionistas, que tinha dificuldade em conceituar os danos enraizados, não na divisão do trabalho, mais sim em padrões androcêntricos enraizados avançou muito.

Contudo, critica o modelo (denominado) “francês” de paridade como status porque: “o modelo de status possibilitou a crítica ao modelo equivocado sexista de subordinação de status pretendendo a substituição/ supressão de padrões institucionalizados de valor cultural, por exemplo, leis discriminatórias, programas sociais estigmatizantes e políticas de asilo ou tratamento de mutilação que acabam sendo ‘práticas culturais’ como quaisquer outras. Também permitiu o reconhecimento de praticas culturais de uma minoria que parecem colidir com a justiça de gênero, caso das mulheres negras”.

Para Fraser (2002), contudo a necessidade de exigência de paridade participatória, deve se aplicar as duas dimensões de justiça social, tanto a distribuição quanto o reconhecimento não da identidade feminina, mas sim da condição das mulheres na interação social. O reconhecimento equivocado não significa deformação ou depreciação da feminilidade, mas sim subordinação social que impede a participação igualitária e a compensação de injustiças. Para a autora há a necessidade tanto de reconhecimento de identidade, quanto de redistribuição socioeconômica, que ela denomina paridade participatória, necessária para que outros eixos da diferenciação social, como “raça”, “etnicidade”, “sexualidade” etc... possam também ser observados.

Essa concepção bidimensional abrangendo tanto a distribuição quanto o reconhecimento permitem compreender tanto aspectos de classe, quanto de status da subordinação feminina.

A adoção do enfoque “gênero e saúde” trazem diversos desafios segundo Correa (2002). O primeiro deles é o equacionamento conceitual e metodológico da articulação entre os diferenciais biológicos e desigualdade social construída e em seguida a hegemonia do discurso biomédico.

De acordo com Sen. et al.(2001) “a diferença da educação tem, de fato, uma base biológica ou pelo menos referentes biológicos, nos dias atuais ninguém acreditaria seriamente que diferenças educacionais entre raças, castas ou gêneros têm uma base biológica. Mas no campo da saúde a biologia simplesmente não pode ser descartada. Somos, neste caso, forçados a analisar o modo complexo através do qual a biologia e os fatores sociais interagem, se quisermos, de fato, entender os diferenciais de saúde entre mulheres e homens. É importante lembrar que, geralmente, no paradigma das ciências da saúde, diferentemente do que acontece no caso das classes sociais ou castas, interpretam-se as diferenças entre homens e mulheres como sendo, predominantemente, dominadas pela biologia”.

Outros desafios da premissa de equidade em saúde por envolver a oferta de serviços e outros dados, exigem que se examinem os níveis micro, meso e macro, bem como um enfoque interdisciplinar.

Além disso, é necessário reconhecer a complexidade da aplicação do conceito de igualdade/equidade de gênero, se em outros campos o conceito de igualdade de gênero é fundamento de justiça, isto porque as relações sociais podem ser consideradas enviesadas e injustas, tal posição é menos sustentável no caso da saúde em razão das diferenças biológica.

Assim como é necessário observar que não existem relações de gênero de per se, mas relações construídas pelas classes, raças e culturas. E assim como a pesquisa biomédica criou metodologias para lidar com interações entre doenças (por exemplo doença do coração com hipertensão, anemia com malária, violência física com depressão) a pesquisa social em saúde precisa inventar caminhos para examinar as interações entre saúde, gênero, raça e classe.

3.6 – O Adoecer e a Sexualidade

As questões relacionadas à sexualidade das mulheres portadoras de patologias precursoras de câncer ginecológico envolvem também a abordagem de diversos núcleos temáticos. Um primeiro diz respeito à própria definição de sexualidade e de sua relação com a saúde em geral, e à saúde sexual em particular.

Conforme definido pela OMS: “... saúde sexual é a integração dos aspectos somáticos, afetivos, intelectuais e sociais do ser sexuado, de maneira a conduzir a um enriquecimento e a um desenvolvimento da personalidade humana, da comunicação e do amor”(reunião sobre o ensino da sexologia e o tratamentos das dificuldades sexuais: programa de formação para as profissões da saúde-6-12 de fevereiro,1974, OMS, Gêneve)

Para Vasconcelos (1992) esta definição:“ parece ser assim mais uma dessas definições inúteis em seu conteúdo, mas que se põem como necessidades estratégicas: é preciso lembrar que a sexualidade humana não nasce prontinha e saudável, mas demanda cuidados e muitos, é preciso lembrar que o roteiro da saúde deve incluir o território sexual, lembrando ainda que esse território faz parte do país paradigmático e utópico da saúde em geral ”. Efetivamente:

O conceito de saúde aparece em primeiro lugar como o paradigma da utopia de um bem estar completo, assegurado aos indivíduos que constituem uma comunidade humana. Esse bem estar é proposto sob a forma de uma espécie de situação de Equilíbrio e de Harmonia. Ele se funda,de um lado, sobre o modelo da física (que coloca leis de equilíbrio de forças num campo de forças) e, de outro lado, sobre o modelo da Estética (onde um dos principais elementos é a harmonia, resultante das boas relações entre o todo e suas partes, e princípio dos sentimentos de ordem de unidade, e de beleza) ”(Jaspard, 1986, apud. Vasconcelos).

Assim pode-se supor que essa ordenação da OMS sobre a saúde sexual é mais uma proposta, uma carta de intenção, e uma estratégia de atuação; do que uma

definição que seja realmente abrangente. Primeiro, porque para cada um dos aspectos considerados – somáticos, afetivos, intelectuais, sociais do ser sexuado – existe uma gama bastante variada de possibilidades. Por exemplo, em relação ao aspecto “somático” o ser sexuado pode ser plenamente saudável, ou pode este ser sexuado, ser portador de uma seqüela em um órgão que afete direta ou indiretamente a sua sexualidade. Em relação aos aspectos sociais, estes vão incluir também uma vasta possibilidade de características culturais, religiosas, de classe, de etnias. Além, das próprias diferenças relativas ao gênero, e que abarcam tanto a existência de desigualdades sócio-econômicas entre os dois sexos, quanto as diferenças demarcadas pela natureza na constituição dos dois sexos biológicos. Assim, ao se privilegiar a noção de gênero, se privilegia a integração biológico/social, o que permite vislumbrar outros arranjos mais abrangentes que a definição interdisciplinar proposta pela OMS.

Vasconcelos (1992) se apóia também em Steichen (1980) em sua análise ao considerar que o tema da saúde sexual vem tornando-se um paradigma da felicidade. A autora desdobra entre os componentes do estereótipo da felicidade: a saúde, o prazer e a segurança. De modo que a busca da saúde, prazer e segurança desembocam na sexualidade, como promessa de salvação e sinônimo de felicidade. O “sexo” se torna resposta a decepções ou a insucessos em outros domínios da existência, torna-se compensação, revanche, substituição. Essa supervalorização e idealização sexuais parece inverter curiosamente certas visões psicanalíticas, para as quais os outros domínios da vida é que se tornam compensações e substituições em resposta a decepções ou insucessos sexuais.

Para a autora na verdade seria preciso ultrapassar a concepção maniqueísta onde a sexualidade ou é um meio, ou é um fim...”Nem um nem outro, ela

se põe, sobretudo como um tecido, um fundo de referência onde, na realidade, o ser humano pode experimentar a saúde(na excitação, na curva orgasmática, no envolvimento de todo o corpo), o prazer (na fruição mesma do exercício sexual) e a segurança (na relação, no reconhecimento pelo outro). A ligação da sexualidade com o paradigma da felicidade não é uma relação de causa e efeito, não é uma relação paradigmática, onde a sexualidade é um modelo de felicidade e esta da sexualidade: tal ligação é pura idealização tanto de uma como de outra.” Para ela, a ligação da sexualidade/felicidade é sobretudo uma relação sintagmática, isto é, depende da relação dos elementos de uma e de outra em uma unidade nova,original, singular. Ou seja, a felicidade pode se estender à sexualidade, mas não a inclui necessariamente.

Pensar a saúde e a felicidade enquanto ideais, apontam para uma saúde sexual igualmente ideal, com sérios prejuízos para a pratica efetiva de uma e de outra, obnubiladas diante de expectativas ilusórias. A autora considera que embora existam, evidentemente, fatores exógenos que podem precipitar a doença e a saúde, é importante considerar do ponto de vista psíquico a relevância do equilíbrio interno das pulsões como resultando na saúde psíquica do sujeito. A saúde, deste ponto de vista, se processa mediante a economia libidinosa. Ou seja, para ela, ha uma correspondência relevante entre a saúde psíquica e a saúde sexual.

Com efeito, mesmo diante de lesões físicas equivalentes, a resposta dos sujeitos envolvidos é singular. Assim face a acontecimentos que traumatizam, eles não traumatizam apenas por eles mesmos, mas por existir no individuo contradições internas entre prazer e desprazer, em obter mais vantagem no desprazer que no prazer. Significa que a personalidade não experimenta os fatos de uma maneira passiva, mas que pode se dirigir intencionalmente para eles.

Em sua crítica ao modelo interdisciplinar proposto pela OMS, Vasconcelos (1992) se pauta nas colocações de Freud, para as aproximações entre saúde psíquica e sexual. Freud investiga a saúde sexual a partir do postulado de um conflito intrapsíquico fundamental, onde o sexo aparece como um detonador. Para a autora não poderia ser de outra maneira, já que o sexo, etimologicamente já significa separação, ruptura, mostra-se elemento por excelência onde o conflito psíquico se instala, regido por forças antagônicas que é mister equilibrar internamente.

Portanto se qualquer doença, compromete o organismo. Se doença é desequilíbrio, é separação entre funções fundamentalmente solidárias. Saúde é equilíbrio em relação. Assim ao se pensar comparativamente entre saúde do corpo e saúde sexual, deve-se compreender que esta só pode ser entendida como equilíbrio na relação entre os sexos, entre os “órgãos” da sexualidade humana, a mulher e o homem. A saúde sexual, é inter sexual, sito é, situa-se entre os sexos, e não fora deles, nem em cada um deles separadamente. Equilíbrio sendo considerado como pesos iguais, relação mútua e ao mesmo tempo independência das partes entre si, cada uma inteira em seu prato na balança. Se os pesos são desiguais, ou se cada uma parte perde sua integridade, não há equilíbrio. Daí, conclui a autora é que se pode deduzir que a doença sexual é uma doença sexual, ou seja ligada a própria etimologia da palavra sexo, ou seja, ruptura. A escolha do termo já sendo um equívoco secular e estigmatizante.

Assim, para Vasconcelos (1992) quando se pretende abranger a saúde sexual, dar especificidade a esta, é preciso convir que ela reside na superação da ruptura culturalmente estabelecida entre homens e mulheres. Ao desaparecerem as testemunhas internas da feminilidade e masculinidade nos indivíduos, estas desaparecem para dar lugar a um fundo comum de pulsões de prazer e que são as mesmas nos dois sexos.

Restando a cada um lidar com a sua singularidade, com sua história pessoal, na medida em que, como toda individualidade, ela está na dependência de um equilíbrio de forças internas, de uma economia libidinal.

A análise da autora por ser abrangente, se aplica às doenças sexualmente transmissíveis também de um modo geral. Posto que enfatiza a prioridade de se observar o quanto as cisões entre os sexos, e os discursos culturalmente aceitos em torno destes, podem ser fatores predisponentes ou coadjuvantes relevantes, nos processos de adoecimento especificamente relacionados à sexualidade.

4 – A SEXUALIDADE

4.1 – A Sexualidade e a Medicalização do Corpo Feminino.

A história das concepções médicas sobre a mulher desde a antiguidade até o século XIX, quando se constituiu e se legitimou as especialidades médicas da ginecologia e obstetrícia é um misto de conhecimento, imaginação e preconceito – as representações animistas do útero, em voga no século XVI, estão presentes na história desde Platão. Para quem o útero era um animal que vivia nas entranhas das mulheres e que desejava produzir crianças. Caso não conseguisse, ficava furioso e vagava em várias direções do corpo, produzindo enfermidades (Pereira, 2000).

Para Hipócrates a fúria do útero adivinha caso ele não fosse alimentado pelo sêmen. Nas representações antigas o útero aparecia como animais anfíbios, como se existisse um animal dentro de outro, capaz de produzir odores por isso tratado com fumigações pela vagina para curar enfermidades.

Na Grécia a mulher ocupava um espaço significativo devido ao seu papel na produção de filhos e importância para o Estado, mas o conhecimento era tosco e assim permaneceu por longos períodos.

As teorias sobre a mulher baseadas nas idéias de Aristóteles e Galeno e o conhecimento sobre o corpo feminino, trazem uma representação da mulher com um ser inferior (por ser mais fria e úmida que o homem), imperfeito (por ter os órgãos sexuais internos, invertidos) e passivo (por ser receptáculo da semente masculina) e que vão chegar intocadas até a aurora da anatomia moderna.

Os anatomistas como Versalius acreditavam que as diferenças sexuais

eram restritas aos órgãos sexuais e à aparência externa dos corpos. Contudo as representações em nada lembravam as dissecações, e as ilustrações dispunham os órgãos dentro de esculturas, segundo o modelo da arte estatuária antiga (dentro de árvores, colunas gregas etc.)

Além disso, estavam presos a um modelo de conhecimento sexual onde só havia um sexo, segundo Laqueur (2001). Embora estranha, tal afirmação para as concepções atuais, pois sempre “existiram” homens e mulheres desde que humanidade existe, e também esta diferença sempre foi percebida. No entanto, até o século XVIII prevaleceu um modelo teórico sobre diferenças sexuais onde a norma e os modelos eram o corpo masculino. Na escala hierárquica dos seres vivos, baseada no calor vital, o sexo masculino ocupava a posição mais elevada, sendo a mulher a versão inferior, imperfeita do macho, porque seus órgãos eram internalizados por não serem as fêmeas suficientemente quentes. Outro exemplo deste pensamento é a ausência até o século XVI de termo para o sexo feminino, a vagina era chamada de pênis invertido, os ovários os testículos e etc. A razão para tal contradição é que os anatomistas viam as diferenças, mas a força dos esquemas mentais e dos modelos representativos acabava se sobrepondo à realidade vista. A anatomia via e tomava a diferença sexual como imperfeição e inversão. Para as antigas teorias da homologia sexual, e as representações anatômicas só havia um sexo, o masculino. A mulher era a imagem invertida e imperfeita desse sexo único.

Essa imagem passou a ser questionada a partir do século XVII pelos cirurgiões que retomaram os estudos de ginecologia e obstetrícia e perceberam as limitações de seus antepassados frente a anatomia e fisiologia do corpo feminino, ao constatarem na mulher e no útero uma função própria que era a maternidade, mas

também sede da maioria das doenças femininas, dentre elas a mais famosa no século XIX seria a histeria.

A partir de meados do século XVII, o pensamento filosófico procurava nas leis da natureza as leis da organização social e política. Se por um lado a filosofia defendia a liberdade e igualdade entre os seres, por outro usava o mesmo argumento das leis naturais para justificar as desigualdades sociais e de gênero. É nesse contexto que a investigação científica passou a ter papel político posicionando-se a respeito das diferenças humanas, como gênero e raça. As diferenças passaram a justificar a redefinição de novos papéis sociais nas sociedades modernas. A idéia das diferenças é que elas penetravam todo o corpo humano, sendo redutíveis, tais como eram os papéis de gênero, correspondendo à natureza de cada sexo. Os anatomistas e craniologistas estabeleceram neste período um padrão hierárquico a partir do qual mulheres, crianças e povos primitivos eram comparados. Nesta hierarquia estava no topo da pirâmide o homem branco europeu, depois mulheres e crianças brancos, mais abaixo negros e outros povos classificados como primitivos, como negros e índios.

A obstetrícia e ginecologia se iniciaram no século XVI, mas só se passou a nomeá-las assim a partir do século XIX. Antes partos e problemas ginecológicos ficavam a cargo das parteiras.

A urbanização decorrente de mudanças econômicas, advento do capitalismo, e a constatação das causas das epidemias associadas a má higiene, falta de ventilação, descoberta da associação de infecções com a concentração populacional e os cemitérios dentro das cidades, favoreceu o crescimento populacional e mudanças na qualidade de vida.

Os hospitais foram transformando-se de moradouros em lugares de

cuidados médicos. A exigência de que os médicos fossem responsáveis pelos cuidados nessas unidades, o estabelecimento desse poder, contribuiu para o esvaziamento de poder das parteiras, que findou não fazendo parte da história oficial da medicina.

Os cirurgiões eram chamados para atender partos traumáticos e os partos normais eram função das parteiras, sendo esta também uma razão para o desenvolvimento da obstetrícia patológica, e supremacia dos médicos sobre as parteiras.

A medicina clínica substitui o olhar pelo tato das parteiras, é o nascimento dessa clínica como descrito por Foucault (1984).

A constituição da ciência médica da mulher e a medicalização do corpo feminino estão relacionadas a transformação do médico em figura de autoridade para preservação da saúde, como pelo desenvolvimento de técnicas da ciência a partir do início do século XIX.

A obstetrícia se estabeleceu como ciência responsável pelo controle de técnicas dos corpos femininos para que esses cumprissem sua função de geradora de vida.

A ginecologia também produziu um saber sobre a mulher, não vendo a mulher somente pela capacidade reprodutiva função materna, mas por sua diferença sexual.

Nos termos de Foucault (1984) a ginecologia produz um saber sobre o corpo feminino e exerce sobre ele o poder de transformação em objeto de conhecimento e em corpo produtivo.

A teoria defendida nos idos do século XIX sobre a feminilidade era a da ação reflexa. A fisiologia experimental descobriu que o sistema nervoso era dividido em dois níveis: um mental, no cérebro, que comandava as atividades intelectuais (e morais),

e o nível corporal, atuando sobre órgãos e outros sistemas, de funcionamento involuntário.

A interpretação de gênero para esse modelo é que nos homens predominava o nível mental, por seus cérebros serem maiores, e nas mulheres o nível corporal, por isso eram menos racionais e mais sujeitas à irritação nervosa. Daí as idéias que fundamentavam as etiologias sexuais para as doenças nervosas nas mulheres (e as cirurgias e terapias) – como para a ninfomania, histeria, a loucura puerperal, a epilepsia.

A mulher era hiperssexualizada, toda sua economia psíquica estava relacionada a isto. As terapias se fundamentavam nesta representação até meados do século XIX, utilizando-se dietas, hidroterapia, sudação (contenção de movimentos).

A partir do século XIX os ginecologistas começam a reduzir seus procedimentos aos órgãos pélvicos, em decorrência da ascensão da cirurgia, da fisiologia, e da anestesia. A medicina seguia a literatura que recomendava com a expressão “Cherche la femme” buscar na própria mulher a chave de seus mistérios e revelá-los à luz da ciência ocular e, masculina. Freud ao se perguntar “o que quer uma mulher” na tentativa de elaborar uma concepção da sexualidade feminina ainda para ele misteriosa, se pautava nas visões desse contexto.

Por fim é importante considerar que a história da medicalização do corpo feminino não pode ser analisada somente de modo linear e da ótica do desenvolvimento técnico científico, nem somente a luz da ideologia nem da misoginia. Tanto entre os médicos havia debates sobre adeptos e não adeptos do crescente intervencionismo, quanto havia mulheres que reagiam aos excessos de exposição e aos espetáculos de exames e cirurgias. A ginecologia e obstetrícia desempenharam importante papel na construção da categoria mulher do século XIX, questão reaberta pela biologia do século

XX.

4.2 - Sexualidade e Gênero

O ciclo de estudos sobre a sexualidade apareceu no início do século XX em pesquisas científicas baseadas na Biologia, verifica-se que após os anos 60 e 70, ganhou relevo a perspectiva das influências sociais sobre a sexualidade humana, e a consideração de que os próprios discursos sobre a sexualidade, são produtos culturais e de determinadas épocas.

De acordo com Araújo (1977) na história do comportamento sexual pode-se observar a alternância de fases de maior repressão com fases de maior liberalidade e a influência de circunstâncias políticas, sociais e religiosas sobre as atitudes sexuais.

As transformações que se sucedem na esfera da sexualidade se situam dentro de todas as transformações que resultaram na modernização da sociedade e do homem do século XX. Para a autora, é útil seguir o raciocínio de Norbert Elias exposta no livro “O processo civilizador”. Neste o autor propõe uma formulação teórica para explicar as mudanças de valores sociais e morais no processo de modernização:

“As transformações de organização na produção e distribuição das riquezas (plano econômico) influenciam a quantidade e a qualidade das relações sociais (plano social). O homem reconsidera-se sobre uma outra relação (plano psicológico); aparecem transformações até na sua estrutura física (plano biológico). Tudo isso influencia o conjunto dos juízos de valor (plano de valores) e, por consequência, também a educação. Logo, uma sócio-gênese precede uma psicogênese.”

De fato, a formulação de Elias (1990) é adequada pois se aplica ao estudo do comportamento sexual e permite resumir algo que se pode constatar nos estudos sobre história da sexualidade, ou seja, que nessa história, se sucedem fases mais liberais e fases mais repressivas, e que ao longo da história isto decorre de causalidades diversas: epidemias, regimes religiosos, lideranças políticas, descobertas científicas, paradigmas filosóficos, mudanças nas estruturas econômicas e sociais.

Assim, ora são epidemias e suas respectivas interpretações que afetam os padrões da sexualidade. Por exemplo, à época dos descobrimentos, cerca de dois anos após a volta de Colombo, em 1496, houve uma epidemia de sífilis na Europa, e a partir desta época, a sífilis tornou-se um flagelo para a humanidade. É a época das grandes navegações e intercâmbios culturais e populacionais. Cerca de sessenta e cinco anos depois, Fallopius inventou um tipo de condom, com fins profiláticos, que muito tempo depois passou também a ser usado com objetivo anticoncepcional.

Num outro momento histórico o comportamento e a idiosincrasia de lideranças religiosas instigam padrões de comportamento sexual, por exemplo, o papa Alexandre VI (1492-1503)- Rodrigo Borgia – pai de cinco filhos ilegítimos, pelo menos, Lucrecia Borgia e César Borgia. À época de sua eleição, Roma vivia um período de extrema liberdade sexual, inclusive com bordéis funcionando com a autorização da Igreja. Julio II, teve três filhos, e fundou ele próprio um bordel em Roma, no início do século XVI (Sussman, 1976). Ou ainda, quando um padre funda o protestantismo, como Martinho Lutero, por não aceitar as doutrinas da Igreja Católica referentes à indissolubilidade do casamento, ao celibato dos padres, e à virgindade.

Também as descobertas científicas, as invenções estéticas, as mudanças de paradigmas filosóficos alteram os padrões relacionados aos comportamentos sexuais.

As gerações de filhos ilegítimos dos papas no período do Renascimento, é também a de grandes artistas como Rafael, Da Vinci, Michelangelo. Para Araújo (1977), o artista foi o grande herói do Renascimento, que deu expressão visual ao ideal e ao espírito dessa época. Através da biografia dos artistas renascentistas mais famosos, constata-se que vários deles eram filhos ilegítimos e que suas vidas foram pautadas por uma grande liberdade sexual.

Fatores como migrações, guerras e intercâmbios culturais decorrentes destas, transformam o padrão de uma sociedade em razão do contacto com outras. Ainda segundo Araújo (1977), durante o Renascimento, o Concilio de Florença que reuniu representantes da Igreja Ortodoxa Grega e da Católica Romana para discutirem as diferenças em relação à doutrina, expôs os estudantes florentinos aos intelectuais de Constantinopla, modificando a percepção destes das raízes italianas. Com a queda de Constantinopla, em 1453, vários intelectuais bizantinos migraram para Florença transmitindo o interesse pelas civilizações antigas gregas e romanas, cujos padrões de comportamento social e sexual eram bem diferentes dos padrões da Idade Média. Esses dois fatos prepararam o terreno para mudanças na mente dos indivíduos da época renascentista.

Mudanças sociais e econômicas também imprimem novos padrões éticos e estéticos que lhes correspondem. Pode-se pensar então, nas mudanças ocorridas em razão da ascensão burguesa: na educação, na habitação, na organização familiar, na concepção de criança. São novas formas de subjetivação, que se iniciam no século XVI e se estendem, grosso modo, até o século XIX, com o crescimento dos burgos, das cidades, e com o aburguesamento e o crescimento da população urbana.

A partir do surgimento das cidades, ouve uma interdependência maior

dos membros da sociedade, pois cada cidadão tinha um ofício. Quanto mais complexa se torna uma civilização, mais numerosas podem ser as inovações, e isto num lapso de tempo cada vez mais breve. Uma maior diferenciação significa uma divisão de trabalho num maior número de funções. Para a burguesia, os valores sociais e morais da nobreza, que paulatinamente deixou de ser o grupo dominante, eram libertinos e alvo de críticas.

Nos séculos XVII e XVIII ocorrem as contribuições científicas de Galileu, Kepler, Newton, Boyle. É a Idade da Razão e do Iluminismo, que redefinem os ideais existenciais e humanos, incluindo aí, a sexualidade, com o impacto de suas descobertas. A economia deixou de ser agrária e o homem passou a viver mais em cidades. Mudou o sentimento de família e a organização familiar. As crianças (Áries, 1981) antes educadas para aprender ofícios com um mestre tutor, residindo longe de sua família de origem; passam a residir com seus pais. Áries(1981) diz que o sentimento de igualdade se desenvolve da convivência maior entre os familiares, decorrendo da intimidade e gerando novo clima moral e afetivo, surge um novo sentimento de infância. Simultaneamente cresce uma preocupação e uma necessidade de maior controle sobre o comportamento individual: necessidade de limites, sentimento de vergonha, sentimento de culpa, crescimento da masturbação na infância.

Segundo Van Ussel (1980), o trabalho passava a ser um objetivo em si para a burguesia. A ociosidade era um pecado, a mãe de todos os vícios. O prazer pelo prazer, também um pecado. O corpo passa a ser transformado de órgão de prazer, em órgão de realização. A experiência de realização se opunha, nesse período, à experiência voluptuosa. A ambição e a reputação eram cultivadas para a ascensão social, que agora não se dava por razões divinas e nem por herança de nobreza. Mas por trabalho, ambição e reputação. A civilidade era cultivada, e as boas maneiras necessárias para a

ascensão social.

Para Áries (1981) este processo de modernização provocou uma maior “intimização” das emoções, o sexo passou a ser domínio privado da existência. As representações medievais mostram cenas que se davam na rua, pois as casas eram abertas. Não havia fronteiras entre o exterior e o interior, assim como as casas gregas, dos romanos, e dos árabes atuais. No dizer de Araújo (1977) assim como as casas eram abertas, o psiquismo era aberto, não havia intimidade. A casa, por dentro, também se modificou. Antes só havia a cozinha e a sala onde todos dormiam patrões, empregados e crianças. As camas e as mesas eram de armar. Quando havia quartos, esses também não tinham privacidade, pois para se entrar ou sair de um cômodo, passava-se por dentro de outro. No século XVII, a progressiva “intimização” se manifestou também nas construções e no mobiliário. A casa ganhou quartos, os quartos ganharam camas, e as camas dosséis. O conforto data desta época, e junto com ele nasceu a intimidade, a discrição e o isolamento. A interiorização, segundo Van Ussel (1980), conduz a uma tensão interior, a uma repressão à sexualidade – uma repressão dessa época – e que determina uma série de regras de boa educação e preceitos morais que preconizavam um respeito mútuo constante, a fim de não aumentar as tensões sociais.

Paulatinamente, vai se instituindo um duplo padrão moral, que terá seu ápice ao longo do século XIX, a sexualidade terá seu laço desvinculado do prazer. O sentimento de infância já estará presente. Saúde e educação já são fontes de preocupação familiar. A população cresce mais rapidamente. Thomas Malthus propõem que as pessoas se casassem mais tarde, como solução para o controle da natalidade.

É importante notar, diz Araújo (1977) que o protestante alemão do século XIX agia da mesma forma que o católico francês da mesma época. Isto porque, um

conjunto de fatores culturais, religiosos, econômicos, sociais, biológicos e psicológicos determinam a atitude que o indivíduo tem perante a sexualidade. Para a autora, o auge da repressão sexual se deu no século XIX, e houve uma outra lenta transformação até os nossos dias, em que se procura passar de uma atitude anti-sexual para uma atitude pró-sexual.

Essa “nova” emancipação sexual, se desenrola de 1870 até a primeira guerra mundial. Mesmo período da vida e obra de Freud, que publicou em 1905 os Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade, introduzindo a teoria da libido onde postula a sexualidade infantil. O trabalho provocou inúmeras reações numa Europa ainda vitoriana. Nessa época, temas como a dupla moral, a continência, a ignorância sexual, e a situação da mulher, eram, freqüentemente, abordados pelos escritores.

Um segundo período de crescimento dessa nova emancipação da sexualidade, se dá entre as duas guerras mundiais do século XX. É época do rádio, do cinema, do telefone, do automóvel, do avião. A ciência avançando rapidamente. As guerras alteram as condições de trabalho, econômicas e de mão de obra. É a época em que em decorrência principalmente da guerra, transformam-se padrões de organização familiar, em razão da demanda de participação de todas as forças de trabalho. Debates sociais relacionados aos direitos da mulher, iniciados no final século anterior pelo direito de voto, ganham aqui outra dimensão em razão do crescente ingresso das mulheres no mercado de trabalho, demandado pela guerra e pelas necessidades econômicas.

Um terceiro período data do pós-guerra. Em 1956, Gregory Pincus e colaboradores desenvolveram o primeiro contraceptivo oral eficaz. A pílula passou a ser comercializada na década de sessenta. Com a comercialização da pílula foi possível

desvincular o sexo da procriação. Os movimentos feministas passaram a questionar a virgindade, o aborto, o casamento. É também deste período que datam as pesquisas específicas sobre comportamento sexual, os relatórios de Kinsey (1948), de Masters e Johnson (1966). Trata-se de investigar o comportamento psicossocial, as preferências sexuais, as respostas fisiológicas e o ciclo de resposta sexual humana. As décadas de sessenta e setenta viram surgir, com a geração baby-boom, de crianças nascidas no pós-guerra, um movimento de contra-cultura. Cultuando o amor livre, a nudez em público, o retorno a natureza, a paz, os comportamentos liberais em relação a sexualidade de um modo geral. E, com amplo questionamento sobre a cultura, o totalitarismo, as guerras, e produzindo debates sobre direitos humanos também de um modo geral.

A Igreja Católica permaneceu condenando os meios artificiais de controle da natalidade. Em 1978 nasceu o primeiro bebe de proveta. A década de oitenta viu surgir uma nova epidemia, a Aids, que capaz de ser sexualmente transmissível. E, de alterar o comportamento dos indivíduos, de aguçar debates em relação à homossexualidade, e de imprimir novos rumos nas pesquisas científicas.

A mesma década de oitenta viu surgir a internet e junto com esta a globalização. Hoje se fala em informação, se pensa em informação, muda-se de comportamento em razão da informação. O conhecimento fica mais democratizado devido à informação de acesso rápido. Tudo isso imprime um sentido à sexualidade dessa época.

O sentido dado à sexualidade pelos valores e fatores de nossa época, como ocorreu em momentos históricos anteriores, só tende a ser amplamente apreendido, no a posteriori. Mas pode ser investigado, na atualidade, mediante os referenciais teóricos específicos relacionados aos estudos sobre sexualidade existentes.

Ao se estudar um tema que envolve a sexualidade da mulher, deve-se vislumbrar os referenciais teóricos relativos ao estudo da sexualidade. Para, em seguida, indagar sobre o que há, dentre as abordagens, de distinto em relação à compreensão sobre a feminilidade.

4.3 – As abordagens sobre a sexualidade: limites e possibilidades para a compreensão da identidade das mulheres

Os conceitos sobre a identidade das mulheres se desenvolveram a partir de determinados marcos teóricos. Esses marcos teóricos influenciaram a constituição de significados sobre a identidade das mulheres e as demandas políticas das mulheres ao longo dos últimos cem anos. Tanto em relação aos movimentos de afirmação, quanto em relação às questões relativas à saúde das mulheres, dentre outras.

Norteando essa análise pela formulação de Foucault de que os estudos sobre o sujeito e o sexo são historicamente determinados, podemos considerar de antemão que todas as produções sobre a sexualidade, em geral, e sobre a sexualidade da mulher, em particular, estão configuradas em amplas tendências de pensamento que produziram representações em diversas disciplinas.

Para Terto Jr. (1999) essas amplas tendências de pensamento são o essencialismo, o construtivismo social, e o interacionismo. O essencialismo procura explicar os fenômenos relacionados à sexualidade com referência a um tipo de verdade ou essência, um padrão universal organizado pela própria natureza.

O essencialismo pode ser entendido como um corpo de construtos teóricos que surgiu na onda do evolucionismo, por volta do final do século XIX. Os adeptos destas teorias propõem significados universais, fixos e imutáveis para o comportamento sexual dos indivíduos. De acordo com suas idéias, a sexualidade humana está enraizada na biologia, num instinto heterossexual normal destinado a procriação. Qualquer desvio seria considerado patológico, ou sintoma de uma fraqueza hereditária ou conseqüência de outros fatores, como socialização e influencias da família. Os homossexuais, por exemplo, eram vistos como pervertidos ou invertidos.

O essencialismo procura explicar os fenômenos relacionados a sexualidade com referencia a um tipo de verdade ou essência, uma padrão universal organizado pela própria natureza. O sexo é tratado como uma força natural, um instinto internalizado no individuo, e passível de ser deformado pela sociedade. Nesta perspectiva, estão autores como Havelock Ellis e Alfred Kinsey. Para outros, segundo Terto Jr. (1999), instinto é uma força ameaçadora que mereceria o controle da sociedade. Em alguns aspectos, mesmo da psicanálise, a sexualidade seria ameaçadora da cultura.

As correntes mais conservadoras do essencialismo consideram que sendo uma força ameaçadora, a sexualidade deve ser controlada através de instituições culturais como o casamento, a monogamia, a heterossexualidade, a família nuclear.

O mesmo autor identifica como expoentes da corrente mais liberal do essencialismo, autores como Wilhelm Reich e Herbert Marcuse. Para estes a sexualidade deveria ser liberada em todas as suas variações. Estas concepções influenciaram os movimentos sociais de liberação sexual, nos anos 60 e 70.

O surgimento das teorias essencialistas, no final do século passado,

marcou o nascimento da sexologia e da pesquisa científica em sexualidade, que passou a ser baseada nos instintos e impulsos internos, enfocando principalmente a conduta individual, e colocando em segundo plano os aspectos sociais e culturais. Ainda assim, teve grande influencia não só na medicina, como também nas ciências sociais. Autores como Kraft-Ebing e Havellock Ellis, estão entre os fundadores da ciência sexual moderna e adotavam esta perspectiva. As teorias essencialistas foram e continuam sendo utilizadas ainda. Trata-se,[portanto, de tendências na abordagem a sexualidade, mais do que propriamente uma única teoria.

O construtivismo social surge entre o final dos anos 60 e início dos anos 70, tais teorias tentam explicar a sexualidade como um construto social. Para o construtivismo social, a sexualidade seria adquirida, podendo ser uma escolha ou uma opção. Os adeptos do construtivismo mostraram com exemplos históricos e antropológicos, que a sexualidade é um produto de forças históricas e sociais. Em vez de considerar a sexualidade como o mais natural elemento na vida social dos seres humanos, como algo bom ou mau que resistiria as forças culturais, eles viam (e vêem) a sexualidade como uma construção histórica e social.

Enquanto na tradição essencialista a sexualidade é algo fixo, universal, continuo determinada por fatores biológicos e fisiológicos invariantes, apoiado suas premissas na biologia e na medicina. O construtivismo contraria essa visão permitindo mais flexibilidade e variabilidade no tempo e espaço, sendo muito mais receptivo as mudanças, rupturas e descontinuidades na constituição da sexualidade. No construtivismo, os níveis individual e cultural se confundem.

A identidade sexual também é fruto dos processos de socialização dos indivíduos. Sendo esses, governados por tradições culturais, papéis de gênero, classe,

historia familiar. Isso não significa dizer que os indivíduos, mediante seus processos de subjetivação não sejam únicos, mas que em interação com os outros criam suas próprias identidades.

As influencias nesta perspectiva são a antropologia, a sociologia, a filosofia existencialista, a psicologia. Há uma tendência inter ou trans disciplinar nesta abordagem. São relativizadas as explicações naturais, os instintos não são independentes no espaço e no tempo, são direcionados, cooptados, ou como é para a psicanálise, a pulsão se apóia no biológico, mas não se esgota neste.

Alguns pressupostos da psicanálise também vão estar inseridos nesta perspectiva. Embora o surgimento desta abordagem tenha se constituído nas décadas de 60 e 70, encontra-se na obra de Freud, contemporâneo do início do essencialismo, “viradas” ao longo de sua obra, decorrentes de elaborações teóricas relacionadas a sua clinica com pacientes mulheres, que se inserem numa mudança de perspectiva do essencialismo da época, para um esboço do construtivismo como denominamos hoje.

As abordagens construtivistas permitem pensar sobre como a sexualidade se torna uma identidade, as representações que interagem nos níveis individual e social. Por fim, permite distinguir os atos sexuais das identidades sexuais.

Duas abordagens são proficuas para pensar a sexualidade de uma perspectiva construtivista – a psicanalítica freudiana e de outros autores, e a discursiva foucaultiana. Embora partindo de diferentes objetos de estudo – as fontes sociais da conduta humana, o inconsciente e o poder – existem pontos de conexão entre elas. Trata-se de rejeitarem o sexo como domínio autônomo.

Para Foucault a sexualidade é organizada não por repressão, mas através da definição e da regulação. A regulação ocorre mediante a criação de categorias

sexuais, homossexuais, ninfomaníacas, etc. Para Foucault são os discursos que organizam nossa relação com a realidade, ou melhor, a linguagem estrutura o real. O social para ele é mais do que scripts, papéis, expectativas. São discursos produzidos e operados por saberes que criam a sexualidade como objeto de conhecimento e preocupação sociais. Para ele a sexualidade seria, portanto um aparato histórico e, o sexo, uma idéia decorrente da criação de dispositivos discursivos. Sua análise da sexualidade se dá mediante a construção de uma genealogia, que localiza e examina a emergência de discursos sobre a sexualidade através da história. A história destes discursos se transforma na história da sexualidade.

Outra contribuição da teoria de Foucault é a análise das complexas relações entre o poder e conhecimento, ou saber, como ele denomina. Em Foucault (1979) o poder não é uma estrutura, uma instituição ou potência, da qual alguns seriam dotados, em detrimento de outros, mas sim uma multiplicidade de relações e correlações de forças e estratégias dentro de uma determinada sociedade. O poder não seria um exercício de repressão de opressores sobre oprimidos, mas a produção de conhecimentos, discursos, práticas, técnicas e definições para controlar; não mais por ameaças de morte e castigos, como nas sociedades pré-modernas, mas através da regulação dos corpos e prazeres e da administração da vida.

Para Foucault (1979) os discursos sobre a sexualidade emergiram da inter-relação entre saber e poder, enquanto o sexo seria privilegiado por seu acesso à vida do corpo e à vida das espécies. Neste sentido, a sexualidade foi criada como um fato, um espaço de exercício de poder, com vistas ao controle social. Esta categoria teria sido criada por saberes da época, principalmente biomédicos, para melhor, conhecer, vigiar e controlar os tipos sexuais, principalmente aqueles ditos perversos.

Um outro aspecto importante da teoria de Foucault diz respeito à idéia de resistência, pois, onde haveria exercício de poder, também se estabeleceriam mecanismos de resistência.

Terto Jr. (1999) considera que as características construtivistas dos referenciais de Foucault e Freud se coadunam para compor uma terceira perspectiva que ele denomina de interacionista. No interacionismo foucaultiano a história funcionaria como pano de fundo na qual os processos sociais aconteceriam, porém o que é enfatizado são a subjetividade e o impacto de eventos particulares nos quais os indivíduos seriam rotulados, e não a efetividade histórica em determinar e produzir idéias. Para Foucault e para a psicanálise a história não é a do homem, mas sim a história de determinadas estruturas de relações sociais das quais os homens e mulheres seriam os sustentáculos.

Enquanto Foucault realiza sua genealogia, a psicanálise se calca em pressupostos supra-históricos como por exemplo, o Complexo de Édipo, que é considerado universal para a compreensão de como os indivíduos se tornam humanos e entram no mundo da cultura, como se estrutura o patriarcado e sua influência em determinar papéis e posições sociais, entre outras questões. Para a psicanálise, a lei do pai, o medo da castração e a entrada na ordem simbólica (linguagem), caracterizam o momento do Complexo de Édipo de instigação o desejo.

Para Terto Jr. (1999) apesar da inclinação das idéias lacanianas, a história da psicanálise continua marcada por uma oscilação entre pressupostos essencialistas e idéias construtivistas. Freud, ao mesmo tempo em que baseava a sua teoria em conceitos como pulsões inatas, libido e necessidades fisiológicas, também reconhecia a força das relações sociais, principalmente familiares, na constituição da sexualidade e das

emoções dos indivíduos. Esta oscilação, para o autor, tem sido uma característica desta teoria, até os dias de hoje.

Enquanto os adeptos da psicanálise médica mais conservadora estão mais inclinados aos pressupostos essencialistas, enquanto os psicanalistas mais radicais tenderiam a uma visão mais construtivista da sociedade. Mesmo na obra de dissidentes da psicanálise como Wilhem Reich e Herbert Marcuse encontra-se esta oscilação. O primeiro, apesar de reconhecer a pressão das forças capitalistas na sexualidade, principalmente na classe trabalhadora, não abdicava da sua crença na “naturalidade” da heterossexualidade, por exemplo. Marcuse, apesar de reconhecer a importância dos fatores sociais na organização dos prazeres e do corpo, principalmente a opressão do capitalismo sobre homens e mulheres, acreditava na base orgânica do desejo e via, na sexualidade, uma força interna positiva que deveria ser liberada para a construção de uma sociedade menos repressiva e mais tolerante.

Por outro lado a releitura mais recente da psicanálise, realizada por autores como Jacques Lacan, enfatizou a importância de fatores como a linguagem, os significados sociais do feminino e masculino, principalmente no que diz respeito à compreensão das estruturas patriarcais e das relações sociais na conformação do desejo, ainda que sejam mantidos os caracteres trans-histórico e pretensamente universal do Complexo de Édipo e dos conceitos de pulsão.

Devido à essas perspectivas a psicanálise veio a influenciar os estudos sobre a identidade feminina, sobre as relações de gênero e poder e diferenciações sexuais.

As críticas ao construtivismo – principalmente às tendências mais radicais de ênfase no social – são de não compreender os processos de subjetivação em

nível individual. Questões da construção subjetiva dos significados e das identidades sexuais são desafios, tanto para um construtivismo estrito, como para um essencialismo absoluto. Neste sentido, ao se privilegiar uma tendência construtivista ou interacionista para abordar questões relacionadas à sexualidade, os saberes psicológicos da psicanálise, das teorias das relações objetais, das teorias do desenvolvimento, ampliar-se a compreensão dos processos de construção de identidades, porque permitem compreendê-los tanto no nível individual, quanto social; ou no dizer de Terto Jr(1999) “não apenas como categorias, mas também como desejos”.

4.4 – As concepções psicanalíticas sobre a sexualidade feminina e a feminilidade

A Psicanálise é o campo, por excelência, no qual as questões relacionadas à sexualidade são compreendidas não somente como categorias, mas também como desejos. E que, mediante seus referenciais teóricos e conceituais permite articulações profícuas entre os aspectos sociais e os processos individuais de subjetivação nos estudos sobre a identidade feminina.

Já o pensamento de Foucault, enriquece os estudos sobre a sexualidade e as identidades ou os processos de subjetivação de diversos modos. Tanto por suas concepções sobre o poder e o saber; e a contribuição destas para o estudo do gênero como categoria útil para análise histórica das relações e da sexualidade, que serão desenvolvidas mais adiante quando abordarmos as inter-relações entre gênero, saber e poder. Quanto por sua genealogia realizada em relação à Psicanálise.

A formulação de Michel Foucault de que os discursos sobre o sujeito e o sexo são historicamente determinados, norteiam a análise de autores como Birman

(2001) em “Gramáticas do erotismo – a feminilidade e as suas formas de subjetivação na psicanálise”; e de Néri (2002) em “O encontro entre a psicanálise e o feminino – singularidade e diferença”. Nestes autores, a psicanálise é considerada para fins de análise, como uma produção discursiva singular que emerge para dar conta de uma diferença que, em razão da entrada do feminino na cena social não pôde mais ser evitada.

Para Néri (2002), o feminino, ao se apresentar como outro, vem desconstruir o universal, conjugado durante séculos no masculino, instalando a questão da diferença sexual no cerne da psicanálise. A riqueza e a singularidade da psicanálise estando, justamente, no fato de ela ter se constituído na tensão discursiva – presente na obra freudiana – entre dar voz a esse outro, singular, e a reafirmar o masculino como universal na cultura.

A associação entre o feminino e o discurso psicanalítico é considerada uma evidência, isto porque o feminino está na origem da psicanálise, a histérica sendo a figura matricial do discurso analítico. A psicanálise é, por conseguinte, o advento de um discurso que se funda a partir de uma interrogação sobre o feminino. As indagações sobre o feminino perduram até o final da obra de Freud quando ele indaga – afinal o que quer uma mulher?

Diversos autores retomam esta questão freudiana: Smirgel (1998) em a “Sexualidade Feminina”; André (1995) em “As origens femininas da sexualidade”; Badinter (1989) em “O que é uma mulher?”; André (1989) em “O que quer uma mulher?”; Laplanche (1993) em “Freud e a sexualidade, o desvio biologizante”; Bleichmar (1988) em “O feminismo espontâneo da histeria”.

Na literatura psicanalítica os autores retomam a questão freudiana do

final de sua obra, quando percebeu implicitamente o paradoxo existente no contexto social que se impunha às mulheres, o paradigma androcêntrico como denominamos hoje. Isto, ao mesmo em que em sua teoria sobre a sexualidade ele já havia elaborado elementos relativos a constituição da feminilidade e da sexualidade feminina mediante a construção de estruturas como o complexo de Édipo e da angustia de castração.

O complexo de Édipo e a angústia de castração se caracterizam em ser as fases que coincidem com a descoberta da diferença sexual entre os dois sexos biológicos. Na teoria freudiana, ambos sexos são regulados pelo monismo fálico.

De acordo com Laplanche (1967) o uso do termo falo por Freud, e de um modo mais sistemático na psicanálise contemporânea, referem-se, mais ou menos explicitamente, ao uso deste termo na Antiguidade, em que designa a representação figurada, pintada, esculpida do órgão viril, objeto de veneração que desempenhava um papel central nas cerimônias de iniciação, nos mistérios. “Nessa época recuada, o falo em ereção simbolizava o poder soberano, a virilidade transcendente mágica ou sobrenatural, e não a variedade puramente priápica do poder masculino, a esperança da ressurreição e a força que pode produzi-la, o princípio luminoso que nem tolera sombras nem multiplicidade e sustenta a unidade que brota eternamente do ser. Os deuses itifálicos Hermes e Osíris encarnam esta aspiração essencial”.

Esse valor simbólico do falo é que predispôs Freud a denominar de fase fálica a fase de organização infantil da libido caracterizada por uma unificação das pulsões parciais sob o primado dos órgãos genitais, mas, ainda diferente do que será na puberdade, pois a criança, de sexo masculino ou feminino, para a psicanálise, só conhece nesta fase um único órgão genital, o órgão masculino e a oposição dos sexos é equivalente à oposição fálico-castrado. A fase fálica corresponde ao momento

culminante e ao declínio do complexo de Édipo, o complexo de castração é aqui predominante, para ambos os sexos biológicos.

Sendo que, a constituição da sexualidade, ou de sua compreensão se dá de modo inverso nos dois sexos. Para Freud em “O Declínio do Complexo de Édipo” (1924), no menino o complexo de castração marca o declínio do complexo de Édipo, quando este sente sob ameaça perder seu pênis face a masturbação, e que vai gerar as possíveis identificações, em razão dos conflitos libidinosos vividos em relação as figuras parentais. Na menina, seria o contrário, ou seja, o complexo de castração é o promotor dos desejos edipianos. O complexo de castração, ou seja, a percepção da ausência de pênis, ou a inveja do pênis, faz com que a menina deseje substituir sua ausência por um substituto, um filho, sendo, portanto a castração o promotor do Édipo feminino. Autores como Helene Deutsch (1925) vão abordar outros aspectos da psicologia feminina em relação à reprodução. Ela aborda o tema da vagina denegada pela menina por temor da penetração na infância, retoma aspectos relacionados a masturbação na infância em relação a menina. Ela considera o parto o apogeu do prazer sexual, e o coito como possibilidade de reconstituição da relação mãe-filho, o protótipo da genitalidade feminina seria a oralidade, a vagina, como uma boca. Sendo a sexualidade e as funções de reprodução inseparáveis na mulher, definindo uma possibilidade que permitiria superar uma série de traumas. Outros autores vão questionar ou rever as concepções freudianas sobre a sexualidade em diversos aspectos, este sendo apenas um exemplo dos diversos questionamentos existentes em torno do paradigma freudiano, qual seja, o menino torna-se homem mediante a ameaça de castração, e a menina – que para Freud seria na vivência em relação a mãe, também um homenzinho – como vem a “tornar-se uma mulher”.

Em “Algumas conseqüências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos” (1925) Freud vai considerar que “enquanto no menino o complexo de Édipo sucumbe ao complexo de castração, nas meninas ele torna-se possível e é promovido por este”. Nos dois casos, o complexo de castração inibiria a masculinidade e encorajaria a feminilidade, devendo-se os efeitos do complexo de castração às diferenças anatômicas entre os dois sexos.

O superego seria o herdeiro do complexo de Édipo. No menino, o complexo de castração resulta não somente em uma repressão dos desejos edipianos, mas em uma destruição de todo o complexo, os investimentos libidinais sendo abandonados, dessexualizados e em parte sublimados e incorporados ao Ego, onde formarão o núcleo do superego. Na menina, ao contrario, falta o motivo da destruição do Édipo, visto que a castração já surtiu seus efeitos, ou seja, ela já percebeu a castração como tendo sido realizada, o Édipo assim, apaga-se lentamente ou é reprimido, ou ainda pode persistir ao longo de toda a vida mental da mulher. Para Freud o superego feminino “jamais é tão inexorável, tão impessoal, tão independente quanto o do homem”. De acordo com Smirgel (1988), Freud rebela-se contra os feministas que “estão ansiosos para nos fazer admitir que os dois sexos são completamente iguais quanto à sua posição e seu valor”, mas a bissexualidade do homem e da mulher permite nuances as posições teóricas.

Posteriormente em a “[Sexualidade Feminina” (1931) Freud vai abordar o tema da mudança de objeto na menina, a observação sobre a mudança de órgão do clitóris para a vagina, e vai esboçar aspectos relacionados a bissexualidade do homem e da mulher ao abordar temas como a passividade e atividade e feminilidade e masculinidade. Em seguida em “A feminilidade“ (1932) Freud vai abordar

explicitamente o problema da bissexualidade nos dois sexos. A feminilidade caracterizando-se, para ele, no sentido psicológico, por uma inclinação para objetivos passivos, o que não é o mesmo que passividade, uma vez que é necessário uma grande atividade para alcançar objetivos passivos. “Abstenhamo-nos, entretanto, de subestimar a organização e a influência da organização social que, também ela, tende a colocar as mulheres em situações passivas. Tudo isso é ainda muito obscuro...” As regras sociais e sua própria constituição forçam a mulher a reprimir seus instintos agressivos, daí a formação de tendências fortemente masoquistas que conseguem erotizar as tendências destrutivas dirigidas para o interior, o masoquismo é, portanto, como foi dito, essencialmente feminino”. Ele permanece com suas análises anteriores, com a questão de como o ser bissexual que é menina chega a tornar-se uma mulher, e com questões relacionadas as diferenças entre o superego forte e inexorável masculino, e ao superego fluido e flexível da mulher, e uma rigidez libidinal muito maior nas mulheres, que não constroem um superego poderoso e independente. ”Um homem com cerca de trinta anos é um ser jovem inacabado, suscetível ainda de evoluir.... Uma mulher com a mesma idade, ao contrario, assusta-nos pelo que nela encontramos de fixo de imutável, ...nenhuma esperança de se ver realizar-se aí uma evolução qualquer, tudo se passa como se o processo estivesse acabado, ao abrigo de qualquer influencia, como se a penosa evolução para a feminilidade fosse suficiente para esgotar as possibilidades do individuo”. Assim nesse ultimo artigo ele retoma as posições anteriores, salientando, ainda mais, o papel do complexo de castração.

Para Néri (2002) o texto freudiano sobre a sexualidade feminina apresenta-se como obra aberta, inacabada, que se encerra em uma tensão entre o impasse do feminino referido à lógica fálica e o passe da feminilidade formulado por

Freud em 1937 em “Análise terminável e interminável”. Agora, o feminino se refere à posição feminina na dialética fálica, que instaura a diferença masculino-fálico-atividade/feminino-castrado-passividade. A sexualidade feminina designa a sexualidade da mulher na lógica fálica e a feminilidade indica um erotismo não mais regulado pela lógica fálica, deixando à mostra um eixo de subjetivação, erotização e sublimação que inaugura novas possibilidades de inscrição do sujeito na cultura como singularidade e diferença.

Para a autora, os conceitos freudianos de pulsão perverso polimorfa e feminilidade indicam um discurso de subversão. O primeiro indica a radicalidade do discurso psicanalítico, ao romper tanto com o discurso essencialista sobre a diferença sexual, pondo por terra qualquer possibilidade de satisfação e complementaridade na sexualidade humana, quanto com uma construção dessa diferença referida a uma ordem simbólica universal, enuncia um sujeito da mobilidade pulsional em permanente tentativa de inscrição de sua singularidade ética e estética. A novidade da psicanálise em relação a filosofia e a ciência decorre do fato de abordar a maneira singular pela qual cada ser humano realiza a experiência do prazer em sua lógica paradoxal. Ao enunciar o sujeito da feminilidade, a psicanálise, apostou não no apagamento das diferenças, mas sim na afirmação de sujeitos irredutivelmente singulares em sua diferença.

Para Birman (2001), no discurso freudiano o operador fálico é o construtor tanto da sexualidade feminina quanto da masculina, ambos se ancorariam igualmente no falo. Em sua radicalidade Freud teria mesmo apostado ao supor a pregnância do homossexualismo e o apagamento da diferença sexual na modernidade, em função da colocação do falo como referencial e paradigma nos sexos masculino e feminino. A própria sexualidade infantil foi concebida como fundada no falo, como

mediação necessária da perversidade-polimorfa e do auto-erotismo, e seria a possibilidade da condição alucinatória do desejo. O erotismo como atividade, contrapondo-se então à passividade, se identificaria com o próprio desejo e se fundaria na figura do falo. Foi nessa posição conceitual que a feminilidade foi concebida na psicanálise. A feminilidade indicaria um outro registro psíquico, que se contraporaria ao anterior, centrado no falo. No registro da feminilidade não existiria o falo para o sujeito, este seria regulado por uma ausência, um faltante.

Por isso, segundo Birman (2001), no discurso freudiano tanto as mulheres quanto os homens teriam horror à feminilidade, pela ausência do falo. Como consequência existiria uma forma de recusa da ausência do falo pelo terror que esta provocaria na subjetividade, que se organizaria pela oposição sistemática contra a feminilidade. A ordenação das sexualidades masculina e feminina, portanto, se faria pela inscrição do falo no psiquismo, sob a forma de ser e do ter o falo, com todas as consequências disso. O monismo sexual centrado no falo se faria contra a feminilidade e como recusa a esta, se enunciando sob a forma das sexualidades masculina e feminina.

Para Birman (2001), ao formular isso, contudo, o discurso freudiano também enunciou que a feminilidade estaria na origem do psiquismo. Esta seria agora o originário e não mais o psiquismo centrado no falo. Para o autor esta seria a novidade teórica do discurso freudiano, no início a masculinidade era a origem do psiquismo, pela introdução do falo no psiquismo, a origem se deslocaria para a posição estratégica da feminilidade, justamente pela ausência do referencial fálico. Sendo a ordem fálica uma recusa e até mesmo uma oposição ao registro originário da feminilidade. Esta seria a novidade freudiana, e uma inversão do modelo ocidental vigente, já que com a inscrição da feminilidade como origem, o masculino não estaria na posição de originário.

De todo modo, deve-se observar que a questão envolvendo o enigma da feminilidade ou de sua complexidade na psicanálise, é observada por muitos autores sob pontos de vista relativamente variados. Kusnetzoff (1982) observa que desde os tempos de Freud o menino foi sempre tomado como eixo de referencia no desenvolvimento do processo de finalização do complexo de Édipo, na observação da constituição da sexualidade. E indaga “sabemos que o desenvolvimento objetal na menina é mais complicado, mas devemos confessar que não sabemos se é mais complicado estruturalmente falando ou se, por ser observado sob o prisma da masculinidade, aparece sempre descrito como uma transgressão”.

Outros autores como David (1988) consideram que o criador da psicanálise não estava isento nem de prevenções nem de reações passionais ao abordar como denominou o “continente obscuro da feminilidade”. Para este autor se concordarmos com Freud de que é em correlação com o medo de castração, ou de que é a surpresa e inquietude nascidas da comparação do sexo feminino com o sexo masculino que provocam as reações fundamentais que devem marcar a sexualidade, e com ela toda a personalidade adulta, o estudo que se baseia na sexualidade feminina reveste-se de um valor particular, já que é o sexo feminino que constitui o *primum movens* da inquietação sexual infantil, tanto na menina, quanto no menino. A questão é o sexo feminino, vivido como falta, ausência e testemunha de castração, mais que o sexo masculino. Para David (1988) “o sexo feminino é o enigma essencial, quase não menos para menina que para o menino, nem sempre somente durante a infância, conforme o atesta tanta ignorância, desconhecimento e erros, em grande quantidade de mulheres, no que se refere a seu próprio sexo e a seu próprio funcionamento genital”. O sexo masculino também comporta mistério, mas esse mistério, seria igual para ambos os

sexos durante a infância, qual seria o elo entre o sexo masculino e o feminino, não visível. Cada sexo, na origem, tanto para si mesmo quanto para o outro, comportaria um enigma perturbador.

Contudo, para David (1988) o mistério que envolve o sexo da mulher não se resolve ou se esgota com o conhecimento racional e científico, mas na vivência afetiva e instintual profunda. Como prova, cita o autor, estão os clichês concernentes ao mistério e ao eterno feminino, e toda a luxuriante e complexa mitologia elaborada em relação à mulher e a sua sexualidade. Tanto o homem quanto a mulher, quando crianças, ignoram a sexualidade que lhes é estranha, mas ainda adultos, continuam a desconhecer o que há, em cada um, do outro, e se a apreendem, é geralmente mediante a perversão, ou em seja, devido a bissexualidade da natureza humana. Para este autor, também a idéia que fazemos da sexualidade em geral; e da sexualidade feminina, em particular, é fruto da concepção e das influências masculinas. É em razão tanto dos componentes bissexuais do psiquismo humano ou da pulsão sexual, quanto das coordenadas sócio culturais e antropológicas, que se impõe a realidade de uma verdadeira intersubjetividade sexual e que, mesmo na psicanálise, não se desemboca num autismo sexual. Há uma comunicabilidade, uma reciprocidade possível das experiências sexuais, e compreender, inclusive o que nos é desconhecido, em razão da nossa diferença, onde poderíamos nos acharmos excluídos.

Mas esse reconhecimento é que, segundo o autor, é obscurecido pela mitologia sexual masculina referente as mulheres, que predomina e repercute na mentalidade feminina, a qual consiste em ver a mulher como um homem fracassado. O autor cita diversas convicções inferiorizantes ou idealizadoras, na atitude mental dos homens frente à sexualidade das mulheres. Cita algumas reações masculinas

significativas em relação as formas femininas, ao aparelho sexual, a menstruação, a deflora;ção, ao parto, a amamentação, a menopausa. E a variação dessas reações pelos homens em relação as mulheres: um homem pode expressar temor e repugnância pela penetração vaginal durante a menstruação, ver o clítoris como um substituto insignificante do pênis, conceber o hímen como termo de pureza, sentir constrangimento ou magoa durante a gravidez, sentir após o parto inveja ou raiva da mulher, sentir a menopausa como fim da vida sexual feminina. Outro poderá exaltar as formas femininas, glorificar a gestação e a maternidade em geral. Outro admirar a beleza e a sofisticação e buscar manter a distancia aspectos relativos a natureza feminina sentida como temida. O autor numa perspectiva Kleiniana considera mais do que as vicissitudes de um complexo de Édipo, a presença e persistência de modos relacionais orais arcaicos e ambivalentes, onde os valores libidinais e agressivos não são necessariamente excludentes, e estão presentes nas concepções distorcidas sobre as mulheres, numa espécie de revanche diante da ferida narcísica infligida pela mãe tanto no menino quanto na menina.

O contrario disto, seria uma posição teórica de preconizar uma “superioridade natural das mulheres”. Uma posição mais neutra ou desejável é a abordagem das características psicosexuais comuns e diferenciais dos dois sexos, de modo a permitir questionar qual o funcionamento sexual mais satisfatório ou adequado para esta ou aquela mulher, independente de qualquer preconceito de valor ou idealizações mascaradas, e da oposição entre um imperialismo masculino e um feminismo militante. De modo que as noções de virilidade e feminilidade, atividade e passividade, possam auxiliar a esclarecer o determinismo de idéias prontas sobre a sexualidade feminina, denunciar e afastar os principais preconceitos, a fim de permitir

um estudo mais autônomo sobre a sexualidade feminina, e não somente em função da sexualidade masculina em relação a feminina. A condição de possibilidade da compreensão da feminilidade depende de que se observe a influencia dos mitos masculinos em relação a ela, os impedimentos provocados pela influencia dessa mitologia, uma vez que são os homens que elaboram essa mitologia e que a fazem ser validada pelas mulheres.

O referencial psicanalítico de Lacan mantém a mesma perspectiva do referencial freudiano, para quem a lógica fálica conduz o feminino a um “impasse da maternidade” expresso na formulação freudiana de tornar-se mulher associado à maternidade e na proposição de Lacan de que a mulher só existe como mãe. De modo que o monismo fálico que pretendia desvincular a sexualidade do determinismo biológico, acaba por deixar o feminino atrelado à função da maternidade, e dando certa continuidade a tese essencialista com a qual tentava romper. Em Lacan, em face de um universal masculino, a mulher não existe. Ao formular que a mulher está não toda na função fálica, Lacan acaba por formular que a mulher só existe como negativa, e não como diferença.

É importante ressaltar que as concepções psicanalíticas sobre a sexualidade feminina são constituídas por Freud no contexto científico e social dos debates ocorridos durante século XIX. Vale dizer que estava em debate a medicalização da família e da mulher. A ênfase na saúde e no direito estavam relacionadas a questões da maternidade e da filiação e dos direitos relativos ao casamento. Se antes o filho era da mulher e se desconhecia o corpo feminino, agora se constituía um conhecimento anatômico sobre a mulher e sobre a genética relacionada a possibilidade de reprodução, ao mesmo tempo em que ocorriam mudanças nas estruturas sociais e econômicas com o

crescimento da família burguesa. Ocorre uma dissociação entre o amor identificado a ordem da família e da propriedade, e o erotismo que poderia ser usufruído pelos homens no circuito semicladestino da prostituição. Assim, as mulheres que se contrapunham ao modelo do casamento burguês, fosse por vontade pessoal, dificuldade social ou econômica, ou quaisquer outras razões compunham, nesse panorama do século XIX, uma galeria de personagens perigosas. Assim a prostituição, o infanticídio, a ninfomania, a histeria, a homossexualidade, a solteirona eram as figuras privilegiadas, no discurso médico e social, do desvio moral das mulheres ou de objeto de preocupação social. Isso porque em torno dessas figurações do feminino consideradas anômalas, estava sempre em questão a recusa da maternidade.

Em Birman (2001) a construção freudiana se funda no paradigma da diferença sexual construído no século XIX, sendo que deste se apossou o discurso freudiano para realizar uma leitura libidinal dos destinos do feminino. A interpretação freudiana do destino da mulher se funda nos valores instituídos naquele século, de modo que estes pré- conceitos estão na base dos conceitos propostos por Freud. Assim, diante da constatação da castração, a figura feminina poderia realizar diferentes percursos: a inibição sexual, a virilização e a maternidade.

Fraisse (1991) em artigo intitulado “Da destinação ao destino. História filosófica da diferença entre os sexos” observa sobre a Psicanálise que a mesma “nasce pela doença, pela histeria, doença das mulheres e do sexo decerto,mas também doença entre o corpo e o espírito. A psicanálise opera uma dupla ruptura filosófica: propõe uma teoria da sexualidade, um conjunto coerente de teses sobre a diferença entre o sexo e uma nova teoria do conhecimento fundada sobre a noção de inconsciente. Esta última, sem duvida revoluciona o conhecimento que o homem tem de si e do mundo. Em

contrapartida, a teoria da sexualidade é talvez menos original do que parece; com efeito, algumas das suas asserções lembram estranhamente a medicina filosófica do início do século e as tentativas de dizer as mulheres qual é a sua “destinação”. No entanto, na passagem do “sexo” à “sexualidade”, ela carrega elementos importantes para o debate: sobre a sexualidade de todos, homens e mulheres, adultos e crianças; sobre a separação, na mulher, entre sexualidade e reprodução; sobre a bissexualidade de cada um; sobre uma vida sexual não biológica, onde o instinto se chama pulsão... Tudo isso se esboça apenas em 1900, mas o jogo é doravante bem claro: a história da humanidade alarga-se à história individual, a análise da família desdobra-se e deixa ver seres distintos, tão pessoais que juntos formam “um romance familiar”. Neste quadro, a mulher deixa aparentemente de ser o “sexo”, o “belo sexo” tão caro à época clássica. Ela tem uma história, mas também um destino dado pela anatomia do seu “sexo”, dirá Freud. O termo é ambíguo: será mais rico que a destinação social proposta cem anos antes, rico da excepcionalidade de cada um? Ou será mais pobre que o papel social que se lhe supõe ligado, imagem de uma vida feminina sem liberdade plena? ”

Para Fraisse (1991) o debate do século XIX, no qual surgem as teorias sobre a sexualidade, a da psicanálise inclusive; constitui um debate sobre a destinação social, como responsabilidade face à espécie, ao destino individual elaborado na vida sexual e familiar, onde se inserem as representações sobre a mulher numa época, século XIX, que viveu a invenção do feminismo. Esta passagem segue a evolução geral do século, mas é também marcada pelas reações a autonomia possível do sujeito feminino.

Na atualidade existem novas formas de subjetivação na cultura. Como resultado: conjugalidade, casamento, reprodução, filiação podem estar ou não associadas, ocorrer ou não simultaneamente em uma mesma relação, para ambos os

sexos. Algumas representações sobre o feminino, tais como a maternidade, a erotização, a casa e o trabalho estão presentes nas narrativas das mulheres entrevistadas. A mulher "mãe", a mulher "trabalhadora", a mulher "levada" são formas as quais as próprias mulheres recorrem para descrever ou analisar a si mesmas. Estas formas podem estar simultaneamente associadas ou não. E vamos recorrer a essas denominações para ordenar a nossa análise.

4.5 – A Tarefa da Prevenção na Esfera da Sexualidade

Um segundo aspecto a considerar quando se pensa sobre a sexualidade das mulheres portadoras de patologias precursoras de câncer ginecológico, refere-se as modalidades de prevenção relacionadas a adesão à prática das consultas médicas, ao uso de preservativos em decorrência da aquisição de vírus, a aquisição de informações e mudanças de hábitos, ou seja, a questão das demandas de natureza epidemiológica e as dificuldades de adoção dessas práticas pelas mulheres em função do próprio contexto psicossocial.

Para isso, deve-se considerar que a sexualidade e o comportamento sexual de mulheres e homens se dão em um contexto, ou melhor, estão apoiadas nas relações de gênero que tecem os padrões de relacionamento sexual. E que, essas mesmas relações de gênero, são demarcadas por desigualdades sociais e por diferenças biológicas, que acabam por suscitar uma maior vulnerabilidade das mulheres às doenças sexualmente transmissíveis, em geral, das quais o câncer de colo de útero é uma, em particular.

Rouco (1999), em artigo intitulado "a sexualidade e mudanças de

comportamento” aborda as dificuldades de estratégia de prevenção da Aids. Nele, o autor acaba por historiar as mudanças nas campanhas e no comportamento dos agentes de saúde. Ao longo da década de noventa as estratégias apostavam exclusivamente nas mudanças de comportamento sexual, considerando que as informações seriam suficientes para que os indivíduos adotassem novas atitudes na esfera da sexualidade.

Com o tempo, o resultado de diversas pesquisas foi revelando serem insatisfatórios esses dados, uma vez que os atores adotavam comportamentos mediante os quais manejavam conforme suas possibilidades e conveniências as informações recebidas. Ou seja, criavam as suas próprias estratégias de defesa, as quais não seguiam, necessariamente, as determinações absolutas das informações veiculadas nas campanhas.

As pesquisas apontaram então para a adaptação ao risco de contaminação, como sendo “um compromisso entre a saúde e as pulsões sexuais, o domínio do ato sexual e a imagem de si construída em torno da sexualidade, e entre o risco de contágio e o risco de solidão”. E concluíam ser necessário não somente que a pessoa estivesse convencida, mas que fosse capaz de convencer os outros sem comprometer sua imagem, sem se expor a rejeição sexual e afetiva. Um exemplo de estratégia defensiva seria a de escolher parceiros sexuais entre grupos de amigos.

Assim, foi que o modelo das pesquisas quantitativas que avaliavam conhecimentos, atitudes e práticas, apesar de terem trazido um leque descritivo de informações, revelaram a brecha entre o conhecimento e o nível de adoção ou não de condutas de prevenção, por não serem capazes de indagar o porquê dessas situações. E talvez não seja mesmo só o “porquê”, mas também o “como” se dá esse processo de aquisição, recepção de informação, de manejo, de resistência, de comparação por parte

de quem recebe informações ou assistência. Isto acabou por conduzir as pesquisas e as estratégias para um movimento do individual ao social, e ao relacional.

Pesquisas semelhantes foram e ainda tem sido realizadas em relação ao câncer de colo de útero, indagando sobre a adesão e não adesão aos exames, como já foi dito anteriormente, e também permitiram descrever e perceber brechas entre o conhecimento e a adesão. Sendo que, no caso do câncer de colo de útero, mesmo as informações, nem sempre são claramente veiculadas. É curioso notar que mesmo sendo uma doença mais nova, as pesquisas de cunho social tem avançado mais nas análises comportamentais em relação a Aids, talvez, por envolver ambos os sexos e todos os gêneros.

De acordo com Rouco (1999) o modelo de pesquisa quantitativa objetivava um sujeito a-histórico – sem contingência – e a-social – sem sentidos nem conflitos, amputado de sua singularidade devendo dominar sua vontade de uma forma racional. Nos modelos qualitativos, a sexualidade aparece fundamentalmente social e histórica, no coração das praticas com seus significados.

Em relação ao câncer de colo de útero as dificuldades das mulheres são diversas, além da vulnerabilidade exclusiva, também aqui, as mulheres tem menor poder de barganha para exigir o uso de preservativos. A informação é um primeiro passo num processo de conscientização. Além disso, é necessário que a informação forneça instrumentos para fortalecer o poder de barganha e de convencimento, de modo a permitir um “empoderamento” maior das mulheres onde são mais vulneráveis.

Bourdieu (1998) fala em uma “cumplicidade consentida” que se instala na somatização do corpo (modelagem e interiorização de sentimentos e gestos) e em maneiras de pensá-lo (esse mesmo corpo), evidente e pré-reflexivas, que podem

prescindir de justificações: as exigências do dever, do respeito, do sentimento (filial, familiar, conjugal) envolto por uma multiplicidade de emoções corporais e afetivas e que obrigam, mesmo no conflito de foro íntimo, a aceitação e o reconhecimento dos próprios limites. Os homens também podem ser analisados como prisioneiros dessas exigências sociais e pautas culturais dominantes que os colocam em situação contínua de demonstrar sua masculinidade, condição de honra e identidade, não só frente as mulheres, mas também em relação aos seus pares. Um exercício sistemático de virilidade.

Na teoria da dominação simbólica de Bourdieu ocorre uma produção e uma reprodução social da sexualidade mediante o que ele denomina de habitus. Para compreender essa dominação e as diferenças que são irredutíveis a dimensão econômica e mesmo biológica, é necessário ver que elas são quase sempre enraizadas nessa estrutura de ordem, que é masculina, e que existe ao mesmo tempo nas coisas e nos cérebros, sob forma de princípios de divisão ou nos corpos sob forma de muitas maneiras de usar o corpo, cuidados, postura, hexis (palavra grega que significa habitus), etc.

Em relação à sexualidade pode-se então falar de habitus feminino e habitus masculino. O habitus é um conjunto interiorizado e incorporado de maneiras de perceber, sentir, pensar e agir que ocorre ao longo do processo de socialização. Na família, na escola, basicamente, ou seja, um princípio gerador de práticas distintas e distintivas..., mas também de esquemas classificatórios e de classificação, princípio de visão de divisão. O habitus pode-se ser concebido como espaço de intersecção entre o individual e o social, entre as estruturas sociais objetivas e as vivências subjetivas, experiências e efeitos das trajetórias singulares de cada um, num processo de

interiorização da exterioridade e de exteriorização da interioridade.

Na perspectiva relacional da teoria de Bourdieu a posição de cada agente se define pela posição diferencial em relação aos demais. Essas condições diferenciais de existência se traduzem em estilos de vida, traços de “personalidade” e “maneiras de ser”, conferindo a pessoa um sentimento de coerência e integridade e de naturalidade tácita não obrigatoriamente racional. Trata-se segundo Rouco (1999) de uma coerência prática, sem intencionalidade, um “senso prático”: um ser que é ao mesmo tempo um dever ser, isto é, engendra práticas e expectativas razoáveis.

Mas isto se dá de modo inconsciente, ou melhor, mediante um processo de desconhecimento consciente. E esse desconhecimento do caráter de construção social dos gêneros, é que é reforçado e é responsável pela inversão de causas e efeitos, de modo que as diferenças anatômicas observáveis se transformam em representações que sustentam e justificam – naturalmente – as diferenças sociais, ocultando o fato de que são os esquemas de visão e divisão socialmente construídos que fundamentam a leitura do biológico.

Para Bourdieu (1996) não é suficiente falar em “construção social do sexo”, é preciso analisar as condições sociais de construção das categorias de construção. Tais categorias de construção são instrumentos cognitivos. Falar do simbólico (capital simbólico, violência simbólica, etc) quer dizer que nos situamos na ordem do conhecimento; trata-se de disputas, de relações de força de um tipo particular que passa pelo reconhecimento, que só funcionam pela estruturação do pensamento. Dizer que existe construção quer dizer que existe estruturação de mentalidades. Dizer que existe construção quer dizer que também haverá luta cognitiva.

Para Bourdieu a “dominação masculina” – a primazia do masculino na

trama das relações sociais e de gênero vigentes em nossas sociedades – por seu caráter “natural” e auto evidente, aparece como caso exemplar para mostrar que “a violência simbólica se verifica através de um ato de conhecimento e de desconhecimento situado para além dos controles da consciência da vontade, nos nebulosos esquemas de habitus”.

A permanência histórica dessa “cosmologia falonarcísica” é o resultado de um complexo trabalho de inculcação do masculino nos corpos e cérebros masculinos e do feminino nos corpos e cérebros femininos, um processo de somatização do arbitrário cultural, isto é uma construção durável no inconsciente.

Bourdieu acompanha Freud quando este dizia que o corpo toma as metáforas ao pé da letra. Em Bourdieu, o impacto do processo de “in-corporação” das estruturas objetivas da dominação masculina na construção da subjetividade, da afetividade, da identidade de cada mulher e de cada homem, tanto nas posturas corporais quanto nas categorias mentais para pensá-las e percebê-las: um “processo de politização do corpo ou de somatização do político”, que vai modelando a sociedade a partir de um preconceito favorável ao masculino e desfavorável à mulher e que se realiza através da socialização, na família e na escola. Ritos, regras e limites ficam registrados desde tenra idade, configurando o “habitus” sexuado e sexuante, feminino ou masculino, numa perspectiva androcêntrica.

Para ele é preciso que haja uma produção coletiva de mentalidades coletivamente estruturadas conforme as estruturas objetivas e de acordo com essas estruturas. Quando se percebe um mundo estruturado por meio de estruturas subjetivas e de acordo com as estruturas objetivas, tudo parece evidente. A evidência nasce do acordo das estruturas. Para que tudo isso funcione, é preciso se ter universos nos quais a

ordem objetiva, as estruturas objetivas sejam capazes de se reproduzir nas estruturas mentais. Dito de outro modo, é preciso que esse universo seja passível de exercer uma verdadeira ação psicossomática que tende a transformar profundamente as estruturas mentais e corporais.

Rouco (1999) aponta que “as visões do mundo com as quais se movem as mulheres para pensar suas próprias relações sociais de gênero ou seu lugar no espaço familiar ou profissional, mesmo na rebelião ou na confrontação, se elaboram a partir das mesmas categorias de classificação que sustentam a hierarquia masculina. É por isso que se pode falar em “cumplicidade consentida”. As constatações do autor elaboradas a partir de um panorama sobre as pesquisas com a Aids são úteis para se pensar também questões relativas às infecções que podem levar ao câncer de colo uterino. E faz pensar nos relatos das mulheres sobre suas dificuldades de convencimento dos parceiros na adesão ao uso de preservativos. Faz lembrar de observações de certos segmentos de médicos ou mesmo médicas temerosos de fornecer informações durante consultas por temer “abalar as estruturas familiares”.

Cabe, portanto, destacar a existência da permanência histórica dessas “estruturas estruturantes” do campo da sexualidade sobre a dominação masculina, que Bourdieu denominou de estruturas simbólicas as quais possuem certa autonomia em relação às estruturas econômicas. A manutenção da construção social dos gêneros se dá mediante o ocultamento e/ou desconhecimento dessas estruturas estruturantes, assim como também sua permanência. É principalmente mediante a linguagem nos processos de socialização e ressocialização cotidianos que se executa a perspectiva de dominação simbólica.

Neste sentido, em nosso entendimento, as consultas que se exercem num

nível secundário de atenção são oportunidades adequadas a um processo de ressocialização e de possibilidade de instrumentalização a pessoa em sua capacidade de argumentação. Para isso, evidentemente, essa pessoa tem que ser vista como alguém que apreende o que lhe informado com seus próprios “filtros” e que capaz de utilizar o que conhece e aquilo de que tem consciência de acordo com as suas resistências e demandas. Ou como pensava Bauleo (1974) que o sujeito participante põe em ação sua afetividade frente a informação recebida.

De acordo com Bourdieu (1996) para que a dominação simbólica funcione é preciso que os dominados tenham incorporado as estruturas segundo as quais os dominantes os percebem, que a submissão não seja um ato da consciência, suscetível de ser compreendido dentro de uma lógica das limitações ou dentro da lógica do consentimento, alternativa “cartesiana” que só existe quando a gente se situa dentro da lógica da consciência, Para compreender a dominação masculina é preciso situar-se dentro de uma outra filosofia de ação, uma filosofia disposicional, na qual o princípio das ações não é a consciência, a intenção, o projeto, a intenção racional como nas teorias do individualismo metodológico ou da rational action theory, mas das “disposições“, quer dizer das maneiras de ser permanentes que podem estar na origem das ações dotadas de todos os sinais de finalidade sem que os fins atingidos tenham sido colocados enquanto tal por uma intenção da consciência.

No artigo “Novas reflexões sobre a dominação masculina” ele afirma que a dominação masculina é um caso particular, mas de certa forma extremo da dominação simbólica, e que por meio da cultura, por exemplo, os dominantes culturalmente exercem também uma forma de dominação simbólica. E fornece o seguinte exemplo, relacionado a timidez, detectadas em estudos de sócio-linguistas como Labov que

estudaram a linguagem das classes populares em situação de tensão, oficial, “formal”, e observaram que essa linguagem se quebra de certa forma, e usaram a expressão “broken language, ou langage brasé” para denominar esse estado ou comportamento. A conclusão não é de que eles não sabem falar, mas que há situações sociais nas quais eles “perdem seus meios”, seu capital lingüístico. A intimidação é uma forma típica de violência simbólica. A timidez é precisamente um reconhecimento forçado da dominação que a gente pode tentar afastar com todas as forças (especialmente da consciência), mas sofrendo sua ação em nosso corpo. Bourdieu cita uma fala ”a gente treme todo, a consciência diz não, mas o corpo treme”.

Esses estados ou comportamentos sobre os quais a consciência não tem controle ocorrem, segundo ele, exatamente, porque elas estão fora, no nível do corpo, ou como quer Bourdieu, das disposições corporais. O problema reside então em saber que ação é possível. Ele indaga. ”Será que a conscientização, a tomada de consciência não serve para nada?” E concluiu que a conscientização é importante, mas não é suficiente. Uma vez que a dominação simbólica se exerce com a cumplicidade do dominado, ou com a cumplicidade das estruturas que o dominado adquiriu na confrontação prolongada com as estruturas de dominação e pela incorporação dessas estruturas, é evidente que não é suficiente tomar consciência dessas estruturas. É preciso transformar profundamente as disposições adquiridas, por uma espécie de reeducação, aquela que é necessária para perder um mau costume, um mau hábito, um mau sotaque. Para ele as mudanças são difíceis, mas é preciso mudar de forma inseparável as condições de produção dessas disposições, dessas estruturas incorporadas, é preciso, portanto, mudar a ordem simbólica. A tomada de consciência é então indispensável para desencadear o processo de transformação e para assegurar seus resultados.

Em Bourdieu (1996) as matrizes de percepção e apreciação para pensar o mundo social, com destaque para aquelas inscritas na linguagem, são definidas como expressando o estado das relações de poder simbólico. As ordens, as denominações, os adjetivos, as cobranças repetidas podem gerar identidades e subjetividades, posturas e olhares, de homens e mulheres, um eficácia simbólica produzida sob a condição de corresponder a uma situação histórica existente na realidade, favorável a essa modalidade de “dizer o mundo social”, nas palavras de Rouco (1999).

O poder simbólico define Bourdieu (1996) é o poder de fazer coisas com as palavras. Mas somente sob a condição de ser adequada às coisas é que a descrição faz as coisas...o poder simbólico é um poder de consagração ou revelação, um poder de revelar ou consagrar coisas já existentes. Ao referir-se as matrizes simbólicas, Bourdieu não quer aludir as normas ideais, mas a representações postas em prática.

Nesse sentido (Rouco, 1999), é que uma das dimensões da visão androcêntrica determinante do lugar social da mulher é o fato de negar toda contribuição feminina à produção e reprodução, material e biológica, da sociedade. Na economia das trocas simbólicas, a mulher tem sido mais objeto que sujeito, objeto de representação, de exibição, “um ser para olhar”.

Na perspectiva de Bourdieu (1996) o fundamento mesmo da situação dominada da mulher e sua perpetuação, além das diferenças temporais e espaciais, reside no fato de que, nessa economia, ela é mais objeto do que sujeito. Evidentemente, essa perspectiva se apóia, em parte, nos estudos clássicos de Levi-Strauss sobre a troca de mulheres.

Claude Levi-Strauss, pai da antropologia moderna, trouxe contribuições importantes para entender o papel da mulher, sua subordinação ao homem e sua posição

social. Para ele existem dois tipos de domínio: o da natureza e o da cultura. Onde existem regras, leis, e normas; impera a ordem da cultura. Enquanto tudo que é universal, é da ordem da natureza. Contudo há a uma regra universal, que é a proibição do incesto, em qualquer grupo humano, a regra que proíbe casamento entre parentes, habitualmente consangüíneos.

Esta regra parece ser a conexão e a passagem entre a natureza e cultura. Na teoria das regras fundamentais das relações de parentesco a função da mulher é fundamental, pela possibilidade de garantir a reprodução da espécie. Daí, que entre os grupos familiares, as mulheres adquiriram valor de troca. Um casamento, seria a união entre duas famílias, mediante a troca de mulheres. Mesmo nos grupos de residência determinado pela mãe, a autoridade é exercida pelo filho ou o irmão desta.

O mundo, segundo Levi-Strauss, seria repartido entre céu-cultura-masculinidade, e terra-natureza-feminilidade. De sorte que foi mediante a troca de mulheres, que os homens estabeleceram a cultura. A tese relevante nesta teoria insiste em que os diferentes modos de produção de cada sociedade determinam a lei para o crescimento ou decréscimo da população. As novas teorias antropológicas, tendem a distinguir dois tipos de relações ou vínculos: os de adesão e os de parentesco. O primeiro é de livre trânsito para ambos os sexos. O segundo se baseia na filiação e nos laços de consaguinidade. Nas sociedades, comunidades, ou fases da vida dos indivíduos em que prevalece o segundo tipo de vínculo, as normas reguladoras são rigorosas, com a finalidade de controle. Quando esse segundo tipo é acentuado, a situação mulher como reprodutora e responsável pela descendência é mais controlada. Nas sociedades nômades e caçadoras, o rapto das mulheres era um método freqüente. Os homens se armando, fazendo alianças, para isolar as mulheres, que se tornavam indefesas, e não

tenham outra opção senão se submeter aos captores. Kuznetzoff (1988) observa que o “paradoxo “é como um dom natural da mulher – capacidade reprodutiva e amamentação – a fez fraca diante do poder masculino, por ser valiosa, cobiçada e indispensável. E conclui, com Estela Grassi (apud, Kuznetzoff, 1988) que o poder não passa pelo controle dos meios de produção, mas pelo controle da reprodução humana.

Retornando a Bourdieu (1999) quando este evoca Levi-Strauss sobre a troca de mulheres, ele pretende reinterpretar essa teoria, de modo a introduzir a dimensão política, por pensar que a dominação que supõe a troca e que se produz e se reproduz por meio dela, e que esta associada à reprodução, a qual fornece elementos para se analisar fixando-se no papel passivo que é conferido a mulher, nessa lógica, e que para ele parece ser o fundamento da relação que as mulheres tem com o seu corpo.

Essa relação, da mulher com seu corpo, advém do fato de que o seu ser social é um ser-percebido, um “percipi”, um ser para olhar, e, para olhar e ser suscetível de ser utilizado como capital simbólico.... “A alienação simbólica à qual as mulheres são condenadas pelo fato de que são fadadas a ser percebidas e se perceberem pelas categorias dos dominantes, masculinas, se traduz na própria experiência que as mulheres tem de seu corpo e do olhar dos outros, o que foi tão bem analisado por uma fenomenóloga americana”, segundo Bourdieu.

