

A PRAXIS DA ENFERMEIRA NA PREVENÇÃO DO CâNCER GINECOLÓGICO NUM CONTEXTO DE INTEGRAÇÃO DOCENTE ASSISTENCIAL*

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca**
Anna Maria Chiesa**
Maria Amélia de Campos Oliveira**

FONSECA, R.M.G.S. da et al. A praxis da enfermeira na prevenção do câncer ginecológico num contexto de integração docente assistencial. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.28, n.3, p.321-31, dez. 1994.

Este trabalho relata uma experiência de implantação da consulta de enfermagem em saúde da mulher com a finalidade de prevenção do câncer ginecológico, por docentes da Escola de Enfermagem da USP e por enfermeiras das unidades básicas de saúde da Administração Regional de Saúde Pirituba-Perus (ARS-8) da Secretaria Municipal de Saúde, num contexto de integração docente assistencial (IDA).

UNITERMOS: Consulta de Enfermagem; Saúde da Mulher, Enfermagem em Saúde Coletiva.

INTRODUÇÃO

A experiência de implantação da consulta de enfermagem em saúde da mulher aqui descrita desenvolveu-se no contexto de um Projeto de Integração Docente-Assistencial (PIDA) desenvolvido pela Escola de Enfermagem da USP (EEUSP) e a Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP), através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), na Região compreendida pela ARS-8 (Pirituba-Perus). (SÃO PAULO, 1990; UNIVERSIDADE, 1990b).

Dadas as especificidades de tal projeto, que muito o diferenciam da mera ocupação de uma unidade de saúde como campo de estágio por uma escola de enfermagem, para melhor compreensão do processo experienciado, vale relatar, ainda que brevemente, o que significa esta integração (UNIVERSIDADE, 1990a). Cabe ressaltar que a experiência da EEUSP em relação à IDA em enfermagem em saúde coletiva data de mais de duas décadas, onde várias

* Trabalho apresentado no Seminário de Prevenção do Câncer Ginecológico, na mesa redonda sobre "Experiências de organização de serviços e impacto na cobertura de Papanicolaou", promovido pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo. 10 de dezembro de 1992.

** Docentes do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, membros do Núcleo de Apoio às Atividades de Cultura e Extensão Universitária: Integração Docente-Assistencial em Saúde Coletiva (NACE:IDASC)

modalidades de integração ensino e serviço foram implementadas, sob diferentes bases teóricas. Porém, esta, que já tem quatro anos de existência, tem sido embasada em um referencial que pressupõe a efetiva participação de todas as instâncias envolvidas, para que as transformações da assistência à saúde possam efetivamente ser incorporadas à estrutura institucional considerada.

No âmbito da Escola, o trabalho vem sendo desenvolvido por um grupo de docentes (e respectivos alunos) que integram o NACE:IDASC (Núcleo de Apoio às Atividades de Cultura e Extensão: Integração Docente Assistencial em Saúde Coletiva), do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. Esta IDA se iniciou motivada pela convergência entre os pressupostos que norteavam o trabalho do Núcleo e as propostas de atuação da equipe dirigente da SMS, na época.

Várias atividades vem sendo desenvolvidas neste projeto e uma parte delas refere-se à atuação dos docentes e alunos nas unidades básicas da saúde nos diversos programas assistenciais, dentre eles o de Saúde da Mulher. Foi neste espaço que experienciamos a consulta de enfermagem para a prevenção do câncer ginecológico, ora relatada.

OS PRINCÍPIOS NORTEADORES DO PROCESSO DE IDA

Amarrados por uma dupla finalidade, ou seja, de transformar as qualidade do ensino e da assistência em saúde coletiva, a IDA por nós vivenciada encontra-se embasada em alguns pressupostos articuladores, a saber:

1. **Reflexão crítica conjunta** sobre a qualidade da assistência do ensino na área de saúde coletiva, principal eixo condutor desta integração;
2. **Princípio da construção coletiva**, ou seja, o estabelecimento de um processo participativo de todos os componentes da IDA, em todas as instâncias, por acreditar que é o processo de reflexão crítica que leva à transformação da realidade;
3. **Princípio da responsabilidade compartilhada**, que significa que ambas as instituições devem estar comprometidas com o desenvolvimento e com os resultados do PIDA tendo, cada parte, atribuições específicas sem, no entanto, perder sua identidade no processo. As partes envolvidas são: profissionais e ocupacionais de campo, docentes e discentes da EEUSP e representantes da comunidade (UNIVERSIDADE, 1990a).

