



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva - ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Ana María Rico

***“Tem mulher, tem preventivo”:*
gênero, sexualidade e moralidade nos discursos
e práticas preventivas do câncer do colo do útero
entre mulheres de bairros populares de Salvador**

**Salvador
2012**

Ana María Rico

“Tem mulher, tem preventivo”:
gênero, sexualidade e moralidade nos discursos
e práticas preventivas do câncer do colo do útero
entre mulheres de bairros populares de Salvador

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Comunitária.

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde
Orientador: Prof. Dr. Jorge Alberto Bernstein Iriart

Salvador
2012

Ficha Catalográfica
Elaboração - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

R541t Rico, Ana María.

“Tem mulher, tem preventivo”: gênero, sexualidade e moralidade nos discursos e práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de bairros populares de Salvador / Ana María Rico.-- Salvador: A.M. Rico, 2012.

34f.

Orientador: Prof^o. Dr^o. Jorge Alberto Bernstein Iriart.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva.
Universidade Federal da Bahia.

1. Câncer do Colo do Útero - Prevenção. 2. Gênero. 3. Sexualidade.
I. Título.

CDU 616



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

ANA MARÍA RICO

“Tem mulher, tem preventivo”: gênero, sexualidade e moralidade nos discursos e práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de bairros populares de Salvador

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 05 de Abril de 2012

Banca Examinadora:

Prof.º Jorge Alberto Bernstein Iriart – ISC/UFBA

Prof.º Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos – ISC/UFBA

Prof.ª Daniela Riva Knauth - UFRGS

**Salvador
2012**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que me acompanharam e contribuíram para a realização deste trabalho:

Ao Professor Dr. Jorge Iriart, pelo acolhimento e pela orientação, desejando que o resultado esteja à altura do esperado.

A Edileuza, do MUSA, pelo carinho e pelo cuidado de sempre.

À Prof^a. Dra. Estela Aquino, por me alentar no estudo de um tema caro para ela e pelos aportes realizados no exame de qualificação, todos eles confirmados ao longo da pesquisa.

Ao Prof. Dr. Marcelo Castellanos, pelas pertinentes contribuições feitas no exame de qualificação, as que foram importantes subsídios para o meu trabalho. Muito obrigada pela disposição e por outros auxílios prestados, igualmente importantes.

À Prof^a. Dra. Daniela Knauth, pela disposição para participar da banca de defesa, e pelas alternativas propostas para superar as dificuldades que se apresentaram.

Às instituições do Distrito Sanitário da Liberdade que me permitiram realizar o meu trabalho de campo, esperando retribuir a sua generosidade e interesse.

Às mulheres que aceitaram participar do estudo, obrigada pela confiança, a hospitalidade e a inestimável contribuição ao meu trabalho.

Aos colegas de estudo e atividades saudáveis, pelas conversas e os momentos compartilhados: Maria Clara, as Moniques, Carla, Paloma, Marieta, Patrícia, Sandra, José e Gustavo.

Aos “gringuitos”, pelo acolhimento e pela amizade de sempre. Yeimi, Davide, Elsa, Sonia, Matilde, muito obrigada. A Leo, Gisel, Juana y Vera, gracias por los momentos argentinos compartidos por estos lares.

A Lili y Pau, por nuestra primera incursión na Bahia y por el envión. A Lili, Estevão, Rafaela, Leandro, Esteban e Lorena, pelo carinho e o apoio que me deram, muito antes de eu chegar aqui.

A mis amigos y amigas de allá, gracias por acompañarme siempre. Ustedes saben cómo los quiero y el orgullo que me dan. A vos, Meli, por tanto.

A las chicas del PPCC, por la incursión en um tema que me apasionó y el aprendizaje adrenalínico.

A Paulo, pela ajuda inestimável com o baianês, muito obrigada.

À minha família baiana: Tereza, Sérgio, Thomas e Gabriel, que me presentearam com tantas outras amizades. Obrigada pelo carinho e pela enorme generosidade.

A mi familia argentina que, desperdigada por el mundo, está siempre conmigo. A ustedes les debo lo que soy, lo que consigo y lo que sueño. Olga y Angel (mamá y papá), Ale (mi mejor hermana), abuelos y todos, gracias. Los quiero mucho.

A esta terra que me conquistou y a la tierra de donde vengo y que tanto me enorgullece.

A mis dos casas, familias y grupos de amigos, que me hacen rica.

A todos, um grande abraço y gracias... totales!

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	METODOLOGIA	11
3	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	14
4	RESULTADOS	15
4.1	“Tem mulher, tem preventivo”: Papanicolaou e feminilidade	15
4.2	De sujeiras e faxinas: CCU e corpo feminino	17
4.3	Práticas preventivas e organização dos serviços	19
4.4	Medos e pudores na relação médico-paciente	21
4.5	Papanicolaou e gênero: cuidado de si ou cuidado dos outros?	24
4.6	De parceiros e infidelidade: sexualidade e moral	26
4.7	Mulheres em risco, mulheres de risco: o discurso moral da prevenção	27
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
	REFERÊNCIAS	33
	APÊNDICES	
	Apêndice A – Tabela resumo das entrevistadas	39
	Apêndice B – Projeto de Dissertação apresentado à Banca Examinadora para Qualificação	40
	Apêndice C – Termo de Consentimento Informado	114
	Apêndice D – Roteiro de Entrevista	116

RESUMO

Rico, A.M. ***“Tem mulher, tem preventivo”***: gênero, sexualidade e moralidade nos discursos e práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de bairros populares de Salvador. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

O objetivo deste trabalho foi compreender os significados e as práticas associados ao câncer cervical e ao Papanicolaou entre mulheres de bairros populares de Salvador, Bahia. Trata-se de um estudo qualitativo baseado na análise de conteúdo de entrevistas semi-estruturadas com 15 mulheres entre 24 e 68 anos. Os resultados mostram que a citologia é altamente valorizada por sua associação com o cuidado da saúde sexual em geral sem, no entanto, se sustentar no conhecimento sobre as suas funções nem sobre o CCU. Os significados e práticas das mulheres não apenas remetem à acessibilidade e à organização dos serviços como fonte dos obstáculos e facilitadores para a prevenção da doença, mas estão especialmente permeados por discursos de caráter moral relativos ao gênero e à sexualidade, no contexto geral da medicalização do corpo feminino.

Palavras-chave: Câncer do colo do útero - prevenção - gênero - sexualidade - moralidade

ABSTRACT

Rico, A.M. ***“There’s woman, there’s Pap smear”***: gender, sexuality and morality in discourses and preventive practices concerning cervical cancer among women from popular neighborhoods in Salvador, Bahia. 2012. Dissertation (Master of Community Health). Institute of Collective Health, Federal University of Bahia, Salvador, 2012.

This study aimed to understand the meanings and practices associated with cervical cancer and Pap smears among women from popular neighborhoods in Salvador, Bahia. This is a qualitative study based on content analysis of semi-structured interviews with 15 women between 24 and 68 years old. The results show that cytology is highly valued by women due to its association with sexual health care in general, without, however, arising from knowledge about their function or about cervical cancer. The meanings and practices of women not only refer to accessibility and organization of services as sources of barriers and facilitators for the prevention of disease, but are especially influenced by moral discourses relating to gender and sexuality in the general context of the medicalization of the female body.

Key-words: Cervical cancer - prevention - gender - sexuality – morality

1 INTRODUÇÃO

Apesar de se tratar de uma doença evitável e tratável, o câncer do colo do útero (CCU) ainda é um importante problema de saúde pública. Trata-se do terceiro tumor mais freqüente entre as mulheres no mundo, ocorrendo mais de 85% dos casos em países em desenvolvimento^{1,2}.

No Brasil, é o segundo tumor mais diagnosticado em mulheres, depois do de mama³, com 17.540 casos novos esperados para 2012 e um risco estimado de 17 casos a cada 100.000 mulheres⁴. Diferenças na carga da doença verificam-se no interior do país. Em 2009, as taxas de mortalidade específicas ajustadas pela população mundial variaram entre 1 e 15 óbitos por cada 100.000 mulheres⁵. O CCU reflete a iniquidade em saúde: atingindo as regiões menos desenvolvidas ou mais desiguais, afeta as mulheres de menor nível sócio-econômico e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde⁶, traçando perfis de morbimortalidade evitáveis e injustos. Aliás, por suas conseqüências nas mulheres e suas famílias, é um fator gerador de pobreza⁷. A sua incidência no Brasil evidencia-se a partir dos 20 a 29 anos e o maior risco encontra-se na faixa etária de 45 a 49 anos. A mortalidade resulta mais significativa à medida que aumenta a idade⁸ devido ao prolongado período que compreende a infecção pelo HPV por via sexual, o adoecimento e a morte por CCU. Por sua magnitude, ele constitui o foco das políticas públicas de controle do câncer, sendo o único tumor incluído no Pacto pela Vida, junto com o de mama⁹.

Com exceção do câncer de pele, é o tumor com maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente. Uma redução de 80% da mortalidade pode ser alcançada através do rastreamento para a detecção da doença entre mulheres assintomáticas na faixa etária de 25 a 65 anos mediante o exame de Papanicolaou ou citologia, e o tratamento das lesões com potencial de malignidade ou carcinoma *in situ*. No Brasil, essa estratégia é recomendada pelo Ministério da Saúde para mulheres entre 25 e 59 anos¹⁰. Avaliações recentes¹¹ destacam importantes melhoras na cobertura: em 2008, 84% das mulheres dessa faixa etária relatou ter feito pelo menos um Papanicolaou nos três anos anteriores. Porém, o acesso continua sendo problemático nas áreas mais pobres, existindo taxas de mortalidade ascendentes em zonas rurais do Norte e Nordeste que contrastam com a tendência nacional decrescente, sugerindo a necessidade de definir estratégias orientadas aos grupos mais vulneráveis.

Apesar do controle do câncer ser uma realidade possível, ele ainda não está incorporado ao repertório cultural da sociedade¹². Estudos realizados em países em desenvolvimento apontam fatores que interferem na adoção de práticas preventivas por parte daquelas, como: seus conhecimentos e representações sobre a doença e o Papanicolaou; a acessibilidade aos serviços de saúde; as experiências e a qualidade do atendimento; as práticas de cuidado da saúde sexual; as atitudes dos parceiros, o medo da dor e os pudores relacionados à exposição do corpo, dentre outros^{13,14,15,16,17}. Além da dimensão técnica do problema, as políticas preventivas devem contemplar sua dimensão simbólica, considerando a interação entre a informação fornecida, as ações dos serviços e as concepções e práticas da população.

A prevenção do CCU também requer problematizar a interação entre gênero e cuidado da saúde, através da abordagem crítica do processo de medicalização do corpo feminino que, apesar da promessa de autonomia e de controle sobre o próprio corpo, tende a propiciar a passividade e a dependência das mulheres ao poder médico. A “natureza de gênero” da promoção da saúde¹⁸ também contribui para aumentar a vigilância de si, voltada ao controle da saúde sexual e reprodutiva femininas. Estando as práticas preventivas fortemente associadas à sexualidade e às concepções vigentes de gênero, elas também assumem conotações morais.

Este estudo teve por objetivo compreender os significados e as práticas associados ao CCU e ao Papanicolaou por mulheres de bairros populares de Salvador, Bahia. Este artigo pretende mostrar que esses significados e práticas estão especialmente permeados por discursos de caráter moral relativos ao gênero e à sexualidade, no contexto geral da medicalização do corpo feminino.

2 METODOLOGIA

Adotou-se uma perspectiva qualitativa, visando conhecer em profundidade as significações e práticas das mulheres estudadas em relação à doença. Para tal, utilizou-se a entrevista como técnica principal de produção de dados, em sua variante semi-estruturada, complementada pelo registro das entrevistas informais e observações em diário de campo. Foi elaborado um roteiro de entrevista que abordou questões como: cuidado de si e da família; cuidados da saúde sexual; significados do CCU e do Papanicolaou; práticas de cuidado e relações de gênero. O roteiro foi utilizado como um

guia procurando-se, no entanto, favorecer que as mulheres falassem o mais livremente possível sobre os temas da pesquisa não excluindo a possibilidade de que novas dimensões de interesse emergissem durante as interações.

O estudo foi realizado em bairros populares da cidade de Salvador que pertencem ao Distrito Sanitário da Liberdade (DSL). Este tem uma população predominantemente negra e de baixa renda, estimada em 168.800 habitantes para 2009, sendo 54.700 as mulheres de 25 anos e mais¹⁹. O distrito possui grande quantidade de unidades assistenciais, compreendendo: hospitais estaduais e federais, um Centro de Apoio Psicossocial, duas Unidades de Emergência, uma Unidade de Atendimento Odontológico, duas Unidades de Saúde da Família e três Unidades Básicas de Saúde. Estas últimas contam com cinco equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e seis equipes do Programa Saúde da Família.

Participaram da pesquisa 15 mulheres residentes na área do DSL, com idades entre 24 e 68 anos. Esta faixa etária visou incluir as mulheres com maior risco de desenvolver a doença e contemplar o grupo etário definido como alvo pelo Programa Nacional de Controle do CCU. Ademais, buscou-se abordar as dimensões de interesse segundo gerações, presumindo a existência de formas diferentes de se relacionar com a sexualidade e com os serviços de saúde em função dessa distinção. Para a definição do número de mulheres entrevistadas foi utilizado o critério de saturação da informação, sustentado no pressuposto de que em um meio social específico existe um número limitado de pontos de vista sobre determinado tema²⁰. Por tal motivo realizou-se um número de entrevistas suficiente para verificar a reincidência e complementaridade das informações.

As entrevistas foram realizadas entre agosto e dezembro de 2011. No intuito de promover a maior intimidade possível, todos os encontros ocorreram nos domicílios das mulheres a exceção de um, realizado em uma instituição de assistência social do bairro. As entrevistas, com duração média de uma hora, foram gravadas e posteriormente transcritas.

As cinco primeiras entrevistadas foram contatadas através de agentes comunitárias de saúde de uma Unidade de Saúde da Família do DSL. Considerando, no entanto, que a falta de acesso aos serviços de saúde é tida como co-fator de risco para o desenvolvimento da doença, procurou-se contatar informantes que não tivessem vínculos diretos com aqueles serviços, na presunção de que elas formariam parte de

grupos mais vulneráveis. Assim, seis mulheres foram localizadas através de uma instituição de assistência social e as restantes contataram-se através de uma associação de moradores local.

Na seleção das informantes, buscando a diversidade que confere particular riqueza a este tipo de abordagem, tentou-se contemplar a máxima heterogeneidade possível segundo categorias de interesse, como: situação conjugal; idade; nível de ingressos do lar; religião e nível de instrução. Procurou-se encontrar mulheres com experiências diferentes em relação ao Papanicolaou, como o tempo transcorrido desde o último exame realizado. Esperava-se identificar mulheres que nunca o tivessem realizado, e que pertenceriam a um grupo mais vulnerável à enfermidade. Porém, apesar das diversas estratégias de identificação das mulheres para a participação na pesquisa, todas as mulheres contatadas declararam ter realizado o exame pelo menos uma vez na vida. As entrevistas ocorreram em dias úteis, de forma que não foram contatadas informantes com empregos cuja jornada de trabalho impedisse encontrá-las em casa em horário comercial.

Caracterização das informantes

As mulheres entrevistadas se distribuem em três faixas etárias: sendo quatro entre 24 e 35 anos; sete, entre 36 e 55 anos, e as quatro restantes, entre 56 e 68 anos. No que diz respeito ao nível de instrução, seis alcançaram o fundamental, cinco têm nível médio e as outras quatro chegaram ao superior. Com relação à situação conjugal, oito têm marido ou parceiro (seis moram com eles e duas moram em casas separadas). As restantes não têm parceiro, sendo três solteiras, três separadas e uma viúva. A composição do lar é variada: uma entrevistada mora sozinha e nove moram com apenas uma ou duas pessoas, sendo que outras cinco moram em lares de até sete integrantes.

No que tange aos ingressos familiares, duas mulheres declararam não ter renda fixa, três moram em lares com rendimentos de até um salário mínimo, seis têm ingressos totais que chegam aos dois salários mínimos e as quatro restantes declararam ingressos familiares de até três salários mínimos. Três participantes recebem o subsídio do Programa Bolsa Família e outras três estão aposentadas. Ademais, seis delas contribuem com a maior parte dos ingressos familiares. As atividades econômicas desenvolvidas são de tipo informal – a exceção de uma entrevistada que trabalha na área da saúde. Duas são atendentes de bares, duas trabalham como empregadas domésticas e

outras duas fornecem serviços cosméticos. Duas aposentadas provedoras do lar complementam sua renda vendendo alimentos elaborados por elas. Por fim, a entrevistada mais nova está procurando emprego e as cinco restantes são donas de casa.

Análise dos dados

Para a análise dos dados produzidos adotou-se a técnica de análise de conteúdo, visando detectar unidades de sentido que permitissem identificar padrões compartilhados e diferenças significativas. Procurou-se transcender a busca do significado do material bruto fornecido pelas transcrições, visando compreender significados de natureza sociológica e cultural²¹.

A análise partiu da leitura reiterada das transcrições das entrevistas. Alternando leitura flutuante e focalizada buscaram-se padrões reiterados e contradições, à luz do marco teórico e das presunções subjacentes à pesquisa. Como base para orientar a análise elaborou-se uma matriz de dados a partir das dimensões de interesse²⁰. O programa informático de processamento de dados não estruturados QRS NVivo® versão 2.0.161 foi utilizado para organizar o material.

A técnica escolhida permitiu reduzir a complexidade dos textos iniciais mediante operações de classificação sistemática e codificação, transformando-os em novas informações²². A descrição dos achados iniciais e as inferências realizadas visaram produzir uma interpretação final fundamentada nos dados coletados em diálogo com a perspectiva teórica e os objetivos da pesquisa, atendendo ao contexto sociocultural em que estão inseridos os sujeitos²³.

3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ISC-UFBA (Nº 021-11 CEP/ISC), pela Secretaria Municipal da Saúde e pelo Distrito Sanitário da Liberdade. A investigação foi realizada atendendo às normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos. Os nomes das participantes são fictícios visando garantir seu anonimato.

4 RESULTADOS

4.1 “Tem mulher, tem preventivo”: Papanicolaou e feminilidade

Grande parte da literatura sobre as barreiras para o rastreamento do CCU privilegia a relação entre informação sobre o Papanicolaou e sua realização^{17,24,25,26}. Outras pesquisas, apesar de relativizarem essa associação mostrando que a ciência sobre o exame não implica a realização automática deste^{6,14,27,28} continuam, porém, conferindo-lhe centralidade. Neste estudo a relação revelou-se não linear, já que a valorização do Papanicolaou e a sua prática não parecem derivar necessariamente dessa informação, mas de critérios de outra índole.

Segundo as entrevistadas o Papanicolaou teria diversas funções e graus de especificidade. Para algumas, ele permite conferir o estado de saúde das “partes femininas”, prevenir ou detectar DST’s e outros problemas em diferentes partes do aparato reprodutor feminino:

“Por exemplo, se você tiver com início de *qualquer... doença ou qualquer coisa*, o preventivo ele lhe acusa. Se você tiver... como é que diz, um *tumor*, você pode vê se ele é benigno, se é maligno... Se você tiver... *outro tipo de doença no seu útero ou... ou na sua... sua vagina*, entendeu? Explica.”
(Patrícia, 60 anos)

Para algumas informantes o exame permite prevenir o câncer de útero, enquanto para outras a função deste é detectar infecções, inflamações e outras doenças nesse órgão. A maior parte das mulheres entre 36 e 55 anos referiu que o Papanicolaou tem como função a prevenção do câncer cervical, enquanto entre as participantes de 24-35 anos apenas uma apontou esta função. Por fim, uma participante assinala que algumas mulheres que realizam o exame desconhecem a sua utilidade:

“Têm mulheres que não sabem... `Ah, tá, faço preventivo, mas por que eu faço preventivo? Qual a importância de ficar lá, aquela mulher metendo lá aquele negócio em mim, me futucando?’ E o porquê? `Aí depois ela me dá um papelzinho com uma bola, uma bolinha no meio e um bocado de furinho. Que é aquilo?’” (Janine, 28 anos)

Para várias mulheres, os resultados do Papanicolaou informariam sobre o estado da saúde sexual, conferindo o funcionamento interno do corpo, que seria “visto por dentro”:

“Você não vê. Você tá vendo aqui seu cabelo, seu dedo, mas lá dentro você não tá vendo. Só eles (os médicos) e Deus é que vai dizer como é que tá você.” (Amelia, 68 anos)

“... o preventivo é pra ver o câncer, uma inflamação, um corrimento brabo, né? (...) ... que ela pode estar com outra doença, sem ser um câncer. Parceiro, o homem bota, né?” (Ivonne, 42 anos)

A “metáfora visual” foi salientada por Wood et al.¹³ como característica da função diagnóstica atribuída ao Papanicolaou, sendo aquilo passível de ser visto tanto um sintoma quanto a própria doença.

Além das variadas funções atribuídas ao exame, a sua alta valorização perpassa as falas de todas as entrevistadas, independentemente da sua idade, do seu nível de instrução ou da sua trajetória pessoal em relação a ele:

“... o preventivo sempre foi uma coisa do primeiro... é primeiro mundo, de muitos anos e vai ser sempre. Agora não vai deixar de fazer. E tem que fazer mesmo, né? Não tem como. Enquanto existir mulher, tem preventivo. (...) Tem mulher, tem preventivo.” (Ivonne, 42 anos)

O Papanicolaou é uma prática associada com o desenvolvimento feminino, como ilustra nossa entrevistada mais nova. Rita já o tinha realizado antes de iniciar a atividade sexual. Porém, ela faz uma marcada diferença entre aquele e o próximo, vinculando-os com distintas etapas de sua vida. O exame que ela fez quando era “uma menina” ainda virgem era “mais rápido, mais simples”. Entretanto, aquele que realizará em breve, devido ao fato dela ter se tornado “mulher”, “esse já é um completo”. Assim, o primeiro Papanicolaou “normal” representa um momento importante no processo pelo qual “a gente vai entrando no corpo de mulher”.

A compreensão dos significados e práticas das mulheres associados ao exame requer a sua contextualização no processo de medicalização do corpo feminino. Muitas entrevistadas referem, em relação ao cuidado da saúde sexual, usar anticoncepcionais para evitar a gravidez, para controlar a menstruação, e para amenizar cólicas e hemorragias. Elas referem realizar outros exames, além do Papanicolaou, porém desconhecendo a função deles, e várias relataram terem realizado intervenções tais como: ligaduras tubárias, curetagens, raspagens do útero, cauterizações e histerectomias. O Papanicolaou é, assim, um dentre vários procedimentos médicos que fazem parte do que é “ser mulher”.