O mesmo autor cita exemplos de possibilidades de mudanças nessa percepção e nas formas de relação. Relata sobre uma pesquisa sobre as mulheres e o esporte que mostra como aquelas que praticam intensamente o esporte vêem sua relação com seu corpo se transformar, como elas chegam a uma relação com seu corpo que se poderia dizer masculina, ou seja, a um corpo em si, no lugar de ser um corpo para o outro, um corpo que é por si mesmo seu fim. E que isso faz pensar, que o corpo imposto

como modelo, é um corpo-para-o-outro, um corpo que existe pelo olhar dos outros, um ser percebido. A alienação ligada ao fato de ter um corpo visível, colocada sob olhares dos outros, tem graus, e para Bourdieu, ela é mais potente quanto mais se desce na hierarquia social porque se tem muito mais chance de ter um corpo pouco conforme aos cânones dominantes. No limite, ou grau máximo, estariam as mulheres para as quais a experiência do corpo como corpo-para-o-outro se impõe com uma força particular pelo papel que lhes é atribuído no mercado dos bens simbólicos, onde elas são objeto, ser-percebido, capital simbólico que devem gerenciar, que administram frente aos homens. A transformação da relação ao corpo que provoca a prática do esporte acompanha-se de uma transformação profunda da sua relação com os homens. A transformação de sua relação subjetiva com seu corpo faz com que deixem de parecer femininas, ou seja, disponíveis, ao menos, simbolicamente. Sua relação com o corpo se encontra modificada de tal maneira que elas não respondem ao que se espera socialmente de uma mulher. Encontra-se coisas semelhantes em termos de modificações da relação com o corpo entre as profissões intelectuais.

Em sua análise sobre os mitos em *Sexo e arte na cultura americana* Paglia (1993) analisa como a cantora pop Madonna constrói diversas personas, como denomina a autora, relacionadas a imagens míticas da mulher: a virgem, a mãe, a vamp. O ponto de vista de Paglia retira o termo *persona* do latim, e vem a designar a máscara de barro ou madeira usada pelos atores no teatro grego e romano. Tem raiz em *personare*, “soar através ou ressoar”: a máscara era uma espécie de megafone, projetando a voz às filas mais distantes de espectadores. Com o tempo, *persona* teve seu sentido social ampliado para abranger o papel do ator, e depois um papel social ou função pública. O uso que Paglia faz do termo se aproxima de uma perspectiva

Junguiana para quem a persona é o rosto que usamos para o encontro com o mundo social que nos cerca. Sua conceituação é útil para análise dos mitos e símbolos relacionados à mulher no ocidente.

Essas construções e desconstruções, de certo modo, são possíveis a partir desse corpo que é um corpo-para-si, construído intensivamente, e que adquire essa potencialidade de deixar de ser feminino simbolicamente, ou de poder representar vários símbolos de feminino sucessivamente. Para Paglia “Madonna é a verdadeira feminista. Ela denuncia o puritanismo e a sufocante ideologia do feminismo americano, empacado num estilo de lamuria adolescente. Ela ensinou as jovens a serem plenamente fêmeas e sexuais quando ainda tem controle de suas vidas. Ela mostra às garotas como serem atraentes, sensuais, enérgicas, ambiciosas, agressivas, tudo ao mesmo tempo”. Paglia considera que “Madonna evolui fisicamente. Num de seus primeiros vídeos ela é simpática, gorduchinha e namoradeira, sob a luz cor-de-rosa polvilhada de azul. Tem a voz entusiástica, mas fraca e arquejante. Passou a treinar a voz e o corpo, de modo que sua atual silhueta, com certa perda erótica, é esguia e musculosa, hipercinética, para números de dança baseados em artes marciais”.

Essa posição de Paglia deve-se também observar, é duramente criticada por autoras como Nicole-Claude Mathieu (1984), para quem sejam quais forem as intenções subversivas de Madonna, no estado atual do imaginário erótico ocidental, qualquer atitude mesmo contestatória, acaba por ser reinterpretada como um erotismo a serviço ou para o benefício do homens, dito assim pela autora: “Ceci pour dire que, quelles que soient les intentions subversives de Madonna, em l’etat actuel de l’imaginaire érotique, base pour le moment sur le pouvoir réel des hommes sur les femmes, il semble difficile d’imaginer et encore plus de présenter à un grand public um

érotisme “pour tous e toutes indistinctement” qui ne soit pás finalement réinterprétable comme um érotisme au service/bénéfice dês hommes”.

Evidentemente, desde a segunda metade do século passado vêm ocorrendo mudanças na dinâmica da produção de relações sociais de sexo desiguais. Mudanças nos processos de socialização, nas formas de casamento, nos laços de conjugalidade, nos espaços de autonomia profissional, na constituição da afetividade e das subjetividades; em decorrência de movimentos de direitos civis, da própria cultura de massa, e de conquistas nas áreas das ciências biológicas e novas abordagens nas ciências sociais. Abrindo cada vez mais espaço ao que Bourdieu denomina de pluralidade de visões do mundo social, e possibilitando o que ele chama de “lutas simbólicas” pelo poder de produzir e impor a visão de mundo legítima”

Assim, embora as relações de poder simbólico se enraízem nas relações objetivas de poder, “a luta simbólica pela produção de sentido comum, o monopólio da denominação legítima não possui um sentido único, inelutável, monolítico. A possibilidade de modificações nas mesmas estruturas simbólicas pode se dar através de um processo educativo feito de confrontos, rupturas, assombros, mobilizações, no qual o ato de “tomar consciência“ do lugar feminino ou masculino e suas implicações para enfrentar o risco de uma infecção é um passo necessário, mas não suficiente”. Para isso é preciso mudar as produções dessas disposições.

Esse modelo é útil, portanto, para que se possa pensar as consultas clínicas como produtoras ou reprodutoras dessas disposições adquiridas.

4.6 - Gênero, saber e poder

Meyer (1996) reporta como a “pretendida evidencia” de que trata Bourdieu relativa à dominação masculina, baseada na diferença entre os sexos, veio sendo criticada ao longo dos séculos XIX e XX pelos estudos feministas, cujo eixo comum como fundamento de análise é constituído por uma análise sobre e uma luta política pelo poder. O poder sendo, portanto um conceito que permite mapear semelhanças, diferenças e limites no âmbito das correntes de estudos feministas.

Para o feminismo liberal os princípios básicos da doutrina liberal foram instrumentos para a criação de condições sociais e materiais de emancipação feminina, o que implicou em considerar o poder, como descreveria Foucault (1988), como estando intimamente associado ao Direito, aos limites entre o que era definido como lícito ou ilícito, permitido ou proibido, aos deveres e direitos.

O feminismo radical analisou o poder a partir de explicações sobre a dominação dos homens sobre as mulheres, apoiando-se no conceito de patriarcado e buscando explicar a dominação a partir de diferenças sexuais. O poder sendo visto como uma propriedade dos homens, via de regra exercido e legitimado por diferenças inscritas em corpos sexuados universais e imutáveis.

O feminismo marxista argumentou que a dominação masculina sobre as mulheres assume contornos específicos em contextos históricos, culturais e sociais definidos. Nessa perspectiva, os contextos são analisados a partir de um ponto das relações econômicas e de produção vigentes, a dominação sendo explicada, em função da divisão sexual do trabalho, trabalho produtivo e improdutivo, relações de produção e reprodução e, aí, os homens sendo vistos como possuindo e exercendo poder sobre as mulheres, principalmente pela sua inserção na esfera de produção.

A partir dos anos 70 os estudos sobre gênero passaram a enfatizar a

construção e a organização social da relação entre os sexos, e trouxeram os aportes teóricos da Lingüística e da Psicanálise para o ponto de vista político. A ênfase na construção e organização social das diferenças entre os sexos permitiu deslocar o foco do determinismo biológico e econômico das teorizações anteriores. O mais relevante, contudo, foi o postulado de uma construção e organização social que se dá “na relação entre os sexos”, a ênfase na necessidade de se deslocar o foco de análise da mulher dominada para grupos e/ou sociedades localizadas e datadas em que mulheres e homens vivem e se relacionam de formas específicas e particulares. Além disso, a idéia de uma construção social remeteu a uma articulação com outras categorias sociais como classe, raça, etnia, religião, etc, porque nesta perspectiva teórica, gênero se constrói com e nelas. Há aqui a idéia de múltiplas dominações que se atravessam, reforçam ou fragilizam um poder mais plural, por isso menos centralizado. O poder é visto como sendo essencialmente relacional, como exercício “entre”, o que permite pensar a dominação de forma complexa e não mais estabelecida de forma exclusivamente unilateral, pelo pólo dominante sobre o dominado.

Para Meyer (1996) a idéia do poder como dominação e como propriedade de alguns, via de regra exercido de cima para baixo numa direção única, presente nestas teorizações feministas, mostra-se insuficiente para explicar as subordinações e desigualdades existentes nas relações de gênero. Neste âmbito, algumas teorizações recentes tem proposto uma aproximação teórica com o pós-estruturalismo, “trazendo para o debate feminista abordagens que privilegiam a discussão de gênero a partir e/ou de forma articulada a questionamentos referentes, especialmente, às grandes narrativas e aos esquemas que pretendem descrever e explicar a realidade numa perspectiva totalizante a ênfase na centralidade de linguagem como constituidora dos sistemas de

significação, representação e organização que os sujeitos tem da vida e do mundo, à hierarquização das diferenças, aos conceitos modernos (iluministas) de sujeito, consciência e subjetividade; às relações de poder e verdade.

Essas teorizações recentes a que se refere Meyer (1996) se refere a noção de poder tal as produções vem decorrendo a partir de Joan Scott, cujo texto “ Gênero; uma categoria útil de análise histórica”, trabalha o conceito de poder numa perspectiva foucoultiana.

Scott (1990) define que o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder.

Para Meyer (1996) esta conceituação se desdobra numa proposta teórico-metodológica. A perspectiva metodológica refere-se à primeira proposição: ”gênero é um elemento constitutivo das relações de poder. Essa proposição tem por objetivo “clarificar e concretizar como se deve pensar o efeito do gênero nas relações sociais e institucionais” a partir da relação entre quatro elementos: os símbolos culturalmente disponíveis; os conceitos normativos expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas e/ou jurídicas; a organização social e suas instituições; a construção das identidades subjetivas. Tal enfoque permite conceber as questões de gênero para além das identidades subjetivas e, igualmente, compreendê-las como imersas e impregnadas por toda ordem social na qual se inserem.

A perspectiva teórica se refere a segunda proposição: gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder. Ao enfatizar a centralidade do conceito de poder na sua teorização, Scott (1990) ressalta que não se refere à noção de um poder social unificado, coerente e centralizado, mas a uma perspectiva que esteja

próxima do conceito foucaultiano de poder, porque esta perspectiva pós-estruturalista “recorre a questões epistemológicas, relativiza o status do conhecimento, articula conhecimento e poder e teoriza-os em termos de operação de diferença”.

Meyer (1996) aponta que a aproximação com Foucault é também realizada por outras estudiosas feministas, cita Chris Weedon, porque este privilegia os princípios da pluralidade e da provisoriade dos sentidos e concebe a construção discursiva da subjetividade como integrada numa teoria da linguagem como discurso, instituído e instituinte de relações de poder. E, desdobra em sua análise a teorização de Scott sobre gênero a partir de autores, como o próprio Foucault, cuja metodologia permite desdobrar, ou para usar uma terminologia pós-estruturalista ou pós-moderna, permite desconstruir conceitos, conhecimentos, evidências a partir da análise discursiva.

A partir dessa aproximação Meyer (1996) analisa a proposição de Scott (1990) de que “gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder” desdobrando os conceitos, começando pela compreensão de Michel Foucault de que o poder “é a multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização”. Esta definição aponta para uma compreensão e análise deste poder hegemônico como efeito do confronto contínuo e permanente de poderes inerentes às relações sociais mais diversas (econômicas, sexuais, científicas, políticas, étnicas...) que se processam entre todos os indivíduos e / ou grupos nos diferentes contextos históricos, culturais e sociais.

A ênfase dada às relações supõe um fluxo contínuo de e entre poderes provenientes de múltiplos pontos (hierarquizados, heterogêneos e instáveis) ao mesmo tempo produtores e produzidos em tais interações; esta perspectiva de dispersão, de mobilidade, de transversalidade e encadeamento em redes sustenta a noção de que poder

não é sempre algo repressivo, que se possui e/ ou conserva, nem é só o controle de um conjunto de instituições, mas principalmente, um exercício produtivo no jogo das relações sociais.

Para James Marschall (apud. Silva, 1994) existem três domínios que se inter-relacionam e intercambiam, em que o poder atua: o relacional (como capacidade de modificar as ações dos outros), o das habilidades (como capacidade e habilidade de construir, usar e destruir coisas) e o simbólico (como capacidade de produzir símbolos e comunicá-los). E, é exatamente a partir da dimensão produtiva de poderes múltiplos e dispersos, agindo nestes domínios, que Foucault analisa a produção e a organização da vida social, especialmente no que se refere à produção dos saberes e dos sujeitos neles implicados.

O conceito de sujeito para Foucault significa “submetido a outro através de controle e da dependência e atado à sua própria identidade pela consciência ou conhecimento de si mesmo”. O indivíduo humano se converte em sujeito, num processo contínuo de disciplinarização, regulação e auto-regulação que constitui o centro de funcionamento das redes de poder. Para Foucault relações de poder só podem ser exercidas sobre “sujeitos livres”, ou seja, “que o outro seja totalmente reconhecido e que se mantenha até o final como um sujeito de ação e que se abre, frente à relação de poder, todo um campo de respostas, reações, efeitos e possíveis invenções”.

A partir dessa pontuação, Foucault distingue então, relações de “poder” de relações de “dominação” e a inevitabilidade das resistências. O poder como capacidade de agir sobre a ação do outro- reconhecido como sujeito de ação de ação- difere da dominação, caracterizada como conjunto de relações de poder fixas e assimétricas onde a possibilidade da(s) resistência(s), enquanto estratégia concreta de

reação, deixa de existir. Foucault afirma que “lá onde há poder há resistência... elas (as relações de poder) não podem existir senão em função de uma multiplicidade de pontos de resistência...elas (as resistências são o outro termo nas relações de poder”.

É na dinâmica de tais relações de poder que se produzem os saberes e se estruturam os campos possíveis de ação dos sujeitos humanos. Na perspectiva foucaultiana, as noções de saber e subjetividade não só estão estreitamente relacionadas, como também se contrapõem àquelas com que se tem trabalhado. O saber em Foucault refere-se à discurso, que vem a significar as “práticas que formam, sistematicamente, os objetos de que falamos”. Como discurso, os saberes – produzidos e produtores de relações de poder – estão implicados na construção e implementação de significados nas sociedades. Esses processos de significação são construídos pelos discursos, por meio de diferenciações explícitas e/ou implícitas que dividem, separam, incluem e excluem e, por estarem enredados numa dinâmica de poder, produzem e sancionam o que, numa determinada sociedade ou grupo, é aceito como verdade. Verdades são produzidas no e pelo poder e, por sua vez, produzem efeitos de poder.

Para Foucault cada sociedade tem seu regime de verdade: isto é, os tipos de discursos que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros, os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros (...) o estatuto daqueles que tem o encargo de dizer o que funciona com verdadeiro. Assim, as verdades nunca são absolutas, universais, fixas e imutáveis. Ao contrário, marcadas pelas contingências dos conflitos e coerções em torno delas, são objeto de intenso debate político e confronto social.

Assim sendo os discursos produzidos historicamente, os quais podem mudar em função da distribuição de poder; as subjetividades sendo também construídas

neste contexto, também são mutáveis, precárias, contraditórias, e passíveis de serem reconstruídas, no âmbito da sociedade e da cultura.

É nessa perspectiva de articulação entre conhecimento e poder que Joan Scott define o gênero como um saber que produz significados para as diferenças sexuais. Assim, enquanto saber que constrói significados hierarquizados para as diferenças sexuais, o gênero produz e é efeito de relações de poder. Gênero é a instância onde e por meio da qual os seres aprendem a se reconhecer como homens e mulheres, nos diferentes contextos históricos, culturais e sociais. Isto quer dizer que a diferença biológica não se inscreve em apenas um significado natural ou social que lhe é inerente. Seus significados são construídos e reconstruídos numa gama de discursos, tais como da Medicina, Biologia, Psicanálise, Educação, Política, Religião, etc... Tais significados, tendo como base as instituições e práticas sociais, longe de somente se reforçarem, também competem, concorrem e se fragilizam, configurando o social como trama de conflitualidades.

Deste ponto de vista, o gênero é mais do que o lugar onde as subjetividades sexuadas são produzidas. Enquanto discurso, ele produz e é produzido, organiza e é organizado e, portanto, atravessa, modula e regula o próprio contexto social. Enquanto discurso, ele está implicado na constituição e na operação de símbolos, doutrinas, instituições e organizações sociais e políticas, bem como nos processos de construção das identidades subjetivas. Joan Scott considera que tais elementos se mostram como territórios em que se devem buscar os efeitos do gênero nos contextos e relações sociais. Ou dito de outro modo, existem diversos significados que a diferença sexual assume em nossa sociedade e nas estruturas políticas que os significados particulares sustentam e justificam.

É por isso que Scott (1990) considera que o gênero é um primeiro modo de dar significado as relações de poder: primeiro, porque a relação hierarquizada com base na diferença sexual atravessa todas as relações sociais; primeiro porque a diferença sexual estabelece limites e indica possibilidades desde o nascimento; primeiro porque é bem provável que, em algumas sociedades, o reconhecimento da identidade sexual de meninos e meninas, seja anterior as de cor, classe, ou etnia. Embora, todas estas e outras categorias de identidade social estejam imbricadas na construção de nossas subjetividades.

Essa perspectiva permite que se analise como a hierarquia de gênero modula a relação de homens e mulheres, como estrutura e recorta o social, como é construída e reconstruída continuamente, reformulada e legitimada. Permite vislumbrar quais as instituições possuem a autoridade para dizer o que e em quais circunstâncias, como é o caso do discurso médico sobre a saúde da mulher, por exemplo. E permite uma análise que desconstrua aquilo que é dito sobre homens e mulheres, feminino e masculino, o que é produzido como construção de gênero.

Retomando as palavras de Meyer, “a compreensão da multiplicidade dinâmica de poderes imbricada em nossas múltiplas posições de sujeito permite, ao visualizar conflitos e descontinuidades, atribuir importância as ações concretas de contestação e crítica que podemos desenvolver no cotidiano”.

Neste sentido é que pretende-se, com este trabalho, mediante a análise de discurso, visualizar e analisar conflitos e descontinuidades, dando a devida importância as ações de conformação, resistência ou crítica das mulheres através de suas narrativas, e apreender o sentido atribuído as suas vivências mediante a assistência recebida na área de atenção a saúde da mulher.

5 – METODOLOGIA

5.1 – Introdução

Na perspectiva epistemológica adotada aqui, entende-se o fenômeno humano, social e da saúde, e dos fenômenos naturais envolvidos através do paradigma da complexidade, de forma dialética, como processos complexos. “Isso significa que constituem fenômenos multidimensionados e multidimensionais em interação com seu contexto, frutos de conflitos e contradições, em processo ininterrupto de transformações, e sempre articulados a interesses e sentidos e significações múltiplas. Assim embora se focalize um fenômeno preciso, ele se apresenta relacionado com aspectos de toda a organização de saúde e a sociedade onde se localiza. Além disso embora se possa apreender algumas características empíricas concretas, visíveis e verificáveis em dado momento, essas características são facetas de um processo conflituoso, não estáticos e investido de interesses e significações simbólicas pelos diversos atores sociais, cuja elucidação exige um trabalho aproximativo e inacabado de interpretação e possibilidade de ação transformadora, uma vez que se supõe a existência de variáveis de determinação histórico-social complexa”. (Vasconcelos, 2002)

Assim adota-se aqui o paradigma da complexidade o que implica na preferência por enunciados temáticos ou problemáticos, mais do que hipóteses, no sentido mais experimental. Isto porque, os fenômenos na área de saúde são multidimensionais e obscuros a exigir certa desconstrução das perspectivas culturais e cognitivas de saber já estabelecidas, inclusive mesmo do próprio pesquisador, e implicando sempre em imprevistos, incertezas e discontinuidades e desconhecimentos

parciais.

Essa abordagem parece-nos adequada tanto por ser a assistência em oncologia, de um modo geral um campo em que os níveis assistenciais, as intervenções, as concepções sobre o processo de adoecimento e a multidisciplinariedade requeridas se cruzam, quanto pelo fato da assistência ginecológica envolver elementos diversos relativos a sexualidade, ao gênero, as relações conjugais, e que também são complexos em suas especificidades.

5.2 – Objetivos

O nosso interesse nasceu na prática profissional, da observação da frequência em que a não adesão aos tratamentos, o não seguimento dos protocolos de rotina designados as pacientes, e ainda, os erros de diagnóstico, por vezes, com consequências graves, no caso do câncer de colo de útero, podendo levar, inclusive ao óbito, decorriam da não associação pelas mulheres entre a relação existente entre o exame ginecológico e a prevenção do câncer ginecológico, e entre a natureza desse tipo de neoplasia e existência de vírus sexualmente transmissível. Em razão de essas características específicas estarem dissociadas, quando da descoberta de diagnósticos de infecções e de doença, com frequência, as mulheres se queixavam e se queixam de ao terem sido convenientemente informadas, e que teriam adotado outra atitude se isto tivesse ocorrido. Supomos que além das campanhas de nível primário não a explicitarem, por diversas razões, essas informações, é, de qualquer modo, no nível secundário de assistência, ou seja, que é a própria consulta, que a prevenção e assistência se realizam simultaneamente, o que no caso da prevenção ao câncer

ginecológico, é o adequado de ser feito. Assim, a questão levantada a partir dessas observações e hipóteses, poderia ser colocada, nos termos de uma Psicologia Discursiva, em “qual o sentido tem para as mulheres a realização de consultas e exames ginecológicos de rotina”.

Como já foi dito, anteriormente, as pesquisas em saúde sexual se caracterizaram por um certo período em investigar dados quantitativos relativos aos comportamentos de adesão e prevenção, revelando muitos dados sobre as causas, mas não explicitando o processo mediante o qual os sujeitos recebem as informações e se comprometem com os processos de tratamentos e seguimento. Nessa pesquisa, mediante o enquadramento escolhido, da análise dos discursos, pretende-se buscar a emergência de elementos ideológicos e representações que permeiam as narrativas das mulheres. Visando desvelar mediante as formações discursivas quais mecanismos atuam nessas inter-relações, por exemplo, de exclusão, oposição, alianças, poder dentre outros; e de que modo se dispõem favorecendo ou não a assistência e adesão das mulheres.

O objeto geral é conhecer quais mecanismos nas relações assistenciais tornam as mulheres refratárias à adesão e/ou afetam a participação das mulheres no seu processo de melhoria de saúde e/ou agravamento do adoecimento.

Considerando-se que a metodologia escolhida para esse fim seja adequada, por poder fazer emergir tanto elementos subjetivos da vivência dos atores interessados, quanto elementos institucionais e de grupos, além de dados macropolíticos e paradigmáticos que possam estar permeando as relações assistenciais.

5.3 – Objetivos Específicos

Explicitar os mecanismo de adesão ou não adesão das mulheres - visando, prioritariamente, o processo – “o como” – em que se dá essa adesão clínica, mediante a realização de entrevistas durante o momento do processo de recepção ou mudança de curso durante o seguimento assistencial. Ou seja, quando em razão do diagnóstico de detecção de patologia precursora de câncer ginecológico, as mulheres foram indicadas para instituições ou serviços de ginecologia especializados na área oncológica.

Desvendar junto às mulheres as possíveis associações ou conhecimento, se existentes, sobre a natureza dos exames preventivos e sua relação com a prevenção de câncer cérvico-uterino, durante as suas trajetórias assistenciais.

Desvelar as associações e informações das mulheres, se existentes entre o câncer de colo de útero e a possibilidade de este ser sexualmente transmissível.

E, mediante a auto-avaliação das mulheres sobre as informações recebidas, o conhecimento adquirido, investigar sobre “recepções a essas informações. Recepção não somente no sentido emocional de “choque” a um dado diagnóstico, mas qual o “sentido” atribuído a informações e aos conhecimentos recebidos.

Esse sentido atribuído à informação pode incluir dados objetivos, mas interessa antever o uso que as mulheres possam fazer desses.

5.4 – O referencial teórico da Análise do Discurso

O método a análise de discurso. Essa se constituiu mediante conceitos da lingüística e das ciências sociais – mais especificamente, da lingüística, do marxismo e da psicanálise. As contribuições dessas três correntes para análise do discurso é que a

lingüística supõe a não-transparência da linguagem; o materialismo histórico a noção de que há um real da história de tal forma que o homem faz a história mas esta também não lhe é transparente. A conjugação da língua com a história na produção de sentidos, permite a análise do discurso, ou trabalhar com o que se chama forma material (não abstrata da linguagem), que é a forma encarnada na história para produzir sentidos: esta forma é portanto lingüístico-histórica.

Não se separam nessa metodologia forma de conteúdo, procurando-se compreender a linguagem não só como estrutura, mas sobretudo como acontecimento. “Reunindo estrutura e acontecimento a forma material é vista como o acontecimento do significante (língua) em um sujeito afetado pela história. Aí então a contribuição da psicanálise, com o deslocamento da noção de homem (mulher) para a de sujeito. Este, por sua vez, se constitui na relação com o simbólico, na história, não tendo controle sobre o modo como elas o afetam. Isso redundaria em dizer que o sujeito discursivo funciona pelo inconsciente e pela ideologia” (Orlandi, 2001).

A análise do discurso trabalha na confluência desses três campos de conhecimento, produzindo um novo objeto que é o discursivo.

A noção de discurso se distancia do modo como o esquema elementar da comunicação dispõe seus elementos, definindo o que é a mensagem. Esse esquema elementar se constitui de: emissor, receptor, código, referente e mensagem, (informação). Assim tem-se o esquema em que um emissor transmite uma mensagem essa formulada em um código referido a algum elemento da realidade- referente. Muitos dos estudos que relatam tanto as refrações das mulheres à assistência em ginecologia, como os estudos que tratam da comunicação/ informação de diagnóstico na relação médico paciente se apóiam, exclusivamente, nesses referenciais.

Para a análise do discurso, não se trata apenas de transmissão de informação, nem há essa linearidade na disposição dos elementos. Eles estão realizando ao mesmo tempo o processo de significação e que não estão separados de forma estanque. Assim não se trata apenas de mensagem, mas de discurso. Nem de transmissão de informação apenas, pois, no funcionamento da linguagem, que põe em relação dois sujeitos e sentidos afetados pela língua e pela história, tem-se um complexo processo de constituição desse sujeitos e produção de sentido. São processos de identificação do sujeito, de argumentação, de subjetivação, de construção da realidade, etc.. tão pouco a idéia de comunicação é suficiente. Pois a linguagem serve para comunicar e para não comunicar. Ou no sentido de Searle e Austin (2002), mesmo na ausência de linguagem, esta se comunicando algo.

Para a análise do discurso as relações de linguagem são relações de sujeitos e de sentidos e seus efeitos são múltiplos e variados. Daí a definição de discurso como efeito de sentidos entre locutores.

O discurso não corresponde à fala no sentido de dicotomia língua/fala de Saussure. No discurso não se opõe social e histórico, subjetivo e objetivo, processo e produto. Além disso, nem o discurso é visto como liberdade em ato sem condicionantes lingüísticos, nem a língua é fechada em si mesma sem falhas nem equívocos, contudo esses equívocos não são tomados como erros semânticos, são tomados como base sobre os quais se desenvolvem os processos discursivos. A língua é condição de possibilidade de discurso, a relação entre ambas é de recobrimento, interessando para a análise o desvelamento.

A partir dessa base o leitor/analista/pesquisador/ouvinte/interlocutor pode compreender como o simbólico e o político se conjugam nos efeitos a que ele, enquanto

sujeito da linguagem, está(as) sujeito(a). Inauguram-se novas formas de ler/ouvir de produzir sentidos.

Diferentemente da Pragmática, a análise do discurso considera que o sujeito do discurso não realiza apenas atos. Se, ao dizer nós significamos e significamos o próprio mundo, ao mesmo tempo, a realidade se constitui nos sentidos que, enquanto sujeitos, praticamos. Assim considerada a linguagem é uma prática, não só no sentido de efetuar atos, mas porque pratica sentidos, intervém no real. Segundo Orlandi (2001), essa é a maneira mais forte de compreender a práxis simbólica. O sentido é história. O sujeito do discurso se significa na e pela história. E por isso, as palavras não estão ligadas às coisas diretamente, nem são o reflexo de uma evidência, como já assinalara Foucault. É a ideologia que torna possível a relação palavra/coisa. Para isso tem-se a condição de base que é a língua, e o processo, que é discursivo. O sujeito se constitui o mundo e significa pela ideologia. Assim como na psicanálise, o inconsciente se estrutura como linguagem, na análise discursiva a ideologia se materializa na linguagem. Desse modo compreendida, a ideologia não é somente uma visão de mundo, como na sociologia, nem um ocultamento da realidade, mas um mecanismo estruturante do processo de significação.

5.5 – Bases da Análise de Discurso

A Análise do discurso como método de interpretação não se preocupa com o sentido “verdadeiro”, mas o sentido em sua materialidade lingüística e histórica. Todo o enunciado, segundo Pêcheux, é lingüisticamente descritível como uma série de pontos de deriva possível oferecendo lugar à interpretação. Ele é sempre suscetível de se

tornar outro. Esse lugar do enunciado, de acordo com Orlandi (2001), e que é o lugar da interpretação, manifestação do inconsciente e da ideologia na produção de sentidos e na constituição dos sujeitos.

Além disso, é também em relação à interpretação que podemos considerar o interdiscurso – o exterior – como alteridade discursiva. Para Pêcheux é porque há o outro nas sociedades e na história, que pode haver ligação, identificação e transferência, e a possibilidade de se interpretar. E é porque há essa ligação que as filiações históricas podem organizar-se em memórias, relações sociais, e redes de significantes. É a existência da intertextualidade e do interdiscurso que permite o procedimento de análise, uma vez que os textos e discursos remetem sempre uns aos outros, pois existem em relação. A escuta discursiva esta presente tanto no momento da falar do sujeito que interpreta e que o analista deve descrever quanto na própria descrição, pois não há descrição sem interpretação; para que se construa esse dispositivo de análise, em que o analista se desloca da descrição do discurso do outro para a interpretação, não numa posição neutra, mas implicada. Implicado não como um simples leitor, mas como cientista social, observando a extensão que delimita o texto enquanto enunciação, de ser referido à discursividade, de constituir uma unidade em relação à uma situação.

Para esta modalidade de análise, o fato de o discurso ser escrito ou oral não muda a definição do texto, o que conta é a materialidade, pois, ambos são textos. E o texto é a unidade de análise, porque representa uma contrapartida da a unidade teórica, o discurso, que é definido como efeito de sentidos entre locutores. (Orlandi, 2001). O texto então é texto porque significa, não é apenas uma organização lingüística, mas o texto “organiza a relação da língua com a história no trabalho do sujeito em sua relação

com o mundo”.

Para que se proceda a análise é necessária a constituição do “corpus”. Decidir o que faz parte ou não do corpus é decidir acerca das propriedades discursivas. Para essa constituição pretende-se a construção de montagens discursivas que obedeçam a critérios que decorrem de princípios teóricos da análise do discurso, face aos objetivos da análise, e que permitam chegar à sua compreensão.

Outras noções importantes como dispositivos ou procedimentos de análise são as noções de formação discursiva e formação ideológica. Assim, o texto é unidade de análise objeto de análise que remete a um discurso e se explicita pela sua referência a alguma formação discursiva a qual deriva de um jogo definido pela formação ideológica dominante naquela conjuntura. Como a análise é um processo que começa pelo estabelecimento do corpus pelo analista, ela não é objetiva, mas deve ser o menos subjetiva possível devendo para isso explicitar o modo de produção de sentidos do objeto de observação, conforme será feito. A análise revela também o pesquisador e seu objeto permanece sempre aberto a novas abordagens.

Um outro princípio importante para a análise do discurso é a distinção entre real e imaginário. Em primeiro lugar um sujeito não produz só um discurso, pois um discurso não é igual a um texto. O discurso não tem como função constituir uma representação da realidade. Enquanto o real do discurso é descontinuidade, incompletude, dispersão, contradições constitutivas do sujeito. As representações são coerência, completude, unidade no imaginário. Por isso a análise distingue autor de sujeito e texto de discurso. Enquanto o locutor ou autor se refere ao eu no discurso, o sujeito enunciador é a perspectiva que esse “eu” constrói.

Do autor e do texto se espera coerência, explicitação, clareza. Do sujeito

no discurso se observa contradições, multiplicidade de representações, essa é uma função do sujeito. Em seus procedimentos na análise do discurso o analista deve compreender processos e mecanismos de constituição de sentidos e de sujeitos, dando ênfase em sua análise a observação de mecanismos como paráfrases e metáforas, como elementos que permitem certo grau de operacionalização.

Para passar do texto ao discurso a análise do material empírico do corpus deve abordar três etapas. Na primeira, o analista vai do texto ao discurso vislumbrando na superfície lingüística sua natureza enunciativa, considerando para isso a desnaturalização da palavra, considerando que o quer que seja dito não precisa ser dito, exclusivamente, de um único jeito. Observando paráfrases, sinonímias, o dizer, o não dizer.

Isso permite a configuração das formações discursivas, torna visíveis famílias parafrásicas, permitindo relacionar o que foi dito e o que não foi dito, com o que poderia ser. É um momento de “individualização” dos discursos que existem socialmente em um sujeito que os apreende e utiliza para exprimir sua visão de mundo.

Num segundo momento a partir do objeto discursivo, a análise procura relacionar as formações discursivas distintas – o jogo de sentidos observados pela análise do processo de significação, a fim de atingir a constituição dos processos discursivos responsáveis pelos efeitos de sentidos produzidos naquele material simbólico, de cuja formulação o analista partiu.

Assim se observa como as palavras remetem a discursos que derivam seus sentidos de formações discursivas, regiões de interdiscurso, que, por sua vez, representam no discurso as formações ideológicas, que correspondem ao terceiro nível a que visa a análise. O interdiscurso significando justamente a relação do discurso com a

multiplicidade de discursos.

Na análise do discurso o não dizer é revelador das noções de interdiscurso, de ideologia, de formação discursiva, assim como o silêncio pode referir-se a um não dito importante, cabendo ao analista investigar.

Uma outra característica dos discursos utilizada como critério de tipologia se refere às distinções institucionais, de normas, disciplinas. Por exemplo, o discurso médico, político, etc... Ou ainda de gêneros, como a narrativa autobiográfica, e que são recortes que interessam neste trabalho. A narrativa das mulheres sobre suas experiências de adoecimento e a perspectiva de profissionais médicos sobre a assistência e a clínica oferecidas.

Aqui interessa pontuar a possibilidade de desconhecimento institucional como postulam Sévigny e Enriquez (2001). Para Segivny (2001) a abordagem clínica além não limitar a análise às representações ou significações, jamais oculta o sentido. Assim o clínico busca compreender o sentido que os atores dão a esses dados objetivados e objetivos. Toda pesquisa clínica é para Sevigny (2001) qualitativa porque ela se interessa em última análise pelos sentidos, como os dados são interpretados pelos atores. O trabalho na pesquisa clínica é assim a interpretação das interpretações. E, estando de acordo com a noção mais moderna de complexidade, deve-se atentar para a multiplicidade dos níveis de análise. Para esses autores da sociologia clínica, os fatos sociais são fatos totais, podendo ser apreendido no nível macro ou societal, no nível micro ou individual, passando pelos intermediários que seriam o grupo e a organização. A ação social, deste ponto de vista, implica todos esses níveis.

Já Enriquez (2001) mostra como toda instituição é a encarnação do poder e como tal, se constitui de modo violento, pela ênfase principal não nas relações, mas

em alguma forma de propriedade, de algo sagrado e mítico, mais do que para ocultar qualquer aparência contratual. Por isso toda instituição é ao mesmo tempo portadora de vida e morte, de ordem e caos. Daí o necessário e sempre presente desconhecimento. Apenas, diz Enriquez (2001), certos membros conseguem viver a realidade conflituosa, pois todos estão submetidos a pressões inter e intrapsíquicas consideráveis. Os membros mais críticos são acusados de alguma forma se não compartilham a fantasia de idealização, “podem tornar-se bode expiatório, se disserem alto o que os outros não ousam pensar baixo”. Isso porque se não houver idealização a instituição corre o risco de fragmentação.

Para Enriquez, (2001) as instituições pensam de uma certa maneira, elaboram representações implícitas de seu fazer, sem nunca serem capazes de se dar conta do que estão pensando realmente. Para esse autor da análise clínica institucional, também os grupos e instituições funcionam segundo hipóteses de base inconsciente, que não se referem exclusivamente aos sujeitos. Dito de outro modo, circulam várias formações discursivas e ideológicas. Ou como afirma Enriquez, “as produções das instituições não são da ordem do impensado; elas são pensadas diferentemente e se revelam por meio de atos e palavras, - não nos esqueçamos de que ‘dizer é fazer’, como salientou com veemência Austin, e de que toda palavra remete, mesmo se este não é seu objetivo, a um enunciado que tem sempre um aspecto de expressão de uma ação. Para ele alguns mecanismos psíquicos utilizados para mergulhar os indivíduos nos equívocos do ‘desconhecimento’ são: a identificação (concordar e idealizar); o recalçamento (a crença na idealização e a recusa de algo poderiam ser instituídas de outro modo); a repressão (o castigo, a expiação de culpa, usada como mecanismo quando o recalçamento falha), a negação (que se refere a percepção muito nuançada dos

acontecimentos, a “insensibilidade” diante do que é visto e não nos toca mais ou ainda). São momentos do desconhecimento, do atravessamento da ideologia no jogos de interdiscursos.

Por fim observe-se que existem muitos modos de funcionamento e relação entre diferentes discursos (Orlandi, 2001), e que isso também deve ser objeto de análise, ocorrendo relações de exclusão, de inclusão, de oposição, sustentação mútua, migração de elementos de um discurso para outro, etc.

Alguns autores consideram a análise do discurso como um campo da pragmática, outros não. As distinções seriam entre sujeito: sujeito origem de si, na enunciação simples; sujeito lingüístico histórico, na análise do discurso, porque constituído também pelo esquecimento e pela ideologia, passível de estar/ser “descentrado” de si mesmo. O exterior ao sujeito também tem nuances distintas, na pragmática o exterior seria o fora do sujeito, enquanto na análise do discurso é no interdiscurso. Em comum a pragmática e análise do discurso compartilham a noção de que dizer é fazer. A análise do discurso permite, entretanto, “analisar” no discurso, o “como” desse “dizer que é fazer”, o processo mediante o qual o dizer é fazer através da linguagem.

E por isso é o método escolhido para proceder à seleção do corpus e análise empírica do material obtido.

Para a produção deste trabalho nos credenciamos as perspectivas teóricas de Iñiguez (1994) e as teórico-metodológicas de Pinheiro(1992) e Spink (1997), cujos conceitos e técnicas serão expostos nos tópicos subseqüentes.

5.6 – Definição – Conceitos da Análise de Discurso

Os elementos necessários à composição do material para a realização da Análise crítica de discurso estão presentes na constituição do material a ser analisado e interpretado na entrevista enquanto prática discursiva, são estas: as noções diferenciadas entre discurso e texto, entre sujeito enunciador e locutor, a materialização do corpus para análise, a definição do processo a ser analisado, a seleção do material relevante para a análise, a análise propriamente dita. Além disso, por serem os procedimentos de análise, independente do recurso utilizado, claramente interpretativos devem ser observados elementos de validação ou de legitimação da análise do discurso como prática, bem como elementos relativos ao contexto em que se realiza a análise e a relação desta com as instâncias sociais as quais esteja referida.

De acordo com Iñiguez (2005) a Psicologia Discursiva está filiada a análise crítica de discurso de tradição francesa. Nesta, são fundamentais as contribuições de Maingueneau, estão mais presentes as de Foucault, e ainda a escola russa de Bakhtin e a “teoria da enunciação”, uma forma de pragmática desenvolvida sobretudo na França.

Para o autor a mudança de uma concepção que considera a linguagem como uma janela dos significados para uma outra que a vê como conjunto de instrumentos que podem regulamentar as relações sociais implica, obviamente, um desenvolvimento complexo que apenas esboçamos aqui. No entanto, ele nos serve como base para começar a descrever como devemos proceder para realizar uma Análise de Discurso. Para qualquer prática de Análise de Discurso são necessárias três operações: a diferenciação texto-discurso, a distinção locutor(a)–enunciador(a) e a operacionalização do corpus.

O discurso, segundo Iñiguez e Antaki (1994), são um conjunto de práticas lingüísticas que mantêm e promovem certas relações sociais. A análise consiste em estudar como essas praticas atuam no presente, mantendo e promovendo essas relações: é trazer à luz o poder da linguagem como uma pratica constituinte e reguladora.

A pratica da analise do discurso, é preciso observar, deve tributo não só a escola européia de tradição política e sociológica francesa e russa. As contribuições da tradição anglo-saxã também são relevantes e vão perpassar as demais correntes, tais como: a “Teoria dos atos da fala” e a Pragmática, relacionados a uma filosofia lingüística associada a escola inglesa e ao pragmatismo americano, a Etnografia da comunicação vinculada a fenomenologia e ao interacionismo.

Algumas concepções dos teóricos desta escola saxã são tão relevantes, que se pode dizer que são adotadas também pela outra corrente, ou seja, norteiam todas as concepções ou o movimento da analise do discurso. A primeira é a concepção de Austin de que a linguagem pode afetar a realidade social, a idéia de que se pode “fazer coisas com palavras“. Em decorrência desta concepção ocorre um fortalecimento da visão da linguagem e da prática lingüística como capacidade de fazer alguma coisa, e da idéia de que o/a analista pode observar a interação e fazer interpretações justamente sobre aquilo que a linguagem está fazendo. Abandona-se a visão da linguagem como uma serie estática de descrições e do analista como mero coletor de dados neutros. Modifica-se a forma de entender a atividade científica e papel do investigador em ciências sociais, uma vez que essa concepção da linguagem afirma que a atividade investigadora iguala-se a qualquer outro tipo de atividade social, seja ela realizada na mais cotidiana das situações, ou dentro da formalidade da ciência.

No entanto, como afirma Iñiguez (2005), o processo de interpretação não consiste em uma mera compreensão hermenêutica ou em uma pura captação do sentido. Para entender em que consiste a interpretação, é preciso antes de qualquer outra coisa analisar o papel da linguagem. Para o autor, baseando-se em Billig (1987), a argumentação e a retórica são a própria essência da linguagem. Para Billig {(1987), apud Iñiguez (2005)}, qualquer mensagem é ambígua, e todas exigem do investigador um esforço interpretativo. Nesse sentido, o papel do investigador não consiste em seguir direções que conduzam a um objetivo predeterminado e sim interagir com os argumentos inerentes àquilo que dizem as pessoas e, usando toda a gama de ferramentas a seu dispor, trazer à luz tudo aquilo que não está explicitado - “o investigador é, em um certo sentido, um profissional cético, encarregado de escutar a realidade social através da interrogação da linguagem”.

Os pontos de vista de Potter e Wetherell (1987) também exerceram grande influencia nas concepções e praticas da analise do discurso e ciências sociais, incluso aí, a entrevista como pratica discursiva. Esses autores adotam a tradição da lingüística mas insistem em considerar a palavra como uma forma de ação, captando os ensinamentos da Etnometodologia e da Análise Conversacional. O principio básico em que se baseia a proposta é a de que a linguagem pode ser compreendida por seu uso. Assim consideram não ser bom tratar a linguagem como manifestações em branco de algum significado semântico neutro; ao contrario, devemos ver como a linguagem é usada por falantes em conversas cotidianas e também olhar mais acima do nível da palavra ou da frase.

Após termos definido o que é discurso, surge a questão de saber se o texto, ou se qualquer texto constitui um discurso. Para Iñiguez (2005) para que o texto

seja efetivamente um discurso é necessário que cumpra certas condições. Assim, constituirão um texto aqueles enunciados que tiverem sido produzidos no marco de instituições que restrinjam fortemente a própria enunciação. Ou seja, enunciados a partir de posições determinadas, inscritos em um contexto interdiscursivo específico e reveladores de condições históricas, sociais, intelectuais, etc.

Os enunciados que cumprem estas condições são aqueles que possuem valor para uma coletividade, e que envolvem crenças e convicções compartilhadas. Ou seja, os textos que claramente incluem um posicionamento em uma estrutura discursiva. No dizer de Foucault (1969), o texto não é considerado em si mesmo, e sim como parte de uma instituição reconhecida que define para uma área social, econômica, geográfica ou lingüística dadas as condições do exercício da função enunciativa. A relação com o lugar de enunciação permite identificar aquilo que esse mesmo autor definiu como formação discursiva: “um feixe complexo de relações que funcionam como regras: prescreve o que deveria ter sido relacionado, em uma prática discursiva, para que esta se refira a tal ou qual objeto, para que ponha em jogo tal ou qual enunciado, para que utilize tal ou qual conjunto, para que organize tal ou qual estratégia. Definir em sua individualidade singular um sistema de formação é, portanto, caracterizar um discurso ou um grupo de enunciados pela regularidade de uma prática. (Foucault, 1969)”.

Outro conceito importante é o de sujeito (enunciador), o tipo de sujeito que constrói. A origem do enunciado, quem enuncia, não é considerada necessariamente como uma forma de subjetividade e sim como um lugar. Nesse lugar de enunciação, os/as enunciadores/as são substituíveis e intercambiáveis. Nas palavras de Foucault (1969): “descrever uma formulação enquanto enunciado não consiste em analisar as relações entre o autor e aquilo que diz (ou quis dizer, ou disse sem querer); e sim em

determinar qual é a posição que pode e deve ocupar qualquer indivíduo para se o sujeito”.

De acordo com Iñiguez (2005), o sujeito assume o status de enunciador que define a formação discursiva na qual se encontra. Isso não significa, no entanto, que cada formação discursiva tenha um lugar de enunciação. Com efeito, distintos conjuntos de enunciados que se referem a um mesmo posicionamento, podem se distribuir por uma multiplicidade de gêneros de discurso. A heterogeneidade de gêneros de uma formação discursiva para definir sua identidade. Com efeito, faz-se uma distinção entre o locutor – o emissor material – e o enunciador – o autor textual. O enunciador é, logicamente, diferente do locutor, já que esse é uma realizada empírica e o enunciador uma construção textual. O enunciador é o autor lógico e responsável pelo texto, mas também foi construído por ele, e ambos aspectos são inseparáveis.

Outra característica importante trata dos lugares de enunciação os quais pressupõem instituições específicas de produção e difusão do discurso. Instituição é aqui considerada como todo aquele dispositivo que delimite o exercício da função enunciativa, o status do enunciador e dos(as) destinatários(as), os tipos de conteúdos que podem ser ditos, as circunstâncias de enunciação legítimas para tal posicionamento. Ou no modo de dizer da escola espanhola “a compreensão desse aspecto facilita enormemente a realização de análise dos processos sociais de construção da intersubjetividade, do poder, da ordem social e da transformação social”.

A constituição do corpus como materialização do texto para análise é outro elemento fundamental na metodologia das análises de discurso. Para a escola francesa, qualquer tipo de produção discursiva pode constituir um corpus, embora os aspectos que são mais enfatizados pelas distintas práticas de análise variem. Em

princípio, de acordo com Iñiguez (2005), considerando-se a base de transmissão, qualquer enunciado gráfico ou transcrito pode se constituir em corpus, tenha ou não sido produzido graficamente. Essas produções podem ser mais ou menos dependentes do contexto. Ou seja, os enunciados poderiam ter sido dirigidos a um sujeito presente na situação da enunciação ou a outros sujeitos localizados em outros contextos. De forma sucinta, segundo o autor podemos dizer que o corpus como materialização do texto admite uma grande diversidade de formulas. Assim, são possíveis conversações transcritas, interações institucionais transcritas, entrevistas transcritas, como é o caso da presente pesquisa. Ou seja, enunciados totalmente orais ou textos previamente escritos são objeto das técnicas de análise do discurso.

Quanto ao processo que vai ser analisado, este pode ser traduzido pela questão já exposta anteriormente, que é de buscar apreender qual o sentido que possui para as mulheres a realização de consultas e exames ginecológicos. De acordo com o referencial teórico da análise crítica do discurso, para a realização da análise o estabelecimento do foco da análise implica perguntar que relações sociais são mantidas e divulgadas através da linguagem que estamos querendo explicar. Para a análise do discurso a linguagem é de tal forma constitutiva de nossa vida e cultura, de nossas relações, que não há, em tese, qualquer relação social que se produza fora da linguagem. Para a análise do discurso (AD) a relação social que o analista examina não está somente intermediada pela linguagem, e sim também controlada por ela. Em suma, a relação social é, simultaneamente, constituinte e constitutiva. Esse controle da linguagem sobre as relações sociais não aparece, a priori, mas pode ser visto mediante as regras e leis explícitas; que afetam nosso comportamento, o codificam, o prescrevem. Ao especificar o que é proibido, definem, como complemento, o que é permitido. Isto se

dá mediante regras formais e informais. Além das regras formais, as regras informais, não escritas, ou seja, os discursos menos explícitos não são menos orientadores e controladores de nossas vidas.

Enfim todas essas regras, as que são explícitas e as que não o são, são construídas e mantidas pelo discurso. Por exemplo, no caso das consultas ginecológicas – que se constitui pela relação médico/Paciente – uma regra não explícita, diz respeito ao fato de ser o profissional portador de um saber sobre o qual a paciente, em princípio, não é conhecedora. Isto gera uma relação assimétrica entre aquele que é portador de um discurso científico e o outro que não o é. Esse aspecto leva a uma questão-chave - “que não existe nenhum discurso que seja independente dos demais, um discurso nunca existe por si mesmo sem estar ancorado em algum outro. Em quase todas as correntes discursivas aceita-se a idéia de que cada discurso está relacionado com outros. Esse fenômeno é conhecido como ‘intertextualidade’ e é uma característica importante do material com que se realiza a AD.E, que por fim é o que vai permitir as comparações, transposições e cruzamentos entre as diversas narrativas, no caso da presente pesquisa”.

A seleção do material relevante para a análise é outro tópico importante para o procedimento da prática de análise da entrevista discursiva. O material deve permitir que o analista possa ver a relação social que pretende analisar, considerando à multiplicidade de discursos que se entrecruzam, aquilo que foi definido por intertextualidade. No caso dessa pesquisa permitir analisar as contradições existentes em um processo de atenção que tensiona entre a informação e a não informação explícita, ou entre o sentido de autonomia e de dependência. Mediante as entrevistas realizadas com as mulheres em fase de diagnóstico de patologias precursoras de câncer ginecológico, pretende-se que essas possam permitir, mediante suas análises; entrever o

sentido que as consultas possuem para as mulheres, e as contradições presentes nesse processo que favoreçam ou dificultem os bons prognósticos para as participantes.

Ainda em relação à seleção do material relevante para a análise através das entrevistas com as mulheres, consideramos que a escolha do grupo selecionado seja representativa no sentido de que aquilo que se descreve ou se conhece para a amostra seja generalizável para o conjunto da população. Entendendo-se que representatividade para as técnicas de análise de discurso não significa que o/a participante é estatisticamente representativo/a da população considerada, ou que esteja próximo à média em idade, status sócio/econômico, etc. Ao contrário, significa que o/a participante está atuando como se estivesse no “papel“ no sentido de que o que é importante sobre essa pessoa em concreto que participa de uma interação não são suas qualidades pessoais e sim o fato de que é membro de um grupo ou coletivo.

Um segundo critério que permite identificar se o texto é ou não um discurso, de acordo com Iñiguez (2005), é o fato de que, para que seja um discurso, o texto deve ter efeitos discursivos. Efeitos não devem ser entendidos como resultados ou conseqüências do discurso sobre o/a ouvinte ou o/a falante, como repercussões psicológicas como persuasão, ou o desencadeamento de um determinado estado emocional. Os textos podem ter efeitos independentes da percepção que uma audiência pode ter de uma mensagem: podem estar isentos, inclusive da própria intenção de quem fala. São estes últimos efeitos os que interessam ao analista, já que ele se encontra diante de derivações discursivas no sentido de que são veiculados certos significados, certos sentidos, certos olhares, certas ordens do mundo ou de uma parcela do mundo, etc.

Assim, os efeitos discursivos são aqueles que operam em um nível

superior ao individual. Ao ler os textos, devemos buscar os efeitos que o material gera por si mesmo, que não é outro senão aquele que o(a) leitor(a) é capaz de captar. O trabalho analítico consiste em examinar cuidadosamente os textos, buscando todas as possíveis leituras, e identificados efeitos mais conectados com a relação social que queremos elucidar. Não há dúvida de que outras leituras também são possíveis, já que todo texto é ambíguo e difuso, mas o que a análise deve fazer; é identificar os efeitos principais, ou os mais importantes em função da pergunta que o(a) analista faz.

5.7 – A Entrevista como prática discursiva

A busca de um enfoque metodológico que contemplasse adequadamente as perspectivas de respostas ao problema, levou ao encontro das perspectivas da Psicologia Discursiva e da Análise Crítica do Discurso, enquanto campo maior que engloba a Psicologia Discursiva. Esta, segundo Edwards e Potter (1992), (apud Pinheiro) deve ser compreendida como a Psicologia que “geralmente está relacionada com as práticas das pessoas: comunicação, interação, argumento; e com a organização dessas práticas em diferentes tipos de situação. Segundo os autores, em Psicologia as pesquisas orientadas para o discurso e sua análise surgem a partir da crítica a conceitos teóricos, perspectivas ou práticas analíticas existentes. Esses autores reivindicam o reconhecimento da análise do discurso dentro da Psicologia, não apenas como estratégia analítica alternativa, mas como uma perspectiva teórico-metodológica consistente. A Psicologia discursiva, assim entendida, significaria uma oposição a qualquer postura realista ou “mentalista”; significaria não abordar o discurso como “meio de captar uma realidade assumida que permanece sob o discurso, seja sociológica ou psicológica, mas

buscar no discurso o processo, o movimento, o sentido”.

Autores como Pinheiro (1997) preferem substituir o termo discurso por práticas discursivas. O conceito de “práticas discursivas” inclui para ela aspectos relacionados à idéia de ação, claramente introduzidos pelo termo prática. As ações não seriam vistas como consequência de processos ou entidades mentais, mas o interesse da análise está em compreender como as noções metalizadas são construídas e usadas. Em se tratando de relato, a ação de relatar é ela mesma explicativa na sua relação com o contexto. “Não se pretende excluir as variáveis que interferem nesse relato, como se elas estivessem distorcendo o que a pessoa realmente pensa e sabe. No relato, está em foco, portanto, o que a pessoa faz, os argumentos utilizados e a explicação dada para torná-los plausíveis, ou seja, o que ocorre numa dada situação, dentro de uma seqüência de atividades”.

Ainda para a autora, as práticas discursivas são uma forma de conhecimento social. São atividades cognitivas quando referidas ao conhecimento social entendido como construção social da realidade. Esse conhecimento funcional permite a produção de sentido. Na definição de Davies e Harrié (1990) as práticas discursivas são as diferentes maneiras em que as pessoas, através dos discursos, ativamente produzem realidades psicológicas e sociais. Por isso também Pinheiro (1997) considera ser a entrevista uma prática discursiva, ou seja, pode ser entendida como ação (interação) situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade. Pinheiro (1997) conceitua que a entrevista inicial como prática discursiva é entendida antes de tudo como ação, ou melhor, como interação. A autora cita como exemplo que à uma pergunta sobre qual a história de seu problema; à pessoa entrevistada tende a selecionar trechos de sua experiência que incluem ela mesma em

diferentes fases da vida e os outros com ele relacionados. Desta forma, na narrativa outras vozes (atores, personagens) participam, e não somente os que enunciam perguntas e respostas. Nas perspectivas da análise de discurso o enunciador corresponde ao lugar a partir do qual o enunciado é produzido – autor textual. E este pode ou não coincidir com o locutor – o emissor material de um enunciado.

Pinheiro (1997) em artigo que trata da entrevista como prática discursiva aponta o fato de ser a entrevista a prática consagrada para o estabelecimento da relação entre clientela e instituição. Essa relação possui a característica de ser assimétrica, tendo o profissional com certeza o poder e o peso da ciência que tende a ofuscar as “verdades dos sujeitos” clientes a ela submetidos ou subordinados (Mynaió). Esse dado, no dizer de Pinheiro (1997) coloca o cliente no lugar daquele que não sabe e o profissional como aquele que sabe tudo.

Pinheiro (1997) conceitua que a entrevista inicial como prática discursiva é entendida antes de tudo como ação, ou melhor, como interação. A autora cita como exemplo que a uma pergunta sobre qual a história de seu problema; à pessoa entrevistada tende a selecionar trechos de sua experiência que incluem ela mesma em diferentes fases da vida e outros com ele relacionados. Desta forma, na narrativa outras vozes (atores, personagens) participam, e não somente os que enunciam perguntas e respostas. Nas perspectivas da análise de discurso o enunciador corresponde ao lugar do qual o enunciado é produzido_ o autor textual. E este pode ou não coincidir com o locutor- o emissor material de um enunciado.

5.8 – As Entrevistas

As entrevistas foram realizadas nas unidades de hospital geral, e em postos de saúde. As mulheres entrevistadas foram previamente informadas da pesquisa, de modo que participaram com seus próprios consentimentos.

Foram realizadas perguntas fechadas sobre dados pessoais gerais, tais como: idade, estado civil, profissão, número de filhos, procedência de bairros ou regiões, e etc. Havendo variações em função das próprias diferenças individuais, e de certos dados ou temas, que por ventura, surgiram durante a entrevista.

Foram realizadas perguntas semi-abertas tais como “como veio encaminhada para esta unidade?”, “como foi receber a notícia de seu diagnóstico?”, “de quanto em quanto tempo costuma ou costumava realizar exames ginecológicos?”, “o que entendeu sobre o que os médicos lhe falaram sobre o seu caso?”, “quais tem sido suas expectativas e preocupações em relação aos tratamentos?”, “como isto se relaciona ou vem afetando sua vida pessoal?”.

As entrevistas não tinham tempo pré-determinado, sendo que algumas foram mais breves, em razão da forma de interação, e outras extensas, algumas mais sucintas, outras mais aprofundadas em temas acessórios; isto de acordo, com a expressividade e disponibilidade de cada participante, e naturalmente, da interação entrevistador entrevistado. O que se buscou, foi sempre realizar as perguntas chaves, mas sem impedir que as participantes expusessem outros temas associados que considerassem relevantes.

A quantidade de dados foi considerada satisfatória. As informações recolhidas, seus registros e redução do volume de dados a elementos passíveis de

análise, foram obtidos mediante a observância de cuidados para assegurar a cientificidade e qualidade dos dados obtidos.

As entrevistas foram realizadas com clientela da instituição Mário Kroeff e um posto central do Município de São João de Meriti para diagnosticar, tratar e fazer seguimento após rastreamento em outros ambulatórios. Foram referenciadas por apresentarem indícios de alterações ou lesões a serem investigadas.

Assim realizamos entrevistas nas unidades do Hospital Mario Kroeff, que é uma unidade de referencia para assistência de casos de alta complexidade, ou seja, realiza tratamentos em todos os níveis e tipos associados à neoplasia, cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Na qual as mulheres são tratadas tanto de patologias iniciais, quanto do câncer propriamente dito. O Hospital recepciona mulheres de diversos bairros da zona norte da cidade proveniente de diversos postos de saúde. E também, em unidades da baixada fluminense, no município de São João de Meriti o qual possui um grande contingente populacional de baixa e media renda, sendo um dos maiores municípios da América Latina, de acordo com as estatísticas. Também nesse município, as mulheres selecionadas para serem entrevistadas nessas unidades haviam sido recepcionadas ainda portadoras de patologias em estágios iniciais ou controlados, e provenientes de diversos postos de saúde da zona norte e da baixada de São João de Meriti.

5.8.1 – Roteiro das Entrevistas

- Como a senhora (ou você) veio encaminhada para esta unidade?
- Como foi para a senhora (ou você) receber a notícia desse seu

diagnóstico?

– De quanto em quanto tempo a senhora (ou você) costumava realizar exames preventivos ginecológicos?

– O a senhora (ou você) entendeu sobre o que os médicos lhe falaram sobre o seu caso?

– Quais têm sido suas expectativas e preocupações em relação ao(s) tratamento(s) e como isto se relaciona com sua pessoal?

5.8.2 – Elementos da Entrevista

Para a realização da presente pesquisa foram selecionadas, ao final quinze entrevistas. A constituição do corpus para a realização de análise qualitativa foi de _____ páginas.

Foram entrevistadas mulheres que foram “cooptadas” a partir de rastreamento na rede municipal e encaminhadas para a unidade complexa, e em unidade central da rede municipal.

A maioria das mulheres era portadora de patologia inicial, para serem submetidas a procedimentos ambulatoriais ou a pequenas intervenções cirúrgicas. Outras, já haviam sido submetidas a procedimentos mais invasivos.

As entrevistas se pautam no modelo biográfico e de projeções de vida, centradas na trajetória dos diagnósticos e tratamentos das mulheres.

Embora as posições e experiências das entrevistadas possuam características distintas, cada uma com sua própria trajetória, o número de conteúdos tende a ir se repetindo de modo a permitir categorizações. De acordo com, Gaskell

(2003) entre 15 e 25 entrevistas já se observam repetições passíveis de categorizações. Para Turato (2003) esse número está entre 6 e 15 entrevistas transcritas para a análise.

A análise dessas, pode-se antecipar, permite o agrupamento de alguns temas gerais relacionados à assistência médica recebida, outros relacionados ao câncer, outros à sexualidade, ao corpo, a história sexual e de adoecimentos. Como as entrevistas foram semidirigidas e os relatos expressos em forma de narrativa, esses conteúdos se entrelaçam; ao mesmo tempo, em que se subdividem em outros subgrupos temáticos.

Ao abordar questões relacionadas ao câncer as entrevistadas desenvolveram sub temas como: distúrbios somáticos e assintomáticos, causas de adoecimento (vírus e etc), prevenção (uso de preservativo, número de parceiros, qualidade de vida sexual) e doenças sexualmente transmissíveis, informação (médica, leiga, midiática), temores relacionados ao adoecimento e morte.

Quando o tema principal é a sexualidade, que na verdade permeia todo o conjunto das narrativas, destacam-se sub temas ou associações entre sexualidade, conjugalidade, filiação, maternidade, casamento, família. A temática da sexualidade também está associada à prevenção, ao preconceito e culpa, ao adoecimento, a qualidade de vida, ao amor e a morte.

Em relação ao corpo, as mulheres abordam as suas histórias de vida sexual (iniciação, número de parceiros, traumas, maternidade) e de adoecimento (outras doenças ginecológicas, doenças sexualmente transmissíveis e transtornos psicológicos), estigmas sociais, dificuldades sociais decorrentes do corpo adoecido.

Surgem ainda reflexões sobre situações de crise de vida, de reapropriação e resignificação das experiências difíceis de crise de vida e transtorno.

O modelo praticado de entrevistas deve ser considerado no contexto

específico da investigação realizada. Neste sentido, as quinze entrevistas com as mulheres foi por nós trabalhada visando apreender o sentido das queixas das usuárias dos serviços de saúde orientados para dar atenção às mulheres. A escolha deste instrumento se relaciona com os pressupostos teóricos da análise crítica do discurso e da psicologia discursiva, as quais nortearão as interpretações. A forma escolhida para a discussão faz parte do posicionamento que privilegia a pesquisa qualitativa, com todas as implicações metodológicas envolvidas, e que inclui, ainda, a nossa própria implicação como pesquisadora e psicóloga, cujas intervenções podem ser também objeto de análise em certas situações. Isto porque, embora as entrevistas selecionadas tenham sido realizadas em unidades nas quais não tivéssemos vínculo institucional, o fato das entrevistadas receberem informações de que se tratava de entrevista para uma pesquisa, e de que a entrevistadora era também psicóloga, motivou, como se pode observar nas transcrições, digressões que não prejudicaram a abordagem, mas que se espalharam para temas acessórios. O que se quer dizer, é que além dessas digressões serem possíveis de acontecer em entrevistas semi-estruturadas, e até esperadas, o que se pode observar, é que é da natureza das questões relacionadas à saúde, à complexidade temática; e, que, em algumas entrevistas, em função do surgimento de situações complexas, essa complexidade com que estamos familiarizadas, não foi excluída do trabalho da entrevista, ou melhor, foi abordada, em forma de interação.

Pretende-se a validação dos dados qualitativos mediante critérios de fiabilidade, independência das análises meramente idiossincráticas da pesquisadora, credibilidade e garantia de quantidade das observações efetuadas, constância dos dados em relação a acidentabilidade, ocasionalidade e transferibilidade; possibilidade de estender as conclusões a outros contextos.

Através de entrevistas não diretivas pretendeu-se levantar mediante o relato dos autores as percepções pessoais, os sentimentos íntimos que marcaram suas experiências ou os acontecimentos vividos durante seus processos de enfrentamento no adoecimento. Os relatos obtidos devem contemplar percepções subjetivas, afirmações e interpretações pessoais do vivido pelas mulheres, envolvendo temas relacionados ao adoecimento. As informações obtidas devem contemplar tanto fatos quanto o significado dos acontecimentos vividos e que forjaram comportamentos, a compreensão da vida e do mundo da pessoa e da doença, a fim de que se possa proceder a análise a partir da constituição de um corpus extraído da coleta de dados da pessoa concreta.

A entrevista não diretiva ou abordagem clínica, é uma forma de colher informações baseadas no discurso livre do paciente ou entrevistado, pressupondo-se este como competente para exprimir-se com clareza sobre questões de sua experiência e expor representações e análises suas, revelando tanto a singularidade quanto a historicidade dos atos, concepções, idéias, valores.

Na entrevista mantém-se a escuta ativa e receptiva a todas as exposições, quaisquer que sejam, intervindo quando necessário, buscando sentidos e expressão mais circunstanciada de questões que interessem à pesquisa. A atitude disponível à escuta, a confiança manifesta nas formas e escolhas do diálogo pretendem a descontração e liberdade do interlocutor para exprimir-se com o mínimo possível de receios, constrangimentos sobre seus atos e escolhas.

A entrevistadora permanece atenta às expressões verbais e atitudinais, evitando atribuir juízos de valor as interlocutoras, analisando implicações, dentro do possível, buscando interferir o menos possível e não ferir questões éticas relacionadas à clínica psicossocial ou bioética em ginecologia e oncologia.

Mediante essas interações no contexto das ações das mulheres para o cuidado de sua saúde sexual, pretende-se a progressiva elucidação do problema, à confirmação das hipóteses.

6 – AS TÉCNICAS PARA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Por fim a análise propriamente dita será utilizada na totalidade do corpus, como demanda a AD, independente do referencial técnico adotado, no caso dessa pesquisa, as entrevistas. Buscou-se transcrever com o maior número de detalhes possível e o mínimo de perdas das expressões. Dos procedimentos a serem utilizados para efetivar a análise daremos preferência ao uso dos repertórios interpretativos e à pragmática. O uso dos repertórios interpretativo é um conceito introduzido por Potter e Wetherell (1987) para designar que um tema de conversação pode variar em função das demandas locais da situação de interação. A utilidade dos repertórios baseia-se no fato de que permitem ver como os/as falantes confrontam as conversações e como definem planos através da colocação estratégica de temas. Para os autores: “os repertórios podem ser vistos como elementos essenciais que os falantes utilizam para construir versões das ações, processos cognitivos e outros fenômenos. Qualquer repertório determinado está constituído por uma gama restrita de termos usados de uma forma estilística e com uma gramática específica. Normalmente esses termos produzem uma ou mais metáforas-chave, e a presença de um repertório muitas vezes está assinalada por certos tropos ou figura de discurso”.

O uso da pragmática permite identificar os efeitos de implicação, mas também serve para identificar o tipo de conhecimento que o/a falante presume ser compartilhado pela audiência e, separadamente, para reconhecer o efeito que certas expressões tem em função de sua forma lingüística. Em relação a análise das entrevistas o uso da pragmática é adequado para permitir comparações e entrecruzamentos do que é conhecimento e é compartilhado, por exemplo, diante de perguntas sobre temas e

vivências comuns a todas as entrevistadas, obteremos alguns repertórios possíveis de serem apreendidos nos relatos, após a análise de cada uma dessas entrevistas e da obtenção de seus elementos/ repertórios específicos, podemos proceder a comparações e entrecruzamentos mediante o uso da pragmática, uma vez que em seu conjunto e por possuírem características que formam textos, podem ser analisados comparativamente, por que compõem uma intertextualidade.

Outros autores designam os repertórios interpretativos por linhas narrativas (Murray, 1997, apud Spink, 1997). Outros como Jovechelovitch e Bauer, (2003) consideram que a própria idéia geral que perpassa as técnicas de entrevista narrativa e a entrevista episódica, (Flick, 2003) é de que é falando que afinal sabemos o que pensamos. De acordo com (Schutze, 1977, Bruner, 1990) “a estrutura de uma narrativa é semelhante a estrutura para a ação: um contexto é dado, os acontecimentos são seqüenciais e terminam em um determinado ponto; a narração inclui um tipo de avaliação do resultado. Para obter bons resultados a entrevista deve ter obedecido a critérios tais como: não diretividade, especificidade, abrangência, e ter sido situacional. Ou seja, a idéia de que se pode extrair repertórios interpretativos do discurso para proceder a análise, equivale a esta que supõe ser inerente a estrutura de qualquer narrativa uma estrutura semelhante a ação.

Outros elementos ainda podem vir a ser utilizados para a efetuação da análise, tais como: a observação de polaridades para fins de desconstrução, por exemplo: dependência/independência, informação/desinformação, etc. Além disso, elementos relativos à retórica também podem observados, uma vez que mediante esta se pode identificar tipos argumentativos, figuras retóricas, seqüências temáticas, táticas de persuasão. A análise dessa estrutura argumentativa e formal do texto pode ser útil para

analisar a credibilidade e a legitimidade que um texto transmite. Além de permitir identificar linhas de coerência de uns argumentos que possam ficar ocultas sob uma fachada aparentemente desconexa.

Por fim, mas não menos importante, devemos observar, que o uso de quaisquer recursos, como quer Iñiguez (2005), ou que todos os procedimentos de análise são claramente interpretativos. De onde surge a questão sobre a validade do método, ou como preferem os autores de análise de discurso, a questão se refere à legitimidade das praticas de análise discursiva. Para a análise do discurso a linguagem está fundamentada na filosofia e na lingüística. A linguagem não é uma marca de grupo social (como é para sociolingüística), nem um recurso para reconhecer a percepção individual, embora ambos processos possam ocorrer e possam ser elucidados. A linguagem também não é uma janela de acesso às idéias da mente (psicologia).

Para a Análise do Discurso a linguagem é simultaneamente um indicador da realidade social e uma forma de criar essa realidade. Ela defende o uso dinâmico da linguagem e é sensível a seus efeitos, não no sentido de uma reação mental ou de um efeito psicológico, e sim como um efeito da própria forma lingüística. Nas palavras de Iñiguez (2005) a linguagem não está na cabeça, mas sim no mundo. De acordo com as premissas do que o autor denomina de “giro lingüístico”, a partir da obra de Rorty (1967) a linguagem é vista mais como uma forma de construção que como uma descrição de nós mesmos/as e de nosso mundo. A AD entende que o mundo em que vivemos é um mundo onde a fala tem efeitos; ou seja, onde não é a mesma coisa referir-se a alguém como, por exemplo, “soldado”, “guerrilheiro”, “terrorista”, “defensor da liberdade”.

A legitimidade da AD como método advêm precisamente dessa visão da

linguagem, já que, em sua ação investigadora, a única coisa que ela faz é utilizar as mesmas ferramentas que são utilizadas em qualquer contexto de ação social. Para isso, o analista deve estabelecer uma relação de negociação mais do que de exposição, no sentido de estar sempre aberto as interpretações realizadas, uma vez que a relação com os leitores deve ser ativa sobre o seu trabalho mostrando aos estes como realizou a leitura do texto, e a razão de suas escolhas. É o que se pretende fazer a seguir.

Em relação às entrevistas realizadas nas unidades tanto do Hospital Mario Kröeff, quanto na unidade de saúde central dos postos de São João de Meriti, algumas observações devem ser feitas. Em ambas unidades, as mulheres foram recepcionadas por médicas que adotam em sua prática de consulta com as pacientes orientações sobre as suas problemáticas, e em São João a coordenadora do programa de saúde adota praticas de saúde coletiva visando adequá-los ao grande contingente populacional e as condições precárias do município. Esse dado vai estar de certo modo presente nos relatos das mulheres, a medida em que vão tecendo comparações entre as formas como foram orientadas em suas trajetórias de tratamento e relatando o sentido que as consultas e os exames tem para si.

Uma outra observação diz respeito ao seguimento do roteiro das entrevistas, o qual incluiu perguntas sobre dados pessoais e aquelas relativas ao objeto da pesquisa. Uma ressalva a ser feita, é que embora as questões tenham imprimido certo recorte as respostas obtidas, as associações temáticas não ocorreram de modo linear. Ao longo de suas exposições, as entrevistadas ora retomaram questões anteriormente formuladas, ora anteciparam questões que seriam formuladas posteriormente. Isso, em razão de suas próprias trajetórias e experiências vividas, o que fez com que as associações temáticas tivessem um curso próprio, apesar do roteiro de entrevista.

Uma outra ressalva, diz respeito ao fato de que na transcrição das entrevistas discursivas, ter se buscado captar o melhor possível às pausas, interrupções, etc, assim como os erros de concordância, regência e, pronuncia foram mantidos. Resultando no fato de que o texto possui “erros” decorrentes do uso de vocabulários incorretos ou da própria fluência do vocabulário oral, que serão interpretados “corretamente” por nós, sem serem necessariamente corrigidos, sempre que for necessário fazer referencia a trechos em que ocorra algo desse tipo.

Foram realizadas as seguintes questões de forma recorrente: sobre dados pessoais, sobre como as mulheres foram encaminhadas para aquelas unidades, sobre como foi receber a noticia de seu diagnostico, com que frequência realiza(va) consultas e exames ginecológicos, sobre o que compreendeu sobre o que os médicos falaram sobre o seu caso, que tipo de expectativas ou preocupações tinha ou tem em relação aos tratamentos, como isto se relaciona(va) e afeta(va) sua vida pessoal.

Outras questões foram formuladas de acordo com a interação da entrevistadora com cada entrevistada, havendo digressões de ambas as partes, mas as questões do roteiro estiveram presentes em todas as entrevistas, ainda que nem sempre de modo linear. Por exemplo, se de uma certa forma, ao expor sobre um determinado tema a entrevistada abordasse um outro relacionado a uma outra questão existente no roteiro, ainda assim, mantivemos a realização da pergunta, de modo a que ficasse para nós certificado de que sobre aquele tema, aquela entrevistada havia esgotado o que poderia dizer naquele momento, e ainda, que tivesse a mesma oportunidade de exposição que as demais. Havendo, evidentemente, casos em que a própria entrevistada considerou já ter exposto sobre aquele tema o suficiente.

Do mesmo modo, se diante de um determinado tema as associações da

entrevistada se estenderam para temas acessórios, mas relevantes para história de sua trajetória pessoal; por exemplo, sobre outras doenças, sobre a vida sexual, etc. a linha de abordagem foi permitir a exposição da narrativa. Em função disso, eventualmente, surgiram questões relacionadas ao efeito que o relato imprimiu na entrevistadora e que foram dentro do contexto abordadas. Dito isto, resulta que o texto que será apresentado em seguida, não corresponde a uma transcrição linear, seguindo antes o ritmo dos efeitos discursivos das narrativas sobre a analisadora. O texto linear, o corpus para análise, que corresponde a transcrição das entrevistas, encontra-se em anexo, ao final do trabalho.

7 – ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

7.1 – Edna

Edna relata que teve várias consultas e foi encaminhada para o hospital porque estava com um “probleminha”. Com frequência, as mulheres se referem aos diagnósticos obtidos de patologias precursoras de câncer como um “probleminha”. De certo modo, é como os próprios profissionais, geralmente médicos, falam. Isto, para sem precisar dar muitas informações, seja para não alardear a paciente, seja por supor que esta não vai entender. Assim denominam para as mulheres as patologias precursoras de câncer de “probleminha”. Indagada sobre se fazia preventivo, Edna responde:

“Todo ano você faz preventivo. Fez o preventivo e o médico me falou que ela estava uma bactéria que não precisava de usar remédio. Disse que não era possível estar com uma bactéria e não ter como, né? Aí fui no posto e lá constatou que estava com aquele... Não diretamente o HPV, mas, uma inflamação, algo compatível a isso, não li direito a receita”. (pág.01).

Edna, não se deu por satisfeita com as informações que percebeu serem contraditórias, sobre “ter uma bactéria e não precisar usar remédio”. Mudou então do posto João Pedregal para o hospital Clementino Fraga Filho. Lá, disse ela, soube que estava com esse problema do HPV, e que talvez recebesse uma carta convocando-a para algum seguimento. E assim, foi parar no hospital onde estava sendo atendida.

No relato de Edna pode-se entrever uma informação recorrente, ou mesmo, uma desinformação recorrente, que algumas mulheres, como Edna, decidem investigar. Se tenho uma “bactéria” e uma inflamação, como não preciso usar remédio?

Por outro lado, outras tantas mulheres podem dar-se por satisfeitas por não precisar usar remédios, e não voltar mais ou só quando acharem mais conveniente – seja para realizar exames periódicos, caso adotem esta prática, seja quando tiverem com algum problema.

Veja-se que Edna, não foi orientada para realizar nova consulta no primeiro posto ao qual fez referência. Acabou realizando os exames em outro local, porque houve uma campanha do Ministério da Saúde, que se não lhe facilitou o acesso, mudou a receptividade, seguimento e forma de encaminhamento.

Como Edna fez em sua narrativa referência, espontaneamente, ao vírus HPV, indagamos retomando sua própria narrativa - “Você tava com um ‘probleminha’ que era o HPV, como você entende o que ele explicou”.(pág.02)

Ao que ela responde: “Não ele não me explicou nada, mandou fazer o preventivo. Ele passou os remédios, tomei os remédios, só que assistindo televisão, eles falam sobre o HPV, no Gilberto Barros...” “É o Leão que passa na televisão, aquele gordo...”. “No canal sete. Sempre tem alguém explicando sobre isso”.

No relato de Edna constata-se um outro elemento relacionado ao processo de informação, que é a informação obtida de forma midiática. Embora tenha passado por consulta de rotina, foi no programa do Leão, no Gilberto Barros, que a entrevistada soube da existência de vírus associado ao câncer de colo de útero, o que talvez tenha auxiliado no seu ponto de vista crítico em relação ao médico que disse a que ela estava com bactéria e não precisava usar remédio. Por vezes, a fala de uma paciente como Edna é invalidada pelo profissional que a recebe em razão da confusão que a mesma faz por ter menor formação escolar, e não saber a diferença entre vírus e bactéria. Veremos isso de novo em outras narrativas.

Além disso, o relato de Edna traz uma outra questão relacionada ao

seguimento que ocorre neste tipo de atenção. É possível que ocorra situações em que diante de um exame que assinala a presença de um vírus, não haja de imediato à necessidade de uso de remédios. Contudo, o seguimento para monitorar a presença ou ausência do vírus, o fato de este estar em atividade ou não, se sua presença poderá ou não implicar em lesão depende deste mesmo seguimento, para o qual de qualquer forma Edna não foi orientada. Foi sua capacidade crítica associada à informação midiática que a levou a checar, supondo erro, o seu estado de saúde em outro local.

Este fato corrobora um dado observado em estatísticas de saúde. Embora no Brasil, apesar das condições precárias da população e das dificuldades de assistência, a cobertura, ou seja, a possibilidade de acesso a maior parte da população está dentro da média mundial para os países em que doenças como o câncer de colo de útero, são mais bem controladas. Ocorrem, no entanto, situações como essa, em que em uma consulta de rotina, na qual a pessoa se queixa ou desconfia de algo errado, esta não vir a ser aproveitada como uma oportunidade de orientação, perdendo-se investimentos, gerando riscos maiores, desqualificando o acesso aos serviços, aos profissionais, ao conhecimento.

Durante sua narrativa Edna faz em diversas ocasiões referências ao vírus, com o que ficou intrigada. Relata que sempre fica acompanhando as explicações – como diz, “desse lance de HPV” na televisão. Só que não dá para estar atenta, ”porque faz uma coisa, faz outra”. Sua dúvida advém do fato de já estar sem companheiro há mais de cinco anos. Diz que gostaria de perguntar a doutora como pode “ter pego” essa doença.(páginas 3-4). Diz que ficou sem entender se alguma bactéria estava adormecida que resolveu se manifestar. Tem dúvidas também porque diz que não usou roupas de ninguém.

Edna: *“...Estou cinco anos sem ninguém. Fiquei sem saber se alguma bactéria que estava adormecida que resolveu se manifestar, entendeu ? Roupa de ninguém eu não uso. Então por toalhas, não sei. Freqüento uma trocando de parceiros, não sei se de repente aquelas toalhas, não sei. Até agora não perguntei a doutora como eu posso ter pego essa...”*.

Edna relata que ao longo de seus tratamentos houve episódios em que foi medicada com pomadas, mas não associa a algum tratamento relacionado ao vírus, acha que foi por corrimentos e cólicas. Também recebeu orientações em algum momento de sua trajetória de um médico que lhe falou para só ter relações com preservativo (pág. 05).

O modo como Edna expõe sua indignação está associada às informações contraditórias que não consegue compreender, mas sobretudo às atitudes contraditórias que faz com que tenha muitas dúvidas. Ao longo de sua narrativa vê-se Edna comparando as diversas consultas médicas com as informações que viu na mídia, inclusive utilizando expressões técnicas que lhe deixaram intrigada.

- Entrevistadora: *“...Mas você esta falando isso comparando com o que você viu no programa? O que você viu no programa?”*

- Entrevistada: *“Eles conversaram com as pessoas sobre o HPV, né? Só que, eu vejo que eu fiquei com dúvidas. Como eu poderei ter pego esse HPV, né? Eu estava com uma...eu não sei te explicar. Eu estava com algo escamoso compatível com o HPV, inflamação compatível com HPV. Só que eu estou fazendo esse tratamento. A dra fala pra mim que pelo jeito ela vai me dar alta. A outra doutora falou que o vírus não existe mais. Só a inflamação você tem que tratar para não virar coisa pior.”*

Mais de uma vez Edna usa da expressão “compatível com HPV”, o que

parece estar associado às suas dúvidas, é, em que sentido algo é ou pode ser compatível com um vírus. Um médico havia lhe dito para usar preservativo. Outro que não tinha nada, quando estava queixosa e havia sido orientada para usar preservativo. Mediante a campanha de saúde realiza exame que detecta algo e lhe encaminha para uma unidade maior. E sabe-se portadora de HPV. Paralelamente, houve na televisão que existe um vírus que pode virar coisa pior, câncer. Mas, além disso existem infecções compatíveis com HPV (as patologias precursoras), o que não deixa de ser bem preocupante, já que se o HPV pode causar câncer, o que significa uma infecção ser compatível com um vírus que pode causar câncer. Em seguida a doutora diz que vai lhe dar alta, (pois esta sob controle). A outra doutora diz que o vírus não existe mais (o que não é verdade, talvez essa tenha sido uma forma que esta doutora achou mais fácil para falar com a paciente), mas que a inflamação tem que tratar para não virar coisa pior. Ou seja, nega a existência do vírus compatível com o câncer, como a paciente já ouviu na televisão, mas quer mantê-la em seguimento mais com temor do que com compreensão sobre a sua problemática. Não é de estranhar que Edna sinta com dúvida em relação a tantas informações contraditórias.

As questões que Edna traz apontam para a assimetria da relação médico/paciente e as relações de poder aí implícitas. Mediante sua narrativa se observa vários sujeitos de enunciação de discursos médicos. Um dado interessante que se pode constatar a partir disso é que embora existam protocolos designando como devem ser realizados os procedimentos, estes nem sempre são seguidos. Mas mesmo quando o são, é o que as várias enunciações as quais Edna se remete parecem referir – em sua maioria, os profissionais as quais ela teve acesso prestaram algum tipo de atendimento – forneceram algum tipo de orientação, só que utilizando critérios muito diferentes sobre

o quê ou como orientar. Isto porque, os protocolos designam o que deve ser feito, mas não que deve ser informado. Assim sendo, cada profissional decide o que deve ou não ser informado, e toma essa decisão conforme sua avaliação pessoal do nível de compreensão da paciente e conforme a sua habilidade pessoal para comunicação. Dados relacionados aos direitos do paciente a informação e as repercussões bioéticas que sua não adoção podem implicar, são pouco considerados.

E aí, surge uma outra questão que envolve os aspectos da assimetria de poder e da desabilidade na comunicação na assistência em saúde. As questões envolvendo a comunicação na relação assistencial devem ser pensadas, considerando-se inclusive os meios atuais de comunicação de massa. Os programas de televisão voltados para a comunicação das grandes massas apresentam temas ligados à saúde, assim como, o acesso à internet permite que as pessoas possam pesquisar sobre diversos assuntos muito rapidamente. Assim, temas que em outras décadas estiveram restrito aos meios profissionais hoje são de domínio ou de acesso público fácil. A prática da não orientação além de ferir um direito das pessoas, por ser prejudicial ao bom seguimento do tratamento; não é útil; e acaba por deixar que as pessoas preencham de qualquer modo os “buracos” de informação de qualquer modo já que essas informações são necessárias para o comprometimento individual.

7.2 – Giordana

Para Giordana, 22 anos, as consultas e a realização de exames ocorrem como diz: “Às vezes. Sempre quando passa muito da época” A rotina de realização de exames começou aos quinze anos, quando iniciou sua vida sexual.

Giordana tem dois filhos, e diz ter sofrido muito durante a gravidez

“Quando tive minha filha, sofri pra caramba, quase morri. Ai eu fiquei com medo, porque eu já sofri muito numa operação”. Problema no parto. Problema no cordão umbilical, ela saiu, mas a placenta não queria sair... Deu hemorragia, tomei bolsa de sangue e tudo, fiquei com aquilo na cabeça, fiquei desesperada. Só Deus me salvou, se não fosse Deus, já era”.

Para ela, a realização de consultas e exames vem acompanhada de vivências de sofrimento, dor e temor. Ao ser indagada sobre o percurso de seu encaminhamento para unidade onde estava iniciando seu tratamento, informa:

“...Meu exame que deu problema está com a doutora. Deu que eu tava com uma inflamaçãozinha leve, mas no grau I, só que fiquei desesperada pensando que ia fazer uma operação. Minha colega falou, colocou minhoca na minha cabeça, fiquei desesperada, chorava noite e dia, nem comia direito”.

Giordana relata ter ficado desesperada com a possibilidade de que pudesse ter de realizar “raspagem” como sua colega falou já ter realizado:

“O dela deu problema. Deu grau 2. Porque ela fez a raspagem, doeu ... Falou que de repente eu também ia fazer essa raspagem. Só que eu fiquei com medo porque eu já sofri muito com a operação”.

Em relação ao que narra Giordana, constata-se que seus temores estão associados a experiências anteriores traumáticas, que no seu caso decorreram de incidentes naturais de sua própria gravidez.

Além disso, observa-se no dado da troca de informações com a amiga, um relato sobre compartilhamento de experiências, busca de auxílio e de divisão de conhecimento, que ao final gera mais angústia em Giordana porque nem sempre o caso de uma pessoa é igual ao outro. Seja em razão da diferença, ainda que sutil de diagnóstico, seja em razão das experiências anteriores de cada uma. Como declara a própria narradora: “Fiquei desesperada. Chorava noite e dia. Me consolava quem sabia era o médico se eu ia fazer ou não a raspagem”.

Em função da observação da entrevistada sobre os graus de patologias precursoras, de que a sua era grau I e a de sua amiga grau II, tomamos a iniciativa de inquirir sobre o seu conhecimento sobre o vírus de HPV, já que a observação sobre a existência de graus na avaliação de patologias precursoras poderia pressupor ou embutir o conhecimento sobre a associação do HPV com estas.