A BASE TEÓRICO FILOSÓFICA DO TRABALHO

O referencial teórico-metodológico que embasa as nossas ações encontra-se, hoje, fortemente ancorada em concepções que entendem o processo saúde-doença como “socialmente determinado” ou seja, determinado pela forma como cada sociedade se organiza no processo de reprodução social

(produção e consumo de bens necessários à sobrevivência da humanidade) tal como é concebido na atualidade. (FONSECA, 1990).

Isto significa dizer que nesta forma de entender, o social não age apenas como um fator condicionante dos agravos à saúde, mas determinam o aparecimento de manifestações do processo saúde-doença como substrato para as condições biopsíquicas de cada pessoa, de acordo com o grupo social no qual ela se insere, principalmente em classes sociais, nas sociedades assim estratificadas. Constitui assim, a base sobre a qual a corporeidade humana “funciona” e pode transmitir aos seus descendentes, com uma dada peculiaridade, a sua herança genética.

Em se tratando da mulher assistida nas unidades básicas de saúde, nesta concepção, ela é vista como pertencendo a uma sociedade estratificada em classes sociais, em que umas dependem das outras estabelecendo, entre si uma relação dialética proporcional àquela estabelecida entre capital e trabalho. (FONSECA, 1990)

Esta sociedade, historicamente, tem relegado a mulher a uma condição de subalternidade, imputando-lhe o papel de reprodutora da força de trabalho através não só da reprodução dos corpos biológicos, como também da responsabilidade pela execução do trabalho doméstico para manutenção da força de trabalho. Soma-se a isto a execução de atividades remuneradas quando a situação econômica do país e, conseqüentemente, da família, a impele para integrar o sistema produtivo, passando a participar na geração da receita familiar.

Este processo, além de diferenciá-lo segundo as classes sociais às quais pertencem as mulheres, diferencia-se também de acordo com o gênero, dado que ocorre diferentemente para a mulher e para o homem. Assim, numa sociedade pautada em valores masculinos, nos quais a relação de poder estabelecida privilegia este gênero, a mulher sofre toda ordem de discriminações, seja submetendo-se à execução das tarefas não valorizadas socialmente, portanto, “não tipicamente masculinas”, seja recebendo pelo seu trabalho uma remuneração menor que a recebida pelo homem, para execução das mesmas tarefas. Isto sem se falar na atuação das profissões/ocupações tipicamente femininas, bem menos valorizadas que as masculinas.

Em se tratando das mulheres atendidas nos serviços públicos de saúde, dado que no Brasil eles, historicamente, se destinam às populações das classes sociais subalternas, a maioria da população feminina que atendemos encontra-se em uma situação de dupla subordinação — de classe e de gênero, com importantes repercussões para o seu perfil de saúde-doença. (FONSECA, 1990)

A discriminação contra a mulher, em nossa sociedade não se dá apenas na esfera do trabalho, mas em praticamente em todas as demais da vida social, sempre relacionadas ao papel que tem que desempenhar. Em se tratando da sexualidade, para mantê-la circunscrita ao lar, reproduzindo os corpos biológicos ou não, de acordo com as determinações do sistema econômico, e executando as tarefas de manutenção do bem-estar ou sobrevivência da família, é necessário controlá-la, permitindo à mulher o exercício da sua

sexualidade, dentro de limites que não atentem contra a moral e os costumes vigentes. Isto faz com que os códigos sociais, no que se refere ao sexo sejam tão permissivos aos homens quanto repressores às mulheres, ainda que, algumas vezes, na forma da lei, sejam tratados com igualdade. Ocorre que no momento da aplicação da lei, os códigos sociais, por pertencerem à esfera mais profunda da consciência social, são mais fortes que a própria lei, condicionando comportamentos diferenciados em relação aos diferentes sexos.