A junção mulher-preventivo foi analisada por Bush²⁹ no seu estudo do discurso do rastreamento massivo do CCU. A partir da concepção de poder foucaultiana, ela sinaliza que o discurso médico não seria apenas uma forma de controle do corpo feminino, mas também uma base para a construção cultural da feminilidade. Feminilidade que não seria produzida apenas em forma discursiva, mas também a partir

de práticas reiteradas, atendendo ao seu componente performativo. A medicalização é caracterizada na literatura feminista tanto como uma fonte da opressão quanto como uma contribuição para a liberação das mulheres³⁰. Enquanto o rastreamento e outras práticas médicas representam uma possibilidade das mulheres ganharem controle sobre seus corpos, as noções difusas sobre a finalidade do exame e de outras práticas fazem com que o balanço entre a sua autonomia e a de estarem sendo objeto de técnicas de vigilância corporais resulte particularmente delicado.

4.2 De sujeiras e faxinas: CCU e corpo feminino

Apesar de todas as entrevistadas afirmarem que realizam o Papanicolaou, elas parecem ter mais consciência sobre a existência do CCU do que informação biomédica sobre ele, como também encontrado por Calvo³¹. Elas imaginam que se trata de uma doença grave “que come a pessoa por dentro”, refletindo a vigência das representações do câncer em geral^{32,33}. Algumas informantes a associam com caroços ou feridas que, caso não sejam tratados, levariam à enfermidade, sendo a figura da “ferida tratável” a maneira em que as mulheres tornam o conceito abstrato do câncer cervical em uma entidade concreta³⁴.

Algumas participantes relatam que devido à quantidade de casos existentes se trata do “problema mais importante para as mulheres”, associando-o com a promiscuidade e o “mal uso” do corpo, evidenciando um forte atrelamento entre sexualidade, gênero e valores morais.

Em relação às formas em que o corpo é percebido, parte-se da premissa de que, longe de ser uma realidade natural e universal, ele é produto de uma construção sociocultural^{35,36}. Lupton³⁰ afirma que as experiências corporais das mulheres não podem ser separadas dos discursos e das práticas que as constituem, salientando a influência médica. As concepções sobre o corpo feminino, fortemente influenciadas pelo discurso médico articulado ao gênero, privilegiam sua dimensão reprodutiva. Gomes et al.¹², em pesquisa sobre representações do câncer de mama, destacam a função social do corpo da mulher. Também neste caso encontra-se uma associação do útero com a identidade feminina³⁰ e a função materna. Sbroggio et al.³⁷ encontraram essa associação entre mulheres com indicação de histerectomia, e achados similares foram obtidos por Blomberg et al.³⁸: enquanto o útero foi descrito pelas mulheres sem filhos como precioso e inseparável de uma feminilidade ameaçada, aquelas que já eram mães o consideravam desnecessário.

Da mesma forma, nossas duas informantes que realizaram histerectomias relataram que a retirada do útero não teve repercussões negativas em suas vidas devido ao fato de já terem ultrapassado sua fase reprodutiva.

Algumas informantes referem que a doença atinge as “partes da gente”, caracterizadas como “frágeis” e “sensíveis”, coerentemente com a concepção sobre o corpo feminino em geral, cuja vulnerabilidade parece ser constitutiva³⁰. Esta concepção incidiria na distinção efetuada pelas entrevistadas entre as práticas de cuidado de mulheres e homens. Segundo todas elas, as mulheres zelam mais por sua saúde do que os homens, sobretudo através de ações preventivas ligadas à saúde ginecológica, enquanto os homens apenas procurariam atendimento diante de mal-estares inadiáveis:

“Homem tem medo. Mulher tem, mas sabe que tem que ir, vai. Ela tem na consciência que ela tem que ir. Se não for é pior. Se não vai procurar um ginecologista hoje, amanhã vai ta cheia de miome e aí? Depois se ter alguma coisa que provocou uma infertilidade, não vai poder mais parir.” (Janine, 28 anos)

Grande parte das estratégias populacionais de prevenção foca-se no corpo feminino e está especialmente dirigida às mulheres no seu caráter de mães e cuidadoras³⁹. Isso pode ser observado na fala anterior, em que as práticas preventivas são associadas à feminilidade, por sua vez vinculada à capacidade reprodutiva. Neste sentido, Lupton³⁰ destaca o papel da ginecologia na legitimação da concepção de que a sexualidade e a reprodução seriam esferas mais próprias das mulheres do que dos homens.

Com relação à prevenção do CCU, algumas mulheres aludem à necessidade de realizar exames e controles de rotina em geral, e outras mencionam especificamente o Papanicolaou. Outra forma de prevenção referida por algumas entrevistadas permite aprofundar os significados outorgados ao corpo feminino. Associando a doença com a falta de higiene, Eva afirma que “após o ato sexual, é obrigação da mulher fazer o seu asseio, o asseio do seu corpo”. A higiene vaginal como forma de prevenção do CCU foi encontrada por outras pesquisas realizadas em países latino-americanos^{6,31}. Entre as participantes do estudo a utilização de sabonetes íntimos e cremes vaginais sem prescrição médica é uma prática caracterizada como habitual. Coerentemente com esta valorização da higiene íntima, a consulta ginecológica e o Papanicolaou também são significadas nesses termos:

“Preventivo também (...), deu tudo... limpo (...) ... esse último que eu fiz graças a Deus tava tudo limpo, tudo rosa...” (Janine, 28 anos)

“Eu gosto de sempre tar limpa. Médico me acompanhando, me dizendo o que eu tenho, o que eu não tenho... (...) Ói, eu... eu não ando em médico toda hora, toda... Mas quando eu tiro pra ir pro médico, você já viu a faxina que eu faço! (...) Eu gosto, eu gosto de fazer minha faxina geral.” (Ivonne, 42 anos)

4.3 Práticas preventivas e organização dos serviços

A maior parte das informantes afirma que a periodicidade adequada para a realização do Papanicolaou é anual e declara fazê-lo com essa frequência, como parte do “check-up” geral:

“Já fiz, esse ano mesmo já fiz preventivo, fiz mamografia, tá tudo aí. (...) Já fiz ultra-som da mama, e já fiz ultra-som tamém vaginal. Fiz tudo, né? Exame de sangue, fezes, faço tudo. (...)
P: E o preventivo você faz por quê? (...)
Não, porque eu já acostumei. (...) Então todo ano eu procuro fazer. (...) E aí eu... Já fico tranqüila. Porque sei que tá tudo bem. Né?” (Grace, 66 anos)

Outra participante declarou ainda fazê-lo a cada seis meses. Considerando as diretrizes locais do rastreamento do CCU, que sugerem que a citologia seja realizada a cada três anos depois de dois resultados anuais normais¹⁰, as afirmações das entrevistadas remetem-nos novamente à medicalização do corpo feminino. Ademais do custo econômico que essa concepção sobre a frequência do exame implica para as mulheres que recorrem a serviços particulares, ela também propicia a sensação de não estarem cuidando de si de forma adequada quando o tempo considerado correto é superado.

Apesar das mulheres enfatizarem a importância de realizar o exame anualmente, quando perguntada sobre quando havia realizado o Papanicolaou pela última vez, uma entrevistada se deu conta de que já tinham transcorrido seis anos:

“... eu fiz preventivo... Jesus, meu pai. (...) olhe... Gente, eu não vou mentir, não. Eu fiz preventivo quando eu tava grávida do meu filho.
P: Seis anos tem, né? Aaahhh... Tem um tempinho... (rio)
Brincadeira, é... (ri) Mas eu sempre fazia, né? (...) eu ia fazia, o médico me dizia ‘Não tem nada’. (...) O tempo vai passando, você vai... Eu não sinto nada, mesmo. (...) Eu nem nunca fiquei esse tempo todo sem fazer. Essa, isso aí meu agora aí foi um relaxamento. Porque eu... eu nem nunca fiquei... Da data que eu comecei fazer eu todo ano aqui ô, fazendo preventivo. Todo ano fazendo meu preventivo.” (Ivonne, 42 anos)

Pode-se apreciar na fala anterior a tensão existente entre a importância de realizar o exame com a periodicidade considerada certa e a concepção de que apenas seria necessário fazê-lo diante de queixas. Ivonne justifica o tempo transcorrido desde o último Papanicolaou afirmando que ela não percebeu alterações na sua urina, cuja

presença “acusaria” a existência de problemas no colo do útero, associando a saúde com a ausência de queixas. Outra participante relatou que uma mulher conhecida realizou o exame porque tinha sangramentos e acabou recebendo um diagnóstico de câncer.

A não realização do Papanicolaou até a apresentação de sintomas foi encontrada em diversos países em desenvolvimento^{13,31,40,41,42} no Brasil^{26,43,44,45,46}, sobretudo nos setores sócio-econômicos menos favorecidos⁴⁷. Porém, a maior parte das mulheres que participaram neste estudo afirmou realizá-lo independentemente de moléstias, em decorrência da significação do Papanicolaou como uma forma de cuidado da saúde sexual em geral. Algumas informantes com informação biomédica sobre o CCU referiram que os sintomas só são percebidos no estágio avançado, salientando a importância do Papanicolaou para detectá-lo e tratá-lo oportunamente.

Algumas entrevistadas referiram que outras mulheres do bairro não o fazem por dificuldades de acesso aos serviços de saúde. As barreiras de acessibilidade econômica e as associadas à organização dos serviços^{15,16,26,28,43,48} seriam condicionantes que, pelo fato de transcenderem ao controle das mulheres, as “desculpariam” pela não realização do exame.

As entrevistadas que recorrem ao sistema público de saúde explicam com clareza o motivo. Como diz Luísa, de 58 anos, “Quem não tem dinheiro faz pelo SUS”. Elas devem chegar cedo às unidades de saúde e esperar em longas filas para tentar aceder às escassas vagas disponíveis. Algumas mulheres combinam com outras para irem acompanhadas, em decorrência do risco que implica sair sozinhas no bairro pela madrugada. Diante deste problema, o papel dos agentes comunitários de saúde, que facilitam o acesso ao exame agendando-o nas visitas domiciliares, é valorizado por estas entrevistadas.

Porém, no dia marcado são freqüentes as longas esperas e o recebimento do resultado também implica tempos excessivos. Outra consulta deve ser marcada para a leitura do resultado, a que também demora:

“... a gente ficava um bom tempo assim com o resultado, mais de um mês... pra conseguir. (...)... uma vez eu não consegui ginecologista, né? Fiquei um tempão com o exame, quando fui levar o exame ela... disse que já tinha passado do tempo.” (Maria, 43 anos)

Diante das dificuldades na rede pública, algumas mulheres recorrem a clínicas particulares, salientando como vantagens o agendamento telefônico e a rapidez no atendimento. Outras combinam prestações públicas e privadas: depois de realizar o

Papanicolaou em postos de saúde recorrem a médicos particulares ou se têm acompanhamento ginecológico no âmbito público, fazem o exame em clínicas privadas e levam o resultado àquele profissional. Cabe lembrar que os grupos domésticos das entrevistadas têm ingressos mensais inferiores a três salários mínimos e que freqüentemente outras integrantes também realizam o exame, o que permite dimensionar o impacto desta prática na economia familiar das mulheres:

“Todo mundo ou conta com particular, essas clínicas que o preço são mais populares, ou... SUS. Se conseguir marcar pelo SUS, SUS. Só que é assim, difícil. (...) Eu faço um ginecologista, que eu pago, também não tenho plano de saúde. Eu pago particular. (...) ... não é todo mundo que tem como tá pagando 80, 100 reais em uma consulta (...). Você acha... hoje um preventivo de 35, 40 reais. Mais a consulta, porque não adianta fazer só o preventivo, ter o resultado em mão e não saber ler o resultado. (...) Não é... não é muuuuito dinheiro, mas também não é tão pouco. 80 reais vai fazer muita falta. Já são dois bujões de gás... sabe? O problema é esse.” (Janine, 28 anos)

Segundo Mc.Kie⁴⁹, o principal benefício do rastreamento do CCU para as mulheres é a tranquilidade da consciência (“*peace of mind*”). Howson³⁹ sugere que ele pode prover se não de fato, simbolicamente, algum grau de segurança, o que permite compreender não apenas a sua valorização pelas mulheres, mas também por que elas o realizam independentemente de queixas e com uma freqüência superior à recomendada.

4.4 Medos e pudores na relação médico-paciente

A relação médico-paciente, elemento central no que se refere à qualidade dos serviços de saúde em geral⁵⁰, também o é na prevenção do CCU¹⁶. Como se verá, várias dificuldades para a prevenção da doença estão relacionadas com ela.

Os maus tratos dispensados pelos profissionais às mulheres podem desalentá-las de fazerem o exame^{27,28,31,48}. Enquanto as entrevistadas entre 56 e 68 anos e com baixo nível de instrução afirmam não terem queixas, as mais novas e com maior escolaridade têm uma visão negativa do tratamento recebido nos estabelecimentos públicos de saúde. Estas diferenças podem refletir distintos graus de exigência das mulheres como usuárias, já que em contextos de desigualdade é freqüente a avaliação acrítica do atendimento entre usuários de menor escolaridade e renda^{51,52}.

Várias informantes valorizam a possibilidade de contar com médicos de confiança, o que facilitaria a realização do exame. A continuidade do vínculo contribui ao melhor conhecimento do paciente e do seu entorno por parte do médico, refletindo-se

na satisfação do usuário e nos resultados das intervenções⁵⁰. A maioria das participantes que refere compreender o resultado do Papanicolaou tem ginecologista de referência, apreciando os profissionais que lhes falam com clareza:

“Ginecologista eu tenho, que é uma médica que acompanha à família. (...) Eu faço desde quando iniciei minha vida sexual. (...) Ela conversa com você assim como eu estou conversando. (...) ‘Se cuide, porque homem... homem, você sabe como é homem. Homem, qualquer buraco’, ela assim. (...) Eu me identifico muito com ela por isso. Que geralmente médico usa muito termo técnico, não sei o que... Ela não, ela fala no popular.” (Janine, 28 anos)

A provisão de informação relevante culturalmente adequada à população é um grande facilitador³¹ para a prevenção do CCU. Apenas uma das entrevistadas que têm ginecologista de referência é atendida na rede pública, evidenciando que para as mulheres que recorrem ao SUS é difícil contar com esse acompanhamento tão valorizado.

Outro elemento que dificulta a adesão das mulheres ao rastreamento vincula-se ao temor da dor durante o exame^{14,15,27,31,40,45}. Neste estudo esta questão apresentou-se com recorrência, freqüentemente relacionada com o tratamento recebido:

“Porque teve lugar mesmo que eu fiz um preventivo e eu não gostei, não. (...) Eu achei a médica muito braba assim, pra fazer o exame. E eu não quis mais ir não. (...) Que eu achei que ela tava muito mal-humorada. Já chegou atrasada já, toda correno... Aí, ‘Bote a perna pra cima, relaxe’. Como é que cê relaxa, sentino dor? (...) Eu achei que ela foi muito... grosseira, assim, no atendimento. (...) Tanto que eu ia fazer um preventivo, mas depois dessa eu tomei trauma! (...) Eu levei três dias dolorida, com a vagina dolorida. Eu disse, ‘Gente!’” (Eva, 39 anos)

“Não, foi um exame ótimo. Nem parecia que eu tinha feito! (...) Eu gostei, pelo menos quem fez comigo foi muito... ela foi muito delicada, sabe? Não me doeu, não... não senti nada.” (Ivonne, 42 anos)

O sexo do responsável pelo exame pode desencorajar as mulheres de fazê-lo, tornando a falta de profissionais do sexo feminino um obstáculo para a adesão ao rastreamento^{13,15,16,45}. Algumas entrevistadas comentam que mulheres mais velhas ou sem filhos não realizam o Papanicolaou com médicos homens por sentirem vergonha. Duas informantes do interior preferem ser atendidas por mulheres, o que parece ter especial importância no caso das mulheres mais novas:

“A gente que tá começando agora, a gente quase nova, eu penso assim, fazer mais com médica (...). A gente tem mais liberdade pra tá conversando com mulher. (...) Eu acho assim, médico clínico vai olhar outras coisas, acho que outras partes do corpo, essas coisas assim... mas a parte mais íntima da gente acho mais uma mulher...” (Rita, 24 anos)

Apesar de que a maioria das entrevistadas refere não ter problemas em fazer o exame com profissionais homens, chama a atenção como alguns atributos desses médicos são destacados:

“Eu tinha um médico que era um senhor. (...) Ele era bem idoso. Então era um bom médico, eu acostumei com ele. (...) ... quando você vai pra fazê uma vez e vê que é homem você fica meio apreensiva, mas depois... acostuma.” (Maria, 43 anos)

A delicadeza, a maturidade e o profissionalismo pareceriam minimizar as possíveis conotações sexuais das consultas com médicos homens, preocupação que também foi encontrada por McKie⁴⁹.

A exposição de corpo é um importante obstáculo ao rastreamento^{13,14,15,16,27,31}, sendo no Brasil um dos motivos principais para a não realização do Papanicolaou^{26,43,45,46,47,48}. Nesta pesquisa, este fenômeno apresentou-se entre as entrevistadas mais velhas com menor nível de instrução, como Patrícia:

“Porque antes... eu era magra, eu era bonitinha e hoje em dia (...) Eu me sinto... eu tenho vergonha de ir no ginecologista. (...) Porque eu me sinto gorda, me sinto assim, entendeu? (...) Acho que é a vergonha, porque a gente tá acostumada só com o marido da gente, né? (...) Eu tenho que me expor, entendeu? (...) Pode ser um homem ou uma mulher pra tá vendo o que a gente tem, entendeu? Só de a gente ficá nessa posição...” (Patrícia, 60 anos)

As informantes mais novas com maior nível de instrução, as que têm ginecologistas de confiança ou as que já são mães referem não ter essa dificuldade, mas afirmam que ela pode ser um empecilho para outras mulheres. Porém, elas salientam que mulheres cientes e maduras devem superá-la por, haja vista da importância do exame:

“Tem mulheres que têm vergonha, né? Mas, mulher mesmo, quem já sabe o que é isso, não tem isso não. (...) É constrangido? É. Mas tem que fazer mesmo. Não tem mais pro onde correr, tem que fazer.” (Ivonne, 42 anos)

Novamente percebe-se que o discurso sobre o rastreamento confere à citologia um caráter moral que associa comparecer ao exame com a normalidade e a correção femininas, sancionando negativamente a quem não cumpre com aquela sorte de dever feminino^{29,39}.

Apesar das dificuldades relatadas, grande parte das informantes salienta a importância do Papanicolaou e destaca que nunca desistiu de fazê-lo, relativizando as dificuldades enfrentadas. Fenômenos semelhantes foram encontrados em outros estudos^{31,45}. De um lado, as mulheres esforçam-se para superar os obstáculos pela

valorização de um exame associado à feminilidade, à responsabilidade e à maturidade³⁹. Pelo outro, a naturalização das dificuldades para conseguir atendimento gera baixos níveis de exigência em relação aos serviços de saúde⁵¹, fazendo com que o fato de conseguir realizar o exame já seja avaliado como positivo.

4.5 Papanicolaou e gênero: cuidado de si ou cuidado dos outros?

Em relação às pessoas que influíram na realização do Papanicolaou, várias entrevistadas, especialmente as jovens, lembraram familiares ou amigas com quem tiveram as primeiras conversações sobre sexualidade, e que as incentivaram ou acompanharam para fazer o exame. O entorno feminino tem grande influência na construção social do conhecimento sobre cuidado à saúde sexual, resultando as mulheres “educadoras melhor sucedidas” do que os médicos para incentivar a realização do Papanicolaou^{13,27,31}. A este respeito, Howson³⁹ afirma que o senso de obrigação para com outras mulheres significativas confere à adesão ao rastreamento um caráter relacional verificado neste estudo.

As outras figuras de referência destacadas pelas entrevistadas são os médicos. Algumas delas efetuaram o exame por sugestão destes em consultas realizadas por queixas diversas. Porém, a maioria fez as primeiras citologias para CCU em consultas de rotina depois do início da atividade sexual. Entre as mulheres mais velhas, o primeiro Papanicolaou foi realizado no seguimento da gravidez ou ainda depois da maternidade. O *screening* oportunístico baseia-se no oferecimento do Papanicolaou a mulheres em idade reprodutiva^{6,14,15,25,38,43,48}, fazendo com que as próprias mulheres o associem com essa fase vital e com que aquelas de idade mais avançada tendam a afastar-se dessa prática^{26,47}. Porém, este fenômeno não foi encontrado neste estudo: as entrevistadas entre 55 e 68 anos afirmam que fazem o Papanicolaou e outras informantes assinalam o mesmo.

Um caso de particular interesse é o de Grace. Ela fez o primeiro Papanicolaou depois de ter os seus oito filhos e passou a realizá-la regularmente aos 42 anos, depois de “retornar” aos serviços de saúde por um problema de varizes. Ela foi acompanhada pelos serviços de saúde enquanto esteve grávida e, apesar do permanente contato com estes para garantir a atenção dos seus filhos, cuidar de si não era uma prática habitual:

“... porque foi sempre foi assim um (filho) atrás do outro. Então sempre eu tava no médico, né? (...) Porque quando aparecia a gravidez aí ia... tinha

aquele acompanhamento, né? (...) ... aí depois eu me virava, né? Porque também não tinha tempo. (...) A gente com tanto menino pequeno, isso e aquilo pra cuidá, pra levá criança pra médico, isso e aquilo, e aí fica esquece um pouco da gente, né?” (Greice, 66 anos)

De fato, poucas são as entrevistadas que conseguem dar conta do cuidado da família e do de si. O cuidado dos filhos, dos idosos e até dos parceiros faz com que o tempo “fique curto” para as mulheres se ocuparem da própria saúde. Elas apenas realizam o Papanicolaou uma vez cumpridos os deveres ligados ao cuidado do lar. A priorização do cuidado dos outros se verificou em todas as participantes, incluindo as mais novas e instruídas, sem filhos e que inclusive moram sozinhas, evidenciando que a atribuição do papel de cuidadora à mulher é independente da idade, do nível de instrução e da estrutura familiar. Valores de gênero sobre o papel da mulher no grupo doméstico e suas repercussões sobre o cuidado de si podem interferir na prevenção do CCU^{6,13,27,41,45,53,54}, confirmando a pertinência desta perspectiva analítica.