“– *Você sabe que tem uma relação entre o HPV e com o problema do câncer? Você tem informação? Foi isso que preocupou você também?*”.

– *Fiquei desesperada....*

– *O que o médico falou pra você?*

– *Falou que não era grave não. Era leve. Mas coloquei aquilo na minha cabeça que era grave. Sabia que estava me escondendo alguma coisa. Ainda mais quando me mandaram pra cá minha colega falou que era hospital de câncer. Fiquei maluca”.*

Giordana narra ter sentido desespero, porque avaliou e julgou que o médico estivesse escondendo alguma coisa, ou que não estivesse expondo completamente a verdade; já que, embora sua patologia fosse leve, ou que não fosse grave, estava afinal sendo encaminhada para um hospital de câncer.

Este é um elemento recorrente em muitas narrativas das mulheres, a tentativa de minimizar a preocupação por parte dos profissionais, de modo talvez a que essas pessoas não fujam do tratamento, ou mesmo que não se desesperem, o que por vezes tem um efeito oposto, já que as contradições e não explicações estão presentes em seus discursos. Sem dúvida, pode-se indagar sobre a possibilidade de nestas situações de crise, as pessoas virem a inquirir os profissionais sobre seus diagnósticos e compreender de forma clara, a recepção da informação fornecida também pode vir a ser prejudicada pela situação de crise e a assimetria da relação.

A entrevista de Giordana foi breve, porque ela ainda não havia iniciado efetivamente seu tratamento naquele serviço. Suas informações eram ainda as que recebera no posto de saúde, e ainda não constava em seu relato dados da sua vivência naquela unidade onde estava sendo recepcionada.

Como disse a própria Giordana: “babou”, ao ser inquirida sobre seu encaminhamento para aquela unidade.

Entrevistadora: *“Quanto tempo você tá aqui fazendo tratamento?”*.

Entrevistada: *“É a primeira vez”*.

Entrevistadora: *“É a primeira vez? Chegou hoje?”*

Entrevistada: *“Não vim aqui para fazer o preventivo, mas, como eu não sabia, não vim no dia 13, vim no dia 14. Vim aqui fiz meu cartãozinho e marcou prá... Aí a regra desceu, aí babou, só 2^a feira”*.

Entrevistadora: *“Babou o quê?”*

Entrevistada: *“A regra desceu, aí não deu pra fazer mais. Não deu pra fazer. Já era”*.

De um certo modo, esta entrevista também “babou” um pouco. Não pode

se desenvolver como algumas outras.

7.3 – Diana

Diana é jovem. Começou a realizar exames preventivos aos quatorze anos de idade:

“... Eu tava tendo relação sexual e achei melhor fazer... Foi aos quatorze anos. Que mais?”

Continuou fazendo exames de seis em seis meses. Queixa-se da demora para obtenção dos resultados no posto de saúde: “...Porque demora até chegar o exame. Passa do tempo, aí tem que fazer tudo de novo. Que mais?”

Diana sorria durante a entrevista maliciosamente, como se escondesse alguma coisa, e a cada término no início da entrevista quando abordava os exames, dos quatorze, dos quinze, indagava, “que mais”. Na verdade, dirá depois que iniciou sua vida sexual, bem precocemente, aos treze anos de idade.

Ao chegar ao exame dos dezesseis, passa a relatar uma situação vivida durante um carnaval em que conheceu um menino, ao qual atribui a aquisição de vírus.

“Não. Foi no ano passado. Tava com dezesseis anos. Foi durante o carnaval. Eu saí... e, sei lá... Eu sempre pensei: Ah!... Jamais via acontecer comigo, até porque eu fazia enfermagem. Então, eu tava ali dia a dia, eu via como era a situação, o que que era o HPV. Que que era as outras doenças. E tinha acabado de fazer um tratamento da... pra Cândida no final de 2003. Eu fiz o tratamento... Tudo certinho e tal. Aí no carnaval eu conheci o menino lá. Lá em Copacabana, conheci... Achei que... Ah! Meu Deus. Que nada, não vai rolar nada e tal, e tal... Aí, eu senti na hora que eu...

Eu toquei no órgão dele, eu senti que tinha uma, tinha uma bolinha... Num imaginei, né? Eu pensei: será ou não? Aí, ele até... Eu perguntei a ele: Vem cá você tem alguma doença e tal? Aí, ele se alterou, falou: Por que ? Você ta pensando que eu sou doente? Aí, eu falei: Não para saber e tal... E o pior que a camisinha do lado. Mas, não. Foi e... E depois... Foi três semanas depois, foi eu que senti, entendeu? Tomando um banho. Eu passei a mão, tava fora, tava externo, eu senti uma verruga. Aí eu olhei no espelho. Peguei o espelho olhei e aí falei: pronto. Era aquilo que eu pensava. Fui pro ginecologista desesperada. Foi... E daí era. A médica foi, passou um vidrinho pra mim ir na farmácia de manipulação. Levei lá, três dias depois na mesma semana levei, aí ela queimou e aí sumiu. Agora não sei como é que tá... Sabia... Eu vi que, pô... Eu senti, mas não tinha certeza. Eu nunca tinha tido experiência com uma pessoa que tivesse uma doença ou apresentasse qualquer coisa, entendeu? Aí eu achei que não, quando fui ver...”.

O sentido da consulta neste contexto em que Diana a relata é de busca de auxílio em uma situação que considera de emergência. Além disso já havia estado em tratamento antes para outra infecção. Diana possui informações sobre infecções e doenças, pois cursa, como expõe o segundo grau técnico de enfermagem e se questiona sobre seu descuido. E diz que gostaria de ser psicóloga. Indagada sobre o que pensa ter ocorrido já que expôs as contradições entre seu conhecimento e suas atitudes. Relata que realizou posteriormente dois exames, os quais acusaram HPV. E supõe, o seguinte:

“Pôxa, porque... Eu pra mim ali, eu acho que ali foi mais momento. Foi momento, entendeu? Eu tava com uma prima que tinha vindo da Espanha. Ela tinha falado pra mim, Diana, eu jamais iria fazer alguma coisa com alguém que eu não conheça, na rua. E, eu vi, eu não sei o que eu pensei na hora. Eu acho que foi assim, eu

vou ficar com esse menino, esse rapaz pra mostrar pra ela que eu também posso. Não sei, não sei porque. Eu vi ela assim exposta, ali, no meio daquele monte de gente, na praia... Ali na areia, sem pudor... Eu olhei aquilo... Isso foi no sábado. No domingo ele pagou o hotel pra gente ficar, tudinho, só que eu... Eu acho que foi mas, não sei... Hum... Hum... Foi influência”.

Diana supõe também ter sido influenciada por alguma forma de competição com a prima para agir de modo equivalente. Contudo, ainda contraditoriamente, observa que supôs que prima “transasse” com camisinha:

“...Vimos. Era primo dele. Ele me disse que era primo dele. Ele ainda brincou, pegou a bermuda do garoto e saiu correndo. E aí, nós vimos, tava assim perto no chão. E ela depois eu perguntei. Eu falei: Fernanda, e aí, usou “condon”? E ela respondeu: Usei. Mas, também se ela não tivesse usado, talvez ele iria falar ou não. Depois que eu vi com ela era, entendeu?”

Assim, conclui que seu descuido de usar preservativo em uma situação de comportamento de risco se deveu a influência pelo comportamento de alguém mais velho que ela, no caso a prima; e à recusa do parceiro em aceitar usar.

Diana permanece ao longo de sua entrevista auto-avaliando seu comportamento e questionado seu conhecimento. Posteriormente, em relação ao fumo. Questiona assim:

“Não sei... Eu tenho vontade de fazer psicologia porque eu quero me entender, mas... Eu parei de fumar. No dia que eu soube eu parei de fumar. Fiquei até outubro. Outubro voltei a fumar. Desde outubro eu to fumando, até agora...maio, junho, que eu vim aqui. Parece que eu fico esperando alguém falar assim... Acorda, pára... Eu precisei ouvir da doutora aqui pra mim parar de fumar, pra parar. O que eu

precisava? Não precisava nada. Eu ser consciente, não comprar mais, mas não, fui lá, continuei fumando. Sabia que isso interfere. Pô... Com certeza, tudinho. Como é que eu vou (...) pra engravidar, não?”

“Não que impeça, mas... Eu quero saber como é que faz? Se passa pra criança ou não? Porque eu li em livros que no momento do parto pode passar ou não. E, você fica... A sua imunidade vai cair, com certeza, na gravidez. Não sei, é muita coisa”

Neste ponto fazemos uma devolução à Diana que demonstra, simultaneamente, certezas e dúvidas, conhecimento e desconhecimento; e a incentivamos a buscar orientações sobre suas dúvidas em sua próxima consulta com sua médica.

Diana manifesta vontade de vir a buscar orientação psicológica também, já que, segundo diz, está muito desesperada.

“Eu queria ir num psicólogo mesmo. Eu nem sabia que ia ter consulta aqui. Falei pó. De repente eu passo por um psicólogo, pra eu saber. Eu to muito desesperada. Parece que eu to desesperada. Parece que tudo vai acabar amanhã. Quero ver tudo agora. Acaba amanhã. Os outros ficam assim pra mim: Diana, põe o pé no chão. Que é isso? Tem muito tempo pela vida ainda, tá pensando nisso agora por que? Não sei. É um problema”

Embora Diana tenha sido informada de que a entrevista objetivava uma pesquisa, o fato de, como diz, estar muito desesperada explicitou uma demanda pré-existente a entrevista, para a qual foi orientada a buscar naquela unidade.

7.4 – Cleide

Cleide tem 58 anos, é viúva, mãe de duas filhas. Inicia seu relato falando sobre estar nervosa, porque perdeu uma cunhada em razão de um câncer de colo de útero, naquele mesmo hospital.

No trecho inicial da conversa percebe-se um resumo do que Cleide vai desenvolver ao longo de sua narrativa.

Entrevistadora: *“Você tava começando a falar que você tava nervosa porque você tinha acabado de perder uma cunhada?”*.

Entrevistada: *“É cunhada. Câncer de útero”*

Entrevistadora: *“Aqui mesmo?”*.

Entrevistada: *“É. Aí quando me pediram pra mim vir pra cá, aí fiquei maluca. Fiquei nervosa vir pra cá. Aí o doutor falou: não, mas você não tem nada não. Ah, mas eu fiquei nervosa. Esse hospital o problema quase todo é aqui, né? Esses problemas de câncer, essas coisas assim. Aí eu fiquei nervosa... Fiz o primeiro preventivo com ela, tudo bem. No segundo começou já, apareceu esse problema. Ela mandou... Em dezembro eu fiz o último, e ela me encaminhou pra cá. Ela disse que eu tinha que fazer um tratamento porque eu tava com um problema no colo do útero, mas não era nada demais, era porque aqui tem aparelhagem pra ver as coisas, né? O problema, né? Falou que um problema de uma inflamaçãozinha. Mas, aí eu fiquei nervosa, porque né? A gente fica nervosa sabendo que tem uma doença. Pode ser uma doença né, uma coisa que acaba com o ser humano, e eu fiquei nervosinha”*.

Em seu relato Cleide expressa seus temores diante de seu diagnóstico, muito em função da situação comparativa vivida em família.

Entrevistada: *“Isso já tem uns seis ou sete anos, já. Meu marido morreu depois dela, tem cinco que meu marido já foi. Meu irmão que me falou que ela tava com essa doença. Ai, ela desesperou, também não quis mais nada, tratamento, tomar remédio, mais nada. Antes de três meses ela partiu... É tava avançada, porque ela não quis. Ela soube que tava com problema no útero, ela não procurou melhorar... Isso nas palavras do meu irmão, né? Eu não sei ao certo, porque não tinha mais contato... Ai eu fiquei nervosa, quando mandou fazer exame nesse hospital aqui. Ai fiquei nervosona”*.

A fala de Cleide revela em seu enunciado um estigma presente em outros relatos. A palavra câncer está impregnada de associações com “o maligno”, devido a sua possível malignidade e outros elementos que ao longo da história se associaram à doença. Em sua fala, Cleide se refere ao “problema”, “aquele problema”, e não ousa muito dizer seu nome. Esse modo de Cleide se referir, é um modo que denota o estigma ao qual o câncer está associado.

Simultaneamente vai evoluindo, de um estado em que descrevia, no início, como estando “nervosa”, “nervosinha”, “maluca“, “nervosona”.

Uma outra razão para o estado de nervoso de Cleide refere-se ao controle necessário em seu seguimento para observar e evitar a recidiva da patologia, e as dores por conta da realização de exames e da atividade sexual.

Entrevistada: *“Ela mandou usar a pomada. Falou que não tinha nada. Só que eu não podia abandonar o tratamento. Pra mim voltar aqui. Retornar, mandou eu retornar... Pra mim voltar, não deixar de voltar. Porque ta bem, né? Mas pode voltar, né? É uma coisa grave”*.

Entrevistadora: *Como é que você entendeu isso, que ele explicou?*

Entrevistada: *Eu entendi que tá bem. Tá bem ou não ta?*

Entrevistadora: *Não, eu tou perguntando como você entendeu?*

Entrevistada: *“Ela falou que é apenas um... Não é o que... que dizem... pode ter sido nervoso. Porque eu tava nervosa quando eu fiz. Ela perguntou se quando eu fiz, eu tava nervosa? Eu tava. Porque eu nunca fiz um preventivo pra doer e esse doeu. Esse doeu. Todo mês eu tenho cólica. Ela falou que isso é normal”.*

Cleide relata ter recebido orientações médicas para manter sua atividade sexual. Contudo, em razão das dores e temores passa a evitar esse tipo de contato, o que veio a provocar o afastamento de seu parceiro.

Entrevistada: *“...Ela falou pra eu ter um companheiro porque eu tava ressecada. E para usar pomada porque isso me prejudicava. Ele também me procurou umas duas vezes e eu não quis, porque eu tava assim. Tava usando a pomada. E dói muito, Doía muito. Quando eu tinha relação doía muito. Aí eu evitava... Tava evitando não sei se foi isso. Esses homens de agora só que mulher só pra isso, né? Não sei se foi isso. Tá bom. Deixa ele pra lá e eu pra cá.”*

Cleide desconfiava que pudesse estar sendo “enganada” pelo parceiro, mas não fazia uso de preservativos: *“...Não tinha necessidade. E ele falava também que não gostava. Agora não sei. Problema grave não. Mas inflamação eu sempre tive. No útero por causa de umas curetagens que eu fiz. Fiz três curetagens porque eu não podia ter filho. Fiz tratamento para ter. Só tenho dois filhos. Depois eu perdi fiz um tratamento, peguei uma ferida no colo do útero... O ultimo eu peguei e tirei. Meu marido me maltratava. Tomei uns remédios. Foi proveniente dessas coisas”.*

O sentido das consultas ginecológicas para Cleide variaram ao longo da história da sua vida sexual: consultas de rotina para exames de infecções, consultas para tratamento para engravidar, consultas para tratar de seqüelas de aborto, consultas para

tratamento de menopausa, consultas para tratamento de patologia precursora de câncer de colo de útero, cirurgia de períneo, cirurgia prática. Nesse histórico estão relacionadas causas as quais atribui seu problema atual.

Entrevistadora: *“...Tem isso. Já tem um histórico de ter vários tipos de problemas, que você acha... (cortada pela entrevistada)”*.

Entrevistada: *“É minha cunhada fez um aborto. Acho que foi isso. Ela continuou trabalhando, meu irmão maltratava ela. Não sei, também. Tem vários modos. De... (pausa)”*

Entrevistadora: (complementando) *“...De adoecer”?*

Entrevistada: *“De adoecer é. Eu acho que isso pode ser de uma ferida mal cuidada, né? Aí aparece essas coisas, né? Isso é meu pensamento”*.

Entrevistadora: *“Sei, é seu pensamento. No seu pensamento tem vários modos. Quais são esses modos? Um você já falou. Que mais você acha que pode causar”?*

Entrevistada: *“Às vezes é hereditária, né? Foi isso que a doutora falou: Na sua família tem alguém? Não, eu falei. Tinha a minha cunhada. Mas cunhada não é seu sangue. A não ser que fosse sua irmã. Uma irmã... Não na minha família graças a Deus não tem nada”*.

Inquirida pela entrevistadora, mais adiante, e em outro contexto narrativo, sobre o uso de preservativos e o câncer de colo associado a vírus, expressa surpresa: *“Tem esse também?”*

Diz que acha ter ouvido sobre o assunto, mas não ter prestado muita atenção. O contexto narrativo é no qual Cleide aborda suas dificuldades de orientar uma de suas filhas para adotar exames de rotina.

Entrevistada: “...A doutora falou para mim que ta tudo bem,mas pra mim continuar acompanhado o tratamento. Uns seis meses eu volto aqui. Ela marcou, mandou... Eu vim pra marcar pra dezembro... Ela já marcou pra eu voltar pra dezembro. E eu vou vir, se Deus quiser. Vou usar os remédios que ela passou. Espero que fique tudo bem. Falei com minhas filhas também. A mais velha fez, ta tudo bem. Agora a mais nova nunca foi ao ginecologista. Ta com vinte e sete anos. Ela não gosta... Ela usa remédio. Usa pílula. Ela namora com ele há cinco anos. Vai ao médico... Faz um tratamento. Às vezes uma inflamaçãozinha que não vai ao médico aumenta e que já vai dar num problemão, uma coisa grave. Aí, ela fala: Ah, mãe. Eu não to sentindo nada. Eu também não to sentindo nada, mas tive que vir para o hospital para fazer uns exames rigorosos. Mas não quer. Não posso fazer nada. Criança que a gente agarra e leva”.

A experiência de Cleide de ter se submetido com sucesso a diversos tratamentos, apesar de alguns quadros complicados, está expressa em sua narrativa, mediante a confiabilidade que denotada quando relata cumprir as determinações recebidas. Cleide também faz tratamento para hipertensão e fez um implante de córnea num hospital universitário. Atribui o sucesso, de certa forma, à sua própria participação e engajamento nos seus processos de tratamento. E rebate assim as críticas recebidas de familiares:

Entrevistada: “...Eu tomava remédio. A doutora passava é... Uns remédios, pra repor hormônio, essas coisas e pomada,sempre usei pomada que ela passava. Mas, aí teve aquelas greves, ares de risco... Coelho Negro, perto Jorge Turco. Acari. Moro ali. Saía de madrugada. Quatro horas da manhã, já era pra ta lá na filha pra pegar número. Lá em Marechal Rodon, lá num São Francisco Xavier... Me tratava

ali. Tenho cadastro lá e tudo, prontuário lá e tudo. Mas tem muitos anos que eu não vou lá, tem uns três ou quatro anos que não vou lá... Tenho no Pedro Ernesto também que eu consegui a córnea foi no Pedro Ernesto. Meu marido fala assim: “Você ao sai do hospital. Você só vive no hospital. Se eu só vivo no hospital. Já pensou se eu não fosse, não, é? Já a gente não fosse no hospital. Eu sempre fui no hospital. Sempre tomei remédio”.

O discurso de Cleide corrobora um dado relativo as estatísticas sobre consumo e manutenção de saúde, têm mais saúde (países, pessoas, etc) quem consome mais. A idéia é de que não se deixa de fazer investimentos (gastos, tempo, consulta) porque se tem saúde. É o contrário, se tem saúde, porque se investe nela.

7.5 – Janete

A entrevista de Janete tem uma particularidade em relação às demais. Janete é portadora de HIV e sua infecção por HPV é uma das infecções oportunistas a que estão sujeitos os portadores de HIV. Nenhuma das entrevistas foi realizada com acesso imediato aos prontuários das mulheres nessas unidades assistenciais. Realizamos a entrevista, no início, “cega” desta informação. Ao longo da narrativa esta informação vai sendo decodificada pela entrevistadora. Na verdade, em muitos trechos e contextos a entrevistada se remete ao vírus HPV como metáfora do HIV, que omite, ou melhor transmite em entrecruzamentos narrativos.

Vamos realizar a análise conforme exposto no contexto narrativo, de acordo com a metodologia da análise de discurso, e com o roteiro de orientação; buscando também nesta entrevista o sentido da consulta assistencial explicitada pelas

mulheres em seus relatos sobre suas trajetórias assistenciais. Sinalizando se necessário, quando as metáforas formuladas e não explicitadas pela entrevistada tenham sido objeto de compreensão da entrevistadora, mas que não tenha sido diretamente abordada.

Evidentemente, que a informação sobre esses dados, foram, posteriormente, verificados junto ao prontuário de Janete; e também confirmados, informalmente, com profissionais da equipe. Por estar a entrevista clara do ponto de vista da transcrição, e fornecer elementos adequados a análise, optamos por mantê-la no corpus de trabalho.

Janete tem 35 anos, uma filha de 03 anos, estava realizando sua segunda consulta na unidade onde a entrevistamos. Iniciou uma seqüência de preventivos em 2001, em diversas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro. Vem, enfim, se tratando de uma infecção persistente, que não vem evoluindo, mas que também não foi debelada.

Entrevistada: *“Sempre fiz preventivo. Sempre dando problema, Desde 2001 dando problema, fiz em outros hospitais. Fui no IASERJ. Fiz no outro que ... No Sesi. Deu problema também. Fiz no Carmela deu problema também”*. (p. 37)

Entrevistadora: “Você já está quatro anos nisso?”

Entrevistada: “É. Nessa luta.”

Entrevistadora: “Vai e volta? É o NIC 1, 2 ou 3?”.

Entrevistada: *“NIC 1... Eu nessa luta. Não sei porque não me mandaram logo para cá. Se não eu tinha me livrado já desse problema. Eu acho que o hospital em 2001 tinha que pegar e mandar pro hospital que tem o tratamento certo, né”?*

Janete gostaria de poder fazer uma cirurgia radical para retirada do útero, mas os tratamentos têm um seguimento variando com a gradação da gravidade do caso,

independente da existência ou não de outras patologias que a esta estejam associadas. Assim expõe quando indagada a respeito de suas expectativas em relação ao tratamento

Entrevistada: *“É ficar boa. Até pensei em mandar tirar esse útero. Só serve pra ter filho mesmo, essa porcaria. E ter doença, ter câncer. Já até pensei, porque não é fácil. Ter filho eu não quero mais. Pra quê vou ter isso pra ficar dando problema. A outra falou a mesma coisa, também. A gente pensa logo em tirar.”*

Essa observação de Janete é uma informação presente no discurso médico, e muito freqüente nas mulheres portadoras de HIV, visto que é o HPV uma infecção oportunista nesses casos, o controle é mais difícil. Mas ainda assim, os protocolos devem ser seguidos, até porque o risco de submissão a uma cirurgia para os mesmos portadores de HIV, também é grande.

A narrativa é toda atravessada do início ao fim pelas falas de Janete o sobre a necessidade de uso de preservativo, e de seu rompimento de um relacionamento, quando após dois anos de convívio seu parceiro passou a solicitar, eventualmente, não usar preservativos. Janete não quis contar sobre o HPV – na verdade, sobre HIV – pelas repercussões que considerou que isso lhe acarretaria. Vejamos, alguns trechos sobre o tema. (p.38):

Entrevistadora: “Você tem um parceiro?”.

Entrevistada: “Não tenho mais. Com esse problema não dá pra ter mais”.

Entrevistadora: “Como assim?”.

Entrevistada: “Esses problemas, né? Essas doenças, também”.

Entrevistadora: “Que doença?”.

Entrevistada: “HPV é uma doença, né? Nós não tem cabeça pra tá

pensando...”.

Entrevistadora: “Você está a quanto tempo sem parceiro?”.

Entrevistada: “Ah, tem o que ? Tem dois anos. Aí não quis mais. Camisinha, né? Não quis mais....”.

Entrevistadora: “Você sempre usava camisinha?”.

Entrevistada: “*Sempre usava camisinha. Ele que usava. Sempre... Agora ele passou a usar camisinha, né? Depois não quis mais. Não tive cabeça, não quis mais encontrar com ele não. Tem uns dois anos já...*”.

Em seguida (pág.39), Janete continua abordando a qualquer pergunta proposta, a mesma resposta recorrente sobre a necessidade imprescindível do uso de preservativos.

Entrevistadora: “Você usava preservativo porque?”.

Entrevistada: “Eu mandava ele usar”.

Entrevistadora: “Por que? O médico mandou?”.

Entrevistada: “É. É bom usar. Tem que usar”.

Ao longo de sua narrativa, Janete vai informando a entrevistadora sobre ser portadora de HIV, ainda que usando as metáforas de um vírus pelo outro. Vai também respondendo de modo a introduzir temas relacionados a uma outra doença relacionada à sexualidade e que fora objeto de sua busca principal de tratamento, mas sem querer verbalizá-la. Assim vai informando que com o problema que tem não dá mais”. Impedimento este que não está relacionado a infecção precursora de câncer, principalmente, no seu estágio, bem inicial. Vai se referindo a sua doença no plural, fala em HPV, mas designa de forma abrangente ou plural. Responde, não exatamente sobre que foi perguntado, ainda que as perguntas fossem semi abertas. Ou melhor, abre para

digressões que se afastam. Perguntada sobre a orientação para que ela, Janete usasse o preservativo. Janete responde que “ela – Janete – mandava ele usar”. Assim, ao longo da narrativa Janete vai informando que o HPV para ela é uma metáfora do HIV, sobre o que quer falar, mas de forma indireta.

Dois outros tópicos se desenvolvem na narrativa de Janete, a dificuldade de comunicar um diagnóstico de uma patologia sexualmente transmissível ao parceiro, em razão do que denomina de “ignorância” dos homens que acham que as mulheres são culpadas pelo seu adoecimento. E a mesma “ignorância” que faz com que os homens não tenham responsabilidade nas atitudes sexuais e nas formas de contágio. Vejamos sua narração sobre a dificuldade de comunicar seu diagnóstico.

Entrevistadora: “Você ta dizendo que deixou de se encontrar com ele por causa disso?”.

Entrevistada: *“Porque esse negócio de câncer, mexeu com a minha cabeça. Porque se não tratar dá câncer. Fui parando de me encontrar com ele. Fui parando. Não dava para ter problema. Não tenho cabeça pra pensar em namorar. Não tenho. Com um problema desse”.*

Entrevistadora: “Como assim? Me explica melhor. Se você tratar...”.

Entrevistada: “Porque se não tratar do câncer”.

Entrevistadora: “Ele não queria que você tratasse?”.

Entrevistada: *“Não. Nem cheguei falar. Nem cheguei falar. Homem é muito ignorante. Nem cheguei falar. Acho que homem é muito ignorante pra falar esses assuntos. Melhor separar, largar pra lá. Pensa um “cado” de besteira”.*

Entrevistadora: “Tipo?”.

Entrevistada: *“Pensa que a mulher andou com vários homens, porque ta*

doente, né? Eu fui. Deixa pra lá. Vou fazer meu tratamento. Acho que tá melhor assim”.

Entrevistadora: “Ele falou isso, que você tinha vários homens?”.

Entrevistada: “*Não. Até que isso, ele num... Ele é assim, rapaz novo, né? Quarenta anos. Trinta e oito. É rapaz novo. Quer dizer, ele pensa de outra maneira. Quando a mulher pede ele usa. Ele não criava problema, não”.*

Mais adiante Janete vai abordar a vergonha de ser portadora de uma doença venérea. Assim como seu parceiro também havia tido indicação para usar medicamentos, essa foi mais uma razão para que ela rompesse seu relacionamento. Janete relata a vergonha assim:

Entrevistada: “*Vergonha mesmo. Muito chato isso pra mulher. Muito chato. Só se deu... Só se fosse um mioma ou outra coisa, era mais fácil falar. Tô com mioma, entendeu? Não é culpa da mulher, é? Mas, falar que é HPV é uma doença venérea? Quem que não sabe o que é uma doença venérea é. É o homem que passa”.
Aí, ia falar que peguei de homem, o pai da minha filha no caso. Só podia se dele, porque antes era ele, né?”.*

Já são clássicos os trabalhos de Sontag () sobre o câncer e a aids como metáforas sociais que estigmatizam seus portadores a narrativa de Janete nos remete, com frequência, a esses estigmas. Quanto ao contágio, Janete supõe ter sido contagiada pelo seu ex-cônjuge, cuja primeira esposa também contraiu câncer de colo de útero e do que veio a falecer. Vejamos:

Entrevistadora: Você já tinha desde a época em que estava com ele é isso?

Entrevistada: “*Eu acho que é. Por que na época que eu tava com ele, eu*

não fazia preventivo....e a mulher dele morreu de câncer no útero... Eu dizia: “Eu nunca tive filho porque eu vou fazer”? E ele: “Não você tem que fazer”. Depois ele me falou que a mulher de morreu de câncer de útero. Já que sabia que tava com esse vírus...Fui saber mesmo em 2001 quando eu comecei a fazer os preventivos. Aí que eu vim saber. Aí liguei uma coisa com a outra. Ele tem esse vírus aí e fica passando pras mulher. Por que não botou uma camisinha? Não sabia que tinha, né? É isso aí. Fazer o quê? Homem é isso aí. Não vale nem a pena falar com eles. Eles são ignorantes. É só mulher que tem que tratar... Foi ele mesmo que botou isso. Foi ele. Ele é desses homens que, que, Não esses homens que mata as mulheres dessas doenças? Ele é desses?

Entrevistadora: “Mas, você está dizendo que existem homens que fazem isso de propósito, você quer dizer?”

Entrevistada: *"De propósito, com raiva, acho que faz isso. Faz sim. Eu conheço homem que faz isso... Estudava com uma garota... Morreu não sei de que... Morreu de câncer no útero. Tinha outra. Lembro que tinha um senhor que tinha três esposas. Todas três morreram de câncer no útero. Por que esse homem não fez tratamento? Matou as três. É matou as três mulheres. Eles não fazem tratamento. Pra não ir passando, passando”...*

Janete iniciou sua busca que a levou ao atual tratamento a partir de queixas de corrimentos e verrugas genitais. Queixa-se que realizar exames ginecológicos a deixa nervosa. E temerosa em relação à possibilidade de realizar raspagens. Após tantos preventivos, o sentido das consultas é de algo que remete ao cuidado e a sobrevivência, mas que produz stress pela recorrência de sua realização e o não controle da infecção oportunista. Por um lado Janete não vê a hora de se livrar de sua infecção oportunista. Por outro, informa estar em estágio probatório em um novo

trabalho:

Entrevistadora: "...A expectativa agora é melhorar?"

Entrevistada: *"É ficar boa. Até pensei em mandar tirar esse útero... Eu pensei comigo, não falei com ela não (a doutora)... Mas, também, se tiver que tirar... Sei que tem que ter raspagem, né? Tô preocupada também. Ai meu Deus. Não é fácil. Eu trabalho. Tô na experiência num emprego ainda, né? Aí, fiquei pensando, não posso ficar sem trabalhar. Não é fácil, não meu Deus... Tomara que até lá eu saia da experiência. É três meses até o resultado do preventivo, né? Até lá passei da experiência no emprego. Não é fácil, né?"*

7.6 – Amanda

Amanda é casada, tem vinte e quatro anos, e um filho de cinco anos. Está realizando sua segunda consulta na unidade. Realizava consultas anualmente e a partir do resultado positivo para HPV, passou a realizá-los semestralmente. O relato de Amanda é pontuado de explicações e clarificações. Ao ser inquirida, no início da entrevista, sobre seu processo de encaminhamento para a unidade. A resposta de Amanda descreve todo o protocolo vigente no período:

Entrevistada: *“Eu me tratava num posto de saúde em Irajá. O Clementino Fraga, onde tem muita gente contaminada. Aí, eu fui buscar o meu resultado. Fui buscar não. Eu tava em casa, aí chegou um aerograma. Porque quando dá problema no resultado, eles mandam o aerograma pra sua casa. Eu cheguei, tava lá me mandando procurar um posto de saúde, pra mim ter uma nova consulta. Aí eu fui procurar. Quando cheguei lá, a enfermeira falou: “que é que aconteceu”? Ué, me mandaram um aerograma pra minha casa e falaram pra eu vir aqui pra olhar. “Ah, você espera um pouquinho”. Até então, eu não sabia o resultado do exame. Aí ela pegou e foi falar com a doutora. A doutora me encaixou e falou que eu estava com HPV, que era uma displasia leve. Aí, eu fui, fiz e ela passou um remédio; eu fiz um tratamento com aquele remédio naquele tempo. Depois eu voltei, fiz um novo preventivo e fiquei aguardando a próxima consulta. A minha consulta seria três meses; dois meses depois. Menos de um mês depois chegou um novo aerograma na minha casa. Eu voltei no posto e fiz tudo o que eu fiz na primeira vez e eu tive que voltar a segunda. Aí, quando cheguei, eu perguntei; já cheguei perguntando: - o que aconteceu? Aí ela: “olha, eu só posso entregar o exame diretamente à doutora. Pensei: pronto, aconteceu*

alguma coisa grave, que ela não quer deixar eu ver o exame antes. Eu falei: - mas eu já sei o que é que é. Aí, ele virou e falou pra mim: “- você já foi, você já foi ao Mario Kröeff? Não. Aí ela: Ah, então ta”. Quando ela falou no Mario Kröeff, pensei... - Porque quando a pessoa fala no Hospital Mario Kröeff, a princípio você pensa o que? Ainda mais eu que já tinha feito um... Já tinha feito uma feira de ciências na escola e já tinha vindo aqui assistir palestras. Então pra mim aqui era um hospital especializado em câncer e só isso. Eu peguei, cheguei no consultório, uma história. Aí me mostrou aqui: “você tem uma consulta marcada no Mario Kröeff”. Eu falei: pronto, to com câncer. Foi a primeira coisa que veio na minha cabeça. Ela falou: “Não você continua com HPV”. Só que agora não explicando qual o tipo de displasia. Você vai ter que ir pro hospital, pro Mario Kröeff, pra poder fazer o exame.” Eu cheguei aqui, fui. A primeira vez foi só pra marcar, depois eu fiz a primeira consulta, tomei o remédio que a Dra. Vera passou e hoje eu voltei pra fazer o preventivo”.

Amanda observa e se apropria com facilidade e sem inibição dos termos técnicos ou dos modos de abordar os temas relacionados a sua problemática. Assim, como ela descreve acima a possível existência de diferentes níveis de displasia; vejamos como ela se apropria do formato de discurso medico:

Entrevistada: *“Não, eu à vezes falo realmente que... Porque eu tenho total certeza que eu não tive nada com ninguém além dele. Depois de ter casado com ele. Se eu tenho essa certeza, eu sei que eu peguei, eu não passei aquilo pra mim. Foi ele que passou pra mim, ou então foi antes da relação. Como a Dra. Vera falou, geralmente fica dois ou três anos dentro do seu corpo e pode não se... Como se diz?”*

Entrevistadora: *“Não se manifestar”.*

Entrevistada: *“Se manifestar. Só que, depois eu fui conversando melhor*

com ela, ela falou assim. Olha, você pode ficar mais tempo. Porque a minha ginecologista disse, que isso pode ficar de oito a nove anos, sem manifestar dentro do seu corpo. Sem não ter nada, e de uma hora pra outra, ele pegar e aparecer. Por isso que você tem que ficar fazendo o preventivo todo o ano”.

Entrevistadora: Isso quem disse foi à ginecologista... do Clementino Fraga?

Entrevistada: *"Ta. Lá do Clementino Fraga disse que pode ficar de oito a nove anos, e a Dra. Vera disse que pode ficar de dois a três anos. Só que depois ela retificou o que tinha dito, aí falou que pode, realmente ficar esse tempo. Só que o mais provável é que fique de dois a três anos. Entendeu? O mais provável é que fique menos tempo”.*

O contexto narrativo em que se insere esse tema sobre o tempo de manifestação do vírus no organismo, é o mesmo contexto no qual Amanda aborda algumas dificuldades e desconfianças surgidas em seu casamento por ocasião do início de seu tratamento, em razão das orientações recebidas. Vejamos:

Entrevistada: *“...É pra toda relação sexual que eu tiver, eu usar camisinha”.*

Entrevistadora: "Em relação à vida sexual. Você sabia que o HPV tem essa possibilidade de relação com o resultado? Tem esse aspecto de ser sexualmente transmissível? Você tinha essa informação... Tinha"?

Entrevistada: *“Não ter, eu tinha. Só que, eu já sou casada há sete anos. Então você imagina o que? Fazendo o exame todo ano, nunca deu nada. Você imagina o que com isso? Nunca tive nada, não vai ser agora. Eu tenho relações só com meu marido. Você pensa que aconteceu sempre com o seu vizinho. Ou com o vizinho do*

vizinho... Porque dentro da sua casa, você acredita que não vai acontecer. Quando eu peguei o resultado, foi até uma coisa assim espantosa pra mim, porque dentro de casa eu tive até problemas com o meu marido".

Entrevistadora: "Como assim"?

Entrevistada: "Porque ele achava que eu tinha tido outras pessoas na rua e eu achava que ele tinha tido outras pessoas na rua também..."

Entrevistadora: "E a informação já afetou a sua relação com ele..."

Entrevistada: "*Às vezes altera... Porque ainda mais assim quando está próximo da consulta, ele sempre lembra, querendo dizer, sempre jogando pra cima de mim, querendo dizer que a culpada sou eu. E afeta assim, no caso achar que eu tenho que ter relações com camisinha... Porque... A princípio, ele diz que eu joga pra cima dele e ele joga pra cima de mim".*

O discurso da culpabilização é uma das alegações de profissionais sobre a dificuldade de comunicação sobre esse tipo de diagnóstico e para a orientação e a prevenção, que por vezes, torna-se um círculo vicioso. Não se informa para evitar certos desconfortos de relacionamento entre casais e na relação profissional/ paciente, e ao não se informar se impede a livre iniciativa de cuidados de ambas as partes, mulheres e parceiros.

Quando narra sobre o sentido das consultas para si, sobre a causa da realização de preventivos, Amanda expõe essa dissociação entre exames preventivos e câncer e entre câncer de vírus sexualmente transmissível:

Entrevistadora: "...quando você fazia os exames no posto, você tinha essa orientação? De... em relação ao cuidado... Que você pudesse dar essa orientação por seu cônjuge..."

Entrevistada: “Não de usar camisinha, não”.

Entrevistadora: “Que o seu preventivo tava sendo feito por causa disso...”.

Entrevistada: *“Não. O meu preventivo, eu achava que eu fazia todo ano, porque... Por causa do problema do câncer no colo do útero. Só que, você pra ter câncer no colo do útero: você primeiro passa por essa displasia, que é o HPV, pra depois você ter o problema no colo do útero. Só que pra mim, eu não sabia. Pra mim, era um problema que vinha, aparecia assim de repente, o câncer. Não vinha do HPV... Eu não imaginava que usando camisinha se pode prevenir... Porque você pode usar, e pode ter? Acho que até pode acontecer, se você tiver numa outra parte, passar ali também. Mas, eu acho que o câncer mesmo, do colo do útero, vem do HPV, que pode não ser tratado... Então mesmo você tratando... Às vezes você trata e não tem o efeito esperado. Eu achava que era assim, vindo do nada”.*

Entrevistadora: “Vindo do nada, surgiu?”.

Entrevistada: *“... Eu já tive conhecidas que tinha isso... Até uma conhecida quando descobriu que tinha HPV, ela ficou apavorada. Por que? O HPV é uma sigla muito parecida com o HIV. Quando ela viu aquilo se apavorou. Mas ela também não sabia de onde provinha aquilo. De onde vinha o problema.”*

Amanda aborda ainda nesse trecho de sua narrativa uma questão bem elaborada e proveniente do discurso científico. De fato, como ela “se você tiver numa outra parte, passar ali também”. Algumas infecções anu-genitais estão também associadas ao HPV, assim como alguns tipos de ferimentos na mucosa oral. Mas o lócus principal e mais freqüente é o canal vaginal, que funciona como uma estufa pela temperatura, umidade e luminosidade adequadas ao vírus.

Uma outra questão diz respeito ao desconhecimento do câncer de colo de útero como decorrente de vírus sexualmente transmissível, seu principal causador.

Entrevistada: *“Pelos relações sexuais são o que? Essas doenças sexualmente transmissíveis que a gente sabe mais. Que é o HIV... Nem lembrava que existia HPV. O HIV, a sífilis, a gonorréia. Isso aí tudo... Até isso eu acho que deveria ter mais explicações nos postos de saúde. Porque..quando você chega no posto de saúde tem aqueles cartazinhos de câncer de mama, que você tem que examinar. Tem o que mais? Da sífilis... Mas isso do HPV, não tem explicação nenhuma.Você só sabe o que é o HPV... O que? Quando você chega vendo o teu resultado como HPV. Aí você tem toda a explicação. Porque do contrario não tem muita divulgação. Agora até na televisão tem alguns programas que tem. Falam tudo sobre sexo e tem aquele Dr. Malcon M. e tem o Jose Bento. Eu até vejo quando fala de HPV”*.

Entrevistadora: “É Jose Bento?”.

Entrevistada: “Jose Bento, eu acho que ta agora na Rede TV. No programa da Olga Bongiovani”.

Acho que é *Sabor e Saúde*. É de manhã. E o Dr. Malcon no programa do Leão, do Gilberto Barros, dia de quarta-feira, na Bandeirantes, eles falam...

Entrevistadora: “...Você viu eles falando na televisão..Vou assistir.

Entrevistada: Isso... Porque aí tem os telespectadores... Tem como entrar pela Internet, pelo telefone, por meio de carta. Pra poder se informar sobre aquilo”.

Entrevistadora: Então são pessoas que já tiveram em tal situação, que acabam...

Entrevistada: “Então que tem amigos... Porque a pessoa liga. Na maioria das vezes não falam que é: Ah, eu tenho um amigo que tem isso, que tem o HPV, que

pegou assim, assim assado. Explica. Mas você vê que é a pessoa, porque da muito detalhe. Então não tem com ser o amigo”.

Entrevistadora: “São ginecologistas?”.

Entrevistada: “São... Às vezes eu to fazendo alguma coisa, passa o programa e minha mãe me chama para mim poder ver. Poder me informar. Porque no posto de saúde, você o que? Você vai de três em três meses, quando da algum problema, porque senão você tem que só voltar daqui há um ano, pra fazer novo preventivo”.

Em sua narrativa Amanda aponta para a necessidade de ser mais informada. Enquanto no posto tem sobre o câncer de colo um cartazinho e no laudo uma ordem, como diz: “No laudo, no próprio laudo vem: faça o exame, acho que anualmente para evitar o câncer de colo de útero... Manda você ta fazendo o exame.” Mas não informa sobre a relação do HPV e o câncer de colo de útero, ou que este pode ser sexualmente adquirido. Amanda demonstra como essa demanda é suprida pelas mulheres, ali telespectadoras, e sobre como a recepção a informação não algo passivo. No caso da televisão, as pessoas interagem seja via telefone, internet, ou por cartas. Mas também interagem, processam e decodificam o que lêem nos cartazes, o que ouvem nas consultas, enfim as informações que recebem relacionadas a sua condição de saúde.

7.7 – Vera

Vera é separada, tem 44 anos, e nove filhos vivos. Trata-se na unidade há cinco anos. Está sob controle, mas por acordo seu com a médica do serviço permaneceu em acompanhamento na unidade, já está nela há cinco anos, não retornando para o posto de saúde, por ter diversos casos de patologia semelhante na família.

Esse é o sentido principal da consultas ginecológicas que se depreende da entrevista de Vera, manter-se em seguimento para controle, em um serviço especializado, no qual é acompanhada por uma médica, na qual relata possuir grande confiança.

Vera inicia sua narrativa informando que “a minha família têm como é que se fala?” Há em sua família, tendência hereditária ou marcadores genéticos que favorecem a aquisição e desenvolvimento de neoplasias.

Entrevistada: *“A falecida minha mãe. Morreu, aí a Dra Vera, ela me deu alta”. Na hora ela falou: “Vera Lúcia, se você quiser continuar comigo, sem compromisso, pode continuar, porque se mais tarde tiver algum problema, você sabe que eu sou obstetra (cirurgia) e eu já sei o teu problema. Vim pra cá, porque o médico de lá onde eu moro, falou que eu tava com suspeita de câncer. Aí eu fiquei fazendo o tratamento. Eu fiz seis preventivos na mão da Dra. Vera e uma biópsia....Vim pra cá... Acho que tem cinco anos e vai fazer seis... Adoro ela (referindo-se a médica).*

E ainda, aqui: *“A falecida minha mãe morreu de câncer. A minha tia já falou que é mentira. Que a falecida minha mãe nunca fez preventivo. Só que minha mãe, no total, teve dezenove filhos. Já uns dizem que morreu de ‘barriga d’água’”.*

Vera associa a patologia de sua mãe a câncer porque a mesma teve dezenove gravidezes, um número grande, que faz a narradora supor câncer, apesar da

versão de sua tia de que a irmã nunca chegou a ser examinada. Os termos do adoecimento de mãe tal como Vera se refere “barriga d’água” pode vir a identificar diversas patologias. No câncer também ocorre a “barriga d’água” em casos de doença avançada, que seria a ascite.

Vera informa que fez nove gravidezes e três abortos. E foi encaminhada para a unidade pelo médico porque estava com câncer. Ao chegar na unidade estava muito nervosa e querendo se matar, nas palavras de Vera:

Entrevistada: *“...Ele falou pra mim que estava com câncer. Aí cheguei aqui no maior desespero. Querendo me matar...Aí eu tava me tratando com outra doutora. Ela passou no corredor, me viu”. Aí ela: “Como é o seu nome?” Aí eu falei: Vera Lúcia. Aí ela: “Bota essa paciente pra mim”. Aí, eu fiquei...eu gosto dela de graça. Porque ela me tratou muito bem..E é aquilo, ela conversa com a gente... Entendeu... Aí quando eu vim pegar o preventivo, ela pegou minha papeleta, viu não sei o que, um pouquinho de bactéria. É, não sei o que, grau dois... Como é que se fala”?*

Em seguida, indagamos a Vera sobre o que entendeu das observações da médica a propósito de suas colocações sobre a mãe não ter realizado preventivos, comparando com ela própria, e qual seu entendimento sobre exames e prevenção. Vera responde:

Entrevistada: *“Ah, sempre quando eu venho fazer o preventivo, a Dra.Vera fala: “Vera, você diz que ta separada do marido, mas você tem um companheiro...”. Aí eu falei, eu tenho um coroa. Aí ela diz assim: “Manda ele usar camisinha. “...Semana passada ela fez um exame aqui, eu falei pra ela que eu tava sentindo dor..Eu não sei se é porque eu durmo mais desse lado... Aí ela foi e fez aqui com a mão. Ela falou: “Não é nada não, mas vamos pedir uma... (mamografia).*

E ainda aqui: *“Antes desse coroa, tive um outro aí, saímos, saiu uns negócios... Assim que não dá nem pra ver. Tipo umas feridas assim na beira da... Ficou horrível. Aí eu corri pra doutora Vera. Aí vim. Aí ela passou um creme. Foi muito boa. Aí ela: “Mas Vera você não pode ter contato sem camisinha. Aí eu falei: Ah eu esqueci, doutora. Também quase que eu matei o homem”.*

As consultas de Vera visam mantê-la em controle e rastrear, com frequência, outros sinais de patologias equivalentes. E as recomendações médicas sobre a prática de consultas de rotina e advertência sobre uso de preservativo, segundo o relato, são aceitas pela narradora.

Entrevistada: *“Porque depois ela falou: Ah, Vera, você tem que usar camisinha, porque você... Como é que se fala? Você sabe o que vai fazer, mas a gente não pode confiar em homem, né? Isso ela falou a verdade mesmo”.*

Entrevistadora: *“Você consegue? Você consegue com esse seu coroa aí... Ele obedece você?”.*

Entrevistada: *“Obedece. Não, eu falo pra ele, ué: Se quiser, é assim”. Se não quiser é só na mão. Só lamento, ué. Porque fogo eu também tenho. Mas eu tenho que me prevenir, não é isso?”*

Vera também buscou em suas consultas exames para avaliação de HIV, em suas palavras – “sempre foi muito levada” por isso seu “desespero” diante do primeiro diagnóstico de câncer pelo médico do posto.

Vejamos sua narrativa:

Entrevistada: *“...Se não fosse ela eu teria me matado... Porque quando o médico falou que eu tava com isso, eu entrei em desespero. Ah, eu entrei em desespero. Porque eu era levada, mas eu sempre...”.*

Entrevistadora: “Levada como?”.

Entrevistada: *“Levada, farrista, né? Amava um bar, um pagode, né? Aí, antigamente não tinha nada dessas doenças de agora. É de uns anos pra cá é que veio ter, né? Aí eu falava: ah, meu Deus... Eu não vou mentir, eu usava tóxico, entendeu?...”*.

Entrevistadora: “O que? Usava cocaína? Cheirava?”.

Entrevistada: *“Isso, Até aqui. Tudo isso eu contei pra ela. Fiz exame do HIV e não deu nada. Não vou mentir. Eu era triste... Agora meu filho, só o caçula... Uns falam que Aids, outros que é pulmão... porque na minha família... Então a gente que é mãe, vendo isso tudo, né? Deve abater. Não vou mentir, eu já fui levada. Assim como eu sorria, eu cuidava, porque a AIDS vai te pegar. Lembra disso com o meu sorriso? Eu corri e fiz três exames e não deu nada. Eu falei: gente, meu pai. Agora minhas colegas tudo morreram depois disso”*.

Entrevistadora: “Morreu por que?”.

Entrevistada: “Morreram de AIDS. Disso”.

Entrevistadora: “Quantas colegas suas morreram de Aids?”.

Entrevistada: *“Diz que foi quatro. Disseram que foi pneumonia, mas eu não acredito nisso. Porque quando falam pneumonia, pra mim é porque já ta catanga mesmo. Aí é mo de falar da Aids”*.

Vera parece se remeter em seu discurso a uma campanha de esclarecimento do início da descoberta da Aids “lembra disso com o meu sorriso, porque a Aids pode te pegar”. Só que já nessa época pelo que relata, ela Vera “sorria, mas se cuidava”.

Durante a entrevista Vera mostra que vai realizar uma outra mamografia.

E descreve seu diálogo com a médica em quem confia porque esta lhe informa adequadamente.

Entrevistadora: “E agora você vai fazer uma mamografia.?”

Entrevistada: *“A outra, pelo que ela viu, ela falou: Isso aí é para tirar as suas dúvidas, porque você é muito nervosa. E sou mesmo...”*

Entrevistadora: “Agora você ficou mais cautelosa”.

Entrevistada: *“Fiquei, porque na mão dela... Porque ela conversa com a gente. E eu também... É um teste de prevenção, porque eu falei pra ele: Dra.Vera, eu tenho que saber. Ela falou: “não minha filha, é claro, você tem direito de saber tudo.”*

E mais adiante: Entrevistadora: “Quer dizer, que você confia nela?”.

Entrevistada: “Eu confio, porque aí ela me explica. Eu pergunto, aí ela vai e explica. É isso, assim assado”.

A narrativa de Vera é permeada por elogios a boa qualidade da assistência recebida, e a relação humana existente no serviço que frequenta.

7.8 – Lucia

Lucia realiza tratamento na unidade há oito anos, tem quarenta e oito anos, duas filhas de vinte e seis e dezesseis anos. Quando do seu encaminhamento veio diretamente para a unidade complexa onde está sendo assistida. À época Lucia participava de um convenio médico ligado ao seu trabalho, que não cobria tratamentos de alta complexidade, “não assumia isso“ como disse Lucia, mas mantinha convênio com o hospital de alta complexidade. Ou seja, convênio para realização de radioterapia e quimioterapia.

O sentido das consultas ginecológicas para Lucia está relacionado à necessidade de acompanhamento freqüente uma vez que ela já realizou tratamento para câncer de mama, para controle de infecção por HPV, em razão do que deve recebeu orientações para estar sendo sempre sob cuidados médicos para identificar qualquer suspeita possível de câncer a bom tempo. Sendo essa o eixo principal da narrativa da entrevistada quando se remete ao seu histórico de consultas ginecológicas.

Vejamos como Lucia reconstrói a sua trajetória:

Entrevistada: “...Os outros hospitais não aceitavam porque já tratava de um caso pro hospital apropriado”.

Entrevistadora: “Como assim? Apropriado como? Por causa de que você tinha alguma suspeita de câncer? É isso?”.

Entrevistada: “É. Justamente. Porque já tinha uma suspeita de diagnósticos familiares”.

Ao ser indagada sobre quem tem câncer em sua família, Lucia responde de modo que surpreende a entrevistadora que era ela mesma que tinha câncer em sua família. Constata-se que a narradora denomina de familiar, aquilo que é hereditário.

Além do HPV a que a própria Lucia informa espontaneamente ter sido a razão de sua ida para controle na unidade complexa, também a mesma realizou cinco exames de mama, ela diz”Dois deu maligno e ter, não.

Ao ser indaga sobre quais são afinal os casos familiares a que se refere, Lúcia então responde que não há casos familiares, porque na realidade todos já faleceram, e faz referência a família de seu pai, do seguinte modo:

Entrevistada: *“É, e assim... É. a família. E cada uma tem diferença. Né? Porque...No caso do meu avo, foi na garganta. Tem uma tia que foi os dois seios. Quer dizer, tem uma outra que tem, vai fazer um ano agora: tem no cérebro. Tem duas de...Dos ossos. Tem um tio, de pulmão. Então é tudo muito variável. A gente não se concentra assim. Eu to falando que me preocupo com as minhas filhas, porque eu sou mulher. Aí eu penso no útero, eu penso na mama...Isso é uma coisa que, devido eu ser mulher, me chama muita atenção. Mas isso não quer dizer que não possa ter no cérebro, possa ter no pulmão, possa ter no anus... “E complementa, porque já vem do sangue. É um pouco do que eu posso ajudar, é isso”.*

A entrevistada busca fazer com que a entrevistadora entenda, falando do seu modo, sobre como o seu, é um caso difícil, e que por essa razão também, preocupa-se muito com suas filhas.Vejamos neste trecho em que descreve o seu processo de tratamento quando foi observada a dificuldade de seu caso e as referencias que faz a enunciações da médica a esse respeito.

Entrevistada: *“...Porque inclusive a analise na mama. A primeira cirurgia....Eu fiz duas cirurgias seguidas. Por que? Eu fiz a primeira cirurgia, aí depois fui fazer a radiografia... Dá um tempo da radiografia e entrar na quimio. Só que quando eu terminei a radio pra entrar na quimio, dois dias antes, eu passei mal. Antes*

de entrar na quimio foi constatado que havia um nódulo novamente por traz da cirurgia. E eu tive que voltar ora uma segunda cirurgia em seis meses...”.

Entrevistadora: “E já tem quanto tempo isso? Desde a primeira cirurgia...? A mama tem seis anos?”.

Entrevistada: “*Não tem seis assim... Da primeira. Só que ela, então já são cinco, tem o genérico... De dois em dois anos, ele volta. E isso que eles não estão conseguindo entender... A minha doutora ela fala: “Paciente, eu não sei mais o que fazer com você, porque é uma coisa que a gente não consegue. Agora mesmo, ela falou: Olha tirei tudo, que era pra tirar. Não tem mais nada pra tirar. Tirei dez centímetros só que restavam. Fiz a limpeza toda. Raspei tudo. Queimei tudo. Não tem nada. Não tem uma célula. Que dizer, nesse período... Ela disse pra mim. Só que esse período, quando tiver chegando o período de dois anos, aí começo a sentir que tem alguma coisa desandando (...). Limpou, não tem nada. Com dois anos, ela não conseguiu entende como é que eu vou novamente o produzindo a célula. “Eu sou uma produtora de células que não prestam”.*

Com essa explicação fornecida de forma tão crua, com uma descrição tão enxuta sobre o curso de seu tratamento, Lucia faz então remissão ao sentido que este tem para si do seguinte modo:

Entrevistada: “*Realmente, porque é aquele negocio.... Ela acompanha, né? Como ela fala pra mim: A gente não pode perder o fio da meada, que é pra não complicar. E tentou, nesse período, entender o porque que ele vai acelerando dois anos, pra se tornar, ... Complicado, né”?*

Por essa razão Lucia mantém como prática o auto exame das mamas, ..”Eu examino muito as mamas... A mama é que to sempre...”. Além de realizar como

rotina exames preventivos.

Já, a orientação de suas filhas para a realização de exames é fonte de preocupação para Lucia, que não conseguira convencê-las a realizar preventivo, e afirma : “É que a de dezesseis, eu ainda tenho comando. Mas a de vinte e seis já fica mais difícil de comandar, né?”

Entrevistada: *“Não,mas eu converso com elas. Mas é aquele negocio: mãe é mãe,né? Falar pra eles é como se não tivesse ouvido. Entendeu? Eles não escutam....Acham...que só acontece na família do vizinho.” Ah, é mãe. Só porque aconteceu com você, tem que acontecer comigo? Eu falei: não. Não tem que acontecer com você. Certo? Mas, não custa nada.”Ah, mãe, ta bom, ta bom. Aí, vira as costas e vai embora. E tem horas que a gente fica até pra baixo, né? Fica até... Dá uma “baixadinha”, né?*

Assim, Lucia descreve, pode-se dizer assim, a melancolia que acomete por viver nessa circunstância de recidivas constantes, e que está sujeita, por ser uma dessas pessoas ortadoras de profundas marcas genéticas, que a torna mais suscetível ao adoecimento.E a difícil tarefa, que é administrar essa herança.

7.9 – Amanda S.

A Amanda é uma moça de vinte e dois anos, reside com a mãe, tem uma filha pequena, e está realizando sua primeira consulta na unidade de assistência complexa.Veio encaminhada pelo posto de Saúde. Realiza exames preventivos desde sua gravidez. Na abordagem aos elementos relacionados ao sentido das consultas ginecológicas para a entrevistada, um dado que se destaca, diz respeito ao fato de

Amanda ter sido encaminhada para unidade para realização de colposcopia, após ter sido vítima de estupro. Entenda-se, Amanda não foi encaminhada para aquela unidade por ter sido vítima de estupro, coincidiu que quando do seu encaminhamento, num período imediatamente recente, ela sofrera um estupro.

Assim ao longo de sua narrativa em que se vai inquirindo a propósito do sentido das consultas para ela, e abordando as questões do roteiro, o pano de fundo constante da narrativa de Amanda estará relacionado ao evento do estupro.

Ao ser indagada sobre seu encaminhamento e a sua procedência, responde:

Entrevistada: *“Lá de Guadalupe. Aí o doutor lá me deu... Aí falou assim, por alto, o que era. Falou que era um vírus, uma doença sexualmente transmissível... Primeiro ele falou do vírus, aí depois eu pedi pra ele me explicar. Mas ele era um doutor muito “abençoado”, pra não falar outra coisa. Se você não pergunta, ele não fala. É assim. Aí também eu tava nervosa, porque eles me ligaram: “Ah, não, é que veio um “probleminha”, e eu já fiquei preocupada daí. Quando eu cheguei lá, ele já não explicou muito...”*

Ao longo de sua narrativa outras vezes Amanda vai se referir ao médico como o “doutor abençoado, pra não dizer o contrário”, usando de ironia, como figura de linguagem, para incluir o referido médico no grupo daqueles que “se você não pergunta, eles não falam”. E de sua parte Amanda relata que estava nervosa, o que faz com que do ponto de vista da comunicação o receptor, qualquer receptor não decodifique adequadamente o que está sendo informado. É a esse momento da comunicação diagnóstica que Amanda se refere, que por vezes se dá em uma conjunção, onde o encontro se dá entre alguém que não quer falar, informar, responder – o medico. Com

um outro que não consegue ouvir, perguntar, querer saber – o paciente. Esta é uma das características da assimetria da relação médico paciente. O médico pergunta algumas coisas, às vezes, muito poucas coisas. E comunica ou ordena o que considera essencial que deva ser obedecido. Se esquece, que mesmo ordens para serem cumpridas, precisam ser bem entendidas.

Já se vão mais de vinte anos de uma pesquisa clássica de Boltanski (1979), em que o autor relata um episódio de uma epidemia ocorrida entre as crianças na França. Ocorreu, que embora a cobertura atingisse amplamente a população, e os protocolos de assistência estivessem sendo cumprido pelos médicos, com a recomendação de que as mães fervessem as mamadeiras para das as crianças. O controle sobre as infecções não estava sendo o esperado. E num dado momento, observou-se que as mulheres não cumpriam as ordens medicas para ferver as mamadeiras, porque consideravam esta orientação de menor importância, porque tinham pressa e a adoção de mamadeira quente podia em algum momento queimar o bebe, algo assim. Após a pesquisa, constatou-se que embora algumas mulheres até soubessem da existência de microorganismos, não associavam a determinação medica ao controle da dada infecção; o que passou a ocorrer quando o porque dessa determinação passou a ser explicitado. É ao que nos remete a observação de Amanda ao referir-se ao médico como o “doutor abençoado” que se você não pergunta, ele não responde. Cumpre o protocolo técnico, e considera secundária a compreensão.

O sentido da consultas para Amanda vinha sendo o de realizar preventivos após a gravidez como rotina, mas sem muitas informações sobre as razões. Apenas uma idéia de que deveria porque tivera filho. Quando foi encaminhada do posto para unidade, foi devido a existência de HPV, o que o medico não quis

explicar muito bem, como disse a narradora:

Entrevistada: “Aí ele falou: ah, lá eles vão te escutar direito. Você vai ter que fazer um ..Falou o nome de exame aí, com um nome engraçado. Aí, “descomposcopini”. Só que a doutora falou que não precisava. Aí, eu fiz o preventivo hoje de novo e ele me mandou retornar.

Entrevistadora: “Ela te deu algum remédio?”.

Entrevistada: “Não, porque eu tive uns outros problemas aí, que eu to tomando vários medicamentos. Aí ela falou que já ta ajudando”.

Entrevistadora: “Quais os problemas que você teve?”.

Entrevistada: “Não, é que eu fui estuprada... Tem duas semanas... E estou tomando vários remédios.”

Amanda passou a usar coquetel contra HIV, conforme assistência recebida em outro posto de saúde. Após o ocorrido, Amanda foi a delegacia de mulheres, ao IML, e encaminhada a um outro posto de saúde onde recebeu atendimento especializado.

Entrevistada: “...to tomando coquetel agora. Vinte e oito dias acaba. É de doze em doze horas. São seis comprimidos... Dá enjoô...”

A rotina de Amanda incluía no momento de sua consulta, exames freqüentes, e o uso de grande quantidade de medicamentos. E o conhecimento de praticas e procedimentos que até então desconhecia. Isto tanto em relação aos tratamentos preventivos decorrentes do estupro por um individuo drogado (possível risco de HIV); quanto em razão dos procedimentos decorrentes do controle do HPV. Amanda relata que desconhecia as associações entre HPV e câncer de colo, mas ficou temerosa porque uma prima havia feito um tratamento que durara três anos. Mas o

estupro ocorrido após a notícia diagnóstica de HPV pelo “doutor abençoado”, redimensionou suas preocupações. Vejamos na fala de Amanda:

Entrevistada: *“Dei parte. Fiz o B.O. Só que não tinha como eu fazer o retrato falado. [...Ele tava armando, drogado, falava embolado. Eu pensava o tempo todo que ele ia me matar]. [...Quando me abordou estava sem nada no rosto. Aí depois ele botou uma camisa no rosto. Não dava pra mim ver quem era...eu nunca tinha visto ele não...] Mas ela falou que, geralmente, nesses casos, as vezes a pessoa não tem. Mas, de repente, a pessoa ta parada, ele passa. É o que mais acontece, entendeu? Depois entra em contato com eles e liga.*

Entrevistadora: “Já é uma rotina?”.

Entrevistada: *“Isso. Elas deixaram o telefone delas, particular, pra qualquer coisa entrar em contato. É que às vezes demora muito. Lá é muito cheio. Cada coisa horrível que se vê lá. A gente vai dizer que não, tem casos assim que a gente não tem noção. A delegacia é cheia pra caramba”.*

Entrevistadora: “E o que você viu lá que te chamou a atenção...”.

Entrevistada: *“Ah, as mulheres tudo com olho roxo, que apanharam do marido. A maioria. A menina até falou, que o único caso de estupro que tinha lá era o meu...O restante era tudo mulher espancada...”. E ela até falou: “Ah, o final de semana é certo. Aí, quando chega na segunda. E como eu fui lá na segunda... Ah que o marido deve sair e tudo. Tem briga. Isso é o que elas falam”.*

As novas preocupações de Amanda, fizeram com que esta trouxesse outros temas durante a sua entrevista, que embora não fossem objetos diretos da nossa pesquisa, podem ser um objeto indireto, e diz respeito às diversas formas de violência que ocorrem com as mulheres. E, essa violência pode também ser direta - como nos

espancamentos e nos estupros. Como indireta – na não orientação para praticas de prevenção em relação a sexualidade e a saúde reprodutiva ou na omissão de informações especificamente relacionadas a saúde das mulheres.

7.10 – Célia

Célia é uma mulher de 50 anos, separada, vive com um companheiro e possui três filhos adultos que residem em outros estados, de outros relacionamentos. Nasceu no Piauí, e vive no Rio de Janeiro há seis anos. A narrativa de Célia é permeada por contradições, que se devem em parte, possivelmente, ao fato de ser Célia, como ela própria diz, uma pessoa muito nervosa. Célia faz uso de Diazepan, e mantém um hábito de se coçar compulsivamente. Indagada sobre sua pratica de realização de exames ginecológicos de rotina, Célia responde:

Entrevistada: "Ah, não tem que fazer todo ano. Todo ano, eu não fazia não... Todo ano eu não fazia não. O médico passava Diasepan pra mim. Não sei se sou doida". Relata assim sua perturbação. "Foi depois que eu fiquei nervosa. Tinha tanta gente bêbada lá em casa, que ficava nervosa. Cachaceiro... Tanta briga. Aí eu ficava nervosa". Ou ainda: "To maluca. Ele bebe muita cachaça. Isso acaba com as idéias. Quando bebe, me pega, quer dançar bêbado... Os homens que eu ando é só cachaceiro. Não sei porque eu só me dou com esse mundo. Não sei. Meu marido dexei no Piauí. Aí, venho pra cá, arrumo um, bebe. Solto outro, bebe".

As contradições de Célia referem-se principalmente ao seu companheiro atual, que ora acusa de ser dependente alcoólico, ora relata que o abuso de álcool desse companheiro é eventual. Descreve sua perturbação como decorrente do nervoso que

adquiriu por conviver em sua família com muitos alcoólicos, e por buscar sempre se relacionar com homens adictos.

A razão de se manter a entrevista de Célia, apesar de suas contradições, é por ser esta, dentre as entrevistadas, uma que relata dificuldade de manter seu seguimento, em função de seu nervoso e tratamento com medicação psiquiátrica. Ou dito de outro modo, durante sua entrevista sua queixa estava muito relacionada ao seu tratamento psiquiátrico e as dificuldades decorrentes dos sintomas associados ao uso de medicamentos, e menos ao tratamento ginecológico em si, embora não estivesse guardando na memória ou agendando corretamente suas marcações, provavelmente em decorrência da medicação psiquiátrica. Vejamos em seu próprio depoimento:

Entrevistada: "Ele tem aquilo que quando cai baba... Sabe aquele negócio?"

Entrevistadora: "Ele tem epilepsia, será"?

Entrevistada: *"Não sei. Não é de álcool, não. Pode ficar aí. Faz bem pra minha cabeça. Mais nada. Quando tem que falar, eu falo lá. A outra doutora falou pra eu vim no final do mês. Não sei se é desse mês ou se é do outro. Aí que eu to em dúvida. Que ela falou: "Célia..., porque eu ia marcar, né? Mas não é preciso você marcar, porque quando você vier, a gente te atende. É no final do mês. Agora eu não sei se é no final do mês de agosto, ou do mês de setembro. Aí que eu to em dúvida. Cabeça não ta muita boa não. Ele sabe, que já falei: quando eu tiver com a cabeça perturbada, nem fale comigo. Nem encoste perto de mim. E não encosta não..."*

Célia também relata dificuldades de aderir ao uso de preservativo:

Entrevistadora: "E a camisinha, você não ta conseguindo usar?"

Entrevistada: "Não a camisinha é ele que não quer..."

Entrevistadora: "Você fica preocupada, não fica. Você falou isso pra médica?"

Entrevistada: *"É, é o que eu falo pra ele: rapaz não pode, que a doutora falou que é só com camisinha... Assim: "Não fala pra ela que eu não gosto de camisinha não". Isso aqui me explica isso aqui, que é que é isso aqui. É vitamina?"*

A narrativa de Célia denota a sua dificuldade de concentração e de retenção das informações, tendo sido por isso liberada das marcações oficiais, e tendo adquirido uma agenda livre, ou seja, podendo comparecer independente da marcação, de modo que suas consultas ginecológicas de rotina fiquem adequadas a seu tratamento com psiquiatra, posto que em determinados momentos não consegue seguir adequadamente rotinas, tendo males súbitos, tonteiras, caindo na rua, em razão de crises e de uso combinado de medicamentos para alergias.

Entrevistadora: "E o que você entendeu... Que você tá tão nervosa?"

Entrevistada: "É que eu sou nervosa mesmo".

Ou ainda, aqui, sobre sua compreensão dos procedimentos:

Entrevistadora: "Aí quando você fez esse preventivo agora, deu problema. Qual foi o problema que o médico viu no posto, que mandou você pra cá?"

Entrevistada: *"Sei lá. Um cisto. Existe? Que eu saiba, foi. Acho que era um cisto. Que ele mandou eu pra senhora aqui. Por que? Eu ainda tenho"?*

Ou aqui sobre seu nervoso:

Entrevistadora: "Então ele acompanha você?"

Entrevistada: *"Porque eu sou perturbada da cabeça e pode os carros me pegar. Aí, ele vem comigo. Não, porque um carro outro dia ia me pegando mesmo. Ia me matando... Porque eu tô tomando um remédio que o médico passou. Sei nem o nome*

do remédio... Eu parei de tomar o remédio. Remédio de doido. Eu não sou doida... To bem... To me tratando (se referindo ao tratamento ginecológico). To muito bem... Matando ninguém (se referindo ao tratamento psiquiátrico).

O interesse na narrativa de Célia é em se constatar o que ela própria relata como razão de sua dificuldade de adesão, que associa ao nervoso e as perturbações de sua cabeça.

A adesão dos pacientes é uma prerrogativa médica para a realização dos seguimentos aos tratamentos protocolizados. Como já se assinalou, anteriormente, diversas pesquisas têm por objeto a adesão/não adesão, ou melhor, a atitude das mulheres em relação à realização de exames preventivos e aos seus seguimentos. Muitas pesquisas apontam para o fato de que a atitude de não adesão decorre, em linhas gerais, de dificuldades das próprias mulheres em aderir devido a vergonha, medo, e outras causas de natureza psicológica. Como é corrente, e são mesmo clássicos os estudos em Psicologia Social sobre Atitude, essas estão relacionadas a valores e crenças, ou seja, a um determinado tipo de conhecimento que propicia uma avaliação, uma atribuição de valor a um determinado objeto, em relação ao qual se adota uma atitude condizente com o valor que lhe é atribuído. Ou dito de outro modo, a atitude em relação a um determinado fato, a atitude que produz um determinado comportamento possui um equivalente em valor, crença ou conhecimento que estrutura essa atitude ou comportamento.

A análise da narrativa de Célia em comparação com as demais aponta para esse elemento que se quer demonstrar, para essa correspondência, entre à adesão e à crença, o conhecimento e a valorização do preventivo pelas mulheres como exame relevante para o controle do câncer de colo de útero. No caso de Célia, a adesão relativa

decorre como ela própria aponta, de seu nervoso e de sua perturbação, que prejudicam sua avaliação, seu engajamento e compreensão da orientação que foi recebida.

7.11 – Rosane

Rosane é casada, tem 39 anos e dois filhos adolescentes. Foi encaminhada para a unidade complexa para fazer seu seguimento, como as demais mulheres, proveniente de um posto de saúde. No seu caso, foi realizada uma pequena intervenção cirúrgica denominada de cirurgia de alta frequência ou CAF, para retirada de pequenas lesões. Essas são designadas para aqueles casos em que o tratamento local não se concentra apenas no uso de medicamentos e realização de acompanhamento mediante o preventivo, mas que ainda não necessitam de cirurgias radicais. Vejamos o sentido como Rosane apreende o procedimento a que foi submetida:

Entrevistada: *“É... Se eu tenho esse problema aí no colo do útero, então vou operar? Já que eu vou passar por uma operação, porque não tirar logo o útero todo? Porque eu ouço dizer, que o útero tem duas utilidades: uma é ter filhos e a outra é armazenar doenças. Aí ele falou assim: “é mesmo? Quando você tá com uma unha inflamada, você arranca o dedo todo?” Eu falei: claro que não. “Então por que eu vou arrancar o seu útero?”*

Você tá com um pedacinho inflamado. Vamos cuidar dessa inflamação e vai ficar tudo bem.” Então tá muito a contragosto pra mim, esse negócio... Eu acho assim, é um problema que, realmente, o útero, ele é meio complicado, né? Começo a sentir coisas... Tá sempre aparecendo alguma coisinha aqui e ali. Mas ele falou que era só operar isso aí e que tava tudo bem. Aí, ele fez essa operação pra mim. Correu tudo

certo. Até, inclusive a anestesia... Só senti quando a perna ta voltando e eu já queria mexer logo tudo, né? E, duas colegas que tavam assim, sentiram muita dor e reclamaram muito... Eu não senti nada. Eu operei na segunda. Na terça tive alta. E no sábado eu fui pra uma festa de quinze anos, com um salto deste tamanho?

Entrevistadora: "Você também, né?"

Entrevistada: "Sou bem levada".

O ponto de vista expresso por Rosane de que o útero só tem duas utilidades a de ter filhos e armazenar doenças, reflete um modo de pensar, que tem sua verdade, de um modo dizer dos médicos. Ou dito de outra forma, é verdade essa afirmação sobre a função e os riscos do útero conforme o saber médico. A questão que é colocada por Rosane expressa um ponto de vista comum às mulheres, que consideram que a melhor prevenção seria nesses casos a cirurgia radical. Isso também já foi defendido por médicos, tendo caído em desuso em razão das mudanças de protocolo de atendimento, e também em razão do abuso com que as praticas de cirurgia de castração foram adotadas por profissionais, sem consentimento, como prática de controle de natalidade.

Na impossibilidade de realizar a cirurgia conforme seu pensamento, Rosane adota as orientações recebidas e relata sua compreensão da seguinte forma:

Entrevistada: *"Eu contei uma historia do tamanho do baú para ele. Sabe? Falei que o medico tinha dito que não podia fazer sem camisinha, porque eu tava com o vírus e eu ia passar para ele, e ele ia ficar guardando o vírus. Ai, eu ia operar e ele ia passar o vírus de volta. Ai ele: "Ih, eu não sinto nada". Não, mas o homem é hospedeiro. Até, inclusive esse negócio do homem ser hospedeiro, a doutora lá do PAM falou que o homem. Isso pode ser transmitido por ele, e que, no homem, dificilmente*

tem reações é na mulher, né? Mas que ele fica hospedado e transmitindo pra outras. Ai, depois dessa história, só posso ter relação com camisinha e... Acho até bom, viu? Até prefiro assim... Eu até gosto mais que antes. Entendeu? Respeito é isso. Ta tranquilo”.

Rosane demonstra em suas observações uma compreensão clara das expressões médicas, usando termos como hospedeiro, e por extensão o estado no qual o vírus permanece latente ou hospedado. Em outro seguimento Rosane faz referencia a uma questão presente entre pessoas portadoras de lesões ou mesmo de adoecimento. A entrevistada observa que como sempre foi muito “levada” e ativa, continuou exercendo suas atividades o mais próximo possível do que desenvolvia antes da intervenção a que se submeteu. E observa, que no seu caso, esse procedimento afetou positivamente suas relações familiares. Evidentemente, nem sempre isso se dá, por vezes o adoecimento pode ter um efeito de afastamento das relações. Em linhas gerais, o processo de adoecimento tende a potencializar a forma como as relações se dão antes dele ocorrer. Assim Rosane expressa essa situação:

Entrevistada: “...Cuidaram de mim, ficaram comigo. Quando eu ia pra festa: mãe, você vai? Oh, eu vou ficar quietinha. Chegava na festa, não podia nem levantar, que já vinha um : “senta aí” Aí eu: ta bom. Então, sabe? Ainda uniu mais a gente. E, no mais... To fazendo tudo que eu fazia antes. Não mudou nada....” Além do que como diz de si mesma: “Eu não dimensiono muito os problemas não, sabe? Eu levo tudo na base do “amanhã vai ser melhor”.

Durante sua entrevista Rosane fornece um elemento sobre como considera que deveriam ocorrer informações as pacientes mulheres. Para ela deveriam haver palestras, informações que diminuíssem “o medo “das pessoas. Diz assim, espontaneamente, “a falta de informação é muito grande. Eu já tinha ouvido falar no

câncer de colo de útero, mas assim, pela televisão, de vez em quando alguma coisa”. Indagada, então, sobre se tinha alguma noção, Rosane diz que sim, mas associava a idéia de que se estivesse com algum problema, sentindo dor, ou com alguma hemorragia. Na seqüência, o seguinte diálogo:

Entrevistadora: Você não tinha idéia então porque precisava ficar repetindo?

Entrevistada: "Pra mim, só se eu apresentasse algum probleminha, que ia correr ao médico".

Entrevistadora: "Você não tinha idéia disso? De que podia pegar esse vírus, de que o homem podia ser hospedeiro. Esse tipo de coisa, mais ou menos, você sabia? (Usando as palavras da entrevistadas).

Entrevistada: *"É não... Pra mim, quando aparecesse alguma coisa, eu ia lá e fazia o preventivo. Se eu sentisse... Tanto que, quando eu fiz, a doutora perguntou assim: "quando você tem relação você sente dor?" "Não". Quando você ficou menstruada, é... Quantos dias"? "Três dias, não muito, quatro dias. No normal, eu uso... Ai, depois que ela viu... É, um vírus do câncer. Como é que é? "Não, não é câncer... Você está em cima do muro". "Ai pronto. Aquilo foi uma balada a mais. Ao ponto de que, hoje em dia, já não ficar mais preocupada com o preventivo, entendeu? Eu penso: já vou marcar logo, pra chegar no comecinho do período, vou lá..."*

De acordo com o que se apreende da colocação de Rosane, embora tenha ficado, em principio, abalada com a informação de que não tinha câncer, mas estava em cima do muro. Essa informação produziu um efeito de comprometimento de sua parte, ao ponto de marcar seus exames como rotina, independente de estar com os sintomas que achava fossem os que devia levar a se queixar ou buscar realizar consultas medicas.

Como essa informação mudou seu comportamento. Rosane sugere em seu depoimento que todas as pessoas deviam ter essas informações, para ficar menos apavoradas, e para agir de forma antecipatória, como ela passou a agir.

7.12 – Nair

Nair tem trinta e sete anos e dois filhos. Estava realizando sua segunda consulta na unidade complexa, tendo sido encaminhada pelo posto de saúde. Relata que fazia exames sempre que era solicitada. Em geral de seis em seis meses, após receber um diagnóstico de displasia leve, decorrente de HPV. O relato de Nair traz a particularidade de ter esta, realizado tratamentos psicológicos e psiquiátricos para depressão e síndrome do pânico. A depressão foi posterior ao parto, com grave perda da memória. A síndrome do pânico decorreu de vivências e testemunho de violência no local onde reside. Além disso, demonstra curiosidade sobre seu adoecimento, talvez em razão de ter se submetido a tratamentos tão diversos. Nair demonstra interesse em saber sobre a causalidade durante seus processos de adoecimento. Diz que busca ler e se informar. E, embora se confunda e manifeste dúvidas sobre sua capacidade de compreensão, com frequência, faz referência a termos técnicos, médicos, ou científicos para elucidar sua narrativa.

Em relação ao preventivo Nair demonstra ter apreendido o objetivo e relata ao pé da letra como compreendeu:

Entrevistada: *"Sempre pedindo, né? De seis em seis meses... E aí,... Já tinha dado três vezes. Aí, nesse último, né? Já veio: você tem uma consulta marcada no Hospital Mario Kröeff. Tal dia, tal hora, né? Aí, a doutora me passou, né? Os dados,*

né? Falou pra mim: “você está indo pra esse hospital, mas não quer dizer que você tenha câncer. Aí ela falou assim: - o preventivo é pra que, Nair? “Aí, eu falei: pra prevenir doenças. Aí ela falou assim: “então, você está fazendo isso. Você está prevenindo as suas doenças. Que é vírus que deu, que você se cuidando, né? Pra não virar coisa pior. Mais grave.”

Em outro trecho, Nair se refere: “Tava dando vírus, né? Displasia leve”.

Indagada pela entrevistadora: "Você não tinha noção nenhuma? Quando você disse que era displasia, foi como você falou que ela (a médica) falou"?

Entrevistada: "Displasia leve".

Entrevistadora: "Causada pelo HPV. Aí, foi nessa vez que você teve conhecimento disso"?

Entrevistada: "Correto. Foi isso mesmo".

Entrevistadora: "E aí, o que é que você entendeu disso? Foi uma novidade..."

Entrevistada: "Fiquei triste, né... Chorei... A gente logo pensa, né? Câncer é câncer, né? Não tem meio termo".

Entrevistadora: "Como assim? Me explica isso... é exatamente o que eu quero saber..."

Entrevistada: "*Câncer, é câncer, né? Não tem meio termo... Eu não vou saber explicar o que eu tenho... Porque eu não sei explicar. Eu só tenho a dizer que tem câncer... Quanto tempo tem de vida...*"

Segue-se um diálogo em que Nair relata sobre a dificuldade de compreensão, ao mesmo tempo em que o relato denota uma compreensão clara sobre a situação, ou seja, de que há situações de “ meio termo “, que não corresponde aos casos

terminais “de quanto tempo a pessoa tem de vida “. Inquirida sobre isso pela entrevistadora, segue-se esse dialogo:

Entrevistadora: "Mas você tinha conseguido entender? Você tinha entendido isso ou entendeu depois"?

Entrevistada: "Eu acho que na hora, eu entendi sim, né? Mas uma parte do cérebro não quer receber isso".

Entrevistadora: "Ta, nem se for meio-termo"?

Entrevistada: *"É. Aí, eu não soube explicar... Eu sei que é assim, quando a gente tem algum problema, eu pego assim livros... eu quero ler... Porque é um caminho que eu não entendo, né? Porque eu já tive depressão, né? Depressão muito séria, e eu nunca tinha ouvido falar, né? Eu tive depressão pós-parto... E fiquei três meses sem memória... Há dez anos atrás... Quando voltei a si, minha filha já estava com cinco meses... Eu melhorei, pensei que fosse um problema solucionado, até que... Voltei aos estudos, terminei o segundo grau e depois, acho que foi em 2002... Eu tive uma recaída, né? Entraram dois traficantes na minha casa, depois policial... Então foi um tumulto... E aí eu tive outro diagnóstico: síndrome do pânico".*

Entrevistadora: "Você tinha tido depressão e agora fez síndrome do pânico"?

Entrevistada: *"É... comecei tratamento psiquiátrico... eu já estava escutando tipo: vozes, pessoas... Eu fiquei com aquilo na cabeça: poxa, os traficantes entraram aqui, veio policiais... Eles vão pensar que fui eu que chamei a policia pra eles. Eles vão voltar e me matar. E isso foi crescendo, crescendo... Ficou grave. Eu já estava escutando... "é aqui que ela mora. Vamos entrar..." Coisas horríveis... Aí, tive a noticia desse vírus... Aí eu penso, "eu não posso ter chilique nenhum mais. Eu não*

posso ter depressão, eu não posso ter nada, porque eu já tive muita coisa. Eu me proíbo de ter qualquer chique agora, né"?

A narrativa de Nair traz elementos interessantes sobre a apreensão do discurso técnico (médico, psiquiátrico) pelos usuários de serviços de saúde. Nair nomeia corretamente os dados relativos aos seus processos de adoecimento: displasia leve decorrente de HPV; câncer é câncer não tem meio termo, mas há casos em que pode haver meio termo; depressão pós-parto; síndrome do pânico. E coloca tudo a serviço de sua situação atual, já que se preocupa em razão do que aprendeu a partir de seu tratamento por síndrome do pânico, é de não ter outro “chique”, de que a depressão seja controlada ou solucionada, de não se deixar abalar pelos pensamentos recorrentes, no caso atual sobre o vírus, já que como ela própria observou “o problema é que uma parte do cérebro entende, mas a outra não quer saber”, no caso de notícias diagnósticas que podem gerar doenças mais graves.

Nair demonstra clareza inclusive ao comparar seu caso com outros diz que "...eu vou saber depois do resultado... o que tem que fazer... qual é o tratamento... que eu vou ser submetida... porque cada um é um problema diferente, né? Então eu não sei qual é o meu"? Ao ser indagada, segue-se o presente diálogo:

Entrevistadora: "Quem disse pra você? A médica, que caca um é um problema diferente? Ou isso já é a sua compreensão, que você ta tendo"?

Entrevistada : “Não, isso aí, fui eu que entendi... Eu não tenho nenhum... nenhuma orientação sobre a doença. Nunca li nada, né? Sobre essa doença. O que a gente lê, né? É assim, né? As pessoas contando, pacientes, né? Mas agora, o que eu gostaria de saber, era a doença em si, né? Ou seja: acho que até a parte que cabe ao médico. Mas,eu tenho curiosidade de saber, né? Como é o vírus, como esse vírus é

desenvolvido, como é que ele cresce, se é um vírus que vai abrindo assim..."

Entrevistadora: "Você sabe o que é um vírus"?

Entrevistada: *"Ué, um vírus é uma coisa transmissível, né? Tem vírus, tem bactérias e tem fungos. Não é isso?... Sempre que eu vou ao médico eu pergunto, né? Ele fala: você tá com doença tal..." Eu falei - o que é isso, doutor? Eu pergunto: - que é que é isso? É transmissível? Que é que é? É uma bactéria? É fungos? É um vírus? A gente não sabe nem o que é fungos. Não fungos agente sabe, né? Fungos é aquele negócio que dá no pão... Então quer dizer nós já vimos... Bactérias a gente nunca viu... Ai a curiosidade..." Em outro trecho Nair se refere a hipótese da causalidade genética do câncer. "Porque antes eu pensei que fosse uma coisa assim, genética, né"? Porque meu pai operou a pouco tempo de câncer de próstata, né?"*

O seu relato traz elementos importantes sobre a necessidade de compreensão para a elaboração do novo estado físico e emocional a que a pessoa está sujeita em razão da notícia diagnóstica, as hipóteses construídas para essa nova elaboração.

Nair se denota curiosa e sua curiosidade está associada ao processo anterior de depressão, em que a compreensão sobre o processo, as leituras, tudo parece ter-lhe ajudado a se orientar ou estar mais bem preparada para enfrentar o processo atual de tratamento.

Em relação a prevenção e uso de preservativo, Nair quando de sua entrevista, ainda não havia recebido orientações, segundo seu relato.

Entrevistada: *"Não. Só no caso das campanhas, né? Da AIDS, né? Que a gente tem a orientação de usar camisinha pra não pegar o vírus da AIDS. Agora.. Só esse vírus, né? Agora, o vírus HPV... Acho que nem livros sobre doenças sexualmente*

transmissíveis fala sobre esse vírus. Eu tenho um livro em casa... Eu posso até rever... Eu acho que não fala de vírus. Fala de várias doenças transmissíveis sexualmente... Eu posso até rever, porque tem temo, né? Pra vê se fala nesse vírus, mas eu acho que não”.