Esta condição social da mulher lhe determina um processo saúde-doença peculiar, com manifestações do seu nexo biopsíquico condizentes com a classe social à qual pertence, bem como com o gênero feminino. Neste contexto, a saúde da mulher se constitui uma área onde todas estas questões se fazem presentes, sejam ou não percebidas e lidadas pela instituição de saúde ou pelos profissionais da área. Em geral, a atenção se refere apenas aos aspectos biológicos da problemática de saúde da mulher, centrando-se no funcionamento do aparelho reprodutor feminino.

Assim, dado que não são freqüente as oportunidades oferecidas à mulher pelo próprio serviço de saúde para falar sobre si, sobre a sua condição e especialmente sobre a sua sexualidade, se concebida diferentemente, a saúde da mulher deve incluir estas preocupações e passa a constituir um espaço privilegiado para tratar estas questões. A própria necessidade de exposição de partes do corpo que normalmente são mantidas geladas até mesmo para a própria mulher, faz com que emergjam contradições que, se trabalhadas e superadas, em muito ampliam as possibilidades de melhoria da qualidade de sua vida e da sua saúde.

A visão do trabalho que subjaz a essa concepção é a da Enfermagem enquanto uma prática social desenvolvida por agentes sociais que têm um potencial transformador.

A EXPERIÊNCIA VIVENCIADA

Embasada neste referencial teórica e entendida mais como um mero procedimento ou técnica, a consulta de enfermagem à mulher é vista como um dos espaços privilegiados de atuação da enfermeira, onde as questões antes apontadas tem oportunidades de serem lidadas.

Isto significa que, além de ações que visam o controle do funcionamento orgânico do corpo da mulher, é possível, na interação cliente-profissional, compreender e tentar a superação conjunta de problemas da esfera psicossocial que, sem dúvida, passariam desapercibidos quando se privilegia unicamente ou biológico.

Além disso, na nossa experiência, trata-se de uma modalidade de assistência dentre as muitas possíveis de serem desenvolvidas, articuladas num método de assistência de enfermagem, cujos pressupostos são os mesmos enumerados no início, para descrever o projeto de IDA em curso (QUEIROZ, EGRY, 1988; EGRY, 1990; EGRY et al., 1990). Isto quer dizer que a mulher compartilha das decisões, construindo junto com o profissional o horizonte a

ser alcançado, mantidas as especificidades dos saberes acadêmicos e do popular. Ainda, como mulher, para a enfermeira torna-se facilmente compreensível a situação de subalternidade feminina e os problemas enfrentados por conta da condição social da mulher. O processo de empatia que se estabelece muitas vezes é tão forte que não é infrequente as mulheres relatarem que nunca antes haviam abordado, com qualquer outro profissional de saúde, questões de fôro mais íntimo, ou mesmo dúvidas que julgavam descartadas no espaço da assistência à saúde.

Ancorado nos pressupostos descritos, o método percorre as seguintes etapas: capitação da realidade objetiva de vida e saúde da mulher; interpretação desta realidade objetiva à luz dos conhecimentos de ambas, profissional e cliente; projeção conjunta da intervenção; implementação da intervenção projetada e reinterpretação da realidade objetiva de vida e saúde, agora transformada pela intervenção. Longe de serem estanques, estas fases se interpenetram, num processo que não é circular, mas em espiral, onde fases que parecem já anteriormente percorridas, o são em um nível superior, com os participantes redimensionando os avanços e os retrocessos, recolocando o horizonte a ser alcançado (EGRY et al., 1990).

Cabe ressaltar ainda, que o desenvolvimento da assistência pautada no método acima descrito permite uma ação educativa no bojo dos procedimentos técnicos, pautada no resgate do conhecimento da cliente e no diálogo. Essa postura dialógica permite desmistificar o papel profissional, que muitas vezes é visto como "dono do saber", impedindo com isso uma aproximação verdadeira. Sem o enfrentamento dessa barreira torna-se praticamente inatingível trazer à tona as questões específicas das mulheres atendidas, para que a atenção possa extrapolar o tratamento tradicional de "biologizar" as queixas apresentadas, imputando-lhe um medicamento que, muitas vezes, passa a ser um problema a mais a ser enfrentado pela cliente ao deixar a Unidade Básica de Saúde (UBS).