A assimetria de poder entre homens e mulheres é um produto sócio-histórico de aparência natural^{55,56}. A definição cultural do “naturalmente” feminino ou masculino configura uma distribuição de tarefas entre homens e mulheres aparentemente baseada nas diferenças anatômicas⁵⁷. Esta distribuição localiza as mulheres no espaço doméstico e as define como cuidadoras da prole, como se se tratasse da mera extensão da capacidade biológica feminina de gestar e amamentar⁵⁶. Dentro da família, considerada o micro-grupo fundamental em relação ao processo saúde-doença-cuidado⁵⁸, velar pela saúde do grupo não é apenas uma função, mas um trabalho feminino, sobretudo materno⁵⁹. Scavone⁵⁹ assinala que na própria concepção do cuidado – associado ao âmbito privado, à afetividade e à família – subjaz a sua consideração como um atributo feminino. Pelo contrário, ela afirma que os “cuidados pela saúde não são frutos de uma determinação biológica entre os sexos, mas sim das relações sociais de sexo/gênero” (p. 104), sendo a priorização do cuidado dos outros sobre o de si efeito daquelas relações sociais naturalizadas. Por sua vez, na dinâmica familiar das camadas populares brasileiras persistiria uma divisão de papéis tradicional com predomínio do interesse coletivo sobre as aspirações individuais dos integrantes⁶⁰. Ademais, os serviços de saúde, que segundo Schraiber⁶¹ se orientam à mulher “exclusivamente como mãe, esposa e dona-de-casa e, principalmente, como a cuidadora da família” (p. 51), também contribuem para reforçar a naturalização desse papel feminino⁶². Todos estes elementos

coadjuvam para a priorização do cuidado dos outros por parte das mulheres, condicionando a possibilidade de se perceberem e agirem como sujeitos de cuidado.

4.6 De parceiros e infidelidade: sexualidade e moral

A influência dos parceiros ocupa um lugar de destaque na literatura sobre a prevenção do CCU, podendo dificultar^{13,14,27,45} ou propiciar a realização da citologia por parte das mulheres^{16,25,27,31}. Este estudo encontrou que o apoio emocional e financeiro dos companheiros contribui para que as mulheres façam o exame. Porém, uma entrevistada introduz outro aspecto relacionado com o papel dos parceiros:

“Mas quando eu chego eu converso, ele sabe que eu vou fazer o preventivo, quando eu chego mostro o resultado, ‘Olha, pai. A médica diz que está tudo OK, tá tudo limpinho’, não sei o que. ‘Ou você não me trai, ou então tá tudo certo’.” (Janine, 28 anos)

Apesar de ser abordada com humor, a relação entre o Papanicolaou e a infidelidade tem grande relevância, podendo representar tanto um obstáculo quanto um incentivo para a realização do exame: diante de um Papanicolaou anormal ou do diagnóstico de infecção por HPV, algumas mulheres experimentam a sensação de terem sido traídas^{38,63}. Já outras realizam o exame para conferir a fidelidade dos seus parceiros^{27,45}.

“Então inda é melhor porque a gente... Aí que a gente vem ver qual é o tipo de homem que a gente tem.” (Ivonne, 42 anos)

Nos discursos das participantes encontra-se uma diferenciação entre três tipos de companheiros. Por uma parte, estaria o parceiro *fixo e de confiança*: aquele com quem se comparte um casamento duradouro, mas também aquele que, caso fosse “dar um pulinho fora”, teria consciência da necessidade de cuidar de si e da sua companheira. O *culpado* seria infiel e promíscuo, não se preocuparia pelo próprio cuidado nem pelos outros e transmitiria DST's à sua mulher. Entre estas duas categorias encontra-se o parceiro *suspeito*, que seria o mais comum, já que segundo as entrevistadas nenhum homem é “santinho” e nunca se sabe o que ele faz “fora de casa”.

Como pode-se apreciar, a sexualidade ocupa um lugar central nos discursos das entrevistadas. Além dos contatos sexuais, ela abarca valores e relações⁶⁴ com significados diversos entre culturas e grupos⁶⁵. Neste estudo encontrou-se que a infidelidade é associada à “natureza masculina”, caracterizada pela intensidade e pela liberdade sexual que fazem parte da construção do gênero brasileira⁶⁶.

Ademais, a sexualidade tem um importante papel na reprodução social, sendo um elemento fundamental na manutenção de instituições como a família e o parentesco⁶⁵. Ela articula-se a estratégias matrimoniais e de integração social vinculadas ao campo dos sentimentos e valores⁵⁷, sendo o afeto e a entrega valores centrais para as mulheres de setores populares^{6,31,67}. Atravessada por padrões morais e de gênero, a relação com o parceiro pode-se impor às considerações individuais pela própria saúde⁶⁷, com conseqüências negativas para a prevenção de DST's entre as mulheres^{65,68,69}, o que deve ser considerado diante do caráter sexualmente transmissível do HPV. Muitas entrevistadas são cientes de que, pelo fato de terem parceiros sexuais, elas estariam mais expostas ao CCU, haja vista a “natural” tendência masculina à infidelidade. Porém, por sua generalidade, o risco de adoecer parecia difuso, sem que a maioria das entrevistadas o associe à própria condição.

4.7 Mulheres em risco, mulheres de risco: o discurso moral da prevenção

Consultadas sobre se alguma vez tinham se sentido em risco de adoecer por CCU, várias entrevistadas responderam de forma negativa, pela inexistência de antecedentes familiares da enfermidade. Porém, os principais critérios utilizados para avaliar a susceptibilidade diante da doença vinculam-se à sexualidade. Algumas mulheres de idade avançada ou sem parceiro justificaram a escassa possibilidade de contrair CCU em função da sua inatividade sexual, evidenciando um “vazio na percepção do risco” associado à atividade sexual e uma concepção do contágio característica das infecções agudas²⁷. Por sua vez, as mulheres com parceiro fixo e as que praticam uma religião que valoriza a fidelidade conjugal consideram que não vivem de forma “arriscada”.

Como contrapartida, algumas entrevistadas afirmam que nenhuma mulher está isenta da possibilidade de adoecer já que, ainda realizando o Papanicolaou, “Todas nós estamos na linha de risco”. A prevenção tornar-se-ia relativa diante de uma doença cujo componente de acaso e fatalidade reflete a influência das significações do câncer em geral³³. Porém, salienta-se a importância do exame para que, caso a doença aconteça, isso não se deva à própria “displicência”. Evidencia-se assim o peso do discurso da prevenção e da responsabilidade individual pelo cuidado da saúde³⁹, que faz com que atitudes pessoais sejam assinaladas como causas do adoecimento. Essa visão contribui à responsabilização e à individualização tanto da prevenção quanto do adoecimento⁷⁰.

Apesar do Papanicolaou não ser uma garantia certa contra a doença, ele seria uma prova da responsabilidade das mulheres que o realizam, fornecendo-lhes a tranqüilidade que parece constituir o seu principal valor.

Em função da valorização da prevenção, as informantes afirmam que as mulheres que “não ligam” têm maior chance de contrair a enfermidade. Estas são aquelas que não visitam regularmente o ginecologista e as que não fizeram um acompanhamento médico adequado da gravidez, desconhecendo que a adoção desses comportamentos preventivos está condicionada por fatores culturais e estruturais desigualmente distribuídos na sociedade⁷⁰.

A pouca idade, mencionada por várias entrevistadas com idade acima de 40 anos, não seria um fator de risco em si próprio, mas estaria associada ao “estilo de vida” das mulheres jovens, caracterizado pela falta de responsabilidade no cuidado de si e por uma sexualidade moralmente condenada³² pelo fato de ser considerada precoce e arriscada. Já a entrevistada mais nova diferencia as mulheres jovens de “dentro de casa” daquelas que levam vidas arriscadas “na rua”, tendo estas últimas mais probabilidades de contrair a doença, refletindo a tradicional associação entre feminilidade e espaço doméstico.

Também as mulheres com vários parceiros, as usuárias de drogas e as que realizam abortos com frequência são indicadas como mais susceptíveis de contrair a enfermidade.

A já referida associação entre masculinidade e infidelidade faz com que as mulheres com parceiros pouco confiáveis, “que vão se perdendo com mulheres das ruas”, tenham mais possibilidades de adoecer. Porém, chama a atenção o fato de que não seriam os homens os principais responsáveis de colocar às suas parceiras em risco. Em última instância, por trás de todo homem há uma mulher:

“Porque os homens hoje em dia a gente não deve confiar neles. (...) A gente tá crente que... só... ele só tem a ele dentro de casa, mas não. Entendeu? Você sabe que não é porque... é desfazendo das mulheres não. Que elas hoje em dia... tão ali, tão se jogando mesmo... E diz mesmo, ‘Eu gosto mais de homem casado que homem solteiro’. Entendeu? Então a gente tem que se prevenir.” (Patrícia, 60 anos)

Em suma, mulheres com comportamentos negativamente sancionados, jovens com sexualidade precoce e mulheres “da rua” – que tentam os próprios parceiros –, seriam as “candidatas” por excelência ao CCU. Braun e Gavey⁷¹ assinalam a vigência de um discurso dicotômico focado nas DST’s que, através da distinção entre mulheres

sexualmente “boas” e “más”, contribui ao julgamento e controle da sexualidade feminina. O primeiro grupo caracterizar-se-ia pela responsabilidade, a monogamia e a ausência de DST’s, enquanto o segundo estaria associado à irresponsabilidade, à promiscuidade e às doenças venéreas. Gregg³², em estudo realizado com mulheres com CCU em Recife, encontrou nas narrativas da enfermidade um discurso moral atravessado pelo gênero que as culpabilizava pela doença. Enquanto entre os homens as DST’s seriam o produto “natural” do seu comportamento sexual, entre as mulheres estas doenças são experimentadas com a sensação de (merecido) castigo por condutas consideradas impróprias, associadas à promiscuidade. Assim, apresenta-se às mulheres uma restrita possibilidade de escolha entre as categorias “promíscua-vulnerável” ou “não promíscua-segura”. Afastando-se dessas “outras” moralmente questionáveis, aquelas que se vêem como “boas”, segundo os padrões de gênero e valores morais dominantes, excluem-se do risco diante do CCU, que passa a não ser percebido como um problema potencial.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados produzidos apontam uma forte valorização do Papanicolaou pelas entrevistadas, que lhe conferem funções preventivas e diagnósticas com diferentes graus de especificidade. Pela possibilidade de “ver o corpo por dentro”, o exame é considerado como uma prática de cuidado da saúde sexual em geral, motivo pelo qual seria realizado como parte de exames de rotina.

O rastreamento do CCU na rede pública de saúde é associado pelas informantes com diversos obstáculos. Apenas aquelas que carecem de recursos financeiros recorrem a esta, sendo o agendamento do Papanicolaou pelos agentes de saúde o único facilitador encontrado. Entretanto, salienta-se o impacto que representa na economia doméstica das participantes a realização do exame com prestadores privados. Outras dificuldades vinculam-se à relação médico-paciente: avaliações negativas do tratamento recebido, temor da dor, pudor diante de profissionais homens e vergonha pela exposição do corpo – sobretudo entre informantes de idade avançada e de menor nível educativo. O acompanhamento de médicos de confiança é altamente valorizado e é uma pendência da rede pública.

Além da disponibilidade e da qualidade dos serviços, determinados discursos e relações sociais interferem na forma como as mulheres outorgam significado e agem face ao CCU. Ademais da medicina, o entorno feminino tem grande influência no cuidado da saúde sexual, conferindo ao rastreamento um forte caráter relacional. Enquanto o apoio dos parceiros favorece a realização do Papanicolaou pelas mulheres, a priorização do cuidado dos outros – decorrente da conceptualização deste como uma função feminina – pode dificultá-la. Valores morais e afetivos atravessam à sexualidade e ao gênero, interferindo na percepção de risco e na adoção de práticas preventivas diante do CCU. A naturalização da infidelidade masculina faz com que as mulheres com parceiros sejam indicadas como as que têm maiores possibilidades de contrair a doença. Porém, essa susceptibilidade seria atenuada em casos de relacionamentos duradouros com “parceiros confiáveis”. Menores probabilidades de desenvolver CCU também são associadas à falta de atividade sexual e à finalização da etapa reprodutiva.

Contudo, segundo as entrevistadas a realização do Papanicolaou não as eximiria da possibilidade de contrair a enfermidade, evidenciando a vigência das representações do câncer em geral, as que relativizam a possibilidade de prevenção e cura deste tumor. Entretanto, a realização do exame evidenciaria a maturidade e a responsabilidade pessoal pelo cuidado da saúde. Esta concepção individualizante da prevenção propicia a distinção entre as mulheres que não fazem o Papanicolaou por dificuldades econômicas ou associadas à organização dos serviços, e aquelas outras cujas práticas (sexuais e de cuidado) são consideradas moralmente incorretas. A maior susceptibilidade de adoecer destas últimas seria resultante da falta de responsabilidade pelo cuidado de si. Neste sentido, a associação entre o Papanicolaou e a feminilidade, por sua vez estreitamente vinculada às práticas preventivas, deve-se localizar no contexto geral do processo de medicalização do corpo feminino. Encontrou-se entre as participantes um longo e variado histórico de intervenções médicas, assim como práticas de automedicação relacionadas à saúde sexual, além de uma forte valorização do monitoramento médico da saúde e dos exames, dentre eles, o Papanicolaou.

Pela interação destes elementos, os resultados do Papanicolaou são interpretados em termos que transcendem ao CCU. Eles falam da saúde sexual em geral, da “limpeza” e da fidelidade conjugal, trazendo “tranquilidade” pelo cumprimento de uma obrigação associada ao fato de ser mulher. O Papanicolaou, apesar de rotineiro, está longe de ser uma técnica neutra. Pelo contrário, trata-se de uma prática inserida em um enquadre

moral de auto-responsabilidade e de obrigação para com outros/as no contexto do processo de medicalização do corpo feminino.

Este estudo pretende contribuir ao aprimoramento das ações preventivas, visando diminuir a vulnerabilidade das mulheres de setores populares ao CCU. Em função dos obstáculos e facilitadores encontrados, aponta-se elementos que podem subsidiar a implementação de dinâmicas de atenção em acordo com as necessidades destas mulheres (no que diz respeito aos horários de atendimento, aos tempos de espera, à disponibilidade de profissionais de sexo feminino e à qualidade da atenção).

Por outra parte, os achados sobre a interferência de discursos relativos ao gênero e à sexualidade em relação à doença também podem colaborar com aquele propósito. A caracterização feita pelas entrevistadas do câncer cervical como um importante problema feminino pode ser aprofundada mediante estratégias comunicativas que forneçam informações relevantes e culturalmente pertinentes sobre a doença (longo período de desenvolvimento, altas possibilidades de prevenção e cura, e idade de risco) e sobre o Papanicolaou (particularmente, sua limitação à prevenção do CCU). Considerando o caráter relacional do rastreamento, estima-se que – além da potencialidade que as trocas de informação entre mulheres têm *per se* – a implementação de atividades de educação em saúde entre mulheres teria impacto positivo. Ademais, sendo que a carga moral conferida ao CCU dificulta a visualização deste como um risco potencial entre mulheres com parceiros fixos, de idade avançada ou sem atividade sexual, deve-se propiciar ações dirigidas àquelas mulheres.

Por fim, resulta fundamental considerar a tensão que a medicalização do corpo feminino traz entre a vigilância de si e as possibilidades das mulheres ganharem controle sobre os seus corpos. O rastreamento do câncer cervical, fortemente associado à feminilidade – longe de contribuir à culpabilização daquelas que descumpririam os imperativos de cuidado de si e de sexualidade considerados corretos –, deve propiciar oportunidades para as mulheres ganharem autonomia sobre os seus corpos e sobre a sua saúde. Assim, a oferta do Papanicolaou deve tender a garantir direitos, e não a criar sanções e obrigações, em relação ao “ser mulher”.

Em suma, a prevenção do câncer cérvico-uterino pode ser aprimorada mediante ações cujo propósito seja – além da realização do Papanicolaou por parte das mulheres que não o fazem – propiciar a passagem da mera adesão para uma “participação

informada” das mulheres no rastreamento, sustentada no fornecimento de informações, mas, sobretudo no reconhecimento dos seus valores e práticas.

6 REFERÊNCIAS

- 1 LEWIS, M. Análisis de la situación del Cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, D.C: OPS, 2004. 40 p. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-cc-sit-lac.pdf>. Acesso em: set. 2011
- 2 INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Cervix cancer screening. *Handbooks of Cancer Prevention*, v 10. Lyon: IARC Press, 2005, 313 p.
- 3 FERLAY, J. ET AL. GLOBOCAN 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2010. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr> accessed on day/month/year. Acesso em: set. 2011
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012. *Incidência do Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>. Acesso em: fev. 2012.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Atlas da Mortalidade por câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>. Acesso em: fev. 2012.
- 6 ALVAREZ, S. Aspectos socio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cérvico uterino. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n.1. P. 33-40. 1998.
- 7 ARROSSI, S. ET AL. The socio-economic impact of cervical cancer on patients and their families in Argentina, and its influence on radiotherapy compliance. Results from a cross-sectional study. *Gynecologic Oncology*, v. 105. P. 335-340. 2007
- 8 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Acesso em: set. 2011.
- 9 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- 10 BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. *Diretrizes do rastreamento*. Brasília: INCA, 1996. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/deteccao_precoce Acesso em fevereiro 2012. Acesso em: fev. 2012.

- 11 SCHMIDT, M.I. ET AL. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, v.6736, n.11, p. 60135-9, 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>. Acesso em: set. 2011.
- 12 GOMES, R.; SKABA, M.; VIEIRA, R. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. *Revista de Saúde Pública*, v. 18, n.1. P. 197-204. 2002.
- 13 WOOD, K.; JEWKES, R.; ABRAHAMS, N. Cleaning the womb: constructions of cervical screening and womb cancer among rural black women in South Africa. *Social Science & Medicine*, v.45, n.2. P.283-294. 1997.
- 14 AGURTO, I. ET AL. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Preventive Medicine*, v.39, n.1. P.. 91-8. 2004.
- 15 FYLAN, F. Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge and behaviour. *British Journal of General Practice*, v. 48, n. 433.P. 1509-1514. 1998.
- 16 BINGHAM, A. ET AL. Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Pública de México*, v 45, supl. 3, n. 1.P. 408-416. 2003.
- 17 ASHING-GIWA, K.T. ET AL. Understanding the breast cancer experience of women: a qualitative study of African American, Asian American, Latina and Caucasian cancer survivors. *Psycho-oncology*, v.13, n. 6. P. 408-428. 2004.
- 18 MOORE, S. Is the Healthy Body Gendered? Toward a Feminist Critique of the New Paradigm of Health. *Body & Society*, v. 16, n. 2. P. 95-118. 2010.
- 19 BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Diretoria de Informação e Comunicação em Saúde; Secretaria Municipal de Saúde/Sub-coordenação de Informações em Saúde. Disponível em: <http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/defthtm.exe?tabpop/populacao.def>. Acesso em: fev. 2012.
- 20 GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.; GASKELL, G. *Observação e coleta de dados sensoriais*: sons, imagens, sensações. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.P. 64-89.
- 21 BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977. 226 p.
- 22 BAUER, M. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M.; GASKELL, G. *Observação e coleta de dados sensoriais*: sons, imagens, sensações. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. P. 189-217.

- 23 ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de conteúdo e análise do discurso: o lingüístico e seu entorno. *DELTA: Documentação de Estudos em Lingüística Teórica e Aplicada*, v.22, n.1. P. 29-52. 2006.
- 24 BAILIE, R.; PETRIE, K. Women's attitudes to cervical smear testing. *New Zealand Medical Journal*, v. 103. P. 293-295. 1990.
- 25 AGUILAR-PÉREZ, J.A. ET AL. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n.1. P. 100-106. 2003.
- 26 AMORIM, V. ET AL. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 11. P. 2329-2338. 2006.
- 27 WIESNER-CEBALLOS, C. ET AL. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Revista de Salud Pública*, v. 8, n. 3. P.185-196. 2006.
- 28 OSCARSSON, M.G.; WIJMA, B.E.; BENZEIN, E.G. Nonattendance in a cervical cancer screening program - what happens if women's requirements are met? *Health care for women international*, v. 29, n. 2. P. 183-97. 2008.
- 29 BUSH, J. It's just a part of being woman: cervical screening, the body and femininity. *Social Science & Medicine*, v. 50, n. 3. P. 429-444. 2000.
- 30 LUPTON, D. *Medicine as culture: illness, disease and the body in western societies*. London: SAGE, 1994. 182 p.
- 31 CALVO, A. *Social construction of cervical cancer screening among women in Panama City, Panama*. Florida, 2005. 310 p. Tese. (Doutorado em Filosofia). University of South Florida.
- 32 GREGG, J. An unanticipated source of hope: stigma and cervical cancer in Brazil. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 25, n 1. P. 70-84. 2011.
- 33 SONTAG, S. *La enfermedad y sus Metáforas y el Sida y sus Metáforas*. Buenos Aires: Taurus, 2005.
- 34 SILVA, S. ET AL. Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v. 44, n. 3. P. 554-560. 2010.
- 35 LE BRETON, D. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2010. 256 p.
- 36 HELMAN, G. *Cultura, Saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed, 2007. 408 p.

- 37 SBROGGIO, A.M.R.; OSIS, M.J.M.; BEDONE, A.J. O significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo qualitativo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 51, n. 5. P. 270-274. 2005.
- 38 BLOMBERG, K. ET AL. From “silent” to “heard”: professional mediation, manipulation and women’s experiences of their body after an abnormal Pap smear. *Social Science & Medicine*, v. 68, n.3. P. 479-486. 2009.
- 39 HOWSON, A. Cervical screening, compliance and moral obligation. *Sociology of Health & Illness*, v. 21, n 4. P. 401-425. 1999.
- 40 HUNTER, J.L. Cervical cancer in Iquitos, Peru: local realities to guide prevention planning. *Cadernos de. Saúde Pública*, v. 20, n. 4. P. 160-171. 2004.
- 41 GAMARRA, C.J.; PAZ, E.P.A.; GRIEP, R.H. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n 2. P. 270-276. 2005.
- 42 FERNANDEZ, M.E. ET AL. HPV knowledge, attitudes, and cultural beliefs among Hispanic men and women living on the Texas-Mexico Border, *Ethnicity & Health*, v. 14, n. 6. P. 607-624. 2009.
- 43 BRENNAN, S. ET AL. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 4. P. 909-914. 2001.
- 44 MANDAGARÁ DE OLIVEIRA, M. ET AL. Câncer cérvico uterino: um olhar crítico sobre a prevenção. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 25, n. 2. P. 176-183. 2004.
- 45 DUAVY, L.M. ET AL. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v 12. P. 733-742. 2007.
- 46 PIMENTEL, A.V. ET AL. Percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 20, n. 2. P. 255-262. 2011.
- 47 PINHO, A. ET AL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 2. P. 303-313. 2003.
- 48 FERNANDES, J. ET AL. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 5. P. 851-858. 2009.
- 49 MCKIE, L. The art of surveillance or reasonable prevention? The case of cervical screening. *Sociology of Health & Illness*, v.17, n. 4. P. 441-457. 1995.