Essa observação de Nair também realizada por outra entrevistada é relevante, porque se refere a surpresa por não ter visto anteriormente, ao longo de suas consultas, e frequência de serviços: observações, cartazes, informações sobre HPV e câncer de colo de útero como doença sexualmente transmissível. Indagada sobre qual seria sua atitude caso soubesse de um vírus como HPV, segue-se o diálogo:

Entrevistadora: "E em que faria de diferença pra você, se você soubesse que um vírus como esse? Agora que você tá sabendo, ainda não deu tempo de você esclarecer tudo, mas você ficou sabendo há pouco tempo que tinha o vírus, que é sexualmente transmissível, ou em parte, ou em grande parte”.

Entrevistada: "Eu acho assim, que as mulheres que são casadas e preferem ter só um parceiro, né? E acredita que o parceiro seja da mesma opinião, que prefira só uma parceira, agente não se preocupa muito com esse negócio de camisinha, né? Só se por acaso, né? Por um período, né? Que esteja alguma coisa errada, né? E aquele período que ela está vendo, né? Com os olhos, que tem alguma coisa errada, que ela exija a camisinha, né? Mas fora isso, né? E a mulher não casada, hoje em dia, ela exige mais do parceiro que ele use camisinha... senão ela não vai ter relação sexual com ele...”.

Nair considera que se recebesse orientação médica para aderir ao uso de preservativo, adotaria a recomendação médica. Diz assim: “Usaria sempre. Porque é um vírus sexualmente transmissível. Usaria sempre. Mesmo sendo casada. E se houvesse

algum tempo que ele não quisesse usar, né? Eu não faria. Não teria relação sexual. Inquirida sobre se de fato essa possível solução seria realizável responde: “Além do que, eu acho que você podendo prevenir a doença em casa; dentro de casa, é muito melhor”. Essa afirmação da narradora, embora bem pautada, mas nem sempre tão passível de ser realizada como oferecessem os depoimentos de outras entrevistadas, tem em si um elemento favorável as orientações - prevenir doenças em de casa - ou seja, de que o relacionamento conjugal não é um empecilho, como já se observou em textos médicos sobre prevenção, mas que ao contrario, pode ser um facilitador. Por vezes, uma certa postura androcêntrica ou temores dos profissionais em relação a abordar na família questões relativas à sexualidade, ou por receio em relação a moral sexual ou a enfrentamentos com uma cultura “machista” é que impede de que, como diz Nair, a prevenção melhor, ou seja, mais fácil, é a que começa em casa.

7.13 – Creuza

Creuza tem 39 anos, está em seguimento há quatro anos no posto de saúde. Fez dez gestações e tem sete filhos vivos. Iniciou seu preventivo aos dezesseis anos de idade, e ficou sem realizar exames durante treze anos. A entrevista realizada com Creuza foi sucinta e a entrevistada breve nas respostas. Ela já vem em seguimento há quatro anos, está bem, em controle, realizou uma cirurgia radical - histerectomia - devido ao estadiamento do câncer de colo - "já com margens comprometidas" - como ela própria disse; e isto, após ter sentido “dores no pé da barriga” devido a descuido e relaxamento. É interessante notar como mediante a apreensão do discurso técnico (médico), mulheres como Creuza vão transitar ao longo de suas narrativas, ora fazendo

menção ao discurso leigo, ou melhor, usando expressões e a forma de conhecimento do senso comum. Vejamos isso na fala de Creuza.

Entrevistada: *“Eu sentia... Não constantemente, mas, de vez em quando eu sentia umas dores fortes no pé da barriga, tipo assim uma contração bem forte e suave frio. Aí eu achei que não era normal, né? Pelo tempo que eu fiquei sem procurar um médico... Resolvi procurar um ginecologista e tive que passar por uma histerectomia, né? Aí eu já estava com o início do câncer no colo do útero, mas que já tinha margens comprometidas. Fiquei em tratamento com a Dra. Odete e ela me encaminhou para o Hospital Mario Kröeff, né? Na Penha. E lá foi que eu operei”.*

Creuza tem conhecimento sobre todo o processo de tratamento e relata que seu acompanhamento é também preventivo. Assim:

Entrevistada: *“A recomendação dela (da médica), é, eu não posso sair do controle, aí já é rotina, né? Até porque se amanhã ou depois eu tiver algum virusinho, ela já tem como me prevenir, né? Caso do tratamento aqui é a prevenção é a prevenção do câncer, né? Mas eu passo bem, graças a Deus, ela é uma ótima doutora, um bom tratamento”.*

Inquirida sobre o que significava para ela o descuido e o relaxamento a que se referira anteriormente, respondeu do seguinte modo:

Entrevistada: *“Me descuidei pela seguinte forma... Toda mulher sabe que o preventivo é uma coisa importante na vida da gente, né? Eu me descuidei por que? Filho, né? Não queria deixar com ninguém. Cuidando de casa, de marido... Queria brilhar muito a casa, cuidar bem dos filhos e me relaxei, na verdade é essa, né”?*

Entrevistadora: *“Mas você sabia que o preventivo servia para diagnosticar câncer no início? Ou você ... O quê que você achava que era? Ou você não sabia”?*

Entrevistada: *“Eu sabia que o preventivo, ele era pra... Era para nos*

alertar sobre doenças, né? Mas, assim que viesse a diagnosticar sobre o câncer não passou pela minha mente".

Entrevistadora: "Não? Não passou pela sua cabeça? Quando você fez seus exames, você não tinha essa informação. Ou não passaram isso pra você ou você não lembra de ter registrado..."

Entrevistada: "Não. Essas coisas aí os médicos nunca me disseram antes. Eu já vim saber isso aí depois de uma certa idade, né? E até porque ocorreu isso comigo".

O relato de Creuza oferece a particularidade de ser o relato de uma mulher que veio a sofrer uma intervenção cirúrgica mais radical após o que denominou, ou ouviu, ser devido ao seu descuido ou relaxamento. Essa peculiaridade é relevante porque esse descuido ou relaxamento é conseqüente também do desconhecimento específico sobre a natureza e objetivos dos exames e que se pretende abordar aqui. Ou seja, que como diz Creuza toda mulher sabe que deve ir ao ginecologista, mas não é necessariamente de domínio público o motivo dessa demanda preventiva que se quer em saúde coletiva sobre esse comportamento das mulheres. E que já mencionamos neste trabalho. Pretende-se que haja adesão ao exame para prevenção do câncer de colo de útero pó parte das mulheres e observa-se e acusa-se esta não adesão, mas sem que esteja explícita a natureza específica dessa mesma demanda.

A entrevista de Creuza, embora breve, foi útil no sentido do corroborar uma questão que consideramos importante na presente pesquisa.

7.14 – Ione

A entrevista de Ione foi bastante longa e se estendeu a outros temas além daqueles relacionados diretamente à pesquisa, ou seja, sobre o sentido das consultas ginecológicas, sua trajetória durante seu processo de adoecimento e tratamento. Foram abordados também temas relacionados ao trabalho, a estudo, especificamente, ao analfabetismo, já que Ione é analfabeta ou semi-analfabeta. Esses temas foram surgindo ao longo de sua narrativa, uma vez que a história de vida de Ione é de uma mulher que provem sozinha o sustento dos três filhos, provenientes de relacionamentos diversos, em que buscou um modelo idealizado de família. Além disso, Ione tornou-se mãe de uma filha resultante de uma relação considerada incestuosa para ela, pois resultou de um relacionamento com seu padrasto, que havia se tornado responsável por ela e seus irmãos após a morte de sua mãe. Em sua entrevista, Ione passou a abordar a gravidez de sua filha adolescente e sua dificuldade de lidar com essa situação. Ione realizou cirurgia radical para câncer de colo já instalado. Apesar de analfabeta ou semi-analfabeta Ione possui excelente aparência, é uma mulher naturalmente bonita. Os temas da entrevista de Ione foram sendo objeto de livre exposição desta, mas geraram também mobilização na entrevistadora, posto que a narradora chorou exatamente no momento em que falou sobre sua dificuldade relacionada ao semi analfabetismo, em meio a tantos temas difíceis de se auto reportar. Ione iniciou seu tratamento no posto há cerca de dois anos, submeteu-se a alguns procedimentos até chegar a histerectomia, na unidade complexa e retornar para seguimento no posto de saúde. E logo no início de sua entrevista informa estar realizando atendimento psicológico, vejamos o dialogo:

Entrevistadora: "Por que você esta realizando atendimento psicológico"?

Entrevistada: *"Porque eu tenho muito problema. Eu sou sozinha. Meu marido me abandonou quando eu fiquei doente... eu precisei das pessoas pra fica com*

meus filhos... e agora to com problema no coração... to tomando remédios pro coração ... eu me tornei uma pessoa muito nervosa, muito agitada, eu entro em depressão. Tem dia que eu não quero ver ninguém, não quero falar com ninguém. Tem dia que nem tomar banho eu quero. Eu tenho uma filha de treze anos que esta grávida. Mais um problema pra mim sozinha, Eu tenho um menino de dez e a pequeninha de cinco. E eu sozinha pra tudo".

O relato de abandono que surge na narrativa de Ione é uma das possibilidades de queixa que por vezes ocorre aos portadores de patologias crônicas. Em Rosane vimos o relato inverso, o adoecimento que favorece ou aumenta a união e proteção familiar. O adoecimento tende a agravar ou aprofundar os traços das relações, afastar ou terminar relações mais frágeis, ou fortalecer relacionamentos mais sólidos e bem estruturados.

Ione também durante o período em que realizou a entrevista estava desempregada, vivendo de pequenos serviços e favores. Além disso, não recebe nenhum auxílio dos pais de seus filhos. Sua história de vida, ao longo do relato de seus relacionamentos inclui maternidade com alguém comprometido de quem não se sente a vontade para pleitear alimentos; casamento com paternidade legal e social de um de seus filhos com um companheiro que não é o pai biológico e que após a separação se recusa a prover alimentos sobre alegação de não ser o pai biológico embora tenha aceitado ser o pai legal. Abandono por companheiro, inclusive durante seu adoecimento. E até recusa de aceitar a maternidade de uma filha gerada com o padrasto a qual Ione não aceita psicologicamente como filha. Por último, em meio a tantos dramas e repetições, Ione mandou seu ultimo companheiro embora por receber queixas de sua filha de estar sendo molestada, a qual engravidou de um namorado, mas recusa a lhe

reconhecer a paternidade, escolhendo um outro parceiro para a paternidade social de seu futuro filho. Vejamos o relato de Ione:

Entrevistadora: *"E o que aconteceu que você falou que seu marido abandonou você, quando você teve o problema do câncer, como assim... Como é que foi isso"?*

Entrevistada: *"Ah ele... Quando ele soube de tudo, ele começou a mudar dentro de casa. E aí a minha filha mais velha.*

Entrevistadora: *"O que ele soube? Ele soube de tudo o que"?*

Entrevistada: *"Ele soube que eu ia operar, ainda tava aquela suspeita, né? Não sabiam ao certo o que era, aquela coisa toda. No começo ele até me acompanhou. Mas, essa minha filha de treze anos não é filha dele e devido aquele negócio de tratamento, aquelas coisas toda, ele começou a mexer com a minha filha. Aí, praticamente, ele nem foi embora. Eu que mandei ele embora. Eu mandei ele embora".*

Entrevistadora: *"Ele é pai do menino de dez"?*

Entrevistada: *"Ele é pai só da pequeninha de cinco anos. Do menino pequeno, o pai dele é falecido".*

Entrevistadora: *"E o que aconteceu? Ele tentou, ter... conseguiu"?*

Entrevistada: *"Ele alisava ela, alisava ela dormindo. Aí ela acordou e pegou ele mexendo com ela. Ela falou pra mim, mãe o meu tio ta me alisando de madrugada quando eu estou dormindo. Eu não falei nada, fiquei quieta. E peguei. Entendeu? Peguei. As vezes, eu tenho que tomar remédio pra dormir, porque eu tenho insônia, eu não durmo. Aí, eu fiquei uns dias sem tomar remédio pra poder... Então, a minha filha não tava mentindo pra mim, realmente, aconteceu. E, quando... A minha mãe... Eu também fui criada por padrasto e me padrasto me fez mal depois que minha*

mãe morreu. Então, eu já passei por isso, então, não quero que aconteça o mesmo com as minhas filhas. Eu tava com dezesseis anos... quando eu engravidei, ele é que veio falar pra mim que eu estava grávida, que eu nem sabia... Só que eu não tenho interesse nenhum por essa criança..."

Ao longo da narrativa de Ione se constata que o sentido do seu tratamento ginecológico, recobre toda sua história de vida sexual, toda a sua história de vida afetiva, que por sorte houve por bem receber suporte adequado ao longo de seu tratamento decorrente do câncer de colo de útero. Como ela própria relata:

Entrevistada: "E não paro meu tratamento. Adoro a doutora. Gosto muito dela. Eu falo... eu gosto muito da senhora, mesmo... Ela conversa comigo. As vezes, eu chego aqui pra baixo, numa depressão... Ela conversa, brinca comigo... Ela é uma amiga..."

No município de São João de Meriti foi realizada também uma entrevista com a médica coordenadora do programa. Uma particularidade nos chamou atenção no programa deste município, observamos a regularidade de consultas de mulheres acompanhadas e soubemos então da execução em três frentes de prevenção mama, colo de útero e próstata. Chamou nossa atenção o slogan da campanha: "Mulher consciente traz o homem sem preconceito". Realizamos uma entrevista com a coordenadora que analisou as dificuldades, do ponto de vista da coordenação da não adesão a exames, não seguimento, erros de diagnóstico e de exames, a cobertura existente e as estratégias que tem sido adotadas na tentativa de minorar essas dificuldades. A entrevista se encontra no anexo e foi utilizada para corroborar dados de observação empírica que tinham sido observados em relação as mulheres e a realização de exames e cujos elementos foram objeto de esclarecimento junto a coordenadoria.

8 – RESULTADOS

A partir da análise das quinze entrevistas selecionadas, constata-se nas narrativas a existência de alguns agrupamentos temáticos. Aparecem conteúdos associados a assistência recebida, ao próprio câncer como adoecimento, a história de vida pessoal e sexual, a processos relacionados ao corpo, ou seja, a saúde, a reprodução, ao adoecimento, a morte. E especificamente a saúde do corpo feminino, a sexualidade do corpo feminino, envolvendo maternidade, ciclos menstruais e hormonais, menopausa. Pelo tipo de entrevista, semi-dirigida, esses conteúdos se entrelaçaram nos relatos, e simultaneamente se subdividiram em outros subgrupos temáticos.

Ao abordar conteúdos relacionados a assistência médica, as mulheres abordaram temas como: tipo de tratamento e consultas recebidas, qualidade da assistência recebida, humanização do atendimento (confiança versus desconfiança, qualidade da informação recebida), frequência dos seguimentos, possibilidades de acesso, equívocos de diagnóstico ou de seguimento, temores relacionados a exames ou tratamentos.

Ao falar sobre o câncer, propriamente dito, expuseram, até por terem sido questionadas, sobre distúrbios sintomáticos e assintomáticos, causas de adoecimento (vírus, genética, abortos), prevenção (uso de preservativos, número de parceiros, qualidade de vida sexual) e doenças sexualmente transmissíveis, informação (médica, leiga, midiática), temores relacionados ao adoecimento (depressão) e morte.

Em relação à sexualidade, tema que, na verdade, permeia todo o conjunto das narrativas, cabe destacar para fins de análise as associações e dissociações entre sexualidade, conjugalidade, filiação e casamento. A sexualidade também está associada

a prevenção, ao preconceito e culpa, ao adoecimento, a qualidade de vida, ao amor e a morte.

Em relação ao corpo, as mulheres abordam as suas histórias de vida sexual (iniciação, número de parceiros, traumas, maternidade) e de adoecimento (outras doenças ginecológicas, outras doenças sexualmente transmissíveis, outros transtornos psicológicos), estigmas sociais, dificuldades sociais decorrentes de um corpo adoecido.

Relembrar episódios anteriores e a história de adoecimento visando dar um significado para o processo vivido na atualidade foi outro tema abordado por quase todas.

A dependência em relação ao parceiro e a boa ou má relação com os médicos emergiu na maior parte das narrativas.

A depressão é um tema recorrente associado ao câncer, mesmo no caso das mulheres portadoras de patologias precursoras de câncer. Os processos de pensamento mágico ou ilógico, foi um elemento que também emergiu nos relatos.

Em suas narrativas as mulheres abordaram os estágios de crise seja em relação a notícia diagnóstica, seja em relação a episódios em que a vivência de adoecimento foi de alguma forma traumática. Também foi relatada a necessidade de colher informações como forma de apaziguar a ansiedade e dominar a situação nova, seja nos meios de comunicação, ou entre pares ou com os profissionais, pela maioria das mulheres.

O apoio emocional recebido dos profissionais, dos familiares ou dos parceiros foi outro tema emergente nas entrevistas.

Recidivas de uso ou abuso de álcool ou drogas foi relatado somente por uma mulher. Temores de recidiva de episódio de depressão mais grave foi relatado por

mais de uma. Apenas uma reportou problemas de ordem psiquiátrica e a dificuldade de adesão em razão disto.

As reações inadequadas diante do processo de diagnóstico e tratamento, foram expostas por poucas, ou dito de outro modo, embora a maioria das mulheres tenha se referido de algum modo a depressão e a negação diante do diagnóstico, aos efeitos desse sobre suas subjetividades, às reações foram de adaptação à situação nova, até em razão do suporte obtido. As queixas e inadequações relatadas foram remetidas nos discursos, a distúrbios psicológicos graves, ou a dificuldades resultantes de uma abordagem clínica de algum profissional considerada inadequada pelas mulheres. Apesar desses casos de queixas específicas; a notícia diagnóstica, a negação e a depressão leve não impediram um início de enfrentamento adequado das mulheres.

Poucas fizeram referência a benefícios associados ao processo de adoecimento. Esses quando foram abordados foram referidos a um melhor relacionamento com os familiares, ou parceiros. Algumas mulheres pensaram sobre como agir de forma preventiva com familiares, principalmente, na orientação a filhas mulheres, numa clara compreensão da função de um aconselhamento genético. Uma apenas fez referência ao benefício social do adoecimento, como obtenção de vale transporte e outros direitos legais, tratando mais de ganhos objetivos em função das perdas promovidas pelo adoecimento.

Algumas fizeram referência a perdas ou dificuldades de relacionamento em razão do adoecimento.

Algumas conclusões podem ser abstraídas do material analisado. A primeira diz respeito ao fato de que a cobertura oferecida a população, apesar dos muitas críticas, é satisfatória, no sentido em que as pessoas buscam e conseguem, pelo

menos, nessa área de assistência ginecológica, acesso aos serviços. Conseguindo realizar exames com uma periodicidade adequada para permitir a realização de diagnóstico e detecção, boa parte, coincidindo ou com o início da vida sexual, ou em decorrência das situações de parto, que tende a ser inclusive, nas camadas de renda mais baixa, numa faixa etária, por vezes, mais precoce.

Por outro lado, embora a cobertura seja satisfatória, a informação ou a orientação nos serviços é mais precária. Seja em razão do espaçamento entre as consultas, ou do tempo de duração oferecido nessas. A informação médica ou é precária ou inadequada em relação ao seguimento a ser estabelecido. De modo, que a informação na mídia e na internet supri essas deficiências, em quem se quer mais esclarecido.

Os relatos de Edna, Amanda, Rosane e Giordana são exemplos disto. Edna se orienta vendo também o programa do Leão, Amanda se refere ao Dr. Malcon no Gilberto Barros, Rosane pela televisão e pela internet, Giordana se refere ao boca a boca com as colegas.

Amanda faz críticas as campanhas que não informam a seu ver adequadamente sobre as doenças sexualmente transmissíveis e Rosane solicita grupos de orientação institucional. Essas críticas se referem, principalmente, ao atendimento recebido nos postos de saúde. Nas instituições onde essas mulheres foram recepcionadas e realizaram seus seguimentos, o atendimento para a maioria era satisfatório. Já Rosane solicita grupos de orientação institucional para recepcionar as pessoas, na fase de início de tratamento, quando estão mais vulneráveis, se reportando mais ao estado emocional das mulheres diante do diagnóstico.

De Diana pode-se destacar quanto os jovens podem ser mais influenciáveis pelo comportamento dos outros, incluso aí, o comportamento sexual

desses outros. E como este aspecto, de ser influenciável na juventude, pode se sobressair a informação dessa pessoa jovem.

De Giordana destacamos de seu relato como as experiências de tratamento anteriores traumáticas acentuam os temores atuais.

Cleide traz em seu relato um dado caro ao discurso sobre saúde, de que quem consome mais, tem mais saúde.

Janete analisa as dificuldades de quem trabalha e adoece. E especula sobre a possibilidade de haverem parceiros ou cônjuges, que podem buscar propositalmente contaminar o outro, como supõe tenha sido o seu caso, ao ser contagiada por HIV. Aborda a angústia e as dificuldades de se manter no trabalho e manter relacionamento afetivo sexual face ao conhecimento de seu diagnóstico de soropositivo.

Janete é resignada e ativa, simultaneamente. É trabalhadora e mãe.

Amanda solicita mais informação nos postos de saúde. Aborda as dificuldades com parceiros ou cônjuges, principalmente em relação ao uso de preservativo, e sobre como este aspecto pode gerar desconfiança.

Rosana põe seu turno, mais assertiva, considera que o uso de preservativo torna a relação melhor, mais confiável, já que é necessária.

Vera também assertiva, considera que a ser a relação sexual sem preservativo, a melhor escolha é a masturbação. É quem mais destaca a importância da boa relação com os médicos para a manutenção do tratamento e, principalmente, demonstra como a rejeição pode gerar abandono de tratamento como chega a ameaçar fazer. E, ainda, como esta boa relação está baseada no diálogo, que inclui poder demandar exames e soluções, além de poder questionar e, ser esclarecida. Receber

orientação e ouvir a verdade sobre o seu caso. Pois, como acrescenta, ao ouvir a verdade, pode também falar a verdade.

Lúcia destaca sua ótima adesão, e mostra-se bastante esclarecida sobre o seu caso difícil, com diversas mortes na família, sua preocupação com os marcadores genéticos, em relação às filhas, mostrando-se a seu modo atualizada, ao apontar espontaneamente para esta questão.

Amanda é de todas quem realiza a crítica mais irônica a má abordagem médica e a violência simbólica implícita na assimetria de poder imposta na relação médico paciente. É Bem orientada e tem boa adesão a seu seguimento atual.

Célia é que demonstra mediante sua narrativa maior dificuldade de adesão em razão de distúrbio leve, mas de ordem psiquiátrica.

Rosane tem boa adesão e demonstra como o apoio familiar e do parceiro pode crescer durante o processo de adoecimento, e como isto depende de uma relação básica anterior que seja boa. Ao contrário de, para quem o adoecimento gera rompimento .

Para Nair o conhecimento do diagnóstico reaviva a imagem da depressão e do pânico.

Creuza traz o elemento casa-lar, seu papel de mãe e dona de casa e de como este papel ou a tendência à sobrevalorização deste em detrimento de outros aspectos de sua vida, como no caso da sua saúde, geraram o agravamento de seu quando inicial. É quem destaca o modo como o cuidado excessivo com os outros, pode levar ao descaso consigo mesmo.

Rosane em contrapartida afirma que o excesso de trabalho era sua justificativa para adiar seus exames de rotina. Rosane e que descreve mais sua transição

entre personas de mãe, trabalhadora e levada (erotizada). Vera também se auto-designa levada e mãe preocupada com o filho também levado.

Ione mantém fantasias em relação a aquisição do que considera um lar e um trabalho dignos. Relata suas dificuldades para orientar sua filha, a qual se mantém em um padrão de repetição em relação às demandas da mãe de autonomia e de sucessivos, ambíguos e até simultâneos matrimônios divergentes da paternidade de seus filhos. Assim está grávida de um parceiro e mantém relacionamento amoroso com outro, e reproduz ou realiza algo em seu comportamento que reproduz o da mãe Ione, que se preocupa com o comportamento da filha que não consegue conter.

Constata-se que aspectos relativos à sexualidade feminina ou aos destinos do feminino como enunciava Freud, tais como a virilização, o erotismo e a maternidade são, hoje em dia, mesmo nas classes de baixa renda, passíveis de serem transitados com maior ou menor desenvoltura pelas mulheres entrevistadas.

Esses papéis ou personas aparecem mais como destinações, como quer Fraisse, do que como destinos como enunciava Freud.

De modo que conjugalidade, maternidade, reprodução, casamento são elementos presentes nos relacionamentos amorosos que podem estar ou não associados entre si, e isto está presente em quase todas as narrativas.

Isso não significa dizer que a sexualidade feminina e os papéis ou personas a esta associadas estejam isentas da ordem androcentrica, que regula os papéis de homens e mulheres. No discurso das mulheres, a experiência individual está sempre relacionada a avaliações e a preeminência das considerações sociais.

Como aborda Heilborn (1999) em construção de si, gênero e sexualidade; as mulheres diferem desde a entrada na vida sexual adulta dos homens. Enquanto para

as mulheres a primeira relação sexual é freqüentemente um momento decisivo (e inicial) na construção do primeiro relacionamento verdadeiro, para eles trata-se de um momento de iniciação pessoal no qual a relação com a parceira conta pouco. A mulher tende a partir dessa perspectiva a existir como pessoa através da apreensão de sua conduta com os outros.

Essa tendência social androcentrica coloca a mulher em desvantagem para negociações em relação a sexualidade, em geral. E para as informações específicas sobre as doenças associadas à sexualidade. A existência da epidemia da Aids, de certo modo fez, senão reverter este processo, pelo menos chamou mais atenção para essa desvantagem das mulheres. A Aids, talvez por ser uma epidemia que atingiu e atinge ambos sexos, tenha auxiliado a produzir um desvelamento dessas diferenças em relação a abordagem a sexualidade na área de saúde.

O uso do preservativo em relação a Aids como mostra Heilborn (1999) mostrou a desvantagem das mulheres e que as informações nem sempre são suficientes. As mulheres encontram-se em desvantagem para negociar o uso da camisinha, em função de um cenário das relações de gênero: sendo estas estruturadas com base em uma assimetria de prestígio e autoridade particularmente reveladora no encontro sexual, onde o exercício da decisão feminina torna-se problemático.

Em relação ao uso de preservativos, houve mulheres que relataram que os jovens, ou que os parceiros mais jovens, tenderiam a ser mais acessíveis a aceitação desse uso, por serem menos afeitos a preconceitos estabelecidos, ou já terem tido sua iniciação sexual numa época em que esta demanda vem sendo mais difundida. Enquanto os homens mais velhos podem ser, mais relutantes em aderir ao uso de preservativo, o qual, é necessário, principalmente, quando as mulheres se encontram em tratamento de

controle de infecção causada por vírus, como é o caso das patologias precursoras de câncer de colo de útero.

Por outro lado, os jovens, embora mais bem informados, são, segundo outros relatos mais influenciáveis (suscetíveis, vulneráveis, indecisos) em relação aos valores sociais concorrentes (liberdade versus opressão, modernidade versus tradicionalismo), o que pode ter o efeito contrario, ou seja, comportamentos de homens e mulheres mais ousados e destemidos do ponto de vista do risco e da prevenção. Além disso, por se sentirem mais saudáveis ou pelo desejo de engravidar, as mulheres mais jovens tendem a subestimar o surgimento de doenças assintomáticas, como o câncer.

No caso das mulheres entrevistadas portadoras de patológicas pré-cancerígenas a necessidade de usar preservativo pode, em alguns poucos casos, ter sido considerada geradora de desconfiança entre os parceiros.

Ocorreu uma tendência, a existir, em parte, dissociação entre a razão da realização do preventivo e a possibilidade de que seja diagnosticado previamente um câncer. As mulheres tendem a buscar realizar exames em razão do início da vida sexual, ou da maternidade. E a buscar tratamentos de doenças sintomáticas, ou seja, quando apresentam sangramentos, corrimentos, ou quaisquer sintomas. A possibilidade da existência de patologia sem sintomas, ou seja, de vírus que pode vir a causar lesão e evoluir para uma patologia, não é bem compreendida, e não é previamente informada. De modo que, por vezes, essa pode tornar-se também uma razão de não adesão correta aos seguimentos e tratamentos.

Em relação a aquisição de vírus e ao processo de adoecimento as mulheres relatam diversas causas associadas como: doença sexualmente transmitida pelo parceiro, uso de toalhas e roupas comuns, hereditariedade, multiplicidade de

parceiros, uso de drogas e fumo, feridas no útero. Essas informações podem ou não coincidir com a informação técnica recebida. Contudo, em linhas gerais, quando bem orientadas, as mulheres tendem a compreender, se expressar, e oferecer, inclusive suporte familiar melhor, por exemplo, as suas próprias filhas. Ou seja, tornam-se elas próprias formadoras de opinião e agentes de mudança de comportamento.

A adesão aos seguimentos é relativa, e questões referentes à dificuldades sócio econômicas estão presentes. Contudo, parece que quando a cobertura é satisfatória, a desinformação ou informação precária, afeta menos a adesão aos seguimentos. Ou, dito de outro modo, parece que muitas vezes certas informações não são fornecidas pelo profissional, contando que o seguimento, o retorno, será cumprido, pela mulher ou paciente, independente de que esta saiba o porque de dever aderir ao seguimento. Isto pode ocorrer também, na esfera da clinica particular. Contudo, como este retorno á mais facial de ser cumprido nesta esfera, diminuem as chances de que em razão de desconhecimento as mulheres venham a chegar a ter problemas de saúde maior em razão do não cumprimento das ordenações dos profissionais. Quanto mais frágil a cobertura, maior a chance de dificuldades de cumprimento do seguimento, mais relevante a compreensão das razões do seguimento se tornam.

De todo modo, a adesão tende a ser melhor quanto mais comprometidas estão as mulheres. Isso depende, também, da confiança ou desconfiança em relação às orientações recebidas, as quais como foi visto mediante a análise das narrativas, pode ser contraditória quando as mulheres comparam o discurso de um profissional com o outro. E daí, podem escolher vir a buscar um outro atendimento, se esclarecer em outros meios, ou mesmo abandonar seu tratamento. Dependendo a atitude escolhida das experiências anteriores da pessoa em outros tratamentos, ou do conhecimento de casos

similares ao seu na sua esfera de relacionamento. Mas não, necessariamente, essa atitude é resultante de um esclarecimento anterior. Daí a queixa e os elogios a qualidade e humanização dos atendimentos recebidos. Dos erros e acertos de diagnósticos. Da busca de informação técnica versus experiência de pares.

Em relação aos seus corpos, a história da sexualidade e do adoecimento nesses casos se entrelaçam. As mulheres abordam a função do útero – maternidade e doenças – especificadas em cada biografia. Aqui se remetem também aos discursos médicos sobre a função do útero. Por vezes, outras marcas podem estar associadas ao corpo, como violência doméstica, estupro, incesto, ou suposição de contaminação proposital por parceiro soropositivo. Do ponto de vista psicológico, surgiram diversos temas associados a estes, tais como: depressão, pânico, nervoso, compulsões; esses estando associados a perdas, stress, alcoolismo, violência urbana, vergonha, estigma social, temores de contágio, culpas e preconceitos.

A morte é um outro tema presente mesmo nos casos iniciais de patologias precursoras de câncer, é uma ameaça a ser combatida e afastada, principalmente, nos casos de recidivas difíceis de serem contidas, como nas pacientes soropositivas e nos casos de incidência familiar por marcações genéticas.

A análise tende a corroborar a idéia inicial de que melhor informação pode produzir melhor adesão, minorando a dificuldade de compreensão do adoecimento que é, em princípio, assintomático. Quanto se aborda a informação, deve-se fazer referencia também à recepção dessa informação. Não se trata apenas, de despejar um conteúdo sem saber como ele vai ser compreendido. Vera é uma das entrevistadas que faz uma referencia crítica em sua narrativa, inclusive, às campanhas da Aids, lembrando de uma frase ameaçadora que dizia para ter cuidado “pois a Aids pode te pegar “. Trata-

se da informação que produza responsabilidade e respeitando a liberdade e a compreensão das pessoas.

Um dado que corrobora essa perspectiva, que está presente no relato das mulheres, e que começa a aparecer em estatísticas mais recentes, é a de que a cobertura assistencial no Brasil não é tão insuficiente, pelo menos na área de saúde da mulher, principalmente, nos grandes centros urbanos. Ainda que os resultados obtidos em termos de controle dessa mesma saúde o sejam. E que parece apontar para dependência de uma abordagem mais específica para a vulnerabilidade das mulheres, de uma melhor qualidade e humanização da assistência, do que do aumento propriamente dito da oferta de serviços.

9 – DISCUSSÃO FINAL

INTRODUÇÃO

Como já mencionado anteriormente, a pessoa que adoece ou recebe uma notícia diagnóstica ameaçadora à sua integridade física, vivencia uma crise em sua identidade instalada pelo episódio. A identidade é rotina, e a crise a exigência de mudança ou adaptação. Existe um “eu”, ”self” que vivencia, age, sofre e confere sentido ao mundo. Compartilhamos processos de subjetivação mediante os quais construímos nossa subjetividade e identidade. Quando sofre-se uma experiência que nos dificulta ou impede de recriarmos nosso eu no mundo, falamos em crise e conflito de identidade. O conflito refere-se mais a coexistência de motivações internas contraditórias e a crise a um movimento de entrega ou rendição. Induz a percepção de fragilização, padecimento, fase carregada de dor, sofrimento ou perda. Uma etapa depressiva, momento de vulnerabilidade do eu exigindo medidas de contenção, por vezes, externas ao indivíduo.

O adoecimento como crise de identidade é um processo em que pode ocorrer desestruturação do ego, dificuldades de adaptação a conflitos existenciais, mudanças de hábitos, dentre outras. O anúncio de um diagnóstico, pode levar a diferentes tipos de reação, etapas observadas tanto na pessoa que recebe o diagnóstico, quanto nos que compartilham com a pessoa desse processo de subjetivação. Em linhas gerais, o calendário emocional das fases de uma crise instalada que exige adaptação, se desenvolve assim: choque, medo, negação ou incredulidade, cólera, erro e culpa, isolamento em si mesmo, adaptação, depressão, integração ou enfrentamento. Esse calendário emocional está baseado na teoria dos estágios, que afirma que as pessoas

submetidas a uma crise na vida seguem uma via ordenada e previsível de resposta emocional. Esses modelos surgiram tendo por base as teorias da aprendizagem, sendo em geral descritivos (DeLisa,1988). A teoria dos estádios aparece explicita ou implicitamente numa grande variedade de literatura relacionada à reabilitação e as doenças crônicas e ou degenerativas, incluindo aquela sobre câncer.

Especificamente sobre o câncer é clássico o estudo de Kubler-Ross (1992) “Sobre a morte e o morrer” – o que os doentes terminais tem a ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e seus próprios parentes”, no qual a autora entrevista pacientes terminais e analisa a partir de suas narrativas a passagem por esses estádios numa abordagem próxima da visão psicanalítica, dando voz aos pacientes e fornecendo elementos para que os próprios profissionais possam compreender suas praticas.

Outros estudos na mesma linha estão presentes nas abordagens cognitivistas. Dentre estas, merece destaque o modelo das habilidades de luta de Lindeman (1944), também clássico, por permitir compreender as respostas adaptativas maiores e mais constantes presentes no comportamento das pessoas submetidas a crises. O modelo da habilidade de luta compreende sete tarefas adaptativas e habilidades de luta.

A primeira consiste em negar ou minimizar a seriedade de uma crise, pode ser a uma doença ou ao seu significado, o que ajuda a reduzir a ansiedade e as emoções negativas a níveis capazes de permitir que a pessoa tenha mais clareza mental necessária para a ação rápida e eficaz em situações de emergência, e ajuda a implementar maior gama de respostas de luta.

Procurar informações relevantes seria outra. Muitas vezes, segundo Rohe (1988) o desconforto emocional é ocasionado por mal-entendido dos diagnósticos e

procedimentos básicos. A compreensão muitas vezes reduz a ansiedade e proporciona previsibilidade num sentido de controle. O ato de colher informações dá ao paciente um sentido de propósito, que tem efeitos salutares sobre o ajustamento a nova situação. Isto é relatado pela entrevistada Edna que informa em sua narrativa acompanhar as explicações sobre HPV na mídia televisiva diariamente, e de Amanda que considera que deveria haver mais explicações nos postos de saúde sobre doenças sexualmente transmissíveis e que também busca essa informação na mídia televisiva em programas populares.

Requisitar tranquilização e apoio emocional é outra habilidade relevante. As pessoas que recebem apoio emocional e social, têm melhores respostas imunológicas, em geral, e maior probabilidade de sob tratamento seguirem as recomendações médicas. É o caso de Diana que relata seu desejo de ir a um psicólogo em razão de sua ansiedade, desespero e vontade de mudar e compreender alguns de seus comportamentos.

Ensaiai resultados alternativos mediante a discussão com outras pessoas, antecipações mentais e incorporação de informações médicas, são algumas habilidades necessárias para considerar resultados. Rosane considera que deveria haver palestras com as pessoas antes de passar por quaisquer procedimentos, em razão dos temores despertados pelos procedimentos médicos, e da falta de informação, também suprida por esta mulher, em parte, em programas de televisão populares.

Relembrar períodos anteriores de estresse e como estes foram vividos e tratados com êxito é um exemplo desta habilidade. Aqui o paciente se engaja em comportamentos que aliviam sentimento de ansiedade, incerteza, tensão e medo. Cleide aborda ter realizado curetagens e ter feito tratamentos para poder engravidar e Giordana

seus temores em razão de problemas ocorridos durante um parto no qual sua vida esteve em risco.

Assim constata-se que mediante uma dada notícia sobre a saúde o indivíduo reage trazendo para a situação atual, vivências anteriores. Nair relata em sua entrevista ter sofrido de depressão pós-parto e em outra ocasião de síndrome do pânico, aborda os tratamentos associados a esses dois episódios, seu aprendizado pessoal e como pretende aplicar o conhecimento adquirido nestas vivências aos temores relacionados ao episódio atual de ser portadora de patologia precursora de câncer ginecológico.

Por fim é necessário à pessoa em situação de crise encontrar uma finalidade geral ou padrão de significado na evolução dos eventos. A crise instalada por um diagnóstico, desestrutura as crenças, a previsibilidade do mundo e os significados anteriores. A uma tendência psicológica em acreditar na falta de sentido quando se experimenta uma crise. Há diversos estudos que alegam em diferentes referenciais teóricos e filosóficos que a busca de significado é uma motivação básica humana. Assim, achar um significado para o evento e a vivência é necessário ao próprio ajustamento do sujeito. Todos os indivíduos quando sofrem mediante determinados processos de crise que exigem algum ajustamento, se interrogam: “por que eu?” Desse modo é que a apreensão do sentido, da percepção ordenada dos próprios comportamentos e resultados obtidos é importante para se enfrentar efetivamente uma situação de crise.

Além das fases por que passa e dos comportamentos que auxiliam os próprios recursos do ego, deve-se analisar que a adaptação à crise determina certas conseqüências psíquicas para a pessoa acometida por algum adoecimento; e também

qual o tipo da qualidade dessa adaptação.

Ser doente é estar em situação de crise, fraqueza, e de dependência; tudo isso, acarreta conseqüências psíquicas para a pessoa adoecida. Do ponto de vista da psicossomática psicanalítica as conseqüências principais são a regressão, a depressão e a ansiedade.

A regressão é um mecanismo inevitável, universal, necessário e esperado em quaisquer processos de adoecimento. Caracteriza-se por um “auto-fechamento” e pela emergência de um comportamento infantil. Ocorre redução dos interesses, a pessoa doente vive apenas o presente e o futuro próximo, não suportando a espera. Há tendência ao egocentrismo, quando a pessoa só considera o mundo enquanto em relação consigo própria, não imaginando que os outros possam ser também doentes ou estar fatigados, e tende a não suportar a frustração. Ocorre maior dependência quanto ao grupo social e uma hipersensibilidade às reações desse grupo, com um retorno a satisfações arcaicas: como sono ou busca de satisfações orais, podendo favorecer o alcoolismo ou o recurso a medicamentos, principalmente, para quem já era anteriormente dependente. Vera relata fazer uso abusivo algumas vezes de bebida alcoólica, e esconder isto da médica, além de usar a bebida alcoólica indevidamente junto com os remédios.

Há ainda, mais freqüência ao recurso do pensamento mágico, ilógico, com o paciente acreditando na onipotência do médico, dos medicamentos ou da doença.

Embora a regressão tenha às vezes uma conotação pejorativa, por lembrar o retorno ao estado infantil e a indiferença da senilidade, de fato, nesses casos, ela é útil e mesmo necessária. Pois regredir, é deixar as preocupações e exigências habituais e recentralizar suas forças sobre si. E essas forças são úteis para lutar contra a doença e proteger o doente que se tornou vulnerável, além de permitir que ele venha a

aceitar ajuda e apoio por parte do grupo social mais próximo, confiando a ele o processo do tratamento e não se opondo a seu desenvolvimento adequado, seja por iniciativas intempestivas ou por um ativismo inoportuno. Rosane narra estar sempre em atividade mesmo em situações de pós-cirurgia, seu enfrentamento é ativo e adaptado, mas denota também certa resistência a dependência, que em dadas ocasiões pode ser necessária.

A recusa de regredir reflete comumente o medo de fazê-lo, traduzindo o temor de uma passividade excessiva. Ao se recusar a ser auxiliado pelo grupo social, a pessoa se condena a uma superadaptação, mais demorada para sua saúde, pois o aparelho psíquico e os estados psicológicos que acompanham a regressão não podem desempenhar seu papel de tampão protetor, podendo gerar uma resposta somática ainda mais grave e profunda. A regressão pode ter efeitos negativos quando a pessoa também se fecha numa conduta que se perpetua, e que é mais característica dos estados psicopatológicos. É o caso de Célia que tem dificuldade de adesão aos tratamentos propostos, em parte, devido a distúrbios dessa natureza.

A depressão é praticamente inevitável, pelo menos a um nível mínimo. Sobretudo é o componente narcísico que se manifesta. A doença sempre representa um ataque à auto-imagem ideal e uma prova de falibilidade. Uma coisa é saber-se falível outra é constatá-lo. Na depressão a pessoa perde bruscamente sua ilusão de onipotência e invulnerabilidade, o que desperta as angustias infantis, principalmente a angustia de castração. O sujeito vivencia sentimentos de desvalorização, incompletude, fatalidade e abandono de qualquer projeto e desejo, somados a ausência de revolta e a uma profunda resignação. É o caso de Ione que narra ter, por vezes, desejo de morte, estando em acompanhamento psicológico devido a depressão atual e a vivências muito traumáticas em sua infância. E de Nair que realizou tratamentos anteriores devido ao seu perfil

depressivo.

A depressão é muitas vezes mascarada por atitudes reativas da pessoa.

A depressão se assemelha a regressão, sendo que esta, se bem aceita pela pessoa adoecida e pelo grupo social, protege a pessoa adoecida. Isto porque o doente confia aos outros o cuidado de reparar seu narcisismo deficiente, como uma criança espera que os pais supram sua relativa fraqueza.

Mas diante do stress ocorre a tendência a erros de avaliação de dimensão dos problemas e quais ações são essenciais e quais são secundarias, mesmo nos problemas de saúde, em qualquer escala de gravidade. As orientações psicológicas nas unidades de saúde em situações de crise decorrentes de notícias diagnosticas se baseiam nestes pressupostos. Ao mesmo tempo, no caso de notícias associadas direta ou mesmo indiretamente ao câncer aspectos depressivos podem vir a afluir, em razão de temores e conhecimento de casos diversos. Lucia tem em seu próprio histórico familiar diversos casos, além do seu próprio, ser um caso particularmente difícil, em razão das freqüentes recidivas após tratamento.

Um outro aspecto que se pode depreender diz respeito aos traumas emocionais. Cleide menciona o seu nervoso diante da noticia diagnostica devido a ter presenciado óbito em sua família por câncer, ainda que saiba que cada caso é um caso e que o agravamento do caso que acompanhou foi devido ao descuido da portadora com sua saúde por diversos motivos. Nair relata ter sofrido traumas e vivido episódio de depressão e de pânico em seu histórico de adoecimento. Giordana trauma após parto com risco de morte. Janete por ter sido infectada por HPV por seu ex-conjuge. Amanda sofreu estupro sexual. Ione foi vitima da violência domestica. Algumas situações traumáticas estão relacionadas ao adoecimento, aos processos de mudança naturais do

próprio corpo, outras a vivencia da sexualidade em relação a outras pessoas. Mas as marcas psíquicas e corporais vão estar presentes de qualquer modo na problemática atual de cada uma das narradoras. Além disso, como aponta Vasconcelos (1992) “os acontecimentos não traumatizam pó eles mesmos, só traumatizam quando existe em nós uma contradição interna entre prazer e desprazer, quando há mais “vantagem” no desprazer que no prazer. Isso parece ser cínico, mas na verdade é altamente ético: significa que a personalidade não experimenta os fatos de uma maneira passiva, mas que se dirige intencionalmente para eles”.

Todos esses processos não podem ser analisados de forma linear, de modo que não se pode estabelecer categorizações fechadas em si mesmas. Isso porque, a mesma mulher que relata nervoso, choque e traumas anteriores; é também a mesma que busca se informar como medida de segurança e apaziguamento. Seu relato denota bem como experiências anteriores bem sucedidas foram transpostas para a sua situação atual, quando ela se reporta ao modo como enfrentou a depressão e depois o pânico.

Essas são algumas das principais conseqüências psíquicas da doença sobre a pessoa. Cabe agora, ver o inverso, que são as atitudes reativas ou de defesa que qualquer pessoa pode adotar face ao traumatismo de uma notícia diagnóstica indesejada e quais suas principais conseqüências.

A reação mais desejável e esperada, como já foi mencionada, é a adaptação. A adaptação se caracteriza por ser uma atitude flexível e equilibrada do doente, que lhe permite mudar seu modo de comportamento habitual, sem se desorganizar psicologicamente. Essa não uma aceitação passiva e nem uma submissão à doença. Pressupõe que a reação depressiva tenha sido controlada pelo paciente, e que ele tenha encontrado um nível de regressão aceitável, suficiente para aceitar a

dependência necessária, mas bastante controlada para não se abandonar a ela e, de modo a poder satisfazer necessidades para as quais não tenha encontrado saídas mais satisfatórias.

A apreciação da qualidade da adaptação deve ser fundamentada na personalidade do paciente, seu sistema de valores e suas modalidades habituais de funcionamento. Podem ser consideradas como adaptações adequadas do doente à sua doença, considerando sua personalidade, tanto as tendências mais dependentes e passiva de comportamento em relação a assistência recebida e as pessoas com quem se relacione, quanto as mais ativas, agressivas e reivindicatórias. As pessoas que criticam os cuidados, e queixam-se de seus efeitos, tem as maiores chances de cura. Isso porque suas reações podem refletir uma melhor capacidade de defesa. Esta é a conclusão de certos estudos com pacientes com doentes psiquiátricos, pacientes sob quimioterapia, e outras patologias crônicas.

Todas as mulheres, independente dos papéis que mais destacaram para si mesmas, mostraram-se mais questionadoras que passivas, em linhas gerais, seja em relação à sua condição de vida, seja em relação a sua condição de saúde.

Edna questiona a orientação médica que supôs equivocada. Discordou tanto do primeiro quanto do segundo diagnóstico e buscou novas orientações, porque não se satisfez com as explicações recebidas.

Diana estudante de curso técnico de enfermagem se auto-analisa e busca explicações sobre seu comportamento de risco, de tendo informações sobre prevenção, e estando a sai disposição o uso de preservativo, ter mantido relações com um estranho sem o uso deste, apesar de por conhecimento ter constatado por tato a presença de verruga associável ao vírus transmissível do HPV.

Giordana supôs que o médico lhe escondesse algo.

Cleide faz ser um discurso caro a prevenção, de que é se cuidando mais que se pode ou não vir a ter mais saúde, aderindo aos tratamentos, e assim mesmo diz ser difícil, não o fazendo, com certeza é pior. Questiona-se sobre a dificuldade de orientar suas filhas, e sabe que cada caso é um caso, a partir das suas próprias observações e de experiências familiares.

Janete é portadora de HIV e discute o fato de ter sido vítima de um companheiro e pai de sua filha, que supõe por ter a primeira mulher deste falecido de problema semelhante ao seu, enfim sabendo estar contagiado ocultou seu estado, contagiando Janete. Além disso, Janete se afasta de um companheiro recente, por sentir dificuldade de relatar seu estado de portadora de vírus da aids, e manter a posição de não ter relações sem o uso de preservativo.

Amanda faz crítica às campanhas que recomendam, ordenam a prática de exames de rotina, mas não acha que explicitem bem os motivos. Obtém informações na televisão e na internet.

Vera se auto-avalia e se sente sobrevivente, pois supõe que vários amigos e amigas de juventude vieram a morrer de Aids. Tem um filho que é, possivelmente, soropositivo. Solicita exames complementares para avaliação de mama e se preocupa em razão de seu histórico familiar.

Lucia a seu modo estabelece conexões entre os casos de câncer em sua família, os problemas genéticos, e o fato de o seu caso ser um caso atípico. Relata dificuldades de orientar as filhas, fonte constante de preocupação.

Célia em problemas psiquiátricos e sua dificuldade de adesão aos seguimentos está relacionada à isto, já que esquece as datas e tem que se monitorar bem

para conseguir cumprir o calendário devido.

Rosane questiona a existência de pouca informação que seria contenedora de problemas emocionais na unidade assistencial, ou melhor, à inexistência de grupos de suporte ao longo do seguimento, principalmente ao início quando as pessoas ainda estão muito desorientadas. Questiona, ainda, o papel atribuído ao cônjuge e padrasto de seus filhos, e mostra sua “virilização”, ao manter sob seu controle as relações paternas do pai de seus filhos com estes e intermediar as relações do padrasto também com estes.

Nair não aceitou o meio-termo de ter displasia e não ter câncer, ou de ter uma infecção que pode causar câncer e não ser tumor, quer saber mais, vai buscar informações, leituras, como diz já ter feito em episódios anteriores por ter tido depressão pós-parto e posteriormente síndrome do pânico.

Ione tem histórico de violência doméstica na infância, e reflete durante toda a entrevista sobre sua busca de construir uma família estável e suas dificuldades em alcançar este objetivo.

Amanda sofreu estupro recentemente próximo a data da realização da entrevista. Faz críticas ao médico que lhe prestou atendimento no posto a quem chama de “doutor abençoado, para não dizer o contrário”, e que lhe recomendou o uso de preservativo e de não dever ter relações, quando esta Amanda estava ainda bem pouco disponível para pensar em vir ou não a ter relações por ter sido estuprada. A orientação médica foi tecnicamente correta, mas incorreu, com certeza, em “frieza” e distanciamento excessivo na abordagem pouco adequada, fazendo com que Amanda sentisse como de pouca sensibilidade a atitude médica.

A negação é uma outra reação comum, nem sempre manifestada

abertamente, mas camuflada em pseudo-racionalizações, que se traduzem por uma recusa em aceitar as exigências do tratamento, pela persistência de hábitos nocivos ou de uma atividade excessiva. Novamente podemos retornar a adicção ao álcool de Vera, a excessiva atividade de Rosane, a adicção indesejada ao fumo de Diana.

A negação parcial pode ser entrevista no depoimento de Janete portadora de HIV que tem dificuldade de mencionar o seu diagnóstico e se refere sempre a esta infecção como “isso que eu tenho” ou usa propositalmente a sigla de um vírus pelo outro, já que é portadora de ambos em razão de infecção oportunista. Esta abandona seu parceiro para não falar a verdade sobre seu diagnóstico. Contudo, esse processo não é linear. Essa mesma mulher faz um bom enfrentamento, quando adere as consultas e ao uso correto de medicamentos. Seu caso implica ainda em preservar sua auto-imagem, inclusive profissional, já que se encontra em estágio probatório em emprego novo, e deseja e precisa estar empregada.

A negação pode-se observar claramente em Creuza que relata ter deixado de fazer exames para brilhar muito a casa. Sabia que devia fazer, mas negava que precisasse, de modo a permitir que uma infecção não diagnosticada tenha atingido um estágio de maior gravidade. A adesão com dificuldade e vulnerabilidade está em Celia devido principalmente a problemas psiquiátricos.

A adesão pode ocorrer com dificuldade pode vir a estar presente na jovem Diana que tem relações sem preservativo apesar de possuir um conhecimento um pouco mais específico em razão de estudar curso técnico de enfermagem. A negação não se dá em relação às consultas, mas em relação ao seu comportamento com um parceiro. A contradição está presente quando menciona suas lutas internas sobre usar ou não preservativo, sobre para parar ou não de fumar.

Outra reação presente é a reação persecutória conseqüente da negação. Para evitar a depressão ou uma reação catastrófica a pessoa atribui ao exterior a causa de seus sofrimentos e de seus distúrbios, exigindo reparações dos outros de sua própria ferida narcísica.

O isolamento se traduz pela ausência aparente de afetos, de emoções, que acompanham a tomada de consciência da doença. A pessoa fala espontaneamente sobre a doença, em termos científicos, documenta-se abundantemente sobre o assunto e parece assumi-la, muito bem até demais. Mas atrás desta encenação, os afetos podem estar reprimidos, pó não serem expressos em palavras ou manifestos. Assim, como a adaptação excessiva à realidade pode predispor a distúrbios psicossomáticos, uma adaptação excessiva à doença pode contribuir para agravá-la secundariamente.

A doença que atinge uma pessoa torna-se parte de sua identidade e biografia, assim sendo será vivida com toda a personalidade dessa pessoa, o que significa dizer que existe uma cumplicidade entre o doente e sua doença. Essa cumplicidade tanto pode se apresentar na sua patogenia, ou seja, pode desempenhar um papel no desencadear da doença. Como pode se apresentar essencialmente num segundo momento, quando já instalada a doença.

A noção de benefícios primários e secundários de uma doença, como também de um acidente, é útil para compreender essa cumplicidade.

Os benefícios secundários são os que mais se aplicam ao caso das mulheres entrevistadas. Esses são os que decorrem das conseqüências da doença, e podem ser conscientes ou inconscientes. Os benefícios secundários conscientes são a compensação social da doença. São institucionalizados, admitidos, com condição, todavia, que o doente adote seu status de doente. A dor de cabeça do estudante em dia

de prova, a justificativa do adulto de interromper um trabalho por uma gastrite, são alguns dos numerosos exemplos desse tipo de benefício.

Os benefícios secundários inconscientes são devidos, em parte, a própria regressão presente no processo de adoecimento. Mas aspectos como a dependência, a passividade e a maternalidade estreitamente relacionados com a regressão, podem gerar tendências de que a pessoa busque prolongar certas vantagens decorrentes da regressão.

É um benefício inconsciente, a tendência a subtrair-se a relações frustrantes que colocam a pessoa diante de exigências excessivas. A introversão, onde a pessoa se retrai das relações, e se concentra em suas sensações e emoções. A fuga pela fantasia ou pelo pensamento mágico, e não apenas a permanência no mundo lógico e formal, uma vez que a fantasia auxilia mediante a possibilidade de permitir a realização hipotética e imaginária de situações futuras. Contudo o uso abusivo desses mecanismos pode vir a constituir uma neurose de compensação.

Os benefícios primários inconscientes desempenham um papel no desencadeamento da própria doença ou do acidente, como causa ou fator favorecedor. Pressupõe um funcionamento mental de vínculos entre psique e soma. Sua evidencia não pode ser feita de modo direto, mas podem ser deduzidos das pesquisas e da observação. Os benefícios primários podem ser entendidos como ocasionando uma saída, uma certa solução a uma situação de tensão interna insuportável. Neste sentido, a doença é um resultado, uma tentativa de solucionar um conflito, uma tentativa paradoxal de equilíbrio que gera um novo desequilíbrio que é a doença.

Assim se a doença pode ser entendida tanto como a procura de um novo equilíbrio, um sintoma tendo valor de compromisso, uma resposta somática a uma situação traumática, é porque ela pode desempenhar o papel de uma reação de defesa do

organismo em dificuldade. A doença do ponto de vista psicanalítico pode ser também considerada como um sintoma, uma formação de compromisso, exprimindo a satisfação de certos desejos ao mesmo tempo em que pune o indivíduo. Benefícios primários e secundários são difíceis de separar, e se esses fatores psíquicos não desempenham forçosamente um papel determinante no desencadear dos distúrbios, constituem um fator favorecedor e agravante. A doença faz pesar sobre nós uma ameaça corporal, portanto torna-se meio de expressão da angústia de castração. Toda situação suscetível de avivar esta angústia, pode favorecer sua expressão, mediante um ataque ao corpo. A doença pode apaziguar essa angústia, pode evitar a angústia psíquica mais difícil de ser controlada e fonte de tensão que o indivíduo, num dado momento da vida, pode não conseguir suportar ou elaborar.

ALGUMAS CATEGORIAZAÇÕES PARA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Algumas categorizações podem ser apoiadas nos modelos de Freud, Fraisse e Paglia. Como já foi exposto, anteriormente, para Freud, as questões da feminilidade e da sexualidade feminina estavam de tal modo relacionadas, que a maternidade seria o clímax da feminilidade ou da possibilidade de realização do falo na mulher.

A sexualidade feminina fora da maternidade, incorreria na virilização na erotização “excessiva” da mulher. Esse ponto de vista que Freud formulou, ele acabou por não solucionar ou por levá-lo ao impasse sobre o que queriam as mulheres e ao debate com os feministas de sua época.

Essas mesmas questões foram ordenadas por Fraisse (1991) de outro

modo. Para ela, senão se separa o destino da destinação do feminino, corre-se o risco de incorrer em uma metafísica dos sexos. Ao longo de sua exposição e em todo o texto sobre a História das Mulheres (1991) os papéis, ou as personas do feminino que delineavam o debate sobre a sexualidade feminina ao longo do século XIX são historiadas. Ali se descreve a mulher trabalhadora, a mãe de família, e as mulheres erotizadas que possuíam maior liberdade sexual, à época, principalmente as prostitutas dentre outras. Enfim papéis e personas que em nosso entendimento muito se aproximam das demandas psicológicas das mulheres que Freud identificou associadas a maternidade, a virilização e a erotização. Outros autores, como Birman (2001) e Magalhães (2001) em sua História das Mulheres - considerações sobre a privacidade na história das mulheres aborda o tema na mesma perspectiva.

Na narrativa das mulheres identificamos personas, que como define Paglia (1993) vem a significar a(s) máscara(s) através da qual se faz soar ou ressoar a voz aos espectadores no teatro grego. Com o tempo persona foi tendo seu sentido ampliado para abranger o papel do ator, e depois uma função pública ou um papel social. Paglia analisa personas na literatura e na mídia atual. São símbolos que representam certas características associadas ao feminino – as vamps e as vadias – seriam exemplos de personas femininas. Um conceito parecido encontra-se em Fraisse (1991) quando aborda representações sobre o feminino no século XIX onde estão presentes a solteirona, a prostituta e a mãe de família. Em Birman (2001) quando retrata as figurações do feminino neste mesmo período, quando a principal figuração para a ordem médica era a da mãe, e as mulheres que fugiam a esse destino eram marginalizadas, quais sejam: – as infanticidas, as prostitutas, as lésbicas, ninfomaníacas, as histéricas. Podemos considerar para fim de categorização de personas ou papéis: a

mãe, a trabalhadora, ou a mulher “levada”, que são as formas como se definem as próprias mulheres entrevistadas em suas narrativas.

Essas formas de personas do feminino não são determinantes das atitudes diante da adesão ao tratamento. Tanto o trabalho, quanto à maternidade, ou mesmo a erotização podem contribuir, dificultando ou não o processo de adesão. As mulheres podem alegar ter tido dificuldades em razão de quaisquer destes aspectos, umas por terem se dedicado demais à casa e a família e ter se descuidado da saúde. Para outras o trabalho pode ter sido apontado como responsável por isso. Para outra, ainda, seu próprio comportamento muito erotizado pode ter sido a fonte de dificuldades.

Estas categorizações, têm por objetivo apenas delinear determinados elementos levantados na análise. Elas não são entre si excludentes, uma vez que a mulher trabalhadora também pode ser mãe e ser “levada”. Denominamos de “trabalhadoras” àquelas mulheres que além de exercerem alguma atividade profissional, deram ênfase em suas narrativas ao trabalho como elemento emancipador, ou que fizeram referência a este associando ao seu estado de saúde ou tratamento. Este pode ser o caso de Edna, Janete, Rosane, Ione e Amanda S.

Denominamos de “mães” e avós de família àquelas mulheres que enfatizaram este papel como sendo central em suas vidas, ou que descreveram situações relacionadas aos seus tratamentos a partir desse lugar. É como se retratam Cleide, Amanda e Creuza

As “levadas” sendo àquelas que assim designaram seu próprio comportamento erótico mais solto ou de maior liberdade de comportamento em relação a hábitos, como uso mesmo de bebidas ou drogas associadas ou não a sexualidade, de todo modo mais independente dos padrões vigentes, como o pelo fato de transitarem por

estes papéis de mãe, trabalhadora e/ou levada com maior facilidade. É como se referem a si mesmas Vera e Rosana.

As mulheres podem ter sido auxiliadas ou estar habituadas a enfrentar os processos de adoecimento e outros mediante este ou aquele elemento como predominante no papel ou persona. Por exemplo, o trabalho pode servir para sublimar e mesmo aliviar ou ajudar a esquecer o stress devido ao adoecimento. Assim como pode ser razão ou justificativa para adiamento da entrada efetiva em algum processo de tratamento. Contudo a mesma mulher que demorou a buscar auxílio medico devido ao trabalho, compensou esse aspecto por ter realizado um enfrentamento ativo, uma vez diante do diagnostico.

.A família por seu turno tanto pode ser fonte de suporte, como enfatiza Rosana que se descreve como trabalhadora, mãe e levada.

Nos relatos das mulheres observa-se que nas relações familiares e nas afetivas ocorre uma tendência a que se potencialize os processos já existentes de relacionamento implícito e/ou explícito. A tendência, em geral, é de ocorra algo que estava em processo de manifestação, embora seja o costume atribuir ao adoecimento a causa dos demais processos.

Se há desconfiança, certas comunicações diagnósticas podem aumentá-la. Se havia a possibilidade de separação em um relacionamento conjugal, o mais provável é que a noticia diagnostica acelere este processo já em curso. O contrario, também é verdadeiro, e afetos subjacentes ou não manifestos podem vir a ser mais explicitados diante de alguma ameaça diagnóstica, por menor que seja. Desconfiança é o que relata Amanda em relação ao seu cônjuge e deste em relação a ela. Separação é o que ocorre com Cleide potencializada pelo processo de adoecimento. União maior com a família é

como retrata Rosana.

SOBRE AS RELAÇÕES COM OS PROFISSIONAIS E COM OS PARCEIROS SEXUAIS.

Pode-se observar ainda nos relatos das mulheres dois momentos importantes relativos às consultas e atenção ginecológica. Aquele que faz com que as mulheres se dirijam às consultas de rotina, independentemente, de terem uma queixa específica. E outro, diante do diagnóstico propriamente dito e de seu seguimento, que é o momento em que a maioria das entrevistas foi realizada. Neste momento, pode-se fazer uma análise retrospectiva a partir dos relatos das mulheres e inferir significados sobre seus comportamentos; a partir das observações sobre os conhecimentos existentes ou não sobre câncer, sobre doenças sexualmente transmissíveis e sobre os seus motivos para a realização de consultas de rotina. E assim, obter um desenho de possíveis causalidades para maior ou menor adesão em razão do conhecimento existente e daquele adquirido no momento do diagnóstico.

Em relação ao momento do conhecimento do diagnóstico e seguimento em torno do qual se realizaram as entrevistas, uma das principais razões da melhor ou pior adesão, como pode ser extraído do relato das mulheres, está relacionada à boa relação com seu médico ou sua médica. E, em todos os casos, as queixas tanto em relação ao tratamento atual, quanto aos anteriores, dizem respeito a terem sido ou não bem informadas. Vera menciona que não quer ser atendida por determinada médica, somente por uma outra. E afirma que caso venha a ser atendida pela tal médica, não virá ou abandonará seu tratamento.

Esse aspecto relativo à associação entre conhecimento e bom

relacionamento é uma constante. O fato de ser bem atendida, está associado, freqüentemente, a ter sido bem orientada, informada, e a poder perguntar ou mesmo, a demandar soluções. Vera se considera bem atendida quando pode questionar, obter respostas e mesmo pedir exames complementares, como faz de mama, devido a temores relativos a casos familiares.

De qualquer modo, mesmo diante de situações em que esta adesão está presente no seguimento, e as mulheres estão se apresentando para as consultas; há aquelas que diante da notícia diagnóstica tenderam a aceitação, outras a negação, outras a aceitação com maior vulnerabilidade de adesão.

Além disso, algumas considerações específicas serão realizadas em torno de tópicos necessários a pesquisa, e giram em torno das formas de adesão, do conhecimento/desconhecimento de diagnóstico e tratamento, e da auto-análise e avaliação das mulheres sobre as informações recebidas e o sentido deste conjunto de dados para elas. Para isso serão considerados outros elementos como aspectos relacionados a “passividade” e “atividade”, dois construtos freudianos sobre a feminilidade, presentes nos relatos relacionados as suas relações como seus parceiros sexuais e as suas relações como os profissionais de saúde.

10 – CONCLUSÃO

Retomamos aqui alguns dos tópicos apresentados ao longo deste trabalho, a fim de estabelecer conexões entre estes e as narrativas das mulheres entrevistadas. De início, consideramos que a pesquisa qualitativa e a análise do discurso como método, se mostrariam úteis para apreender o sentido que o processo das consultas e os exames ginecológicos adquirem para as mulheres. E ainda, que ambas seriam adequadas para apreender nuances subjetivas do adoecimento por câncer, como no caso, das patologias precursoras de colo de útero.

De fato, pensamos que a escolha desses procedimentos foi correta, e supomos, ter podido apreender e demonstrar aspectos da complexidade que envolve as relações entre: saúde, sexualidade, gênero, e entre doenças sexualmente transmissíveis e precursoras de patologias oncológicas. Uma vez que, estes tópicos tangenciam uns aos outros, no tema escolhido de pesquisa.

Muitos estudos, que abordaram a precariedade de adesão das mulheres às consultas e exames ginecológicos, apontaram como responsáveis pelo desenvolvimento dessas patologias, a baixa escolaridade e nível social menos favorecido. As atitudes das mulheres de não adesão decorreriam de aspectos relacionados à classe social, tal como a baixa escolaridade e a dificuldade de compreensão atribuída a esta.

Contudo, a tendência atual, não vem sendo mais esta. Isto porque, o câncer e as DSTs se encontram igualmente distribuídos na população. Há estatísticas recentes apontando para o crescimento de infecção por HPV em parcela considerável de jovens universitárias em países desenvolvidos, como os Estados Unidos.

De todo modo, há uma certa tautologia na afirmação de que o fator sócio

econômico ou a classe social é elemento diretamente determinante de uma doença e de que esta doença é determinada pelos fatores sócio-econômicos. O mesmo reducionismo pode ser observado em certas afirmações que colocam os fatores psicológicos como predisponentes diretos ao adoecimento. Todos esses, são fatores que estão associados, e que podem, eventualmente, se tornarem agravantes destas patologias, mas não devem ser considerados como o predisponente final. Por exemplo, como se pode averiguar a depressão, como causa que predispõe uma pessoa a uma patologia imunológica como o câncer. É porque a depressão “imiscuiu” de forma insidiosa essa patologia na pessoa afetada mediante a baixa imunológica; ou porque por estar deprimida, a pessoa se abandona a si própria e descuida de si mesma, a ponto de não observar mudanças físicas e não interromper processos de adoecimento.

Além disso, os dados sociais, assim como os aspectos psicológicos, estão presentes, e podem, sem dúvida agravar os processos de adoecimento; mas não devem ser considerados como causa última desses. Isto porque, esses elementos subjetivos no processo de adoecimento podem ser mesmo administrados, após ter passado o choque inicial da notícia diagnóstica.

As causas sócio-econômicas, políticas, e psicossociais associadas às doenças sexualmente transmissíveis e a vulnerabilidade maior das mulheres estão presentes nas narrativas.

A causa biológica, como já dito, é o fato de que essas doenças são, em geral, assintomáticas nas mulheres. Além disso, a própria característica do aparelho genital feminino torna as mulheres mais vulneráveis. Gestação, aleitamento, ciclos menstruais e hormonais e o uso cumulativo de medicamentos contra a concepção, cirurgias, interrupção de gestação; enfim a natureza e o trabalho do corpo feminino e às

práticas a este associado, podem afetar o aparelho reprodutor da mulher, o que também aparece nas narrativas das entrevistadas.

Dissemos que do ponto de vista psicológico, a doença é interpretada pelo sujeito como mais um elemento que se insere em sua biografia, e que vai ser assimilado de acordo com seus recursos pessoais subjetivos e objetivos. As pessoas adoecem e morrem como vivem. E apreendem esses dados também de acordo com seu modo de ver e viver. Isso se constata nos diferentes modos de enfrentamento relatado pelas mulheres. Os desejos e a sexualidade também dependem das mesmas variáveis biográficas e subjetivas.

Uma outra questão relativa ao modo de ver e viver as doenças, diz respeito ao fato de as mesmas serem objeto de representações sociais, como é o caso do câncer e da aids. As representações sobre o câncer sempre estiveram associadas a ordem do maligno, a algo que invade, se enraíza, e ocupa todo um território. Em contrapartida, a defesa ou o ataque contra a doença; sempre estiveram associadas a imagens de guerra, luta, combate. O termo enfrentamento, muito usado na área da assistência psicológica em oncologia, reflete também, de certa forma, esta perspectiva. Na narrativa, algumas mulheres fazem referência a essas características. Um ao evitarem pronunciar a palavra câncer. Essa é uma estratégia de evitação e defesa psicológica, que denota esse caráter. Não se pronuncia o nome do mal. Não se pronuncia o nome do demônio, sob pena de atrair maior infortúnio. Uma outra mulher se refere em sua narrativa, não só ao câncer, como também a Aids, como a peste; e vai tecendo denominações diversas associadas a esse caráter demoníaco na incorporação dessas patologias a pessoa adoecida.

A questão levantada sobre a diferença de perspectiva entre a visão do

profissional e do paciente estão presentes também nas narrativas. No caso, das patologias precursoras, pelo o fato destas serem assintomáticas, isto tende a dificultar a busca de auxílio. Já que as mulheres se despreocupam por ignorar a razão da necessidade de exames de rotina, e tendem a só recorrer a consultas e tratamentos quando apresentam algum sintoma, ou por necessidade de atenção, notadamente relacionadas a gestação.

No caso do câncer, por ser está uma doença de natureza insidiosa, cujos sintomas físicos só se apresentam, em geral, nas situações de maior gravidade, é comum ouvir as pessoas se queixarem de casos, vistos ou sobre os quais ouviram falar, e que não compreenderam direito. Nas narrativas encontramos trechos de depoimentos, que com freqüência, apontam para este dado. As pessoas não entendem a gravidade, se não sentirem algo, ou tiverem visto algo, ou se sentido mal. A diferença entre enfermidade e doença, como apresentado no capítulo sobre o adoecimento, está aqui presente. À ausência de sintomatologia física, pode mascarar a compreensão e a auto-observação das pessoas.

Nenhuma das mulheres entrevistadas relatou dificuldades relacionadas vida sexual em decorrência de seqüelas. Uma reportou dificuldade em relação ao coito em razão de dores associada a temores, mas também, por possuir um histórico de diversas intercorrências ginecológicas.

As mulheres entrevistadas não eram portadoras de seqüelas graves, como estenoses e fibrose vaginais, freqüentes quando são realizados tratamentos radioterápicos. Quase todas as entrevistadas eram portadoras de patologias precursoras. Duas delas, já haviam sido submetidas a cirurgias, mas sem permanecer com outras seqüelas. Uma era soropositiva para HIV, de modo que o HPV, no seu caso, era uma

infecção oportunista. E uma outra, era um caso difícil com provável marcação genética, vulnerável a estranhas recidivas, e histórico familiar de pessoas com patologias semelhantes. O histórico familiar também foi relatado por outras duas mulheres. De modo mesmo, a demonstrarem preocupações com suas filhas e descendentes. Revelando, ainda, uma compreensão adequada da razão da importância da investigação do histórico familiar e da influência genética sobre a patologia.

As dificuldades maiores apontadas pelas mulheres estiveram ligadas a conjugalidade, a aceitação do uso temporário de preservativo pelo parceiro, a mútua desconfiança, e a comunicação. A habilidade de convencimento do parceiro depende em certa medida de compreensão e de argumentação como apontado por Rouco (1999), ou seja, o uso necessário, mesmo que temporário, de preservativo pelos parceiros.

Em relação ao câncer de colo de útero, as dificuldades das mulheres são semelhantes às existentes em relação a Aids. Além da maior vulnerabilidade, também aqui, as mulheres têm menor poder de barganha. Neste sentido, é que pensamos que a informação fornece instrumentos para fortalecer o poder de barganha. E, como vimos em alguns depoimentos, isto de fato acontece. A argumentação compreendida corretamente pelas mulheres favorece a compreensão entre as partes envolvidas, e também o poder de pressão e exigência.

A idade parece ser um fator de maior vulnerabilidade em razão da influência do comportamento dos demais sobre a pessoa jovem conforme um dos depoimentos. Por outro lado, é um facilitador da mudança de comportamento, como relata uma outra entrevistada. A aceitação do uso de preservativo pode ser mais fácil entre os homens jovens, por serem estes mais flexíveis e ambientados com as discussões sobre o HIV, desde o início de sua vida sexual recente, conforme se constata em relatos

de algumas mulheres.

Em relação à assistência, diversas são as causas que podem estar associadas à produção de consultas ou serviços defasados. Dificuldades de ordem técnica, de formação, stress psicológico, a condição sócio-económica desfavorável em razão de baixos salários, e a tendência à privatização dos serviços de saúde podem produzir oferta de serviços inadequados. Em alguns depoimentos as mulheres apontam para aspectos relacionados a abordagem, notadamente inadequada do profissional, associando o mau atendimento à má formação técnica, falta de urbanidade e educação, ou stress e mau humor indevidos.

Observamos que questões relacionadas à comunicação, como apontadas de forma diversa por autores como Boltanski (1982), entre outros, são relevantes, principalmente, considerando a assimetria existente na relação entre o profissional de saúde e seu cliente (Mynaio, 2001). A boa relação da paciente com o profissional é um elemento que produz melhor adesão aos seguimentos propostos, e gera a cooptação da mulher, para o seu próprio tratamento.

Em relação à comunicação com os profissionais, viu-se que há estudos que mostram que muitos destes tem dificuldades de abordar com as pacientes, qualquer tema relacionado ao câncer, pelos temores que despertam, por gerar ansiedade e depressão; e assim, evitam dar informações ou orientações, por não suportarem serem depositários ou contenedores dessas angustias. Ou, para evitar ser, de início, a fonte geradora dessa angustia.

Contudo, a queixa maior das mulheres tende ao contrario. As pessoas se sentem melhor quando a orientação do profissional é esclarecedora e, conseqüentemente, contenedora da angustia. Uma margem de ansiedade e temor sempre

existe em qualquer adoecimento. Mais ainda, quando a patologia é crônica e pode ser degenerativa, como é o caso do câncer. Por isso mesmo, a informação adquire também a função de contenção e suporte.

Essa dificuldade de comunicação é até uma razão pela qual os profissionais que atuam mais especificamente na área, acabam utilizando para reivindicar uma certa especificidade ou especialidade dos atendimentos oncológicos. Isso, se por um lado pode ser verdade; por outro pode acarretar um tipo de especialismo, produzindo e alimentando, em contrapartida, uma certa discriminação das pessoas afetadas por esse tipo de adoecimento. Além, de inibir a formação generalizada dos demais profissionais de saúde na abordagem ao câncer, gerando uma espécie de reserva de mercado inútil, para os usuários.

A compreensão das mulheres sobre as características gerais do adoecimento no grupo estudado mostrou-se, para a maioria, correspondente àquilo que estava descrito em seus próprios prontuários. Algumas mulheres utilizando corretamente termos técnicos e compreendendo bem os procedimentos a que foram submetidas. Ou, ainda que, não compreendendo ou tendo dúvidas, sabendo pontuar bem sobre quais eram as suas dúvidas. Isso vai de encontro a afirmativas que apontam para o não entendimento das pacientes, como razão para o não fornecimento de informações. Isto, se em parte é verdadeiro, deve-se mais ao desinteresse e preconceito dos profissionais, que amparados nessas razões e justificativas, acabam por não fornecer as informações necessárias para a boa adesão, criando-se um círculo vicioso. Em que um não informa porque o outro não entende, e o outro não entende porque não foi informado.

A justificativa que muitos profissionais apontam, baseando-se por vezes

em argumentos pseudo-psicológicos, que estão em acordo com certo segmento de escola psicossomática, de que existem pacientes que são “querelantes”, argumentadores e questionadores; talvez esteja presente também na postura médica de não informar muito aos pacientes, como se viu na revisão sobre o tema. Contudo esta postura é inútil na área de saúde voltada à coletividade. Além de contra-producente. E razão de críticas de muitas mulheres.

As campanhas de saúde tendem a separar as causas e as razões da necessidade de realização de exames, dificultando sua compreensão pelas mulheres; como se pôde constatar em alguns dos relatos, mediante sugestões, críticas ou queixas das mulheres entrevistadas.

A comunicação com parceiros parece ser mais difícil para as solteiras do que para as mulheres casadas. O casamento e as relações estáveis podem gerar maior desconfiança entre parceiros, por outro lado, é um elemento facilitador da comunicação dos diagnósticos. A dificuldade das mulheres solteiras pode ser observada no relato da mulher portadora de HIV; e de uma outra que deseja, posteriormente, a maternidade, e teme ter dificuldades devido à infecção por HPV.

O fato de ser o câncer de colo de útero proveniente do HPV, e sexualmente transmitido, é um dado conhecido pela maioria das mulheres, após o seu próprio diagnóstico de lesão precursora ter se realizado. Anteriormente a este diagnóstico, em geral, as mulheres realizam exames em razão de alguma queixa. Como sangramento ou coceira, ou por ter entrado em sua rotina, mesmo se de forma esporádica, após gestação e parto.

Conseqüentemente, a associação entre o vírus e o câncer de colo é de certo modo ignorada. Algumas ouviram falar, ou apenas souberam de algum caso. O

interesse e a associação se conjugam, após a informação médica ter sido fornecida em razão do diagnóstico realizado.

A maioria das mulheres associa o exame a detecção do câncer. Mas não a detecção precoce do câncer. Essa parece ser a diferença primordial entre a razão da existência e do chamamento para exame pelos profissionais norteado pelos protocolos que apontam que o exame de papanicolau é adequado a detecção precoce do câncer de colo de útero. Já na visão das mulheres, o exame é para diagnosticar se tem ou não câncer instalado. Há idéia vaga de que o exame pode prevenir, mas sem saber, exatamente, “como” ou “porque”. Não está presente a idéia de que o exame é útil para detecção precoce, porque existem infecções precoces.

Quando esta informação é fornecida adequadamente, a compreensão das mulheres também é correta. Como disse uma delas “– eu tenho uma infecção que pode virar câncer, mas não é ainda câncer. A doutora me explicou que eu estou em cima do muro”. A noção de que existem estadiamentos nos casos de câncer está implícita nesta frase da entrevistada, e explicada com as palavras dela ou num formato fornecido pela médica e assim apreendido por ela; e que corresponde corretamente as evidências científicas. É um discurso leigo, expondo sobre os preceitos de um discurso científico.

Nas narrativas das mulheres entrevistadas vê-se que embora as mesmas passem por muitas dificuldades financeiras, profissionais e mesmo, por estigmatizações sociais; o fator que pesa e atua no controle da infecção e possível cura quando do adoecimento, é a realização efetiva do seguimento e dos tratamentos, e que estes dependem, prioritariamente, da adesão das mulheres. E esta adesão, é maior conforme é melhor a recepção, o acolhimento e fornecimento de informações. Isto porque as mulheres são “co-autoras” dos seus próprios tratamentos. Dito de outro modo, os fatores

que incentivam os tratamentos, são mais relevantes do que os que inibem; e tendem a ter um peso maior no processo, se existentes. Quando eles existem, como a boa relação e a informação corretas, podem até parecer irrelevantes; mas quando não existem, vê-se que são prioritários.

O manejo das DSTs pelos profissionais nos serviços de saúde, em geral, é precário. Segundo Lowndes (1999), pelo menos em parte, isto resulta da sensível situação em que o médico se encontra em relação às normas sociais quanto à sexualidade e a infidelidade masculina no Brasil. No grupo das mulheres entrevistadas os relatos apontam para a existência deste tipo de dificuldade. No entanto, a abordagem da equipe, no caso, médicas mulheres e de certo engajadas na prática preventiva à saúde sexual da mulher, favorece que as próprias mulheres possam refletir sobre esse processo social androcêntrico e agir de uma outra forma. Como no exemplo em que a narradora fala “a doutora me falou, sabe como é, a gente não pode confiar em homem”.

Muitos trabalhos sobre iniquidade, ou seja, sobre desigualdade existente entre os gêneros e a sua relação com o modelo biomédico, já debateram sobre esta questão; mostrando como a participação das mulheres como profissionais na área da saúde, ou na pesquisa em saúde, permite um levantamento diferenciado de questões, com uma certa embocadura que permite vislumbrar determinadas nuances, que, na ausência da participação destas, não seria tão fácil constatar.

Como foi visto, anteriormente, a história dos cuidados e das concepções médicas sobre a mulher desde a antiguidade até o século XIX, quando se constituiu e se legitimou as especialidades médicas da ginecologia e da obstetria é um misto de conhecimento, imaginação e preconceito. Como exposto por Laquer (2001) durante um longo período vigorou na medicina um modelo de conhecimento sexual, segundo o qual

só havia um sexo. A norma e o modelo eram o sexo masculino. Na escala hierárquica dos seres vivos, o sexo masculino ocupava a posição elevada, e a mulher era a versão inferior e imperfeita, já que seus órgãos sexuais eram internalizados. Não havia sequer um termo para denominar o sexo feminino. E a vagina era chamada de pênis invertido. Mesmo com o advento da anatomia, e ainda durante um certo período, mesmo vendo as diferenças, os anatomistas estavam submetidos a força dos esquemas mentais e dos modelos representativos anteriores, e estes esquemas e modelos acabavam se sobrepondo à realidade vista.

Mesmo as concepções psicanalíticas de Freud, não ficaram, posteriormente, isentas desses preceitos e preconceitos em relação à mulher. A psicanálise, que se instituiu a partir da clínica e das investigações e dos estudos de Freud sobre a histeria, prioritariamente, entre as mulheres, construiu um modelo de psiquismo cuja vertente foi admitir a pulsão como elemento neutro formatador da sexualidade. No entanto, suas concepções sobre a mulher oscilaram, como já visto, chegando o autor até o final de sua obra, a perceber as diferenças impostas às mulheres pelas normas sociais; mas tendo dificuldades para distinguir ou explicitar, como apontado por Fraisse (1991), o destino, das destinações sociais das mulheres. Assim, sua obra oscila entre o essencialismo e o contrutivismo, ou entre o modelo anterior do sexo único e o de duas formas de sexualidade. O feminino, a feminilidade, a influência da natureza, a determinação da cultura estão presentes em suas concepções sobre a sexualidade das mulheres. Ao final prevalece, como aponta Birman (2001), um modelo misto, em que a sexualidade biológica é dual, e do ponto de vista psíquico a pulsão única vai sofrer vicissitudes de modo que a sexualidade vai variar em função de seus objetos, dentre outros aspectos. Interessa destacar aqui que, mesmo em um referencial que permite

pensar a sexualidade de forma complementar; as visões sobre o destino e as destinações do feminino não estão isentas de uma certa complexidade.

A questão da sexualidade da mulher ou da assistência a saúde da mulher envolvendo a esfera da sexualidade não está isenta das representações de sua época, nem pode ser naturalizada, como se pensa, por suposição, nos modelos biomédicos. Como observado por Grassi (apud, Kuznetzoff, 1988), o poder não passa pelo controle dos meios de produção, mas pelo controle da reprodução humana.

Cabe aqui revisar que os modelos e os discursos médicos não são unívocos. O modelo biológico, social, psiquiátrico, psicanalítico, podem conflitar entre si e também disputar espaços de poder e legitimidade, sobre o qual desses discursos é o mais competente, para abordar determinados aspectos relacionados aos processos de adoecimento.

Em muitas narrativas as mulheres entrevistadas se reportam a situações nas quais os médicos mandaram que elas tomassem um remédio, e que dessem também para os seus parceiros sem explicitar, claramente, as razões desse procedimento. Uma forma de ordenar semelhante àquelas relatadas por Boltanski (1984) em suas pesquisas. Essa ordem pode, em princípio, não ser cumprida. Pode, ainda, mesmo sendo cumprida, não ser compreendida. Pode, por fim, esta ordem ser compreendida; mas isto pode não ser o suficiente para o sucesso do tratamento. Uma vez que o tratamento pode exigir determinados seguimentos, e estes podem depender do esclarecimento das pessoas sobre as razões dos referidos procedimentos. De modo que possam estar engajadas nos seguimentos subseqüentes, capazes de realizar auto-observação de sintomas e de tentar mudanças de comportamentos que possam estar associados aos problemas apresentados.

Uma das dificuldades registrada por Lowndes (1999) no manejo das

DSTs pelos profissionais, diz respeito a infidelidade masculina que favorece a vulnerabilidade feminina as DSTs. Mas como abordar essa questão conhecida e sabida pelas mulheres num modelo androcentrico de cultura? Do ponto de vista do profissional, homem ou mulher, existiria diferença na abordagem? Penso que, necessariamente, não. Uma vez que o discurso que enfatiza o androcentrismo, pode atravessar a narrativa de ambos sexos. Mas, a questão apresentada pelo autor é necessária, pois observa que este discurso pode perpassar a assistência, dificultando a abordagem a determinados problemas de saúde relacionados a sexualidade.

Numa linha um pouco parecida, há trabalhos que apontam ainda para o fato de que sentimentos como vergonha, culpa, medo de rejeição são dados psicológicos que atuam afetando o não seguimento por falta de apoio dos profissionais. De fato, as mulheres ao serem apoiadas, ao estarem bem informadas, tornam-se mais poderosas, menos temerosas, com maior capacidade de argumentação, mais capazes de exercer direitos e de se defender. Em termos atuais, mais “empoderadas” no processo de enfrentamento de vicissitudes relacionadas aos seus corpos e a sexualidade, de uma forma geral.

A noção de poder, no sentido em que usa Foucault, se refere à multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem, e que são constitutivas da organização desse domínio e constitutivas de sua organização. O poder hegemônico, seja ele de grupos ou de categorias, é também ele próprio efeito do confronto contínuo e permanente de poderes inerentes às relações sociais mais diversas (econômicas, sexuais, científicas, políticas, étnicas) que se processam entre todos os indivíduos e/ou grupos nos diferentes contextos históricos, culturais e sociais. O poder atua nos níveis relacional (capacidade de modificar as ações dos outros), o das

habilidades (capacidade e habilidade de construir e desconstruir coisas) e o simbólico (capacidade de produzir símbolos e comunicá-los). Essas noções são úteis quando se pensa sobre os saberes e os sujeitos nele implicados.