Após estas considerações que reputamos imprescindíveis para a compreensão da nossa experiência, passamos a historiar-la, relatando a forma como foi vivenciada e pontuando as dificuldades e as facilidades enfrentadas, bem como os resultados obtidos.

Iniciamos o nosso trabalho no PAM Elísio Teixeira Leite há três anos, concomitantemente ao início do Projeto de IDA, executando, com os alunos na disciplina Enfermagem Preventiva e Comunitária do 7º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, exatamente as mesmas atividades assistenciais da unidade. Ainda que com qualidade diferenciada das executadas pelos ocupacionais de enfermagem (UNIVERSIDADE, 1991). À época, a única enfermeira do PAM não desenvolvia, sistematicamente, atividades desta natureza. Na área de saúde da mulher, o trabalho da enfermagem resumia-se à pré-consulta médica, feita por atendentes ou auxiliares de enfermagem.

A nossa "entrada" na área de Saúde da Mulher, executando a consulta da enfermagem para prevenção do câncer ginecológico, atividade esta até então não desenvolvida na SMS (até onde é do nosso conhecimento), deveu-se a fatores contextuais que facilitaram ao processo.

O primeiro deles referia-se à incompatibilidade entre a demanda para consultas médicas na área e o número de médicos gineco-obstetras existentes. Apesar da programação local prever a execução de consultas médicas durante os três períodos de funcionamento da unidade havia, na época, apenas uma médica desta especialidade que atendia no terceiro turno (das 16 às 20 horas). Isto significa que das 48 mulheres que poderiam ser agendadas por dia, eram atendidas apenas 16. Ao lado disto, dado que a unidade está localizada em uma região de alta densidade populacional e escassez de recursos de saúde, há sempre uma alta demanda para todos os serviços oferecidos, incluindo-se os relativos à saúde da mulher. Além disso, esta época coincidiu com a existência de um forte apelo dos órgãos governamentais de saúde, através dos meios de comunicação de massa, para que as mulheres se submetessem ao exame para prevenção do câncer ginecológico, contribuindo isto também para aumentar a demanda.

Na unidade, a falta de médico nos dois períodos diurnos levava à ociosidade na ocupação do espaço físico (consultório de gineco-obstetricia), durante todo o período em que as docentes e as alunas da EE permaneciam em estágio sendo, portanto, potencialmente utilizável.

Há que se salientar que o programa da disciplina incluía e valorizava, como até hoje, o desenvolvimento de experiências na área de saúde da mulher através de várias modalidades de assistência de enfermagem, dentre elas a consulta de enfermagem para prevenção do câncer ginecológico. Sabíamos, a priori, que no contexto de SMS isto dificilmente seria realizado, por não ser uma atividade rotineiramente executada e principalmente, pela prevenção do câncer ginecológico, historicamente, ser feita pelo profissional médico, naquela instituição.

Isto fazia com que se de um lado houvesse condições materiais concretas que possibilitavam a realização da atividade, de outro, existissem impedimentos também concretos e altamente relevantes. Sabemos que o trabalho isolado dos diferentes profissionais da área da saúde pode levar a incompreensões que geram uma luta interna pela "garantia do espaço" específico de cada um, por sentirem-se ameaçados de redução do seu espaço ante à ampliação do fazer do outro. Neste sentido, somente a prática multiprofissional pode desvelar estas incompreensões e garantir o entendimento de que não é preciso haver competição mas sim, complementaridade na atuação dos diversos profissionais.

Felizmente, no nosso caso, esta não era a postura nem o entendimento da chefia da unidade e nem da médica que atuava na área. Isto fez com que a proposta da execução de consulta de enfermagem para prevenção do câncer ginecológico fosse muito bem recebida por ambas e até elogiadas, visto ser, em certa medida, a possibilidade concreta de ampliação de cobertura do Papanicolaou.