- 50 CAPRARA, A.; FRANCO, A.L.S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 3. P. 647-654. 1999.
- 51 VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3. P. 599-613. 2005.
- 52 ANDRADE, G.; VAITSMAN, J.; FARIAS, L. Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 3. P. 523-534. 2010.
- 53 GARDUÑO, M.; CHÁVEZ, T.; REYES, C. Autocuidado de mujeres en etapa de menopausia en Toluca, México. *Escola. Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 12, n.1. P. 63-67. 2008.
- 54 OLIVEIRA, M.; FERNANDES, A.; GALVÃO, M. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 18, n. 2. P. 150-155. 2005.
- 55 SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, v. 16, n. 2. P. 5-22. 1990.
- 56 HEILBORN, M. Gênero, sexualidade e saúde. In: SILVA, D.M. (org.). *Saúde, Sexualidade e Reprodução* - compartilhando responsabilidades. Rio de Janeiro: UERJ, 1997. P. 101-110.
- 57 HEILBORN, M. Articulado gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDEMBERG, P.; MARSIGLIA, R.; GOMES, M.H. (orgs.), **O clássico e o novo**. Tendências, objetos e abordagens em ciências sociais em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003. P. 197-208.
- 58 MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. In: SPINELLI, H. (comp.). **Salud Colectiva**. Cultura, instituciones y subjetividad - Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires: Lugar. 2004. P. 11-47.
- 59 SCAVONE, L. O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Org.). **Gênero e saúde**: Programa Saúde da família em questão. Rio de Janeiro: ABRASCO e UNFPA. v. 1. 2005. P. 101-112.
- 60 SARTI, C. Família e individualidade: um problema moderno. In: CARVALHO, M.C. (Org.) **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC, 1995. P. 39-49.
- 61 SCHRAIBER, L. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Org.). **Gênero e saúde**: Programa Saúde da família em questão. Rio de Janeiro: ABRASCO e UNFPA. v. 1. 2005. P. 39-61.

- 62 SCOTT, P. Gênero, família e comunidades: Observações e aportes teóricos sobre o programa saúde da família. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Org.). **Gênero e saúde**: Programa Saúde da família em questão. Rio de Janeiro: ABRASCO e UNFPA. v. 1. 2005. P. 75-100.
- 63 SOUSA, L.; PINHEIRO, A.; BARROSO, M. Ser mulher portadora do HPV: uma abordagem cultural. *Revista Escola de Enfermagem USP*, v. 42, n. 4. P. 737-743. 2008.
- 64 WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOPES LOURO, G. (org.). **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autentica, 2007. P. 35-82.
- 65 LOYOLA, A. A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: HEILBORN, M.L. (org.). **Sexualidade**: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999. P. 31- 39.
- 66 PARKER, R. *Corpos, prazeres e paixões*. A cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Best Seller, 1991.
- 67 HEILBORN, M.; GOUVEIA, P. Marido é tudo igual In: BARBOSA, R; PARKER, R. (org.). **Sexualidades pelo avesso**. Direitos, Identidades e Poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999. P. 175-198.
- 68 GOGNA; M.; RAMOS, S. Crenças leigas, estereótipos de gênero e prevenção de DSTs. In: BARBOSA, R; PARKER, R. (org.). **Sexualidades pelo avesso**. Direitos, Identidades e Poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999. P. 229-248.
- 69 BARBOSA, R. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R; PARKER, R. (org.). **Sexualidades pelo avesso**. Direitos, Identidades e Poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999. P. 73-88.
- 70 AYRES, J. ET AL. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. P. 117-139.
- 71 BRAUN, V.; GAVEY, N. “Bad girls” and “good girls”? Sexuality and cervical cancer. *Womens ´s Studies International Forum*, v. 22, n. 2. P. 203-213. 1999.

Apêndice A. Tabela resumo das entrevistadas

Nº	Nome	Idade	Contato	Sit. Conjugual	Nível educacional	Renda do lar	Provedora do lar	Outras pessoas no lar	Percebe benefício social
1	Ivonne	42	ACS	Parceiro mora separado	Fund. comp.	Até 2 SM	Sim	3	Não
2	Janine	28	ACS	Mora com namorado	Sup. comp.	Até 3 SM	Não	2	Não
3	Silvia	43	ACS	Casada	2º grau comp.	Até 3 SM	Não	2	Não
4	Eva	39	ACS	Separada	Sup. inc.	Até 3 SM	Não	5	Bolsa Família
5	María	43	ACS	Casada	Médio comp.	Até 3 SM	Não	4	Não
6	Regina	30	CRAS	Solteira	Médio inc.	Sem renda fixa	Não	2	Bolsa Família
7	Luísa	58	CRAS	Casada	Fund. inc.	Até 2 SM	Não	6	Bolsa Família
8	Rita	24	CRAS	Solteira, tem namorado	Médio comp.	---	Não	6	Não
9	Cristiane	31	CRAS	Separada	Fund. inc.	Sem renda fixa	Não	1	Não (tramitou BF, mas não percebe)
10	Patricia	60	CRAS	Mora com parceiro	Fund. inc.	Até 2 SM	Não	1	Aposentada
11	Amelia	68	CRAS	Viúva	Fund. inc.	Até 1 SM	Sim	1	Aposentada
12	Leila	47	Assoc. moradores	Solteira, com parceiro	Sup. comp.	Até 1 SM	Sim	1	Não
13	Rosa	39	Assoc. moradores	Solteira	Médio comp.	Até 1 SM	Sim	2	Não
14	Grace	66	Assoc. moradores	Separada	Médio comp.	Até 2 SM	Sim	1	Aposentada
15	Marlene	36	Assoc. moradores	Solteira, com parceiro	Sup. comp.	Até 2 SM	Sim	--	Não



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA-ISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Ana María Rico

“Significados associados ao câncer do colo do útero e às práticas preventivas entre mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia”

Salvador

2011

ANA MARÍA RICO

“Significados associados ao câncer do colo do útero e às práticas preventivas entre mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia”

Projeto de dissertação submetido ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos exigidos para o Mestrado em Saúde Comunitária – Orientação: Ciências Sociais em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Alberto Bernstein Iriart

Salvador
2011

Lista de siglas:

CCU: Câncer do colo do útero, Câncer cérvico-uterino

CID-10: Classificação Internacional de Doenças

DSTs: Doenças Sexualmente Transmissíveis

HPV: Papilomavírus Humano

IARC: Agência Internacional de Pesquisa do Câncer

IDB: Indicadores e Dados Básicos para a Saúde

INCA: Instituto Nacional do Câncer

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

PNCCU: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade

SISCOLO: Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero

SUS: Sistema Único de Saúde

1. INTRODUÇÃO.....	44
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA: a prevenção do câncer do colo do útero	
1.1 Breve explicação sobre a doença	44
2.2 Situação epidemiológica	46
2.3 Estratégias de prevenção	52
2.3.1 Procedimentos de detecção	53
2.3.2 Tratamento	55
2.3.3 A vacina contra o HPV	55
2.4 Características de um programa organizado de prevenção	56
2.5 A prevenção do câncer cérvico-uterino no Brasil	58
2. APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA: o câncer do colo do útero diante da escassa efetividade das estratégias de prevenção	62
3.1 As barreiras para a participação das mulheres no rastreamento	64
3.1.1 Acessibilidade e qualidade dos serviços	64
3.1.2 Conhecimentos e percepções sobre câncer do colo do útero e HPV	68
3.1.3 Prevenção, risco e sintomas	75
3.1.4 Percepções sobre CCU: fatalismo e medo	77
3. OBJETIVOS	
4.1 Geral	79
4.2 Específicos	79
4. REFERENCIAL TEÓRICO	80
4.1 A construção social do natural: representações sociais sobre corpo, saúde e doença	80
5.1.1 Corpo e classe social	85
5.2 Cuidado dos outros ou cuidado de si: sexualidade, gênero e família	88
5.3 Para uma renovação das práticas preventivas: vulnerabilidade	98
5. METODOLOGIA	
6.1 Abordagem metodológica e técnicas de produção de dados	101
6.2 Seleção das entrevistadas	102
6.3 Análise e interpretação da informação	104
6.4 Aspectos éticos	105
6. CRONOGRAMA.....	107
7. REFERÊNCIAS	108
8. APÊNDICES	
Apêndice I – Roteiro de entrevista	114
Apêndice II - Consentimento informado	116

1. Introdução

Apesar do câncer do colo do útero ser uma doença evitável e tratável, ele ainda é um problema de considerável magnitude no Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento. As dificuldades dos programas de prevenção para reduzir a sua incidência e mortalidade evidenciam a necessidade de elaborar estratégias que transcendam a dimensão técnica do problema, contemplando os múltiplos aspectos sociais e culturais envolvidos.

Reconhecendo, porém, a relevância das abordagens clínica e epidemiológica para o desenho das ações sanitárias, é necessário contribuir com a produção de estudos sobre as barreiras que impedem a prevenção da doença, sobretudo por parte das mulheres que estão em maior risco. Essas dificuldades se vinculam, basicamente, com a acessibilidade e a qualidade dos serviços, assim como com os sentidos associados pelas mulheres à doença e às práticas preventivas e de cuidado à saúde.

Levando em conta a falta de estudos sobre o tema em Salvador, Bahia, e no intuito de produzir dados que possam subsidiar políticas públicas voltadas para a prevenção adequadas à realidade local, o presente projeto tem por objetivo conhecer os sentidos e as práticas preventivas associadas ao câncer do colo do útero entre mulheres de bairros populares desta cidade.

Para situar a proposta da pesquisa, no entanto, é preciso partir dos aspectos clínicos e epidemiológicos relativos ao câncer cervical, assim como traçar o histórico das tentativas de prevenção da doença realizadas no Brasil até o momento.

2. Contextualização do tema: a prevenção do câncer do colo do útero

2.1 Breve explicação sobre a doença:

O câncer cérvico-uterino (CCU) obedece a uma mudança nas células que cobrem as paredes do colo do útero (a parte inferior da matriz, que se estende desde o útero até a vagina, ou o canal de parto). Aquelas células, inicialmente normais, gradualmente se tornam pré-cancerosas, se manifestando como lesões na parede do útero. Eventualmente, elas podem mudar para células cancerígenas, embora em mais de 50% das mulheres com lesões pré-cancerosas, permanecem como benignas (OPAS, 2001).

Para o desenvolvimento da lesão intra-epitelial de alto grau e do câncer invasivo do colo do útero, o Papilomavírus Humano (HPV) é condição necessária (IARC, 2005: 228). Este vírus é transmitido pelo contato direto com a pele infectada nas relações sexuais, e pode causar lesões de pele ou mucosa na vagina, colo do útero, pênis e ânus. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), “cerca de 75% das mulheres sexualmente ativas serão infectadas pelo menos uma vez na vida pelo HPV” (INCA, 2009b: 25). Existem mais de 200 tipos diferentes de HPV, classificados em de baixo risco e de alto risco de câncer, estando somente os últimos relacionados a tumores malignos. Segundo a Agência Internacional de Pesquisa do Câncer (IARC), “A distribuição dos tipos de HPV nos casos de câncer cervical mostra um forte predomínio do HPV 16 e 18. Os tipos mais comuns contam no 98% estimado dos cânceres no mundo” (IARC, op. cit.: 229), informação corroborada pelo INCA. Outros tipos comuns são o HPV 31, 33, 45 e 58 (INCA, 2009a: 33).

Na maior parte dos casos, as infecções são transitórias e provocam lesões de crescimento limitado, as quais regridem em forma espontânea ao serem combatidas pelo sistema imune, principalmente entre as pessoas mais jovens. Somente uma reduzida proporção de mulheres infectadas pelo HPV desenvolve infecções persistentes, sendo as razões biológicas pelas quais isto acontece ainda pouco conhecidas (IARC, op. cit.: 230). As infecções clínicas mais comuns são as verrugas genitais ou condilomas acuminados. No entanto, as infecções subclínicas, isto é, assintomáticas, que são passíveis de progredir para o câncer caso não sejam tratadas precocemente, podem ser encontradas no colo do útero. Porém, a grande maioria dos cânceres invasivos se desenvolve após uma fase pré-invasiva de duração suficientemente prolongada para permitir sua detecção por meio de programas de rastreamento (Ibid.: 230).

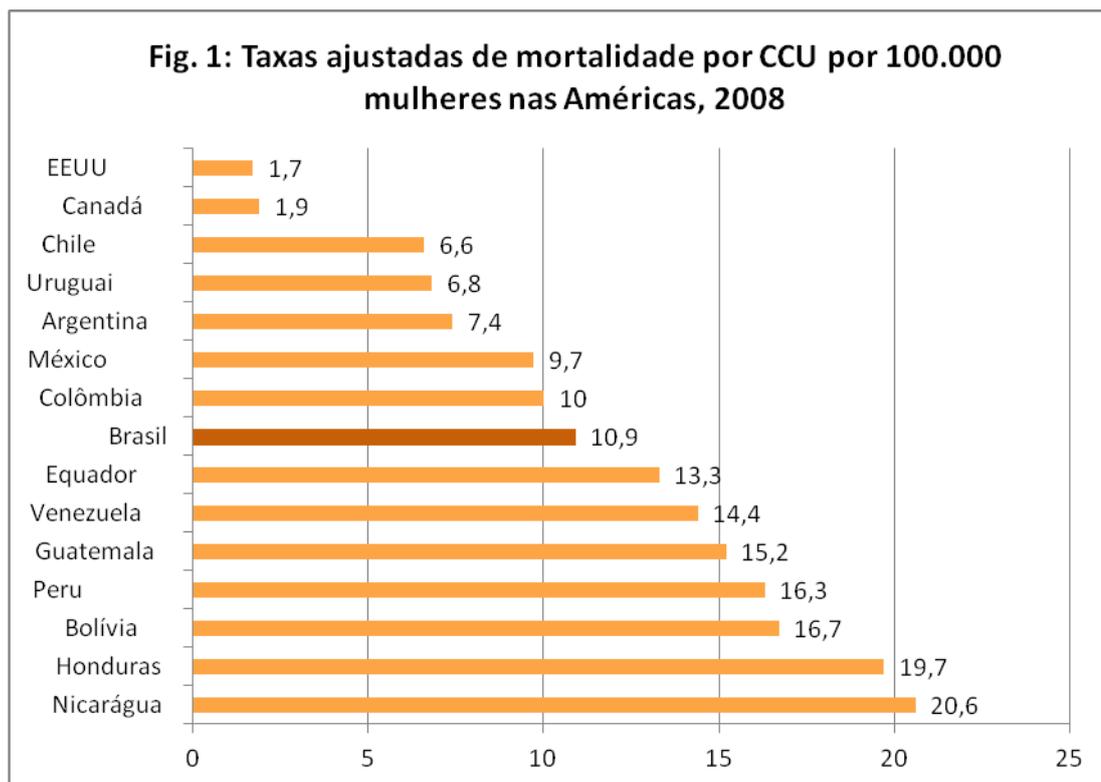
Porém, por si só, o vírus não é uma causa suficiente para o câncer do colo do útero, uma vez que para o desenvolvimento, manutenção e progressão das lesões intra-epiteliais faz-se necessária, além da persistência da infecção pelo HPV, a sua associação com outros fatores de risco. Os principais co-fatores que contribuem para a etiologia desse tumor são o tabagismo, a multiplicidade de parceiros sexuais, o uso de contraceptivos orais por 5 ou mais anos, a multiparidade (5 ou mais partos), a baixa ingestão de vitaminas, a iniciação sexual precoce e a co-infecção por agentes infecciosos como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e *Chlamydia trachomatis* (IARC, 2005; INCA, 2009a). A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

considera também como fatores de risco: a não realização periódica do teste de detecção do câncer cérvico-uterino, o contato sexual com pessoas que tenham tido múltiplos parceiros sexuais, os antecedentes familiares de CCU, a pertença à faixa etária de 30 a 60 anos, e a condição sócio-econômica – já que as taxas de mortalidade e incidência são mais elevadas entre mulheres pobres sem acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento (OPAS, 2001). Deste modo, pode-se observar uma importante associação entre o câncer cervical e a sexualidade, bem como com as condições sócio-econômicas das mulheres.

2.2 Situação epidemiológica

O câncer do colo do útero é um importante problema de saúde pública. Segundo a IARC, trata-se do terceiro tipo de tumor mais freqüente entre as mulheres no mundo, com 530.000 casos novos e 275.000 óbitos por ano, sendo ambas as categorias notoriamente maiores em países em desenvolvimento, representando mais do 85% dos casos (Ferlay et al., 2010).

Dentro de nosso continente, também existem importantes diferenças entre as taxas de mortalidade dos distintos países, como se observa na Figura 1:



Fonte: Ferlay et al., 2010

Segundo um informe elaborado para a OPAS, “*O relativo fracasso de quase todos os países latino-americanos para prevenir e controlar o câncer cérvico-uterino contrasta com a diminuição da incidência e da mortalidade por aquela doença em países com os Estados Unidos ou o Canadá, após a introdução de programas de prevenção baseados no rastreamento com a citologia cervical ou teste de Papanicolaou. Na América Latina, os programas de rastreamento, quando existentes, têm sido implementados de maneira fragmentada, com baixo nível de organização, sem controles de qualidade, e não têm podido cumprir suas metas e objetivos*” (Arrossi; Paolino, 2008: 11)¹.

Cabe considerar que, apesar do fato de que a informação sobre mortalidade tem sido a mais utilizada para descrever a magnitude e o impacto do câncer – devido à sua abrangência e disponibilidade –, ela resulta menos adequada para a análise da situação relativa ao câncer cérvico-uterino. Como expressado pelo INCA, essa estratégia “*não expressa a real compreensão da magnitude do problema, uma vez que existem diferenças importantes, entre os vários tipos de câncer, em função da letalidade e da*

¹ A tradução a partir do original em espanhol é minha.

sobrevida. Para os tumores de maior letalidade, a mortalidade permite uma aproximação do que seria a incidência, o que não acontece com aqueles de melhor prognóstico, como é o caso dos tumores de pele não melanoma, mama feminina, colo do útero, cólon e reto, e próstata.” (INCA, 2009a: 24). Nesse sentido, cabe salientar a importância da disponibilidade de informações relativas à incidência, consolidadas a partir dos diversos registros de câncer de base populacional² e registros hospitalares existentes no país, sobretudo considerando que os registros de base populacional, característicos dos países desenvolvidos, são escassos e de abrangência reduzida em nossas latitudes (Arrossi; Paolino, op. cit.: 13).

No que se refere ao Brasil, a IARC estimou para 2008 uma taxa de mortalidade padronizada por câncer do colo do útero de 10,9 óbitos por cada 100.000 mulheres e uma taxa de incidência de 24,5 de novos casos por cada 100.000 mulheres (Ferlay et al., 2010).

Segundo os dados dos Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB Brasil 2009), obtidos a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), os óbitos devidos a esta doença em 2007 no Brasil foram 4.691, representando uma taxa de mortalidade específica por CCU de 4,9 por cada 100.000 mulheres, não havendo dados consolidados ainda para anos posteriores. Na Tabela 1, pode-se ver que o INCA esperava para 2010 a ocorrência de 18.430 novos casos de câncer cérvico-uterino, representando uma taxa de incidência de 18 casos a cada 100 mil mulheres, com o que aquele tumor viria ocupar o segundo lugar entre os mais comuns entre as mulheres no país, depois do câncer de mama.

² “O RCBP (Registro de Câncer de Base Populacional) é um centro sistematizador da coleta de dados por busca ativa utilizando os métodos estatísticos, armazenamento e análise da ocorrência e das características de casos novos (incidentes) de câncer em uma determinada população, sendo a principal fonte de informações sobre incidência de câncer. O RCBP objetiva estimar o total de casos novos de câncer, assim como sua distribuição e tendência temporal nas populações pertencentes às áreas geográficas por eles cobertas.” (Bahia, 2004: 11).