O sujeito para Foucault é aquele que está ou é submetido ao outro através do controle e da dependência e atado à sua própria identidade pela consciência ou conhecimento de si mesmo. É mediante a disciplina que o indivíduo se converte em sujeito. Neste sentido, as práticas médicas assimétricas e de ordenação tem essa função de disciplinar o doente.

As relações de poder só podem ser exercidas por sujeitos livres. É preciso que o sujeito seja totalmente reconhecido e que se mantenha até o final como um sujeito de ação que se abre frente à relação de poder com todo um campo de reações, efeitos, e possíveis invenções. As relações de poder se exercem entre sujeitos livres. As relações de dominação são relações de poder fixas, rígidas em sua assimetria. Não há muita margem de mudança ou de manobra.

Foucault afirma em uma perspectiva próxima à psicanálise, que “lá onde há poder, há resistência”. Cabe aqui a observação sobre como determinadas reações e interpretações das pessoas submetidas às práticas e aos discursos médicos são reações de resistência a esse poder disciplinador também. Há em determinadas atitudes, migração de serviços, busca de tratamentos alternativos, etc...; modos de ação e reação de defesa. Resistência como pontua Foucault, guarda semelhança com o mesmo termo, resistência ou defesa, usado em psicanálise. Ainda que esta resistência possa implicar, por vezes, em prejuízo para o próprio usuário.

É que as resistências são o outro termo das relações de poder, que não podem existir senão em função de uma multiplicidade de pontos de resistência. As

relações de poder produzem os saberes e os discursos e estruturam, campos possíveis de ação dos sujeitos humanos. O saber refere-se, então, ao discurso, que vem a significar as práticas que formam o objeto de que falam. Como discursos, os saberes – produzidos e produtores de relações de poder – estão implicados na construção e implementação de significados nas sociedades.

Cada sociedade tem seu regime de verdade, os tipos de discursos que acolhe e faz funcionar como verdadeiros, sancionando, tendo alguns o estatuto de dizer o que funciona ou deve funcionar como verdadeiro. Contudo, as verdades nunca são absolutas. Ao contrário, são marcadas pelas contingências, conflitos e coerções. Sendo objeto de debate político e confronto social. Algumas enunciações provenientes de discursos sobre a saúde, a sexualidade, o gênero tem essa função e se fazem funcionar como verdadeiros. Não sem serem objeto de resistência e de debate. As questões da assistência em saúde que envolve a sexualidade das mulheres, nos parece imersa neste tipo de debate.

Sem querer com isto, ressignificar ou criar uma nova apologia de guerra entre os sexos. Ao contrario, concordamos com a conceituação sobre a saúde sexual proposta por Vasconcelos (1992): “se doença é desequilíbrio, é separação de funções, saúde é equilíbrio em relação”. Assim ao se pensar comparativamente entre saúde do corpo e saúde sexual, deve-se pensar que está só pode ser entendida como equilíbrio na relação entre os sexos, entre os órgãos da sexualidade humana, a mulher e o homem. A saúde sexual, é inter sexual, isto é, situa-se entre os sexos, e não fora deles, nem em cada um deles separadamente. Equilíbrio sendo considerado como pesos iguais, e não fora deles, nem em cada um deles separadamente. Equilíbrio sendo considerado como pesos iguais, relação mutua e ao mesmo tempo independência das partes entre si, cada

uma inteira em seu prato na balança. Se os pesos são desiguais, ou seja, ou se cada uma parte perde sua integridade, não há equilíbrio. Daí, conclui que a doença sexual é uma doença sexual, pois está ligada a palavra sexo, cuja etimologia já significa ruptura. Em contrapartida, a saúde sexual, advém da superação da ruptura culturalmente estabelecida entre homens e mulheres.

Essa é a perspectiva que nos parece ter sido adotada no slogan da campanha realizada por uma médica coordenadora de um programa na baixada fluminense. Aproveitando a própria campanha de atenção às mulheres para a realização de exames preventivos para detecção precoce de câncer de colo de útero, e por necessidades práticas e de recursos financeiros, houve por bem incluir os homens também na mesma campanha, com um convite equivalente para exame de câncer de próstata. O slogan adotado foi: “Mulher consciente, traz o homem sem preconceito”. A referida campanha tornou-se um sucesso inesperado, ou bem maior que o esperado, com enorme adesão da população local, num dos municípios mais pobres da América do Sul.

Vê-se, aqui, que para além dos modelos paradigmáticos de visão sobre a sexualidade, a abordagem na área de saúde pode e deve contemplar sempre que possível ambos os sexos, de forma complementar. E que a capacidade de compreensão da população, mesmo de baixa renda e ou nível de escolaridade menor, não vem a significar que as pessoas “homens” ou “mulheres” não estejam atentos a questões atuais, que não estejam “anteados” para novas formas de comportamento.

Este exemplo prático, cuja campanha contemplou algumas das mulheres entrevistadas, demonstra como a assistência na área de saúde pode superar muitos estereótipos presentes na sociedade; se não está submetida a discursos conservadores, como os que reduzem a capacidade de compreensão, ação e poder de decisão das

peessoas submetidas à assistência nos serviços de saúde. Já que muitos desses discursos são produzidos, a partir mesmo de esteriotipos variados, relacionados a classe social, a categorias como gênero, etc.

Evidentemente, em uma grande coletividade existem diferenças individuais de compreensão; seja por razões intelectuais, afetivas, psicopatológicas e políticas, entre os indivíduos em todos os segmentos sociais.

Tão pouco significa dizer que não existem diferenças entre classes sociais ou entre segmentos. Mas que as diferenças podem e devem ser percebidas, mas para serem incluídas nas abordagens pelos profissionais.

É o caso da campanha citada, que não se prendendo aos estigmas existentes em certos discursos, que apontam para a não compreensão dos pacientes de seus diagnósticos, em razão do nível social; ou que as mulheres não são capazes de lidar com certas informações sobre câncer e sexualidade e de fazer enfrentamentos necessários com seus parceiros, ou de que os homens não gostam de realizar exames de toque na próstata para não pensarem que são homossexuais. Obtendo com isso um resultado inesperado com uma grande participação da população local.

Esse é exemplo fala a favor do esclarecimento de todos, e da mulher, em particular. A argumentação de que as mulheres buscam mais serviços e consultas médicas é verdadeira. Mas não porque as mulheres sejam mais histéricas ou hipocondríacas. Mas, talvez porque historicamente as mulheres sejam mais afeitas à observação das praticas com a saúde nas famílias na nossa sociedade. Mesmo porque, este papel veio sendo desempenhado pelas mulheres ao longo de alguns séculos na família, antes do advento do controle da medicina com as suas subseqüentes especialidades sobre as práticas de cuidados.

Este é um ponto de vista que adotamos como subjacente e consideramos necessário na assistência em saúde, e na assistência voltada para as mulheres. Isto porque, existem discursos sobre a saúde e a sexualidade que naturalizam e ignoram as diferenças. Há discursos que observam as diferenças, mas que produzem práticas que não consideram essas diferenças. Há discursos que constataam essas diferenças e produzem práticas de inclusão e complementares. Estes nos parecem favorecer a melhor adesão, ser objeto de menor resistência, empoderar os sujeitos e corresponder melhor as suas demandas.

11 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADELMAN, M. **Gênero Plural**. Curitiba: Editora UFPR, 2002.
2. ANDRE, J. **As Origens Femininas da Sexualidade**. Rio de Janeiro: Ed.Zahar, 1995.
3. _____ **O que quer uma mulher**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1996.
4. ARAUJO, M. L. M. **História crítica da sexualidade. Sexologia. Fundamentos para a visão interdisciplinar**. 2ª ed., Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho, 1997.
5. ARIES, P; BEJIN, A. orgs. – **Sexualidades Ocidentais**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1982.
6. BANTMAN, B. **Breve História do Sexo**. Lisboa: Terramar Editores, 1997.
7. BARATA, R. B. **Equidade e Saúde. Contribuições da Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.
8. BAUER, M.; GASKELL, **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som. Um manual Prático**. Petrópolis: Vozes, 2003.
9. _____ **Análise de Conteúdo Clássica: uma revisão**.
10. BEZERRA, B. **Considerações sobre as terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Abrasco, 1987.
11. BIRMAN, J. **Feminilidades**. Rio de Janeiro: Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos, 2002.
12. BIRMAN, J. **Gramáticas do Erotismo. A feminilidade e as suas formas de subjetivação na psicanálise**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2001

13. BLEICHMAR, E. **O feminismo espontâneo da histeria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
14. BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1984.
15. BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. **Bertrand Brasil**. Rio de Janeiro: 1999.
16. BRENOT, P. **Elogio da Masturbação**. Tradução de Lídia da Mota Amaral. **Éloge de la masturbation**. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1988.
17. BULFINCH, T. **O livro de ouro da mitologia: a idade da fábula**. 23ª Ed. Tradução David Jardim Júnior. **The Age of Fable**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001.
18. CANELLA, P. R. B. (CD-ROM). **Sexologia e medicina: aspectos biopsicossociais e adendos**. Rio de Janeiro: 2002.
19. CASTANEDA, M. H. **Gênero, participación, empoderamento y control social en salud**. In: COSTA et alli (org). **Saúde, equidade e gênero**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2000.
20. CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. **Tratamento clínico das inadequações sexuais**. São Paulo: Roca, 1997.
21. CHASSEGUET; SMIRGEL, J. **Sexualidade Feminina uma abordagem psicanalítica contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
22. CHIZZOTTI, A. **Da pesquisa qualitativa: In: Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Ed. Cortez, 1988.
23. CORRÊA, S. **Gênero e Saúde: campo em transição**. In: BRUCHINI, C. **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. São Paulo: Editora 34 e Fund. Carlos Chagas, 2002.

24. COSTA, C.; AUSTIN; HABERMAS. **A linguagem como meio de interação social. In: Filosofia da Linguagem.** Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 2002.
25. D'ÁVILA, I. **Minha Lição de Anatomia (e a dos outros).** Rio de Janeiro: Mauad. Editora Ltda, 2005.
26. DIAS, H. E. A **et alli. Manual do Câncer Ginecológico.** Rio de Janeiro: Revinter, 1998.
27. DOLTO, F. **Sexualidade feminina: libido, erotismo, frigidez. Tradução de Roberto Cortes de Lacerda. Sexualité feminine.** São Paulo: Martins Fontes, 3ª ed., 1996.
28. DOUSSET, M. P. **Vivendo durante um Cancer.** São Paulo: Edusc, 1999.
29. DUBY; PERROT **org. - História das Mulheres. O SéculoXX.** São Paulo e Porto: Edições Afrontamento, 1991.
30. ENRIQUEZ, E. **Instituições, poder e “desconhecimento”.** In: ARAÚJO J.N.G **et alli (org). Cenários Sociais e Abordagem Clínica.** São Paulo: Ed. Escuta, 2001.
31. FIGUEIREDO, A. **Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos. A Clínica Psicanalítica no Ambulatório Público.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.
32. FLICK, U. **Entrevista Episódica.**
33. FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica.** Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1984.
34. _____ **História da sexualidade, 3: o cuidado de si. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Historie de la sexualité 1: lê souci de soi.** Rio de Janeiro: Graal, 4ª ed., 1985.
35. _____ **História da sexualidade, 1: a vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Historie de la sexualité 1: a volonté de**

- savoir.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.
36. FRASER, N. **Políticas feministas na era do reconhecimento: uma abordagem bidimensional da justiça de gênero.** In: BRUSCHINI, C. (org). **Gênero, democracia e sociedade brasileira.** São Paulo: Editora 34 e Fundação Carlos Chagas, 2002.
 37. FREUD, S. **A Interpretação dos Sonhos. 1900.** In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas. vols IV e V.** Rio de Janeiro: Imago Editora, 1972.
 38. GASKELL, G. **Entrevistas Individuais e Grupais.**
 39. GIDDENS, A. **A Transformação da Intimidade. Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas.** São Paulo: UNESP, 1992.
 40. GOEPPERT, S.; GOEPPERT, H. **Linguagem e Psicanálise.** São Paulo: Cultrix, 1973.
 41. GONÇALVES, W. C. **As Alterações na Sexualidade das Portadoras de Câncer Invasor do Colo de Útero.** Rio de Janeiro: Tese de Dissertação de Mestrado em Sexologia - Universidade Gama Filho, 93 p, 2004.
 42. HEILBORN, MARIA LUIZA, **Sexualidade, o olhar das ciências sociais.** Rio de Janeiro: Zhar, 1999.
 43. HELMAN, C. G. **Relação médico-paciente.** In: **Cultura, Saúde e Doença.** Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1994.
 44. HERZLICH, C. **Uma Doença no Espaço Público. Physis. Revista de Saúde Coletiva.** v. I, n. 1, 1992.
 45. IMBAULT-HUART, M. J. **História do Cancro.** In: LE GOFF, J. **As Doenças Têm História.** Lisboa: Ed. Terramar, 1985.
 46. IÑIGUEZ, L. **Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais.** Petrópolis:

- Vozes, 2004.
47. JAGGAR, A. **Gênero, Corpo e Conhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Ventos, 1998.
 48. JEAMMET, P. **Manual de Psicologia Médica**. São Paulo: Durban.
 49. JODELET, D. **La representación Social: fenómenos, concepto y teoría**. In: **MOSCOVICI, S. (org) Psicologia Social II**. Barcelona/B.Aires/México: Ed. Pidós, 1986.
 50. JOVCHELOVICH, BAUER, M. **Entrevista Narrativa**.
 51. KAPLAN, H. S. **Transtornos do desejo sexual: regulação disfuncional da motivação sexual**. Tradução de Jussara N. T. Burnier. **The Sexual desire disorders: dysfunctional regulation of sexual motivation**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 1999.
 52. _____ **A nova terapia do sexo: tratamento dinâmico das disfunções sexuais**. Tradução de Oswaldo Barreto e Silva. **The new sex therapy**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.
 53. KOIFMAN, S.; KOIFMAN, R. **Incidência e Mortalidade por Câncer em Mulheres Adultas no Brasil**. In: **GIFFIN, K. Questões de Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
 54. KUSNETZOFF, J. C. **Introdução a Psicopatologia Psicanalítica**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.
 55. LAPLANCHE, S. **Freud e a Sexualidade. O desvio biologizante**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1997.
 56. LAQUEUR, T. **A Descoberta dos Sexos**. In: **Inventando o Sexo. Corpo e Gênero dos Gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará, 2001.

57. LOPES, R. L. M. **Prevenindo o Câncer Cervico-Uterino. Um estudo fenomenológico sob a ótica da mulher.** Salvador: Ed. Ultragraph, 1999.
58. LOPES; MEYER; WALDOW **org. Gênero e Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
59. LOWNDES, C. M. **Doenças Sexualmente Transmissíveis na Mulher. In: GIFFIN, K (org) Questões de Saúde Reprodutiva.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.
60. LOYOLA, M. A. **A Sexualidade como Objeto de Estudo das Ciências Humanas. In: Sexualidade: O Olhar das Ciências Sociais. HEILBORN, M. L. R.** Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1999.
61. MAGALHÃES, A. **História de Mulheres. Considerações sobre a privação e a privacidade na historia das mulheres.** São Paulo: Ed. Altana.
62. MAINGUENEAU, D. **Novas Tendências em Análise do Discurso.** São Paulo: Ed. Universidade Estadual de Campinas, 1989.
63. MARTINS, S. T. F. **Cotidiano e Emoções no Processo Saúde-Doença: análise psicossocial da hipertensão essencial. Reprodução de trabalho apresentado a partir de tese de doutorado.** São Paulo: PUC.
64. MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E.; KOLODNY, R. C. **O relacionamento amoroso; segredos do amor e da intimidade sexual. Tradução de Heloisa Gonçalves Barbosa. Masters and Johnson on sex and human loving.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
65. MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. **A conduta sexual humana. Tradução de Dante Costa. Human Sexual Response.** Rio de Janeiro: 3ª ed. Civilização Brasileira, 1979.

66. _____ **O vínculo do prazer. Tradução de Álvaro Carlos. The pleasure bond.** São Paulo: Círculo do Livro, 1975.
67. MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento, Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996.
68. _____ **et all (Org.). Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1993.
69. MINISTÉRIO DA SAÚDE **Viva Mulher, Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero. Relatório Preliminar. Governo Federal. INCA. Ministério da Saúde.** Junho de 2002
70. MINISTÉRIO DE SAÚDE/INCA **Prevenção e Detecção do Câncer. In: Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer.** Rio de Janeiro: Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer, 1995.
71. ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso. Princípios e Procedimentos.** Campinas: Ed. Pontes, 2001
72. PAGLIA, C. **Personas Sexuais.** São Paulo: Editora Schwarcz Ltda, 1993.
73. _____ **Sexo e Arte na Cultura Americana.** São Paulo: Editora Schwarcz Ltda, 1993.
74. PEARCE, N. **Classe Social e Câncer. In: BARATA, R. B (org) Equidade e Saúde: Contribuições da Epidemiologia.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz-Abrasco, 1997.
75. PEREIRA, W. R. **O processo de medicalização do corpo feminino. In. SCAVONE, L. (org). Pesquisas de Gênero: entre o público e o privado.** Araraquara (SP): Laboratório Editorial UNESP/Cultura Acadêmica Editora, 2000.
76. PRIEL, H. J.; LANGEN, D. **Ginecologia Psicossomática.** São Paulo: Roca, 1985.

77. RABELO, M. C. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocru, 1999.
78. RAMADAM, Z. B. Z.; ABDO, C. H. N. **Sexualidade - trâmites, percalços e desvarios**. In: **Abdo, C. H. N. Sexualidade humana e seus transtornos**. São Paulo: Lemos Editorial, p. 15-24, 1997.
79. REDE SAÚDE **Jornal da Carta Aberta sobre a Campanha de Prevenção do Câncer de Colo de Útero. Informativo da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos**. N. 24, dez. 2001.
80. RIBEIRO, B. T. **org. - Narrativa, Identidade e Clínica**. Rio de Janeiro: Edições IPUB, 2001.
81. RODRIGUES, L. H. M. **Câncer do colo do útero: fatores de risco e sexualidade**. Rio de Janeiro: Mestrado de Sexologia da Universidade Gama Filho, Dissertação, 96 p, 2002.
82. RODRIGUES, N. **Idéia de Sofrimento e Representação Cultural da Doença na Construção da Pessoa**. In: **DUARTE, L. F. D. Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas Etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1988.
83. ROSENBLATT, C. **Prevalência de HPV em parceiros de mulheres com e sem neoplasia intra-epitelial cervical (NIC)**. Divisão de Urologia e Divisão de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: (no prelo). **Artigo resumo de pesquisa e tese de doutorado obtida com autor via internet**. 2003.
84. ROTER, D. **Principles of Training Medical Staff in Psychosocial and Communication Skills**. In: **HOLLAND, J. Psycho-oncology**. New York, Oxford: Oxford University Press, 1998.

85. RUFFIÉ, J. **O sexo e a morte. Tradução de Carlota Gomes. Le sexe et la mort.** Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1988.
86. SANT'ANNA, D. B. **A Mulher e o Câncer na História. In: GIMENEZ, M. G. A Mulher e o Câncer.** Campinas: Editorial Psy, 1997.
87. SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE. **Tudo o que você sempre quis saber sobre as doenças transmitidas pelo sexo. Programa Estadual DST/AIDS. Ministério da Saúde.**
88. SEGAL, S. M. **Desfazendo mitos - sexualidade e câncer.** São Paulo: Agora, 1994.
89. SÉVIGNY, R. **Abordagem clínica em ciências humanas. In: ARAÚJO, J. N. G. (org). Cenários Sociais e Abordagem Clínica.** São Paulo: Escuta, 2001.
90. SILVA, M. J. P. **Comunicação Tem Remédio. A Comunicação nas Relações Interpessoais em Saúde.** São Paulo: Editora Gente, 1996.
91. SILVA, T.T. **Identidade e Diferença. A perspectiva nos Estudos Culturais.** Petrópolis: Vozes, 2000.
92. SILVEIRA, M. L. **Iniquidades no atendimento à saúde ligadas a gênero: o caso das mulheres. In: ADELMAN, M. (org) Gênero Plural.** Curitiba: Ed. UFPR, 2002.
93. SILVER, D. L. **Direito à Saúde ou Medicalização da Mulher. Implicações para avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In: GIFFIN, K (org.) Questões de Saúde Reprodutiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
94. SONTAG, S. **A Doença como Metáfora.** Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1984.
95. SOUZA, M. C. **Pesquisa Social Teoria, Método e Criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1996.

96. SPINK, M. J. org. - **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano, aproximações teóricas e metodológicas.** São Paulo: Editora Cortez, 1997.
97. SPINK, M. J. **Psicologia Social e Saúde. Práticas, saberes e sentidos.** Petrópolis: Vozes, 2003.
98. THEDES, F. **Madonna.** Paris: E.J.L, 2000.
99. TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa. Construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** Petrópolis: Vozes, 2003.
100. TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa. Construção teórica epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humana.** Petrópolis: Vozes, 2003.
101. VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar. Epistemologia Operativa.** Petrópolis: Vozes, 2002.
102. VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar.** Petrópolis: Vozes, 2002.
103. VASCONCELOS, E. M. org. - **Reinventando a Vida. Narrativas de Recuperação e Convivência com o Transtorno Mental.** Rio de Janeiro: EncantArte, 2005.
104. VASCONCELOS, N. **Os Dogmatismos Sexuais.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971.
105. VIEIRA, E. M. **A Medicalização do Corpo Feminino. In: GIFFIN, K.(org). Questões de Saúde Reprodutiva.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.
106. WATZLAWICK, P. **Introdução. Pragmática da Comunicação Humana. Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos de interação.** São Paulo: Editora

Cultrix, 1967.

107. ZUR HAUSEN, H. **Papillomaviruses causing cancer: evasion from host-cell control in early events in carcinogenesis.** **J. Ntl. Cancer Inst Bethesda.** v. 92, n.9 p.690-8, 2000.

12 – TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

PACIENTE: EDNA

Paciente – Vim pra cá no dia seis de abril.

Psicóloga – Maio, junho, julho, agosto. Quatro meses.

Paciente – Quatro meses

Psicóloga – Já está fazendo preventivo agora. Já teve algumas consultas?

Paciente – Já tive várias consultas e fui encaminhada para o Posto de Irajá. Porque estava com um probleminha.

Psicóloga – Você fazia preventivo?

Paciente – Todo ano você faz o preventivo. Fez o preventivo e o médico me falou que ela estava com uma bactéria que não precisava usar remédio. Disse que não era possível estar com uma bactéria e não ter como, né? Aí fui no posto e lá constatou que estava com aquele... Não diretamente o HPV, mas, uma inflamação, algo compatível a isso, não li direito a receita.

Psicóloga – O médico que falou para você que você estava com uma bactéria e não precisava tratar foi no mesmo posto?

Paciente – Não. Foi lá no João Pedregal.

Psicóloga – Foi no outro posto?

Paciente – Outro posto.

Psicóloga – Aí, você foi no outro?

Paciente – Aí, eu fui no outro posto de saúde, lá... Clementino Fraga. E lá viram que eu estava com uma micose, uma coceirinha, né?. Passou remédio, marcou

o preventivo e deu que estava com esse problema, né? HPV. E aí falou:

“Se você receber uma carta, você comparece aqui no posto novamente”.

Aí, eu recebi a carta mandando eu vir pra cá.

Psicóloga – Só recapitulando. Você foi a um posto que é em Pedregal ou João Pedregal?

Paciente – É lá em Vicente de Carvalho. É um posto lá desse deputado aí alguma coisa aí Pedregal.

Psicóloga – Ah, tá. Não é esse posto do...do...?

Paciente – Não. Foi o Clementino Fraga que me encaminhou para cá.

Psicóloga – Não é posto desses do município?

Paciente – Não, é um posto particular.

Psicóloga – Você pagou?

Paciente – Não, foi grátis. Foi em época de campanha, época de eleição. Fiquei naquela desconfiança, pois, se tem bactéria tem que usar algum remédio para poder matar a bactéria. E, aí resolvi ir no posto de Irajá.

Psicóloga – Antes você fazia no posto de saúde normal. Por que você foi pra esse posto do Pedregal?

Paciente – Porque só fazia aqui.

Psicóloga – Aqui aonde?

Paciente – Sempre aqui no Mário Kröeff.

Psicóloga – Você mora por aqui?

Paciente – Moro. Moro em Vicente de Carvalho.

Psicóloga – E aí você deixou de fazer aqui, por quê? Por que passou para o município ou que que foi?

Paciente – Não eu nem sei... Foi porque uma colega falou que só estavam fazendo preventivo só em quem está com algum problema.

Psicóloga – Aí passou pro posto. E aí você fazia então no posto de saúde?

Paciente – Fui pro posto, achando o médico uma maravilha, foi um acompanhamento super... Foram super atenciosos. Só que nessa carta me mandaram vir pra cá.

Psicóloga – Você tava com um probleminha que era o HPV. como você entendeu o que ele explicou.

Paciente – Não ele não me explicou nada. mandou fazer o preventivo. Ele passou os remédios. tomei os remédios. só que assistindo televisão, eles falam sobre o HPV.

Psicóloga – O que você assistiu?

Paciente – No Gilberto Barros.

Psicóloga – O que é Gilberto Barros?

Paciente – É o leão que passa na televisão, aquele gordo, programa do leão, no canal sete.

Psicóloga – Programa do leão? no canal sete?

Paciente – Sempre passa, sempre tem alguém explicando sobre isso.

Psicóloga – Canal sete. Que horas passa isto? De dia ou de noite?

Paciente – À noite.

Psicóloga – Nove e meia, dez horas?

Paciente – É, por aí.

Psicóloga – E o que acontece?

Paciente – Sempre fico acompanhando as explicações, lance do HPV. Só que nem sempre estava atenta, faz uma coisa, faz outra. Só que momento algum me preocupei, sabe? Tem muito tempo que não tenho ninguém, companheiro. Queria até ter perguntado a doutora como poderia ter pego essa doença.

Psicóloga – Você tava assistindo ao programa depois que você foi ao posto? Quanto tempo você está sem companheiro?

Paciente – Ah! Já até perdi as contas.

Psicóloga – Quantos anos você tem?

Paciente – Tenho 50. Cinco anos tenho certeza que estou sem ninguém.

Psicóloga – Você já foi casada? Você é viúva.

Paciente – Já fui casada, aí me separei, morei com o pai da minha filha 10 anos. Depois do pai da minha filha tive um companheiro. Mas, foi só um lance, só lance.

Psicóloga – Durou meses, um ano?

Paciente – Durou alguns meses. Estou cinco anos sem ninguém. Fiquei sem entender se alguma bactéria que estava adormecida que resolveu se manifestar, entendeu? Roupa de ninguém eu não uso. Então por toalhas, não sei. Freqüente uma casa, na casa da Ju. De vez em quando estão trocando de parceiros, não sei de repente aquelas toalhas, não sei. Até agora não perguntei a doutora como eu posso ter pego essa...

Psicóloga – Quando você estava com esse seu parceiro, você fazia preventivo?

Paciente – Fazia, sempre. Nunca deixei de fazer, uma coisa que nunca deixei.

Psicóloga – Não tinha nada. Não aparecia nada. Você tava tomando alguma coisa quando acusou a bactéria?

Paciente – Não. Só exame que faço todo ano.

Psicóloga – E os exames que você fazia antes. Você fazia onde, aqui?

Paciente – Aqui, só passava uma pomadinha, nada grave.

Psicóloga – Tinha alguma recomendação para você fazer algum cuidado?

Paciente – Não. Passa essa pomadinha, não é nada grave.

Psicóloga – Pode ser que tenha sido que você tenha feito algum medicamento, mas que não tinham falado para você? Pode ter acontecido isso?

Paciente – Não creio. Não creio nisso.

Psicóloga – Mas a pomada era para alguma coisa.

Paciente – Alguma coisa. Inflamação, eu tinha muita cólica, corrimento.

Psicóloga – Mas corrimento pode ter tido alguma infecção, mas nunca te disseram. Quem te atendia? Foi a Celeste?

Paciente – Não era outra pessoa

Psicóloga – Você tratava aqui tinha alguma infecção que você passava a pomada, mas você não teve informação que fosse por HPV. Se foi não te disseram?

Paciente – Não disseram. Já fiz o preventivo também lá no Méier nunca me disseram.

Psicóloga – Você leu, você viu os exames?

Paciente – Leio, eu vi os exames. Tá com uma inflamaçãozinha, mas não é nada grave. Quando volta e fazia o preventivo mas não dava nada grave.

Psicóloga – Mas você tá falando isso comparando com o que você viu no programa? O que você viu no programa?

Paciente – Eles conversam com as pessoas sobre o HPV, né? Só que, eu vejo que eu fiquei com dúvidas. Como eu poderei ter pego esse HPV? Eu estava com uma... eu não sei te explicar. Eu estava com algo escamoso compatível

com o HPV, inflamação compatível com HPV. Só que eu estou fazendo esse tratamento. A dra. fala pra mim que pelo jeito ela vai me dar alta. A outra dra. falou que o vírus não existe mais. Só a inflamação você tem que tratar para não virar coisa pior.

Psicóloga – E aqui a médica fala a mesma coisa? As dúvidas não existem mais?

Paciente – Essa mandou comer bastante coisa amarela. Passou remédios para mim tomar. Passou vitaminas. Estou tomando vitaminas, complexo B. Fora isso não falou nada.

Psicóloga – Então você não entendeu ainda. E perguntou pra médica? Esqueceu de perguntar, não tem não? Então tem que perguntar.

Paciente – Sempre quando venho, vem com colega. Hoje mesmo teria que estar às 4 horas da tarde lá na ótica.

Psicóloga – Então as expectativas em relação ao tratamento já são boas, de alta. Então é bom que você perguntasse já que você está com essas dúvidas, né? Você não é acha que seria bom esclarecer essas dúvidas até pra você se prevenir?

Paciente – O médico falou: olha se tiver algum parceiro só use preservativo. Apesar que eu nunca usei preservativo, não sei nem que acontece, como é que é, sabe?. O negócio é parceiro certo, mas acontece que há cinco anos que eu não tenho mais ninguém.

Psicóloga – Quem falou isso, o médico do posto?

Paciente – É falou para usar preservativo. Se aparecer algum parceiro, só com preservativo.

Psicóloga – Você quer acrescentar alguma coisa?

Paciente – Não.

Psicóloga – Então ótimo, obrigada.

ENTREVISTA

PACIENTE: GIORDANA

Psicóloga – Quanto tempo você tá aqui fazendo tratamento?

Paciente – É a primeira vez.

Psicóloga – É a primeira vez? Chegou hoje?

Paciente – Não, vim no dia 13 aqui para fazer o preventivo, mas, como eu não sabia, não vim no dia 13, vim no dia 14. Vim aqui fiz meu cartãozinho e marcou pra.....aí a regra desceu, aí babou, só 2ª feira.

Psicóloga – Babou é o quê?

Paciente – A regra desceu, aí não deu pra fazer mais. Não deu pra fazer. Já era.

Psicóloga – Como é que você veio? Você veio de onde? Você veio encaminhada de onde?

Paciente – Do posto.

Psicóloga – Qual posto?

Paciente – Ah! Está escrito no papel.

Psicóloga – Mas qual é o bairro?

Paciente – Mariópolis.

Psicóloga – O posto, deixa eu ver aqui (a psicóloga pede para ver o papel). Você faz seus preventivos sempre, de vez em quando, não fazia há muito tempo?

Paciente – Às vezes. Sempre quando passa muito da época

Psicóloga – Você faz de quanto em quanto tempo?

Paciente – De seis em seis meses.

Psicóloga – Mas, há quanto tempo você já faz? Você está com quantos anos?

Paciente – Eu tô com vinte e dois.

Psicóloga – Você faz a quanto tempo? Desde...?

Paciente – Desde os meus quinze anos.

Psicóloga – Desde os 15 anos que você faz preventivo? Você começou a ter relações aos quinze anos? Aí, você começou a fazer preventivo aos quinze anos?

Paciente – Aos quinze anos.

Psicóloga – Você tem filhos?

Paciente – Tenho. Dois filhos?

Psicóloga – Você fazia. Como aconteceu você ser encaminhada pra cá.

Paciente – Esse exame aqui é o velho. Meu exame que deu problema tá com a doutora. Deu que eu tava com uma inflamaçãozinha leve, mas no grau I. só que fiquei desesperada pensando que ia fazer uma operação. Minha colega falou, colocou um monte de minhoca na minha cabeça, fiquei desesperada, chorava noite e dia, nem comia direito.

Psicóloga – O que sua colega falou que você ia fazer aqui?

Paciente – O dela deu problema. Deu grau 2. Porque ela fez a raspagem, doeu... Falou que de repente eu também ia fazer essa raspagem. Só que eu fiquei com medo, porque eu já sofri muito numa operação.

Psicóloga – Já sofreu como?

Paciente – Quando eu tive minha filha, sofri pra caramba, quase morri. Aí eu fiquei com medo.

Psicóloga – O que aconteceu quando você teve sua filha?

Paciente – Problema no parto. Problema no cordão umbilical, ela saiu mas a placenta não queria sair... deu hemorragia, tomei bolsa de sangue e tudo, fiquei com

aquilo na cabeça, fiquei desesperada. só Deus que me salvou, se não fosse Deus, já era.

Psicóloga – Aí no posto deu esse problema e aí você ficou desesperada, porque sua colega falou tudo isso para você.

Paciente – Fiquei desesperada. Chorava noite e dia. Me consolava quem sabia era o médico se eu ia fazer ou não a raspagem.

Psicóloga – E aí, quando você chegou no médico, como é que foi? Você chegou agora, né? Você teve a consulta hoje? Como é que foi que você entendeu o que ia fazer?

Paciente – Ela falou que é normal, passou uma pomadinha para passar. Não pode ter relação. E marcou 2ª feira para fazer o preventivo, porque até lá minha regra já foi embora, pois desde 6ª feira, né?

Psicóloga – Você tá com um sangramento grande, é grande? Hoje já é 4ª. É grande ou é normal?

Paciente – Normal. Tem mulheres que ficam seis, sete. (a paciente conta os dias) já tá indo embora já. Mas tem que estar limpinha para fazer se não, não faz efeito.

Psicóloga – Mas ela sempre foi assim cinco, seis dias ou tá agora? Ela deu essas instruções e você entendeu? Como está sua expectativa agora em relação ao que vai vir? Você sabe que tem uma relação entre HPV e com o problema de câncer? Você tem informação? Foi isso que preocupou você também?

Paciente – Fiquei desesperada.

Psicóloga – O que o médico depois falou para você?

Paciente – Falou que não era grave não. Era leve. Mas coloquei aquilo na minha cabeça que era grave. Sabia que estava me escondendo alguma coisa. Ainda mais quando me mandaram pra cá e minha colega falou que era hospital do câncer. Fiquei maluca.

Psicóloga – Sua colega tratou aqui?

Paciente – Tratou... Ela também mora lá pra cima, onde eu falei, lá em Mariópolis. Vim sozinha mesmo. Eu e Deus

Psicóloga – Onde é Mariópolis?

Paciente – Fica lá pra dentro de Ricardo de Albuquerque. A sra. sabe onde é Ricardo de Albuquerque?

Psicóloga – Hum, hum.

Paciente – Fica lá pra dentro?

Psicóloga – Então você veio bem? Já sabe andar. Já sabe vir, não tem problema.

Paciente – Eu vim sozinha. Não erreí caminho não, ainda mais que eu vim de Kombi.

Psicóloga – Você já tinha tido outro tipo de infecção?

Paciente – Não.

Psicóloga – Você vinha fazendo tudo certinho, não?

Psicóloga – Você quer acrescentar mais alguma coisa?

Paciente – Não.

ENTREVISTA

PACIENTE: DIANA

Psicóloga – Vamos lá. Você já tava falando que você já veio uma outra vez, né?

Quanto tempo faz que você veio?

Paciente – Tem uns quinze dias atrás.

Psicóloga – Quinze dias atrás que você veio pra cá fazer sua....? Você veio de onde?

Como é que você veio encaminhada?

Paciente – Do posto de saúde lá na Pavuna.

Psicóloga – Você tava fazendo preventivo?

Paciente – É.

Psicóloga – Foi o primeiro preventivo? Você faz a quanto tempo?

Paciente – Faço desde os quatorze anos.

Psicóloga – Você tem filhos?

Paciente – Não.

Psicóloga – Não. Você faz desde os quatorze anos. Por que você começou a fazer com quatorze anos? Você foi encaminhada? Você teve algum problema?

Paciente – Não, é... Eu tava tendo relação sexual e achei melhor. Comecei a fazer... foi aos quatorze anos. Que mais?

Psicóloga – E, aí? Que que você tá sorrindo. Tem uma coisinha aí. Que que é?

Paciente – Nada, nada.

Psicóloga – Você fazia com que regularidade esses preventivos?

Paciente – Eu fiz com quatorze, aí... demoro muito no posto de saúde. Fiquei um ano sem buscar. Aí, eu voltei lá no próximo ano. Voltei com quinze anos.

Comecei a fazer de seis em seis meses. Porque demora até chegar o exame. Passa do tempo, aí tem que fazer tudo de novo. Que mais?

Psicóloga – O que que aconteceu? Teve um momento que você tava no posto e teve algum problema. Teve esse problema desde o início? O que que aconteceu?

Paciente – Não, foi...

Psicóloga – Teve mais de um foco?

Paciente – Não. Foi no ano passado. Tava com dezesseis anos. Foi durante o carnaval. Eu saí... e, sei lá... Eu sempre pensei: Ah! jamais vai acontecer comigo, até porque eu fazia enfermagem, faço enfermagem. Então, eu tava ali dia a dia, eu via como era a situação, o que que era o HPV. Que que era as outras doenças. E tinha acabado de fazer um tratamento da... pra Cândida, que eu tava com Cândida no final de 2003. Eu fiz o tratamento... Tudo certinho e tal. Aí no carnaval eu conheci o menino lá. Lá em Copacabana, conheci... Achei que... Ah! Meu Deus. Que nada, não vai rolar nada e tal, e tal... Aí, eu senti na hora que eu... eu toquei no órgão dele, eu senti que tinha uma, tinha uma bolinha. Num imaginei, né? Eu pensei: será ou não? Aí, ele até... eu perguntei a ele: Vem cá você tem alguma doença e tal? Aí, ele se alterou, falou: por que? Você tá pensando que eu sou doente? Aí, eu falei, não pra saber e tal... E o pior que a camisinha do lado. Mas, não. Foi e... E depois... foi três semanas depois, foi eu que senti, entendeu? Tomando um banho eu passei a mão, tava fora, tava externo, eu senti uma verruga. Aí eu olhei no espelho. Peguei o espelho olhei e aí falei: pronto. Era aquilo que eu pensava. Fui pro ginecologista desesperada. Foi... e daí

era. A médica foi, passou um vidrinho pra mim ir na farmácia de manipulação. Levei lá, três dias depois na mesma semana levei lá, aí ela queimou e aí sumiu. Agora não sei como é que tá... Sabia... eu vi que, pô... Eu senti, mas não tinha certeza. Eu nunca tinha tido experiência com uma pessoa que tivesse uma doença ou apresentasse qualquer coisa, entendeu? Aí eu achei que não, quando fui ver...

Psicóloga – Isso foi no ano passado, quando o médico passou ácido. Você ter sido encaminhada pra cá, como é que foi? O que aconteceu?

Paciente – Aí eu fiz dois preventivos lá. Acusou HPV.

Psicóloga – Apareceu essa verruga, você fez o tratamento com o ácido. Isso foi nesse posto de saúde?

Paciente – Isso. Aí eu fiz o preventivo depois. Fiz o preventivo, aí veio HPV. Aí ela passou um remédio, um gel. Aí eu fiz o uso. Depois eu fiz exame de novo e deu HPV. Continuou dando. Chegou uma carta lá em casa, pedindo para eu comparecer urgente ao posto de saúde. Eu fui lá desesperada, cheguei lá, ai meu Deus eu vou morrer agora. Cheguei lá a médica falou... é porque tava em cima. Eu recebi a carta na semana e na próxima semana era para eu vir aqui. Aí a médica, não você está sendo encaminhada pro hospital lá na Penha. Você vai fazer... aí ela me explicou. Ai como é o nome do exame? Ela falou que eu ia fazer esse exame e depois eu ia ficar fazendo tratamento aqui, senão eu iria voltar pro posto.

Psicóloga – Você falou que você fazia enfermagem, você faz ainda? Você faz um curso técnico? Você fazia no ano passado, é isso?

Paciente – Não eu termino esse ano.

Psicóloga – Você termina esse ano? Você começou há um ano, dois anos?

Paciente – Não é o 2º grau, técnico em enfermagem.

Psicóloga – Você faz o 2º grau. Você diz que não teve um baque, mas você... Como é que ficou isso? Você sabia, você conseguiu... você não acreditava... Como é que você avalia, então, digamos assim? Você diz: “eu sabia por ter curso de enfermagem. Por ter esse curso eu reconheci uma determinada possível patologia, no momento que estava tendo um relacionamento com uma pessoa no carnaval”.

Paciente – Mas, mesmo tendo visto eu não me preveni porque a camisinha tava do lado, eu não usei. Podia até ser outra coisa, mas, realmente se confirmou.

Psicóloga – E, aí como você avalia, como é que você vê, como é que você faz uma auto-observação, uma auto-análise. O que é que faltou. Veja lá, você pode falar desde ... no seu caso não era desconhecimento não é pelo o que você estava falando ou era? Ou seu conhecimento não era suficiente? Ou eu não sabia que tinha HPV ou eu sabia o que o HPV causava, mas... Como é que você vê isso? Pensando nisso, você tá entendendo, né? Com é que a gente pode... Você tá percebendo o objetivo da pesquisa que é exatamente isso. Como é que as pessoas vão estar aderindo, tando informadas? Qual o papel, a importância disso? Você está apta por tudo isso a dizer exatamente assim. O que você acha que podia estar sendo feito melhor? O curso não informou direito, o médico não informou direito, uma alta confiança da idade. O que você acha que pode acontecer? Tudo junto. Estou te dando uns toques.

Paciente – No meu caso?

Psicóloga – É, no seu caso, mas que você... Mas pensando de você pra outras pessoas. Se você tivesse, a partir da sua história. Você fosse fazer... Vamos fazer aqui um jogo. Se a partir desses dados que você falou, você fosse trabalhar fazendo alguma coisa de campanha de esclarecimento, de informação... Você falou é isso, isso, isso. Você tá fazendo uma autocrítica.

Paciente – Poxa, porque... eu pra mim ali, eu acho que ali foi mais momento. Foi momento, entendeu? Eu tava com uma prima que tinha vindo da Espanha. Ela tinha falado pra mim, Diana, eu jamais iria fazer alguma coisa com alguém que eu não conheça, na rua. E, eu vi, eu não sei o que eu pensei na hora. Eu acho que foi assim, eu vou ficar com esse menino, esse rapaz pra mostrar pra ela que eu também posso. Não sei, não sei porque... Eu vi ela assim exposta, ali, no meio daquele monte de gente, na praia.

Psicóloga – Ela tava com o mesmo rapaz?

Paciente – Não com outro, um colega dele. Estavam ali os dois.

Psicóloga – Namorando? Transando?

Paciente – É ali na areia, sem pudor. Eu olhei aquilo... isso foi no sábado. No domingo ele pagou o hotel pra gente ficar, tudinho, só que eu... Eu acho que foi mas, não sei, ...

Psicóloga – Mas, aí eu não entendi. Você disse que ... era uma disputa com ela. Ela disse que nunca faria, mas fez. É isso? Ela disse que nunca faria mas fez?

Paciente – Hum hum. Foi influência.

Psicóloga – Ela é mais velha que você? Ela mais o que? Que que ela é mais?

Paciente – Só mais velha.

Psicóloga – Ela disse que nunca faria, mas fez?

Paciente – Isso.

Psicóloga – E aí você fez igual? Que que aconteceu?

Paciente – Eu acho que ela me influenciou nessa parte. Me influenciou assim... As últimas pessoas que eu conheci... Conhecia, ficava bastante tempo para rolar alguma coisa e usava camisinha. Então, ali foi mais assim, a influência por causa da bagunça, entendeu? Ah! Tô aqui, vou curtir esse dia. Nunca curti, vou curtir esse dia. Foi assim, pra mim foi assim, entendeu? Depois que passou, eu vi que... Adiantou de quê? Nada. Foi mais isso, foi influência, com certeza?

Psicóloga – Mas, ela disse que não faria?

Paciente – Ela não faria. Sei lá falou: oh! Não vai ficar com ninguém não, hein? Conversando assim comigo, né? Tá bom Diana, não sai com ninguém a primeira vez que você conhecer, não sei o quê.

Psicóloga – E ela saiu?

Paciente – Ela saiu.

Psicóloga – Você viu se ela estava transando com camisinha?

Paciente – Vi.

Psicóloga – Viu?

Paciente – Com camisinha eu não vi. Porque... Quando nós passamos perto, o pacote estava aberto perto deles, assim. A camisinha que eles dão, e tal...

Psicóloga – Isso, aonde foi?

Paciente – Na areia.

Psicóloga – Aonde isso, em Copacabana?

Paciente – Copacabana.

Psicóloga – Carnaval? À noite? Bloco?

Paciente – Foi à noite. Tava meio escuro ninguém fica muito na beirada.

Psicóloga – Tinha um pacote de camisinha aberto? Você viu mesmo?

Paciente – Vimos. Era primo dele. Ele me disse que era primo dele. Ele ainda brincou, pegou a bermuda do garoto e saiu correndo. E aí, nós vimos, tava assim, perto no chão. E ela depois eu perguntei. Eu falei: Fernanda, e aí, usou condom? E ela respondeu: usei. Mas, também se ela não tivesse usado, talvez ela iria falar ou não. Depois que eu vi como ela era, entendeu?

Psicóloga – Como ela era?

Paciente – Ela fala as coisas sem... Não tenha aquela... Ela foi muito nova pra lá, pra Espanha?

Psicóloga – Ela tem quantos anos?

Paciente – Ela agora tem 23 anos. O papo dela é só conversar de homem. Depois disso que aconteceu, ela liga pra mim e só fala nisso. Não tem uma meta, entendeu, para conversar. “Pó! Diana como é que tá, tá tudo bem? Como é que tá sua família?”

Psicóloga – Ela é sua prima por parte de quem?

Paciente – Mãe.

Psicóloga – Os pais dela moram lá? Ou ela foi sozinha pra lá?

Paciente – Ela foi sozinha, tem bastante parentes meu que moram lá. Ela só conversa só nisso, só nisso. Antes não, ela chegou pra mim e falou me mostrou ser madura. O tempo que ela ficou lá, pô? Você trabalha, tem de agilizar a documentação, tudinho... Eu imaginava que, ela tem...

Psicóloga – Mas, então ela usou camisinha, ela fez a coisa dela lá, mas ela se preveniu.

E, você, por que não?

Paciente – É isso que estou falando, eu não sei, eu não sei.

Psicóloga – Ela influenciou você, mas você viu ela usando a camisinha, podia ter influenciado para que você também...

Paciente – Usasse, mas eu não usei.

Psicóloga – Apesar de você ter achado que ...Que que você acha que você fez? O que você não fez? Que que você pensou, além da disputa com ela... Porque ela usou. Ela disse uma coisa e fez outra, mas ela usou, e você viu que ali tinha uma camisinha, você tinha uma informação, você viu que ela tinha usado. E, você não usou. Por que?

Paciente – Eu não usei porque... não sei se foi porque... Eu não quis. Porque eu não quis, com certeza foi porque eu não quis, não tem outra explicação.

Psicóloga – Você tinha bebido?

Paciente – Não bebi, não bebi, eu não quis beber, justamente porque eu não...Ele se recusou a usar, porque ele achou que tivesse falando que ele era doente. Então, eu vi e falei assim, não deve ser nada. Eu imaginei. Pode ser ou pode não ser, eu não sei. Eu não olhei. Eu só toquei e senti. Aí eu perguntei.

Psicóloga – Você fez uma análise da reação dele. Pela reação dele você supôs, então, que ele não tivesse nada, apesar de você ter sentido alguma coisa.

Paciente – Aí ele falou, não precisa não. Eu não tenho nada. Aí eu falei assim, então tudo bem, e não usei. É isso, a história é essa.

Psicóloga – A informação que você tinha você acha que era suficiente?

Paciente – Com certeza.

Psicóloga – O que você sabia de HPV? Você falou que fazia o curso técnico de enfermagem. Você sabia disso.

Paciente – Eu sabia. Tanto apresentando verruga ou não vai transmitir. Ia transmitir. Só que eu senti o negócio... mas, pela reação dele, eu falei, ah! não, então não vou usar nada, podia ser sinal... Eu pensei qualquer outra coisa, eu não quis... Porque olha só. Antes de nós irmos pra lá, na praia, tava nós quatro deitados assim num lençol. Ele ali ele chegou encostar em mim, entendeu? A encostar em mim, o pênis, e tal. Então, não senti ali naquela hora. Depois que eu fui pra lá, que eu peguei e vi, eu falei assim... Bom se for alguma coisa, já, com certeza, já passou pra mim.

Psicóloga – Você já tinha tido um relacionamento anterior, meio que no escuro, lógico na praia.

Paciente – Foi, mas não chegou a penetrar em mim não, entendeu? Aí eu falei: bom se ele tá falando que não tem nada... e, se tiver não vou poder fazer mais nada, porque eu já fiz aquilo lá na praia com ele.

Psicóloga – O que teve na praia? Ele ejaculou, foi isso?

Paciente – Não, ele não ejaculou, não. Ele só ficou encostando em mim. Não chegou a penetrar não. Mas a parte tava na cabeça, então com certeza já tinha passado alguma coisa, não sei, né? Na hora...

Psicóloga – Ele é brasileiro?

Paciente – É. Só isso.

Psicóloga – E nos relacionamentos anteriores? Aconteceu alguma coisa assim? Não? Tem tido vida sexual ativa desde bem novinha, né?

Paciente – Hum, hum, cartoze, treze. Desde os treze anos.

Psicóloga – Você entendeu tudo, né? Uma pergunta que a gente faz aqui, como é que você viu as informações, você já um pouco tinha essas informações...
Quais são as expectativas que você tem agora em relação ao tratamento?

Paciente – Não sei... Eu tenho vontade de fazer psicologia porque eu quero me entender, mas... Eu parei de fumar. No dia que eu soube eu parei de fumar. Fiquei até outubro. Outubro voltei a fumar. Desde outubro eu tô fumando, até agora.... maio, junho... que eu vim aqui. Parece que eu fico esperando alguém falar assim... Acorda, pára... Eu precisei ouvir da doutora aqui pra mim parar de fumar, pra parar. O que que eu precisava? Não precisa nada. Eu ser consciente, não comprar mais, mas não, fui lá, continuei fumando. Sabia que isso aí interfere. Pó! Com certeza, tudinho. Como é que eu vou...

Psicóloga – Nesse processo que você tá agora?

Paciente – É de tratamento... não tem cura.

Psicóloga – O que não tem cura?

Paciente – HPV. Tem? Não.

Psicóloga – Não.

Paciente – Não tem. Eu vou me esforçar o máximo, pra mim num...ainda tô com... Eu quero saber como é que eu vou fazer pra engravidar. É isso que eu fico pensando agora, no momento. Porque... acho que eu fiquei falando tanta coisa que eu nunca ia ter filho, nunca ia ter filho, não, jamais eu vou ter filho. Arrumei um problema e agora é um processo.

Psicóloga – Um processo como?

Paciente – Pra engravidar, não?

Psicóloga – Como assim, você acha que vai impedir, é isso?

Paciente – Não que impeça, mas... Eu quero saber como é que faz? Se passa pra criança ou não? Porque eu li em livros que no momento do parto pode passar ou não. E, você fica... a sua imunidade vai cair, com certeza, na gravidez. Não sei, é muita coisa.

Psicóloga – Muita coisa? Então uma de cada vez, só pra eu entender, quais são as suas preocupações. Então, duas, eu entendi, expectativa. Uma, você parece estar preocupada porque você gostaria de fumar menos pra poder...

Paciente – Não, eu parei.

Psicóloga – Parou.

Paciente – Parei.

Psicóloga – Parou de fumar porque você sabe que isso não é bom pra quem pegou um HPV. O cigarro faz mal, faz mais mal você tá ruim no tratamento, né? E ficou preocupada em relação à situação de uma futura gravidez, né?

Paciente – É.

Psicóloga – Você vai tá com uma consulta médica e você vai poder esclarecer essas informações, não é isso? O HPV não vai passar assim não. Mas, o que você tem é que está em tratamento pra ter um seguimento. Vai depender dessa redução pra você ter o melhor controle possível. Você pode ter uma redução dos sintomas e até você voltar pro posto. Tem que fazer tudo direitinho. Que eu saiba é isso. Para não ter que fazer outros procedimentos. O risco pra gravidez maior é quando a pessoa tem um problema que a pessoa tem que fazer uma pequena cirurgia, cirurgia de colo e aí fica um pouquinho mais, se você fragiliza o colo, então você pode

entrar numa gravidez de risco. No parto e no pós-parto, não. Pro feto, não. Não é como o HIV. O HPV é sexualmente transmissível, contato sexual. Que eu saiba é isso. Posso tá dando informação errada. Você vai ter oportunidade de esclarecer isso com a sua médica. Agora tem que se informar mesmo, quanto mais você se informar melhor. Agora essa pressa toda. Você fala como se fosse uma fê(?). Você começou tendo uma vida sexual aos catorze, precoce e aos dezoito você tá achando que nunca mais... Você já nasceu velha, se eu posso pensar assim.

Paciente – Todo mundo fala isso pra mim. Meu irmão fala: e se preocupando a toa, se estressando a toa. Todo mundo fala. Todo mundo fala. Não sei, não sei. Não sei o que que eu penso. Eu penso assim: ah! eu quero casar nova, ou então. Sempre assim. Do meu primeiro relacionamento vão os quatro anos, com uma pessoa.

Psicóloga – Então foi dos catorze, treze até o ano passado?

Paciente – Não. foi dos treze aos dezesseis e pouco. Porque foi assim, depois de uns três anos, eu brigava muito com ele.

Psicóloga – Que idade ele tinha?

Paciente – Tinha 21. Eu brigava muito com ele. Ficava um tempo, brigava e separava, brigava e separava. Aí, depois voltava. Aí, depois que eu larguei, acabou. E ele é meu concunhado. O irmão dele é casado com minha irmã. Aí, já viu, né? Tudo em família. Eu queria ir num psicólogo mesmo. Eu nem sabia que ia ter consulta aqui. Falei pô! De repente eu até passo por um psicólogo, pra eu saber. Eu tô muito desesperada. Parece que eu tô desesperada. Parece que tudo vai acabar amanhã. Quero ver tudo agora.

Acaba amanhã. Os outros ficam assim para mim: “Diana põe o pé no chão. Qué isso. Tem muito tempo pela vida ainda, tá pensando nisso agora por que?” Não sei. É um problema!

Psicóloga – Tá certo. Você tá um pouco apressada. Precoce e apressada. Depois você também fala sobre isso com a médica, porque tem o serviço e ela faz o encaminhamento. Você se informa... e até solicita isso em função disso que você tá falando. Por conta disso tudo que tá acontecendo será que eu poderia, aí ela faz o encaminhamento. Tá? Que mais? Você entendeu tudo ou quase tudo. Você fazia os seus tratamentos... Você quer fazer uma conclusão, um resumo do que a gente conversou? Pra mim tá bom. Eu tô satisfeita. E pra você?

Paciente – Pra mim também.

Psicóloga – Você acrescentaria alguma coisa?

Paciente – Não. Não acrescento nada não. Já falei pra caramba.

Psicóloga – Tá bom.

Paciente – E agora?

Psicóloga – Agora você vai pra consulta.

ENTREVISTA

PACIENTE: CLEIDE

Psicóloga – Você tava começando a falar que você tava nervosa porque você tinha acabado de perder uma cunhada?

Paciente – É cunhada. É. Câncer de útero.

Psicóloga – Aqui mesmo?

Paciente – É. Aí quando me pediram pra mim vir pra cá, aí fiquei maluca. Fiquei nervosa vir pra cá. Aí o doutor falou: não, mas você não tem nada não. Ah, mas eu fiquei nervosa. Esse hospital o problema quase todo é aqui, né? Esses problemas de câncer, essas coisas assim. Aí eu fiquei nervosa.

Psicóloga – Como é que pediram pra você? Essa é a primeira consulta? Segunda? Você já tá em tratamento?

Paciente – Não. Eu fazia tratamento lá.. faço lá no PAM de Coelho Neto. Fiz com a Dra. Maristela, ginecologista lá em Coelho Neto. Fiz o primeiro preventivo com ela, tudo bem. No segundo começou já, apareceu esse problema. Ela mandou... em dezembro eu fiz o último, e ela me encaminhou pra cá. Ela disse que eu tinha que fazer um tratamento porque eu tava com um problema no colo do útero, mas não era nada demais, era porque aqui tem aparelhagem pra ver as coisas, né? O problema, né? Falou que um problema de uma inflamaçãozinha. Mas, aí eu fiquei nervosa, porque né. A gente fica nervosa sabendo que tem uma doença. Pode ser uma doença né, uma coisa que acaba com o ser humano, e eu fiquei nervosinha.

Psicóloga – Ficou nervosinha? Quanto tempo você tá aqui, agora, trata aqui?

Paciente – Tô aqui desde maio.

Psicóloga – Desde maio? Você fazia seus preventivos com frequência?

Paciente – Fazia. Fazia de seis em seis meses, de ano em ano... Eu me tratava com a Dra. Cléa, lá em Marechal Rondon, mas, ela se aposentou, mas agora tá no consultório dela, mas eu não posso pagar a consulta, R\$ 50 à consulta. Muita boa ela também. Fiz uma cauterização com ela. Mas, agora não dá mais pra mim, particular né? Eu fui pro PAM de Coelho Neto, eu me trato lá, sou hipertensa também.

Psicóloga – Com o diagnóstico te mandaram pra cá. Você teve quantas consultas aqui, já?

Paciente – Aqui já tive umas três.

Psicóloga – O que você tá fazendo como tratamento?

Paciente – Ela mandou... a doutora me passou esse remédio aqui (a paciente mostra a receita) pra fazer, né? Esse aqui é a pomada. Esse aqui pra fazer na farmácia e mandou voltar em dezembro, retorno no dia 05/12.

Psicóloga – Você tava fazendo algum tratamento com aparelho, alguma coisa?

Paciente – Não. Ela mandou usar a pomada. Falou que não tinha nada. Só que eu não podia abandonar o tratamento. Pra mim voltar aqui. Retornar. Mandou eu retornar... mas a moça marcou pra dezembro. Pra mim voltar, não deixar de voltar. Porque tá bem, né? Mas pode voltar, né? É uma coisa grave.

Psicóloga – Como é que você entendeu isso, que ela explicou?

Paciente – Eu entendi que tá bem. Tá bem? Ou não tá?

Psicóloga – Não, eu tou perguntou como você entendeu?

Paciente – Ela falou que é apenas um... não é o que... que dizem... pode ter sido nervoso. Porque eu tava nervosa quando eu fiz. Ela perguntou se eu quando eu fiz eu tava nervosa? Eu tava. Porque eu nunca fiz um preventivo pra doer e esse doeu. Esse doeu. Todo mês eu tenho cólica. Ela falou que isso é normal.

Psicóloga – Quem falou que isso é normal?

Paciente – A doutora.

Psicóloga – Qual doutora? Dra. Vera?

Paciente – Dra. Vera. Ela falou que é assim. Pode ser assim. Ela passou essa vitamina e essa pomada.

Psicóloga – Você tá com quantos anos?

Paciente – Cinquenta e oito.

Psicóloga – 58 anos? Você tava tendo algum sangramento anormal?

Paciente – Não. Não tenho nada, graças a Deus.

Psicóloga – Você ficou nervosa por causa da situação da sua cunhada?

Paciente – É eu achei que poderia ser a doença, né? A doença dela.

Psicóloga – Como é que foi a situação dela? Ela tratou aqui?

Paciente – Ela foi encaminhada pra cá.

Psicóloga – Quando aconteceu isso?

Paciente – Isso já tem uns seis ou sete anos, já. Meu marido morreu depois dela, tem cinco anos que meu marido já foi. Meu irmão que me falou que ela tinha vindo aqui, e o médico dito que ela tava com essa doença. Aí, ela desesperou, também não quis mais nada, tratamento, tomar remédio, mais nada. Antes dos três meses ela partiu.

Psicóloga – Ela já tava com uma doença avançada?

Paciente – É tava avançada, porque ela não quis... ela soube que tava com problema no útero, ela não... não procurou melhorar.

Psicóloga – Ela ficou desde quando ela soube... ela levou um tempo sem procurar tratamento?

Paciente – É. Ela achou que tinha que trabalhar, tinha que viver a vida dela, pagar as contas dela. Meu irmão só fazia beber. Aí ela ficou agitada, aí mesmo que ela não procurou.

Psicóloga – Ela não fez tratamento?

Paciente – Não fez não. Não fez não.

Psicóloga – Quer dizer, ela não veio pra se tratar?

Paciente – Quando ela passou mal, trouxeram ela pra cá, aí o médico disse que não tinha mais jeito, não tinha mais cura.

Paciente – Isso é as palavras do meu irmão, né? Eu não sei ao certo, porque não tinha mais contato com ela. Tava brigada por causa do meu irmão. Porque meu irmão bebia, tinha um bom emprego e perdeu por causa dela. Esses problemas de família. Aí eu fiquei nervosa, quando mandou fazer exame nesse hospital aqui. Aí já fiquei nervosona.

Psicóloga – Você é casada?

Paciente – Sou viúva.

Paciente – Mas, você tem um companheiro?

Paciente – Eu tinha.

Psicóloga – Tinha?

Paciente – Tinha. Passei dois anos com ele, mas ele foi embora assim... Quando fui encaminhada pra cá, não sei o que aconteceu, que ele sumiu. Não me deu motivo, nem nada. Foi um bom casamento.

Psicóloga – Tava bem?

Paciente – Tava.

Psicóloga – Foi porque você foi encaminhada pra cá? É isso?

Paciente – Não sei. Não.

Psicóloga – Mas o que você acha? O que que você achou que aconteceu?

Paciente – Não sei. Não sei dizer não.

Psicóloga – Ele soube que você foi encaminhada?

Paciente – Eu falei que eu tinha que fazer um tratamento. Daí eu usei uma pomada. Primeiro eu usei uma pomada. Repeti o preventivo...

Psicóloga – A médica que passou fez algum tratamento pra ele também?

Paciente – Não. Não chegou não. Ela falou que eu tinha que ter um companheiro porque eu tava ressecada. A dra. Vera também falou que eu tinha que usar a pomada porque eu tava muito ressecada e isso me prejudicava. Ele também me procurou umas duas vezes e eu não quis, porque eu tava assim. Tava usando a pomada. E dói muito. Doía muito. Quando eu tinha relação doía muito. Aí eu evitava.

Psicóloga – Você tava evitando ter relação?

Paciente – Tava evitando, não sei se foi isso. Esses homens de agora só quer mulher só pra isso, né? Não sei se foi isso. Tá bom! Deixa ele pra lá e eu pra cá.

Psicóloga – Mas ele tinha algum problema de saúde?

Paciente – Não. Ele nunca me falou não.

Psicóloga – Não?

Paciente – Não, que eu sentisse não. Tinha não. Tinha problema por causa de cigarro.
Ele só fumava muito. Só isso.

Psicóloga – Então, ele foi embora?

Paciente – Foi embora. De vez em quando me liga, mas não fala nada não. Pergunta se tou bem? Tô. Também não tô levando pro problema pra ele não. Tô resolvendo meus problemas sozinha, eu e Deus.

Psicóloga – Mas ele liga como, pra saber se você tá à toa? É isso?

Paciente – Não. Ele liga ... Em maio mesmo, antes de eu vim aqui, ele ligou pra saber se eu tava bem? Falei que tava.

Psicóloga – Bem de saúde?

Paciente – É. Falei que tava. Mas agora ... As filhas dele que ligam pra mim, porque elas se davam muito comigo. Ligam para mim, para mim ir lá ver elas, que não tem nada a ver, a amizade é a mesma, mas eu não tenho ido não. Não tenho procurado as garotas, não. Já pra não encontrar ele, né? Aí eu não procuro não. Mas, tá bom. Cinco anos que eu tô viúva. Conheci ele na rua, assim, uma coincidência. Gostei, ele gostou também, mas... Bem, ele disse que gostava.

Psicóloga – Vocês ficaram quanto tempo juntos?

Paciente – Ficamos dois anos, quase dois anos, faltou dois meses para dois anos. Muito bom. Não tenho nada que falar. Foi muito bom ele. Enquanto durou foi muito bom. Mas, eu não sei se foi devido a uma... Tenho uma filha que não gostava dele. Sabe? Falava assim: “Mãe, ele menti pra você. Ele te

engana, mãe. A senhora gosta dele é problema seu, mas ele tá te enganando”. Mas, aí...

Psicóloga – Filha dele?

Paciente – Não, é minha filha.

Psicóloga – Sua filha?

Paciente – Minha filha.

Psicóloga – Te enganava como? Ele tinha...

Paciente – Falava que ele me enganava. Dizia que vinha, aí não vinha. Aí, ela dizia: mãe ele tá te enganando. Ele não veio porque não quis. As vezes falava que viajava. E era mentira, sabe? Depois eu sabia que era mentira. Mas, não falava com ela, porque ela não gostava dele. Aí não falava nada. Aí, passou. Agora espero que... Deus me ajude. Que eu não tô... Vou continuar meu tratamento, em dezembro vou voltar pra fazer meu preventivo... Vou usar o remédio que ela me passou. E vou continuar minha vida e seja o que Deus quiser.

Psicóloga – Você tem alguma recomendação, alguma coisa especial, você tem que ter relação com a camisinha, no seu caso?

Paciente – Não. Não com a camisinha não. Porque eu conheci ele. As vezes eu ia passar o fim de semana na casa dele e não via nada. Não tinha necessidade. E ele falava também que não gostava: “Eu não gosto. Não tem necessidade eu só tenho você”. Agora não sei. Acho que não, porque eu não tenho, graças a Deus eu acho que não tenho nada, né? Problema, problema, problema grave não. Agora inflamação, eu sempre tive inflamação no

útero por causa de umas curetagens que eu fiz. Fiz três curetagens porque eu não podia ter filho. Fiz tratamento para ter. Só tenho dois filhos.

Psicóloga – Aí você fez tratamento pra poder ter...?

Paciente – É pra poder ter a primeira foi que perdi. Tava com dois meses. Casada há pouco tempo. Não tinha experiência nenhuma da vida. Aí perdi o primeiro no Fernando Magalhães. Depois que eu perdi fiz um tratamento, peguei uma ferida no colo do útero, fiz um tratamento com uma doutora. Fiquei boa, foi quando eu engravidei da segunda filha, que é a mãe dos meus netos. Aí depois de cinco, seis anos peguei outra. Só tenho elas duas, só. O último eu peguei, mas é..., tirei. Meu marido era muito... me maltrava. Aí, peguei tirei. Tomei uns remédios. Aí eu provoquei, né? Aí, ele pagou pra ligar. Eu tirei e liguei as minhas trompas. Já tem mais de quinze anos, já. A minha mais nova está com vinte e sete anos. Foi proveniente dessas coisas, né?

Psicóloga – Também. Tem isso. Já tem um histórico de ter vários tipos de problemas, que você acha...

Paciente – É minha cunhada fez um aborto. Acho que foi isso. Ela continuou trabalhando, meu irmão maltratava ela. Não sei, também. Tem vários modos de...

Psicóloga – De adoecer?

Paciente – De adoecer é. Eu acho que isso pode ser de uma ferida mal cuidada, né? Aí, aparece essas coisas, né? Isso é meu pensamento.

Psicóloga – Sei, é seu pensamento. No seu pensamento tem vários modos. Quais são esses modos? Um você já falou. Que mais você acha que pode causar?

Paciente – Às vezes é hereditária, né? Foi isso que a doutora falou: “Na sua família tem alguém?” Não, eu falei. Tinha minha cunhada. “Mas sua cunhada não é seu sangue. A não ser que fosse sua irmã”. Uma irmã... Não, na minha família, graças a Deus não tem nada disso.

Psicóloga – Que mais você acha que pode causar isso? Ferida. Ser hereditário.

Paciente – Isso, é ferida, só isso. Mal cuidada, né? Ou hereditária. Só isso. Só esse problema. Claro que... Ontem mesmo eu fui ao médico da vista, porque eu tenho uma córnea implantada, transplantada no olho esquerdo e, fez quatro anos ontem. Mas, eu tô sempre... tava sendo acompanhada, né? Pelo médico na Clínica de Olhos. Ando com os colírios na bolsa que eu sempre tô botando de quatro em quatro horas, de três em três horas, assim. Tudo controlado. Tá bem. Ontem eu fui lá, tá bem. Só que eu não enxergo direito. De longe não dá. O médico falou que era pouca coisa que ia melhorar, não ia melhorar totalmente. Foi uma lesão que eu peguei na córnea e perdi o olho. Mas o resto... problema de saúde é da velhice mesmo, depois dos quarenta vai aparecendo tudo, né?

Psicóloga – Tá. Mas, você não tem que usar camisinha também daqui pra frente? Não tem essa exigência, não? Você pode...

Paciente – Não. A não ser que... eu não pretendo ter mais ninguém não. Eu só tive meu marido. Foi meu primeiro namorado. Foi meu marido. Vivi trinta e dois anos com ele. Nunca tive outro homem. Depois que ele morreu que eu conheci esse rapaz, né? Minhas filhas: Oh! mãe fica. Você precisa de um companheiro. A senhora vive sozinha. A senhora gosta de passear, tomar uma cervejinha... Aí foi indo, foi indo, fiquei. Passei um ano e pouco. Mas

agora não tô pretendendo mais ter ninguém, não. Muito problema na minha vida, né? Ainda pra arrumar homem pra me dar mais problema? Tomo conta dos meus dois netos... Faço um acompanhamento de hipertenso que agora deu pra pressão subir também. Tenho o clínico geral, tenho a ginecologista que ela me encaminhou. Falou depois que eu resolvesse isso aqui, pra mim voltar pra lá, pra ser acompanhada, continuar lá, com ela, lá.

Psicóloga – Você vai voltar depois pro posto?

Paciente – É.

Psicóloga – Você só veio aqui pra fazer exames, talvez a consulta...?

Paciente – É. Pra tirar isso que tava acontecendo. Essa inflamação. Ela falou que era inflamação. A doutora Vera falou pra mim que tá tudo bem, mas pra mim continuar acompanhando o tratamento. Uns seis meses eu volto aqui. Ela marcou, mandou... Eu vim pra marcar pra dezembro, mas essa menina podia marcar, ela já marcou para voltar em dezembro. E eu vou vir, se Deus quiser. Vou usar os remédios que ela passou. Espero que fique tudo bem. Falei com minhas filhas também. A mais velha fez, tá tudo bem. Agora a mais nova nunca foi ao ginecologista. Tá com vinte e sete anos. Ela não gosta.

Psicóloga – Ela é casada?

Paciente – Não. Ela vive. Fim de semana eles ficam juntos. Quando estão de férias viajam juntos. Ela usa remédio. Ela usa pílula. Ela namora ele a cinco anos. Eu falo: “Vai no médico... faz um tratamento. Às vezes tá com uma inflamaçãozinha que não vai a médico aumenta e que já vai dar um

problemão, uma coisa grave”. Aí, ela fala: “Ah mãe! Eu não tô sentindo nada”. Eu também não tô sentindo nada, mas tive que ir para o hospital para fazer uns exames rigorosos. Mas não quer. Não posso fazer nada. Criança que a gente a garra e leva. A outra faz. Ontem mesmo ela chegou com uma receita. Fez exame de sangue, tudo, que ela tá com problema de arritmia. Desde que ela teve o segundo filho, ela tá com problema de arritmia. Tá com pressão alta. Carrega muito peso. Que ela trabalha em supermercado. Protomotora de mercado. Tem que carregar aquelas caixas, sabe? Para abastecer os mercados com mercadoria. Ela sempre vai ao médico, ela é doadora. Mas, agora ela não tá indo mais, por causa do problema da pressão. Não tá indo mais doar sangue, não.

Psicóloga – Você já ouviu falar que tem uns casos de, que não é o seu caso, de câncer de colo de útero causado por vírus?

Paciente – Não.

Psicóloga – Nunca ouviu falar disso? Nem na televisão?

Paciente – Se já escutei não prestei atenção.

Psicóloga – Não prestou atenção.

Paciente – Por que? Esse é o meu problema?

Psicóloga – Não. Não achei que é seu problema não. Acho que não é o seu problema. Mas, eu tô perguntando se você já ouviu falar, disso?

Paciente – Já.

Psicóloga – Já?

Paciente – Já acho que já mas não prestei atenção direito.

Psicóloga – Não? Não parou pra...

Paciente – Não. Eu acharia que era daquele outro jeito que eu te falei. Mas tem esse também? Tem esse também?

Psicóloga – Tem esse também.

Paciente – Tem que usar camisinha, porque se não pega esse aí?

Psicóloga – Tem. Tem também isso. Mas, como o que estou estudando é saber sobre várias coisas, inclusive isso. Então eu quero saber, o que que você sabe, se você já teve alguma informação. Pra saber uma coisa importante. Muitas vezes as pessoas não fazem exames, por não terem informação. Mas, não é o seu caso, você faz exame normalmente.

Paciente – Eu fazia e sempre fiz. Depois que eu tive o primeiro meu filho, aí sempre fazia. Já proveniente desse negócio, das cauterizações, da ferida que eu tive no útero, proveniente dos abortos que eu tive. Aí eu fazia

Psicóloga – Você já fazia por prevenção mesmo, já tinha orientação médica por causa disso?

Paciente – Já. Fiz tratamento de menopausa... Só não acabei por causa daquelas greves grande, aí eu parei.

Psicóloga – Que que você fez de tratamento de menopausa?

Paciente – Eu tomava remédio. A doutora passava é... uns remédios, pra repor hormônio, essas coisas e pomada, sempre usei pomada que ela passava. Mas, aí teve aquelas greves, área de risco.... Coelho Neto, perto Jorge Turco. Acari. Moro ali. Saía de madrugada. Quatro horas da manhã já era para tá lá na fila pra pegar número. Lá em Marechal Rondon, lá num São Francisco Xavier....me tratava ali. Tenho cadastro lá e tudo, prontuário lá e tudo. Mas tem muitos anos que eu não vou lá, tem uns três ou quatro anos

que não vou mais lá. Tenho no Pedro Ernesto também que eu consegui a córnea foi no Pedro Ernesto. Meu marido fala assim: “Você não sai do hospital. Você só vive no hospital”. Se eu só vivo no hospital... Já pensou se eu não fosse, não é? Já a gente não fosse no hospital. Eu sempre fui no hospital. Sempre tomei remédio.

Psicóloga – Então você sempre se tratou?

Paciente – Sempre me tratei.

Psicóloga – Seu marido não se tratava?

Paciente – Não.

Psicóloga – Ele morreu de quê?

Paciente – Ele morreu de acidente. Ele era... ele tinha o mesmo problema da minha filha. Ele era hipertenso e tinha problema no coração. O coração dele já tava muito grande. E ele tinha problema de hérnia de disco. Só ia no hospital quando passava mal. E ele tinha, ele era muito fanático no Flamengo. Flamenguista doente, de chorar. Aí na vitória, há cinco anos atrás, a vitória do Flamengo no Vasco, ele foi soltar um fogos, aquele que dá sete tiros, ele acendeu... já tinha tomado um pouco cerveja. Ele acendeu errado. Em vez de botar pra cima ele botou o troço pra baixo, tudo pra baixo, aí estouro na mão. Levou os dedos dele, os cinco dedos, só ficou esse. Esse aqui estourou abriu e abriu a palma da mão. Ficou internado no Souza Aguiar uns sete dias e infartou devido ao problema, ele ficou traumatizado. Mas o médico ainda reimplantou, só perdeu as primeiras falanges, mas ele achou que...ele era nortista muito orgulhoso, achou que não ia viver mais se não podia trabalhar e aí o coração começou a acelerar

e aí infartou. Fez cinco anos, foi no ano 2000. tava com 56 anos. Morreu.
O Flamengo tá... O meu genro é igualzinho. Um é vascaíno o outro é
flamenguista. Também são doente.

Psicóloga – Mas, você não tá nessa, você se mata?

Paciente – Eu não. Eu não.

Psicóloga – Você se cuida direitinho?

Paciente – Me cuido.

Psicóloga – E cumpre direitinho aquilo que é determinado?

Paciente – É.

Psicóloga – Tá certo. Quais as expectativas agora? Você tá bem, você vai fazer seu
seguimento direitinho, vai voltar em dezembro. Não tem nenhuma
preocupação maior, você não tem nenhuma cirurgia, não tem nada em
vista que você tenha que fazer.

Paciente – Não, não. Eu já fiz tanta cirurgia. Já fiz duas perine, a última foi uma
plástica. Eu fiquei toda ruim com a plástica. Aí que eu tinha... Eu tenho
muita varize. Eu tinha varize por baixo, na vagina. Aí eles me cortaram de
qualquer jeito na primeira fila. Aí eu fiz uma segunda perine.

Psicóloga – Cortaram o quê? As varizes?

Paciente – Não. Me cortaram muito. Me cortaram pra trás. Eu tinha muita varize. Aí
eles me cortaram pra trás, pro ânus. Eu fiquei com tudo... eu tinha um
caroço, uma bola pra fora. O médico disse que era a raiz do ânus que tava
pra fora. Aí eu tive que botar pra dentro, operar. A última cirurgia...

Psicóloga – Como se fosse uma ...

Paciente – A última cirurgia eu fiz lá na Fundação Bela Lopes. Foi a última. Aí, depois eu fiz um implante de córnea. E tô agora graça a Deus... espero que Deus me ajude e que eu não precise fazer mais nada. A pior coisa é a gente ficar em hospital. Na cirurgia. Nessa época de greve fica triste. Na vontade dos médicos, dos atendentes, né? Fica demais, meu Deus do céu, a situação que a gente

Psicóloga – Tá bom Cleide pra mim tá bom. Tem alguma coisa que você queira acrescentar, que você...?

Paciente – Não. Esse negócio que você falou do colo do útero, do vírus. É o homem que tem algum problema e passa pra mulher?

Psicóloga – É.

Paciente – Pro útero da mulher?

Psicóloga – É, tem casos assim de que o homem é o hospedeiro.

Paciente – Uma colega minha me perguntou, se não foi ele.

(Alguém abre a porta inesperadamente e interrompe o que a sra. Cleide estava falando)

Paciente – É...

Psicóloga – Uma amiga sua...

Paciente – Uma amiga minha me perguntou: Será que ele não tinha o problema e passou pra você? Aí, eu falei, não acho que não. Porque se não tinha dado, né? Antes. Será que dava antes. Aí, eu falei: não. Acho que não.

Psicóloga – Não. Se fosse a médica teria falado alguma coisa.

Paciente – É... lá, a de lá me explicou que era uma inflamação que eu estava no colo do útero. É... não sei escamosa, né? Não sei o quê escamosa. O preventivo ela não me deu, tá aí com ela, aí. Era falta de células, células escamosas.

Disse que tava escrito no preventivo. Aí eu perguntei que que era. Ela falou que era uma inflamação que você está no colo do útero. Então já usou remédio, antiinflamatório, usou pomada... Ainda continua, ainda tá acusando. Aí fiquei preocupada. Mas,... Vou continuar fazendo meu tratamento.

Psicóloga – Claro, até porque ninguém merece. O importante é isso, se fosse mais alguma coisa, ela falava pra você. Tá bom Cleide, pra mim tá bom.
Obrigada.

Paciente – De nada.

ENTREVISTA

PACIENTE: JANETE

Psicóloga – Você tá aqui há quanto tempo? Você veio pra cá...

Paciente – Comecei a semana passada. Aí, eu não pude vir. Aí, eu vim nessa 4ª feira para fazer o preventivo.

Psicóloga – É sua primeira consulta?

Paciente – É. Não é a segunda.

Psicóloga – Segunda. Você veio de onde? Como você veio pra cá?

Paciente – Eu vim do Carmela Dutra, fazer o preventivo. Aí, deu HPV, né. Me mandaram pra cá.

Psicóloga – Você fazia preventivo? Com que...?

Paciente – Sempre fiz. Sempre fiz preventivo.

Psicóloga – Sempre? Sempre, desde quando?

Paciente – Sempre dando problema. Desde 2001 dando problema.

Psicóloga – É?

Paciente – Passando pomada.

Paciente – É? Lá no Carmela Dutra?

Paciente – Não eu fiz em outros hospitais também. Fui no IASERJ 2001. Fiz no outro que eu fiz, foi o SESI também fiz. Deu problema também. Fiz no Carmela deu problema também.

Psicóloga – O que que você...? Era o mesmo problema?

Paciente – Era o mesmo problema. Aí mandaram pra cá.

Psicóloga – E você se trata usando o quê?

Paciente – Pomada e passou injeção no IASERJ, no SESI passou pomada.

Psicóloga:...?

Paciente – É também. Pomada e os remédios.

Psicóloga – Então desde 2001 que você está tendo problemas por conta do HPV. Você tá com quantos anos?

Paciente – Trinta e cinco.

Psicóloga – Trinta e cinco. Então tem quatro anos.

Paciente – É.

Psicóloga – Você é casada?

Paciente – Não, solteira.

Psicóloga – Tá solteira. Você tem um parceiro?

Paciente – Não tenho mais. Com esse problema não dá pra ter mais.

Psicóloga – Como assim?

Paciente – Esses problemas, né? Essas doenças, também.

Psicóloga – Que doença?

Paciente – HPV é uma doença, né? Nós não tem cabeça pra tá pensando...

Psicóloga – Você tá quanto tempo sem parceiro?

Paciente – Ah, tem o que? Tem uns dois anos. Aí não quis mais. Camisinha, né? Não quis mais.

Psicóloga – Você não quis...?

Paciente – Já usava camisinha, já antes. Já usava antes.

Psicóloga – Você usava camisinha?

Paciente – Sempre usava camisinha. Ele que usava. Sempre. Porque o pai da minha filha faleceu há muitos anos. Sempre usava camisinha. Agora ele passou a

usar camisinha, né? Depois não quis mais. Não tive mais cabeça, não quis mais encontrar com ele não. Tem uns dois anos já.

Psicóloga – Espera, só pra eu entender Janete, quem sempre usava camisinha era o pai da sua filha?

Paciente – Não, o pai da minha filha, não. Esse aí que nunca usou mesmo.

Psicóloga – O pai da sua filha tinha o que? Ele faleceu? Não, separou?

Paciente – Eu separei e mataram ele.

Psicóloga – Você tinha seu companheiro...

Paciente – Usava preservativo.

Psicóloga – Você usava preservativo por que?

Paciente – Eu mandava ele usar.

Psicóloga – Por que?

Paciente – Porque tinha...

Psicóloga – Por que o médico mandou?

Paciente – É. É bom usar preservativo. Tem que usar.

Psicóloga – Mas você passou a usar desde quando? Desde que você teve a primeira relação com ele ou foi o médico que fez alguma recomendação ou teve alguma relação com seu tratamento? Por que você tava usando preservativo?

Paciente – Eu tenho que usar preservativo com essas doenças.

Psicóloga – Com as doenças... o médico, então, que mandou?

Paciente – É.

Psicóloga – Foi o médico que falou isso?

Paciente – É. Tem que usar preservativo. Porque tendo problema no preventivo, né?

Psicóloga – Você tá dizendo que deixou de ter seu relacionamento com ele por causa disso?

Paciente – Porque esse negócio de câncer, mexeu com minha cabeça. Porque se não tratar dá câncer. Fui parando de me encontrar com ele. Fui parando. Não dava para ter problema. Não tenho cabeça pra pensar em namorar. Não tenho. Com um problema desse, né?

Psicóloga – Como assim? Me explica melhor. Se você tratar...

Paciente – Porque se não tratar dá câncer, né?

Psicóloga – Ele não queria que você tratasse?

Paciente – Não. Nem cheguei falar. Nem cheguei falar. Homem é muito ignorante. Nem cheguei falar. Acho que homem é muito ignorante pra falar esses assuntos. Melhor separar, largar pra lá. Pensa um “cado” de besteira.

Psicóloga – Tipo?

Paciente – Pensa que a mulher andou com vários homens, porque tá doente, né? Eu fui: “Deixa pra lá. Vou fazer meu tratamento”. Acho que tá melhor assim.

Psicóloga – Você chegou a ter relação com ele usando camisinha?

Paciente – Usava camisinha.

Psicóloga – E, ele falou isso pra você, quer dizer, que você, que ele achava que você tinha algum problema?

Paciente – Não.

Psicóloga – Que você tinha tido várias homens?

Paciente – Não. Até que isso, ele num... ele é assim, rapaz novo, né? Quarenta anos. Trinta e oito anos. É rapaz novo. Quer dizer, ele pensa de outra maneira. Quando a mulher pede, usa. Ele não criava problema, não.

Psicóloga – Não?

Paciente – Não criava problema não. De preservativo não.

Psicóloga – Ele criava problema de outra coisa?

Paciente – Se eu fosse falar, se fosse falar...

Psicóloga – Ah, só que você não tinha falado que você tinha HPV? É isso?

Paciente – É?

Psicóloga – Que tava fazendo tratamento.

Paciente – É.

Psicóloga – O tratamento que você tava fazendo era o quê? Era remédio? O que que era?

Paciente – Era pomada, remédio. Aí eu falei assim: então não adianta.

Psicóloga – Ele tinha que usar também algum remédio? Teve algum tratamento que pediram pra ele também usar?

Paciente – Ele teria que usar também.

Psicóloga – Você não falou pra ele?

Paciente – Não falei com vergonha. Não falei. Não encontrei mais.

Psicóloga – É?

Paciente – É. Vergonha mesmo pra falar. O que que ele vai pensar da gente?

Psicóloga – O que que você perguntou? O que que o médico falou? O que que o médico falou? O que que você entendeu do HPV?

Paciente – Eu entendi que é uma inflamação, né? O HPV é um vírus, né? Que o homem passa. Homem passa. E se não tratar vira câncer.

Psicóloga – Como é que você... Considerando isso, mesmo assim você achou que não deveria falar com ele? Por que isso pode acontecer porque o homem passa?

Paciente – Mas achei que ele não ia entender não. HPV é doença venérea. HPV é doença venérea.

Psicóloga – Tá. Quem foi que passou essa informação pra você? Como é que você entendeu assim? Foi no Carmela?

Paciente – Foi no Carmela?

Psicóloga – Foi no SESI ? Foi no...?

Paciente – No Carmela, no SESI também falou.

Psicóloga – Foi? No SESI também falou?

Paciente – No SESI, e também falou no IASERJ, também.

Psicóloga – E você... pedisse pra ele, né, pra usar algum remédio, você fica com vergonha. Você falou isso pro médico, pra enfermeira, pra alguém?

Paciente – Não falei não.

Psicóloga – Por que você não falou?

Paciente – Vergonha mesmo. Muito chato isso pra mulher. Muito chato. Só se deu... só se fosse um mioma ou outra coisa, era mais fácil falar. Tô com mioma, entendeu? Não é culpa da mulher, é? Mas, falar que é HPV é uma doença venérea? Quem que não sabe o que uma doença venérea é. O homem que passa.