Para não onerar a unidade, a atividade foi executada inicialmente somente por docentes e alunos da EE, durante o período de estágio dos alunos. A vinda de uma segunda enfermeira para o PAM que, coincidentemente, tinha uma grande experiência na área, predisposição favorável para um trabalho

conjunto desta natureza, valorizando a assunção de atividades assistenciais pela enfermeira facilitou ainda mais o processo.

O trabalho foi então organizado da seguinte maneira: havia consultas de enfermagem, diariamente de segunda a quinta-feira, pela manhã e à tarde realizada por alunos e docentes da EE, durante o período de estágio; às sextas-feiras eram realizadas pela enfermeira em um único período (manhã), em virtude do seu horário de trabalho. Durante os meses em que não haviam alunos estagiando na unidade, a atividade era reduzida, porém não suspensa: os docentes responsabilizavam-se pelo atendimento em alguns períodos semanais e a enfermeira em outros, na medida da sua disponibilidade.

Para não correr sequer o risco de interrupções em situações imprevisíveis de impossibilidade do comparecimento das docentes ou da enfermeira, foram treinadas duas auxiliares da enfermagem que garantiriam minimamente a coleta de material para Papanicolaou e o exame das mamas com orientação para o auto-exame. A atuação destas ocupacionais restringia-se a estes procedimentos e não a realização da consulta de enfermagem em todas as suas etapas por não terem competência técnica nem legal para isto. Estas questões foram amplamente debatidas durante o treinamento para reduzir a possibilidade de constrangimento entre as profissionais e as ocupacionais. Para melhor informação da clientela, quando ocorria a necessidade de substituição da atividade, era explicado às mulheres a situação e os motivos que levavam a isto.

A médica, por sua vez, continuou atuando como anteriormente, inclusive fazendo durante a consulta médica a coleta de material para Papanicolaou. O que houve foi um entendimento entre ela e as enfermeiras para atender os casos em que fossem detectadas alterações que necessitavam de atenção médica mais imediata, que não pudessem aguardar a consulta de retorno para receber o resultado do exame citológico que, conforme combinado, seria responsabilidade médica, naquele momento.

A idéia era que, no futuro, as enfermeiras atendessem os retornos das clientes que não apresentassem alterações nos resultados dos exames, portanto, que não exigissem intervenção médica específica. Isto, no entanto, não chegou a ser implementado por termos interrompido o trabalho, por motivos que exporemos a diante.

Dado que a consulta de enfermagem não se resumia às ações específicas de prevenção do câncer ginecológico, a situação do processo saúde-doença detectada era abordada de acordo com as especificidades de cada mulher, encaminhando inclusive para o atendimento por outros profissionais, quando necessário, ou agendando retornos para outras consultas de enfermagem, visitas domiciliares, vacinação, etc. de acordo com a intervenção projetada para cada cliente.

Apesar de tudo isto, a experiência não se estendeu durante tempo suficiente para possibilitar os ajustes necessários à sua implantação efetiva na programação da unidade.

A AVALIAÇÃO DO TRABALHO

A primeira dificuldade que surgiu foi a remoção da enfermeira que trabalhava conosco. Na medida em que o trabalho conjunto, por parte da unidade, foi assumido por uma pessoa e não pela unidade como um todo, esta saída significou a interrupção da participação do campo. Depois de muita reflexão entre as docentes e a chefia da unidade, chegamos à conclusão que continuá-la somente através da participação dos alunos e docentes da EE, implicava em desconsiderar os pressupostos do PIDA de responsabilidade compartilhada e construção conjunta do conhecimento.

Mesmo assim, continuamos, alunos e docentes, a implementá-la durante algum tempo, enquanto era deflagrado um processo de reflexão junto às instâncias de coordenação das atividades na área de saúde da mulher, no nível da ARS.

Apesar do pouco tempo de implantação da experiência, o nível regional naquele momento havia sido envolvido, também porque ao ser divulgada a experiência, passou a ser estudada a viabilidade dela ser implantada em outras unidades da região. No entanto, em algumas delas a reação médica foi extremamente contrária, o suficiente para que, antes mesmo de deflagrado, o processo fosse abortado. Diante desta circunstâncias e antes do fracasso total e irremediável, a consulta de enfermagem para prevenção do câncer ginecológico no PAM Elísio Teixeira Leite foi suspensa temporariamente, a partir de maio de 1991.