Tabela 1

Estimativas para o ano 2010 das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	49.240	49,27	17.540	74,56
Colo do Útero	18.430	18,47	5.280	22,50
Cólon e Reto	14.800	14,80	5.530	23,54
Traqueia, Brônquio e Pulmão	9.830	9,82	3.130	13,37
Estômago	7.680	7,70	2.340	9,94
Leucemias	4.340	4,33	1.330	5,52
Cavidade Oral	3.790	3,76	1.090	4,48
Pele Melanoma	2.970	2,92	860	3,38
Esôfago	2.740	2,69	660	2,55
Outras Localizações	78.770	78,83	28.510	121,33
Subtotal	192.590	192,74	66.270	282,03
Pele não Melanoma	60.440	60,51	12.800	54,45
Todas as Neoplasias	253.030	253,23	79.070	336,52

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10

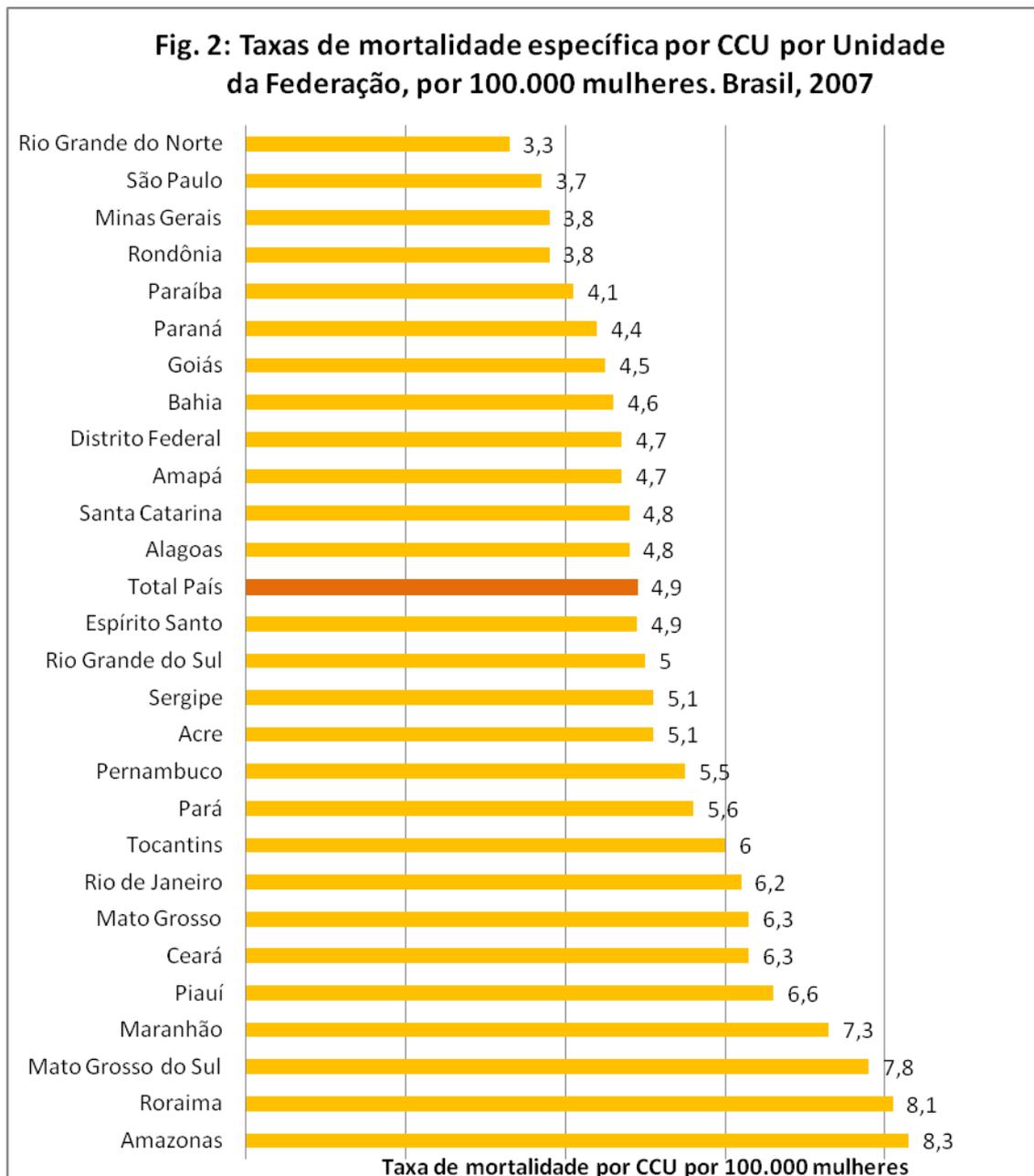
Fonte: INCA, 2010

Cabe fazer um esclarecimento sobre as diferenças não desprezíveis encontradas entre as estimativas internacionais e as de origem nacional, as que devem ser consideradas sob risco de subestimar a carga da doença se nos ativermos exclusivamente às medições referidas à mortalidade obtidas a partir do SIM/DATASUS. Num estudo sobre tal problemática, adverte-se que “*A utilização direta dos dados, sem considerar a qualidade e características dos sistemas de informação sobre mortalidade, pode incorrer em subestimações das taxas reais de mortalidade*” (Gamarra et al., 2010: 638). Essa pesquisa assinalou problemas relacionados ao SIM, decorrentes do sub-registro de óbitos e das mortes classificadas como tendo causas mal definidas. Aquelas dificuldades atingem proporções maiores nas regiões Norte e Nordeste, sendo essa última aquela aonde irá se situar o presente projeto de pesquisa.

Para além dessas falências gerais associadas ao SIM, o estudo em questão destacou um problema específico, inerente ao câncer cérvico-uterino: uma proporção significativa dos óbitos por aquela causa é registrada como tendo origem em “porção de útero não especificada” (codificada como C55 pelo CID-10), interferindo na avaliação da magnitude real da mortalidade por câncer do colo do útero (C53, naquele sistema classificatório).

A partir daquela situação, inferiu-se que as taxas de mortalidade obtidas a partir do sistema de informação nacional vêm sendo subestimadas, sendo proposta uma metodologia de correção para avaliar a real magnitude da doença no país. O estudo mencionado apresentou, a partir da correção da cifra oficial de 5,1 por 100.000 mulheres-ano para 2002, uma taxa de mortalidade por CCU de 10,4 óbitos, confirmando a estimativa do risco de morte por CCU no Brasil realizada pela IARC, que para esse ano era de 10,2 óbitos por 100.000 mulheres. Concluiu-se, a partir das evidências encontradas, que *“é possível afirmar que a mortalidade por essa doença é maior do que aquela oficialmente registrada”* (Gamarra et al., op. cit.: 638).

Uma vez realizado este esclarecimento e considerando, assim, a provável subestimação das mortes por esta doença a partir do sistema de informação nacional, podemos tentar aproximarmos da magnitude do problema no interior do país. Nesse nível de análise, pode-se advertir que existem situações heterogêneas entre as diferentes Unidades da Federação (ver Fig. N° 2). Dentre as áreas mais atingidas destacam-se: Amazonas, Roraima, Mato Grosso do Sul e Maranhão, sendo as caracterizadas pelas menores taxas de mortalidade: Rondônia, Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Norte. Note-se que 14 estados apresentam taxas superiores à nacional, e que o valor do extremo superior quase se triplica quando comparado com o extremo inferior, pertencente ao estado com a menor taxa de mortalidade do país por esta doença. A Bahia encontra-se, com uma taxa de 4,6, próxima da taxa nacional, de 4,9 mortes por cada 100.000 mulheres. Desta maneira, pode-se advertir que a variação encontrada entre as Unidades da Federação reflete a desigualdade existente entre elas.



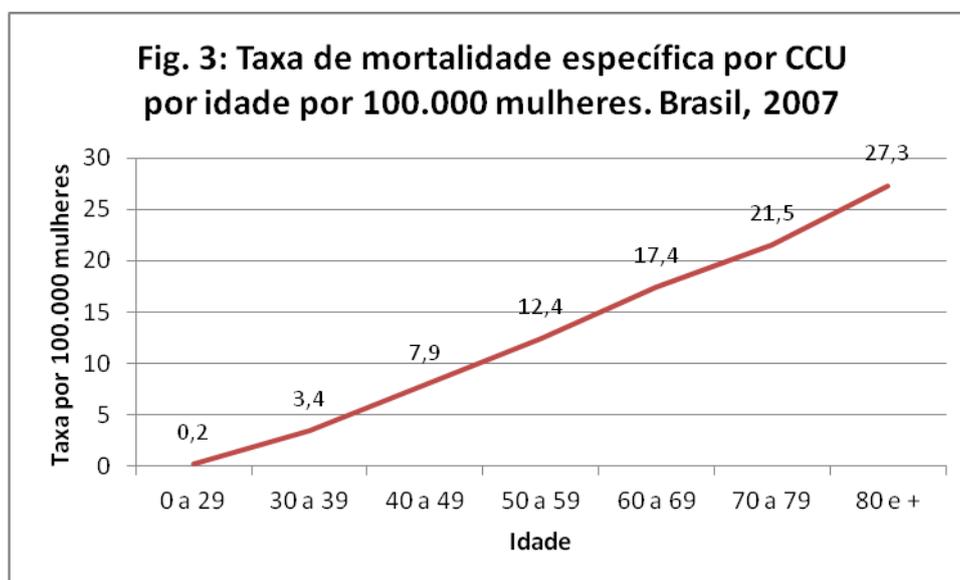
Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

A doença reflete, também, diferenças regionais apreciáveis no que se refere à incidência, sendo o tumor do colo do útero o mais incidente na Região Norte, com 23 novos casos por 100.000 mulheres. Nas regiões Centro-Oeste (20/100.000) e Nordeste (18/100.000), ela ocupa a segunda posição mais freqüente e nas regiões Sul (21/100.000) e Sudeste (16/100.000), a terceira (INCA, 2009a: 32).

O câncer cérvico-uterino remete, em suma, à desigualdade social, atingindo especialmente às mulheres de baixo nível socioeconômico, socialmente vulneráveis e

com dificuldades de acesso aos serviços de prevenção e diagnóstico. Para além disso, cabe considerar que *“A enfermidade e a morte destas mulheres têm conseqüências devastadoras para as condições de vida das suas famílias, ocasionando a perda de trabalho, de ingressos, e a evasão escolar das crianças do lar. De maneira que o câncer do colo do útero não somente afeta às mulheres mais pobres, mas é, por sua vez, um fator que intensifica a pobreza e a vulnerabilidade social”* (Arrossi; Paolino, op. cit.: 11).

Por outra parte, no relativo à sua distribuição por faixas etárias, a incidência do câncer cervical no Brasil evidencia-se a partir das idades de 20 a 29 anos e o maior risco encontra-se na faixa de 45 a 49 anos (INCA, op. cit.: 33). No que se refere à mortalidade, considerando o prolongado período de progressão que media entre a infecção pelo HPV, o adoecimento por câncer cérvico-uterino, a sobrevida e a morte, as faixas etárias de maior mortalidade são as mais avançadas, como pode-se observar na Figura 3:



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM IDB Brasil 2009

2.3 Estratégias de prevenção

Com exceção do câncer de pele, este tumor é aquele que apresenta o maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente. O processo de detecção precoce da doença em mulheres assintomáticas é conhecido como

rastreamento ou screening, o que é aplicado em forma populacional com o propósito de reduzir a sua incidência e mortalidade.

Estima-se que uma redução de 80% da mortalidade por CCU pode ser alcançada através do rastreamento populacional de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos mediante o exame citopatológico ou Papanicolaou (popularmente conhecido como Pap ou exame preventivo) e o tratamento das lesões com potencial de malignidade ou carcinoma *in situ*. Segundo a OMS, para se obter um impacto significativo na mortalidade por câncer do colo do útero mediante esta estratégia, a cobertura do rastreamento deve atingir 80% ou mais da população-alvo (OMS, 2002).

2.3.1 Procedimentos de detecção

No que se refere aos procedimentos de detecção, destaca-se em primeiro lugar a citologia cervical ou teste de Papanicolaou, em torno da que está organizada a maioria dos programas organizados de prevenção do CCU e que vem sendo utilizada há 50 anos. O exame consiste na coleta de células da cérvix ou colo do útero, as que são fixadas num vidro e são examinadas em laboratório.

Outros métodos de detecção são a citologia em meio líquido (IARC, 2005), a técnica de inspeção visual simples com duas versões (a IVA, utilizando ácido acético e a IVL, com iodo de Lugol (Arrossi e Paolino, 2008; IARC, 2005; INCA, 2010), o teste de detecção de DNA-HPV oncogênico (IARC, 2005; INCA, 2010) e o teste rápido de detecção de DNA-HPV oncogênico (INCA, 2010).

No que se refere à classificação diagnóstica das citologias, atualmente coexistem vários sistemas classificatórios: o antigo sistema de classes desenvolvido por Papanicolaou, a terminologia da OMS, o NIC (neoplasia intra-epitelial cervical) e o Bethesda, sendo a utilização desse último a recomendada pela comunidade científica. A nomenclatura brasileira utilizada para laudos citopatológicos tem passado por alterações, em função da coexistência de sistemas classificatórios. Atualmente o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCU) preconiza a adoção do Sistema Bethesda, ainda que adaptado ao país, já que facilita a comparação de resultados nacionais com os encontrados em publicações estrangeiras (Brasil, INCA, 2006: 21). A Figura 4 apresenta um quadro resumo da Nomenclatura brasileira para laudos cervicais atualmente em vigência:

Fig. 4: Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais (resumo)

<p>TIPOS DA AMOSTRA Citologia convencional Citologia em meio líquido</p> <p>ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA: Satisfatória Insatisfatória para avaliação oncótica Amostra rejeitada Amostra insatisfatória, porém analisada</p> <p>DIAGNÓSTICO DESCRITIVO Dentro dos limites da normalidade Alterações celulares benignas Atipias celulares: Em células atípicas de significado indeterminado: Escamosas: Possivelmente não-neoplásicas - Não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau Glandulares: Possivelmente não-neoplásicas - Não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau De origem indefinida: Possivelmente não-neoplásicas - Não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau Em células escamosas: Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I – NIC I) Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III – NIC II e III) Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro invasão; Carcinoma epidermóide invasor. Em células glandulares: Adenocarcinoma in situ Adenocarcinoma invasor Cervical Endometrial Sem outras especificações</p> <p>MICROBIOLOGIA Lactobacillus sp; Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/ Mobiluncus); Outros bacilos; Cocos; Candida sp; Trichomonas vaginalis; Sugestivo de Chlamydia sp; Actinomyces sp; Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes; Outros (especificar).</p>
--

Fonte: (Brasil, INCA, 2006: 21)

Em geral, as mulheres com achados citológicos anormais são referidas para avaliação colposcópica, embora os critérios sejam variáveis entre países (IARC, 2005: 18). As pautas estabelecidas pela OMS em 2006 recomendam que as mulheres diagnosticadas com resultados de lesão intra-epitelial de alto grau sejam derivadas para avaliação diagnóstica por colposcopia e biopsia e para tratamento posterior, se necessário. Não havendo consenso sobre o procedimento mais adequado em mulheres com lesões intra-epiteliais de baixo grau, aquelas devem ser referidas, quando possível,

para seguimento e controle, com uma nova citologia entre seis meses e um ano (Arrossi; Paolino, 2008: 42).

2.3.2 Tratamento

Por outra parte, no que se refere ao tratamento, geralmente são privilegiados os métodos não invasivos, destacando a crioterapia e a cirurgia de alta frequência (CAF)³ (Brasil, INCA, 2006), ambos ambulatoriais. O primeiro consiste na destruição do tecido pré-canceroso pelo congelamento do colo do útero, utilizando gás de dióxido de carbono ou de óxido nitroso comprimido como refrigerante. Este pode ser aplicado em forma simples ou dupla, segundo o cervix seja congelado uma ou duas vezes. A CAF utiliza um fio condutor delgado com uma alça diatérmica para a remoção da área anormal da cérvix. Geralmente o procedimento é realizado sob anestesia local. A hemorragia grave é uma complicação possível, tanto durante quanto depois do procedimento. Esta técnica permite obter amostras de tecido para verificação histológica do diagnóstico.

Outros métodos disponíveis são a conização e a histerectomia, feitas sob anestesia geral ou local. Estas são intervenções mais invasivas, complexas e custosas e também estão associadas a complicações maiores como sangrado, infecção pélvica e dano de órgãos adjacentes.

2.3.3. A vacina contra o HPV

No entanto, a compreensão da associação causal entre o HPV e o CCU tem incentivado nos últimos anos o desenvolvimento de vacinas contra o vírus com fim de prevenção primária. Estas têm o objetivo de reduzir os casos câncer de colo do útero prevenindo a infecção pelo HPV mediante a produção de anticorpos específicos (PNCCU, 2010a). Sendo que estas vacinas são profiláticas e não terapêuticas, elas alcançam a máxima proteção imunológica quando aplicadas a mulheres livres da infecção, antes do início da atividade sexual. Em consequência, as mulheres devem ser vacinadas entre os 9 e 12 anos para garantir efetividade máxima (INCA, 2010; Arrossi; Paolino, 2008).

³ Em inglês, *Loop Electrosurgical Excision Procedure* (LEEP) ou *Large Loop Excision of the Transformation Zone* (LLETZ).

Atualmente encontram-se disponíveis no Brasil duas vacinas aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): uma quadrivalente e outra bivalente⁴ (INCA, 2010). A primeira previne contra os tipos HPV 16 e 18, presentes em 70% dos casos de câncer de colo do útero, e contra os tipos 6 e 11, presentes em 90% dos casos de verrugas genitais. A segunda é específica para os tipos 16 e 18 (PNCCU, 2010a).

A pesar de representar um grande avanço, as vacinas contra o HPV reduzirão, mas não conseguirão eliminar o risco de CCU. Ainda com sua introdução massiva, os programas de prevenção da doença deverão continuar existindo. Segundo o INCA, a vacinação *“não exclui a necessidade do rastreio e causa impacto significativo no custo do sistema de saúde sem correspondente economia para as ações de rastreamento”* (INCA, 2010: 18). No que se refere à última questão, o seu elevado custo limita a introdução em escala massiva da vacina.

Por outra parte, o PNCCU enfatiza que é *“imprescindível esclarecer sob que condições a vacina pode se tornar um mecanismo eficaz de prevenção para não gerar uma expectativa irreal de solução do problema e desmobilizar a sociedade e seus agentes com relação às políticas de promoção e prevenção que vêm sendo realizadas”* (PNCCU, 2010a). Ademais, o impacto da vacinação para a redução da doença é esperado apenas para os próximos 30-40 anos. Considerando as necessidades imediatas, o PNCCU prioriza a ampliação e qualificação do rastreamento mediante a citologia convencional, postulando que aquele pode *“ter impacto na redução da mortalidade em aproximadamente 10 anos, principalmente na população com maior incidência deste tipo de câncer”* (INCA, 2010: 19).

O INCA tem impulsionado a formação do Comitê de Acompanhamento da Vacina contra HPV, para avaliar periodicamente a viabilidade da recomendação daquela no país. Pelos motivos expostos, dentre outros, esse comitê ratificou a posição do Ministério da Saúde de não incorporar a vacina ao Programa Nacional de Imunizações (PNI), tomada em abril de 2007 (PNCCU, 2010a).

2.4 Características de um programa organizado de prevenção

Porém, a detecção e o tratamento estão longe de serem os únicos elementos que coadunam para a prevenção da doença. Segundo o Manual de Prevenção do Câncer da

⁴ Gardasil (Merck) e Cervarix (Glaxo-Smith-Kline), respectivamente.

IARC referido ao rastreamento de câncer cérvico-uterino (2005), um programa organizado de prevenção do CCU bem sucedido deve integrar os seguintes componentes:

- Plano de ação nacional de controle do CCU (marco institucional e programático)
- Recursos econômicos, técnicos e equipe responsável
- Definições programáticas: faixa etária, método e frequência do rastreamento, sustentados na evidência epidemiológica
- População-objetivo claramente definida
- Sistema de busca ativa da população-objetivo
- Sistema de assistência à saúde com capacidade suficiente para garantir o rastreamento, seguimento e/ou tratamento das mulheres com lesões pré-cancerosas e câncer
- Sistema de informação estratégica (vigilância epidemiológica, seguimento e avaliação da qualidade e impacto)

Para além daqueles, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero do Brasil (INCA, 2010) destaca a importância dos seguintes fatores:

- Capacitação e treinamento continuados dos profissionais de saúde
- Provisão de informação para a população-alvo
- Garantia da qualidade das ações
- Compromisso técnico e político dos gestores para a continuidade das ações

Assim pode-se ver que, apesar de se tratar de uma doença evitável e tratável por métodos conhecidos e custo-eficazes, são muitas as dificuldades que os programas de prevenção enfrentam para cumprir os requerimentos para serem bem sucedidos. Em avaliação sobre nossa região, a IARC conclui que as tentativas de organizar programas de rastreamento têm fracassado nos países da América Latina, apesar das coberturas superiores a 60% registradas em vários deles. Excetuando-se a Colômbia e o Chile, que contam com programas organizados de rastreamento de longa data e que vêm registrando graduais reduções na incidência e na mortalidade, no restante da região os programas têm se caracterizado por: falta de atenção para a qualidade das citologias; problemas de diagnóstico, e falta de seguimento e tratamento das mulheres examinadas

com resultados positivos (IARC, 2005: 233). A partir desta situação, pode-se compreender a persistência e a magnitude do problema, o que traz à tona a necessidade de produzir subsídios para sua melhoria.

2.5 A prevenção do câncer cérvico-uterino no Brasil

Até a década de 80, as ações de controle do câncer cérvico-uterino no Brasil tinham um caráter pontual, estando a atenção à saúde da mulher voltada para os períodos da gravidez e do puerpério. No contexto do fim da ditadura, na conjunção da luta pela democracia, a movimentação social em torno da saúde e a organização dos movimentos de mulheres, foi criado o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), em 1983. Sua formulação baseou-se no questionamento das matrizes conceituais dos programas de saúde materno-infantis e da fragmentação do sistema de saúde. Este programa sintetizava *“a oposição às políticas de controle da natalidade e a afirmação das aspirações das mulheres em relação à democratização das informações relativas ao corpo, à saúde e à sexualidade”* (Costa et al., 2007: 16). Assim, a atenção integral à saúde da mulher passou a ocupar um lugar de destaque entre as demandas da época e foi introduzida pela participação feminista no projeto e no processo da Reforma Sanitária Brasileira.

O PAISM explicitava o reconhecimento do direito à saúde em termos abrangentes, transcendendo a dimensão da atenção médica. Em termos operativos, a assistência às mulheres incluiu a oferta de ações educativas, preventivas, diagnósticas, de tratamento e de recuperação, em diferentes momentos vitais e áreas de necessidade: pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, DSTs e, por fim, câncer de mama e do colo do útero (Costa et al., 2007). No que se refere a este último, se realizaram ações de detecção precoce, foram publicados manuais técnicos e se procurou orientar aos âmbitos estaduais e municipais sobre a matéria (INCA, 2010).

Logo após a aprovação da Constituição de 1988, os direitos consagrados nela enfrentaram grandes dificuldades para serem efetivados devido ao rumo que tomava a política econômica e social do país, caracterizada pela predominância da lógica do mercado e o ajuste fiscal. Na saúde, a efetivação plena do novo modelo de atenção proposto sob a figura do Sistema Único de Saúde (SUS) também encontrou limites e retornou-se à lógica de programas fragmentados num contexto de crise de

financiamento. No relativo à mobilização das mulheres, apesar dos ganhos de maior visibilidade de grupos específicos, se produziu um retorno a sua posição como área de atuação da sociedade civil (Costa et al., 2007: 19).

Nesse cenário, as ações de controle do câncer foram consolidadas no nível nacional, sob a coordenação do INCA. No que se refere ao câncer do colo do útero, durante a participação desse Instituto na VI Conferência Mundial sobre a Mulher (China, 1995), foi reconhecida a necessidade de se implementar um programa de nacional destinado ao seu controle. Uma equipe técnica do Ministério da Saúde, em parceria com organismos nacionais e internacionais, elaborou o estudo piloto que iria subsidiar a criação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero.

Em 1998, em virtude das críticas à descontinuidade na implementação do PAISM, se produziu uma retomada governamental da atenção à saúde das mulheres, priorizando áreas específicas e reforçando a fragmentação da abordagem. Naquele contexto, já sob a forma de Programa Nacional de Controle do Colo do Útero - Viva Mulher, as estratégias foram expandidas para todo país. O PNCCU apresentou como objetivo o desenvolvimento de estratégias orientadas à redução da mortalidade e das repercussões físicas, psíquicas e sociais dos cânceres do colo do útero e de mama. Para tal, seriam oferecidos serviços de prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação a través da ação conjunta entre o Ministério da Saúde e os estados. As ações do Programa dirigiam-se às mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, sendo escolhido o exame de Papanicolaou como método de rastreamento (PNCCU, 2010b). Durante a primeira fase de intensificação das atividades do Programa, entre agosto e setembro de 1998, foi criado um sistema de informações para o monitoramento e avaliação das ações e foram definidas as competências dos diferentes níveis de governo. Durante aquele período, aliás, foram mobilizados mais de 3 milhões de mulheres para a realização do exame de Papanicolaou, a través da 1ª Campanha Nacional de Rastreamento.