Psicóloga – Sei. Então, mas aí você não podia pedir... Tô perguntando o seguinte, se você falasse já que ele tinha que usar, o médico ou o enfermeiro podia, ele podia ir a uma consulta, uma vez e tal.

Paciente – Aí, ia falar que peguei de homem, o pai da minha filha no caso. Só podia ser dele, porque antes era ele, né?

Psicóloga – Você já tinha desde a época que você tava com ele, é isso?

Paciente – Eu acho que é. Por que na época que eu tava com ele, eu não fazia preventivo não. Fazia não. E a mulher dele morreu de câncer no útero.

Psicóloga – Então, a mulher do seu primeiro marido?

Paciente – É. Mas eu acho que ele sabia porque ele falou assim pra mim, quando eu tava namorando ele: Você faz preventivo? E, eu respondi: Eu não. Não faço preventivo não, eu nunca tive filho. Dava lavagem, essas coisas assim.

Psicóloga – Quantos anos você tinha?

Paciente – Remédio. Vinte cinco. Não vinte e quatro pra vinte e três. “Eu nunca tive filho porque eu vou fazer”. E ele: “Não você tem que fazer”. Depois ele me falou que a mulher dele morreu de câncer no útero. Eu fazendo esses exames. Já sabia que tava com esse vírus.

Psicóloga – Ele falou depois pra você que a mulher dele morreu. Aí depois que você foi fazer esses exames?

Paciente – Esses exames de 2001 e fiquei ligando uma coisa com a outra. Ele passou esse vírus pra mim. Quer dizer. Coisa chata, né? Eu acho que ele não fez o tratamento. Deve ter morrido até aqui mesmo nesse hospital, porque ele é do câncer. Tava com câncer.

Psicóloga – Quem, a mulher dele?

Paciente – É. Eu acho pode ter morrido nesse aqui. Quando eu vim aqui pela primeira vez, falei assim: acho que a mulher, a falecida morreu aqui, não é possível,

porque ela morreu de câncer no útero. Ele sabia, porque ele falava assim: você não faz preventivo, tem que fazer porque a mãe dos meus filhos morreu de câncer no útero. Mas eu não sabia que que era câncer no útero. Pra mim era a mulher que tinha muito filho, não sabia direito. Não sabia que era doença venérea, câncer no útero, não sabia. Fui saber mesmo em 2001 quando eu comecei a fazer os preventivos. Aí que eu vim saber. Aí liguei uma coisa com a outra. Ele tem esse vírus aí e fica passando pr'a mulher. Por que que não botou uma camisinha? Não sabia que tinha, né? É isso aí. Fazer o quê? Homem é isso aí. Não vale nem a pena falar com eles. Eles são ignorantes. É só a mulher que tem que tratar.

Psicóloga – Mas você podia ter falado. Vamos supor que ele dissesse que você pegou do outro, ele podia ter uma certa razão, talvez pudesse ter razão. Vamos supor que ele pegasse e passasse para outra pessoa? Você não pensou?

Paciente – É, mas, eu não pensei não porque homem é muito ignorante. O outro, o pai da minha filha foi ignorante comigo.

Psicóloga – Que que ele fez?

Paciente – Ele não usou preservativo. Ele sabia. A mulher dele morreu com câncer no útero. Porque é esse mesmo problema que eu tô agora. O mesmo problema. Mas, só que ela não fazia preventivo. Ele falou pra mim. Mas, eu não tinha maldade, né?

Psicóloga – Tem quanto tempo que ele morreu, que você falou?

Paciente – Tem uns seis anos, minha filha tá com três... tem sete anos.

Psicóloga – Tem sete anos que ele morreu? Ele foi assassinado porque ele tava envolvido com crime?

Paciente – Você sabe que eu nem sei o que aquele homem fazia. Alguma coisa ele aprontou. Alguma coisa. Porque ele tava de segurança. Não tenho certeza porque eu não tava mais com ele, nem quis mais ver a cara dele. Me falaram que mataram ele, mas de segurança. Alguma coisa ele aprontou pra morrer desse jeito. Não é fácil, não. Agora, quando a mulher tá com uma doença que dá pra falar pro homem. Não é só uma inflamação. Toma um remedinho. Mas não é só uma inflamação. HPV não é só uma inflamação é uma doença venérea. Vou chegar pra algum namorado e falar isso. O que que ele vai pensar. Que que essa mulher se ela é doente. Aí não quis mais nada não.

Psicóloga – Não quis? Você preferiu...? (Alguém bate à porta)

Paciente – Até que esse rapaz usava preservativo, tinha cabeça boa. Fiquei até com pena. Usava preservativo. Não criava problema. Que é outra cabeça. Agora, o pai da minha filha era ignorante, que homem não precisa usar e sabia tava com o vírus da mulher, né? Fazer o que, né? Vou ver se saio dessa.

Psicóloga – Você já tá quatro anos nisso?

Paciente – É nessa luta.

Psicóloga – Vai e volta? É o que NIC 1, 2 ou 3.

Paciente – NIC 1.

Psicóloga – NIC 1?

Paciente – Eu nessa luta. Não sei porque não me mandaram logo pra cá. Se não eu tinha me livrado já desse problema. Eu acho que o hospital em 2001 tinha que pegar e mandar pro hospital que tem o tratamento certo, né.

Psicóloga – Não, mas aí é porque tem o seguimento. Em geral faz o NIC 1 e depois é que vai fazer o tratamento que é o cirúrgico, uma colposcopia, exames que é uma seqüência. Mas, você tá no NIC 1, apesar de quatro anos. Não passou pra NIC 2, NIC 3, é isso, não?

Paciente – É, não. NIC 1.

Psicóloga – Mas, de qualquer jeito, tá ali persistente, né?

Paciente – Tá ali, né? Fazer o quê? Quem dera que fosse uma coisa que pudesse falar pra ele. Mas, esconder. Mas, agora que deu no exame HPV, que eles fizeram exame profundo. Vou falar assim: tô com HPV. Que mulher é essa. Será que eu tô andando com uma prostituta?

Psicóloga – Não, mas você pode pedir pra ele vir junto e o médico vai explicar pra ele.

Paciente – Mas é muito ignorante. Homem acha que mulher não tem doença nenhuma. Eles acham isso. Mulher que tem doença não é mulher direita. Então não falei nada, deixei pra lá, não vi mais.

Psicóloga – Já tem tempo que você não viu mais ele?

Paciente – Já tem muito tempo. É chato isso, né. Fazer o quê? Né?

Psicóloga – E você sabia disso? Você tinha não tinha idéia, quer dizer. Você fazia seus preventivos, mas ninguém tinha falado isso pra você.

Paciente – Falava que era inflamação.

Psicóloga – Antes de 2001, você fazia preventivo?

Paciente – Não. Não fazia não.

Psicóloga – Você fez porque você teve um problema?

Paciente – Eu fiz porque eu tava com corrimentos. Eu dava lavagem. Sabe aquelas lavagens de banho, antiga. Dando lavagem. Tomando agoniada. Tomava

muito aquilo. Então, achava que não precisava. Quando eu vi que o negócio ficou ruim pra mim, falei: vou ter que fazer um preventivo.

Psicóloga – Mesmo o seu ex-marido falando que você tinha que fazer, você não fazia?

Paciente – Não fazia. Mas, ele não me explicou, entendeu? Não sabia nem o que era câncer no útero. Pra mim isso era um câncer normal.

Psicóloga – Ele não explicou, mas você não fazia exame ginecológico antes? Ou você fez pouco?

Paciente – Não fazia exame preventivo não. Tinha vinte e três anos.

Psicóloga – Você teve filho. Você não fazia exame?

Paciente – Eu fazia, fiz preventivo sim. Fiz vários preventivos, eu nem me lembro mais. Mas, sempre dando inflamação.

Psicóloga – Antes de 2001?

Paciente – É. Sempre dando inflamação.

Psicóloga – Sempre dando inflamação?

Paciente – Sempre dando.

Psicóloga – Mas estas inflamações. Alguém te disse alguma coisa ou não?

Paciente – Não. Falou que era uma inflamação, que ia passar pomada, passaram uma injeção que eu nem me lembro mais.

Psicóloga – Passaram alguma coisa pra ele usar também ou não?

Paciente – Não. Foi só pra mim mesmo. Eu tive minha filha não quis saber dele também.

Psicóloga – Mas não tinha mais nenhum contato com ele. Passavam pra você os remédios.

Paciente – Só pra mim que eu fazia.

Psicóloga – Nessas vezes que você fazia... Ele falou isso, mas, depois dos tratamentos que você fazia, ninguém te disse isso não. Foi dizer em 2001?

Paciente – Foi.

Psicóloga – Você já tinha inflamação antes?

Paciente – Já tinha.

Psicóloga – Você fez alguns exames?

Paciente – Depois que eu tive minha filha, tive inflamação.

Psicóloga – Teve. Você fez alguns exames, mas ninguém falou pra você isso.

Paciente – Não só foi falar mesmo no IASERJ, no SESI, mas não falou que era HPV, falou que era inflamação.

Psicóloga – Depois que você separou do seu marido e até conhecer esse rapaz, nesse período... Que você ficou um período ... sozinha, você teve outras pessoas?

Paciente – Não. Só tive esse rapaz mesmo. Ele usava camisinha, porque ele era um cabeça aberta. Ele ra muito legal. Ele não fazia sexo sem camisinha. Se falasse ... Se não falasse nada, ele também queria sem camisinha. Eu falei: Não. Tem que ser com camisinha. Já tava muito bem, né? Mas, aí como era um rapaz de cabeça aberta, não falei nada, ele usava preservativo. Mas quando fui saber o que era HPV, me deu um nervoso tão grande. Falei: não dá não. Pensando que era uma inflamação pouca, era uma coisa dessa. Não é fácil.

Psicóloga – Mas é uma inflamação, pouca. Não é pouca não ou é muita?

Paciente – Eu acho que é muita sim. Porque é um vírus que..

Psicóloga – É um vírus que pode matar. Tem essa coisa de você ter o caso da mulher dele.

Paciente – Foi ele mesmo que em botou isso. Foi ele. Ele é desses homens que, que ...
Não tem uns homens que mata as mulheres dessas doenças? Ele é desses.

Psicóloga – Você tá achando que você vai morrer disso?

Paciente – Não. Eu acho que não porque eu tô correndo atrás. Eu acho que não. Eu não sou muito de baixar cabeça, não. Tô correndo atrás pra não morrer disso.

Psicóloga – Mas, você... Existem homens que fazem isso, de propósito, você quer dizer?

Paciente – De propósito com raiva, acho que faz isso. Faz sim. Eu conheço homem que faz isso. Estudava com uma garota... morreu não sei de que... morreu de câncer no útero. Tinha outra. Lembro que tinha um senhor que tinha três esposas. Todas três morreram de câncer no útero. Por que esse homem não fez um tratamento? Matou as três. É matou as três mulheres. Eles não fazem tratamento. Pra não ir passando, passando...

Psicóloga – Então, mas acho que talvez antigamente o pessoal não soubesse disso.

Paciente – Eu acho que foi há pouco tempo esse senhor. Sempre tocando um rolo lá. Morrendo uma, morrendo outra. É ignorância mesmo do homem. Ignorância mesmo. Minha sorte que esse último namorado não era ignorante. Usa camisinha. Usava. Mas se também falasse pra não usar caía dentro sem camisinha.

Psicóloga – O que que a Dra. Vera falou pra você? Você trata com ela, não é?

Paciente – É comecei o tratamento. Fiz meu primeiro preventivo com ela. O primeiro.

Psicóloga – Mas, você já trouxe todos os exames dos outros lugares.

Paciente – Trouxe. Isso na outra consulta, foi no dia 27.

Psicóloga –

Paciente – A menstruação desceu. Era pra ter feito quarta-feira, né? Aí, agora eu vim aqui...

Psicóloga – Tá chato que você vai perder mais um tratamento.

Paciente – Quando fala em preventivo me dá um nervoso. Entrei no com maior nervoso. O preventivo me dá uma agonia. Já foi tanto que eu fiz, sabe? Mas não consegui me livrar disso... Acho até que ainda vou conseguir me livrar. Não é? Não é fácil, não. Não é não. Mas, eu sempre fui cuidadosa, dava umas lavagens...

Psicóloga – Mas agora você tem alguma coisa? Você tem corrimento, você tem verruga?

Paciente – Tenho muito pouco. Verruga saiu. Saiu. Mas até com as pomadas que ela passou, eu senti que secou, sabe? Tinha três verrugas. Mas, ela passou uma pomada e secou sim. Fiquei até alegre. Fiquei até alegre porque é difícil. Mais difícil. Desde sempre ou cedo pra dar um jeito nisso. Se não eu ficava doida.

Psicóloga – E você tem corrimento também?

Paciente – Agora até que parou. Com essas pomadas... é o vírus mesmo. Porque o corrimento é muito pouquinho mesmo. Muito pouquinho. É que não passa de tudo não. Mas é bem pouquinho. Não é que nem era não. Porque ficou demais tive que correr atrás. Não é fácil. Ainda tem mais essa.

Psicóloga – Tá. Bom. Você espera ficar boa, né? Você entendeu tudo direitinho, né?

Paciente – É entendi.

Psicóloga – Tá bom. Pra mim tá bom, Janete. Janete, né? Seu nome?

Paciente – É.

Psicóloga – Você quer acrescentar alguma coisa?

Paciente – Não.

Psicóloga – Não? A expectativa agora é melhorar.

Paciente – É ficar boa. Até pensei em mandar tirar esse útero. Só serve pra ter filho mesmo, essa porcaria. E ter doença, ter câncer. Já até pensei, porque não é fácil. Ter filho eu não quero ter mais. Pra quê vou ter isso pra ficar dando problema. A outra falou a mesma coisa, também. A gente logo pensa em tirar.

Psicóloga – Mas, aí o que que a médica falou?

Paciente – Primeiro, não. Eu é que pensei comigo, não falei com ela não.

Psicóloga – Não falou com ela, não?

Paciente – Não. Não falei não. Não falei não.

Psicóloga – Mas aí tem que esperar, fazer um tratamento...

Paciente – Tem que esperar ver se ... Mas, também, se tiver que tirar ... Sei que tem que ter raspagem, né? Tô preocupada também. Ai meu Deus. Não é fácil. Eu trabalho. Tô na experiência num emprego ainda, né? Aí, fiquei pensando, não posso ficar sem trabalhar. Não é fácil, não meu Deus.

Psicóloga – É, mas se você precisar fazer, vai ser uma coisa breve, não é uma coisa longa, não.

Paciente – Não precisa ficar muitos dias?

Psicóloga:É só um dia? Acho que é, um diazinho só.

Paciente – Tomara que até lá eu saia da experiência. É três meses até o resultado do preventivo, né? Até lá passei da experiência no emprego. Não é fácil, né?

Psicóloga – Tá bom Janete obrigada, tá? Espero que fique tudo bem.

ENTREVISTA

PACIENTE: AMANDA

Psicóloga – Como é que a senhora veio encaminhada pra essa unidade? Você disse que ta na segunda consulta.

Paciente – Isso. Eu me tratava num posto de saúde do Irajá. O Clementino Fraga, onde tem muita gente contaminada. Aí eu fui buscar o meu resultado... Fui buscar não. Eu tava em casa, aí chegou um aerograma. Porque quando dá problema no resultado, eles mandam o aerograma pra sua casa. Eu cheguei, tava lá me mandando procurar um posto de saúde, pra mim ter uma nova consulta. Aí eu fui procurar. Quando cheguei lá, a enfermeira falou: “- que é que aconteceu?”. Ué, me mandaram o aerograma pra minha casa e falaram pra eu vir aqui pra olhar. “Ah, você espera um pouquinho”. Até então, eu não sabia qual era o resultado do exame. Aí ela pegou e foi falar com a doutora. A doutora me encaixou e me explicou que eu estava com HPV, que era uma displasia leve. Aí eu fui, fiz e ela passou um remédio; eu fiz um tratamento com aquele remédio naquele tempo. Depois eu voltei, fiz um novo preventivo e fiquei aguardando a próxima consulta. A minha consulta seria três meses; dois meses depois. Menos de um mês depois chegou um novo aerograma na minha casa. Eu voltei no posto e fiz tudo que eu fiz na primeira vez e eu tive que voltar a segunda. Aí, quando cheguei, eu perguntei; já cheguei perguntando: - o que é que aconteceu? Aí, ela: “olha, eu só posso entregar o exame diretamente à doutora. Pensei: pronto, aconteceu alguma coisa mais grave, que ela não quer deixar eu ver

o exame antes. Eu falei: - mas eu já sei o que é que é. Aí, ela virou e falou pra mim: “- você já foi; você já foi no Mário Krof?”. Não. Aí, ela: “ah, então tá”. Quando ela falou no Mário Krof, pensei... – Porque quando a pessoa fala no Hospital Mário Krof, a princípio você pensa o que? Ainda mais eu que já tinha feito um... Já tinha feito uma feira de ciências na escola e já tinha vindo aqui assistir palestras. Então pra mim, isso aqui era um hospital...

Psicóloga – Você tem quantos anos?

Paciente – Eu tenho vinte e quatro. Isso aqui pra mim era um hospital especializado em câncer e só isso. Eu peguei, cheguei no consultório, uma história. Aí me mostrou aqui: “você tem uma consulta marcada no Mário Krof?”. Eu falei: pronto, tô com câncer. Foi a primeira coisa que veio na minha cabeça. Ela falou: “não, você continua com HPV. Só que agora não explicando qual o tipo de displasia. Você vai ter que ir pro hospital; pro Mário Krof, pra poder fazer o exame.”. Eu cheguei aqui, fui. A primeira vez foi só pra marcar, depois eu fiz a primeira consulta, tomei o remédio que a Dr^a. Vera passou e hoje eu voltei pra fazer o preventivo.

Psicóloga – Tá. Então você tá fazendo o preventivo... E quais foram as orientações que você teve agora?

Paciente – Com a Dr^a. Vera?

Psicóloga – Isso. O que é que você entendeu dessas orientações?

Paciente – Olha, a princípio, ela disse que pelo que ela viu no meu exame, é só uma lesão inicial mesmo do HPV, e até regrediu sobre aquela primeira que eu tinha no início. Ela disse que pelo fato de eu ter tomado o remédio à

primeira vez... Aí, ela pegou... A única coisa que ela me disse, é que eu vou ter que voltar pra pegar o resultado. Mas a princípio, eu não tenho nada de tumor. Não tenho nada mais grave. É só HPV mesmo. E pra toda relação sexual que eu tiver, usar camisinha.

Psicóloga – Durante quanto tempo essa orientação?

Paciente – Até saber acho que o resultado; um novo resultado, eu tenho que usar a camisinha.

Psicóloga – De quanto em quanto tempo, você tava realizando os exames?

Paciente – Todo ano.

Psicóloga – Todo ano você fazia?

Paciente – Não. A partir desse primeiro resultado de HPV que eu tive, foi quando eu fiz de seis em seis meses. Foi em Dezembro.

Psicóloga – Dezembro de?

Paciente – 2004.

Psicóloga – 2004?

Paciente – Isso.

Psicóloga – Aí você passou a fazer...

Paciente – De seis em seis meses.

Psicóloga – Antes você fazia de ano em ano, aí você passou a fazer de seis em seis meses?

Paciente – Isso.

Psicóloga – Tá. Bom, agora em relação a essa situação... Como é que você ta vendo... Qual o temor em relação ao tumor... Você acha que vai conseguir controlar bem... Que é que você tá pensando...

Paciente – Bom, controlar bem, eu creio até que eu vá controlar. Até porque a Dr^a. Vera já tirou um pouco da minha preocupação.

Psicóloga – A preocupação qual era? Que fosse...

Paciente – Um tumor. A preocupação, a princípio, é essa: que você tem um câncer. Só que a Dr^a. Vera disse que ela não viu nada.

Psicóloga – Você tem quantos filhos?

Paciente – Um.

Psicóloga – Que idade tem seu filho?

Paciente – Cinco.

Psicóloga – Em relação à vida sexual... Você sabia que o HPV tem essa possibilidade de relação com o resultado? Tem o aspecto de ser sexualmente transmissível... Você tinha essa informação... Não tinha...

Paciente – Não, ter, eu tinha. Só que, eu já sou casada há sete anos. Então você imagina o que? Fazendo o exame todo ano, nunca deu nada. Você imagina o que com isso? Nunca tive nada, não vai ser agora. Eu tenho relações só com o meu marido. Você pensa que aconteceu sempre com o seu vizinho... Ou com o vizinho do vizinho... Porque dentro da sua casa, você acredita que não vai acontecer. Quando eu peguei o resultado, foi até uma coisa assim espantosa pra mim, porque dentro de casa eu tive até problemas com o meu marido.

Psicóloga – Como assim?

Paciente – Porque ele achava que eu tinha tido outras pessoas na rua e eu achava que ele tinha tido outras pessoas na rua também. – Entendeu? Ele com outras e eu com outros. Só que no meu caso, eu posso; eu tenho certeza absoluta

que, se eu tiver pego isso de alguém, ou foi antes dele; ou foi dele. Porque depois dele, eu não tive mais ninguém. Então é isso, porque você pensa; você imagina que não vai ter. Você tá relacionada com o seu marido; porque, a princípio, você sabe que você vive com o seu marido, e ele vive pra você, você não imagina que ele vai ter uma pessoa na rua, pra poder trazer uma doença pra dentro de casa.

Psicóloga – E a informação já afetou a sua relação com ele... Alterou, modificou...

Paciente – Às vezes altera. Às vezes eu tenho problemas sobre isso, porque ainda mais quando tá assim próximo de ter consulta, ele sempre lembra, querendo dizer, sempre jogando pra cima de mim; querendo dizer que a culpada sou eu. Que eu fiz alguma coisa na rua.

Psicóloga – E agora com o fato de você ter que ter relações com camisinha, isso afeta...

Paciente – Não. Ele não gosta. Afeta assim, no caso achar que eu tenho que ter relações com camisinha porque... Porque, a princípio, ele diz que eu joga pra cima dele e ele joga pra cima de mim.

Psicóloga – E você joga a culpa?

Paciente – Não, eu às vezes falo realmente que... Porque eu tenho total certeza que eu não tive nada com ninguém além dele. Depois de ter casado com ele. Se eu tenho essa certeza, eu sei que eu peguei; eu não passei aquilo pra mim. Foi ele que passou pra mim, ou então foi antes da relação. Como a Dr^a. Vera falou, geralmente fica dois ou três anos dentro do seu corpo e pode não se... Como se diz?

Psicóloga – Não se manifestar.

Paciente – Se manifestar. Só que, depois eu fui conversando melhor, ela falou assim: “- olha, você pode ficar mais tempo. Porque a minha ginecologista disse, que isso pode ficar de oito a nove anos, sem manifestar dentro do seu corpo. Sem não ter nada, e de uma hora pra outra, ele pegar e aparecer. Por isso que você tem que ficar fazendo todo ano, o preventivo.

Psicóloga – Isso quem disse, foi a ginecologista dela?

Paciente – É, de lá. Do Clementino Fraga. Foi ela quem te explicou. Aí eu perguntei a Dr^a. Vera e ela me esclareceu isso.

Psicóloga – Tá. Lá do Clementino Fraga disse a você que pode ficar de oito a nove anos, e a Dr^a. Vera disse que pode ficar...

Paciente – De dois a três. Só que depois ela retificou o que tinha dito, aí falou que pode, realmente ficar esse tempo. Só que o mais provável é que fique de dois a três anos. Entendeu? O mais provável é que fique menos tempo...

Psicóloga – Então, quando você fazia os exames no posto; você tinha essa orientação? De em relação a cuidado... Que você pudesse dar também dar essa orientação pro seu cônjuge...

Paciente – Não. De usar camisinha, não; não.

Psicóloga – Que o seu preventivo tava sendo feito por causa disso...

Paciente – Não. O meu preventivo, eu achava que eu fazia todo ano, por que? Por causa do problema co câncer no colo do útero. Só que, você pra ter um problema no colo do útero; você primeiro passa por essa displasia, que é o HPV, pra depois você ter o problema no colo do útero. Só que pra mim, eu não sabia. Pra mim, era um problema que vinha, aparecia assim de repente, o câncer. Não vinha do HPV.

Psicóloga – Não que tinham te avisado, que o HPV é um problema que você pudesse ter um controle, ou evitar, ou abordar, ou se acautelar, ou exigir que o seu parceiro se acautelasse... Quer dizer, você não tinha noção disso?

Paciente – Não. Eu não imaginava que eu me prevenindo, vamos dizer assim: usando a camisinha, eu não teria como ter um câncer no colo do útero. Porque se você usar a camisinha, pode ter? Acho que até pode acontecer, se você tiver numa outra parte, passar pra ali também. Mas, eu acho que o câncer mesmo, do colo do útero, vem do HPV, que pode não ser tratado... Então mesmo você tratando... Às vezes vocês trata e não tem o efeito esperado. Eu achava que fosse assim, vindo do nada.

Psicóloga – Vindo do nada, surgiu...

Paciente – É.

Psicóloga – Por isso que tava fazendo o preventivo. Porque não associava...

Paciente – Eu já tive até conhecidas que tinham isso... Até uma conhecida quando descobriu que tinha HPV, ela ficou apavorada. Por que? O HPV é uma sigla muito parecida com HIV. Quando ela viu aquilo, ela se apavorou. Mas ela também não sabia de onde provinha isso. De onde vinha o problema.

Psicóloga – Então você não tem como ter nenhuma atuação no posto...

Paciente – Não. No posto também não tem administração...

Psicóloga – Pelo que você fala aí, fazer alguma coisa também não.

Paciente – Não. O problema é que eu tinha certeza que podia acontecer por uma relação... Pelas relações sexuais, são o que? Essas doenças sexualmente transmissíveis que a gente sabe mais. Que é o HIV... nem lembrava que

existia o HPV. O HIV, a sífilis, gonorréia... Isso aí tudo. Só que, eu por ser casada, imaginava que não fosse pegar, porque eu e ele; ele e eu. Dali...

Psicóloga – Mantendo cuidados para essas, você não sabia que câncer também podia tá nesse roll de...

Paciente – Não.

Psicóloga – Nem ele.

Paciente – Não. Até isso, eu acho que deveria ter mais explicações nos postos de saúde. Porque quando você chega no posto de saúde tem aqueles cartazinhos de câncer de mama, que você tem que examinar... – Tem o que mais? Da sífilis... Mas isso de HPV, não tem explicação nenhuma. Você só sabe o que é o HPV... – O que? Quando você chega vendo o teu resultado com o HPV. Aí você tem toda a explicação. Porque do contrário não tem muita divulgação. Agora até na televisão tem alguns programas que tem. Falam tudo sobre sexo e tem aquele Dr. Malcon M. e tem o José Bento. Eu até vejo quando fala de HPV.

Psicóloga – É? Eu não sei. Qual é o canal?

Paciente – O programa?

Psicóloga – É. José Bento...

Paciente – José Bento, eu acho que tá agora na Rede TV. No programa da Olga Bomgiovani.... Acho que é “Sabor e Saúde”. É. De manhã. E o Dr. Malcon no programa do Leão, do Gilberto Barros, dia de quarta-feira na Bandeirantes. Eles falam...

Psicóloga – Aí você já viu eles falando na televisão? Gilberto Barros é o programa? Vou ver também.

Paciente – Isso.

Psicóloga – Aí você viu. Fala. Então tá desculpe. Você assistiu pela televisão; você teve uma informação...

Paciente – Mais informações.

Psicóloga – Mais informações sobre isso...

Paciente – Porque aí tem os espectadores... Tem como entrar pela Internet, pelo telefone, por meio de carta... Pra poder se informar sobre aquilo.

Psicóloga – Então são pessoas que já tiveram em tal situação, que acabam...

Paciente – Então que tem amigos... Porque a pessoa liga... Na maioria das vezes não falam que é: “ah, eu tenho”. Eu tenho um amigo que tem isso; que tem o HPV, que pegou assim; assim assado... Explica. Mas você vê que é a pessoa, porque dá muito detalhe. Então não tem como ser o amigo.

Psicóloga – Isso é dentro? Não? São como ginecologistas? São.

Paciente – São ginecologistas.

Psicóloga – São ginecologistas que tão dando consultas... Entendi. Aí é que você escutou as pessoas perguntando e você também se interessou, porque já tinha...

Paciente – Porque eu já tinha. Porque só sabia que eu tinha o HPV. Então minha mãe mora comigo, então ela... Às vezes eu to fazendo alguma outra coisa, passa o programa e ela me chama, pra mim poder ver. Poder me informar. Porque no posto de saúde, você o que? Você vai de três em três meses, quando dá algum problema, porque senão você tem que só voltar daqui há um ano, pra fazer um novo preventivo.

Psicóloga – Tem informação do “porque”. Você teve alguma informação desse “porque”? “Você volta daqui a um ano pra fazer um preventivo...”. Assim...

Paciente – Não. Por causa pra... Não tem o... Pra descobrir se tem o problema do colo do útero. Só isso.

Psicóloga – A informação é exatamente essa?

Paciente – É, porque no laudo; no próprio laudo vem: faça o exame, acho que anualmente, pra evitar o câncer no colo do útero... É um negócio assim, que vem no laudo do preventivo. Falando mais ou menos isso... Não é bem isso não. Mas manda você tá fazendo o exame.

Psicóloga – Você não tem esse exame aqui?

Paciente – Não. Tá com a Dr^a. Vera.

Psicóloga – Tá, então depois eu peço pra ela, só pra ver isso, porque eu te perguntei sobre esse tipo de documento que a pessoa fala, que às vezes tem gente querendo saber. Então: - faça o exame anualmente, né? Bom, então tá. Tá bom Paciente. Pra mim tá bom. – Tem mais alguma coisa?

Paciente – Não. É isso.

Psicóloga – Então é exatamente isso. - É por aí, tá? Quando você tiver outras coisas...

Paciente – Se vocês tivessem feito essa entrevista na segunda-feira, não. Você ia me pegar cabisbaixa, desanimada... Que até a enfermeira da Dr^a. Vera disse: “vamos, anima Paciente; anima...”. Eu já tava esperando desde o primeiro dia que eu fui atendida quase quatro horas da tarde, e você fica com aquilo na sua cabeça: “ah, Paciente, eu te ligo, que aquilo e aquilo outro...”. Eu tiver que fazer biopsia porque eu tomei anestesia na... Porque dó muito... E

a moça que operou antes de mim, ela perdeu muito sangue; gastou o sangue todo do hospital... Você já fica com aquilo na sua cabeça. Você imagina: pronto, vai acontecer aquilo comigo. Mas aí hoje, eu conversando com a Dr^a. Vera, ela explicou melhor tudo direitinho; aí eu já vim mais animada.

Psicóloga – Já veio mais esclarecida. Tá ótimo. Tá bom.

Paciente – Obrigada.

Psicóloga – Obrigada você.

ENTREVISTA

PACIENTE: VERA

Psicóloga – Eu to fazendo um curso e aí preciso fazer; é um curso de pós-graduação, e a pesquisa é sobre doenças sexualmente transmissíveis, câncer ginecológico, que é um tipo de uma certa maneira e que, saber como as pessoas sentem, como é que recebem. Tem um roteiro de perguntas. – Você sabe lê?

Paciente – Não. Só sei escrever.

Psicóloga – Só sabe escrever? Então, olha só pra você ter uma idéia sobre as perguntas que eu vou fazer pra você, é como você foi encaminhada; veio encaminha pra essa unidade... Eu não sei ainda em que faze que você tá. Se já teve várias consultas... Acredito que sim.

Paciente – Já. Há muitos anos.

Psicóloga – Há muitos anos.

Paciente – A minha família tem... Como é que se fala?

Psicóloga – Você tem uma família que várias pessoas teve...

Paciente – A falecida minha mãe. Morreu. Aí a Dr^a. Vera, ela me deu alta. Na hora ela falou: “Vera Lúcia, se você quiser continuar comigo, sem compromisso, pode continuar, porque se mais tarde tiver algum problema, você sabe que eu sou obstetra e eu já sei o teu problema.

Psicóloga – Então me conta como foi. Você já teve alta. Você veio pra cá, como?

Paciente – Vim pra cá, porque o médico de lá onde eu moro, falou que eu tava com suspeita de câncer. Aí eu fiquei fazendo o tratamento. Eu fiz seis

preventivos na mão da Dr^a. Vera e uma biopsia. Tava até esquecendo. Não falou nada que é era pra trazer...

Psicóloga – Na outra vez eu vou tá vindo aqui, aí você marca...

Paciente – Tá. Trago até o laudo. Mas a senhora também tem o laudo, né? Eu tenho o prospecto em casa, mas aí eu tiro as cópias...

Psicóloga – Como é que é o teu nome?

Paciente – Vera Lúcia Gabiran.

Psicóloga – Tá. Você sabe o teu prontuário? Número?

Paciente – Ah, tá aqui.

Psicóloga – Por que aí eu peço a ela pra localizar com o que você tá falando. (...) Tá. Só o número; só o número...

Paciente – Esse papel aí já é o segundo.

Psicóloga – Ué e cadê o número? Como é que eu vou achar? (...) Se esse já é o segundo, acho que não tem aqui não. Acho que tá lá no primeiro. Deixa eu ver. Ah, tá aqui atrás. Tá aqui. É esse aqui: 3811. Você veio pra cá quando? Já tem tempo, né?

Paciente – Ah, muitos anos... Em noventa e...

Psicóloga – Não sabe?

Paciente – De cabeça...

Psicóloga – Cinco anos?

Paciente – Acho que tem cinco anos e vai fazer seis. (...) Adoro ela.

Psicóloga – É?

Paciente – A outra não. Não me indica a outra não. Com ela, eu não venho.

Psicóloga – E aí? Você é casada?

Paciente – Não.

Psicóloga – Separada?

Paciente – Separada.

Psicóloga – Tem quantos filhos?

Paciente – Eu? Total tive... É geral?

Psicóloga – É.

Paciente – Eu fiz nove gravidez e três abortos.

Psicóloga – Doze filhos no total?

Paciente – É. E vivo tem seis. Morreu três.

Psicóloga – Tá. E quando você veio pra cá já tem um tempo? Como é que foi? Você veio encaminhada da onde?

Paciente – Eu vim encaminhada do posto de saúde... Doutor... Acho que é doutor... Ah, meu Deus.

Psicóloga – Tá bom, não precisa. Aí você veio fazer o que? Como é que você veio? Você veio ver se estava com alguma coisa em estado normal...

Paciente – Não. Ele falou pra mim que eu tava com câncer. Aí cheguei naquele desespero. Querendo me matar... Aí eu tava me tratando com outra doutora. Aí ela viu o meu nervoso. Ela passou no corredor, me viu. Aí ela: “- Como é o seu nome?”. Aí eu falei: Vera Lúcia. Aí ela: “bota essa paciente pra mim”. Aí eu fiquei com ela até hoje, com a Dr^a. Vera. Eu gosto dela de graça. Entendeu? Porque ela me tratou muito bem... E é aquilo, ela conversa com a gente... Entendeu? Ela falou: “Vera, você não está com câncer.”. Mas, como é que se fala? Aí na quarta-feira, quando eu vim pegar o preventivo; quando eu vim fazer, aí ela pegou minha papeleta,

viu não sei o que, um pouquinho de bactéria. É, não sei o que, grau dois...

Como é que se fala?

Psicóloga – Não sei. Qual é o nome da bactéria?

Paciente – Bactéria dois. Aí ela foi e passou um creme vaginal e mandou usar. Me deu dois comprimidos e mandou eu tomar quarta-feira. Aí ela pediu que se eu pudesse vir aqui. Aí eu falei: posso.

Psicóloga – E você fez o que de tratamento? Você chegou a fazer uma cirurgia pequenininha, tipo...

Paciente – Não.

Psicóloga – Fez uma cirurgia grande? O que você fez.

Paciente – Não. Eu fiz seis preventivos na mão dela e fiz uma biopsia.

Psicóloga – Fez uma biopsia? Tá.

Paciente – Fiz biopsia. Agora eu não operei. Não precisei operar. Ainda não cheguei a esse ponto não.

Psicóloga – Você controlou.

Paciente – É. Ela foi me dando remédio...

Psicóloga – Tá. Então o médico disse pra você no posto, que você tinha câncer, mas quando você chegou aqui...

Paciente – Não era nada disso.

Psicóloga – Que não era aquilo ou era outra coisa num estágio tão inicial que não era um tumor.

Paciente – Isso. É um estágio que dá perfeito pra senhora saber...

Psicóloga – Eu vou pegar o seu documento depois...

Paciente – Aí ela pegou e falou: “Vera, você tá com uma...”, ela falou: “um negocinho... Mas, calma, não fica nervosa...”. Ela é muito paciente. “Calma, não fica nervosa, não entra em desespero. Isso aí com um tratamento, acalma...”. Ela falou que eu não me cuidasse, aí sim; aí se tornava um câncer. Entendeu? Eu não sei falar...

Psicóloga – A senhora já teve algum caso na família?

Paciente – Não sei. A falecida minha mãe, morreu de câncer. A minha tia já falou que é mentira. Que a falecida minha mãe nunca fez preventivo. Só que minha mãe, no total, teve dezenove filhos. Já uns dizem que ela morreu de “barriga d’água”. Eu não sei nem o que é que é isso.

Psicóloga – Não sei, mas a “barriga d’água” às vezes, no interior, é chamado como um tipo de câncer.

Paciente – É isso mesmo, que na região da minha mãe também dá, que ela morreu de “barriga d’água”.

Psicóloga – Ela tem um laudo de “barriga d’água”? Ela tem escrito?

Paciente – Tem.

Psicóloga – Tem muita coisa que chamam de “barriga d’água” que seria tumor.

Paciente – É, porque eles falaram que ela morreu de “barriga d’água”. As minhas irmãs já falam que ela morreu de câncer. Que ela nunca fez preventivo.

Psicóloga – As suas irmãs falam isso?

Paciente – É. As mais velhas.

Psicóloga – Você não lembra? Você era muito pequenininha?

Paciente – Oito anos, quando ela morreu. Tô com quarenta e quatro.

Psicóloga – E o que é que você entendeu disso? Por exemplo, no caso de câncer, sobre prevenção, sobre os exames...

Paciente – Ah, sempre quando eu venho fazer o preventivo, a Dr^a. Vera fala: “Vera, você diz que tá separada do marido, mas você tem um companheiro...”. Aí eu falei: eu tenho um coroa. Aí ela diz assim: “manda ele usar camisinha”. Aí eu perguntei a ela se precisava fazer exame, por causa do problema que eu tive... Aí ela falou que não. Agora quando eu for buscar o resultado é que eu vou perguntar se tem que fazer. Semana passada ela fez um exame aqui, eu falei pra ela que eu tava sentindo dor... Eu não sei se é porque eu durmo mais desse lado... Aí ela foi e fez um exame aqui com a mão. Ela falou: “não é nada não, mas vamos pedir uma...”.

Psicóloga – Você fez uma mamografia? Ela pediu uma mamografia?

Paciente – Pediu. Pediu já. Mas ela disse que não era nada não. Eu sei que eu gosto muito dela. Até da enfermeira, a Fátima. Me trata muito bem. E se não fosse ela, acho até que eu já teria até me matado. Porque quando o médico me falou que eu tava com isso, eu entrei em desespero. Ah, entrei em desespero. Porque eu era levada, mas eu sempre...

Psicóloga – Levada como?

Paciente – Levada, farrista, né? Amava um bar, um pagode, né? Aí, antigamente não tinha nada dessas danças de agora. É de uns anos pra cá é que veio ter, né? Aí eu falava: ah meu Deus! Eu não vou mentir; eu usava tóxico, entendeu?

Psicóloga – Você usava?

Paciente – Usava. Não vou mentir.

Psicóloga – O que? Usava cocaína? Cheirava?

Paciente – Isso. Até aqui. Tudo isso eu contei pra ela. Fiz exame do HIV e não deu nada.

Psicóloga – Você era levada mesmo?

Paciente – Eu não vou mentir. Eu era triste. Só que os filhos meus, só o caçula... Não sei o que é que tá acontecendo com esse agora, porque ele começou com que? Quinze anos. Agora ele tá com vinte e seis e ele tá internado. Tanto é que eles vão transferir ele. Uns falam que é AIDS, outros falam que é pulmão; porque na minha família muitos tem problema de pulmão, de tuberculose. Então ele tá internado.

Psicóloga – Ele tá internado onde?

Paciente – Aqui no PAM do Irajá. Aí do PAM do Irajá, vai ser transferido amanhã lá pro Fundão, na Ilha.

Psicóloga – Ele tá com um problema de pulmão, que não sabem se é uma coisa pulmonar, ou se é decorrente...

Paciente – Porque ele usa drogas. Isso. Eu não posso mentir nada. Foi o que eu falei pra Dr^a. Vera. Tanto que ela pergunta o tempo todo: “- Como é que tá o teu filho?”. Aí eu falei: tá bem. Vai ser transferido amanhã. Então, a gente, mãe, vendo isso tudo, né? Deve abater. Não vou mentir, eu já fui levada. Assim como eu sorria, eu cuidava, porque a AIDS vai te pegar. Lembra disso com o meu sorriso? Eu corri e fiz três exames e não deu nada. Eu falei: gente, meu pai. Agora minhas colegas tudo morreram depois disso.

Psicóloga – Morreu por que?

Paciente – Morreram de AIDS. Disso.

Psicóloga – Quantas colegas suas morreram de AIDS?

Paciente – Diz que foi quatro. Disseram que foi pneumonia, mas eu não acredito nisso. Porque quando falam pneumonia, pra mim é porque já tá catanga mesmo. Aí é o modo de eu falar da AIDS.

Psicóloga – Da AIDS é?

Paciente – É, aí é o modo de eu falar. Aí eu peguei e falei: aquela ali... Aí é que eu fiquei sabendo, né?

Psicóloga – E essas pessoas usavam drogas também?

Paciente – Usavam. Mas eu parei tem o que? Tem vinte anos. Tem vinte não; tem vinte e quatro anos que eu parei com o vício. Tem vinte e quatro anos. Eu tenho quarenta e quatro; eu parei com dezenove. Quantos anos tem isso?

Psicóloga – E você começou com quantos?

Paciente – O que? Não, com quatorze anos. Fiquei pouco tempo também. Pouco tempo, porque eu parei com dezenove e tô com quarenta e quatro. Quantos anos tem? Ah, acho que tem mais...

Psicóloga – Tem mais. De dezenove pra quarenta e quatro, tem vinte e cinco anos.

Paciente – Vinte e cinco anos, então. Parei tem vinte e cinco anos.

Psicóloga – Mas aí também você usava quando tinha relação sem camisinha?

Paciente – Não, sempre. Mas depois que veio esse negócio de camisinha, aí sim. Aí... Tá sentindo frio?

Psicóloga – Tô. Acho que ligaram o ar. Ligaram. É, tava desligado.

Paciente – É, tá ligado. É aquilo ali que eu vou fazer?

Psicóloga – Não. Não, aquele você fez...

Paciente – Não esse eu não fiz. Eu vou fazer ainda.

Psicóloga – Você vai fazer uma mamografia. (...) Essa aí foi a que você fez...

Paciente – Ah, a que ela fez quarta-feira.

Psicóloga – Isso. Agora você vai fazer uma mamografia.

Paciente – A outra, pelo que ela viu, ela falou: “você não tá com nada não. Isso aí é...
Pra tirar suas dúvidas, porque você é nervosa...”. E eu sou mesmo.

Psicóloga – Agora você ficou mais cautelosa.

Paciente – Fiquei, porque na mão dela... Porque ela conversa com a gente. Ela conversa e eu também... É um teste de prevenção, porque eu falei pra ela: Dr^a. Vera, eu tenho que saber. Ela falou: “não, minha filha, é claro, você tem direito de saber tudo.”. Aí, no primeiro dia que eu vim buscar o resultado da biopsia: Dr^a. Vera fala, eu tô com câncer; fala. Aí ela: “calma Vera, você tá nervosa. Calma Vera, relaxa.”. Aí foi que eu sentei e relaxei. “Não Vera, você não tá. Você tá com uma...”. Esqueci o nome que ela fala.

Psicóloga – Uma verruga?

Paciente – Ela falou que tá um... Ela falou não sei o que... Ela falou o jeito dela.

Psicóloga – (...)

Paciente – Isso. Ela falou: “tu toma remédio”. Ela falou: “você não já tá mais com isso, mas você tá com um pouquinho de bactéria, que é a inflamação. Não é isso que se fala?

Psicóloga – É.

Paciente – Aí ela falou: “passa tomada; passa o creme vaginal.”.

Psicóloga – Aí você já faz esse controle e tá bem. Sob controle. Não evolui mais e passou a ter... Tem relação com camisinha?

Paciente – Tenho.

Psicóloga – Tem?

Paciente – Porque depois que ela falou: “Ah Vera, você tem que usar camisinha, porque você...” Como é que se fala? “você sabe o que vai fazer, mas a gente não pode confiar em homem, né?”. Isso ela falou a verdade mesmo.

Psicóloga – Você consegue? Você consegue que esse seu coroa aí...

Paciente – Consegue. Eu tô com ele, o que? Eu já era dele no passado, quando ele cismava de beber a cachaça, se tornava violento... E eu não gosto de apanhar. Também gosto de bater, né? Aí, separamos. Aí fiquei com o pai dessa minha filha mais nova. Aí fiquei com ele nove anos. Não deu certo. Aí eu fui, no mesmo dia; eu fui trabalhar no Recreio, quando eu tô no ponto do Cascadura, ele olha pra mim “zerinha”. Ele tomou um susto. Depois de dezessete anos... Aí voltamos.

Psicóloga – Mas ele ainda bebe e te bate ainda?

Paciente – Não, não... Agora só gosta de “Skoll”.

Psicóloga – Não bate mais não?

Paciente – Mas ele era violento. Não, quando ele bebia cachaça, se tornava violento. Eu falei: o que? Não tô aqui pra apanhar. Já apanhei muito do meu pai.

Psicóloga – Então já tá há bastante tempo e já tá bem. E ele obedece você?

Paciente – Obedece. Não, eu falo pra ele, ué: se quiser, é assim. Senão quiser é só na mão.

Psicóloga – Só lamento.

Paciente – Só lamento, ué. Porque fogo, eu também tenho. Mas eu tenho que me prevenir, não é isso?

Psicóloga – É.

Paciente – Aí a Dr^a. Vera: “- o teu coroa tá usando camisinha, Vera?”. Eu falo: usa Dr^a. Vera, mas ele não gosta não. Aí ela: “mas ele não tem que gostar não”. Aí eu cheguei pra ele e falei: o “coroa-garotão”... Eu chamo ele de “coroa-garotão”.

Psicóloga – Por que? Ele tem boa forma?

Paciente – Só anda igual garotão. Tem sessenta e quatro e vai fazer sessenta e cinco agora, dia 25 de Agosto. Eu faço dia 27. Aí falei: o “coroa-garotão”, a Dr^a. Vera falou pra você usar camisinha. Aí ele foi e colocou.

Psicóloga – “Garotão” por causa da roupa?

Paciente – Por causa do jeito que ele anda. Com roupa de garotão. Aí eu chamo ele de “coroa-garotão”. Mas nem parece mesmo que ele tem essa idade toda. Parece não. Porque é só por causa da cor.

Psicóloga – Ele é moreno, mulato feito você?

Paciente – É porque a pessoa escura... Ele é mais claro do que eu. Porque a pessoa escura... Ele é mulato-claro. Porque a pessoa escura custa a ficar velho, não é isso?

Psicóloga – É. Fica mais resistente ao sol, né?

Paciente – Não, ele não pode pegar sol.

Psicóloga – Ah, não?

Paciente – Ele disse que não. Que não se dá com o sol não. Eu tô muito bem andando com ele, daqui a pouco ele procura uma sombra. - Que é que é amor? “Ah, eu não sei o que é que é, que daqui a pouco eu tô todo me pinicando”. Pode não. Eu adoro sol.

Psicóloga – Bom. Então tá tudo bem com você. Tá tudo sob controle. Né? Prova é que você tá ótima. Eu agradeço você ter vindo. Ter participado. Tem alguma coisa a mais que você queira acrescentar, falar, informar, conversar, eu não sei o que... Dá sua experiência de ter tido notícias de suspeita de câncer, de tratamento, dessas coisas de informações de doenças que são sexualmente transmissíveis, sustos que você já tomou, que tá tomando agora...

Paciente – Ah, antes de eu voltar com esse coroa também, que eu sou levada mesmo, tive um outro aí, saímos uns negócios assim (...) tipo assim (...) que não dá nem pra ver. Tipos umas feridas assim na beira da... Ficou horrível.

Psicóloga – Aonde? Na vagina?

Paciente – É. Aí eu corri pra Dr^a. Vera. Aí eu: Fátima! Aí ela: “Vera, você tem que vir aqui pra falar com a Dr^a. Vera.”. Aí vim. Aí ela passou um creme. Foi muito boa. Aí ela: “Mas Vera, você não pode ter contato sem camisinha.”. Aí eu falei: Ah eu esqueci, doutora. Também quase que eu matei o homem. Quase que eu matei. Que? Aí quando eu fui ver, tava sentindo um machucado assim. A Dr^a. Vera até falou o nome. Ah, eu não sei falar isso não. Ela falou até o nome da doença. Se não fosse ela, acho que eu já tava até podre. Por isso que eu digo: ela é muito boa comigo. Porque tudo eu peço a ela. Dr^a. Vera, eu queria... “Mas eu não te falei, menina!”

Psicóloga – Quer dizer, você confia nela pra ver...

Paciente – Pra ver, eu confio.

Psicóloga – Pra se informar, você busca orientação; você não tem medo de vir fazer... Ao contrário, você confia pra perguntar qualquer coisa. Entendi. O que é bom, né?

Paciente – Eu confio, porque aí ela me explica. Eu pergunto, aí ela vai e explica. É isso, assim assado. Aí, eu: o doutora, porque a senhora ta passando tanto creme vaginal? “Porque Vera, deu bactéria; deu uma bactéria em você. Você tem que usar”. Aí ela leu o resultado do outro preventivo anterior... Aí ela... Acho que eles falam grau, né? Grau que fala? Não sei. É não sei o que, dois. “Oh, tu vai ter que levar esse creme aqui hoje e toma esses dois comprimidos após. Não pode beber. Durante três dias. Que eu bebo, mas escondo pra ela. Aí, só final de semana. Aí, ela: “Não pode beber.”. Aí eu falei: ta bom. Aí na quarta-feira de noite, eu tomei os dois comprimidos. Mas não pode beber bebida alcoólica nenhuma. Só refrigerante, água... Aí, eu falei: ta bom. Não tomei essa semana também, porque eu to tão assim por causa do negócio do meu filho, entendeu? Pior coisa é, sei lá... Ele morreu quatro vezes na minha mão. Ficou todo torto, boca mal, o olho ficou todo pra cima... O médico falou que aquilo foi crise de overdose.

Psicóloga – Todas às vezes foi por overdose?

Paciente – Não. Ele?

Psicóloga – Ele. Com você. Agora.

Paciente – As quatro vezes foi na minha mão no mesmo dia.

Psicóloga – Tudo no mesmo dia?

Paciente – Quatro crises no mesmo dia. A doutora falou que se vai pra seis, ele morria na mesma hora. A doutora falou numa possibilidade até de seis. Vinte seis anos. Aí, ta muito mal. Ta igual caveira. Agora mesmo a Dr^a. Vera perguntou: “- Vera, como é que tá teu filho?”. Ta bem. Vai ser transferido amanhã.

Psicóloga – Seus outros três filhos morreram como? Crianças ainda?

Paciente – Ah, criança... Nem me lembro. Criança. Um morreu com um mês. Faltava um dia pra completar um mês e morreu acho que no sopro no coração. Outro morreu com infecção hospitalar, no hospital. Não me lembro. E o outro morreu com aquela doença de... (...) Entrou com uma pneumonia e saiu com outra coisa. Aí deu o laudo e veio outra coisa. A senhora vai trabalhar aqui?

Psicóloga – Não. Acho que não. Eu tô fazendo a entrevista pra pesquisa. Tomara que se puder trabalhar, eu adoraria. Tá bom. Obrigada tá?

Paciente – Mais alguma coisa?

Psicóloga – Não.

Paciente – Gostar, eu não sei se gostaram. Mas eu gostei da senhora. No que precisar, tá?

Psicóloga – Tá bom.

ENTREVISTA
PACIENTE: LÚCIA

Psicóloga – Bom, você já tá tratando aqui há quanto tempo?

Paciente – Eu já tô aqui há uns oito anos.

Psicóloga – Oito anos?

Paciente – É.

Psicóloga – Então você já tá fazendo um seguimento... Já não tá mais espaçado, né?
Você veio pra cá, quando? Você veio de posto? Como é que foi?

Paciente – Não, não. Eu vim direto pra cá.

Psicóloga – Você veio pra cá, por que? Qual era a queixa que você tinha?

Paciente – Não. Eu vim fazer um preventivo e foi acusado o preventivo.

Psicóloga – Você fez aonde? Você procurou algum posto?

Paciente – Não. No caso, eu tinha convênio. Fiz pelo convênio. Só que o convênio não assumia isso, então ele indicou... Como aqui também tinha o convênio. Porque aqui tinha parte do SUS que era convênio. Aí então eu vim pelo convênio por aqui. Os outros hospitais não aceitavam, porque já tratava de um caso pro hospital apropriado.

Psicóloga – Como assim? Apropriado como? Por causa que você tinha alguma suspeita de câncer? É isso?

Paciente – É, justamente. Porque já tinha uma suspeita devido a diagnósticos familiares, né?

Psicóloga – Casos de câncer na família? Quem tem câncer na sua família?

Paciente – Eu mesma.

Psicóloga – Você já teve? Mas o que você teve?

Paciente – Eu já fiz cinco exames na mama. Dois deu maligno e três, não.

Psicóloga – Qual a mama você fez?

Paciente – Esquerda.

Psicóloga – Você teve dois nódulo malignos nessa mama...

Paciente – Nessa mama.

Psicóloga – E três outros nódulos que não foram malignos. Isso antes desses oito anos, que você tá falando?

Paciente – Não, isso aí tudo tá incluído.

Psicóloga – Tudo junto? Durante esse período que você tá aqui, você veio pra cá com uma suspeita de alguma coisa no útero, não é isso?

Paciente – Foi. Do HPV.

Psicóloga – Do HPV no útero? E, em seguida você veio aqui, com um nódulo de mama e outro nódulo de mama, é isso?

Paciente – Isso mesmo. E a última que eu tive agora da mama, tem quatro meses.

Psicóloga – A última teve um nódulo benigno e maligno? Mas tem outros casos na sua família, então? Não?

Paciente – Tem.

Psicóloga – Quem?

Paciente – Não. Tem, não. Tinham. Todos já faleceram. Só resta eu.

Psicóloga – Quem? Quem são essas pessoas?

Paciente – Minha tia... Entendeu? De mama. Perdeu as duas mamas... Quer dizer, tem assim... Tios também. Mas aí já não foi de mama; já foi de pulmão.

Psicóloga – Mas esses parentes são parentes de quem? Da sua família, por parte de mãe...

Paciente – Não, são todos parentes por parte de pai.

Psicóloga – Então você teve tias que vieram a falecer... Tios... É... Seu pai também? Seu pai é vivo?

Paciente – Não. É falecido, mas não foi disso.

Psicóloga – E a sua mãe é viva?

Paciente – É viva.

Psicóloga – A sua mãe, na família dela, não teve casos assim?

Paciente – Não.

Psicóloga – Você tem irmãos; tem irmãs?

Paciente – Tenho irmão.

Psicóloga – Tem irmão. Então... Você falou que morreu todo mundo. Que só sobrou você.

Paciente – É que todos os casos de homens; todos eles já se foram.

Psicóloga – Ah, tá... Todos os que já tiveram câncer na sua família. Então tem uma marcação familiar por parte de pai, né? Tem uma coisa genética aparente por conta dessa situação. Você é casada?

Paciente – Sou.

Psicóloga – Tem filhos?

Paciente – Tenho.

Psicóloga – Tem quantos filhos?

Paciente – Dois. Duas filhas já moças.

Psicóloga – E aí você vem fazer... Você já veio fazer, preocupada, por conta dessas situações que você já tinha na sua família. Então você já ficou...

Paciente – É, justamente. E continuo, né? Porque, como já é um negócio genético... E as minhas filhas? Eu tenho duas moças. Quer dizer, então, além de eu me preocupar comigo; eu já fico pensando no amanhã.

Psicóloga – Que idade tem elas?

Paciente – Uma tem 26 e a outra tem 16.

Psicóloga – Essa situação de mama que você tem; tem alguma associação com o ovário? Não?

Paciente – Não.

Psicóloga – Com alguma coisa hormonal? Não?

Paciente – Não.

Psicóloga – É uma propensão que você teve alguma coisa no útero e teve também na mama?

Paciente – É. Exatamente.

Psicóloga – Em momentos diferentes?

Paciente – Em momentos diferentes.

Psicóloga – Pode ir falando; pode ir falando. Eu tô perguntando... Se você quiser falar mais alguma coisa, não se prende só às minhas perguntas. Pode falar mais alguma coisa.

Paciente – Porque inclusive a análise na mama... A primeira cirurgia... Eu fiz duas cirurgias seguidas. Por que? Eu fiz a primeira cirurgia, aí depois fui fazer a radiografia... Dá um tempo da radiografia e entrar com a químio. Só que quando eu terminei a radio pra entrar com a químio, dois dias antes, eu

passei mal. Antes de entrar na químio foi constatado que havia um nódulo novamente por trás da cirurgia. E eu tive que voltar pra uma segunda cirurgia em seis meses.

Psicóloga – No mesmo local... Quer dizer que você tava fazendo esses exames no mesmo local?

Paciente – No mesmo local. Quer dizer, com toda a radioterapia, não segurou. Quer dizer então, que tava voltando. Aí teve que suspender a químio e voltar pra cirurgia.

Psicóloga – Aí você fez outra cirurgia? Aí depois fez o que mais? Fez cirurgia e depois fez a químio... Ou fez rádio de novo, não?

Paciente – Rádio.

Psicóloga – Fez mais rádio?

Paciente – Mais rádio. Mês passado.

Psicóloga – E já tem quanto tempo isso?

Paciente – Desde a primeira? Desde a primeira tem seis meses.

Psicóloga – A mama tem seis anos?

Paciente – Não, tem seis assim... Da primeira. Só que ela, então já são cinco, tem o genérico... De dois em dois anos, ele volta. É isso que eles não estão conseguindo entender.

Psicóloga – Então de dois em dois anos, você tem tido é...

Paciente – É. A doutora não tá entendendo tanto porquê. Eles fazem tudo e não sentem, porque nesse período de dois anos, faz uma cirurgia. Limpou, não tem nada. Com dois anos, ela não conseguiu entender como é que eu vou

novamente produzindo a célula. Eu sou uma produtora de células que não prestam.

Psicóloga – Que é isso? Você é uma produtora de células, mas elas vêm com danos hormonais ou não tem algum tipo diferente? Ah, depois eu vejo... Não deixa de eu anotar o teu cartão então, pra depois eu ler o prontuário, pra entender isso que eu pedi.

Paciente – Não porque até mesmo a minha doutora, ela fala: “Paciente, eu não sei mais o que fazer com você, porque é uma coisa que a gente não consegue.”. Agora mesmo, ela falou: “Olha, tirei tudo, que era pra tirar. Não tem mais nada pra tirar. Tirei dez centímetros só que restavam. Fiz a limpeza toda. Raspei tudo. Queimei tudo. Não tem nada. Não tem uma célula.”. Quer dizer, nesse período... Ela disse pra mim. Só que esse período, quando tiver chegando o período de dois anos, aí começo a sentir que tem alguma coisa desandando.

Psicóloga – Você sente os novos nódulos na mesma mama? Mas todas às vezes, quer dizer, foram nódulos malignos ou não? Foram de câncer e outras vezes não foram, é isso?

Paciente – Foram dois malignos e três não.

Psicóloga – Mas aí, ela teve que operar esses nódulos, em função dos que já tinha acontecido?

Paciente – Realmente, porque é aquele negócio... Ela acompanha, né? Como ela fala pra mim: “A gente não pode perder o fio da meada, que é pra não complicar.”. E tentou, nesse período, entender o porquê que ele vai acelerando dois anos, pra se tornar... Complicado, né?

Psicóloga – Complicado. Quer dizer, você numa situação dessa familiar, que você tá falando; você ainda é um caso difícil. Quer dizer, no sentido de ter vários casos na família por parte de pai, tem uma tendência genética e uma manifestação que não é bem simples do jeito que você tá falando.

Paciente – É, e assim... É, a família. E cada uma tem diferença. Né? Porque... No caso do meu avô, foi na garganta. Tem uma tia que foi os dois seios. Quer dizer, tem uma outra que tem, vai fazer um ano agora; tem no cérebro. Tem duas de... Dos ossos. Tem um tio, de pulmão. Então é tudo muito variável. A gente não se concentra assim... Eu tô falando que me preocupo com as minhas filhas, porque eu sou mulher. Aí eu penso no útero, eu penso na mama... Isso é uma coisa que, devido eu ser mulher, me chama muita atenção. Mas isso não quer dizer que eu não possa ter no cérebro, possa ter no pulmão, possa ter no ânus...

Psicóloga – Antes de acontecer em outras pessoas da sua família.

Paciente – Exatamente. Porque já vem da genética, né? Já vem no sangue. É, um pouco do que eu posso ajudar, é isso.

Psicóloga – É difícil mesmo. As suas filhas, por conta disso, elas fazem com mais regularidade ou não, esses exames preventivos? O que é que acontece?

Paciente – Não. Minhas filhas até hoje não fizeram nunca.

Psicóloga – Que idade elas têm?

Paciente – Uma tem 16 e a outra, 26. Todas as duas são solteiras.

Psicóloga – Mas mesmo elas sendo solteiras; elas precisam fazer. Você sabe disso ou não?

Paciente – Não. Acho que a de 26 pode, mas a de 16, não, né?

Psicóloga – A de 16 também. Pode sim.

Paciente – Também pode?

Psicóloga – Também pode. Com certeza. Já se informou sobre isso?

Paciente – Não.

Psicóloga – E a de 26 que pode, não fez, por que?

Paciente – É que a de 16, eu ainda tenho comando. Mas a de 26 já fica mais difícil de comandar, né?

Psicóloga – Mas você já falou com ela ou não?

Paciente – Comentei. Porque ela acompanha. É o que eu falo pra ela. Ela acompanha a rotina toda lá de casa. Tanto que ela tá sempre acompanhando. A outra, ela fica mais amedrontada. A mais nova é mais amedrontada. Mas ela, eu ainda consigo assim: vem cá minha filha. Deixa a mãe ver. Aí eu vou examinar a mama dela. Eu que examino. Porque eu não confio nela examinando. “Não, que eu tenho vergonha”. Deixa eu ver. Entendeu?

Psicóloga – Só que eu acho que você pode te ajudar na tua consulta. Depois você conversa com a médica que te acompanha, né? Já que você tem esse plano com esses convênios que você falou ainda... Ou não? Que a sua filha tem direito; essa sua filha menor de 16 anos?

Paciente – Não.

Psicóloga – Não. Mas você pode levar de qualquer jeito num posto, né?

Paciente – Mas, no caso, como eu sou paciente da Dr^a. Vera... A Dr^a. Vera não poderia ser a doutora dela?

Psicóloga – Não sei a rotina daqui. Porque aqui, acho que as pessoas vem pra um diagnóstico já... Não. Não sei se elas fazem um preventivo de... Com fase

que não tenha alguma suspeita de alguma coisa. É possível. Acho que deve ser algum caso assim. Mas você pode perguntar pra ela, isso que eu tô te falando. Como é que pode, aonde que recomenda... Ou se pode; ou se não pode... Entendeu? Mas qual é a orientação pra que você leve pra algum local. E a outra mais velha também, você pode fazer isso. Você pode sugerir. Ela trabalha? Ela, com certeza, pode fazer com mais facilidade. Que ela pode fazer, por ser uma pessoa adulta, né? Com vida sexual ativa, própria... Mesmo a mais nova também pode. O que eu tenho ouvido de fatos pra fazer exame, de pessoas, mulher até virgem, que é apropriado.

Paciente – Eu examino muito é a mama. A mama, é que eu tô sempre...

Psicóloga – Claro, Mas o preventivo, você também tem como fazer, porque pra isso não é difícil colher o material, tem que pegar aquela secreção, tem que olhar aqui no microscópio, ver as células, né? E aí tem que... Pra poder fazer o exame. Não tem como fazer isso em casa, né? Mas, é bom fazer. É bom ir ao médico fazer direitinho... Ainda mais quando já tem histórico... Você tem que falar isso. Por que você não fala?

Paciente – Não, mas eu converso com elas. Mas é aquele negócio: mãe é mãe, né? Falar pra eles é como se não tivesse ouvido. Entendeu? Eles não escutam. Acham que: “ah, eu em mãe...”. Mas gente... “Ah, que. Não.”. Só acontece na família do vizinho... Comigo não acontece... É o que eles pensam hoje. Os jovens hoje pensam assim. “- Ah é, mãe? Já aconteceu com você? Ah, só porque aconteceu com você, tem que acontecer comigo?” Eu falei: não. Não tem que acontecer com você. Certo? Mas, não custa nada. “Ah mãe,

tá bom; tá bom.”. Aí vira as costas e vai embora. E tem horas que a gente fica até pra baixo, né? Fica até... Dá uma “baixadinha”, né?

Psicóloga – Claro.

Paciente – Então, só o que eu posso...

ENTREVISTA

PACIENTE: AMANDA S.

Paciente – É a primeira consulta aqui com a Dr^a. Vera... Porque eu fiz no posto o ano passado. Aí o posto me ligou, falando pra eu ir lá fazer um novo exame. Aí eu fiz, tornou a dar a mesma coisa... Aí eles me encaminharam pra cá. Já vi com encaminhamento pra cá.

Psicóloga – Você fez o ano passado, um primeiro. Quando é que você fez?

Paciente – Começo de Setembro, esse exame que a Dr^a. Vera aguardou.

Psicóloga – Tá. Você fez em Setembro de 2004 no posto... Aí voltou quanto tempo depois?

Paciente – Aí eles me ligaram no começo do ano, pedindo pra mim, porque lá demora a ficar pronto.

Psicóloga – Posto da onde?

Paciente – Lá de Guadalupe. Aí o doutor lá me atendeu... Aí falou assim, por alto, o que era. Falou que era um vírus, uma doença sexualmente transmissível... Primeiro ele falou no vírus, aí depois eu pedi pra ele me explicar. Mas ele era um doutor muito “abençoado”, pra não falar outra coisa. Se você não pergunta, ele não fala. É assim. Aí também eu tava até nervosa, porque eles me ligaram... Aí eu tinha ido lá, o exame não tava pronto e eles ligaram: “ah não, é que veio com um probleminha.”. e eu já fiquei preocupada daí. Quando eu cheguei lá, ele já não explicou muito...

Psicóloga – Quando você foi fazer; você fazia com que frequência?

Paciente – Todo ano, quase.

Psicóloga – E você foi em alguma campanha, algum programa de chamada pra fazer preventivo. Não?

Paciente – Não. Todo ano eu faço. Desde quando eu engravidei, isso eu já fazia antes... Eu tenho um “piercing” lá. Aí todo ano, eu sempre faço. Tanto que o anterior desse de Setembro, não tinha dado nada.

Psicóloga – Você já fazia...

Paciente – É, eu sempre fiz. Aí o anterior desse último não tinha dado nada, e esse, o posto ligou. Aí o doutor passou duas pomadas. Eu usei. Um período. Aí eu tornei a fazer o preventivo depois do medicamento. Aí tornou a dar de novo. Aí, já veio com encaminhamento pra cá.

Psicóloga – Tá. Esse que deu de novo foi em 2005?

Paciente – Isso.

Psicóloga – Isso. O Dr. Eduardo foi o de 2005 ou já era antes?

Paciente – Ah, com ele de novo.

Psicóloga – Com ele de novo?

Paciente – Aí ele falou: “ah, lá eles vão de escutar direito. Você vai ter que fazer um... Falou o nome de exame aí, com um nome engraçado. Aí, descomposcopini... Só que aí, a Dr^a. Vera falou que não precisava. Aí, fiz o preventivo hoje de novo e ela me mandou eu retornar.

Psicóloga – Tá, então o que nós temos pra você? Ela te deu algum remédio, algum remédio pra você colocar?

Paciente – Não, porque eu tive uns outros problemas aí, que eu tô tomando vários medicamentos. Aí ela falou que isso já tá ajudando. Ela só passou uma vitamina.

Psicóloga – Quais os problemas que você teve?

Paciente – Não, é que fui estuprada tem duas semanas.

Psicóloga – Você foi estuprada tem duas semanas?

Paciente – Aí eu tô tomando vários... Tomei já vários medicamentos. Injeção de hepatite... Aí eu tô tomando uma série de medicamentos. Ela viu lá. Ela falou que devido a isso, já tá até ajudando. Tomei Bezentacil; tomei de hepatite, tomei uma injeção lá... Tô tomando. Aí ela só passou uma vitamina. Aí eu fiz um exame ontem lá em São Cristóvão, de hepatite, de um outro lá... Aí deu que os glóbulos brancos tão baixos. Aí semana que vem, eu tenho que tornar a fazer outro exame. Aí a doutora falou que... Passou só uma vitamina, porque devido aos medicamentos que eu tô tomando, já vai até ajudar.

Psicóloga – Essa área onde você foi estuprada é perigosa? Como é que é isso?

Paciente – Não. Não é perigoso.

Psicóloga – Você chegou tarde? O que é que aconteceu?

Paciente – Eu tava vindo do trabalho. Aí, ele não tava parado no local. Ele tava vindo normal. Quando ele me viu, ele jogou o carro na calçada. Já tava próximo. Cem metros da minha casa.

Psicóloga – Jogou o carro na calçada onde você tava, em cima de você?

Paciente – Isso.

Psicóloga – E fez o que?

Paciente – Ele tava armado. Aí depois daí, eu fui pra delegacia, fui no IML... Aí tô tomando agora os medicamentos, entendeu? E eles lá também acompanham. No Hospital Fernando Magalhães. Ontem mesmo eu tive

consulta lá. Aí hoje eu vim aqui. Semana que vem, eu vou tornar a ir lá de novo.

Psicóloga – Que coisa em?

Paciente – É pra completar, né? Aí quando eu falei isso pro doutor “abençoado”, ele me proibiu de ter relação, enquanto eu não viesse aqui. Até esqueci de perguntar à doutora, se tinha algum problema... Mas também agora, eu não tenho nem cabeça pra isso.

Psicóloga – Você chegou a falar com ela, isso?

Paciente – Eu expliquei à ela, porque ele falou pra eu não ter relação. E como aconteceu isso, né? Tudo bem, eu também tô um pouco tensa. Ela fez só o preventivo e nem me examinou direito. Da próxima vez que eu tiver mais relaxada... Aí ela vai examinar direito...

Psicóloga – Conhecia você? Que conhece?

Paciente – Não. Pelo pouco que eu vi. Porque depois ele cobriu o rosto.

Psicóloga – Como assim?

Paciente – Quando ele me abordou; ele tava sem nada no rosto. Aí depois ele botou uma camisa no rosto. Não dava pra mim ver quem era. Mas pelo pouco que eu vi; eu nunca tinha visto ele não. Não conhecia. Esses probleminhas básicos...

Psicóloga – Básico né? Básico né? Que coisa, em? Bom, mas voltando lá antes desse episódio “básico”, o outro ficou ali, né? Ficou pequenininho, né? O HPV e o médico “abençoado”, viraram “pintinho” perto do...

Paciente – Eu tô pagando meus pecados. Mas, sei lá... Ele ficava o tempo todo me ameaçando assim...

Psicóloga – Tem quanto tempo?

Paciente – Tem duas semanas. Mais ou menos. É. Foi dia 16...

Psicóloga – Você trabalha à noite?

Paciente – Hum, hum... Num restaurante perto da minha casa também.

Psicóloga – É? Vem cá, você mora com quem? Você é casada?

Paciente – Não. Moro com a minha mãe. Os meus pais são separados.

Psicóloga – E com esse seu filho?

Paciente – Meu filho, é. Moro com meu filho.

Psicóloga – Bom. Então você veio pra apanhar essa segunda consulta, que você veio depois desse exame no posto... Então você tá cuidando até mais um pouco disso ou não? Também tá com a sobrecarga de fazer exames...

Paciente – Aí também tô tomando o coquetel... Tô tomando o coquetel agora. Vinte oito dias acaba. É de doze em doze horas. São seis comprimidos. Aí eu tomo duas horas da manhã e duas horas da tarde. Que foi a hora que eu tomei lá no dia. Dá enjoô...

Psicóloga – A doutora que passou essa medicação, foi no posto de São Cristóvão, que você fez?

Paciente – Não, é lá no hospital que eles dão.

Psicóloga – Como prevenção...

Paciente – Já tem pra esse tipo de coisa, eles têm o medicamento separado.

Psicóloga – Em situações como no caso de estupro?

Paciente – Isso. Um atendimento só pra isso.

Psicóloga – Vamos lá. Você foi bem prática; foi pragmática sobre essa orientação sua em casa... Como foi?

Paciente – O que?

Psicóloga – Com essa situação agora, por exemplo, que você tá falando de estupro, né?

Paciente – Não, é. Eu peguei... Aí, no primeiro dia fui... Eu fiquei em casa, assim. Ainda estava em estado de choque, né? Aí, no outro dia... Na segunda só, que eu fui na delegacia, no IML...

Psicóloga – Quando aconteceu isso? Foi numa segunda?

Paciente – Foi no sábado. Aí eu fiquei no sábado. No domingo, eu também não fui, porque eu tava com muita dor na perna. Do jeito que eu fiquei, eu não conseguia caminhar. Só podia ser nervoso, porque não tinha nada. Não fiquei com hematoma; não fiquei com nada, porque ele não me agrediu. Aí, eu fui na segunda de nove... É. Aí, demorou umas cinco, seis... Não tô me recordando assim. Cheio na delegacia.

Psicóloga – Que delegacia?

Paciente – Lá na cidade. Muito cheio. Eu só consegui ser atendida sete horas da noite. Aí de lá, eu fui pro IML. Do IML, eles já encaminharam pra lá. Aí foi quando eles passaram as injeções e os medicamentos.

Psicóloga – Mas você deu parte dessa pessoa nessa delegacia?

Paciente – Dei parte. Fiz o B.O.. Só que não tinha como eu fazer o retrato falado. Mas ela falou que, geralmente, nesses casos, as vezes a pessoa não tem. Mas, de repente, a pessoa tá parada, ele passa. É o que mais acontece, entendeu? Depois entra em contato com eles, que liga...

Psicóloga – Já é uma rotina?

Paciente – Isso. Elas deixaram telefone delas, particular, pra qualquer coisa entrar em contato. É que às vezes demora muito. Lá é muito cheio. Cada coisa

horrível que se vê lá. A gente vai dizer que não, tem casos assim, que a gente não tem noção. A delegacia é cheia pra caramba.

Psicóloga – O que é que você viu lá que te chamou a atenção? Que te impressionou?

Paciente – Ah, as mulheres tudo com olho roxo, que apanharam do marido. A maioria. A menina até falou, que o único caso de estupro que tinha lá era o meu. O restante era tudo mulher espancada. Ela até falou: “ah, no final de semana é certo. Aí, quando chega na segunda...”. E como eu fui lá na segunda... Ah, que o marido deve sair e tudo. Tem briga. Isso que elas falam lá.

Psicóloga – Final de semana, segunda-feira então é dia de plantão?

Paciente – É.

Psicóloga – Bom, então dentro do possível, aí você aqui... Você, se realizar o seu exame com uma certa frequência, né? Você falou que desde que tinha tido o seu filho, que você ficou nervosa também, nessa situação agora desses exames que você já disse, né? E aí em relação agora? Porque eu acho que agora você... É que eu ia perguntar um pouco em relação a essa coisa do HPV, que você tinha noção? Você sabia sobre HPV e câncer de colo... Você tinha informação sobre isso?

Paciente – Eu sabia assim por alto, porque eu tenho uma prima que teve esse problema. Ela ficou três anos se tratando. Aí, acho que agora ela tá bem. Eu até não tive mais contato. Ela sempre comentava: “ah, tô usando pomada disso, daquilo...”. Aí, eu sabia... Nunca me informei, né? Mas ela falava assim... Tinha noção, né? Quando eles falaram lá, eu fiquei

preocupada, porque ela ficou três anos se tratando. É a única coisa que eu sabia.

Psicóloga – É, mas você tava com essa preocupação, mas agora eu já te dei essa agora, que é compreensão, né?

Paciente – Então? Com outra preocupação.

Psicóloga – Ficou mais preocupada com resultado. Agora tem esse controle de HIV, não é isso?

Paciente – É, eu fiz exame ontem. Fica pronto em quarenta dias. E eu tô tomando esse coquetel durante vinte oito dias.

Psicóloga – Tá bom. Pra mim tá bom Paciente. Sorte viu? Espero que fique tudo bem...

Paciente – Por favor, eu tenho pavor de injeção. Já tomei duas “Bezentacil”; tomei uma de hepatite e já tomei outra. Aí, agora ficar vindo toda semana pra ver, né? Mas, tem que fazer, né? Fazer o que?

Psicóloga – Tá trabalhando?

Paciente – Tô, mas eu comecei essa semana. Fiquei lá...

Psicóloga – Teve uns dias de...

Paciente – É. Aí, eu voltei. Aí meu patrão depois me leva em casa, no carro. Eles levavam, mas nesse dia; foi o dia que ele pegou o carro emprestado pra sair.

Psicóloga – Eles levavam, por que é um pouco perigoso mesmo?

Paciente – Não, eles levavam mesmo. Porque lá é assim, atrás é a casa dele. Então o carro fica do lado de fora. Então, toda vez quando ele vai guardar o carro, aí ele aproveita e leva as funcionárias no carro, entendeu? É dele mesmo, isso. Que é assim, as do dia ganham passagem. Mas que vêm perto. E as

de noite, ele leva. Não custa nada. Porque, em geral, ele vai guardar o carro mesmo. E é próximo. Aí ele pega e leva. Eu e mais duas.

Psicóloga – Agora, depois do acontecido, tem que ir em grupo, por causa de um pouco mais... Né?

Paciente – E o pior é que assim, foi próximo mesmo da minha casa. Coisa assim de cem metros. Pertinho. Porque é assim, ele não tava ali me esperando; ele tava passando. Tava assim como que... Como se tivesse outra mais na frente; poderia até ter sido outra.

Psicóloga – Pelo menos você conseguiu ver a placa do carro? Nada?

Paciente – Não, porque ele ficava armado o tempo todo, mandando eu fechar o olho; não olhar pra ele... E quando ele saiu; ele mandou passar pela frente do carro e não olhar pra trás. Aí, do jeito que eu tava nervosa; eu também nem pensei. Podia correr o risco de ele atirar. Eu pensava o tempo todo que ele ia me matar, né? Porque, ele armado, drogado do jeito que ele tava... Falava tudo embolado. Aí, eu fiquei com medo dele jogar o carro até em cima de mim, porque eu tinha que passar pela frente. Aí fiquei na calçada assim, e ele foi embora. Ele foi por trás de mim, entendeu? Ele voltou pelo mesmo caminho. Corria o risco de olhar... Mas, tudo bem.

Psicóloga – Tomara. Que bom Paciente. Tá?

Paciente – Agora só volto aqui no mês que vem, né? A senhora vai tá aqui também?

Psicóloga – Acho que sim. Ainda vou tá fazendo minha pesquisa... É. E aí, você precisando de alguma coisa, que eu tando aqui posso ajudar...

Paciente – Ah, tá bom. Pode deixar. Obrigado.

Psicóloga – Obrigada. Sorte, Amanda.

ENTREVISTA

PACIENTE: CÉLIA

Psicóloga – Você toma remédio pra pressão...

Paciente – Tive que tomas de novo, porque tive o meu médico de pressão e o meu remédio já tá com um ano. Tenho que ir de novo.

Psicóloga – Aqui você já tá há quanto tempo, fazendo tratamento aqui?

Paciente – Taí...

Psicóloga – Que você veio pra cá?

Paciente – Não é?

Psicóloga – 2004... Você tem quantos anos, Célia?

Paciente – Vou fazer 50 anos no dia 19.

Psicóloga – Vai fazer 50?

Paciente – É.

Psicóloga – É casada?

Paciente – Sou. Tenho um companheiro.

Psicóloga – Tem filhos?

Paciente – Tenho três.

Psicóloga – Tem três filhos. Bom, você veio pra cá, encaminhada da onde? Você veio da onde?

Paciente – Vim lá de Guadalupe.

Psicóloga – Do posto de Guadalupe? Do posto de saúde? Você fazia...

Paciente – Eu fazia o preventivo lá.

Psicóloga – É?

Paciente – É.

Psicóloga – Fazia preventivo... Você fazia de quanto em quanto tempo, o preventivo?

Com que frequência?

Paciente – Desde... Foi duas vezes, parece.

Psicóloga – Foi duas vezes? A vida toda?

Paciente – Não, foi uma vez só.

Psicóloga – Por que?

Paciente – Porque quando a gente não quer ir...

Psicóloga – Você é do Piauí?

Paciente – Sou do Piauí.

Psicóloga – E você tá no Rio há quanto tempo?

Paciente – Seis anos.

Psicóloga – Seis anos? E no Piauí? Você morou o resto da vida toda?

Paciente – Morei lá. Desde quando nasci.

Psicóloga – Mas não foi em 44?

Paciente – É.

Psicóloga – Que você morou no Piauí?

Paciente – Foi.

Psicóloga – E lá no Piauí, quantas vezes você fez o preventivo?

Paciente – Faz tanto tempo que eu nem me sei.

Psicóloga – Mas fez então lá?

Paciente – Fiz...

Psicóloga – Todo ano você fazia?

Paciente – Ah, não tem que fazer todo ano. Todo ano, eu não fazia não.

Psicóloga – De três em três...

Paciente – É. Todo ano, eu não fazia não. E ainda mais remédio desse negócio de... O
médio passava Diasepan pra mim. Não sei se eu sou doida.

Psicóloga – Você tá tomando Diasepan desde o Piauí?

Paciente – É. Não, porque aqui mudou, né? Aqui eu não tô dormindo. Passo três dias
sem dormir. Aí, o que é que eu faço? Fecho os olhos, abro de novo... Antes
do Diasepan, eu dormia pouco. Agora eu tô dormindo.

Psicóloga – Aí você só vai tomar o Diasepan e dorme?

Paciente – Só quando eu durmo. Mas quando eu tô com a cabeça assim perturbada, eu
tomo.

Psicóloga – O que é que perturba a tua cabeça?

Paciente – Bem, quando eu tô perturbada, não quero falar com ninguém... É uma
perturbação. Não... Me dá um sono. Aí tem hora que eu tô morta de sono,
depois não tô com sono mais. É assim.

Psicóloga – Ah, é?

Paciente – É.

Psicóloga – Mas essa perturbação já é antiga ou é de agora?

Paciente – Foi depois que eu fiquei nervosa.

Psicóloga – Quando que você ficou nervosa?

Paciente – Lá no Piauí. Tinha tanta gente bêbada lá em casa, que eu ficava nervosa.
Cachaceiro... Tanta briga. Aí eu ficava nervosa.

Psicóloga – Quantos cachaceiros tinham lá no Piauí?

Paciente – Ah, são meus sobrinhos...

Psicóloga – Você morava com quem?

Paciente – Com a minha mãe.

Psicóloga – Sua mãe. Você tem irmãos? Sua família é de origem da onde?

Paciente – Tenho em Manaus, tenho um em Fortaleza, tem em Belém, tem em São Luiz... Espalhado pelo Brasil todo.

Psicóloga – E sua mãe mora lá...

Paciente – No Piauí.

Psicóloga – E seu pai... Também tem pai?

Paciente – Tenho.

Psicóloga – E você tem... Um filho que você falou?

Paciente – Tenho uma filha em São Paulo e tem uma aqui no Rio e outro tá no Piauí.

Psicóloga – São filhos do mesmo companheiro?

Paciente – Não, o mais velho de todos. Os outros dois são do mesmo.

Psicóloga – Do mesmo? Não é esse que teve aqui agora?

Paciente – O que?

Psicóloga – Você teve alguém agora aqui no Rio?

Paciente – Teve. Tô maluca.

Psicóloga – Tá maluca?

Paciente – Tô maluca. Ele bebe muita cachaça. Isso acaba com as idéias... Quando fica assim... Por causa de álcool, né? Rezei. Quando ele bebe, sobre até o meu coração. Pôxa... Não tem quem agüente. Aí quer dormir comigo bêbado, não pode, me pega... Dançar bêbado... Não quero. Tudo isso, ele quer. Parece que não entende. Por isso que eu quero ir embora. Não sei... Meu filho vai tirar passagem... Também não sei se vou. Só Deus sabe, né?

Psicóloga – Agora mora você e ele. Seu filho não tá não?

Paciente – Tá não. Meu filho mora com a mãe dele.

Psicóloga – Aí quando você fez esse preventivo agora, deu problema. Qual foi o problema que o médico viu no posto, que mandou você pra cá?

Paciente – Sei lá. Um cisto. Existe?

Psicóloga – É.

Paciente – Que eu saiba, foi. Acho que era um cisto. Que ele mandou eu pra senhora aqui. Por que? Eu ainda tenho?

Psicóloga – Não sei. Eu tô perguntando pra senhora. Que é que ela falou pra senhora, que você entendeu? Que é que a médica te explicou?

Paciente – A médica? Não, que o exame tá tudo bem.

Psicóloga – Ela falou o que? Que tirou esse cisto que você falou?

Paciente – Ah, não. Ela falou nada não... Do cisto não. Ela falou como é que eu tava... Tô bem. “Tomando remédio direitinho?”. Tomei.

Psicóloga – Você pegou isso, como? Isso tinha a ver...

Paciente – Ela dava coceira primeiro. Coçava.

Psicóloga – É? No posto médico falou alguma coisa se isso era sexualmente transmissível? Se pegava pelo contato sexual? Ou não falou?

Paciente – O médico não falou também...

Psicóloga – E você perguntou?

Paciente – Perguntei não.

Psicóloga – Perguntou não?

Paciente – Não.

Psicóloga – Tá. Mas te falaram alguma coisa?

Paciente – Não. Também não.

Psicóloga – Você tem que usar camisinha?

Paciente – Tenho. Mas ele não quer usar. Fazer o que?

Psicóloga – Por causa disso? Porque tem que ter um certo cuidado, enquanto você tá fazendo tratamento. O que é que você tá usando pra esse tratamento? Tá tomando... Passando alguma tomada? Tomando algum remédio?

Paciente – Tô passando a tomada. Não tô tomando nada não.

Psicóloga – Não tá não. Aí teve esse cisto, que você falou, né? E aí agora você tá fazendo o preventivo? Justamente por isso que você tem que usar camisinha? E ele não usa?

Paciente – Ele não quer. Eu não posso fazer nada, né?

Psicóloga – E ele? Pelo fato do jeito que bebe assim, você acha que ele pode... Não tem muito cuidado, muita higiene... Como é que é isso? Tem ou não tem?

Paciente – Tem cuidado com tudo.

Psicóloga – Tem?

Paciente – Não, só tem a bebida e mais nada.

Psicóloga – Tem?

Paciente – O mal dele é só a bebida; só a bebida e mais nada. Porque quando ele bebe; ele bebe sem parar. Aí a mãe tem que internar... Agora não. Parou. Não tá bebendo não. Desde Fevereiro que ele não tá bebendo. Por enquanto... Mas já tô pensando aqui com a minha cabeça, quando chega Novembro pra Dezembro, ele começa a beber.