Ocorre que no final do ano de 1990, tinha se iniciado em toda a ARS, com a participação do PIDA, um programa de "Revisão do Modelo Assistencial através do planejamento participativo na área de Saúde da Mulher". Depois de quase um ano de discussão conjunta, profissionais, ocupacionais, docentes da EEUSP e representantes da comunidade chegaram à elaboração de propostas visando transformar a qualidade da assistência prestada pelas UBSs, não apenas na área considerada, mas como um todo, dado que "o processo participativo propiciou uma efetiva oportunidade para repensar a problemática da assistência de uma forma geral, bem como para apontar e encontrar, coletivamente, alternativas para implementação de um modelo assistencial, assumido pelo conjunto dos trabalhadores da Região e mais aderente às reais necessidades de saúde da população" (EGRY et al., 1991).

Durante este processo, no PAM Elísio Teixeira Leite e alguns outros, reacendeu-se a discussão em torno do trabalho da enfermeira na prevenção do câncer ginecológico. Ao mesmo tempo, a mesma discussão ocorria na SMS, no nível central, motivada por experiências isoladas que já ocorriam em outras regiões.

A partir daí, no nível da ARS, resolvemos capacitar as enfermeiras dos PAMs e do Ambulatório do Hospital José Soares Hungria para implementar a consulta de enfermagem para prevenção do câncer ginecológico, através de um curso ministrado pelo NACE:IDASC, nos primeiros meses do ano seguinte e cujo conteúdo será relatado em uma próxima publicação. Além da capacitação técnica para a coleta de material para exame citológico e exame das

mamas, este curso buscou garantir às enfermeiras a capitação gerencial para organizar e implantar o serviço, com a participação dos profissionais médico envolvidos, dos ocupacionais de enfermagem, dos docentes e discentes da EE. Essa atividade, ao invés de ser encarada como uma ação médica delegada por características de simplicidade técnica, é vista por nós como de grande complexibilidade pela abrangência com que se constitui.

Reputamo-lhe esse caráter, pois, apesar de relativamente simples, a técnica coleta de material para o diagnóstico precoce das lesões precursoras do câncer cérvico-uterino, este agravo continua sendo significativo em termos de morbi-mortalidade na população feminina. É alto o índice de abandono do tratamento da doença já diagnosticada, o que nos fez propor uma conjugação dos aspectos educativos e técnico. Acreditamos que desta forma e somente assim estaremos possibilitando a transformação efetiva da assistência da mulher.

Finalmente, gostaríamos de nos referir, ainda que rapidamente, à maneira como a clientela reagiu a esta modalidade de assistência que lhe era desconhecida. Vale ressaltar que a funcionária responsável pelo agendamento foi orientada a falar para as clientes que a consulta seria de enfermagem e não médica, realizada portanto por enfermeiras, garantindo no entanto uma qualidade compatível com as suas necessidades de saúde. Por ocasião do agendamento, a cliente podia optar por ser atendida pela enfermeira ou pela médica, assim que possível.

Temos certeza que naquele momento, por desconhecer o nosso trabalho, a maioria delas optava pela consulta de enfermagem movida apenas pela disponibilidade de horário. A despeito do agendamento, o absenteísmo no início era grande, assim como a insegurança demonstrada pelas mulheres nos momentos iniciais da consulta.

Durante a mesma, passada a etapa das apresentações e iniciando o diálogo para a captação da realidade objetiva de vida e saúde da cliente, o restante da consulta corria tranqüilamente, num clima de confiança e bem-estar, trazendo às pessoas envolvidas, em geral, muita satisfação pelos resultados obtidos. Nem mesmo o fato de na maioria das vezes haver a presença de outras pessoas na sala (em geral, alunos de enfermagem) fazia com que a confiança da mulher no nosso trabalho diminuísse.