Entre 1999 e 2001 foi ampliada a oferta de serviços, tendo como resultado a realização de 8 milhões de exames preventivos anuais. Em 2002, teve lugar a 2ª mobilização nacional para a detecção precoce do câncer cervical, dirigida prioritariamente a captar as mulheres entre 35 a 49 anos que nunca haviam se submetido ao exame citopatológico ou que o tinham realizado há mais de três anos. Nessa ocasião foram examinados quase 4 milhões de mulheres.

Depois dessas etapas iniciais, as ações do PNCCU foram consolidadas nos diferentes Estados, destacando-se a padronização nacional dos laudos de exames (com a publicação da Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais e Conduas Clínicas Preconizadas), a disseminação da técnica de CAF, a disponibilização de informações técnicas e gerenciais e a consolidação do Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO).

Trás a 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003) e a I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres de 2004, o Ministério da Saúde lançou, nesse último ano, a Política Nacional de Atenção Integral à Mulher. Através dela foi proposto retomar a proposta do PAISM, consolidar os avanços dos direitos sexuais e reprodutivos, e incorporar as demandas de grupos específicos, como as mulheres negras. Porém, conforme advertem Costa e colaboradoras, *“acompanhando a prática perversa da fragmentação, esta política abrangente é subdividida pelo Ministério da Saúde em diversas outras políticas e programas (...), criando preocupações sobre a recuperação do conceito e das práticas de integralidade”* (Costa et al., 2007: 22). Neste sentido, os avanços realizados em relação ao controle do câncer cervical devem ser ponderados, considerando-os no marco mais amplo da atenção integral à saúde da mulher, que continua a ser uma importante pendência do SUS a mais de 20 anos da sua criação.

Considerando esta ressalva, cabe assinalar que com a instituição da Política Nacional de Atenção Oncológica em 2005 (Portaria GM/MS nº. 2.439) e com o Pacto pela Saúde em 2006 (Portaria GM 399), o controle do câncer cervical passou a formar parte dos planos de saúde estaduais e municipais. Junto com o câncer de mama, o CCU foi o único tipo de câncer incluído no Pacto pela Vida, que define ações em eixos prioritários para a saúde para as três esferas de governo. A partir de então, esta doença constitui um dos focos das políticas públicas de controle do câncer no país, com um lugar de destaque no SUS (INCA, 2009b: 20). Como parte desse impulso, através do SISCOLO percebeu-se um aumento do número de municípios que realizaram a coleta do exame de Papanicolaou, como efeito da expansão da Estratégia de Saúde da Família, passando de 89,5% entre 2004 e 2005 para 95% entre 2007 e 2008 (INCA, 2010: 13).

No passado ano, considerando a persistência da relevância epidemiológica da doença apesar dos avanços realizados, a Portaria GM 310 instituiu, um Grupo de Trabalho com o objetivo de realizar uma avaliação do Programa Nacional de Controle

do Câncer do Colo do Útero, visando à formulação de propostas para o aprimoramento de suas ações.

Segundo aquela avaliação, que consta no Sumário Executivo do Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero, uma das principais dificuldades enfrentadas pelo PNCCU está relacionada com a cobertura. Encontrou-se que *“o modelo de rastreamento oportunístico predomina no país, apesar de apresentar menor custo-efetividade”* (INCA, 2010: 13). Isto é, apesar de que o Programa postula que o screening se foca na realização do exame de Papanicolaou em mulheres de 25 a 59 anos, a cada três anos após dois exames consecutivos normais anuais, aquele grupo etário e a periodicidade dita nem sempre são respeitados, gerando diferentes problemas que cabe considerar.

Por uma parte, apesar de serem escassos os estudos sobre a cobertura do teste de Papanicolaou na população feminina brasileira, como mostrou a revisão realizada por Pinho e França-Jr. (2003), dados dos três únicos estudos realizados no país com amostras aleatórias de base populacional, na segunda metade da década de 90, estimaram uma cobertura em torno de 65% do teste de Papanicolaou, realizado pelo menos uma vez na vida. Segundo esses autores, *“além da cobertura ser relativamente deficiente, ela está distribuída desigualmente entre a população usuária, com a realização do teste concentrando-se, geralmente, entre os grupos de menor risco para o câncer cervical”* (Pinho; França-Junior, 2003: 102).

Por outra parte, existem resistências entre mulheres e profissionais de saúde ao período recomendado, *“sendo o exame anual equivocadamente considerado uma prática mais eficaz e segura”* (INCA, 2010: 13). Uma confirmação dessa tendência é fornecida pelo SISCOLO, segundo o que em 2008 aproximadamente 80% das mulheres declarou ter realizado alguma citologia anterior, sendo quase a metade coletada nos últimos 12 meses, com variação entre 42% na Região Sudeste e 55% na Região Nordeste. Por fim, apesar de que a oferta de exames pelo SUS seria suficiente para garantir a cobertura da população na faixa etária prioritária, grande parte dos testes realizados responde a repetições desnecessárias em intervalos menores ao recomendado.

Assim mesmo, considera-se que para a estruturação do *screening* de base populacional tanto as ferramentas de informação, as práticas de convocação e registro de mulheres quanto o modelo de financiamento atuais são insuficientes. As prestações (desde a coleta do exame preventivo até o tratamento, incluídas na Tabela de

Procedimentos do SUS) são retribuídas por uma única fonte de financiamento, que é comum para todas as ações relativas ao controle do câncer cérvico-uterino. Dessa forma, *“Este modelo de financiamento estabelece inexoravelmente uma competição entre ações destinadas aos doentes e aos sadios (rastreamento) com natural prejuízo destes últimos, considerando que o sub financiamento do sistema de saúde leva à restrição de oferta”* (INCA, 2010: 12).

Em suma, é possível advertir que as ações preventivas têm sido implementadas como parte de políticas e programas sanitários fragmentários. Assim mesmo, têm ocorrido em forma de campanhas massivas persistindo, no entanto, dificuldades relativas à cobertura das mulheres em maior risco que, junto com outros problemas relacionados ao financiamento, restringem a sua efetividade em face do controle da doença.

3. Apresentação do problema e justificativa: o câncer do colo do útero diante da escassa efetividade das estratégias de prevenção

É sabido que para interferir sobre um problema de saúde pública não basta nem fornecer informações à população nem disponibilizar as técnicas de prevenção e cura tidas como as mais adequadas – mesmo ainda quando elas se encontrarem legitimadas pelo discurso biomédico hegemônico. É preciso, por tal motivo, considerar as possíveis relações – de integração, conflito, complementaridade ou negação – entre os atores e as racionalidades envolvidas. Requer-se analisar a interação entre as informações fornecidas e as significações elaboradas por grupos sociais específicos, para os quais as medidas sugeridas poderão fazer sentido ou não – como pré-requisito para a sua adoção. Torna-se necessário, aliás, lembrar que a inter-relação entre informações, crenças e valores que orienta as práticas não ocorre só no nível individual, mas encontra-se inserida na rede mais ampla das relações sociais.

Porém, conforme assinalam Uchôa e Vidal (1994), ainda pareceria subjazer às políticas públicas de prevenção um pressuposto de que a mera provisão de informação geraria a transformação automática dos comportamentos das populações, negligenciando os fatores sociais e culturais que intervêm na adoção daquelas práticas. Para além do câncer cervical, são muitos os casos nos que esse pressuposto deveria ser colocado em questão, no intuito de aumentar a efetividade das políticas preventivas.

Segundo a Aliança para a Prevenção do Câncer do Colo do Útero⁵, a capacidade de uma mulher de tomar decisões informadas e de agir em base àquelas face ao exame preventivo e ao tratamento, não só é influenciada por suas crenças e padrões comportamentais individuais. Interferem também a sua rede social e as instituições, isto é, a comunidade na que está inserida (parceiro, família, amigos, vizinhos, grupos de pertença e instituições locais) (ACCP, 2004). Partindo da premissa de que as diferenças culturais e sociais entre diferentes populações dificultam o desenho e o funcionamento adequados de programas de saúde válidos para todos os locais, salienta-se a importância da compreensão das características e das necessidades das comunidades antes do desenvolvimento das intervenções. Dessa maneira se contribuiria para criar ou para adaptar ações a populações específicas, garantindo a sua aceitabilidade e confiabilidade.

Por tal motivo, como conclui um trabalho qualitativo realizado em países latino-americanos, as estratégias de controle do CCU não podem se restringir ao fornecimento de métodos de detecção e informações técnicas, mas devem se orientar à elaboração de estratégias de comunicação do risco que levem em conta os marcos culturais das populações com que trabalham (Agurto et al., 2004).

Evidencia-se que as intervenções sanitárias clamam por um olhar mais acurado sobre a interação ocorrida entre a informação fornecida pelos programas, as ações dos serviços e as concepções e práticas de grupos e sujeitos em relação a determinada doença. Como sustentam Gomes e colaboradores (2002), sendo o controle do câncer uma realidade possível, ele ainda não está incorporado ao repertório cultural da sociedade. Se referindo ao câncer de mama, eles concluem que as políticas de atenção devem lidar, em forma simultânea, com o aperfeiçoamento das intervenções técnicas e com a dimensão simbólica da problemática (Gomes et al., 2002: 203), questão também aplicável ao câncer cérvico-uterino.

Em concordância com este posicionamento, estimamos necessário aprofundar na complexidade da questão que nos ocupa, no intuito de contribuir para o delineamento de estratégias de prevenção adequadas aos grupos mais vulneráveis. Neste sentido, estudos sobre as significações e as práticas relativas à doença podem contribuir para a compreensão dos motivos pelos quais as medidas atuais não conseguem ser tão bem-sucedidas como esperado, podendo aportar para o seu redesenho, no intuito de obter um melhor impacto em benefício da saúde das mulheres.

⁵ Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP).

3.1 As barreiras para a participação das mulheres no rastreamento

Estudos realizados em diferentes contextos apontam que muitas ações implementadas pelos programas e serviços de saúde não levam em conta diversos fatores que interferem na adoção de práticas preventivas por parte das mulheres em face do CCU. Apesar da inegável interação entre as barreiras relacionadas com a provisão dos serviços de saúde e as crenças das mulheres (Agurto et al., 2004), começaremos por revisar as barreiras de acesso ao rastreamento. Cabe salientar que esses obstáculos constituem um fator decisivo entre mulheres de baixo status sócio-econômico na América Latina (Agurto et al., op. cit.). Dentre eles, por sua vez, destacam-se os vinculados com a dimensão geográfica e econômica, e os que se relacionam com a qualidade e a organização dos serviços.

3.1.1 Acessibilidade e qualidade dos serviços

A inacessibilidade geográfica e econômica; os lugares de atenção distantes; o custo do transporte e as dificuldades financeiras são responsáveis pela baixa cobertura do rastreamento em estudos conduzidos tanto na África do Sul quanto na América Latina, incluindo o Brasil e regiões do país, como o Nordeste (Bingham, et al., 2003; Brenna et al., 2001; Amorim et al., 2006; Fernandes et al., 2009). Porém, um estudo de caráter qualitativo com mulheres com câncer cervical em Pelotas encontrou que a disponibilidade de Postos de Saúde próximos que ofereciam o exame não garantiu a sua realização, apontando para a interação desta questão com diversos outros fatores (Mandagará de Oliveira et. al., 2004).

Aprofundando na influência das variáveis vinculadas com o fator socioeconômico, um estudo quantitativo na cidade de México sobre mulheres em idade reprodutiva postulou que aquelas de nível socioeconômico mais elevado tendiam a utilizar mais os serviços de rastreamento, quando comparadas às de nível inferior (Aguilar-Pérez et al., 2003). Uma pesquisa conduzida na África do Sul e na Índia indicou que as mulheres com menor instrução, sócio-econômico e contacto com o sistema de saúde tinham menor probabilidade de participar no rastreamento (ACCP, 2004). No Brasil, um estudo transversal de base populacional realizado em São Paulo também identificou o baixo nível sócio-econômico como um dos fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou (Amorim et al., 2006). Outra pesquisa sobre a

prevalência da realização do teste entre mulheres de 15 a 49 anos, realizada na capital desse estado em 2000, assinalou que entre as mulheres que tinham realizado o exame, aquelas que tinham baixo nível de escolaridade ou aquelas em que o custo era uma barreira de acesso aos serviços de saúde tiveram menos chances de ter feito o último teste por motivos de rotina ou screening; elas estavam mais sujeitas a ter-lo realizado por motivos diagnósticos, já diante de queixas ginecológicas. Assim, as mulheres de baixo nível socioeconômico tenderiam a realizar menos o exame e, em caso de fazê-lo, isso não responderia a motivações preventivas, mas à presença de mal-estares já (Pinho et al., 2003).

Já adicionando outras variáveis, podemos traçar um esboço das mulheres com menores possibilidades de aceder às estratégias de controle do CCU. Resultados de um estudo na África do Sul indicaram que as mulheres que não acediam aos serviços de rastreamento tendiam a serem mais velhas, mais pobres, menos educadas, desempregadas ou trabalhadoras no setor informal, moradoras em residências não permanentes e sem parceiro e sem uso regular dos serviços de saúde ou de planejamento familiar (ACCP, 2004). No Brasil, a falta de cônjuge e a não realização de outras práticas preventivas e de cuidados à saúde também foram frequentes entre as mulheres que não tinham se submetido ao rastreamento, segundo uma pesquisa de base populacional em São Paulo. Aliás, esse estudo encontrou que as mulheres de cor auto-referida como preta ou parda apresentaram maior prevalência de não realização do Papanicolaou, *“apontando a existência de desigualdade racial quanto ao acesso ao exame de citologia oncótica cervical”* (Amorim et al., 2006: 2336). No que se refere a esta questão, cabe chamar a atenção para o âmbito de nossa pesquisa, onde o fator raça/cor reflete notavelmente as iniquidades sociais e econômicas. Assim, uma imagem possível das mulheres com maiores dificuldades para aceder à prevenção do colo uterino se caracterizaria da seguinte maneira: idade entre 40 e 59 anos, até quatro anos de escolaridade, renda mensal familiar per capita menor ou igual a quatro salários mínimos, preta ou parda e morando com cinco ou mais pessoas (Amorim et al., op. cit.: 2331).

Como já foi visto, um dos grandes problemas vinculados à cobertura dos programas de rastreamento é que o Papanicolaou é oferecido em forma oportunística a mulheres que não pertencem ao grupo de idade objetivo, em virtude do fato delas terem maior acesso ao sistema de saúde por estar em idade reprodutiva. Este fenômeno é

levantado por grande parte da literatura sobre o tema. Na África do Sul, apesar de que a maioria dos cânceres invasivos ocorre entre mulheres africanas de idade média, é examinada uma quantidade desproporcionada de mulheres brancas jovens (Wood et al., 1997). O screening oportunístico em consultas obstétricas, de planejamento familiar e de saúde materna também ignora as mulheres de idade mais avançada tanto em países desenvolvidos como a Inglaterra (Fylan, 1988) quanto em países latino-americanos (Agurto et al., 2004; Alvarez, 1998; Aguilar-Pérez et al., 2003). No Brasil as evidências apontam nesse sentido, através de estudos quantitativos realizados nas Regiões Sul e Nordeste, com mais alta cobertura do *screening* entre mulheres abaixo dos 40 anos, por motivos vinculados à dimensão reprodutiva (Fernandes et al., 2009; Brenna et al., 2001: 912). Amorim (2006) assinala que aquelas com 60 anos ou mais tendem a deixar de realizar consultas ginecológicas, afastando-se das práticas preventivas para o câncer cervical, precisamente na faixa etária na que aumenta a incidência da doença. Longe de aquelas mulheres deixarem de demandar atenção às instituições de saúde, elas o fazem, mas em decorrência de outras morbidades mais visivelmente ligadas a sua idade. O problema consiste em que essas oportunidades não são aproveitadas para a realização da citologia, o que ocorreria no contexto de uma efetiva atenção integral à saúde da mulher. Como já foi visto, no Brasil o rastreamento reiterado é frequente entre mulheres expostas a menor risco, contribuindo para a reprodução de uma prática escassamente custo/efetiva. Chama-se, assim, a atenção para a existência de uma “lei do cuidado inverso” que é necessário modificar: sendo que *“as mulheres com maior risco para o desenvolvimento de lesões cervicais são aquelas com menor acessibilidade aos serviços e programas em saúde (...) a disponibilidade do cuidado médico tende a variar inversamente com a necessidade da população assistida”* (Pinho et al., 2003: 312).

Por outra parte, situando-nos na dimensão dos fatores ligados à *qualidade dos serviços*, os horários inadequados e a superposição com o horário laboral são registrados como obstáculos para as mulheres comparecerem à consulta na Suécia (Oscarsson et al., 2008) e na Inglaterra (Fylan, 1988). Já em trabalhos realizados tanto em hospitais quanto na rede da Atenção Básica da Saúde do Brasil, destacam-se: o longo tempo de espera para realizar a consulta e o agendamento tardio do exame (Brenna et al., 2001); a falta de vagas (Pinho et al., 2003); a demora no atendimento e a falta de material para a realização do exame (Duavy et al., 2007), assim como a demora na entrega dos resultados dos exames (Bottari et al. 2008).

Na Colômbia também foi destacada a necessidade de realizar longas filas e trâmites para aceder ao exame e aos resultados (Wiesner-Ceballos et al., 2006). Uma pesquisa qualitativa conduzida em Venezuela, Equador, México, El Salvador e Peru salientou, aliás, o escasso treinamento dos profissionais e a falta de material e equipamento adequados (Agurto et al., 2004). Também o custo dos próprios serviços pode ser uma barreira para o controle preventivo do CCU (ACCP, 2004).

Além disso, um estudo quantitativo no Nordeste brasileiro indicou que, apesar do importante papel que o pessoal médico exerce sobre a prática das mulheres, a linguagem ou a metodologia de orientação sobre o procedimento utilizada não seria suficientemente clara para aquelas (Fernandes et al., 2009: 857). Já outras pesquisas referem descortêsias ou até maus tratos dos profissionais para as mulheres em contextos tão diversos como a Suécia (Oscarsson et al., 2008), a Colômbia (Wiesner-Ceballos et al., 2006) e outros países da América Latina, Ásia e África (ACCP, 2004).

Assim, no que se refere à qualidade dos serviços, resulta evidente a grande influência que a relação médico-paciente exerce sobre a satisfação das usuárias. A efetividade, a maneira em que o profissional explica os procedimentos e responde as perguntas, assim como o respeito pela privacidade e pela confidencialidade têm grande influência sobre a experiência do atendimento da mulher (Bingham et al., 2003: 414). Outras dimensões de relevância da experiência no atendimento são o conforto e a privacidade nos consultórios (ACCP, 2004; Bingham et al., 2003).

O sexo do profissional responsável pelo exame também pode funcionar como uma barreira, desencorajando a mulher para fazê-lo. Uma revisão de literatura inglesa assim como outros trabalhos qualitativos realizados na América hispânica e África do sul encontraram que a falta de profissionais do sexo feminino era um dos obstáculos para a participação das mulheres no rastreamento de CCU (Bingham et al., 2003; Fylan, 1988). Apesar disto ser mais freqüente quando se trata de prestadores de sexo masculino, uma pesquisa qualitativa conduzida na África do Sul indicou a resistência de mulheres de uma das etnias estudadas a serem examinadas por outras mulheres, sobretudo quando elas eram mais novas, atendendo às normas culturais de autoridade locais (Wood et al., 1997).

A experiência no atendimento tem conseqüências não só sobre a mulher que a vivencia, mas também sobre outras: as mulheres que estão satisfeitas com o atendimento recebido têm mais probabilidades de descrever sua experiência em forma

positiva a familiares e amigas (ACCP, 2004). Por exemplo, no Peru os preditores mais fortes para o não comparecimento ao exame de rastreamento eram as percepções sobre a qualidade do atendimento recebido anteriormente, tendo a quantidade de outras mulheres examinadas conhecidas grande relevância. Entretanto, em Quênia, o número de mulheres examinadas que a mulher conhecia foi o preditor mais importante do status no rastreamento (ACCP, 2004: 13). Assim mesmo, uma pesquisa qualitativa aplicada na Colômbia destaca que, ainda sendo fornecidos conteúdos adequados pelo pessoal médico, aqueles nem sempre levam à realização do exame pelas mulheres, diante do temor gerado pelo conhecimento de uma experiência desagradável relatada por uma par (Wiesner-Ceballos et al., 2006). Em suma, outras mulheres examinadas podem ser “educadoras melhor sucedidas” do que os médicos, incentivando a outras para a realização do exame (Wood et al., 1997: 291). Em contrapartida, a socialização das experiências negativas contribui para a resistência à sua realização.

No Brasil, uma pesquisa avaliativa da Atenção Básica que utiliza o CCU como condição marcadora afirma que, apesar de existir um movimento em prol da mudança do modelo assistencial, os profissionais ainda possuem uma visão da atenção à saúde que se corresponde com o modelo médico-assistencial privatista. Os profissionais não reconheceriam como responsabilidades próprias a realização de visitas domiciliares para busca ativa e acompanhamento da população (Bottari et al., 2008). Essas falências têm bastante importância, considerando que as estratégias mencionadas são especialmente recomendadas tanto pelos agências e organismos especializados, quanto pelos programas melhor sucedidos na prevenção do CCU.

3.1.2 Conhecimentos e percepções sobre câncer do colo do útero e HPV

Por outra parte, diversas pesquisas quantitativas têm achado associações entre o *conhecimento* sobre o Papanicolaou e a participação no rastreamento por parte das mulheres (Bailie et al., 1990; Bingham et al., 2003; Park et al., 2005; Moreira et al., 2006; Amorim et al., 2006), postulando que na medida que aquele diminui também o faz a probabilidade de realizar o exame. Um estudo realizado no México encontrou que 97% das mulheres que não sabia qual era a utilidade do Papanicolaou nunca tinha realizado o exame (Lazcano Ponce et al., 1997). Resultados semelhantes foram encontrados por outro estudo com mulheres em idade reprodutiva realizada naquele

país, mostrando que o conhecimento sobre a utilidade do Pap incrementa em seis vezes a probabilidade de sua realização (Aguilar-Pérez et al., 2003).