Psicóloga – Ah, é Novembro e Dezembro?

Paciente – Quando ele começa. Até o carnaval. Aí não quer parar não. Aí tem que internar ele de novo.

Psicóloga – Tá.

Paciente – Deu algum problema aí?

Psicóloga – Não deu problema nenhum não. Isso é só o roteiro do que a gente tá conversando. Você sabe lê?

Paciente – Sei.

Psicóloga – Então, tá aqui oh: como é que você encaminhada pra essa unidade... É um roteiro dessa entrevista que eu tô fazendo com você. Como foi a notícia do diagnóstico que você teve lá... Do posto que você teve. Né? A gente já conversou. Como é que se realizaram esses exames que você já falou pra mim... Né? E o que você entendeu. Isso a gente não falou ainda. Que é que você entendeu do que os médicos te falaram, que você tá tão nervosa?

Paciente – É que eu sou nervosa mesmo.

Psicóloga – Não, eu tava ficando preocupada com o seu tratamento aqui. Tá muito preocupada com o tratamento dele lá, né? O que você não pode fazer por ele, aí você já fica nervosa. Mas aí eu queria saber: como é que você tá vendo esse que você tá fazendo aqui?

Paciente – Não, eu tô bem.

Psicóloga – Você tá bem?

Paciente – Eu tô bem. E muito bem.

Psicóloga – Tá. E agora, a camisinha você não tá conseguindo usar?

Paciente – Não, a camisinha é ele que não quer.

Psicóloga – Mas ele não usa tendo relação com você. Aí como é que você fez? Fica preocupada, não fica... Você falou isso pra médica, não falou... Como é que tá isso?

Paciente – É; é o que eu falo pra ele: rapaz não pode, que a doutora falou que é só com camisinha... Assim: “não, fala pra ela que eu não gosto de camisinha não.” (...) Isso aqui; me explica isso aqui, que é que é isso. É vitamina?

Psicóloga – (...) Não, é pra você fazer junto com ele, né? O remédio. Então, é isso que ela quer. É a receita disso que ela te deu. Desse remédio que ela te deu.

Paciente – Mas eles também vão dar vitamina pra mim aqui?

Psicóloga – Acho que sim. Isso aqui é vitamina.

Paciente – Me dá nervoso, eu em. Não posso ver mais nada. Um nervoso danado. Fico gelada. E quando eu tô cismada, que eu não falo com ninguém? Que tô bolada mesmo? Dá até dor no coração. É... Ele tá lá fora no carro dele. Ele tem trinta e... Trinta e oito anos fez ontem. Muito novo.

Psicóloga – Ele tá lá fora esperando você aqui?

Paciente – Não, ele veio comigo; ele veio comigo, mas não foi por isso não. Toda vez, ele vem comigo.

Psicóloga – Então ele acompanha você?

Paciente – Porque eu sou perturbada da cabeça e pode os carros me pegar. Aí, ele vem comigo. Não, porque um carro outro dia ia me pegando mesmo. Ia me matando.

Psicóloga – É?

Paciente – Porque eu tô tomando um remédio que o médico passou... Sei nem o nome do remédio. (...) Eu parei de tomar o remédio. Remédio doido. Eu não sou doida.

Psicóloga – Mas que remédio forte foi esse que você tomou, que deu isso tudo?

Paciente – Não sou doida...

Psicóloga – Que remédio é esse que você tomou, gente?

Paciente – Sei lá. Um nome aí... Deixa ver se eu tenho ele aqui. É um remédio aí... É pra alergia. É pra alergia que eu tomo; pra dormir, pra não coçar as mãos... É pra não coçar minhas mãos de noite. Aí tem que tomar. Mas fica é, com a cabeça abestado no meio da rua.

Psicóloga – Então. Em relação a esse tratamento que você tá fazendo aqui... O que é que você tá... Preocupação sua; sua expectativa... (...) Aqui tá tudo tranqüilo?

Paciente – Aqui tá tudo tranqüilo. Eu tô mais preocupada é com minha mãe. Pensando como é que eu vou e como é que eu não vou...

Psicóloga – O que é que sua mãe tem lá?

Paciente – Minha mãe tá doente. Tá operada do olho; tá operada do ombro... Tá lá, doente.

Psicóloga – Tá bom.

Paciente – Sozinha, eu tô bem. Tô me tratando. Tô muito bem. Matando ninguém...

Psicóloga – O resto tá tudo sob controle? Perto dos outros problemas que você tem, né? Perto da sua mãe; perto do marido que bebe...

Paciente – Graças a Deus, eu tô muito bem... Tô sentindo nada até agora... Tô muito bem.

Psicóloga – Tá bom. Então tá Célia, pra mim tá bom. Eu tô satisfeita. Se precisar de alguma coisa... Tem alguma outra coisa que você queira acrescentar?

Paciente – Não; tem mais não. (...) Os homens que eu ando só é cachaceiro. Não sei porque eu só me dou com esse mundo. Não sei. Meu marido deixei no Piauí. Aí, venho pra cá, arrumo um, bebe. Solto outro, bebe.

Psicóloga – E esse que você tá agora? Bebe?

Paciente – Bebe não. Ele é calmo. Bebe não. Ele é calmo. Ele tem aquilo que quando cai, baba... Sabe aquele negócio?

Psicóloga – Ele tem epilepsia, será?

Paciente – Não sei. Não é de álcool, não. Pode ficar aí... Faz bem pra minha cabeça. Mas nada. Quando tem que falar, eu falo lá. A outra doutora falou pra eu vim no final do mês. Não sei se é desse mês ou se é do outro. Aí que eu tô em dúvida. Que ela falou: “Célia...”, porque eu ia marcar, né? “...mas não é preciso você marcar, porque quando você vier, a gente te atende. É no final do mês.”. Agora eu não sei se é no final do mês de Agosto, ou do mês de Setembro. Aí que eu tô em dúvida. Cabeça não tá muito boa não. Ele sabe, que eu já falei: quando eu tiver com a cabeça perturbada, nem fale comigo. Nem encoste perto de mim. E não encosta não. Nem ele e nem a mãe dele. É ruim de encostar. Muita perturbação pra minha cabeça.

Psicóloga – Tá bom Célia. É Célia né? Não é Célia?

Paciente – É. Mas como é que a doutora vai dar o resultado no final, porque eu não marquei.

Psicóloga – Não é isso que tem que falar com ela não.

Paciente – Que ela falou que não é pra mim marcar, como é que ela vai dar o meu resultado?

Psicóloga – Não sei. Tem que falar com ela.

Paciente – Eu vou perguntar.

Psicóloga – Isso. Faz isso.

ENTREVISTA

PACIENTE: ROSANE

Paciente – É... Se eu tenho esse problema aí no colo do útero, então eu vou operar? Já que eu vou passar por uma operação, porque não tira logo o útero todo? Porque eu ouço dizer, que o útero tem duas utilidades: uma é ter filhos e a outra é armazenar doenças. Aí ele falou assim: “- é mesmo? Quando você tá com uma unha inflamada; você arranca o dedo?”. Eu falei: claro que não. “- Então por que eu vou arrancar o seu útero? Você tá com um pedacinho inflamado. Vamos cuidar dessa inflamação e vai ficar tudo bem.”. Então tá. Aí, muito a contragosto pra mim, esse negócio de eu ter... Eu acho assim, é um problema que, realmente, o útero, ele é meio complicado, né? Começo a sentir coisas... Tá sempre aparecendo alguma coisinha aqui e ali. Mas ele falou que era só operar isso aí e que tava tudo bem. Aí, ele fez essa operação pra mim. Correu tudo certo. Até, inclusive, a anestesia... A minha anestesia, quando saiu... Assim, passou o efeito, só senti quando a perna tá voltando e eu já queria mexer logo tudo, né? E, duas colegas que tavam assim, sentiram muita dor, reclamaram muito... Eu não senti nada. Eu operei na segunda. Na terça tive alta. E no sábado eu fui pra uma festa de quinze anos, com um salto desse tamanho.

Psicóloga – Você também, né?

Paciente – Sou bem levada.

Psicóloga – É, levada.

Paciente – Odeio ficar de resguardo, de repouso... Pra mim, eu gosto de ficar na atividade. Eu não paro.

Psicóloga – Você trabalha muito?

Paciente – Trabalho. Trabalho demais. Quando eu sento assim, aí me dá sono. Porque, senão, eu durmo mesmo. Eu vim dormindo no ônibus até o hospital das Laranjeiras. Vim de lá até aqui, dormindo. Chegou aqui, a moça falou assim: “nhã, nhã, nhã... O Mário Krof é aqui.”. Levantei rapidinho. Então eu vim. E por que? Eu tenho uma colega minha na Internet, que ela tava falando: “você é assim, porque você é ativa demais. Aí, quando você para, teu corpo pensa que já hora de dormir.”.

Psicóloga – Você trabalha com o que?

Paciente – Eu tô trabalhando em casa de família. Eu trabalho em duas casas e trabalho em festa, final de semana. A gente tem que correr atrás, né?

Psicóloga – E agora, as suas expectativas e preocupação em relação ao tratamento?

Paciente – A minha expectativa é que eu esteja curada.

Psicóloga – Você teve alguma recomendação especial, alguma coisa que você tenha que fazer; alguma coisa que os médicos mandaram?

Paciente – Não. Eu, de minha própria... Assim, porque o meu marido... Agora eu já sou casada de novo. E o meu marido me critica porque ele quer muito de eu ficar folgada... Ele saiu do serviço às quatro horas; quatro e meia tá dentro de casa. Sai de trabalho, de final de semana tá em casa. Então, ele jura fidelidade a mim, entendeu? Então, ele não queria de jeito nenhum usar a camisinha. E depois desse problema, eu não faço de jeito nenhum

sem camisinha. Então pra mim isso aí serviu, entendeu? Pra mim tomar uma tendência mais a esse respeito.

Psicóloga – Buscou orientação médica? Não?

Paciente – Não. Eu falei lá embaixo que o médico falou, mas não foi o médico que falou não, sabe? Ele nem chegou a comentar isso não. Eu que...

Psicóloga – Perdão. Se tem problema?

Paciente – É, eu contei uma história do tamanho de um baú ontem pra ele, sabe? Falei que o médico tinha dito que não podia fazer sem camisinha, porque eu tava com o vírus e eu ia passar pra ele; e ele ia ficar guardando o vírus. Aí eu ia operar e ele ia passar o vírus de volta. Aí ele: “ih, eu não sinto nada.” Não, mas o homem é hospedeiro. Até, inclusive, esse negócio de hospedeiro, a doutora lá do PAM falou que o homem... Isso pode ser transmitido por ele, e que, no homem, dificilmente tem reações. Tem mais reações é na mulher, né? Mas que ele fica hospedado e transmitindo pra outras. Aí, depois dessa história, só posso ter relação com camisinha e... Acho até bom, viu? Até prefiro assim. (...) Eu até gosto mais que antes. Entendeu? Respeito é isso. Tá tranquilo.

Psicóloga – Isso foi uma corretiva que ele tomou...

Paciente – Como lição.

Psicóloga – E você passou a fazer isso. E ele concorda?

Paciente – Concorda...

Psicóloga – A contragosto.

Paciente – A contragosto, mas concorda.

Psicóloga – Isso afetou muito a sua vida pessoal, sexual... Tá bem? Como é que tá?

Paciente – Tá. Tá tudo certinho. Graças a Deus. Eu sou assim...Eu não dimensiono muito os problemas não, sabe? Eu levo tudo na base do: “amanhã vai ser melhor”. Às vezes eu tô aqui, chega na hora de dormir, eu boto um travesseiro aqui, agarro ele, durmo e no outro dia já levanto pra encarar o problema de outro jeito. E, óbvio, com essa doença foi assim mesmo. Não mudou nada. Continuei trabalhando; continuei indo a festas... Entendeu? E, cuidando dos meus filhos, assim... Os meu filhos foram os meus enfermeiros, sabe?

Psicóloga – Ah, é?

Paciente – Cuidaram de mim, ficaram comigo... Quando eu ia pra festa: “mãe, você vai?”. Oh, eu vou ficar quietinha. Chegava na festa, não podia nem levantar, que já vinha um: “senta aí”. Aí eu: tá bom. Então, sabe? Ainda uniu mais a gente. E, no mais (...) tô fazendo tudo que eu fazia antes. Não mudou nada.

Psicóloga – Você tem quantos anos?

Paciente – 39. Trabalho desde os 14. Quer dizer... Não dá, né? É o que eu tava falando pra uma colega minha, que eu fui levar o meu filho no dentista... Que o meu filho tá trabalhando, aí tem o plano dentista. Porque, tenho, pelo meu exemplo, gente que não consegue... Porque, trabalhar, você tem que correr atrás. Médico que você que chegar muito cedo, sair muito tarde... Então atrapalha tua vida profissional. E agora, o meu filho trabalhando, ele tem o plano de saúde Real-Doctor e Dental-Cor. Aí eu fui levar ele no dentista, mas assim, falei: já que tem, vamos usar, né? Aí fui no sábado com ele e o doutor falou assim: ele tem uns dentes muito

bonitos, mas a senhora deu mole, porque ele tá com dente de leite aqui. Inclusive um tá nascendo e empurrando o outro pra cá. Aí ela disse: “mas eu vou fazer um raio-x, pra ver se ele tem os dentes de hoje interno ou se ele nasceu com problema de ausência. Porque aí, se for ausência, a gente deixa aí. Se tiver interno, a gente tira e bota um aparelho pra puxar.”. Aí, tá bom. “Mas ele tem uns dentes bonitos. Tem uns dentes firmes, bons...”. Aí, começou elogiando ele. Aí eu falei assim: é, isso é coisa de Deus, porque eu só levei ele no dentista... Aliás, eu nunca vou ao dentista. Só ia no médico se tivesse passando mal, sentindo dor, porque, fora isso, eu não tinha tempo, entendeu?

Psicóloga – Eles têm quantos anos agora?

Paciente – Um tem 14 e o outro vai fazer 16 agora no meado do mês. Entendeu? E nunca fui. Foi agora, a primeira vez. O de 14 foi, porque inflamou um aqui, aí eu levei e arrancou, entendeu? Então, eu falei pra ela assim: eu acho que Deus é tão bom com a gente, que até a doença que eu tinha, não se manifestava, a ponto de me parar. Porque se eu parasse, a coisa lá em casa ia ficar feia, né? Porque, com duas crianças... Criei sozinha, praticamente. Praticamente sozinha. Tem o rapaz que eu moro com ele, mas eu não dei muita ousadia pra ele tomar assim, como pai mesmo; porque o pai é vivo.

Psicóloga – E tem quantos anos, o seu companheiro?

Paciente – 40.

Psicóloga – 40. E o pai dele ajuda. Ainda é vivo?

Paciente – É vivo. Não ajuda financeiramente, porque eu não quero, sabe? Mas, como tá pertinho, é um pai maravilhoso. Quando ele vê as crianças, é uma pessoa assim que, se você não conhecer ele... Muito maravilhoso. Gente fina pra caramba. Entendeu? Então, não podia, de jeito nenhum, separar os meninos, e ficar só com o outro como pai. E vai que acontecesse alguma coisa, eu... Assim, digamos que eu separasse dele ou educando com ele, como eu estou, vai fazer dez anos que eu tô com ele; que ele batesse nas crianças e fosse reclamar com o pai, entendeu? Então, isso tudo, eu segurei, pra ele não tomar muita aquela responsabilidade com eles. Então, o que é que acontece? Eu nunca quis depender só dele. Então eu sempre trabalhei pra dar o que posso e me desdobrei mesmo pra eles. Eu não podia parar. Não tinha como parar. Hoje em dia, eu me dou ao luxo de poder sair duas horas, pra poder vir aqui. Eu fui trabalhar, pra precisar sair duas horas, eu vou ter que tá lá no “Mário Krof”. Aí a minha patroa: “não, tudo bem, pode ir.”. Segunda-feira... Voltei de férias na segunda-feira, saí de lá meio dia e meio, porque eu tinha que vir aqui. Mas antigamente não dava, né? Porque, quando você não tem... Eu tô com seis anos lá na casa dela, então, enquanto você não tem um tempo de casa... Já hoje, eu tenho essa regalia. Eu já tô trabalhando menos... Eu trabalho segunda, terça e quinta... Quer dizer, já melhorou. Mas, mesmo assim, esses dois dias livres, eu já arrumei outra casa, que é pra não perder o vício, né? E, ainda pra dá uma corrida atrás também, de mim. Fora disso, não tinha que deixar o meu jeito.

Psicóloga – Jamais, né?

Paciente – Não, ainda tenho que procurar como ganhar dinheiro. Dinheiro tá saindo meio apertadinho, porque, criança estudando... Adolescente, gasta bem mais, né? Então é trabalho dobrado, despesa dobrada, dor de cabeça dobrada e, fora disso, tá tudo certo.

Psicóloga – Tá, então não tá atrapalhando... A sua vida sexual... Não?

Paciente – Também não. A única coisa que mudou foi que, o uso da camisinha passou a ser constante.

Psicóloga – Tá bom. Pra mim tá bom, Paciente. Tem alguma coisa que você queira acrescentar?

Paciente – Eu só achava assim, que se teria a ver... Assim, quando essa descoberta, já que você tá estudando isso, né? Que houvesse uma palestra com as pessoas antes, entendeu? De passar pela cirurgia, de qualquer coisa... De tentar mostrar, entendeu? Porque tinha muita gente que tava lá na sala, não só pra ser operado, e tava muita, muita apavorada mesmo. Porque achava que podia morrer até na operação, entendeu? Então, assim, a falta de informação é muito grande. Eu já tinha ouvido falar no câncer do colo do útero, mas assim, pela televisão, de vez enquanto alguma coisa...

Psicóloga – Você tinha noção, por exemplo, que o exame preventivo tava associado, que era importante e sabia por quê?

Paciente – Tinha. Eu tinha noção. Mas até então, além da falta de tempo, né? Que eu não tinha. Eu achava assim: oh, já tinha vindo aqui... Aqui não, né? Já tinha feito. Não tinha nada. Eu não tava sentindo dor. Eu nunca tive hemorragia, é... Eu nunca tive nada.

Psicóloga – Você não tinha idéia porque precisava ficar repetindo direto.

Paciente – Pra mim, só se eu também apresentasse algum probleminha; que eu ia correr ao médico.

Psicóloga – Você não tinha idéia disso? De que podia pegar esse vírus, de que o homem pudesse ser hospedeiro... Esse tipo de coisa, mais ou menos, você não sabia?

Paciente – É, não. Pra mim, quando aparecesse alguma coisa, eu ia lá e fazia o preventivo. Se eu sentisse... Tanto que, quando eu fiz, a doutora perguntou assim: “- quando você tem relação; você sente dor?”. Não. “- Quando você ficou menstruada, é... Quantos dias?”. Três dias, não muito, quatro dias. No normal, eu uso “modess” comum, aqueles “Ela”, fininho, “Sempre-livre”, entendeu? Nada extravagante. Aí eu fui tomando. Aí depois que ela viu... É, um... Vírus do câncer. Como é que é? “Não. Não é um câncer. (...) Você tá em cima do muro.”. Aí, pronto. Aquilo foi uma balada a mais, ao ponto de eu, hoje em dia, já não ficar mais preocupada com o preventivo, entendeu? Eu penso: já vou marcar logo, pra chegar no comecinho do período, vou lá... E até a minha patroa, inclusive, fica lembrando: “- Paciente, não tá no dia de marcar não?”. Não, não... Não tá não. Ela ficou tão assim... Ela gostou tanto do que eu passei aqui. Porque, ela não veio aqui. Mas como eu voltei a trabalhar, ela dá uma colaboração... Uma contribuição.

Psicóloga – Entendi. Então se você tivesse mais informação, talvez tivesse tido, dentro da falta de tempo; tivesse tido mais tempo. Um outro tipo de atitude que você tivesse noção do período da coisa.

Paciente – Porque a gente pensa assim: ah, uma inflamaçãozinha... Passou um pomada, aí acabou. E eu venho desde 2002, vindo aqui, fazendo os tratamentos e tudo, né? Eu sempre tenho uma coisinha básica, que dessa vez venho com essa inflamatória, né? A você já fica meio que (...) tem que ter um cuidado maior, porque tô com um processo inflamatório. Alguma coisa tá rolando errado aí. E aí, você diz assim: ainda bem que foi o homem que passou, porque se... Coitado, ele agora não tem mais jeito, né? Não posso dizer que ele tá me voltando a situação.

Psicóloga – Tem que ver que processo é. Se é a mesma coisa, senão...

Paciente – É. Ela passou remédio e falou... A Dr^a. Vera. Agora eu falei com ela, porque tá saindo uma secreção, não direta, mas quando eu vou fazer xixi, ou de manhã, que a pomada sai o restante, né? E desce um sangue assim, pisado... Aí ela também me deu outra pomada pra mim passar. No mais... Preocupada? Tô, mas maior é Deus, sabe? Pra mim, assim...

Psicóloga – Tá preocupada agora com essa inflamaçãozinha, que tenha que fazer alguma outra coisa... Quer dizer, mas não é preocupação de ter que fazer cirurgia; alguma coisa mais...

Paciente – Não. Sinceramente, se eu tiver de fazer cirurgia e tirar tudo, talvez encare numa boa. Boa... Sou chorona, sabe? Quando fala as coisas assim: ah, eu já começa a chorar. Mas não é um choro desesperado. É uma coisa assim, que eu tenho que botar pra fora. Desabafar, mas nada que me abale estruturalmente, não. Não me deixe assim com o emocional abalado não. Entendeu? Eu fico com os meus nervosos, minha preocupação, é coisa de, não muito uma hora, depois eu: e nada, isso aí eu venço rapidinho. Deus

me dá força e vou superando. Uma hora a gente chega lá. Tiver de ir, tá na hora mesmo... E se não tiver... A gente tá tratando.

Psicóloga – É. Você tá por aqui. Você tá fazendo alguma coisa, não tem...

Paciente – O resto tá tranquilo. Eu levo assim.

Psicóloga – Tá bom.

Paciente – Só isso? Pra mim, cara...

Psicóloga – Pra mim tá bom. E pra você? Mais alguma coisa?

Paciente – Não. Então, obrigada.

Psicóloga – Nada.

ENTREVISTA

PACIENTE: NAIR

Psicóloga – Então é isso, como você tava falando; você já na terceira consulta. Então você veio pra cá, quando?

Paciente – Eu vim encaminhada, né? Pelo posto...

Psicóloga – Pelo posto? Qual posto que você fala?

Paciente – Posto de saúde de Cavalcante. Eu fazia, né? Exame ginecológico todo ano. Sempre que eu era solicitada; eu sempre fui.

Psicóloga – Mas como assim: “sempre que você era solicitada”?

Paciente – Sempre que pediam exame, eu sempre fiz. Nunca faltei, né? Tem meus dados todos lá no posto, né? Nunca faltei...

Psicóloga – Ah, tá. Sempre que marcavam e você ia no dia certinho que marcavam?

Paciente – É porque acontece né? Do paciente faltar, né?

Psicóloga – Eles marcavam como? Uma vez por ano... De seis em seis meses...

Paciente – Ultimamente eles tavam fazendo de seis em seis meses, porque estava dando esse problema, né?

Psicóloga – Qual o problema que tava dando?

Paciente – Tava dando o vírus, né? HPV, displasia leve.

Psicóloga – Há quanto tempo?

Paciente – É desde o ano passado.

Psicóloga – Desde o ano passado? 2004. Aí você fez de seis em seis meses e então depois, o que foi que aconteceu? Eles encaminharam pra cá?

Paciente – Sempre pedindo, né? De seis em seis meses. E aí, nesse... Já tinha dado três vezes. Aí, nesse último, né? Já veio: “você tem uma consulta marcada no Hospital Mário Krof. Tal dia, tal hora, né? Aí, a doutora me passou, né? Os dados, né? Falou pra mim: “você está indo pra esse hospital, mas não quer dizer que você tenha câncer. Aí ela falou assim: “- o preventivo é pra quê, Nair?”. Aí eu falei: pra prevenir doenças. Aí ela falou assim: “então, você está fazendo isso. Você está prevenindo as tuas doenças. Que é um vírus que deu, que você se cuidando, né? Pra não virar coisa pior. Mais grave.”.

Psicóloga – Isso foi a médica que conversou com você no posto e deu encaminhamento pra cá? Então você veio...

Paciente – Aí eu vim, né? E... Vim a primeira vez. Era só pra preencher a ficha, né? Marcar. A segunda vez, que foi semana passada, a doutora já ia colher outro preventivo meu. Só que eu estava menstruada, né? Aí não deu. E ela explicou que não é nada grave, né? E que era só eu me cuidar. Isso que ela passou. “Não é nada grave. É só você se cuidar.”. Então, e hoje eu fiz o preventivo, né? Pra saber se vai confirmar o que deu no exame anterior. Do posto.

Psicóloga – Primeiro que você faz aqui, não?

Paciente – Primeiro preventivo.

Psicóloga – Mas o que você teve aqui antes, então? Você falou que já tá na terceira consulta.

Paciente – Não. Eu estou na segunda consulta. A primeira vez...

Psicóloga – Você veio pra...

Paciente – Só fazer ficha.

Psicóloga – E a consulta mesmo com a médica, foi hoje? Entendi. Então você faz esses exames com uma certa frequência... Você tá com quantos anos?

Paciente – 37.

Psicóloga – 37? E tem filhos?

Paciente – Tenho.

Psicóloga – Tem quantos filhos?

Paciente – Dois.

Psicóloga – Tem dois filhos. Então, você já vinha fazendo há algum tempo? Como é que você entendeu? Você já sabia, por exemplo, tinha associação de vírus com câncer; do HPV com o câncer; você sabia que o preventivo tava relacionado com exame pra prevenir câncer... Como é que você vê essa relação? Do HPV? Do preventivo? Antes da médica falar, você fazia certinho? Você sabia que era pra prevenir doenças? O HPV, você sabia que tinha alguma relação ou não? Com o câncer?

Paciente – Não.

Psicóloga – Não tinha noção nenhuma? Você soube pela primeira vez, quando deu o probleminha no posto? Quando disse que era displasia, como você falou que ela falou?

Paciente – Displasia leve...

Psicóloga – Causada pelo vírus HPV. Aí, foi nessa vez que você teve o conhecimento disso?

Paciente – Correto. Foi isso mesmo.

Psicóloga – E aí, o que é que você entendeu disso? Foi uma novidade... Você ficou surpresa...

Paciente – Fiquei né; fiquei triste, né? Chorei, né? A gente logo pensa, né? Câncer é câncer, né? Não tem meio termo.

Psicóloga – Como assim? Me explica isso. Isso é importante. Mas é isso mesmo que eu quero saber.

Paciente – Câncer é câncer, né? Não tem meio termo. Então pensei: estou com câncer. Aí, chorei muito, né? Não muito, porque eu tive a notícia às dez e meia, né? E meio-dia, eu tinha que estar no trabalho, né? E aí, você não quer chegar com aparência de choro, porque todo mundo vai te perguntar o que você tem. E eu fiquei pensando: eu não vou saber explicar o que é que eu tenho, né? Você tá saudável; e você dizer: eu tenho câncer.

Psicóloga – Aí foi o que o médico falou com você; que você tinha meio-termo? Pelo que você tá me contando: câncer não tem meio termo. Aí ele falou pra você, como se fosse um meio-termo, é isso?

Paciente – Ela falou assim: “você tem o vírus, né? Que pode...”.

Psicóloga – Virar câncer.

Paciente – Virar câncer. Então, você põe na sua cabeça, que é câncer.

Psicóloga – Então, mas isso é importante pra mim. Sabe por quê? Porque isso é um dado importante, pelo seguinte: câncer é câncer. Você explicou bem. Câncer é câncer, não tem meio-termo. Ou a pessoa tem ou a pessoa não tem. Quer dizer: ou tem o tumor. Aí alguém vem e diz que tem uma coisa, que pode virar câncer. É como se tivesse dizendo quem tem meio-termo e que você nem vai poder explicar direito. É isso que eu tô entendendo. É

isso que acaba sendo. E aí, como é que é? Dá um “tilt” na cabeça. Você não vai falar pra mim, porque...

Paciente – Porque eu não sei explicar. Eu só tenho a dizer que tem câncer... Quanto tempo você tem de vida? Eu falei: eu não sei.

Psicóloga – Você falou isso?

Paciente – Não. Eu ia falar isso, né? Porque você falar pra mim que eu tenho câncer. Caramba! Quanto tempo que o médico te deu? Porque é assim que vem na cabeça da gente, né? Aí, eu falei: não vou falar nada, porque eu não sei dizer nada. Não sei te explicar. A pessoa vai me perguntar e eu também não sei explicar.

Psicóloga – Mas você tinha conseguido entender? Você tinha entendido isso ou entendeu isso depois...

Paciente – Eu acho que na hora, eu entendi sim, né? Mas uma parte do cérebro não quer receber isso.

Psicóloga – Tá, nem se for meio-termo, né?

Paciente – É. Aí, eu não soube explicar. Eu sei que é assim, quando a gente tem algum problema, eu pego assim, livros... Eu quero ler; porque eu quero entender. Porque é um caminho que eu não entendo, né? Porque eu já tive depressão, né? Depressão muito séria, e eu nunca tinha ouvido falar, né? Sobre a doença, eu não sabia o que era isso. Então, eu pedia livros, né? Pra eu ler, né? Pra eu entender.

Psicóloga – Quando foi que você teve depressão?

Paciente – Eu tive depressão pós-parto, né? Há dez anos atrás. E fiquei três meses sem memória. E depois eu melhorei, né? Com esse tratamento, a memória voltou.

Psicóloga – Há dez anos atrás? Você tem quantos filhos, que você falou?

Paciente – Dois.

Psicóloga – Dois. Foi o que? Com o primeiro filho?

Paciente – Na segunda.

Psicóloga – A segunda?

Paciente – Faz dez anos amanhã. 4 de Agosto. Aí, quando eu tava com trinta dias de resguardo... Já tinha passado um período... Eu levei um tombo e, na noite que eu fui dormir, tive um sonho né? E quando foi no outro dia, conversando com o meu marido, ele falou que eu não tava falando coisa com coisa, né? E eu não tava percebendo. Eu conversando com ele; e ele falou: “você não tá falando coisa com coisa”. Aí me levou no médico, né? Aí, eu comecei o tratamento... Mas aí, eu perdi a memória, né? Tinha momentos de lucidez; momentos, sem. E eu sei quando voltei a si, minha filha já estava com cinco meses. Eu melhorei. Pensei que fosse um problema já estivesse solucionado, até que... Voltei os estudos, terminei o segundo grau e depois, acho que foi em 2002... Eu não lembro direito. Foi em 2002... Eu tive uma outra recaída, né? Entraram dois traficantes na minha casa, depois policial... Então foi um tumulto. E aí eu tive outro diagnóstico: síndrome do pânico.

Psicóloga – Você tinha tido depressão e agora fez síndrome do pânico.

Paciente – É. Aí, comecei o tratamento psiquiátrico no hospital do Engenho de Dentro, né? Hospital psiquiátrico. E comecei o tratamento lá com Diasepan, Adol, Sinetol...

Psicóloga – E qual era o seu comportamento que você tava tendo nessa época?

Paciente – No síndrome de pânico?

Psicóloga – É.

Paciente – Ah, eu já tava já escutando tipo: vozes, pessoas... Eu fiquei com aquilo na cabeça: pôxa, os traficantes entraram aqui, veio policiais... Eles vão pensar que fui eu que chamei a polícia. Pra eles. Eles vão voltar e vão me matar. E isso foi crescendo; crescendo... Ficou tão grave, que eu já estava escutando vozes de pessoas falando. Assim, eu ia dormir e escutava vozes. Eles falando: “é aqui que ela mora; é aqui. Vamos entrar.”. Coisas horríveis, né? Quando você tá com medo, você já... Então já tava já gravíssimo, né? Aí, eu comecei a tomar esses remédios. Aí, fui melhorando, né? Passou esse negócio de síndrome de pânico. Aí, eu tive essa notícia, né? Desse vírus... Aí, eu penso: ah, eu não posso ter chilique nenhum mais. Eu não posso ter depressão; eu não posso ter nada, porque eu já tive muita coisa. Eu me proíbo de ter qualquer chilique agora, né? Eu já passei dessa fase. É uma doença, eu vou me tratar e vamos ver até onde isso vai dar, né? Foi o que eu botei na minha cabeça.

Psicóloga – É o que você tá tentando botar na sua cabeça?

Paciente – É uma história...

Psicóloga – Qual história?

Paciente – A minha vida...

Psicóloga – A sua vida antes disso?

Paciente – É.

Psicóloga – Você teve muitas histórias tristes assim, pessoalmente?

Paciente – De vida pessoal?

Psicóloga – É. Pessoal. Antiga. Passou por alguma situação muito ruim...

Paciente – Nunca, nunca... Eu fui criada, tipo: numa redoma, fora do mundo. Eu não sabia o que era droga. Acho que eu vim saber o que era droga, depois dos meus 15 anos, mais ou menos, é que eu fui começar a ter uma idéia.

Psicóloga – Você já morava aqui no Rio?

Paciente – Não.

Psicóloga – Você morava onde?

Paciente – Minas.

Psicóloga – Aí, quando você chegou aqui, você viu drogas...

Paciente – Aí que eu fui assistir um outro mundo.

Psicóloga – Tá, mas isso aqui foi em 2002; mas você já tinha tido depressão antes, não é isso? Há dez anos. Aí foi no caso da sua filha...

Paciente – Mas acontece que durante a gravidez dela, né? Teve tiroteio onde eu moro...

Psicóloga – Ah, tá. Então você mora nesse mesmo local...

Paciente – Desde esse período.

Psicóloga – Ah, entendi. Aonde foi que você falou que mora? Perdão, se você falou, eu esqueci.

Paciente – Piedade.

Psicóloga – Piedade. Mas é o que? Uma favela? Um lugar perigoso?

Paciente – É.

Psicóloga – É? Tá. E continua... Então agora deve tá mais, né? Ou não? Agora tá mais perigoso que há dez anos atrás?

Paciente – Não, não...

Psicóloga – Bom, então você se proibiu, resumindo, de ter qualquer tipo de chique, que você acha que a conta já tava boa, né? Nessa situação agora, tá? Você realizava os seus preventivos com frequência... Você falou, né?

Paciente – Sim, realizava.

Psicóloga – Você entendeu bem o que os médicos falaram... Aí, em relação ao HPV... Quer dizer: o que você entendeu... Quer dizer: essa coisa do meio termo que você falou, né? “Não existe meio termo”. Mas depois que você entendeu que tem uma espécie de meio termo aí, é... Isso você entendeu com o que o médico explicou no posto; você entendeu quando você chegou aqui... Durante o tratamento... Que é que você tá agora? Passou aquele choque inicial... E agora? Como é que você tá?

Paciente – Não, eu acho que eu ainda não entendo nada.

Psicóloga – Você tava falando de livros... Você falou que quando não tem mais nenhum contatos à parte...

Paciente – Quando eu não li nada, né?

Psicóloga – Quando você tava deprimida; você chegou a ler? Você falou sobre “Síndrome de Pânico” e tal... E você leu? Foi isso? Você conta isso.

Paciente – No período que eu estava doente, não.

Psicóloga – Não tinha como... Mas depois você leu? Você falou que gosta de ler... Você leu? O que você achou?

Paciente – Eu li bastante coisa. Aí entendi, né? Algumas coisas, eu entendi.

Psicóloga – E isso te ajudou?

Paciente – É.

Psicóloga – Tá. Que agora, você acha que tá enfrentando melhor, por exemplo, nessa situação, que você, de uma certa maneira, estaria em pânico... Seria isso?

Paciente – É.

Psicóloga – Você tá agindo de uma outra forma?

Paciente – É.

Psicóloga – De uma certa maneira é isso. Então, em relação ao que você não entendeu, quais foram as suas dúvidas? O que você perguntou pra médica? O que a médica falou? Como é que tá?

Paciente – Não; eu não perguntei muita coisa pra ela. Ainda não tive oportunidade de conversar, assim, direito pra ela, né?

Psicóloga – E quais foram as orientações que você recebeu? No geral, dos médicos? Lá fora e aqui?

Paciente – Bom, só que não é uma coisa grave. Só isso. Continuo leiga, não tenho conhecimento de nada.

Psicóloga – Mas, assim: que não é uma coisa grave, que você vai esperar aguardar o exame... E aí? Te deram alguma noção do tipo de procedimento que você vai fazer ou não... Ou vai aguardar... Como é que foi a orientação que você teve?

Paciente – Eu vou saber depois desse resultado, né? O que é que tem que fazer, né? Qual é o tratamento, né? Que eu vou ser submetida, porque cada um é um problema diferente, né? Então, eu não sei qual é o meu, né?

Psicóloga – Quem disse pra você? A médica, que cada hora é um problema diferente?
Ou isso já é a sua compreensão que você tá tendo?

Paciente – Não, isso aí, fui eu que entendi. Eu não tenho nenhum... Nenhuma orientação sobre a doença. Nunca li nada, né? Sobre essa doença. O que a gente lê, né? É assim, né? As pessoas contando, pacientes, né? Mas agora, o que eu gostaria de saber, era a doença em si, né? Ou seja: acho que até a parte que cabe ao médico. Mas, eu tenho curiosidade de saber, né? Como é o vírus; como esse vírus é desenvolvido; como é que ele cresce; se é um vírus que vai abrindo assim, tipo uma célula, ou se é vírus que fica assim pequenininho... Vários... Isso aí é coisa que cabe ao médico, mas eu tenho esse tipo de...

Psicóloga – Como é que é isso, que eu não entendi. Tem um vírus que vai abrindo...
Como assim?

Paciente – Aqui tá o vírus, né? Aí, ele vai crescendo assim... Eu não sei explicar.

Psicóloga – Você tá imaginando uma coisa que entra no organismo e vai crescendo; e vai causando uma doença? Vai causando um tumor?

Paciente – Que espalha assim, né? Que tem um vírus que abre assim, né? Ou se é um vírus assim: tá aqui o vírus, né? Aí vai tendo...

Psicóloga – Um monte de filhotinhos? Tá certo. Tá. Isso faz diferença? Um é mais perigoso que o outro? O que é que você acha?

Paciente – Não; não tem isso na minha cabeça não.

Psicóloga – Você sabe o que é um vírus?

Paciente – O que é um vírus?

Psicóloga – É.

Paciente – Ué, um vírus é uma coisa transmissível, né? Tem vírus; tem bactérias e tem fungos. Não é isso?

Psicóloga – Então você já estudou isso, né? (...) É, não, eu tô perguntando.

Paciente – Eu não sei não.

Psicóloga – Tem vírus...

Paciente – Tem vírus; tem bactérias e tem fungos, né? Tipo assim: - qual a sua doença, né? É tal. Qual foi o fator transmissível? O que é isso, né? Aí, o médico fala, né? São fungos. Também não sei nada de fungos. Também não sei nada de vírus. Ah, é isso... Eu não sei porque essa curiosidade de estudar o vírus HPV... Não sei.

Psicóloga – Você? Tá falando a sua curiosidade? Ou minha curiosidade?

Paciente – Minha.

Psicóloga – Mas vem cá, o que então despertou a tua curiosidade? O que é que aconteceu? Porque você foi clara. Você falou que era um vírus HPV displasia leve. Porque na hora que o médico falou isso pra você, ele chamou a sua atenção?

Paciente – Ah, chama, né? Chama atenção, porque eu sempre perguntei. Eu sempre que eu vou ao médico; eu pergunto, né? Ele fala: “você tá com doença tal...”. Eu falei: - que é que é isso, doutor? Eu pergunto: - que é que é isso? É transmissível? Que é que é? É uma bactéria? É fungos? É um vírus? A gente não sabe nem o que é fungos... Não, fungos a gente sabe, né? Fungos é aquele negócio que dá no pão, né? Aquelas coisas assim, né? Então, quer dizer, nós já vimos, né? Fungos, né? Bactérias, a gente nunca viu. Aí, é a curiosidade...

Psicóloga – Tá. E é transmissível, né? Aí, o vírus, você sabe então que ele é transmissível?

Paciente – Isso.

Psicóloga – Tá. E o que você acha disso? De ser transmissível?

Paciente – Quando eu penso assim: - se é transmissível, como ele é transmitido? É outra curiosidade. Como ele é transmitido, né? E como que surge, né? Como é que ele surge... São outros tipos de perguntas.

Psicóloga – Você não teve alguma orientação de você ter que ter relação com camisinha?

Paciente – Não.

Psicóloga – Não. Não teve nenhuma orientação sobre esse tipo de coisa? Antes, também não? No posto de saúde também não?

Paciente – Não. Só no caso das campanhas, né? Da AIDS, né? Que a gente tem a orientação de usar camisinha pra não pegar o vírus da AIDS. Agora... Só esse vírus, né? Agora, o vírus HPV... Acho que nem livros de doenças transmissíveis fala sobre esse vírus. Eu tenho um livro em casa... Eu posso até rever... Eu acho que não fala de vírus. Fala de várias doenças transmissíveis sexualmente... Eu posso até rever, porque tem tempo, né? Pra vê se fala nesse vírus, mas eu acho que...

Psicóloga – E que que faria de diferença pra você; se você soubesse que tem um vírus como esse? Agora que você tá sabendo, ainda não deu tempo de você esclarecer tudo; mas você ficou sabendo há pouco tempo que tinha o vírus, que é sexualmente transmissível, ou em parte; ou em grande parte...

Paciente – Eu acho assim, que as mulheres que são casadas e preferem ter só um parceiro, né? E acredita que o parceiro seja da mesma opinião, que prefira só uma parceira, a gente não se preocupa muito com esse negócio de camisinha, né? Só, que por acaso, né? Por um período, né? Que esteja alguma coisa errada, né? E aquele período... Eu acredito assim. Que a mulher casada é assim. Tem um período que ela está vendo, né? Com os olhos, que tem alguma coisa errada, que ela exija a camisinha, né? Mas fora isso, né? Mas, sem camisinha, né? Por ser o parceiro certo. É o que eu penso.

Psicóloga – E a mulher não-casada? Teria, então, uma outra atitude?

Paciente – Eu acho que a mulher não-casada, hoje em dia, ela exige mais que o parceiro use a camisinha. E se ele não usar, né? Quando a mulher sabe, ela não vai ter relação sexual com ele.

Psicóloga – Se você fosse não-casada; você diria...

Paciente – Eu diria isso na hora, e se não usasse, eu não faria. Por ter um parceiro, né? Diferente, né? Sempre, então, eu exigiria a camisinha.

Psicóloga – Tá. Então juntando tudo isso que você tá falando, com o fato de que você não tenha informação; você acha que isso afeta de uma certa maneira? Assim: a mulher casada parece tranquilizar mais, ou não vai exigir, a não ser o momento em que ela esteja passando por um período, em que ela acha que tem, né? Alguma coisa que ela esteja vendo. A mulher solteira, eu acho que ela deve ter mais cuidado, se ela não tem um parceiro fixo. Certo? O que você falou. Aí você diz: “bom, e aí eu fui no médico e ele me disse que eu tinha que fazer um exame, porque tinha uma displasia

leve, porque tinha um vírus que era sexualmente transmissível e que não era um câncer, mas que podia virar, se eu tratasse mal. Aí, eu tô só resumindo o que você falou. “Eu fui um pouco alterada, mas eu já tinha me prometido que eu não ia me descontentar, né? Então, vou me informar aos poucos. Mas deveria, tendo em vista que você nunca tinha ouvido falar sobre isso. Quer dizer, então, eu não tinha essa informação. Eu fui pega de surpresa.”.

Paciente – Eu não tinha. Eu não tinha. Eu não sabia. Eu nunca li nada.

Psicóloga – E aí? Isso modificaria alguma coisa em si? Eu tô perguntando. Modificaria?

Paciente – Com certeza. Com certeza.

Psicóloga – Se você soubesse, o que é que você acha que você poderia se beneficiar? O que você faria diferente? “- Se eu tivesse essa informação, eu faria o que?”. O que você acha que teria de ter mais cuidado... Você teria mais cuidado?

Paciente – Eu usaria sempre a camisinha, né?

Psicóloga – Ou você ia mais ao médico? Que é que você teria de atitude?

Paciente – Usaria sempre a camisinha. No caso, né? Porque é um vírus transmissível sexualmente. Usaria sempre a camisinha...

Psicóloga – Mesmo sendo casada?

Paciente – Mesmo sendo casada. E se houvesse algum tempo que ele não quisesse usar, né? Eu não faria. Não teria relação sexual.

Psicóloga – Você acha que isso seria uma possível solução?

Paciente – Se isso for, realmente, uma solução certa...

Psicóloga – Você faria isso?

Paciente – Além de que, eu acho que você podendo prevenir a doença em casa; dentro de casa, é muito melhor.

Psicóloga – Claro, é mais fácil do que se você não tem parceiro certo. Quer dizer: se você, de qualquer jeito, a informação permitiria que você tivesse algum tipo de prevenção. É isso? Já que você tem o parceiro certo; você já tá se prevenindo dentro de casa. De alguma maneira, então, você teria algum tipo de benefício. Você teria algum tipo de atitude, se isso...

Paciente – Eu tenho até que me informar direitinho, porque senão eu vou falar pra todo mundo, que pode usar camisinha de qualquer jeito. Entendeu? É, sendo casado, fiel mesmo, tem que usar, porque...

Psicóloga – É, mas aí você tem que depois perguntar pra médica e tal, porque tem uma série de situações. Quer dizer, o vírus fica um tempo no organismo da pessoa...

Paciente – Porque antes eu pensei assim; que fosse uma coisa assim, genética, né? Porque o meu pai operou há pouco tempo, né? De câncer de próstata.

Psicóloga – Tem mais casos na sua família além do seu pai? Tem outras pessoas que tiveram câncer por parte da família do seu pai? Irmãos, tios... A sua mãe?

Paciente – Não.

Psicóloga – Aí, você pensou que era genético. Mas aí, você pensou depois que não era mais genético. É isso?

Paciente – É.

Psicóloga – Por que?

Paciente – Ah, a gente vai tendo opiniões assim... Acho que por falta de conhecimento, você vai tendo várias opiniões. Vários pensamentos, por falta de uma opinião, né? Porque a gente pensa que é uma coisa genética. É o que a gente pensa. É o que eu penso. Que é uma coisa genética, por causa disso. Mas aí, se é um vírus, nesse caso... Não sei. Nunca li nada; não sei de nada.

Psicóloga – Entendi. Quer dizer que tem uma pergunta que vai indo; vai indo... Ficando mais ou menos. E ainda tem um negócio que você tem um genético; ainda tem o vírus, também mais ou menos, pra complicar ainda...

Paciente – Pra complicar, você acaba não entendo direito, né? Porque, a princípio, né? Quando eu soube desse negócio de vírus... Eu fiquei pensando: - vírus? E o tumor? Cadê o tumor? Então eu fiquei toda perdida. Toda perdida... Eu falei: gente, vírus! E o tumor? Cadê o tumor? Não, é muito complicado. A cabeça da gente não entende nada. É bem complicado. Eu acho que vai ter muita coisa pra escrever. É. É o que eu pensei. Pensei nisso.

Psicóloga – Quer dizer que tem um câncer com um vírus... Alguma coisa que vira câncer, que é vírus, mas não é tumor?

Paciente – É.

Psicóloga – Cadê o tumor?

Paciente – É que geralmente quando falam assim: “a pessoa está com câncer”. Vem na sua cabeça, o tumor. Fui pensar no tumor que a pessoa tá.

Psicóloga – É porque o médico falou isso pra você. Quer dizer: que você tava com câncer, mas que não tinha tumor. É isso?

Paciente – Não. Meu médico não falou isso.

Psicóloga – Por que você achou isso então? De onde você tirou isso? Ele falou o que?
Que você ficou procurando um tumor que não tava achando.

Paciente – Não. Não falei isso pra médico nenhum, que eu não tava achando.

Psicóloga – Ah, bom... Mas de onde você pensou isso? Por que você pensou isso?

Paciente – Não, porque, sempre que a pessoa fala em câncer, né? A pessoa fala: “ah, tô com um caroço aqui; um caroço ali”, né? A pessoa: “ah, tô com câncer no cérebro... É um tumor...”

Psicóloga – Você não tem um câncer, mas você tem um vírus...

Paciente – Vírus... Muito estranho.

Psicóloga – Então. Aí você veio pra cá, pra fazer um tratamento desse vírus, pra não virar um câncer, não é isso?

Paciente – É.

Psicóloga – Tá. Isso você entendeu?

Paciente – Entendi.

Psicóloga – Tá. Por isso você ficou procurando o tumor?

Paciente – Não; não tô procurando. Agora tá uma coisa que você deixou no ar: quer dizer então, que a pessoa tendo esse vírus; tem esse vírus primeiro, pra depois ter o tumor? Essa é outra pergunta.

Psicóloga – Não. A pessoa pode ter. O vírus pode...

Paciente – Virar um tumor.

Psicóloga – É, se você tiver uma gripe que você não trate; ela não pode virar uma gripe muito forte; não pode virar uma pneumonia?

Paciente – Sim.

Psicóloga – Pode; não pode? Toda gripe vira pneumonia?

Paciente – Não.

Psicóloga – Quantas vezes a gente tem um resfriado...

Paciente – Mas aí, a minha outra dúvida é isso... Então a pessoa quando fala assim: “eu estou com um tumor no cérebro”. Então ele antes de saber que tinha esse tumor; ele tinha o vírus, é isso?

Psicóloga – Não, não, não...

Paciente – Não tem nada a ver?

Psicóloga – Não tem nada a ver. É que tem várias coisas que podem virar tumor. Cada situação... É como se você tivesse uma floresta. Tem banana, bananeira, laranjeira, cajueiro... Tudo é árvore. Tudo dá fruta. Mas cada fruta é diferente. Tá? Então, cada parte do corpo da gente tem células de formatos diferentes. Formas diferentes com funções diferentes. Qualquer parte do corpo da gente tem células. Qualquer célula pode virar uma célula alterada, né? (...) E que vai crescendo e vai virar um tumor.

Paciente – É, então não tem nada a ver com vírus.

Psicóloga – Não, o vírus tem o seguinte: tem um monte de coisas que fazem com que a célula sadia, se transforme numa célula cancerígena. O tumor é um monte de células cancerígenas juntas. É como se você fizesse de uma célula; um tijolinho. Se uma célula tá boa e esse tijolinho vira uma célula podre. Um tijolinho podre. Um monte desses crescendo, vai fazer um tumor. Uma construção ou uma parede podre. Agora, o que é que faz com que o tijolinho fique podre? Aquela célula que pode crescer e virar um tumor. Uma parede. Vírus pode fazer isso... Bactérias, coisas que a gente come na

rua e que chegam ao estômago... Cigarro pro pulmão... Alguns minerais pro pulmão... Radiação pra pele... Radiação pro pulmão, pro cérebro... Então você tem um monte de coisas que podem causar alterações na célula; alterações genéticas, transformando essas células, em células cancerígenas. E essas células crescendo... Quando elas crescerem muito, tiverem muitas células assim, aí, você tem o tumor. O tumor então, já é uma “massarquinha”. Não é uma célulazinha. Já é uma “massaroca”. Já é um carocinho de células malignas. Você pode ter carocinho de células que não é maligno. Você pode ter um cisto sebáceo... Mas você tem. Então, você tem um monte coisas que podem... O vírus é um... Esse vírus. As bactérias... É uma série de coisas. Sol, radiação... Tudo isso são fatores que podem causar alteração genética na célula, que é o tijolinho. Esse tijolinho crescendo um monte de tijolinhos. Um monte; um monte; um monte... Faz uma parede, uma coisa grande, que vira um tumor. Isso aqui pequenininho não é um tumor. O tumor já é uma coisa... Viu? Isso aqui pode alterar de modo... Aí, quando ele acha isso aqui, com o tempo sabe, do mesmo jeito que sabe que o cigarro pode causar câncer de pulmão; sabe que o HPV presente, tá presente na maior parte de alguns tipo de cânceres ginecológicos. Então quando ele aparece; ele é perigoso. Do mesmo jeito que tem uma bactéria que aparece (...) que também é perigosa. Tem que tratar. Então se você deixar, às vezes a pessoa consegue degolar. Às vezes, não. Do mesmo jeito que você pegar um resfriado muito forte, tem vezes que a gente tem contato com o vírus; tá todo mundo doente, resfriado, com gripe e você não tem nada. Às vezes tem um outro mais fraquinho que

you até pega. Às vezes tem coisas que você não trata e fica boa por si mesma. Tem coisas que você não trata e fica; fica; fica... Então, só que aqui, na dúvida, você trata, porque o perigo é muito maior porque é uma coisa que pode ser... Não é só uma coisa que você apanhar, vai chegar ali e pode dar uma pneumonia. Mas, dificilmente, alguém morre de pneumonia. Tem antibiótico... Mas aqui, não. Aqui se você não tira; você depois pode não ter... O remédio é a cirurgia. Não é um remédio que você trata. É um remédio de cortagem. Você tem que cortar os pedaços. Então você não pode deixar. Não é feito deixar uma pneumonia que você vai tomar um antibiótico. Entendeu?

Paciente – É... Estranho.

Psicóloga – É porque não tem remédio ainda. Mas daqui pro futuro vai ter. Mas agora não tem. Então, agora, os tratamentos são prevenir, pegar aqui, evitar e, quando já tá instalado, são essas coisas que a gente conhece: cirurgia. E ao posto médico, ainda não começa a existir, vacina talvez aqui, não sabe.

Paciente – Ah, tá.

Psicóloga – Enfim, mas isso tudo depois, você vai esclarecer com a sua médica, tá?

Paciente – Tá.

Psicóloga – Mais detalhes, aí você pergunta. Eu só falei isso, porque você levantou algumas questões e tal.

Paciente – Só?

Psicóloga – Pra mim tá bom. E pra você? Tá bom?

Paciente – Tá bom.

Psicóloga – Prazer.

Paciente – Obrigada.

ENTREVISTA

PACIENTE: CREUSA

Psicóloga – Creusa, vamos fazer uma entrevista a respeito do tratamento que você ta fazendo. Você ta aqui há muito tempo, Creusa?

Paciente – Quatro anos.

Psicóloga – Há quatro anos que você ta fazendo acompanhamento?

Paciente – É vai fazer quatro anos agora em dezembro, fazendo acompanhamento com a Dra. Odete. Mais o que mais a senhora quer saber a respeito?

Psicóloga – Você ta com quantos anos?

Paciente – Eu to com trinta e nove.

Psicóloga – Trinta e nove?! Você fazia o seu preventivo regularmente?

Paciente – Quando eu passei a ser mulher até os dezesseis anos eu fiz, depois eu me descuidei bastante, né? Fiquei treze anos sem fazer preventivo. E, quando eu resolvi procurar um ginecologista porque eu tava precisando...

Psicóloga – Que você tava passando, que você tava sentindo?

Paciente – Eu sentia... Não constantemente, mas, de vez em quando eu sentia umas dores fortes no pé da barriga, tipo assim uma contração bem forte e suava frio. Aí eu achei que não era normal, né? Pelo tempo que eu fiquei sem procurar um médico... Resolvi procurar um ginecologista e tive que passar por uma histerectomia, né? Aí eu já estava com o início do câncer no colo do útero, mas que já tinha margens comprometidas. Fiquei em tratamento com a Dra. Odete e ela me encaminhou para o Hospital Mário Kröeff, né? Na Penha. E lá foi que eu operei. Operei no dia 10 de

dezembro de 2001 e to eu aqui, até hoje, no tratamento, né? De seis em seis meses tenho que vir porque eu tenho que ta no acompanhamento pra poder não descuidar outra vez, né? E passo bem.

Psicóloga – Você faz o controle para vírus, pra acompanhamento... qual é a recomendação dela?

Paciente – A recomendação dela, é, eu não posso sair do controle, aí já é rotina, né? Até porque se amanhã ou depois eu tiver algum vírusinho, ela já tem como me prevenir, né? Caso do tratamento aqui é a prevenção do câncer, né? Mas eu passo bem, graças à Deus, ela é uma ótima doutora, um bom tratamento.

Psicóloga – Você fez quimioterapia, também? Precisou fazer?

Paciente – Não. Esse quadro eu não fiz. Quimioterapia, radioterapia... Só passei mesmo pela histerectomia total. O tratamento continua.

Psicóloga – Você tem filhos?

Paciente – Tenho. Tive dez filhos.

Psicóloga – Dez filhos? Muito filho, hein?

Paciente – Tive dez filhos. Tenho sete vivos. Os demais, ta bom. Mais alguma coisa?

Psicóloga – Não. Ta bom. Obrigada.

ENTREVISTA

PACIENTE: IONE

Psicóloga – Como é? Odete?

Paciente – A doutora é Dra. Odete.

Psicóloga – Você é?

Paciente – Ione.

Psicóloga – Ione, eu sou Marisa. Você ta em tratamento aqui a quanto tempo?

Paciente – Eu tenho quase dois anos e pouco com a Dra. Odete. Ela que descobriu minha doença, daqui com os resultados dos exames, a Dra. Odete me mandou encaminhada para o Mário Kröeff. Aí, eu operei a primeira vez, operei a segunda vez.

Psicóloga – Ta.

Paciente – Operei duas vezes.

Psicóloga – Mas, não foi a histerectomia, você fez CAF? Você fez...

Paciente – A primeira vez foi por baixo. A segunda, já me abriram mesmo. Só me deixaram só um ovário só.

Psicóloga – A primeira vez, você fez a cirurgia quando?

Paciente – Assim de cabeça a data... Já tem uns dois anos e pouco?

Psicóloga – E a última?

Paciente – A última já deve ter um ano, por aí. Eu continuo meu tratamento com a Dra. Odete. Sempre venho. Ela faz meus preventivos. Quando precisa ela me dá uns remédios, antibióticos, pomada pra mim usar, eu passo pela psicóloga. Eu ia lá no Mário Kröeff, mas, pra mim era muito dificultoso,

negócio de passagem, essas coisas, né? Aí a Dra. Odete me encaminhou para uma psicóloga aqui perto, no posto, muito boazinha, me acompanha...

Psicóloga – Por que você tá fazendo acompanhamento psicológico?

Paciente – Porque eu tenho muito problema. Eu sou sozinha. Meu marido me abandonou quando eu fiquei doente, entendeu? Eu precisei de pessoas pra ficar com meus filhos... E, agora eu tô com problema de coração. Eu tô com angina no coração. Eu tô tomando remédios pro coração. Então é muita coisa pra mim. E, eu me tornei uma pessoa muito nervosa, muito agitada, eu entro em depressão. Tem dia que eu não quero ver ninguém, não quero falar com ninguém. Tem dia que nem banho eu quero tomar. Eu tenho uma filha de treze anos que está grávida. Mais um problema pra mim sozinha. Eu tenho um menino de dez e a pequenininha de cinco. É eu sozinha pra tudo. Muita coisa.

Psicóloga – Você trabalha?

Paciente – Eu trabalhei quatro meses de dentro do Jardim Zoológico, né? Fôí lá dentro nesses quatro meses, eu passei mal. Meu patrão me socorreu, me levou pra uma clínica onde fizeram os exames e acusou esse meu problema agora no coração. E, já vai fazer dois meses que ele tá me enrolando pra me pagar o que ele me deve. Dos quatro meses que eu trabalhei. Não consigo achar ele, não consigo falar com ele por telefone, não consigo nada, né? E tá essa enrolação dele comigo, porque eu não pedi conta ele que me mandou embora. E, isso, quer dizer, dificulta... A minha sorte é que, quando eu preciso de remédio a Dra. Odete me dá.

Psicóloga – E, você não recebe ajuda do seu marido?

Paciente – Não.

Psicóloga – E quem sustenta você?

Paciente – Eu sempre... Minha irmã quando pode me ajuda, a madrinha da menina me ajuda quando eu fico parada de tudo, porque quando aparece uma faxina eu faço, eu vou. Se aparece uma casa de família, eu vou. Entendeu?

Psicóloga – Você não fica sem trabalhar, não? Ta sempre fazendo uma coisa ou outra.

Paciente – Eu não fico parada não, entendeu. Eu to sempre correndo atrás. Não sou daquelas mulheres... Ah! Eu não tenho esse problema... Não, eu não penso assim, não. Eu to sempre dando meu jeito. Se aparecer... Tem um tapete ali pra lavar, dez reais, eu vou. Então é onde muitas pessoas me ajudam porque vêem que eu sou esforçada, to sempre...

Psicóloga – E o que aconteceu que você falou que seu marido abandonou você, quando você teve o problema do câncer, como assim... Como é que foi isso?

Paciente – Ah ele! Quando ele soube de tudo, ele começou a mudar dentro de casa. E aí a minha filha mais velha...

Psicóloga – O que ele soube? Ele soube de tudo o quê?

Paciente – Ah que eu ia ter que operar, ainda tava aquela suspeita, né? Não sabiam ao certo o que era, aquela coisa toda... No começo ele até me acompanhou. Mas, essa minha filha de treze anos não é filha dele e devido aquele negócio de tratamento, aquelas coisas toda, ele começou a mexer com a minha filha. Aí, praticamente, ele nem foi embora. Eu que mandei ele embora. Eu mandei ele embora.

Psicóloga – Ele é pai do menino de dez?

Paciente – Ele é pai só da pequenininha de cinco anos. Do menino pequeno, o pai dele é falecido.

Psicóloga – E o que aconteceu? Ele tentou, ter... Ele conseguiu...

Paciente – Ele alisava ela, alisava ela dormindo. Aí ela acordou e pegou ele mexendo com ela. Ela falou pra mim: mãe, o meu tio ta me alisando de madrugada quando eu estou dormindo. Eu não falei nada, fiquei quieta. E peguei. Entendeu? Peguei. Às vezes, eu tenho que tomar remédio pra dormir, porque eu tenho insônia, eu não durmo. Aí, eu fiquei uns dias sem tomar remédio pra poder... Então, a minha filha não tava mentindo pra mim, realmente, aconteceu. E, quando... A minha mãe... Eu também fui criada por padrasto e meu padrasto me fez mal depois que minha morreu. Então, eu já passei por isso, então, não quero que aconteça o mesmo com as minhas filhas.

Psicóloga – Que idade você tinha?

Paciente – Eu tava com meus... Já ia fazer dezesseis anos. Minha mãe morreu, eu tava com onze. Então, é muita coisa.

Psicóloga – Muito, muito pesado, né? Era só você de filha, não?

Paciente – Não. Minha mãe deixou eu e mais três pequenos e eu olhava meus três irmãos pequenos. E, meu padrasto depois que ela morreu, meu padrasto mexia comigo, até que... Eu tive uma filha e tudo.

Psicóloga – Com ele?

Paciente – É. Meu padrasto me fez uma filha. Só que...

Psicóloga – Quem é essa filha? É essa menina?

Paciente – Não. É no caso a mais velha, né?

Psicóloga – Ela tem que idade?

Paciente – Ta com... Olha ela deve ta na faixa dos dezenove anos, por aí. Porque eu não criei, não procuro. Ele levou pra família dele criar, porque ele é do Ceará. Então...

Psicóloga – E você ficou morando com ele durante quanto tempo depois disso?

Paciente – A minha mãe morreu fiquei junto com ele... Quando eu engravidei, ele é que veio falar pra mim que eu estava grávida, que eu nem sabia. Porque naquela época, a minha família não tinha aquela coisa de conversar com a gente, de explicar, ensinar.

Psicóloga – Você morava aqui no Rio?

Paciente – Morava aqui no Rio. Minha mãe morava com ele há muitos anos. Ele é pai da minha irmã caçula, da de trinta e um anos. Mas, ele me criou como filha. Quando ele conheceu minha mãe, eu era pequena.

Psicóloga – Que idade você tinha?

Paciente – Eu era bem pequena. Três anos, dois anos, por aí? E aí, aconteceu... Quando eu tive neném, quando a menina nasceu que eu lembro...

Psicóloga – Você tava com que idade?

Paciente – Eu já tava, já tinha completado dezesseis. Tava com quinze pra dezesseis anos. Aí, eu fui embora de casa. Eu fugi de casa. Que ele era muito ruim pra mim. Aí deixei a criança pra lá e vim me embora. Só que eu não tenho interesse nenhum por essa criança.

Psicóloga – Aí você foi morar aonde?

Paciente – Aí eu comecei a morar na casa de colegas, eu dormi na rua, eu passei fome. Até que eu conheci um rapaz, ele me levou pra casa dele, a família

dele era da igreja. A família dele me ajudou, me ajudou um serviço em casa de família, em Botafogo, me lembro até hoje. Daí comecei a minha vida sozinha, trabalhando, hoje em dia não sei lê, mas sei escrever, entendeu? Então, é muita coisa pra mim.

Psicóloga – Mas podia aprender, isso você podia aprender.

Paciente – Mas, sei lá, eu acho que eu tenho vontade, mas acho que não consigo mais não. Eu teria que ter uma cabeça muito...

Psicóloga – Você ta com que idade, você falou. Trinta e nove, você falou?

Paciente – Trinta e nove.

Psicóloga – É claro que consegue e rápido.

Paciente – Será?

Psicóloga – Ué? Isso é rápido. Quanto tempo você acha que precisa pra aprender a ler e escrever. Três meses é mais do que suficiente.

Paciente – Tomara, né?

Psicóloga – Por que não? Por que ainda não começou? Isso vai facilitar muito as coisas pra você, não vai? Em termos de trabalho.

A paciente começa a chorar: Desculpa, ta?

Psicóloga – Não...

Paciente – Eu não tenho ninguém que me ajude, sabe? Eu sou sozinha pra tudo. Eu moro num quartinho menor do que isso aqui, com um banheiro. Eu e meus filhos. Minha casa quando chove entra água, as paredes só cheira mofo, sabe? Mas, eu vou levando. Eu falo pros meus filhos: Pelo menos, a gente tem um cantinho, né, pra ficar.

Psicóloga – E o pai dessa sua filha que não é esse? Você teve essa menina com o seu padrasto, teve essa filha com... que seu companheiro tentou bolir nela, essa menina é filha de quem?

Paciente – A de cinco anos é filha desse rapaz que tentou mexer com a minha filha de treze anos.

Psicóloga – Mas, tem uma filha de treze e um menino de dez.

Paciente – Um menino de dez. O menino de dez o pai dele morreu. O pai dele era casado na época. Psicóloga – Eu não sabia que ele era casado. Quando eu descobri que ele tinha família, que tinha mulher, eu me afastei dele, tive o filho sozinha com ajuda de pessoas... Então, ele morreu. Pro menino ter direito à alguma coisa, eu teria que procurar essa mulher, ir na porta dela, aquilo tudo, sabe? Eu não acho isso bom, legal, ir bater na porta duma mulher que já vivia com ele, eu tenho medo da reação dela, dos problemas que ela pode querer arrumar, né? Comigo, eu não sei Até hoje eu não mexi com esses problemas de pensão pro menino, nem nada. Mas, pra pequenininha, a Dra. Odete já me explicou pra eu ir aqui na prefeitura, dar entrada para ele dar pensão pra pequenininha de cinco anos, que é esse que eu tive de me separar dele porque ele tava mexendo com a Daiana.

Psicóloga – Ele trabalha, ele vive por aqui.

Paciente – Bom, no momento, eu fiquei sabendo que ele não ta trabalhando, ta morando com a mãe, mas disseram pra eu botar assim, mesmo.

Psicóloga – Claro! A mãe, alguém, claro.

Paciente – Pra eu botar assim mesmo na justiça

Psicóloga – E o pai dessa minha mais velha, ele só registrou ela. Quando eu conheci ele, eu já tava grávida. Então por ele... Então, ele não podia ter filho e ele pediu que eu guardasse segredo pra família dizendo que a menina realmente era filha dele, registrou e tudo. Quando eu ameacei jogar na justiça pra pedir pensão, ele me ameaça dizendo que se eu jogar na justiça que ele conta a verdade e tira o nome dele da menina. Eu tenho medo por ela ser muito rebelde disso acontecer e ela ficar mais rebelde ainda.

Psicóloga – E o pai verdadeiro dela quem é?

Paciente – É vivo, mas, nunca mais tive contato. Aconteceu, engravidei, nunca mais tive contanto. Não sei nem onde vive e, também, não quero saber. Pra me trazer mais problema? Então, é melhor...

Psicóloga – Aí essa outra pessoa que você conheceu, passou a viver com ele, e ele quis...

Paciente – Ele registrou.

Psicóloga – Ele era idoso?

Paciente – Não, ele é novo, deve ta agora com uns...

Psicóloga – Vocês viveram juntos um tempo?

Paciente – Vivemos juntos, a menina nasceu na companhia dele. Ele deu nome dele, registrou... Mas, depois veio a separação, ela com um ano e pouco, porque ele era muito farrista, ele bebia muito. Eu só vivia dentro de casa. Ele chegava com mulher de madrugada na minha porta, essa coisa toda. A gente vai agüentando, mas chega uma hora que a gente também não é de ferro, separa, né? Larga de mão. Foi o que aconteceu. Ele ameaçou que se eu podar na justiça pra ele dar pensão da Daiana, ele tira o nome dele da

certidão. Mas eu tenho que me informar direitinho se realmente ele pode fazer isso.

Psicóloga – Não, ele não pode fazer. Acho que não.

Paciente – Porque eu tenho medo.

Psicóloga – Depende de você ter testemunha de que...

Paciente – Porque minha filha é muito rebelde.

Psicóloga – Isso já é outra coisa. Mas, acho que isso não. Mesmo ele não sendo pai genético, ele pode ser pai social, se ele quis, ainda mais se for voluntário. A não ser que você... Que ele possa... A única coisa que ele poderia alegar é que você fez o registro contra a vontade dele. Mas, se ele fez voluntariamente e se você tem como provar isso, ele tem toda a responsabilidade. Uma coisa não depende da outra, o que vale é o registro.

Paciente – Então, eu sou sozinha pra tudo, é muita coisa pra mim. Quando eu descobri esse meu problema que eu tinha que operar, aquilo tudo, eu fiquei rebelde, eu não queria operar. Eu operei com a Dra. Bárbara, lá no Mário Kröeff. Dra. Bárbara também uma ótima doutora. Ela não foi só minha doutora, ela foi minha amiga, porque eu tive que passar, né, meus problemas também pra ela pro hospital, aquela coisa toda. Aí, eu perguntei a ela se eu não me operasse de novo, quanto tempo de vida eu teria? Ela falou muito pouco. Você tem que operar o mais rápido possível novamente. Aí, operei, passei aquilo tudo sozinha. Uma conhecida minha que mora quase em frente a minha casa, que é madrinha da pequena, foi que ficou com meus filhos, me ajudou. Se não fosse ela, não sabia nem como... Que ia ser dos meus filhos pra eu poder ir pro hospital, ficar dias

nos hospitais, essa coisa toda, operar. Quando eu vim pra casa, ela me ajudou muito também, ela tomava conta dos meus filhos. Até hoje se eu precisar dela, ela podendo ela me ajuda. Mas, ela fala pra mim: "Olha, eu te ajudo porque a gente vê que você é uma pessoa que também faz por onde, mesmo não podendo, mas, você ta sempre dando seu jeito, você nunca abandonou seus filhos, você tem amor por seus filhos. A gente vê tudo que você passa, e ta sempre com seus filhos aí". Então, a minha luta é grande, mas, tem que ter fé em Deus e continuar, né, porque o que eu tenho é meus filhos, né.

Psicóloga – Hum hum! Claro!

Paciente – O que eu tenho é eles, não tenho mais ninguém, perdi minha mãe cedo, meu pai não conheci, fui criada por um homem que ainda me fez de mulher dele, né.

Psicóloga – Seus irmãos? Não viu mais.

Paciente – Meu irmão tem problema com droga. A gente nem se fala. Ele mora no mesmo quintal que eu, mas quando eu descobri que ele usava droga, fui falar, fui brigar, não gostou. Hoje em dia não fala comigo, né. A minha irmã, a mais nova, mora aqui em São João, em Agostinho Porto. Casou. Casou muito nova também, devido o pai que também, que ela tinha, era meu padrasto, que ela pegava ele as vezes ele vigiando ela tomando banho, aquelas coisas toda, então casou nova. Viveu acho que dez anos com o rapaz que ele casou, separou, teve só uma filha. E, agora ela vive de uma pensão da menina. O ex-marido, ainda, que paga o aluguel dela, ajuda ela na despesa da menina, quer dizer, o que ela pode fazer às vezes pra me

ajudar ela faz, mas também não pode fazer muito, entendeu? Mas, ela faz. Não é muita coisa, também, não tem condições. Mas ela também vive de pensão. Mas, minha irmã já é mais assim parada, sabe? Já é aquela mulher submissa a homem. Eu não, já sou mais danada eu gosto de trabalhar, eu fico satisfeita quando eu trabalho, eu tenho meu dinheiro, meus filhos pede uma coisa e eu vou chegar lá eu vou poder comprar. A mãe eu quero comer uma banana. Ta entendendo? Vou lá fico satisfeita, quando posso comprar. Que nem agora, dia 12, agora, não vou poder dar nada pros meus filhos, aquilo me dói. Uma hora as coisas tem que dar certo.

Psicóloga – É já vai dar certo, né.

Paciente – E não paro meu tratamento. Adoro Dra. Odete. Gosto muito dela. Eu falo: Dra. Odete, eu gosto muito da senhora, mesmo, eu gosto muito. Ela conversa comigo. Às vezes, eu chego aqui pra baixo, numa depressão... Ela conversa, brinca comigo. A doutora é uma amiga pra mim, gosto muito dela. Eu trouxe até um formulário, que ela falou que eu tenho direito. Trouxe até pra ela preencher. Já peguei na prefeitura, aí ela tem que preencher pra eu entregar lá, pra eu fazer meu passe do ônibus, pra doenças crônicas, né. Ela falou que era pra mim trazer, que ela vai preencher direitinho.

Psicóloga – Autorizar que já é alguma coisa, uma ajudazinha, que já facilita.

Paciente – Porque às vezes eu deixo de vir à consulta por falta de dinheiro, entendeu? Às vezes, eu não tenho dinheiro. Tava contando desse... Esse rapaz que eu trabalhei pra ele, contando...

Psicóloga – Você trabalhava em que?

Paciente – Eu trabalhava dentro do zoológico, eu tomava conta de um parquinho pra criança, lá dentro, lá dentro mesmo. Só que eu era contratada por ele, prestava serviço pro zoológico, né, porque o zoológico...O parquinho era do zoológico. Só que ele tinha que ter um funcionário pra ajudar ele. Aí, um conhecido meu arrumou pra mim, e eu trabalhei quatro meses. Eu dou tanta sorte, tanta sorte que aí eu passo mal, quando vou pra clínica, aí vem o problema de coração.

Psicóloga – Custou, quando arranjou um empregozinho melhor, ainda arrumou...

Paciente – É ganhava o salário. A carteira ta aqui assinada direitinho. Aí fico pesando, não é possível, né, foi eu começar a trabalhar, a carteira assinada...

Psicóloga – Você recebeu aqueles meses direitinho?

Paciente – Eu no to falando pra senhora que ele ainda não me pagou.

Psicóloga – Nenhum dos meses, nenhum dos quatro meses que você ficou lá?

Paciente – Não.

Psicóloga – Ah não?

Paciente – Não. To com a carteira aqui... Nem baixa na minha carteira ele deu ainda. Eu não consigo achar esse homem. Ta aqui. A senhora pode olhar aqui na minha carteira.

Psicóloga – Ah! Meu Deus. E você foi lá? O que aconteceu com o parquinho? Que houve?

Paciente – Não. Ele continua trabalhando lá. Só que ele tem que me pagar os quatro meses que eu trabalhei pra ele.

Psicóloga – E por que você não entra na justiça?

Paciente – Vou ter que fazer isso. Só que vou ter que procurar uma prima minha que trabalha com negócio de... Ela é secretária, negócio de advogado.

Psicóloga – Não precisa.

Paciente – Pra ela me instruir, porque eu não sei como fazer.

Psicóloga – Não, é só você ir na justiça do trabalho, dá entrada. Você leva isso que você tem, que eles fazem... Tem a secretária do próprio órgão que eles fazem a ação. Por que aí o que que acontece? Ele trabalha lá ainda, não trabalha?

Paciente – Trabalha.

Psicóloga – Ele só tá fugindo de você. Então, a justiça sabe como fazer. Porque aí eles fazem, vai oficial de justiça, tem hora, não sei o que, entendeu? E aí eles obrigam ele a pagar. Quanto mais rápido você fazer, melhor.

Paciente – Eu tava até pensando assim, poxa!... Se ele de repente ligar, que eu dei o número, o telefone de uma vizinha, se ele de repente ligar, eu faço umas compra, de casa, pra pelo menos, comprar coisas pra criança...

Psicóloga – Você dá entrada, vai na justiça, é na cidade, aqui não tem. Não sei se tem aqui na... Qual é que seria baixada. Eu vou depois ver e já te dou um telefone, eu tenho o telefone, eu posso ver pra você. Eu tenho o telefone geral e você pergunta onde é na baixada. Ou se tem que ir na cidade. Se tiver que ir na baixada, você pega seu passezinho e vai. Porque aí você dá entrada. Psicóloga, porque não é uma coisa demorada, ainda mais uma coisa pequenininha assim.

Paciente – E não é. Eu tô numa situação apertada.

Psicóloga – Porque aí obriga. A gente tá em setembro... setembro, outubro... Pelo menos você pode ter um acordozinho pra ver se sai alguma coisa até dezembro.

Paciente – Eu tô numa situação apertada. Essa semana eu tive que ir na minha irmã pedir algumas coisas, dentro de casa já não tinha. E eu não gosto disso. Não gosto de tá pedindo nada ninguém. Mas, quando eu vejo mesmo a situação apertada dentro de casa, ou eu vou na minha irmã ou eu chego pra minha comadre, né, converso com ela. As vezes, ela até briga comigo: Poxa! Você fica aí apertada com as crianças, faltando as coisas e não fala nada. Mas é de mim. Eu não gosto, sabe? Eu me sinto mal de ter de chegar pra alguém e pedir alguma coisa. Pra mim chegar ao ponto de pedir, é porque eu já tô mesmo sem saída. E não peço pra mim, é por causa dos meus filhos. Não gosto. Eu choro, me sinto mal com aquilo. Me sinto mal. Não gosto de pedir nada a ninguém. Minha irmã fala que eu sou orgulhosa. Será que é isso. Não é orgulho. É porque eu me sinto mal. Eu penso umas cem vezes, antes de chegar pra alguém e pedir alguma coisa. É errado eu ser assim?

Psicóloga – Não, mas se também você deixar passar tudo que você pedir, tudo o que você tem direito de receber, os outros têm, você vai ficar numa situação difícil. Se você não entra na justiça contra... Pra receber.

Paciente – Não. Na justiça eu vou entrar.

Psicóloga – Se você não cobra do outro, do pai da sua filha de cinco anos, se você não cobra do outro, vai ficando muita coisa, né? Você tem que cuidar da sua parte, mas você precisa... Se você tiver essas coisas, digamos assim, em

ordem, quer dizer, se você recebe, se alguém que tem que pagar uma pensão te ajuda e tal, enfim, não sei o que, isso vai tirar de você um peso que é em relação aos seus filhos e vai liberar você... Por exemplo, se o pai da menina ajuda aqui, ali. Se ocê tem uma ajuda pra alimento deles, pro alimento de cada um deles, isso vai tirar uma despesa, não vai? Isso já vai liberar um pouquinho... Você vai com a cabeça mais tranqüila. E aí o que você arranjar de trabalho, um faxina, ou até pra fazer um cursinho, uma alfabetização pra arranjar uma coisinha melhor ou pelo menos se orientar melhor nas coisas, você já vai poder ganhar um dinheirinho pra poder fazer uma outra coisa, certo? Se você já tem o dinheiro da comida deles, não é? Você pode se liberar para ganhar um dinheiro para cuidar da sua saúde, pra tentar arranjar um cantinho melhor pra você morar com eles, tem que se...

Paciente – É porque lá... A minha sorte é que lá onde eu moro é herança da minha mãe, né? Então, eu tenho uma parte do quintal que a gente pode construir, pode fazer. Só que eu não tenho. Sonho, né? O trabalho que a gente faz, a gente arranja, sempre, é tudo pra dentro de casa. Que dizer, meus irmãos não são unidos, se de repente fosse uns irmãos mais unidos, um ajudava o outro, né? Cada um já tava com seu cantinho lá direitinho. Minha irmã também não precisava de ex-marido pra pagar o aluguel dela, né. Sei lá. Eles não ligam, não... Não é igual a mim. Não sei o que eles querem da vida deles. Não sei. Então sou eu sozinha mesmo, não conto com eles pra nada, entendeu? Minha tia. Tenho uma tia que trabalha em casa de família. Ela dorme. Falei pra ela: Tia se aparecer serviço até pra dormir eu quero,

porque a pequeninha a madrinha fica e o menino também. Eu sei que ela olha meus filhos pra eu trabalhar. Eu vou trabalhar. Ela fica com eles. E a Daiana, fica em casa com o filho dela, porque é ela que vai cuidar do filho dela.

Psicóloga – Sua filha de treze que ta com um nenenzinho agora?

Paciente – Vai ganhar ainda. Ta com seis meses ainda. Ela foi me arrumar mais um problema.

Psicóloga – E o pai do filho dela?

Paciente – Bom, o pai quando quer aparece lá, quando ele não aparece as vezes eu tenho que ir na casa dele, né? Falar, brigar, né? Eu falei pra ele que eu vou ele na justiça se ele não ajudar direito, mas a danada da garota me arruma um outro namorado. Agora ta dizendo que esse rapaz que ta com ela, quer morar com ela, mas ainda não soube dessa história direito.

Psicóloga – Que não é o pai do filho dela?

Paciente – Não, não é o pai. Então, o que eu vou fazer com ela? Ela arranhou um namorado agora durante a gravidez? Grávida, grávida. O rapaz tem dezessete anos e o rapaz...

Psicóloga – Por que? O outro não quis, ela não gostava do outro? O que que houve?

Paciente – Não. Depois que engravidou, falou: Mãe não quero mais saber dele. Acho que foi mesmo só pra arrumar gravidez?

Psicóloga – Como assim?

Paciente – Ué! Depois que ela engravidou do rapaz não quer mais o rapaz, ta grávida.

Psicóloga – E o rapaz quer ela?

Paciente – O pai do neném. Ela não quer mais saber do rapaz.

Psicóloga – E o rapaz quer ela? Gosta dela?

Paciente – O rapaz por ele fica com ela direitinho, tudo mais. Ela que não quer.

Psicóloga – Você, qual foi à orientação que você deu? Então, por que ela engravidou? Ela não sabia, você também não teve como dar orientação pra ela? O que você acha...?

Paciente – Eu fui criada completamente diferente. A minha avó nunca me ensinou nada. Eu quando me formei em mocinha eu não sabia nem que era. Eu fiquei trancada no banheiro tomando banho, porque eu não sabia que sangue era aquele. Eu só achava que a minha avó ia me bater porque eu estava com aquele sangue. Uma tia minha que chegou, conseguiu que eu abrisse a porta do banheiro, que sentou, explicou. Me veio com um pedaço de pano desse tamanho... Mandou me forrar, me sentou, me explicou. Então, minha avó nunca conversou nada comigo, nada. Minha avó era daquelas avó grossa, ignorante. Ela achava que eu tinha que trabalhar, não precisa estudar, que eu tinha que ajudar ela a criar meus irmãos, né? Foi a avó que eu tive. Mas com a minha filha, eu fui completamente diferente. Por que? A rua, as amizades ensinam, colegas hoje em dia ensinam, televisão ensina. Eu cheguei ao ponto, com a cara mais vermelha do mundo, eu sentei e falei: Minha filha, o dia que você achar que vai se pegar com um rapaz... Tem pílula, tem camisinha, tem doença, tem... Sempre falei tudo. Fez, acho que ela fez consciente do que ela tava tendo na vida dela. Porque ela tem treze anos e a senhora não diz que ela tem treze anos. Fortona, morena, bonita. Mas eu falei: Minha filha você só tem treze anos, você arrumou filho pra quê? Sabendo que eu não tenho

condições? E agora também não quer ficar com o pai da criança. Mas já ta namorando outro. Eu vou, amanhã é sábado, eu sei que ele vai na minha casa, eu vou na casa da mãe dele e vou conversar com a mãe dele?

Psicóloga – O que você vai conversar?

Paciente – Eu tenho que passar pra mãe dele, né? Porque eu falei: Daiana, a mãe do rapaz sabe que você ta grávida? Sabe, mãe. E, sabe também que esse filho não é dele. Eu tenho que conversar com essa mãe pra saber o que, que essa mãe ta achando disso, porque o rapaz só tem dezessete anos. Será que a família vai aceitar dele assumir um filho que não é dele. Será que a intenção dele com a minha filha é de realmente assumir essa criança ou viver com ela. Eu tenho que saber.

Psicóloga – Claro!

Paciente – Ela só tem treze anos, eu sou mãe dela. Eu tenho que procurar saber as coisas. Eu não posso deixar as coisas assim. E tem hora que ela quer brigar comigo. Ela é rebelde. Eu falo, sabe? Ela quer gritar. Eu falo na hora da raiva: Oh! Daiana, se você quiser viver comigo dentro de casa, tem que ser do meu jeito. Eu sou a mãe e você é a filha. Você não se manda, você só tem treze anos. Acontece alguma coisa com você, eu que vou presa porque você é de menor, você só tem treze anos. Mas tem hora que parece que ela não quer entender as coisas. Ontem mesmo nós discutimos, eu briguei com ela porque ela sismou que queria ir pra Via Show. Eu falei: Você não vai pra Via Show. E, quando bate o pé e diz que vai, é rebelde.

Psicóloga – E vai com esse rapaz?

Paciente – Nada. Se fosse pra Via Show já ia com coleguinha sozinha, aí já não quer ir acompanhada. Quer ir com as colegas na bagunça. E ela grávida de seis meses, já ficou internada, quase ganhou neném prematuro, né? Aí, o rapaz foi lá me avisar que ficou internada em tal hospital. Aí, essa minha comadre me deu o dinheiro de passagem pra ir pro hospital pra ficar com ela, pra ela...

Paciente – Eu não faço... Eu no fundo, fundo, fundo eu não faço porque eu amo demais meus filhos. Nunca tive coragem de abandonar meus filhos. Eu sinto vontade sim. Eu não vou menti pra senhora. Vontade de sumir no mundo mesmo. Sumi, desaparecer. Largar casa, largar filho, sumi, desaparecer.

Psicóloga – Depois dessa reportagem com a Daiane. A Daiane também tá terrível agora. Já pensou se tem um neném prematuro, ainda por cima?

Paciente – Eu falei pra ela: vou sumir, hein! Vou desaparecer garota. Ela me olha assim: Ih! mãe. Ih! Mãe nada. Você invés de me ajudar, você só me cria mais problema Daiane. Agora tá desempregada de novo. Você viu aí aonde eu fui pra buscar arroz e feijão pra vocês comer? Na sua tia, porque não tinha mais dentro de casa. Ela vive comigo, ela vê toda a situação, passa tudo ali junto comigo, mas, eu acho que não entra nada na cabeça dela, acho que ela pensa que tudo é festa. Né? Pra ela tudo festa. Até essa criança que ela vai ganhar.

Psicóloga – Não tem muita noção.

Paciente – Não tem muita noção. Me dá vontade sim doutora, não vou mentir, não. me dá vontade de sumir, desaparecer, largar filho, largar casa, largar tudo, não fazer mais tratamento nenhum...