De uma maneira geral, no final do atendimento, elas agradeciam a maneira como haviam sido tratadas e avaliavam a consulta como sendo de ótima qualidade. Algumas chegavam a relatar o temor inicial de serem atendidas por profissional não médico e que acreditavam não ter competência para executar esta modalidade de atendimento. Confessavam-se, no entanto, surpresas ao final, dada a qualidade do trabalho executado. Não foram raros os casos de mulheres atendidas por nós que traziam ou encaminhavam amigas ou parentes para serem consultadas. À medida que o trabalho se firmava e a nossa competência era reconhecida pela clientela, o absenteísmo diminuiu e a demanda aumentou.

Outro importante facilitador para a nossa aceitação pela clientela foi o fato de termos atendido várias funcionárias do PAM. Por residirem na mesma

área geográfica da clientela e inclusive manterem com ela relações de amizade ou parentesco, o relato favorável daquelas trabalhadoras sobre a experiência vivenciada conosco foi um importante meio de difusão da nossa atuação.

Tudo isto nos trouxe realização pessoal e profissional altamente relevante, além da certeza de que um trabalho participativo, que compreenda e valorize a inserção social da mulher como determinante da suas condições de vida e saúde e passe a assisti-la de acordo com esta situação e não somente de acordo com o funcionamento do seu aparelho reprodutor, efetivamente pode levar à transformação do seu perfil de saúde-doença e da sua qualidade de vida.

FONSECA, R.M.G.S. da et al. Nurse's praxis in the prevention of the gynecological cancer in a context of school service integration. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.28, n.3, p.321-31, dec. 1994.

This case report describes an experience of nursing consultation in women's health aiming the prevention of the gynecological cancer. It took place in a context of school-service integration and it was developed by nursing teachers of the School of Nursing of São Paulo University, together with the nursing professionals of Public Health Care Service of the Regional Health Administration of Pirituba-Perus, São Paulo, Municipality.

UNITERMS: Nursing consultation, Woman's health, Colective health nursing.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

EGRY, E.Y. A sistematização da assistência de enfermagem em saúde coletiva orientada pelo materialismo histórico e dialético: em busca do horizonte da unicidade entre o saber e o fazer. In: SEMANA WANDA DE AGUIAR HORTA, 3ª, São Paulo, 1989. **Anais**. São Paulo, Escola de Enfermagem da USP, 1990. p.37-49

EGRY, E.Y. et al. Método de assistência de enfermagem em saúde coletiva orientado pelo materialismo histórico e dialético: o entendimento do processo para a aplicação do instrumento. /Apresentado ao 42º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Natal, 1990/

_____. Revisão do modelo assistencial através de metodologia participativa - Área I - saúde da mulher: relatório. São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, 1992./mimeografado/

FONSECA, R.M.G.S. da **Mulher, reprodução biológica e classe social: a compreensão do nexos coesivo através do estudo dialético do perfil reprodutivo biológico de mulheres atendidas nas unidades básicas de saúde**. São Paulo, 1990. 336p. Tese(Doutorado) -Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

QUEIROZ, V.M. de; EGRY, E.Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva fundamentadas no materialismo histórico e dialético. **Rev.Bras.Enf.**, v.41, n.1, p.26-33, 1988.

SÃO PAULO (Cidade) Prefeitura Municipal. Extrato de Termo de Aditamento a Convênio firmado entre a Prefeitura do Município de São Paulo através de sua Secretaria de Saúde e a Universidade de São Paulo, com a intervenção da Escola de Enfermagem. **Diário Oficial do Município**, São Paulo, 10 de out. 1990. Seção 1, p.20

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem. **Projeto de Integração Docente Assistencial Escola de Enfermagem da USP/Prefeitura do Município de São Paulo**. São Paulo, 1990.(a)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Termo de Aditamento ao Convênio firmado entre o Município de São Paulo e a Universidade de São Paulo através da Escola de Enfermagem - EE visando a instituição de cooperação técnica na área de Saúde Coletiva**. São Paulo, 1990. (b)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. **Programa da Disciplina Enfermagem Preventiva e Comunitária**. São Paulo, 1991.