Várias pesquisas, realizadas em países desenvolvidos e em desenvolvimento, têm encontrado um destacável desconhecimento sobre a utilidade do Papanicolaou assim como sobre o câncer ginecológico (Fylan, 1988; ACCP, 2004; Fernandes et. al., 2009). Um estudo quanti-qualitativo realizado em países latino-americanos e africanos encontrou que as mulheres acreditavam que a finalidade do teste era detectar doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), motivo pelo qual elas não queriam submeter-se àquele. Já na África, achou-se que as mulheres acreditavam que um Pap positivo significava a infecção pelo HIV (Bingham et al., 2003). Outra pesquisa qualitativa realizada na África do Sul encontrou que as mulheres outorgavam múltiplas funções ao exame: ele era considerado como método de diagnóstico, prevenção e tratamento para variadas doenças associadas com as "partes femininas" (Wood et. al., 1997). No Brasil, um estudo qualitativo em uma Unidade de Saúde Básica em Fortaleza encontrou que a maioria das entrevistadas tinha escassa informação sobre o Pap e o seu procedimento. Aquelas chegavam à consulta com pouca informação sobre o "ritual" do exame, sentindo-se como objetos de inspeção e experimentando vergonha, nervosismo, ansiedade e medo (Duavy et al., 2007).

Porém, também foram achados subsídios que apontam para uma relativização da relação postulada entre a disponibilidade de informação e a prática preventiva. Uma pesquisa realizada na Suécia com mulheres que não tinham sido examinadas há cinco anos achou que, apesar delas contarem com conhecimento sobre a finalidade do exame, tinham escolhido não fazê-lo (Oscarsson et. al., 2008). Também uma pesquisa quanti-qualitativa com mulheres chilenas registrou que o conhecimento não implicava a realização automática do Papanicolaou (Alvarez, 1998: 38). Um estudo qualitativo realizado na Colômbia apontou para o mesmo fenômeno, enfatizando que, além de conteúdos pertencentes ao plano racional, intervêm fatores de ordem emocional e valorativa, relacionados com a culpa pelo reconhecimento de ter uma vida sexual ativa e a possível associação causal com uma doença associada à morte (Wiesner-Ceballos et. al., 2006). Por fim, uma pesquisa realizada em outros países latino-americanos aponta que o conhecimento também se encontra associado positivamente com a ansiedade e o constrangimento, sem implicar melhorias no comportamento preventivo (Agurto et al., 2004).

Estudos qualitativos realizados em diversos contextos indagaram as percepções das mulheres sobre a doença, suas possíveis causas e formas de transmissão; particularmente nos últimos tempos vem aumentando a produção de literatura focada no HPV e sua relação com o câncer do colo do útero. Uma pesquisa qualitativa realizada na África do Sul encontrou que as mulheres caracterizavam o câncer cervical como uma ferida incurável ou um buraco dentro da matriz, fazendo uma conexão explícita entre "sujeira", infecção transmitida sexualmente e Papanicolaou (Wood et al., 1997). Um estudo colombiano também encontrou que a doença era associada com uma infecção vinculada às relações sexuais, salientando que predominava uma idéia do contágio própria das infecções agudas (Wiesner-Ceballos et. al., 2006). Por outra parte, a vinculação do CCU ou do câncer em geral com a herança genética são mencionadas como fatores que influem no desenvolvimento da doença por mulheres com resultado de Pap anormal na Suécia (Blomberg et. al., 2009).

Já no que se refere ao HPV, uma pesquisa qualitativa com homens e mulheres hispânicos na fronteira mexicana com Texas encontrou uma grande falta de conhecimento sobre a relação entre HPV, resultados de Pap anormais e câncer cervical. Devido à falta de familiaridade com esse vírus, eles tendiam a comparar-lo com o HIV e com outras infecções de transmissão sexual. Como outras possíveis formas de infecção, as extrações sanguíneas, a escassa higiene genital e a utilização de banheiros ou vasos sanitários contaminados foram mencionadas pelos participantes da pesquisa (Fernández et. al., 2009). Outro estudo qualitativo, realizado com mulheres positivas para o teste de HPV de alto risco nos Estados Unidos, encontrou informação semelhante, salientando que, ainda depois de ter recebido o resultado do teste na consulta ginecológica, elas continuavam a ter concepções erradas ou confusas. Aliás, elas não tinham uma compreensão cabal sobre a associação existente entre aquelas questões e o câncer do colo do útero (Sharpe et al., 2005: 127). Achados similares sobre o desconhecimento acerca do vírus, sua transmissão e sua relação com o câncer cervical, assim como a confusão com o HIV, foram encontrados por um estudo qualitativo realizado com mulheres com o vírus do HPV em Fortaleza (Sousa et al., 2008).

Considerando a introdução do teste para a detecção do HPV e da vacina contra esse vírus no mercado e em alguns programas de prevenção, e a sua difusão pela mídia, é de se esperar que o conhecimento sobre a etiologia deste câncer aumente. Entretanto, cabe considerar as possíveis implicações dessa nova realidade. Segundo uma pesquisa

quantitativa realizada na Inglaterra, Escócia e Gales, requerer-se-ão ajustes à idéia de que o câncer cervical é causado por uma infecção transmitida sexualmente, uma noção que poderia resultar chocante para algumas mulheres que atualmente não contam com esse conhecimento. Aquele estudo encontrou que entre algumas mulheres com menor nível educativo e status socioeconômico, não brancas, e que não fazem o Papanicolaou com regularidade, existem maiores probabilidades de sentir preocupação e vergonha diante de um resultado positivo para HPV, mas também face a um resultado de Pap anormal (Waller et al., 2009: 418).

Outra questão a destacar é que muitos estudos focados nos significados outorgados ao HPV e ao câncer do colo do útero têm encontrado uma associação entre o diagnóstico positivo para o vírus ou um resultado anormal de Pap, por uma parte, e a promiscuidade ou a infidelidade, pela outra. Por exemplo, na pesquisa qualitativa de Wood (1997) foi registrada uma forte associação entre o câncer cervical e a multiplicidade de parceiros sexuais, pela qual a mulher era acusada entre algumas etnias da África do Sul. Diante de tal panorama, as mulheres mostravam claras resistências a realizar o exame. Em uma pesquisa com homens e mulheres hispânicos residentes nos Estados Unidos, muitas mulheres afirmaram que, no hipotético caso delas descobrirem estar infectadas pelo HPV e o contarem para seus parceiros, estes possivelmente as abandonariam, por suspeitas de infidelidade. Perguntados os homens sobre tal situação, estes aduziram que, efetivamente, eles acusariam às suas mulheres de serem infiéis, sem considerar a possibilidade da responsabilidade própria na transmissão da doença para elas (Fernández et al., 2009). Essas reações, atribuídas ao machismo, poderiam não só aumentar a possibilidade de infecção entre as mulheres hispânicas, mas também poderiam desencorajá-las de contar seu estado de saúde a seus parceiros, e incluso dificultar a procura de tratamento. Entretanto, a associação entre HPV-Pap e promiscuidade pode interferir também na vida social das mulheres, transcendendo o vínculo do casal. Pela estigmatização da condição associada com a promiscuidade, elas podem enfrentar dificuldades para compartilhar a sua situação com pessoas do seu entorno, diante do temor de serem discriminadas e rejeitadas (Sousa et al., 2008; Fylan, 1988). Em relação a isso, e reforçando a relação negativa com outras DTSSs, um depoimento levantado em uma pesquisa na África do Sul caracterizava o câncer cervical como uma desgraça similar à AIDS, motivo pelo qual aquele devia ser ocultado (Wood et al., 1997).

Por outra parte, um estudo qualitativo que acompanhou mulheres com um Pap anormal durante três anos na Suécia encontrou que aquelas reagiam com desconfiança de seus parceiros ao receber aquele resultado (Blomberg et al., 2009: 483). Achados semelhantes alcançaram-se em Fortaleza entre mulheres com HPV, quem relataram seus sentimentos de desconfiança e a sensação de terem sido traídas por seus parceiros no momento de saber que estavam infectadas com o vírus. Naquela pesquisa ficou evidente a falta de conhecimento das mulheres sobre o período de latência do vírus pelo fato de a infecção ser sempre relacionada com a traição do parceiro atual, sem considerar a possibilidade de transmissão através de relacionamentos anteriores (Sousa et al., 2008). Por último, em outro estudo realizado na mesma cidade com mulheres que concorreram a realizar o exame preventivo a uma Unidade Básica de Saúde, algumas entrevistadas relataram ter feito o Pap diante da incerteza quanto à fidelidade dos seus companheiros (Duavy et al., 2007: 736), fenômeno encontrado também na Colômbia (Wiesner-Ceballos, et al., 2006). Longe de representar um obstáculo para a participação no rastreamento, nestes últimos estudos achou-se que a associação do Pap ou o teste de HPV e a infidelidade operou como uma motivação para a realização do exame.

Além daquela associação, outros fatores interferem na prevenção do câncer cervical nos quais o papel dos homens tem grande relevância. Em Gana, por exemplo, algumas mulheres relataram que não procuravam o exame de Papanicolaou ou que não compareciam nas consultas de seguimento pelo escasso apoio ou ainda pela oposição ativa de seus parceiros (ACCP, 2004), situação também encontrada por Bingham (2003). Em zonas rurais de África do Sul os homens também se opunham à realização do Pap por parte de suas mulheres, na sua tentativa por exercer o controle sobre os corpos de suas mulheres, especialmente sobre aqueles aspectos ligados à reprodução (Wood et al., 1997: 288). Outra pesquisa realizada na América Latina encontrou que este fenômeno ocorre especialmente quando é outro homem quem toma a amostra (Agurto et al., 2004). No Brasil, uma investigação qualitativa com mulheres entre 18 e 60 anos de Fortaleza encontrou, aliás dessa questão, que o Pap era visualizado como um empecilho para as “obrigações sexuais” da mulher para com seu marido (Duavy et al., 2007: 739). Em concordância com estas questões, um estudo quantitativo com mulheres mexicanas em idade reprodutiva concluiu que aquelas cujos parceiros sexuais concordam com que lhes sejam realizadas explorações ginecológicas têm maior

prevalência de utilização do exame (Aguilar-Pérez et al., 2003). À mesma conclusão chegou uma pesquisa qualitativa colombiana (Wiesner-Ceballos et al., 2006).

Como pode-se ver, a questão do gênero se faz presente em muitos dos estudos relevados. Aliás da interferência dos parceiros na adoção de práticas preventivas para o câncer cervical pelas mulheres, outros fatores relacionados com esta categoria são trazidos pela literatura. Um dos elementos destacados é a priorização, por parte das mulheres, do cuidado do lar e da família por sobre o auto-cuidado e a prevenção, como destacado por pesquisas da Colômbia (Wiesner-Ceballos et al., op. cit.) e a África do Sul (Wood et al., 1997). Um estudo quantitativo sobre práticas de auto-cuidado de mulheres menopáusicas no México destacou, aliás, a crescente responsabilidade das mulheres como provedoras na economia familiar (Garduño et al., 2008), reforçando valores como a entrega, a auto-postergação, a abnegação e o sacrifício, os que caracterizam as funções femininas tradicionais, são centrais na identidade genérica das mulheres de setores populares. Dentre elas, são salientadas a maternidade, o sofrimento, a limpeza e a ordem, ademais da falta de tempo para adoecer (Alvarez, 1998: 36).

Os serviços de saúde, focados nas mulheres em idade reprodutiva, também contribuem para reforçar a clássica imagem da mulher usuária. Segundo uma pesquisa sobre o cotidiano das práticas do Programa Saúde da Família do Recife, aquela seria percebida *“exclusivamente como mãe, esposa e dona-de-casa e, principalmente, como a cuidadora da família e mediadora entre o domicílio e os serviços”* (Schraiber, 2005: 51). Porém, são as próprias mulheres as que também se preocupam mais por sua saúde durante a etapa reprodutiva do que durante fases vitais posteriores, apesar de reconhecer essa situação em termos de *“negligência”* (Agurto et al., 2004).

Uma pesquisa quantitativa realizada em Misiones, Argentina, observou proporções mais elevadas de *“atitude adequada frente ao Pap”* entre mulheres que trabalhavam fora de casa. Estimou-se que o fato de trabalhar somente em casa estaria associado a outros fatores ligados ao gênero, tais como a submissão aos maridos e o escasso contato com outras pessoas para tratar da saúde, que dificultariam a formação de atitudes adequadas para a prevenção do CCU (Gamarra et al., 2005). Observou-se menor proporção de prática adequada entre as mulheres casadas ou unidas, sugerindo a necessidade de conscientizar os parceiros, visando atitudes favoráveis em relação ao exame.

Segundo um estudo qualitativo com homens e mulheres na fronteira mexicana com os Estados Unidos (Fernández et al., 2009), não só as normas culturais hispânicas da masculinidade, mas também as relativas ao fatalismo podem interferir no comportamento em relação à prevenção do CCU. Esse último, definido como o pré-determinismo ou pessimismo sobre a probabilidade de sobreviver à doença, é considerado como de grande importância nos estudos sobre conhecimento e crenças dos hispânicos, e particularmente das mulheres, sobre HPV e câncer cervical.

Outra questão fortemente influenciada pelo gênero é o conhecimento e a vinculação das mulheres com o próprio corpo. Segundo uma pesquisa sobre percepções femininas sobre exame preventivo de CCU em Fortaleza, conhecer o próprio corpo ainda é um desafio para muitas mulheres (Duavy et al., 2007). Uma pesquisa chilena, com mulheres que não tinham repetido o Pap no período recomendado pelo programa local, também aponta para o fato de que as mulheres de setores populares têm escasso conhecimento biológico de seu corpo, assim como uma valorização negativa da sexualidade (Alvarez, 1998: 35). Já no caso de mulheres que participam de uma longa pesquisa qualitativa a partir da descoberta de um Pap anormal na Suécia, a sua experiência corporal é descrita em termos de “ter” e “ser” um corpo: no estudo é descrito o processo que passa do ter uma cervice que não é sentida, ouvida nem vista, para se relacionar com um corpo que passa a ser conhecido a través da mediação profissional e da experiência corporal (Blomberg et al., 2009: 483).

Na pesquisa chilena já mencionada encontrou-se que uma de cada seis mulheres acreditava que a higiene podia contribuir para a prevenção, e que uma de cada dez associava a prevenção com o controle da atividade sexual, sendo a maioria delas maiores de 35 anos. Dessa forma, pode-se apreciar a persistência de valores associados à feminilidade como a limpeza e a contenção do impulso sexual e sua influência nas práticas preventivas (Alvarez, 1998), concluindo que a maior exposição ao risco de contrair câncer cervical associa-se à falta de liberdade das mulheres para decidir sobre seu corpo, sua sexualidade e sua capacidade reprodutiva, devida aos valores e normas relacionadas com os roles de gênero.

As concepções do corpo feminino ligadas à reprodução também interferem na experiência da enfermidade: a preocupação pelo impacto da doença e do tratamento sobre a capacidade reprodutiva foi notável entre mulheres em seguimento a partir de resultados anormais ou sob tratamento na Suécia. O corpo reprodutivo foi descrito pelas

mulheres mais novas ou sem filhos como precioso e inseparável de uma feminilidade que parecia ameaçada. Já entre algumas mulheres mais velhas ou com filhos, as partes afetadas eram referidas, sem expressão de perda, como desnecessárias para a sua sobrevivência (Blomberg et al., 2009: 483). Em uma revisão de literatura sobre as representações do câncer de mama é destacado o peso da função social do corpo feminino e da mama em particular, por sua vinculação com a identidade feminina e a sexualidade. *“A possibilidade de desenvolver uma doença na mama compromete toda essa construção fundamental da existência feminina. Compreender esses significados colabora no entendimento da totalidade dos aspectos que compõem o adoecimento por câncer, incorporando ao tratamento do tumor o sujeito fragilizado em suas funções de mulher e mãe”* (Gomes et al., 2002: 202).

A exposição de corpo durante o exame é uma importante barreira para a prevenção do CCU. Em um estudo sobre a prevalência da realização do Pap entre mulheres de 15 a 49 anos em São Paulo, um dos principais motivos para a sua não realização resultou a sua caracterização como embaraçoso ou desconfortável (Pinho et al., 2003). No Nordeste brasileiro, a exposição da genitália como motivo de desconforto emocional foi destacado como um dos maiores obstáculos para a realização do Pap em mulheres entre 15 e 69 anos (Fernandes et al., 2009). A vergonha também resultou a justificativa mais referida para não fazer o Pap entre mulheres com NIC e com câncer invasivo atendidas no Serviço de Oncologia Ginecológica de um Hospital-Maternidade do município de São Paulo (Brenna et al., 2001). A exposição do corpo também foi relatada como motivo de impedimento para a realização do exame por mulheres de Fortaleza. Aquilo ocorria especialmente quando o responsável pelo exame era um profissional do sexo masculino, num sistema de atenção voltado para a vinculação da clientela à unidade de saúde mais próxima, em que a mulher tem pouca ou nenhuma oportunidade de escolher quem irá atendê-la (Duavy et al., 2007). Questões semelhantes foram levantadas por estudos realizados em outros países em desenvolvimento (ACCP, 2004; Agurto et al., 2004; Bingham et al., 2003; Wood et al., 1997; Wiesner-Ceballos et al., 2006), assim como em países desenvolvidos (Fylan, 1988).

3.1.3 Prevenção, risco e sintomas

Existe outro motivo de grande relevância para a não realização do Pap ou para a sua utilização não oportuna, conduzindo ao diagnóstico da doença em etapas avançadas

de pior prognóstico: as mulheres tendem a não fazer o preventivo pelo fato delas considerá-lo desnecessário. Elas avaliam como desnecessário recorrer ao exame pelo fato delas se considerarem saudáveis ou por não terem problemas ginecológicos (Pinho et al., 2003). Uma pesquisa qualitativa realizada na Suécia com mulheres com resultado de Pap anormal ou sob tratamento mostrou que aquelas mulheres foram surpreendidas quando receberam resultados anormais e os diagnósticos posteriores, já que elas acostumavam interpretar a ausência de sintomas como um signo de saúde, evidenciando uma relação quase instintiva entre se sentir e estar doente (Blomberg et al., 2009: 481).

A condição para realizar o exame preventivo foi a presença de sintomas de distúrbios ginecológicos, como sangramento vaginal ou dor abdominal em distintos contextos (Fernández et al., 2009; Wood et al., 1997; Gamarra et al., 2005; Mandagará de Oliveira et al., 2004; 2004; Duavy et al., 2007; Brenna et al., 2001), sobretudo entre as mulheres de setores menos favorecidos (Pinho et al., 2003).

Apesar de que as mulheres podem perceber o Pap como uma forma de se cuidar, demonstrando preocupação e interesse por conhecer seu estado de saúde (Duavy et al., 2007), a sua percepção de risco estaria estreitamente associada ao aparecimento de sintomas (Aguilar-Pérez et al., 2003). Um estudo qualitativo realizado na Colômbia salientou que na representação das mulheres sobre o câncer cervical, como uma infecção vinculada às relações sexuais, predomina uma idéia do contágio própria das infecções agudas, as que produzem signos e sintomas em períodos curtos de tempo. Aquela investigação refere que existiria um “vazio na percepção do risco” entre as mulheres mais idosas: pelo fato delas terem uma vida sexual menos ativa, elas assumiriam que não têm necessidade de realizar a citologia. O referido vazio na percepção do risco foi inferido a partir da reduzida proporção de mulheres entre 45 e 49 anos que concorria à consulta em ausência de mal-estar, quando comparado à proporção que consultava diante de sintomas ginecológicos urinários ou abdominais que, naquela faixa etária, foi o principal motivo para a realização do Pap (Wiesner-Ceballos et al., 2006: 193). Uma pesquisa realizada em Texas com população hispânica identificou, entre as mulheres casadas, a “ilusão de fidelidade” como um fator de risco para a infecção por HIV que pode ser de grande pertinência para considerar a maior exposição dessas mulheres à infecção por HPV, já que, ao persistem em ignorar a possibilidade de que seus maridos tenham outras parceiras sexuais e que poderiam infectá-las, aquelas se encontram em maior risco de serem afetadas pelo vírus (Fernández et al., 2009).

Confirmando estas informações, o estudo de Agurto (2004) na América Latina assinala que a história sexual da mulher e seus parceiros é considerada como indicador de vulnerabilidade, motivo pelo que as mulheres com parceiro sexual estável ou sem atividade sexual não se percebiam em risco (Agurto et al.). Uma revisão de literatura inglesa também apontou que muitas mulheres mencionaram a não realização do teste por considerá-lo desnecessário, já que elas se consideravam fora de risco (Fylan, 1988). Em relação àquilo, um estudo em países de América Latina, África e Ásia postulou que em países em desenvolvimento as barreiras para a participação das mulheres no rastreamento do câncer cervical se vinculam com a falta de familiaridade com o conceito de cuidado preventivo da saúde (ACCP, 2004). Segundo outra pesquisa, as crenças e as atitudes das mulheres referidas ao conceito de prevenção tinham grande importância para a compreensão dos motivos da sua escassa participação nos programas de rastreamento. A compreensão sobre a prevenção era limitada e que as pessoas tinham tendência a procurar atenção alopática só como um último recurso, depois do fracasso das ações domésticas ou tradicionais ensaiadas (Bingham et al., 2003). Uma pesquisa sobre práticas de autocuidado de mulheres menopáusicas no México apontou que a consulta ao médico não era uma medida de prevenção cotidiana entre aquelas. A limitação do enfoque preventivo transcende ao câncer cervical, atravessando o cuidado da saúde feminina em geral (Garduño et al., 2008).

3.1.4 Percepções sobre CCU: fatalismo e medo

Chama a atenção que na literatura se faz presente, em forma muito reiterada, a percepção por parte das mulheres de que o câncer cervical seria uma doença inevitável e fatal. Nessa concepção tem especial influência a associação com o câncer em geral. Informação em esse sentido foi encontrada em contextos diversos, mas sobre tudo em países em desenvolvimento (Agurto et al., 2004; Fernández, 2009). Porém, longe de ser uma mera fantasia ou exagero, nesses cenários essas crenças encontram sustentação na realidade: uma pesquisa realizada na África do Sul apontou que a percepção de que a doença era irremediavelmente fatal derivava da realidade do câncer cervical no país, em que muitas mulheres negras concorriam aos serviços de atenção em forma tardia e em que a doença resultava efetivamente mortal (Wood et al., 1997). Achados sobre a descrença sobre a cura deste tumor em função de experiências de desenlaces fatais foram encontrados no Brasil, em Belém, (Silva et al., 2010) e Pelotas (Mandagará de

Oliveira et al., 2004). Uma pesquisa com mulheres mexicanas explicitou que as percepções sobre a impossibilidade de prevenir ou curar o CCU eram produto de fatores estruturais, tais como o racismo, as dificuldades econômicas e a inacessibilidade aos serviços de saúde. Nesse sentido, o pessimismo sobre o controle do câncer tem mais a ver com a realidade de diagnóstico tardio e falta de tratamentos adequados do que com definições tradicionais de fatalismo (Fernández et al., 2009). As mulheres vêem o CCU como irremediavelmente terminal, rejeitando fazer um exame que para elas só teria a função de servir como heraldo de uma afecção que irá matá-las. No caso de mulheres africanas, a idéia de que o próprio conhecimento do diagnóstico poderia trazer a morte mais rapidamente tinha bastante presença nos discursos das mulheres entrevistadas (Wood et al., 1997).