O telefone da paciente toca e a entrevista é interrompida.

Depois de atender o telefone a paciente pergunta: O que é que tava falando?

Psicóloga responde: Você tava falando da sua filha... Tava terminando, a gente tava acabando já, né? Mas, você tava terminando de falar sobre sua filha, de como você fica... De como você fica, ta estressada, tava deprimida, que você queria às vezes largar tudo, depois você falou assim, aí falamos um pouco assim de maneira geral...

Paciente – Mas o amor que eu sinto por eles, realmente, não deixa mesmo eu abandonar meus filhos. Não deixa eu fazer besteira, como muitas vezes eu penso realmente em fazer. Porque eu me vejo sozinha. Eu não tenho ninguém por mim. Família, parente, não adianta que ninguém me ajuda. Então, não abandono mesmo, entendeu porque...

Psicóloga – Você fala pensar besteira como? A depressão...

Paciente – Tomar remédio, tirar minha vida, essas coisas assim. Mas, aí eu lembro que existe Deus, eu começo a conversar com Deus, eu falo muito baixinho com Ele. Peço a ele para me dar força, me mostrar um caminho, me dá uma luz no meu caminho, porque às vezes eu acho que estou no escuro. Porque agora eu estou desempregada de novo, eu estou com dificuldades dentro de casa. Eu tenho duas crianças pequenas. Quer dizer, daqui a pouco, vai chegar uma hora que, realmente, vou abrir meu armário e não vou ter nem um arroz nem um feijão pros meus filhos.

Psicóloga – Você sempre trabalha em faxina ou casa de família?

Paciente – Faxina, casa de família, já trabalhei de babá, já trabalhei com faxina, já trabalhei pra dormir...

Psicóloga – Mas, eu acho que tinha que fazer... Só pra dar um palpite, essa coisa de você se alfabetizar seria bom. Porque aí você consegue, por exemplo, trabalhar numa empresa dando faxina, mas, numa empresa você tinha que saber ler e escrever. Se você não estiver alfabetizada para você poder ler as coisas, ler as instruções...

Paciente – Às vezes, sei lá... Eu sou muito "sonhadeira". Eu sonho muito

Psicóloga – O quê que você queria?

Paciente – Tudo que eu sonhei na minha vida nunca consegui, assim...

Psicóloga – Tipo? Que você sonha?

Paciente – Ah! Eu sonhava em casar, ter um bom marido, construir uma família, né? Direito. É... ter minha casa, sabe?. Uma casa confortável, né? Pra mim e meus filhos. Não peço muito, negócio de ter dinheiro, aquela ganância, não, peço pouco. Sabe? Às vezes falo pra Deus: Senhor, eu peço tão pouquinho. Tem gente aí que é ruim. Sei lá, às vezes sobe na vida tirando das pessoas, fazendo ruindade. E, a gente que trabalha, se mata de trabalhar não consegue nada. Algum karma, né? Que eu estou carregando, pagando, eu não sei, né? Não sei. Porque eu nunca fui ruim pra ninguém, pelo contrário, se tiver meio quilo de arroz, aquele meio quilo vai ter que dar pra mim e a senhora.

Psicóloga – Mas você queria casar, arranjar um marido bom?

Paciente – Queria ter assim um marido bom, um companheiro bom, uma vida tranqüila, uma vida realmente, né? Ou então que eu trabalhasse na casa de alguém que me ajudasse, me ajudasse a estudar, sabe? Pra eu poder ter um emprego melhor. Porque às vezes as pessoas falam: você ainda esta nova, ta assim... Mas, do que adianta! Eu não possa trabalhar numa loja, eu não posso trabalhar em nada, porque eu não sei escrever, não sei ler.

Psicóloga – Mas por que não aprendeu ainda gente? Aqui não tem programa?

Paciente – Tem. Tem programa, mas é minha cabeça mesmo...

Psicóloga – Mas por que você não começa a fazer?

Paciente – A senhora acha que eu vou conseguir ler, escrever, com tanta perturbação na minha cabeça?

Psicóloga – O que tem uma coisa a ver com a outra? Ao contrário, acho que exatamente... Se você pensar exatamente ao contrário, quando você estiver com a cabeça muito perturbada vai ser um lazer. Experimenta pensar assim. A perturbação vai vir, e...

Paciente – Tem dia que tenho tanto...

Psicóloga – Não tem curso aqui?

Paciente – Tem. Onde eu moro tem.

Psicóloga – E aonde é?

Paciente – Tem associação... Eu moro aqui...

Psicóloga – E por que ainda não fez? Meu Deus do céu! Ione, o que é isso? É uma coisa que te vai...

Paciente – Não sei.

Psicóloga – Ué? Você ta achando que não vai aprender? Que boboca! Deixa de ser boba.

Paciente – Tem dias que eu acordo assim, com vontade de andar. Andar, andar...

Psicóloga – Não, eu acho que se você fizesse isso, era uma coisa... Entra pro curso. Não entrou ainda por que? Coisa mais fácil...

Paciente – Lá tem alfabe... (paciente se atrapalha para pronunciar a palavra)

A psicóloga ajuda a paciente a pronunciar a palavra: Alfabetização?

Paciente – É.

Psicóloga – Isso, e então?

Paciente – As meninas falam, mas eu fico tão assim, sei lá ...

Psicóloga – Que horário que é? Quantas vezes por semana?

Paciente – À noite.

Psicóloga – Quantas vezes? Todo dia?

Paciente – Todos dias.

Psicóloga – Durante quanto tempo?

Paciente – Aí eu não sei. Eu sei que é na associação.

Psicóloga – Eu acho que você tem que fazer isso o mais depressa possível.

Paciente – Todos os dias. Tem uma professora, dá aula direitinho.

Psicóloga – Por que você não fez isso ainda? Ta esperando o quê?

Paciente – Pra certas coisas eu sou muito assim...

Psicóloga – Parada. O que tem haver uma coisa com outra. Bobagem. Sabe o que vai acontecer. Primeiro, o fato de você esta deprimida ou de ta com a cabeça... Não é problema nenhum. Você vai e vai e faz. É igual fazer qualquer outra coisa que faça ginástica, fazer uma unha, fazer uma... Ah! Eu to com a

cabeça, não é por isso que você deixa de fazer. Então, você faz uma coisa que vai esmaecer. Uma coisa não vai... Ao contrário. Depois, você vai aprender uma coisa que vai ser útil pra você num tempo curto. O fato de você aprender, você vai ficar se sentindo melhor porque você tá se sentindo por baixo, meio diminuída e tal. Não é nenhum 1º grau, não sei o quê, mas isso já vai permitir, por exemplo, você já arranjar... Pode te permitir ler e você vai se sentir melhor, vai poder arranjar um trabalhinho melhor. Primeiro grau, segundo grau, depois também tem do Estado e das Prefeituras esses diplomas que você faz as provas e você consegue... Às vezes, em um ano, se você aprender a ler e escrever, é o principal pra você poder fazer um primeiro grau, por exemplo, desses... Não é supletivo que se chama mais não, mas, um intensivo que eles dão umas apostilas e você estuda em casa, dão as orientações e depois vai lá faz a prova e pega o primeiro grau, você tá entendendo? Então, tanto o primeiro grau quanto o segundo grau você consegue fazer aí o primeiro grau com certeza em um ano, considerando... Entendeu? O segundo grau o pessoal faz também, porque eles são intensivos, você tá entendendo? O Estado dá as apostilas, aí você vai lá, tem essas aulinhas de orientação e aí depois vai faz a prova de uma vez, vai fazendo as provas. Um dia faz de português outro dia faz de matemática, entendeu? Vai fazendo e aí quando termina, tem aprovação naquelas todos eles dão o diploma. Então, você nem precisa ficar, se tá entendendo? No colégio normal pra fazer, você pode fazer tipo... não é supletivo que chama mais, é outra coisa que tem. Mas, pra você poder fazer esses cursos assim que são mais livres pra adulto, você precisa tá

alfabetizada. Porque você tando alfabetizada, você pega... Você vai lá eles te dão as apostilas, você lê em casa, eles te dão as orientações, você vai lá vai fazendo as provinhas, tira o primeiro grau. Mas, sem alfabetização você não tem nem como começar. Você não arranja... Você não tem orientação. Você vai se sentir diminuída com certeza porque é uma coisa que a pessoa... Não saber ler pra você circular, pra você andar, pra você fazer coisa... Você fica mais vulnerável, fica até com vergonha de perguntar algumas coisas em alguns lugares. Você pode ser enganada.

Paciente – Acho que é por isso que eu me fecho muito.

Psicóloga – Claro. Você pode realmente ser enganada porque você não sabe ler um contrato, você depende das outras pessoas para ler qualquer coisa pra você, contrato de trabalho, contrato de negócio, qualquer coisa que você vai fazer. Então, tudo é mais difícil. Então, isso é uma coisa básica, é uma coisa fácil de ser resolvida, é o tipo da coisa que... To me metendo, mas, já que a gente tem que ter uma troca.

Paciente – Não, mais ta bom.

Psicóloga – É o tipo da coisa... Eu to me lembrando agora que esse ano eu fiz um curso que foi bom, curso de coisas recursos humanos e a pessoa dizia o seguinte: que você tem é, tem algumas coisas que a gente pode... Era sobre aproveitar o tempo, então a pessoa que tava dando o curso, tava falando sobre coisas que você tem que fazer para aproveitar o tempo. E aí ele falava que a melhor forma da gente aproveitar o tempo é... aí tinha lá uma regra de coisas de matemática, que tem estudos que mostram, que há uma estatística, tipo assim, 80% de 100 coisas que você vai fazer, de dez coisas

que você faz, tem vinte e duas que são essenciais que resolvem as outras, entendeu? E isso se aplica tanto ao dinheiro quanto ao tempo quanto aos negócios. Então tem as coisas que você faz, faz, faz e elas não rendem porque você não está fazendo o essencial. Então, às vezes você trabalha, trabalha, trabalha, isso que você falou, faz isso faz aquilo, mas você não anda porque têm algumas básicas. Isso, por exemplo, você levar três meses fazendo alfabetização é o tipo da coisa pequena dos dois, você tá entendendo? De dez que você tem que fazer você tá pegando um ou dois, mas esse um ou dois ele vai mudar o resto todo. Então esse é o essencial. Você pode fazer... Mas é o tipo da coisa essencial por isso porque vai te dar a possibilidade de fazer o primeiro grau, sem isso você não faz o primeiro grau por conta própria. Você arranja emprego melhor, você anda melhor, você lê as coisas, você lê contrato, você faz negócio, você entendeu? Então, muda. Muda o seu padrão. Se você quiser, por exemplo, fazer... Vamos supor: ah tá, eu não quero terminar o primeiro grau não, mas aí eu quero fazer um curso, primeiro grau que seja, mas eu posso fazer um curso de costura, eu posso fazer um curso não sei de quê, inventar um negócio profissionalizante qualquer que ofereceu e eu aprendi, aí vou montar um negócio pra mim, eu quero montar uma empresa, cadê? Você tá entendendo? Nem tudo depende, você pode dizer não, fazer o primeiro grau não precisa, mas eu posso fazer um curso de três meses e eu sou boa nisso assim, assim. Você pode fazer um curso que te dá uma habilitação, por exemplo. E, aí como é que você vai montar... Você tá entendendo? A tá, e aí o governo está oferecendo financiamentozinho do SEBRAE para as

costureiras montar um pequeno negócio, montar um salãozinho, não sei quê. Então, cadê? Você ta me entendendo? Então, é o tipo da coisa que você não tem. E, isso se você não tem, vai te fazer muita falta, entendeu? Pra uma pessoa como você que é uma pessoa que é esperta, que é uma pessoa que tem boa aparência. Naturalmente, vão surgir oportunidades de trabalho no teu nível e tal, mas que vão ser boas, porque você é uma pessoa que tem boa aparência. E, aí? Cadê o primeiro grau? Cadê escrever? Então, isso é o tipo da coisa... que eu to lembrando agora do curso que na hora que ele falou eu pensei, não é que ele tem razão? Ele tava falando que a riqueza é distribuída assim, que o conhecimento é distribuído assim, que as atividades e o tempo é assim. Isso eu to falando porque é uma coisa simples, mas quando eu fiz... Eu até fazia, mas tem uma hora...Foi bom pra mim porque, assim, tem hora que você ta com dez coisas pra fazer que aí a gente fica nervoso, é normal. Eu queria fazer isso, fazer aquilo, mas eu tenho que fazer isso, aquilo, aí você entra em desespero porque a quantidade é muito grande. Então, isso eu achei importante... Ta bom, você faz aquelas que você tem obrigação, você tem que pegar comida, isso você não pode deixar de fazer. Mas, escolhe de tudo que você quer vê aquelas que são essenciais e vai em uma delas, uma que vai modificar as coisas, muda um paradigma da vida. Essa é uma que tem que fazer.

Paciente – Vou dizer uma coisa pra senhora, vou tentar.

Psicóloga – Você vai conseguir fácil, você quando conseguir, você pode ter certeza do que eu estou te falando. É antes e depois. Você é uma pessoa inteligente,

você é uma pessoa que tem boa aparência. Ta deprimida e você vai ver que você vai ficar menos deprimida e quando você conseguir, essa é que a grande coisa, entendeu? O melhor de tudo, é que você vai conseguir isso rápido. E quando você conseguir... Sabe assim, antes e depois, se eu consegui isso que com certeza que é uma coisa muito difícil, muito grande, mas depois vai ficar tão simples e tão fácil, você ta entendendo? Aí as outras vão vir muito mais fáceis. Então faz um esforço pra você conseguir. Porque vai mudar sua qualidade, vai abrir oportunidade pra você, com certeza. Entendo perfeitamente o medo que você tem, porque é difícil. O medo... É igual alguém que vai fazer um vestibular e vai fazer uma faculdade. É uma coisa muito grande. Com certeza é uma coisa muito grande fazer tudo isso. Mas, ao mesmo tempo tenho certeza que depois que você fizer vai ser muito fácil, vai ser muito útil e aí você vai fazer os outros, não tenho dúvida, com o pé nas costas. Te garanto. Das dez que você tem, terapia, tratamento, não sei quê. Faz a alfabetização. Três meses você ta alfabetizada, mole, mole. E isso vai mudar tudo, você entendeu?

Paciente – Vou conversar com o rapaz da associação.

Psicóloga – Não deixa de fazer não, não deixa de fazer não, você entendeu? Porque é simples. Você tem uma boa aparência, algumas coisas você pode até exigir o primeiro grau, mas tem coisas que não precisam, não necessariamente, você ta entendendo? Você é uma pessoa inteligente, mas você pode até não conseguir um emprego de... Aparência é uma coisa importante, de recepcionista numa clínica, num consultório, mas, se você não souber ler, não vai conseguir, o cara pode não exigir, pode abrir mão porque

entendimento não depende necessariamente do estudo, ajuda, mas... Agora, ler e escrever não tem porque se não como você vai poder dá as orientações, como é que alguém... Não tem como. O primeiro grau você pode vê se faz ou não, mas, não alfabetizar, sem chances de você conseguir. Coisas que você pode conseguir, por exemplo, pessoa comum, boa aparência, magrinha, cabelo bonitinho, entendeu? Pessoa que sabe se cuidar. Então, como é que não vai fazer? Com certeza que você vai arrumar. Faz isso que isso muda. Te garanto que isso aí, te permite que você arrume um emprego de recepcionista independente de ter primeiro grau, permite que você faça um curso para montar um pequeno negócio, permite que se você quiser estudar que você estude. Ah não, mas quero fazer o primeiro grau, o segundo grau, faço o supletivozinho mesmo trabalhando aqui e ali, faz um técnico de enfermagem. Isso abre chance pra você se empregar de uma forma que você vai poder ter carteira, que você vai pode ter um INSS, você vai poder escolher mais, numa coisa que eu estou falando. Concorda comigo, né? Se você faz isso, você pode ser recepcionista de um médico, ele só quer saber se eu sei ler, não vai querer saber se eu tenho primeiro grau, não precisa. Se ele quiser. Ele é o dono do negócio. Mas você tem mais chance de estudar, de fazer curso técnico.

Paciente – Eu sei lá, às vezes, eu acho que eu sou do jeito que eu sou por eu não ter estudo mesmo.

Psicóloga – Como assim?

Paciente – Assim, eu não gosto... Assim, não gosto de ter muito contato com as pessoas.

Psicóloga – Fica mais fechada, tá.

Paciente – Como já falei naquela hora. Eu sou assim de ficar sozinha, não sou de tá de conversa com as pessoas, aí eu procuro...

Psicóloga – Pode até ser, pode até não ser, você entendeu? Você até que você pode ter um jeito mais quieto que pode até ser bom, por exemplo, pra você estudar. Não é defeito. Depois que você vai ver. Agora, não fica botando caraminhola demais. Já tá bom de problema, não precisa mais não. Você quer mais problema? Não tá legal. Você já teve um meio câncer, já teve angina, já tá sem dinheiro. Pra que ficar arrumando mais problema psicológico?

Paciente – No momento, sabe o que eu estou pedindo muito a Deus? Para ele clarear meus caminhos para eu arrumar alguma coisa pra eu fazer, não posso ficar parada muito tempo. Como é que vou fazer com meus filhos dentro de casa. Às vezes, eu to com consulta com a Dra. Odete, eu venho andando, eu saio mais cedo, eu venho andando pra cá pra não perder minha consulta. Às vezes, eu falo lá pra minha filha que eu tinha que ser atleta porque o que eu ando a pé. Ando. Eu venho de onde eu moro. Eu moro pra lá de Vilar dos Teles, dentro de Jardim Paraíso. A minha irmã mora aqui em Agostinho Porto, eu venho de lá aqui andando. A senhora acredita?

Psicóloga – Acredito.

Paciente – Venho andando. Boto um tênis, uma bermuda, venho andando. Quando ela tem dinheiro pra mim voltar de ônibus, ela me dá, quando ela não tem, eu volto tudo novo andando de novo e com a sacolinha na mão. Mas levo satisfeita, pelo menos eu sei que vou chegar em casa e vou fazer o arroz e

o feijão pra eles jantar. Se eu ficar muito tempo parada como é que eu vou fazer?

Psicóloga – Mas acho que não vai ficar muito tempo parada. Daqui a pouco você vai arranjar alguma coisa, não vai? Você não ta com... Eu vou te dar o telefone. Você liga para o negócio da justiça pra entrar com a ação e aí esquece. Você vai entrar com a ação, pronto. Acabou. Ou o cara vai pagar ou alguém vai cobrar dele lá. Vai ter que pagar de um jeito ou de outro. Procura um outro trabalho e faz a alfabetização. Isso é outubro. Dezembro se você quiser isso já vai ta feito.

Paciente – Prometo pra senhora que vou na 2ª feita lá na associação falar com o rapaz.

Psicóloga – Faz, faz isso.

Paciente – Aí depois eu passo pra Dra. Odete. Prometo.

Psicóloga – Ta prometido. Ta combinado.

Paciente – Pelo menos eu vou tentar.

Psicóloga – Você vai conseguir. É fácil.

Paciente – Mas vou conseguir.

Psicóloga – Vai conseguir, é fácil, isso vai mudar tudo, escuta o que eu estou te falando, pode ter certeza, não é roubada. To te falando assim... De tudo o que você falou, entendeu? É óbvio. Foi o que eu pensei na hora, mas assim, ta... Isso muda tudo, entendeu? Com todos os problemas. Eu não to diminuindo todos não, você entendeu? O que acontece... As coisas que aconteceram... Você tem toda razão. Como é que eu quero dizer? Você viveu situações de ter... Uma situação de... Não estupro, mas uma situação

difícil de iniciação sexual na adolescência com padrasto, de casamentos, de relacionamentos difíceis. Tem umas coisas que você tem razão, outras falta de orientação, outras coisas que tem a ver com grupo. Um bolo doido de tudo, um pouquinho. Outras que você ter tentado achar que ia dar certo, queria casar e talvez tenha se antecipado. Você tem um pouquinho de razão e falta de razão também. Mas, isso já está, você tá entendendo? Então, isso você pode melhorar a maneira de ver, interpretar, e tata, tata, tata... Isso afeta seu presente, seu futuro, mas isso a gente não modifica. Certo? Isso já está lá. A gente modifica a maneira de ver isso. Como?! Melhorando as coisas pra frente. Agora, o que você fazer? Você pode fazer coisas pra frente. Essa, é tipo uma delas que se você fizer, você sabe, você é a torcida do Flamengo, que essa é uma daquelas coisas que na minha vida, não na vida do... Pra outro pode ser o curso de... o superior não sei quê, na sua, você não é outro, você é você, tá aqui com o seu problema, você com seu problema. Na sua vida o curso, o estudo que resolve o seu problema é esse. Na minha vida o que resolve, tal... Então, você vai... O que é essencial na sua. E isso vai mudar o seu conjunto e isso vai te ajudar a conquistar coisas. Essas conquistas vão fazer com que você... Na hora que você olhar... Primeiro vai te tirar da depressão, porque vai melhorar, vai te tirar de coisas que estão causando outras. Quando você olhar pra essas coisas antigas que também causam depressão, você entendeu? Você já vai olhar diferente. Porque uma coisa é a gente olhar pra uma coisa que deprimiu a gente num momento que a gente tá deprimido, tá certo? Porque eu tô deprimido hoje por causa do que está

acontecendo hoje. Aí, é claro, claro que eu to deprimida, eu vou pensar nas coisas deprimidas antigas.

Paciente – Que eu passei.

Psicóloga – Que eu passei... Aí eu fico... Mas isso ajuda um pouco, às vezes, pra gente pensar pra sair da situação. Mas, se você só ficar alimentando isso, começa a atrapalhar, ta entendendo? Porque pra lá não tem saída. A saída é por aqui, é pra frente, entendeu? E a gente precisa até olhar pra ver o que ta causando... Ta esse é um ponto, metade, a metade. Isso corresponde à metade do negócio. A outra metade é o que eu tenho que fazer aqui para melhorar coisas que na minha vida que estão causando problemas. E, essa é uma delas. É o que estou te falando, com certeza, entendeu? Então, não é que as outras não tenham, mas é que essa você vai ta dando pra você uma coisa boa, você ta entendendo? Que depende de você, que vai ajudar a mudar o resto.

Paciente – É o que eu falo pro meus filhos: estudam meus filhos, estudam, mas estudam mesmo. Eu como pobre dormi em porta de colégio pra vocês estudarem. E estudo faz muita falta. E essa minha garota de treze anos, ela não é muito fã, assim de estudar, ela não gosta de estudar. Eu levei ela no colégio e o colégio disse que no ano que vem voltar a estudar, depois que o nenem nascer. Eu falei que até fico com o neném, se estiver em casa, não estiver trabalhando, eu fico com o neném pra você estudar, entendeu? Mas, é pra você ir mesmo ao colégio, que se você não for eu vou saber, porque o colégio tem carteirinha, tem aqueles carnês. eu falo muito pra ela, você tem que estudar Daiane. Quê que adianta você é bonita não tem estudo...

pra quê? Boniteza pra quê? Eu não estudei porque a minha família, a minha avó não permitia eu estudar. Minha avó era daquelas mulher grossa, bronca. A gente não precisava de nada. Ela achava que... eu com onze anos, eu me lembro, eu cansei de trabalhar na casa dos outros porque a minha avó me botava. Pra olhar filho dos outros, pra arrumar a casa dos outros, entendeu? A minha avó me criou assim. Eu não tive infância. Eu nunca tive uma bicicleta, eu nunca tive uma boneca... Eu não ia a festinhas de outras crianças, de vizinhos, era muito difícil a minha avó deixar. A minha avó era ali, entendeu? Eu não podia ir ao portão. A minha avó não deixava eu ir na rua. Só que eu era um pouquinho danada, quando dava, né? Fugia um pouquinho pra conversar com a coleguinha... A minha tia que é... Eu tou com trinta e nove, ela ta com quarenta, nós somos quase da mesma idade. A minha tia da minha família foi uma das mais novas a engravidar. Se entregou pra um rapaz, aí engravidou, o rapaz não casou.... Nossa Senhora! Aquilo foi um horror na família, eu, as outras porque ainda eram virgens não podia nem falar com ela, não podia ter contato com ela. Afasta, não, porque aquela já se perdeu, ta grávida. Era assim, minha avó era assim, meus tios eram assim. Mas, quando a minha mãe morreu mesmo, que eu e meus irmãos preciso, todo mundo abandonou. Então, eu não procuro nenhum deles. Quando eu fiquei doente ninguém me procurou, ninguém foi na minha casa, ninguém foi na minha casa, ninguém foi no hospital me visitar. Eu tive ajuda dos outros que não é meu sangue.

Psicóloga – Era sua comadre?

Paciente – É a minha comadre. Semana passada quando a minha filha ficou internada, essa que ta grávida, ela ficou com meus filhos. Liguei pra ela: Anginha, vou ter que dormir aqui no hospital cá Daiana Crisma(?) ainda não... Não precisa se preocupar as crianças estão bem.

Psicóloga – É vizinha sua?

Paciente – É, Anginha batizou a minha pequenininha, ela madrinha pequenininha. Entendeu? Gosto muito dela também. Mas, nem por isso eu abuso, nem por isso abuso. Não vivo na porta dela pedindo nada... A senhora ta me entendendo? Peço sim, quando to mesmo sem saída... Que eu vejo mesmo... Olho pro meus filhos, aí digo: Meu Senhor! Eu sou obrigada a chegar e pedir uma ajuda que eu não sei mais o que fazer, ta me entendendo? Mas, não sou daquela pessoa de ta na porta pedindo ou mandar meus filhos pedir, não. Não sou abusada, não me aproveito de ninguém, pelo contrário, adoro também ajudar as pessoas. Adoro ajudar as pessoas. Eu tenho um coração... Eu não posso ver um cachorro gemendo que... Igual eu cheguei aqui hoje, tinha um vizinho meu ca filhinha dele de um ano, a menina caiu quebrou o fêmur. Quando eu vi a criança eu já entrei chorando, parecia que... Parece que é meu sangue, parece que é minha filha, não é nada minha, mas aquilo mexe comigo, sabe? Mexe comigo. Quando eu vi aquela criança ali sofrendo, se eu pudesse eu passava aquela dor dela toda pra mim, ainda mais uma criança de um ano. Mas, eu não posso... Que eu posso fazer? Confortei o pai, disse uma palavra amiga, se precisar de alguma coisa, o senhor vai lá na minha casa. Um banho, que eu puder ajudar que a mãe dela trabalha, olhar a menina,

qualquer coisa, ajudar a dar um banho, eu ajudo, mas do que isso eu não posso fazer porque no momento eu também estou precisando de ajuda, né?

Psicóloga – Claro, mas ta ajudando, ta sendo solidária.

Paciente – Mas o que eu posso fazer eu faço. To com problemas com a Daiana, ela ta ganhando roupinhas de neném, mas ta tudo guardado na casa dos outros porque eu não tenho onde guardar as roupinhas do neném dela. Eu tenho um guarda-roupa pequenininho de duas portas. Não dá pra botar mais nada.

Psicóloga – Cabe tudo teu dentro, né?

Paciente – Tem que caber, né? Vai socando. Outro dia eu falei: Daiana a menos que a gente pegue as nossas coisas jogue fora para guardar as do neném. Ela começou a rir. Aí eu falei: Eu não posso. Se eu estivesse ainda trabalhando dava até pra mim tirar uma cama, comprar uma comodazinha de quatro gavetas, quer dizer, já me ajudava você guardava suas roupas tirava duas gavetas ou três pro neném, duas suas e aquele pequenininho fica pra mim e seus irmãos. Isso tudo, sabe? Eu já deito: ai meu Deus, daqui a pouco essa criança nasce... Não tem onde guardar a roupa da criança. A minha irmã, graças a Deus, deu um carrinho a ela. O pai do neném foi lá, tem quinze dias que ele foi lá, levou a banheira do neném. Mas, ela mesmo nem se preocupa, nem... Pra Daiana não sei, ela ta assim no mundo da lua, sabe? Mas a mãe... Eu não tenho problema nenhum, né? É mais um pra mamãe aqui resolver, né? Eu não posso também abandonar, né? Ela só tem treze anos, né?

Psicóloga – Claro.

Paciente – É o que eu falei pra ela: Eu tenho que trabalhar porque se eu não trabalhar vocês passam fome. Então você tem que me ajudar. Se eu voltar a trabalhar, eu tenho fé em Deus que eu vou voltar a trabalhar, você tem que ficar dentro de casa. Porque se você não me ajudar Daiane, a gente vai passar fome. Porque os outros não vai ficar todo dia me dando as coisas pra alimentar vocês não?

Psicóloga – Claro, ainda mais com o nenenzinho pequenininho, mas criança dentro de casa.

Paciente – Não é?

Psicóloga – Claro, aí as pessoas começam...

Paciente – Né?

Psicóloga – Com certeza!

Paciente – Ela tem que parar um pouquinho e também me ajudar um bocado, se não vai chegar uma hora que, realmente, eu não vou agüentar.

Psicóloga – Mas, aí, você também tem que dar orientação pra ela, trabalhar também, fazer alguma coisinha, cuidar... Estudar.

Paciente – Estudar. Estou dando a maior força para ela voltar a estudar. Claro que eu me viro com o neném, conforme for até lá...

Psicóloga – Mas você estuda também. Aí você vai estar dando o exemplo.

Paciente – É.

Psicóloga – Estuda. Não é nada de mais você estudar também.

Paciente – Sim minha vida é assim. Eu, graças a Deus, no começo fiquei muito rebelde, negócio assim de doença... Fiquei muito rebelde, muito rebelde,

muito rebelde, mas depois a gente vai aceitando, sabe?... Na família do meu pai verdadeiro também tem. Minha avó morreu do câncer.

Psicóloga – Tem casos na família.

Paciente – Meu pai morreu do câncer...

Psicóloga – Então tem uma tendência genética

Paciente – Já, já, tem, tem. Eu tenho um primo que a filha dele, a mais velha, com doze anos, perdeu os órgãos todos, também com câncer.

Psicóloga – Novinha, né?

Paciente – Doze anos. A mãe dela é médica e tudo. A menina sempre reclamando de dores, assim, algumas coisas, dava aquele remedinho e passava, até que um dia ela passou mal no colégio, socorreram. Aí faz exame, faz exame, aí os médicos descobriram. Doze anos.

Psicóloga – Até que dentro desse contexto da família, você até que tá bem, né? Que dizer, você teve o diagnóstico, fazer o tratamento, controlar, né?

Paciente – Poxa! Graça à Deus, graça à Deus mesmo. Agradeço à Deus...

Psicóloga – E tem que acompanhar direitinho, não pode perder mesmo, né?

Paciente – Se eu não aparecer aqui, Dra. Odete manda me buscar em casa. Ela é danada. Ela manda mesmo. Ela já mandou uma vez. Ela fala pra mim, ela conversar comigo...

Psicóloga – Aí você tem noção porque que tem que acompanhar, né? Você já sabe, bem.

Paciente – É, porque eu posso piorar, né? E eu não quero mais operar, não quero mais não. Olha! Eu sofri muito, Deus me livre.

Psicóloga – Ter que fazer tratamento aqui.

Paciente – Eu sofri muito mesmo. Só eu sei o que, que eu sofri. O quê, que eu passei mesmo com meus filhos. A gente sabe que ta bem, mas a gente fica preocupada, não ta acostumada, né, a ficar afastada muito tempo. A pequenininha quando eu cheguei em casa, ela não quis nem chegar perto de mim. Pelo tempo que ela ficou sem me ver... Começou a estranhar. É, aos pouquinhos que ela foi chegando perto...

Psicóloga – Achou que você tinha deixado ela, abandonado, ficou de mal com você.

Paciente – É. Quando ela me viu magra daquele jeito, amarela, sem cor, toda costurada... Ela olhava assim, ela não chegava perto de mim.

Psicóloga – Ficou com medo, assustada.

Paciente – Não chegava mesmo. Aquilo que... aí mesmo me acabou, né? Aí minha comadre: não aos pouquinhos ela vai chegando, você ficou muito tempo fora. Você foi, voltou, de repente voltou de novo, ela é pequena, você nunca se afastou. Isso também mexe com a criança.

Psicóloga – Claro.

Paciente – Aos pouquinhos que ela voltou a se aproximar. É isso aí Dra. A minha vida é assim.

Psicóloga – Ta bom Ione. Obrigada pela entrevista, ta?

ENTREVISTA COM A MÉDICA DRA. ODETE

Psicóloga – O que eu tava querendo saber... Se você pudesse, fazer uma recapitulação, uma avaliação das dificuldades, dos problemas. Você fez uma análise, que

eu achei fantástica de reavaliação do programa, como é que você foi remodificando pra poder conseguir atingir...

Médica – Quando nós começamos aqui. Começamos tentando entender o que era o município porque não conhecia e eu sou oncologista. Então, não tinha como vir trabalhar numa prefeitura ou num município que não tinha nada de oncologia que eu sei fazer e oncologia significa alta complexidade e aqui não tinha. Mas, é um município da baixada em que a gente sabia e sabe ainda que a incidência de câncer de colo de útero é muito grande. Então, era um espaço que estava criado para eu poder fazer prevenção, que era uma coisa que eu já a muitos anos queria fazer, mas nunca tinha oportunidade, porque não adianta eu querer fazer prevenção, abro um consultório para fazer prevenção porque o que eu vou fazer é muito pouco, claro é alguma coisa, mas é muito pouco, diante de você olhar assim um município como um todo em que você trabalhando numa instituição pública, você vai ter condição de fazer mais. Eu nunca tinha tido essa oportunidade. Então, quando surgiu, eu achei assim muito bom, e tal e comecei a levantar o que era o município. Porque eu também não podia chegar aqui sem ninguém me conhecer, nem nada e todos os postos ficam sob minha responsabilidade, eu vou... não. Então, eu quis ver como era, como é que funcionava aqui e tive dificuldades imensas. Eu comecei levantando quantas consultas eram feitas na rede de ginecologia e quantos preventivos feitos para eu tentar ver como tava essa cobertura aqui. A gente tinha assim em 96, noventa mil consultas, três mil preventivos na rede. Era assim, um absurdo. Claro que a gente sabe que no meio dessas

consultas de ginecologia, estavam colocadas as de pré-natal também, então, não seriam as noventa mil todas só de ginecologia. Mas, mesmo assim muito pouco só três mil preventivos, então a cobertura era baixíssima. Por outro lado também, você não tinha um laboratório só, eram vários laboratórios. Não tinha encaminhamento. Quer dizer, a pessoa ia ao médico, tinha o resultado e cada um encaminhava pra onde tinha alguém que conhecesse que pudesse tá ajudando aquela paciente. Então, não havia um encaminhamento, não havia uma referência, não havia nada. E, nós começamos, fomos fazer um estudo do município, pegamos um mapa e vimos a distribuição dos postos no mapa. E, esse município aqui é um município com uma densidade demográfica muito grande, a maior da América Latina e o terceiro maior do mundo. Então, é um município pequeno e o aglomerado é muito grande, das pessoas. E eu acho que por isso é um município mais fácil de você poder trabalhar. E, a rede não estava mal distribuída. Então, quando você vê assim, tem duas áreas um pouco menos favorecida por postos. E, lá em cima do Grande Rio, as outras todas estavam bem, porque têm os postos mais centrais, os grandes, as unidades mistas e os centros de saúde e mini-postos espalhados, entendeu? Então, o município como um todo ele tava, até bem coberto em termos de estrutura, de distribuição de postos e mini-postos. Só que, só tinha um mini-posto que fazia consulta ginecológica que é um mini-posto aqui no centro de São João. Os outros não faziam. Os outros faziam atendimento de clínica médica, pediatria, tinha odontologia, né, e não tinha mais nenhum tipo de atendimento. Então, nós propusemos de começar a

fazer esse trabalho nesses mini-postos. Primeiro para a gente sentir, exatamente o quê que essa população achava, né, como é que essa população ia ver esse programa. Você chegar assim, no município com qualquer idéia nova. Logo todo mundo acha que você vem candidata a política, logo te olham assim, meio ressabiados. Vem essa maluca. Pra quê fazer as coisas. A gente começou pelo bairro, pelo local que era mais violento, mais problemático, porque é muito violento que é na divisa com Belfort Roxo. Mais três postos. Tinha um posto lá, que ainda tem que é o Tucão e nós começamos lá. E era eu e duas auxiliares, né. Antes de começar mesmo a atuar em campo, a gente esboço do projeto levou ao prefeito e tal. E a gente fez capacitação lá no Mário Kroeff (MK), as meninas foram para o MK eu fui para o MK e a gente teve uma idéia melhor da prevenção porque eu só via caso avançado que é o que o gineco manda pra mim, pra tratar. Então, a prevenção, essas lesões pré-malignas, a gente não tinha vivência nenhuma. Aí começaram. A gente trabalhou com o pessoal da patologia do MK, com a Vera na parte de ginecologia, as meninas também, as duas. E começamos então, a gente começou em fevereiro a elaborar isso aí, e quando foi em agosto a gente começou em campo mesmo. E ficamos assim, era eu sozinha com as duas meninas e a gente ficava três meses no mini-posto do campo, né. Aí, três meses a gente ia pra outro. A equipe era móvel, a gente não tinha um carro, a equipe era móvel. Três meses Parque Araruama, três meses Parque Tiradentes, três... E corremos assim, todos os mini-postos, mas era pouco. nós fazíamos quatrocentos exames por mês. E foi referenciado um laboratório para nos

atender e aí era outro problema. Que laboratório é esse, qual é o padrão desse laboratório que a gente não conhecia? Aí, nós mesmos fizemos o controle de qualidade. Nós conversamos com o pessoal do MK, então a gente colhia duas lâminas, uma que era lida aqui e outra que era lá. E íamos com aquilo tentar ver qual a qualidade. Imagina, se eu tenho aqui... O cara me diz aqui que o exame ta normal e lá vai dar câncer e depois eu confirmo o câncer e vou ficar meio ressabiada com esse daqui. A gente fez esse trabalho durante um ano e meio e realmente a gente viu que o laboratório, né, muito pouca coisa tava em dissonância. Mas o que aqui dava, lá dava e confirmava no histo, né. Fizemos a referência com o MK, porque naquela época, a gente não tinha médico treinado para fazer o CAF. Mas, já compramos o material para poder montar a nossa colposcopia e tivemos que esperar um tempo dessas pessoas fazer o treinamento normalmente é seis meses. O Paulinho foi fazer, depois foi a Valéria, depois a Patrícia que são os três médicos que a gente tem hoje aqui, fazendo CAF. E, aí, montamos em 98 é que nós montamos toda a estrutura mesmo pra fazer o CAF. 98 teve assim um grande, assim o que fez acordar mais pra realidade do município que foi aquela campanha, né. Porque já vinha um projeto piloto do Ministério da Saúde (interferência na fita) que eram as cinco capitais, o Viva Mulher. E, quando foi em 98, em agosto, uma campanha em que cada município tinha uma meta determinada pelo Ministério da Saúde. E a nossa meta aqui era fazer treze mil exames aquele mês em mulheres de 35 a 49 anos. E, foi assim uma coisa extremamente louca, porque eu continuava nos meus mini-postinhos

só e não sabia nem quantos ginecologistas a rede tinha, porque eu queria primeiro sedimentar bem aquele pouquinho que a gente tava fazendo, chegando devagar pra depois dizer agora vamos colocar nesse grupo aqui mais o posto tal, mais e aos poucos a gente pegar a rede toda. E, foi assim uma loucura. Nós tivemos que mudar os horários de todos os médicos, porque precisávamos fazer exames, só colher, ninguém tava fazendo consulta. Era colher mesmo. Pra poder em um mês ta dando uma cobertura, não conseguimos cobrir tudo, fizemos dez mil exames, mas, acho que foi até bom. E, aí no fim nós fizemos o levantamento de quantidade de casos e teve bastantes e tinha muita gente que nunca tinha feito. Então, a gente teve uma dimensão maior da problemática aqui no município. E, terminou a campanha, o mesmo que aconteceu aqui, aconteceu no Brasil inteiro. Aquele incentivo do Ministério acabou e os municípios voltaram a colher aquele pouquinho só. E os postos que continuavam a colhendo fora desse meu grupo de mini-postos, eles colhiam e faziam em laboratórios sem qualidade nenhuma. Às vezes levava oito meses pra chegar um resultado, às vezes não chegavam. Era assim, uma coisa doida. Não tinham casos positivos nenhum nesses laboratórios, era uma loucura, mas a gente não tinha, não havia dinheiro, na época era isso que era passado, pra ta botando num laboratório de melhor padrão e ta fazendo. Até que, em 99, julho de 99, o Ministério acenou pra todo o Brasil, com a possibilidade do que foi uma campanha se transformar num programa permanente. Acho que pra eles também, aquela campanha de 98 foi um grande divisor de águas. Todo mundo sabia que

tinha uma muita incidência, etc, mas por estimativa. Acho que naquela campanha ali que eles levantaram do Brasil inteiro, em todo lugar se colheu preventivo, eles tiveram uma noção melhor pra poder planejar futuras ações. E, verificaram o quê? Se eles não viessem com algum incentivo pra prefeituras, só com o dinheiro que era do piso de atenção básica eles não iam tá fazendo. Aí então, foi quando vem o incentivo deles pagarem fora deste teto que já existe pra cada município, a leitura da lâmina é um real por cada coleta e incluíram nessa estratégia também a cirurgia de alta frequência. Isso é que veio a melhorar esse trabalho. Quando isso aconteceu, aquele laboratório que já era nossa referência se credenciou no Estado, junto ao Ministério também e passou a ter uma capacidade, e passou a ser liberado para fazer 2.500 exames/mês e é com ele que a gente tem trabalhado. E, aí hoje todos os postos ficam nessa... Dentro desse trabalho e aí aquele projetinho "Aprendendo a ser Mulher" que eu falo, a gente nasce menina e vai aprendendo a ser mulher. Hoje é um ramo do Viva Mulher e o provedor é o MS. Desde o início nós também sempre examinamos mama, né. Então, a gente não fez só colo, a gente ao mesmo tempo examinava mama. Conseguimos inculcar muito isso no espírito do gineco, porque o gineco normalmente não examina mama, deixa por conta do mastologista, a gente não tem mastologista ou não tinha, né? Ou não tem em quantidade suficiente, também. Então, hoje todo mundo examina mama, né? E a gente vinha avançando, mas algumas dificuldades porque, o mastologista tem uma noção quando palpa muito melhor que ver um monte de nódulo, vê mais ou menos e já diferencia, a

gente às vezes fica meio em dúvida. Esse aqui parece mais não é, será que é, aí vai fazer a mamografia e volta a mamografia e aí parece... Você tem que ter um mastologista. Em 2002, nós conseguimos isso, né? Então a gente está fazendo colo e mama e este ano nós começamos próstata, prevenção de próstata. Então, temos...

Psicóloga – O slogan que eu achei bonitinho, queria lembrar outro dia, que eu falei com uma pessoa e não sabia, como é que era que você falou:

Médica – A gente ia lançar isso no dia da mulher, é: Mulher consciente traz o homem sem preconceito.

Psicóloga – Ah! Entendi.

Médica – Hoje a gente tá fazendo a prevenção nessas três frentes. E assim, eu acho que tem sido um trabalho muito importante. A gente tem mudado muito a nossa estratégia de buscar as mulheres porque em 98 a gente seguindo a orientação do MS era assim: lesão de baixo grau (HPV, NIC I e (?) fica no posto, pega esse exame daqui a seis meses, se voltar a dar a mesma coisa, encaminha pra colposcopia. Nós fizemos isso, de início, mas as dificuldades - eu não sei nos outros municípios, eu falo por mim aqui - são muito grandes. Ah! Porque o doutor não veio, porque não tem material. Quer dizer, muitas das coisas não são verdadeiras. Ah! Não vai fazer. Então, quer dizer, a gente não conseguiu que aquelas mulheres todas repetissem em seis meses. Isso me preocupou e comecei a chamar essas mulheres pra cá. E aí resolvi junto na época tinha um coordenador, a gente na época não era uma coordenadoria, então discutimos e: "vamos fazer o seguinte, então: todos os casos vêm pra cá, porque como a gente

tinha três médicos aqui, a gente tinha uma disponibilidade maior desses exames serem marcados e as pessoas fazerem esses exames e foi isso que nós começamos fazer e passamos a fazer colposcopia em todos os casos. Porque a colposcopia é um exame de você olhar, não é nada invasivo. Demanda o tempo da pessoa que demora mais do que você colher o preventivo. Mas, se você tem lá um NIC I e vai repetir o preventivo, já não vai ter que colocar o espelho. Então, o quê que custa fazer uma colposcopia. Começamos a fazer de rotina. Quando é negativo, é negativo e pronto e colhe o preventivo e faz o segundo, ta normal e volta pro posto. A nossa estratégia em relação a chamar as mulheres também teve que mudar, porque algumas a gente mandava aquele telegrama que recebíamos do Ministério: "Parabéns você realizou o seu exame, agora venha pegar o resultado", ninguém vinha, parabéns, então ta tudo certo porque que eu vou lá. Ou então tem medo também, né?. A gente começou, porque a gente não tem dinheiro, pra aproveitar aquele telegrama que vinha com o porte pago, a gente colocou um outro um texto e colocamos: Oh! Querida paciente você apresentou uma pequena lesão". aí, vinham só 30%. Não, vamos ter que usar uma técnica um pouco mais: "Oh! Você vai ter que vir, apresentou um problema um pouco mais sério", começamos a ter assim, uma chegada maior das mulheres. Hoje não, todo mundo conhece, todo mundo fica apavorado. "Ah! Vou lá na Dra. Odete". Todo mundo me vê igual a um câncer. Eu sou um câncer ambulante. "Ai que susto, quando vi aqui prevenção do câncer". Mas, se eu escrevi prevenção, porque você ta tomando susto? Mas, hoje as pessoas vêm assim com mais facilidade.

Mesmo assim a gente tem que tá mandando chamar. Hoje, depois que você chegou, já tinha atendido umas cinco ou seis que eu mandei chamar porque há um ano abandonaram, sabe? As vezes, eu não tenho tempo pra tá levantando vendo se veio naquele dia, né? Porque elas ficam fazendo levantamento dois anos na colposcopia. E, as vezes vinha lá no informe... Eu não sei se veio... Se ela me informasse todas as que faltam naquele dia era mais fácil, né? Ainda tem essas coisas que a gente vai tentando acertar, entendeu? Ainda tem muita jovem aí com HPV, apesar da gente tá indo aí fazer palestra, da gente alertar a necessidade do uso do preservativo, você vê que ainda tem uma resistência muito grande, entendeu? Jovem de usar, da mulher, do homem, entendeu? Ainda tá meio complicado. Então, a gente ainda tem muito. Acho que é isso todo ano, muita quantidade de HPV nessas jovens, gravidez na juventude. Todos esses problemas a gente continua ainda, apesar de se estar fazendo esses trabalhos de fazer palestras, de ir às igrejas, ir às escolas, entendeu?

Psicóloga – Quê que você acha da vacina?

Médica – Hoje até saiu um artigo num jornal que não deve ser a mesma coisa porque é de um laboratório, no jornal O Globo, eu não trouxe não, de um trabalho que foi feito, que agora também não lembro o número de mulheres. Com um determinado número de mulheres em que eles usaram a vacina. Mulheres em idade fértil. Uma vacina que... Não sei de que laboratório é. Eles viram que em quem eles usaram a vacina não teve nenhum caso de câncer ou HPV. E naquelas que usaram o placebo, 21% delas apareceu. Essa vacina que está aí testada e avaliada na FIOCRUZ, eu não sei ainda

direito a quem ela vai se destinar. Se ela vai se destinar a quem tem HPV pra evitar que, se for o dezesesseis, dezoito que possa ta evoluindo, já que tem um alto poder oncogênico que podia desenvolver câncer ou não, eu não sei te dizer. Não sei. Não sei mesmo. O vírus... É aquele negócio, né? Eu não sou cientista, né? Então? O que a gente vê na AIDS é que toda hora que estão criando mais uma vacina, o vírus é mutante, igual ao da gripe, né? Então, eu não sei... Temos que esperar. Eu acho que vão estar fazendo um trabalho com vários municípios, mas acho que é com pacientes que já têm o HPV. Acredito, eu, que é isso, mas não tem conhecimento maior pra te falar, não. Não sei não, não sei não. Acho que vírus é um negócio meio complicado, porque tá sempre mutante, né? Mas, não é por isso que não tem que estar testando e que fazendo, pra ver, né? Eu acho é assim, tem que ter alguma coisa de cultura, de você pegar aquela menina lá pequenininha, sabe? Começar a orientar, isso é uma coisa que é pra daqui a vinte anos. Ninguém pode ter a ilusão de chegar agora e achar que ano que vem vai ta tudo com a cabeça mudada, não vai. Isso é uma coisa que é cultural. Você chega aqui é com muita naturalidade que a mãe traz a filha aqui com treze anos que já teve relação desde os doze, que até já ta grávida, porque ela já passou a mesma coisa, sabe? Foi natural, entendeu? Então, acham que já...

Psicóloga – Hum, hum. É essa moça que eu entrevistei, teve...

Médica – Não é? Então, você veja...

Psicóloga – Apesar da orientação, quer dizer, tem um dado cultural que pesa.

Médica – Que pesa.

Psicóloga – Os valores.

Médica – E elas chegam assim... Quer dizer, e uma coisa que a mim assustaria... Não to dizendo se tivesse... Eu só tenho filho homem. Se eu tivesse uma filha mulher que ela, apesar de eu estar orientando, não pudesse acontecer, não é isso. Que eu estou dizendo é isso, que eu me assustaria muito, ficaria muito irritada, não sei como eu reagiria. E elas agem muito naturalmente, entendeu? Porque já é uma coisa normal. Lá na comunidade toda... Quase todas as meninas acontece, as mães delas já aconteceu, entendeu? Acho que um pouco assim...

Psicóloga – É uma possibilidade de acelerar um casamento, uma coisa assim...

Médica – É, eu não sei. Eu li uma vez, porque no Fundão eles estão fazendo um trabalho, e que é uma forma de auto-afirmação da juventude. A menina que fim assim... Ela acha que ficando grávida, porque assim, mulher grávida é bonita, né? Todo mundo dá atenção, e tal. Como uma forma de auto-afirmação, acho isso uma loucura, né. Falei: Caramba, né? Porque é uma criança, vai atrapalhar toda a sua vida. Você vai ter que parar de estudar, né? Vai... É um negócio meio complicado, num organismo que não ta nem preparado, né? Pra ta recebendo... A cabeça muito menos. Mais uma boneca que chora, que quer comer, que precisa ser lavada, meio complicado. Agora, eu acho assim, eu acho que a gente aqui já alcançou bastante, a gente ainda não alcançou a cobertura que eu gostaria, né? Estão se abrindo outras frentes que eu achei assim, bacana. Esse ano a gente foi chamado pela presidência da câmara dos vereadores aqui, pra... E quinze dias atrás eu apresentei. O presidente da câmara e ele contratou uma

profissional, que é uma médica sanitária para assessorar a câmara e pra que e... a gente pudesse chamar... Vai ser os três primeiros pontos que vão ser tocados, pra ver um que pode fazer melhorar, é a prevenção ao câncer mama e colo, a mortalidade materno-infantil e a violência contra a mulher. Então, são esses três temas. Então, em cada um eles chamaram uma pessoa que pudesse estar...

Psicóloga – Violência?...

Médica – Violência contra a mulher, mortalidade materno-infantil e a prevenção do câncer. Então, na parte da prevenção ao câncer, a gente levantou... Fizemos uma radiografia do município, né? Quais as dificuldades, né? Mamografia, né? Biópsia, entendeu? Ultra-sonografia. As dificuldades que se tem. E na parte de colo também as dificuldades que a gente tem de fazer. O número de profissionais, a quantidade de exames que precisaria estar fazendo. Para em cima disso, o que se já faz até agora, qual a cobertura que está, que metas que nós pretendemos atingir nesses próximos cinco anos, pra que a câmara, depois que nós tínhamos, cada um apresentou um projeto. Essa menina que é sanitária ela pega dados, que a gente também tem acesso, do DATASUS. Então, ela está pegando dados em formas gerais, de estatística que são fornecidos pelo DATASUS e pelo INCA e em cima daquilo, ela vai tentar junto com a gente ver a viabilidade das nossas propostas com as delas, fazer um plano de ação. Isso com a colaboração da câmara enquanto entidade, pra procurar outras formas de se obter recursos. A câmara vai ter que aprovar o orçamento. Vai. Vai ter que cobrar do prefeito que aquele orçamento que tá vindo pra saúde é

pequeno. Vai ter um dado técnico com uma médica que é sanitarista que entende, que sabe de finanças, que entende de recursos do SUS, para ajudar neste sentido. Mas, só isso vai resolver, não vai? Não vai, não vai. Então, o quê que a gente espera que a câmara esteja a fazer... O que a gente está esperando é que dessas reuniões, fizemos a primeira, a segunda é de mortalidade a terceira é de violência vai ser na outra semana. A cada quinzena, as quartas-feiras, depois nós vamos fazer uma oficina e nessa reunião, eu fui falar sobre o câncer, mas não tem só médico, não tem, a maioria até não é médico, não. Então, é um grupo é de todas as camadas sociais. Então, em fórum de mulheres, tem grupos de da casa de cultura que é o pessoal ligado a uma ONG, negócio de violência da mulher e tal como um todo. Tem pessoal de igreja, tem a vereadora que nós somos temos uma vereadora aqui, tem o presidente de saúde da câmara, tem o presidente da câmara mesmo. Então, chamamos pessoas ligadas à saúde, mais ligados à saúde comunitária, o pessoal do DST/AIDS, o pessoal que vê o pré-natal e à medida que a gente vai avançando, vai ter chegar mais gente que a gente vai ta chamando. Nesta fase de tentar saber como o município está, a gente achou melhor não abrir muito, mas depois vamos ter que estar, pra estar somando e vendo o que cada pessoa... O que cada... O que a gente pode fazer. Vamos pegar recursos aonde e ajudar a onde. Na sociedade civil, parcerias. Eu sozinha não vou conseguir, se eu juntar com mais duas também não vou. Mas, uma câmara tem um peso, então os vereadores... Acho que essa também é uma obrigação deles, não é só legislar, é também correr atrás pra ver se a gente consegue, o que a gente

também conseguiu esse ano. Em abril, nós fizemos uma reunião lá no centro cultural com o prefeito, secretários do governo, secretários de saúde, em que nós convidamos as mulheres influentes no município, esposas de vereadores, esposa do prefeito, e tal e apresentamos, trouxemos pessoas do Rio, pessoas que trabalham em ONGS e que são de ajuda e busca de recursos e orientação, não é só recursos também. Você tem uma série de outras problemáticas envolvidas com câncer também, principalmente, câncer de mama. Aí, nós trouxemos essas pessoas para passarem a experiência das ONGS delas pra gente poder montar algo aqui também. Veja bem, a gente ganhou uma pistola de “core biopsy” com dez agulhas, não posso vir utilizar cada agulha custa R\$ 104,00, a licitação leva seis meses, né? Só vou fazer dez biópsias? Não. Então, tem que arrumar dinheiro em algum lugar. Eu não posso sair daqui, pedir a um empresário lá, porque o prefeito tem... Eu to dentro de uma prefeitura, não posso fazer isso.

Psicóloga – Claro!

Médica – Então, o quê que nós fizemos? Com isso aí, nós conseguimos formar uma associação de mulheres, né? Conseguiu-se alugar uma loja aqui no centro do Vilar, aí vai ta se fazendo um bazar, nós estamos arrecadando roupas e tal. Vai ta se fazendo o bazar. Essa associação tem toda a estrutura, estatuto, tudo direitinho. Então, vai ter uma tesouraria. Aí, esse dinheiro que vai ser arrecadado vai estar servindo, em princípio, essa primeira fase, vai ser realmente visando mais esta parte, de me garantir eu ter essas agulhas ou eventualmente não ter filme aqui no dia pra mamografia, a

gente poder estar comprando, né? O auxílio é... Nós vamos ter oficinas também aqui, vamos ter pessoas fazendo próteses, porque às vezes não tem, a pessoa tira a mama e não tem como colocar uma prótese de silicone, né? E, vamos estar ensinando e fazendo, quem sabe até pra depois estar fornecendo até pra outros municípios, não sei. Próteses de mama feitas de alpine, ou de isopor com peso e tal, com aquelas bolinhas, pra tentar estar dando pra essas mulheres. O problema também é a ida diária aos hospitais de alta complexidade pra radioterapia. Não tem o dinheiro. Aí, a gente arranhou uma Kombi e aí a Kombi leva todos os pacientes de uma vez e aí eles ficam o dia inteiro. Se eles não têm dinheiro para passagem, não têm dinheiro para comer lá, ficam o dia inteiro. Uma radioterapia leva dez minutos no máximo, que fica entre entrar na sala, sair da sala, aí fica lá até o final da tarde, quando a Kombi vai recolher todo mundo. A gente tá tentando acabar com esses problemas todos, né, através disso aí, vai ter uma assistente social que vai tá fazendo uma ficha social de cada uma dessas pacientes e nós vamos estar agora já começamos a chamar, 2ª feira eu vou estar atendendo só essas mulheres que já fizeram cirurgia, quimioterapia e tal, pra sentir os problemas que elas estão tendo. Já conseguimos uma porta de entrada no Anibal Viriato com psicóloga, pra poder estar atendendo essas mulheres tanto em grupo quanto individual, né?

Psicóloga – Aonde?

Médica – Anibal Viriato. Isso é um posto de saúde, centro de saúde.

Psicóloga – Ah! Posto.

Médica – Então, a gente está caminhando, né, pra tentar chegar. Então, essa semana... É engraçado, a gente vai somando as pessoas e as pessoas que têm vindo pra gente são pessoas que têm mais ou menos o mesmo espírito. Essa semana o menino que faz biópsia orientada pelo ultra-som, me ligou pra dizer que a semana passada uma paciente fugiu, porque ficou com medo. "Ah, vocês explicam direito antes de mandar pra mim". Mas, a gente explica, né? Só que elas ficam com medo. Então, quer dizer, a gente não precisar do psicólogo só depois, a gente tem que precisar do psicólogo até pra saber o que ela, ela vai ter medo de fazer exame porque esse exame vai trazer um diagnóstico pra ela. Aí, já é mais... Eu já tenho que falar que essa porta de entrada não pode ser só pra quem já tá com câncer mesmo, tem que ser até pra quem está ainda em processo de diagnóstico, né? Aí, eu acho que só a porta de entrada sozinha lá, abrir uma porta pra depois ver, não. Acho que já vai ter que ver uma forma de eu ter um psicólogo aqui, né, nos dias que eu tenho mastologista, pra ta fazendo uma entrevista com essas mulheres que ele vai encaminhar, né, antes, entendeu?

Psicóloga – Claro!

Médica – Mas, é isso aí. Mas, eu acho que o melhor de tudo mesmo foi a conscientização que as mulheres tiveram. E, isso a gente avalia não só pelas mulheres que tão vindo, mas porque quando nós colocamos aqui "Prevenção a Câncer de Próstata" achei que ia levar uns cinco anos pros homens virem fazer preventivo.

Psicóloga – É, eu achei interessante.

Médica – Eles estão vindo por demanda espontânea. Têm 150 por mês, 120 por demanda espontânea que as mulheres que fazem preventivo que sabem que aqui tem, vêm marcam e eles vêm fazer. Eu achei assim muito bacana.

Psicóloga – Eu estava vendo aqui, estatística alta, né.

Médica – É.

Psicóloga – Tem uma dessas aqui que é de próstata.

Médica – Ela já levou.

Psicóloga – Aqui isso é o que? (A psicóloga mostra um dado e pergunta o que é)

Médica – Não, esse é estimativa. É, tinha aqui. Tinha uma que veio. Este mês nós fizemos um relatório mensal, né, com tudo o que se faz aqui. Então, aqui mastologia... Mastologia nós fizemos quatro punções aspirativas e fizemos oito biópsias este mês. Aqui próstata. Temos cento e vinte e oito de pacientes demanda espontânea, só dez é que vieram encaminhados de postos. Achei assim muito bom. Doze pacientes com PSA alterado e com toque suspeito que foram encaminhados pro Pedro Ernesto pra prosseguirem investigação. É isso aí.

Psicóloga – Tá bom Dra. Odete, pra mim tá bom. Mas, alguma coisa?

Médica – Não, se você quiser saber alguma coisa, o que eu sei é isso.

Psicóloga – Não, pra mim tá ótimo. Eu tinha mais uma pergunta, uma coisa em relação à formação. Você acha tem alguma coisa na formação dos médicos pra... Que você acha que seja falha no caso para orientar, diagnosticar e informar?

Médica – Eu acho, eu acho sim. A gente teve lá agora no curso de capacitação, que o DATASUS fez na semana, por conta do SISCOLO que vai mudar de novo,

né. Então a gente já tinha estado no grupo que fez a parte de mudança de nomenclatura e de conduta e tal. E, nós ficamos lá vendo casos clínicos, discutindo, colocando com o pessoal do INCA, com os dois médicos Dr. Olimpio e Dr. Neilton (?) que tavam lá colocando, e as duas, as duas Fátimas e Beatriz tavam colocando, né, o trabalho que eles fizeram e pra ver se aquele organograma ali, e o fluxograma se tava entendível, né, para qualquer pessoa ou não. E tinha, fora eu que coordeno e sou oncologista, não faço patologia do trato genital, não faço colposcopia, não faço CAF, só tinha uma outra menina que também não fazia e o resto todo era especialista e foi assim uma discussão... Que se deu lá, que eles acharam também, analisaram com certeza o que elas falaram, o que a gente falou e tal. E, agora a gente foi pra parte de informática do SISCOLO que vai mudar, então foi um treinamento que pela primeira vez juntaram todo mundo. Juntaram um laboratório que recebe o SISCOLO para instalar em laboratório, a coordenação municipal, né, no caso eu, o pessoal de Caxias, o pessoal de Nova Iguaçu e a Coordenação Estadual, tava a Rizoleide com as meninas dela lá. E, foi assim interessante porque da outra vez eu não tinha assistido, eles tinham separado. Fizeram só laboratório e quando foi a parte de coordenação eu não pude comparecer, quando me passaram já tinha passado o curso, veio o fax se perdeu eu não soube. Então, eu aprendi meio sozinha aqui, clicando, clicando, até conseguir fazer o segmento e ver o que o programa podia me oferecer. Então, eu vi algumas coisas que eu precisava que o programa me fornecesse mais. Eu acho que pra eles o antigo tava ótimo, mas, se eu tenho um programa que eu boto

endereço, que eu boto idade da mulher, que eu boto estado civil, que eu boto não sei o quê, não sei o quê, eu tenho que saber como eu posso tá tirando esses dados pra mim. Eu tenho que saber quantas moram naquele bairro que já fizeram preventivo porque eu tenho um carro, uma unidade móvel e eu posso planejar a ação do ano que vem. Então, eu achei que esse programa veio mais pesado, esse agora que eles fizeram, mas eu acho que tá melhor na parte de segmento vai me dar um pouco mais de trabalho porque já faço até de olhos fechados agora que já conheço. Esse outro veio diferente. Então, a gente ficou lá... e assim, tá uma preocupação muito grande em se capacitar os médicos ginecologistas porque vai mudar toda a nomenclatura e precisam tá sabendo dessa mudança e precisa...

Psicóloga – Muda muito?

Médica – Mudou bastante.

Psicóloga – É o que NIC...?

Médica – Isso, isso, mas...

Psicóloga – O quê que mudou, procedimento em relação a estadiamento?

Médica – Não. Alguns procedimentos mudaram, algumas condutas mudaram. Quando você faz biópsia depois vai para conização, se não vai, dependendo do laudo que deu. Alguns procedimentos mudaram.

Psicóloga – Pra dar mais de segurança?

Médica – É, é. Eles trabalharam com... Eu acho que pegaram alguns trabalhos feitos, acho que Austrália que tem um trabalho grande com isso, então eles fizeram um levantamento, lógico um pouco com a nossa realidade daqui, também. Lógico eu não posso... Umas das coisas que eu discuti foi o

seguinte: "Olha, eu não tenho como... Eu vi hoje essas mulheres que eu mandei chamar... Você tem que vir aqui a cada três meses. Ficam um ano sem vir. Você tem que ficar de babá, entendeu? Porque não senti nada, já fez... Então, é uma coisa meia... Ah, não to sentindo nada, né, ficam... Assim, você tem que ver também qual é a sua realidade pra poder... No consultório particular ela vai vir, a cada três meses. A pessoa tem um outro nível, entende melhor. Agora aqui, não senti nada já fez... Não vem até por todas as dificuldades as vezes que tem, né. Ta trabalhando a patroa não vai liberar... "N" coisas que a gente tem que levar em consideração aqui. Ficou se batendo muito nessa necessidade que há da gente trazer um ginecologista mais... para poder ta participando mais, se envolvendo mais.

Psicóloga – Mais com a prevenção?

Médica – É, mais com a prevenção. E o ginecologista começar a olhar mama mesmo, começar a ver, começar a entender pra não sobrecarregar também só um mastologista, porque não tem como você botar um mastologista como atendimento primário, não tem como. Então, o ginecologista tem que ta vendo como um todo. A gente vai fazer capacitação aqui no município, né. Nós fizemos essa capacitação para nós podermos treinar aqui. E, eles lá, antes de maio, que é quando vai ser lançada esta nova versão vão fazer um grupo também. Vai ter só treinamento pra laboratório, só treinamento pra coordenação, só treinamento de médico, entendeu? Só pra colo a acho que não vai ter pra mama ainda não. Achei assim que foi bom. Algumas coisas a gente colocou opinião, né? Esse projeto, ainda vão ser ouvidos outros pontos aí do Brasil, né. Foi cansativo, mas acho que foi

bom. Acho que tem que tá ouvindo. Eu senti muita falta nessa reorganização... Eles falaram que tem, não tava ali, mas que tem. De médico lá pra tá discutindo algumas coisas que a gente achava de um jeito, a gente que tava como médico, né. E, que eles...

Psicóloga – Médicos ginecologistas, você fala?

Médica – Isso, isso, isso. eu achei que tinha que ter alguém ali pra tá com a gente naqueles dois dias.

Psicóloga – Não tinha um médico?

Médica – Não. Tinha só uma enfermeira. A gente perguntou, o menino... um dos que fez o programa...

Psicóloga – Quando estavam fazendo o programa de...

Médica – Quando a gente tava treinando, né. Então tem algumas coisas assim que... Ah, mas eu não concordo, eu não vejo assim. Mas, às vezes eu tô vendo mal, se tiver um profissional médico também, com mais experiência do que eu...

Psicóloga – Mas, treinamento, qual você tá falando?

Médica – Esse último agora.

Psicóloga – Que foi...?

Médica – Do DATASUS. Da capacitação do programa do SISCOLO, entendeu? Porque você vai fazer o segmento. Então, tem algumas coisas lá você olha assim... Ué, mas porque tá isso aqui? Não, eu não acho isso aqui certo. Mas, a menina que tava, ela é enfermeira, ela entende de epidemiologia... Eu acho que se tivesse ido um médico, com mais vivência do que a gente ali... De repente a gente tá vendo errado, né?

Psicóloga – Claro!

Médica – Não, porque aqui é isso, isso... Eles anotaram tudo, vão ta rediscutindo isso. Então achei bacana, né, de podermos estar... Porque outros fizeram praticamente com as experiências dos projetos pilotos e isso a gente sabe que esses programas, é tudo muito... Vai evoluindo, você tem que ta sempre corrigindo. Achei que... Vai dar um trabalho, porque a gente vai ter que pegar esse pessoal todo do PSF capacitar todo mundo de novo, falar outra linguagem, mostrar que agora vai ta escrito outra coisa, o laboratório também, entendeu? Tudo a gente vai ter... Citotécnicos, né. Você vai ta... Tudo tem que ser muito bem treinado. A partir de maio quando vai entrar a nova versão

Psicóloga – Em relação aos exames, você acha que, no caso, quando esses erros que acontecem, né, de laboratório, é uma questão de qualidade? Vou dar um exemplo. Já teve situações em que eu já atendi pacientes que... Tinha uma paciente que isso me impressionou muito em relação a erro de laboratório. Ela era funcionária, ela era técnica de um laboratório e ela participava do programa de qualidade desse laboratório, era um laboratório privado. Ela tava... Eu a atendi num estadiamento avançado de câncer de útero, e muito revoltada. E, ela tinha feito alguns exames que tinham dado negativo, ela tava algumas queixas, enfim. Aí, uma amiga que trabalhava num posto levou, sugeri que ela fizesse então o preventivo num posto e aí apareceu um exame positivo... Ela tinha umas queixas, acho que tinha um sangramento... Tinha alguma coisa que não tava sendo bem avaliada. E aí, enfim. Então, impressionou muito. Ela tava muito indignada...

Médica – Porque você diz assim: Eu faço exame todo ano, como eu posso tá com câncer, né? Se eu faço exame, tinha que ter alguma lesão antes, né. Bom...

Psicóloga – E aí chega a um ponto que já tá muito avançado e a pessoa fica.

Médica – E a sua parte você fez. Olha só! Eu acho assim... Eu acho que é qualidade de laboratório, sim, porque, veja bem, o que a gente sabe é que. O quê que o laboratório faz? Ele vai ler uma lâmina. É uma coisa subjetiva. É diferente de você tirar sangue e botar lá no computador, né, a máquina foi revisada, tá certinha, tá tudo bonitinho, vai leva bota o sangue o computador vai ler, né? Já tá programado pra isso.

Psicóloga – Só fazendo uma observação. Essa moça até me falou o seguinte... Deixa ver se eu consigo passar como ela me disse. Ela disse que o volume - foi um erro que ela disse que acontecia - que em geral esses exames que deveriam ser analisados pelo médico, muitas vezes ele era feito por um técnico, né, que assinava, mas isso não era o mais grave. É que tinha um tempo de reação, alguma coisa, que tinha que ser observado, então, que eles colocavam vários, digamos assim, exames ou lâminas, enfim com algum tipo de contraste, eu não sei se isso, ao mesmo tempo. E, aí... E às vezes numa quantidade muito grande, quer dizer, quando chegava pra saber se contrastou o último, quando chegava pra ver, já tinha passado. Tem um tempo suficiente pra poder observar, a partir do qual aquilo já vai...

Médica – Tem uma série de coisas. A primeira a coleta. A qualidade da coleta. Então, você tem que ter cuidado e saber colher. Por isso que não é qualquer... Não, é muito fácil colher. Não. Não é fácil. Você tem que saber

colher também. Depois que... Quando você colhe também, você também tem que saber colocar, como é que você coloca na lâmina. Colocar o material na lâmina pra poder ser lido, depois você tem que colocar lá um álcool no frasco. Um frasco com álcool e tem que mandar pro laboratório. Você não pode deixar aquilo ali ficar duas semanas numa sala quente, num sol de 50°, batendo, não sei o que... Então, tem várias coisas. Chega no laboratório também, vai passar por uma série de processos, vai corar lâmina e tal. E depois de ta corada, ta pronta tem que ver como é que essa lâmina veio do posto, como ela foi conservada. Então, tem...

Psicóloga – Então tem vários momentos que podem...

Médica – Aí você... Na interpretação que a pessoa vai fazer daquela lâmina, ela já vai te dizer se aquela lâmina é satisfatória pra leitura. Se for satisfatória é porque aqueles passos todos - a coleta aparentemente foi bem feita, tem a expressão do que você quer ver, ecto e endocervice. Ela foi bem conservada ali no álcool, o esfregaço foi bem feito, foi bem conservada e aí foi pro laboratório em tempo hábil, né, pra poder permitir a preparação da lâmina. A preparação foi bem feita, etc e aí chegou uma lâmina de qualidade e aí ele bota - satisfatória. Então, ela ta satisfatória. Aí ele vai ler e nessa leitura, a leitura é pessoal. Então, veja bem, se eu sou uma citotécnica e eu me formei lá no SITEC, aí fui, formei, tal e fui procurar um emprego num laboratório que é um laboratório privado em que o número de lâminas que eu vou ler num ano não passa de mil, com certeza eu não vou ter a mesma capacidade de leitura, de interpretação, porque eu to interpretando célula. Eu to... É minha interpretação pessoal. Então essa

célula assim com dois olhinhos eu vou dizer que é normal, e não é. Eu não tenho vivência. Então, o que o Ministério fala e que o laboratório no mínimo tem que ler por ano vinte e cinco mil lâminas.

Psicóloga – Então, foi isso que... Ela disse que se ela fizesse num, talvez no serviço público então pudesse...

Médica – Entendeu? Por que o que acontece? Hoje você manda pro SITEC. O SITEC faz não sei quantas mil, entendeu? Então tem uma... Normalmente, o citotécnico também não trabalha num lugar só, mas eu acho que é um dos problemas é esse. O outro problema também, quer dizer, é essa interpretação pessoal é a pessoa poder estar de vez em quando estar fazendo curso de reciclagem e tal pra ver. Mas, acho que ali é treino mesmo porque é uma interpretação subjetiva. Segundo, os laboratórios têm que ter controle de qualidade interna e controle de qualidade externa. Controle de qualidade externa a gente também tem aqui. Estou vendo se a gente consegue, mas vamos ter que pagar de um outro laboratório que pegaria dez por cento de todos os resultados negativos. Então, por exemplo, o Labvida tem aqui me dá mil exames negativos, que não deu nada. Dez por cento desses escolhidos que o próprio computador no programa escolhe aleatoriamente, vão para um laboratório de monitoramento externo e todos os positivos. Mas, cada laboratório deveria ter um controle interno também. Então, o próprio laboratório tem que saber que daquelas lâminas que ele, vê um outro laboratório médico, um outro citotécnico e um outro médico vai tá interpretando aquilo que ele interpretou, que um outro funcionário deles interpretou antes, e que é mais ou menos esse percentual

também, tira dez por cento e todos os positivos. Mas, eu acabei... Quando eu falei assim: Espera um pouquinho porque eu vou mandar uma carta pro laboratório, é porque veio o exame de uma paciente que veio como NIC III e o segundo exame dela agora não tinha alteração nenhuma, só tinha metaplasia escamosa e matura. Então, eu achei estranho. Então eu to mandando pra ele me revisar essas duas lâminas, entendeu? Porque outra coisa que pode acontecer é o seguinte: Essa fichasinha que as meninas lá fazem, isso é digitado no computador. E, aí não tem nenhuma rosa atrás é tudo marcadinho. Então, se por acaso clicar no lugar exame errado, tu pode ter...

Psicóloga – Pode trocar o nome, pode trocar o número?

Médica – Não, não. Não é trocar os nomes... É, é... Na hora de digitar, já tem os quadradinhos lá, de repente você já ta... Cinqüenta exames o dia inteiro digitando, pode até clicar num lugar que não era pra clicar, entendeu? Então, pode acontecer. Aí, você tem que ter teu olho crítico lá. Por isso, eu não largo os exames sem passar aqui. Temos tido...

Psicóloga – Muitas chances de erro.

Médica – Não, a gente tem. Tem, tem.

Psicóloga – Desde a coleta, análise, digitação...

Médica – Uns 20% de erro você pode ter no preventivo.

Psicóloga – Entendi.

Médica – Entendeu? Por isso que, se botei uma melhor na mesa... Por isso que é importante a gente... Isso é uma crítica talvez que eu faria ao formulário que vai do Ministério da Saúde, porque é um formulariozinho que te dá um

espaço pequeno que só tem que botar colo normal, alterado, não sei o quê, não sei o quê, entendeu? Acho que a gente poderia ter um espaço, eu escrevo mesmo naquele espaço se eu vejo alguma coisa. Por que alterado? Quê que é “alterado”? Uma cervicite é “alterado”, mas não é alterado de câncer. Eu não sei o que aquele alterado pode significar. Entendeu? Então, você marca alterado e vai lá procurar se tem célula maligna e não tem, porque é um alterado de uma cervicite, então, né? A gente tem que... Um colo ta normal? Não. Normal é aquele rosinha, rosinha. Mas, também não é um colo anormal de uma NIC, sabe? Então, é meio assim... eu falo muito pra as enfermeiras do PSF que eu capacito: escrevi tudo que você vê. Ah, você viu uma bola amarela com dois pontos roxos, escreve, porque isso pode ser importante pra eles lá, porque só você com a lâmina, sem nada mais, não? Você tem que ter um informe pra ir assim. Caramba! Não to vendo nada aqui. Não, to vendo um câncer aqui, mas ta normal, né? Ainda mais médico que é preguiçoso pra caramba. Ta normal, né? Cansa de acontecer. Aí a gente telefona, manda chamar a mulher bota aqui na mesa, entendeu? Se eu vir, por exemplo: Eu fiz um exame, eu chego, nossa ta feio isso aqui! Aí, o exame vem normal ou vem com processo inflamatório, não bateu muito certo, achei... Aquele processo inflamatório pode ter impedido ele de ler algo mais, porque ta purulento, com sangue, então ele não conseguiu. Esse programa agora tirou o limitado, porque vinha assim: satisfatória, dava para eles ler, mas era limitada, porque tinha sangue, tinha pus, porque tava dessecada e insatisfatória, é aquela que eles não liam de jeito nenhum. Eles tiram isso, botaram insatisfatória. E, ela

ainda não soube me dizer, a menina que tava lá, qual é o percentual que é aceitável, em insatisfatório, porque era aceitável 5%. Agora eles tiraram o limitado e jogaram tudo na categoria de insatisfatório. Pra gente avaliar como que tá a qualidade de coleta e qual posto não tá colhendo bem, pra eu ir lá pegar o pessoal. Não, vamos capacitar, vamos ver, vamos ter cuidado, entendeu? E, é complicado. Outra coisa...

Psicóloga – É porque tira... Aí, também, dá margem pra pessoas jogarem na dúvida.

Médica – É, é. Lógico. Outro problema também é o seguinte: O certo, certo. Você vem fazer preventivo hoje. Eu boto você na mesa e vejo que você tá com uma leucorreiazinha. Eu vou falar pra você, assim. Olha só! Eu vou te medicar e você vem daqui a vinte dias pra fazer o teu preventivo. Vai ficar dez dias fazendo uso da medicação, catorze, não sei o quê, depois você vem pra fazer. Você vem, você é esclarecida, você vem. Você acha que a maior parte da população aí que não tem dinheiro, que isso, que aquilo... Já não gosta de fazer o exame. Acabou... Eles vão fazer porque tem alguma queixa, porque fazer por controle mesmo só, assim, porque tudo mesmo, não é tanta gente que faz.

Psicóloga – É, mas deixa eu te falar. É engraçado. Você tá falando, mas eu tenho uma... Sabe o que aconteceu? Eu antes de começar a fazer o trabalho no INCA, uma coisa, quando eu comecei a trabalhar, eu vi todas essas queixas que a gente, né das pacientes e tal. Mas uma coisa que me chamou atenção foi que antes disso eu me tratava com uma ginecologista que foi uma ginecologista que chegou a ser chefe de serviço lá e a minha mãe era enfermeira. Então, eu desde os treze, catorze anos eu ia pra consulta,

enfim, né. Com bico de pato pra virgem... Desde mocinha eu tinha orientação por causa dela. Enfim, eu tava anos que fazia preventivo, tratamento, tal, e enfim... Um pouco antes de começar a trabalhar no hospital. Mas, já adulta. E aí um dia eu tive uma infecção, agora eu não sei... Uma qualquer coisa, uma bactéria, uma coisa nada demais, mas que tinha uma... Eu tinha que ter um retorno, então. E, aí a médica que to falando, que é essa teve uma reação assim muito espantada, quer dizer, não era uma coisa grave, mas ela ficou espantada que parece que aquilo tinha que ter algum sintoma, tipo uma coceira, alguma coisa, que eu não tinha tido ou se eu não tinha tido, porque eu não tinha. Então, eu falei que tinha tido, senti alguma coisa, tanto que eu fui. Devo ter levado uns vinte dias, uma coisa e tal. E aí eu perguntei, mas aí ela fez uma reclamação assim, tipo: você, assim, você não viu, demorou, não demorou. Não tinha demorado tanto, ela viu que não tinha tanto, tal. Então, eu brinquei: Eu falei, mas porque que isso, essa, enfim, qualquer coisa pode dar câncer. Essa não, mas tem algumas infecções que podem, não sei o quê, enfim, que era tipo HPV, e tal. Eu não sabia disso. Aquilo me deixou tão... Eu fiquei tão espantada que eu comecei a perguntar. Mas, como? Então, ela começou... Então foi a primeira vez que ela começou a me explicar, você entendeu? E, aí ela me explicou, porque eu perguntei. Mas, se não ela teria tido apenas aquela reação como se fosse uma coisa da minha estupidez, você entendeu? E, ponto. No que eu perguntei, aí ela desdobrou, me explicou um pouco mais e tal. E, aí eu fiquei sabendo que tinha isso, você entendeu? E, aí eu fiquei sabendo que tinha algumas infecções que

podiam, que eram oncogênicas, não sei o quê, ta, ta, ta, e por isso eu deveria, para isso existia o preventivo, aí é que eu fui entender. Falei gente, aí eu já tava com trinta e tantos anos, eu to fazendo isso...

Médica – Você não sabia nem porque fazia.

Psicóloga – Eu to desde os treze anos fazendo esse negócio, com a ginecologista que é uma bambambam da cidade, que é especialista... Quando eu comecei a receber as pacientes que elas diziam que não sabiam, eu assim, eu passei... É verdade, porque se você não diz não é tão óbvio, assim, não é óbvio, parece que é, mas não é. E se eu sou uma pessoa que tem, você entendeu? Na minha avaliação, se eu sou uma pessoa de classe média, que tenho instrução, que tenho pós-graduação, que tenho como buscar, que to indo num consultório de uma pessoa que é referência, que tenho orientação familiar, que minha mãe é uma profissional, entende? E eu consigo chegar sem saber, não é tão... Porque não me foi dito, entendeu, de uma forma...

Médica – Porque se acha tudo normal. Normal mulher ter inflamação.

Psicóloga – É isso. E aí, fica uma coisa entre não espantar, você entendeu, e... Mas, tem um nível de informação em que você não sabe até que ponto... Quer dizer, na verdade de tudo... Naquele dia eu passei a ter informação médica, porque na verdade, foi uma coisa que eu me... Na verdade eu tinha me guiado pela minha avó, não foi pela consulta, porque minha avó dizia... Não foi pela consulta, não foi pela coceira, não foi porque eu sabia, eu sabia o que minha avó dizia que a calcinha tinha que sair limpa, no momento que ela não saísse eu tinha que ir ao médico. Na verdade, o meu critério tinha sido esse, você entendeu? Foi o que eu usei quando fui.

Agora que eu fiz essa regressão, mas é porque você tava falando, eu achei, não é tão simples assim e as pessoas não dizem isso e aí ficam... E é difícil.

Médica – E, é difícil. E, aí o que acontece, a pessoa só vai porque sente. Na verdade, a gente até conseguiu alguma coisa aqui. É o que eu falo pra você, hoje você vai e você vê aquelas pessoas que vão fazer mesmo e muitas não têm sintoma absolutamente nenhum e ta limpinho, ta bonitinho. Mas, a grande maioria não. A grande maioria vai porque está com uma leucorréia. Então, ela chega: Ah, não porque minha calça ta, porque arde, porque cheira mal, porque isso, eu tomo banho todo dia, eu mesmo não me agüento, não sei o quê. Se eu medicar, era o certo, vou medicar ela aqui e você vem pra fazer. Passou ela não vai voltar. A maioria não vai voltar.

Psicóloga – Então, ta eu falei tudo isso, porque você tava falando da...

Médica – A maioria não vai voltar. Então, isso passa a ser também um fator que leva a que, quem está interpretando aquelas células tenha essa dificuldade. Porque ele vai botar lá, purulento. Então, no meio daquela célula, né, típica do ectocervice ou do endocervice vai estar aparecendo alguma coisa que as vezes vai ta desvirtuando um pouco aquele diagnóstico que ele poderia estar dando mais corretamente. E aí, o que acontece? Quando essa paciente vem, que deu um exame alterado, que você medica e você fala: olha agora você vai precisar repetir pra ver se já saiu essa bactéria, aí ela vai entender e vai aceitar. Agora, se você, entendeu? Porque ela já tem ali na mão um exame que mostrou que não ta bem. Ela vai ficar porque vem conversar com você. Você vai explicar. Essa história que você ta falando, é realmente isso porque as pessoas chegam, elas não sabem o que é

preventivo. Têm umas que querem fazer o preventivo e outras que... Ah, eu fiz o preventivo a um mês, mas agora eu quero fazer o papanicolau. Porque elas acham que são coisas diferentes. Então a gente tem que explicar a importância do preventivo e que o preventivo não é pra você ta diagnosticando se tem tricomonas, não. Preventivo é prevenção ao câncer. É pra você vê se tem alguma célula aqui que possa estar evoluindo ou HPV que às vezes você não tem manifestação nenhuma a não ser realmente na leitura que induza que você saiba que ali pode ter um HPV. Mas, elas querem, por exemplo, ah, minha filha já tem treze anos, precisa fazer preventivo. Na verdade, quem tem necessidade é aquela mulher que ta com vida sexual ativa, porque é a primeira porta de entrada, porque já ta correndo mais risco, Mas é por isso que você não vai examinar, fazer uma cultura, o que for de uma menina mais nova? Não. Pra isso, a gente tem os programas de saúde do adolescente, pra ta olhando. Mas, é assim complicado. A gente assim... A gente aqui no município, nós estamos tendo algumas pessoas hoje que estão começando a se preocupar mais, nessa área da saúde da mulher. Vamos ter agora, no dia 20, um simpósio organizado pela câmara dos vereadores também, só voltado pra mulher, dia 20, a tarde inteira, lá na câmara. Então, vai ter... é interessante se quiser vir. O Júnior que é o presidente da comissão de saúde da câmara, obstetra, vai estar falando, acho que sobre planejamento familiar. Cida Diogo, deputada, presidente da comissão das mulheres da ALERJ, que deve estar colocando alguma coisa sobre política da saúde da mulher. O João que é médico legista, nosso secretário de saúde, vai ta falando sobre violência

contra a mulher. O Lino não sei sobre o que ele vai falar, porque ele é cardiologista deve abordar algum tema, eu vou estar falando sobre prevenção e a Rosangela Belo que é do SISBAF, é secretária do SISBAF, que é consórcio de saúde da Baixada Fluminense. Se unirem os municípios para tentarem algumas políticas como, por exemplo, o problema do leito que não tem obstetra. Então, o SISBAF acaba sendo uma referência e ele organiza pra que se possa ter pra onde encaminhar essas mulheres. Então vai ser agora... Algumas coisas. A gente via ter uma caminhada contra o câncer de mama, no dia 18 de novembro, mas eu mandei cancelar porque não temos mamografia. Nossos três mamógrafos, dois estão pra ser instalados, a obra ta parada, o outro tava funcionando parou. E, o único convênio que a gente tinha não tem como porque ta com exame marcado até janeiro. Então, pararam não tão deixando marcar e eu não possa ta fazendo uma caminhada que vou ter lá na praça uma ação social. E, vou mandar as meninas pra onde? Quer dizer, é meio complicado. Então, falei pra gente não fazer e deixar pra uma outra oportunidade quando estiver tudo funcionando. Então, isso aqui vai ser aberto pra mulheres, né. Algumas coisas a gente ta fazendo, assim, aqui, já. Mas, a gente sabe que é devagar, é caminhando, é muito devagar.

Psicóloga – Ta bom, é isso aí. Obrigada.