A equiparação do CCU com os outros tumores resulta chave no reforço da percepção da impossibilidade de se prevenir e se curar esta doença. O medo ao câncer em geral seria uma barreira que atravessaria todas as culturas (Agurto et al., 2004). O câncer como algo invasivo, ameaçador e letal encontra evidências em estudos realizados em locais muito diversos (Mandagará de Oliveira et al., 2004; Duavy et al., 2007; Silva et al., 2010; ACCP, 2004; Bingham et al., 2003).

Finalmente, além do medo da morte, o CCU também está ligado com outros temores, como é o medo da dor. Por um lado, o próprio câncer é vinculado à idéia de sofrimento (Silva et al., 2010), com imagens ligadas ao invasivo e a feridas que consomem o corpo desde dentro (Wood et al., 1997). Por outro, o exame também é percebido como possível produtor de dor (Fylan, 1988; Wiesner-Ceballos et al., 2006; Duavy et al., 2007; Waller et al., 2009). Uma pesquisa realizada em países latino-americanos evidencia várias questões que, ligadas ao medo ao exame, contribuem para a resistência por parte das mulheres a realizá-lo. Dentre aquelas, foram destacadas a ansiedade diante da dor e da possibilidade de sofrer danos internos, o medo da má utilização do espéculo, o temor da infertilidade produzida por procedimentos errados, o medo de infecções ou sangrado, aliás de sentimentos de indefensabilidade e impotência (Agurto et al., 2004). Ademais, o próprio tratamento pode ser concebido como fonte de sofrimento: a histerectomia é representada por mulheres africanas como uma amputação e como uma esterilização involuntária, aliás de incapacitante da função sexual (Agurto et al., op. cit.). Nesse sentido, tal como foi afirmado por uma pesquisa qualitativa sobre percepções de mulheres com câncer de mama e familiares, o próprio tratamento

pareceria receber o status de doença (Tavares; Trad, 2005). Por fim, outros temores são vivenciados pelas mulheres em relação ao câncer cervical, como o medo de não poder lidar financeira nem emocionalmente com uma doença estigmatizada socialmente (Agurto et al., op. cit.).

Em suma, a revisão da literatura nos permite afirmar que as estratégias preventivas do CCU com frequência não levam em conta diversos aspectos que interferem na efetividade das ações. As dificuldades estão ligadas às singularidades dos grupos sociais que, ao invés deles ser o público-alvo passivo das estratégias, deveriam nortear aquelas intervenções. O desconhecimento das representações das mulheres de setores populares sobre o CCU, sobre suas causas, sobre o HPV e sobre o teste de Papanicolaou; as barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde; os pudores relacionados à exposição do corpo; o medo da dor durante o exame, pela doença ou até pelo tratamento; a influência de seus parceiros e de seu papel social como mães-cuidadoras; a associação com as DSTs, a promiscuidade e a infidelidade, assim como o medo de receber um diagnóstico por uma doença considerada mortal, são alguns dos muitos fatores que interferem na forma como as mulheres vinculam-se com esta afecção e com a possibilidade ou impossibilidade de sua prevenção.

No presente caso, este projeto de pesquisa pretende analisar as dimensões relevadas – assim como também os aspectos particulares da problemática passíveis de surgirem durante o processo de investigação – em um bairro popular de Salvador, em função da falta de produções nessa cidade, visando a contribuir para a adequação das ações preventivas do CCU à realidade das mulheres em situação de maior vulnerabilidade que lá se encontram.

4. OBJETIVOS

4.1 Geral:

Indagar os significados e práticas de mulheres de bairros populares de Salvador, Bahia, sobre o câncer do colo do útero e sua prevenção.

4.2 Específicos:

- Compreender os significados associados pelas mulheres à doença e ao exame de Papanicolaou.

- Identificar os conhecimentos das mulheres sobre a doença e o Papanicolaou.
- Descrever as práticas preventivas das mulheres referidas à doença.
- Identificar os fatores que podem dificultar e os que podem facilitar a prevenção do CCU entre as mulheres.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir, revisar-se-ão algumas categorias da teoria social que poderão nos auxiliar na tarefa proposta. Para tal, partir-se-á do conceito de representações sociais, em articulação com outras categorias, tais como as de corpo, habitus, classe, sexualidade, gênero e vulnerabilidade.

5.1 A construção social do natural: representações sociais sobre corpo, saúde e doença

À utilização desse arsenal teórico subjaz a premissa da “*construção social da realidade supostamente mais natural, a da doença, do corpo e de suas manifestações*” (Herzlich, 2005: 61). O processo saúde-doença situa-se no âmbito do social, já que “*é provavelmente importante que a doença, se ela é desordem, não seja acaso; é provavelmente importante que, enquanto desordem, ela seja significativa*” (Herzlich, op. cit.: 60). Sem negar a importância do substrato orgânico da corporalidade e do adoecimento, é preciso destacar a dimensão social que contribui para a configuração do corpo; para a definição das noções de saúde, doença e risco, assim como para as maneiras pelas quais os mal-estares são experimentados e enfrentados por sujeitos em contextos sociais determinados.

A partir desde essa perspectiva geral nos propomos revisar a categoria de *representação social*. Cunhada por Durkheim, ela enfatiza a primazia do pensamento social em relação ao individual, o que pode ser compreendido considerando o seu propósito de afirmar o status da Sociologia como ciência. As representações coletivas não se reduzem à soma das representações dos indivíduos, mas constituíam realidades externas que se impunham àqueles: “*as formas coletivas de agir ou pensar têm uma realidade fora dos indivíduos que, em cada momento, conformam-se a elas. São coisas que têm existência própria. O indivíduo as encontra formadas e nada pode fazer para que sejam ou não diferentes do que são*” (Durkheim, apud Herzlich, op. cit.: 58).

Porém, a utilização atual dessa categoria analítica não postula uma relação de determinação entre representações coletivas e condutas individuais. Herzlich afirma que o conceito de representação social contribui para “*compreender por que alguns problemas sobressaem numa sociedade e esclarecer alguns aspectos de sua apropriação pela sociedade, como os debates e os conflitos que se desenrolam entre diferentes grupos de atores. Compreendemos de que forma chegam e constituem o foco de condutas múltiplas e complexas – tal o papel de orientação das representações; mas a explicação das condutas propriamente ditas deve incluir outras variáveis, e não apenas as representações*” (Ibid.: 61-62). As representações teriam uma função orientadora, mas não determinante, das condutas singulares. Essa advertência resulta pertinente diante de nossa intenção de investigar as representações sobre o CCU, sem postular uma ligação mecânica com as práticas das mulheres, o que Herzlich caracteriza como uma falida tentativa de predição de condutas individuais.

Já que as representações farão sentido para orientar a ação dos indivíduos em relação ao espaço social onde eles se inserem, pode-se encontrar concepções de saúde e de doença diferentes em grupos sociais distintos, podendo implicar, do mesmo modo, práticas diversas. Esta questão deve ser especialmente considerada para o desenho de políticas de prevenção orientadas a populações específicas, como no caso que nos ocupa. Uchôa e Vidal (1994) destacam a importância dos programas de saúde se enraizarem no conhecimento das *formas de pensar e agir* predominantes nas populações nas quais se pretende intervir. Com base nesse postulado, eles afirmam que o universo sócio-cultural dos grupos em risco de adoecer deve ser visto não mais como obstáculo à efetividade das ações, mas deve ser valorizado por ser “*o contexto onde se enraízam as concepções sobre as doenças, as explicações fornecidas e os comportamentos diante delas*” (Uchôa; Vidal, 1994: 503).

No que se refere ao *corpo*, partimos da premissa de que longe de ser uma realidade em si mesma, de caráter natural e universal, ele é um “*efeito de uma construção social e cultural*” (Le Breton, 2010: 15)⁶. Também Helman (2007) assinala que a tentativa de separar o corpo da cultura é impossível: “*os indivíduos incorporam a cultura em que vivem (e) suas sensações, suas percepções, seus sentimentos e outras experiências corporais são culturalmente padronizados, (...) o corpo é a cultura*” (Helman, op. cit: 27-28). É assim que

⁶ Todas as citações desse autor correspondem a traduções próprias a partir do original em espanhol.

os fenômenos relativos ao corpo, como a saúde e a doença estão atrelados a contextos sócio-históricos particulares.

Apesar da polissemia do significante “corpo”, Le Breton afirma que a própria condição humana é corporal, já que *“o homem é indiscernível do corpo que lhe outorga espessura e sensibilidade de seu ser no mundo”* (Le Breton, 2010: 9). Porém, o processo de individualização característico da Modernidade teria levado à separação do homem do próprio corpo, introduzindo uma dualidade até então inexistente. O corpo passou a ser percebido como um atributo, uma propriedade, um limite com os outros, um acessório ou até uma espécie de alter ego do sujeito, mais do que como a sua essência (Le Breton, op. cit.). Porém, geralmente aquele corpo transcorre na invisibilidade e no silêncio: na vida cotidiana, ele não é percebido por aquele que “o possui”, tornando-se transparente àquele sujeito que o habita. A tal ponto é assim que Canguilhem define o estado de saúde como *“a inconsciência que o sujeito tem de seu corpo”* (Canguilhem, *apud* Le Breton, op. cit.: 122). Apenas as interrupções forçadas das atividades cotidianas – pela dor e/ou a doença – o devolverão à cena: a sensação de habitar sem conflitos o próprio corpo será substituída por um *“penoso sentimento de uma dualidade que quebra a unidade da presença: o sujeito se sente cativo dentro do corpo que o abandona”* (Ibid.: 94). Com sentido semelhante, Good (1997) aponta que a doença e a dor *“submetem a experiência aos ritmos vitais do corpo, infundindo a experiência cotidiana com sua presença (...). Os ritmos pessoais e sociais normais da experiência são geralmente subvertidos, modelados segundo as demandas do corpo”*⁷ (Good, 1997: 131).

A angústia e a incerteza trazidas pela experiência de alteridade em relação ao próprio corpo requerem operações de simbolização para reintroduzir o sentido e a coerência necessários para o sujeito nessa condição. Para tal, é importante o recurso à medicina e seus agentes: segundo Lupton (1994) o mal-estar é *“uma ameaça à racionalidade, já que ele ameaça a vida social e corrói o autocontrole, daí que a capacidade da biomedicina racional para lidar com a doença seja privilegiada. A medicina ocidental está assim dirigida ao controle do corpo, preservando-o de se submergir no caos e na desordem da doença e o mal-estar”*⁸ (Lupton, 1994: 87).

Neste sentido, cabe trazer os aportes para a antropologia médica de Kleinman (1988), quem afirma que os mal-estares podem ser explicados pelos sujeitos em termos

⁷ A tradução a partir do original em inglês é minha.

⁸ A tradução a partir do original em inglês é minha.

de *illness* ou *disease*, com base em categorias ligadas ao social em interação com o orgânico. A distinção entre *illness*, como experiência subjetiva do mal-estar do indivíduo, e *disease*, como anormalidade na estrutura ou no funcionamento de órgãos ou sistemas corporais segundo a definição da medicina, é de suma importância em várias esferas. Na clínica, ela pode contribuir para o sucesso terapêutico na relação médico-paciente. Na área das políticas de prevenção, ela permite analisar as interações entre os diagnósticos médicos e populares, os quais embasam as percepções e os comportamentos dos sujeitos. Daí a sua importância quando se pretende produzir subsídios para promover a adequação das ações preventivas e terapêuticas a populações específicas, como no presente caso.

Ademais, a própria *dor* precisa ser abordada em termos sócio-culturais. Apesar do fato dela ter uma inegável função biológica como alerta sobre problemas físicos, as formas de percebê-la, de comunicá-la e de reagir diante dela variam entre grupos (Helman, 2007). A dor nem sempre é comunicada aos outros: *“sob certas circunstâncias, pode permanecer privada; pode não haver sinal ou indício externo de que a pessoa está experimentando dor, mesmo que a dor seja muito intensa”* (Helman, op. cit.: 171). O “comportamento de dor”, que é exteriorização do sofrimento, é influenciado por fatores sociais, culturais e psicológicos. Um dos elementos que determinam que o sofrimento privado se torne público é a intensidade percebida daquele, a que varia culturalmente. Boltanski (1979) agrega que as formas de comunicar e de enfrentar a dor diferem entre categorias sociais, e que as maneiras de lidar com o sofrimento obedecem a *“regras que determinam o grau de interesse e de atenção que convém dar às sensações doentias e, talvez, de maneira mais geral, às sensações corporais e ao próprio corpo; até que ponto é conveniente falar do corpo, de comunicar a outrem as próprias sensações corporais e, em especial, queixar-se de sensações doentias; e, correlativamente, os tetos de intensidade a partir dos quais uma sensação deve ser tida como anormal (...) e determinar o conseqüente recurso ao médico. Ora, essas regras não são idênticas nos diversos grupos sociais”* (Boltanski, 1979: 145).

Um dos fatores que interferem para outorgar ao sofrimento um caráter público é a sua significância, tendo a dor anormal maiores probabilidades de ser comunicada. Entre as mulheres, Helman assinala que a dor será considerada normal ou anormal em função de elementos vinculados ao contexto social e econômico, tais como a

necessidade de cuidar das crianças ou de continuar trabalhando. Se referindo às classes populares, Boltanski afirma que elas *“não prestam voluntariamente atenção ao seu corpo, que o usam principalmente como um instrumento (...) (motivo pelo qual) a doença se manifestará brutalmente porque não se aperceberam dos sinais precursores ou porque se recusaram a percebê-los; a doença será vista o mais das vezes como um acidente imprevisível e súbito”* (Boltanski, 1979: 163).

Outras definições de dor anormal dependem das significações vinculadas à imagem do corpo, de sua estrutura e de suas funções, questões variáveis não só entre culturas diferentes, mas também classes sociais, grupos etários e gêneros (Helman, op. cit.: 172). Le Breton afirma que o desenvolvimento das disciplinas na Modernidade – com sua profusa produção de saber e de controle sobre os corpos – aprofundou o divórcio entre os saberes populares associados ao corpo e a cultura erudita, particularmente a biomédica. Nas sociedades ocidentais contemporâneas se tem um conhecimento bastante vago do corpo, sendo *“raros os sujeitos que conhecem realmente a localização dos órgãos e que compreendem os princípios fisiológicos que estruturam as diversas funções corporais. Trata-se de conhecimentos mais que rudimentares, superficiais, para a maioria das pessoas. Na consciência de seu fundamento físico, da constituição segreda interna do corpo, o sujeito recorre paralelamente a muitas outras referências”* (Le Breton, op. cit.: 84). Essa questão também é abordada por Boltanski (1979), na sua análise da relação entre medicina popular e medicina científica. Cabe assinalar que embora os dois autores aludam à separação entre esses saberes, ambos reconhecem a interação entre aqueles, a partir da apropriação de categorias médicas e da conservação de explicações e ações terapêuticas de origem tradicional por parte dos “leigos”. Estes aspectos deverão ser considerados na análise, visto que a literatura informa dificuldades para a prevenção do CCU vinculadas à falta de conhecimento das mulheres sobre o próprio corpo, assim como a atitudes de rejeição diante de tudo aquilo que remeta à genitália feminina. Assim mesmo, também devem ser consideradas as expectativas de quem sente dor em relação às possíveis respostas a serem obtidas após a comunicação dessa situação. As percepções das mulheres sobre o Papanicolaou, sobre alguns métodos de diagnóstico e sobre as cirurgias e outros tratamentos para o câncer remetem à dor e cabe contemplar a expectativa de experimentar dor entre os possíveis motivos para que, ainda dispondo de acesso aos recursos necessários, as mulheres não procurem os serviços em forma oportuna.

Por outra parte, a dor, como a doença, suscita perguntas de caráter moral por parte do sujeito que sofre (Helman, 2007). Se a dor fosse explicada como castigo divino, por exemplo, poderia dissuadir ao indivíduo de procurar atenção para amenizar o sofrimento; o que caberá analisar em função da relação entre o CCU e a sexualidade.

Por fim, uma das particularidades do CCU é a sua escassa sintomatologia e a falta de dor, já que aquelas se apresentam apenas nas etapas de maior gravidade da doença. Esse traço particular do câncer cervical faz com que muitas mulheres apenas procurem consultar quando a enfermidade não pode ser mais prevenida, perdendo a possibilidade de realizar tratamentos e intervenções menos invasivos e dolorosos.

Por outra parte, as representações sobre a possibilidade de se prevenir o CCU são influenciadas pelas significações em torno do *câncer* em geral. A equiparação do CCU com todos os outros tumores faz com que as mulheres desacreditem não só nas possibilidades de prevenção, mas também de cura desta doença. Cabe lembrar que o câncer é uma “doença-metáfora” (Sontag, 2005), portadora de fortes significações sociais que configuram o contexto aonde as percepções, os medos e as ansiedades relativas ao CCU irão se situar. O câncer não só carrega a evocação da morte nem condensa em si os mais diversos males sociais. Ele porta também a idéia da doença como punição, assim como a culpabilização do doente e o estigma, elementos que dificultam a sua abordagem preventiva, apesar de que em termos técnicos isso seja possível: *“Visivelmente, o culpado é a doença. Mas também o paciente resulta sê-lo. As teorias psicológicas mais aceitadas atribuem ao doente a dupla responsabilidade de ter adoecido e de curar-se. E as convenções que exigem que o câncer não seja uma mera doença, mas um inimigo diabólico, fazem com que ele não seja só uma doença mortal, mas também uma doença vergonhosa”*⁹ (Sontag, op. cit: 61). É imprescindível compreender as percepções das mulheres em relação ao CCU no marco abrangente das significações do câncer em geral; significações fortemente associadas com a culpa, a morte, a inevitabilidade e, em conseqüência, a impossibilidade de prevenção.

5.1.1 Corpo e classe social

Sem desconsiderar a dimensão biológica da saúde e da doença em prol de uma abordagem exclusivamente social, a perspectiva adotada no presente projeto de pesquisa

⁹ Todas as citações dessa autora correspondem a traduções próprias do original em espanhol.

requer localizar aquele componente no contexto das “*condições estruturais, políticas e subjetivas (...), (visto que) saúde/enfermidade têm vinculação com os modos de produção, as desigualdades sociais e as redes sociais de apoio dos indivíduos e grupos*” (Minayo, 2006: 197). Desta maneira, torna-se evidente a necessidade de incorporar outras categorias analíticas, no intuito de compreender o processo saúde-doença no seu caráter de construção social e histórica, a partir de grupos específicos de interesse. Se focando na vinculação entre condição de classe e representações sobre saúde e doença, Minayo (1988) abordou um segmento de classe trabalhadora numa favela no Rio de Janeiro, com o objetivo de analisar suas concepções da etiologia da doença. Esse interesse devia-se a que através da compreensão da causação seria possível compreender as atitudes e as práticas associadas ao fenômeno saúde-doença desse grupo, já que o sistema etiológico popular encontrava-se articulado às condições materiais da existência daquele grupo. A autora mostrou as interações entre distintos registros de saber e de práticas sobre a saúde e a doença; particularmente, pela análise das relações das classes populares com o saber biomédico: “*Qual é a fonte do conhecimento etiológico dessa categoria de atores sociais? (...) trata-se de um conhecimento que parte da experiência e se reorganiza constantemente no contato com a medicina oficial e alternativa*” (Minayo, 1988: 376).

Essa concepção etiológica popular foi designada como holística, já que vários domínios de causação foram registrados em forma articulada: o natural, o psicossocial, o sócio-econômico e o sobrenatural. Como parte da causação sócio-econômica da enfermidade, para além das condições materiais de existência, foi destacada a relação com o próprio sistema médico, caracterizada como “*uma experiência prática em que (as famílias) se sentem anônimas, impotentes e discriminadas (...), construída nas diferenças de concepção sobre saúde-doença. Enquanto para os médicos saúde-doença são, acima de tudo, fenômenos físicos, para esse segmento da população, saúde-doença são relações que se expressam no corpo mas que o ultrapassam indiscutivelmente*” (Minayo, op. cit.: 370). O câncer também não constitui uma exceção, sendo muito freqüente o hiato entre a explicação biomédica e a popular.

No que se refere à causação natural, fatores ligados ao meio ambiente afetariam o estado de saúde, tais como as mudanças do clima, a poluição, os desequilíbrios nutricionais e o próprio ciclo da vida. O câncer, com sua vinculação à velhice, ao estilo de vida e a fatores ambientais, também poderia relacionar-se com essa dimensão.

Por outra parte, o componente psicossocial da etiologia da doença relacionava-se a sentimentos e emoções considerados prejudiciais à saúde – tais como a raiva, a inveja ou a tristeza, vivenciados no âmbito das relações interpessoais mais próximas. Também Sontag afirma que o câncer é associado a essa dimensão: *“muitos hoje acreditam que o câncer se deve a uma insuficiência de paixão, que ele afeta aos reprimidos sexuais, aos inibidos, aos pouco espontâneos, aos incapazes de cólera”*. A *“causa do câncer é a repressão de sentimentos violentos”* (Sontag, 2005: 27-29). Apesar de que mais na frente iremos nos aproximar do conceito de gênero, cabe chamar a atenção para o fato de que atitudes como as listadas se correspondem com valores tradicionalmente preconizados para as mulheres, sobretudo as de classes populares, em que a passividade e a contenção dos impulsos constituem a norma.

Por último, a causação sobrenatural, embora referida à esfera "metafísica", tinha o corpo como lugar de expressão; motivo pelo qual muitas pessoas procuravam auxílio médico e tratamentos de tipo espiritual ao mesmo tempo. Diante de suspeitas e mal-estares, é freqüente as mulheres de camadas populares recorrerem à atenção médica como último recurso ou em forma complementar com outros sistemas médicos. Na pesquisa citada acrescentava-se que, especialmente diante de doenças *“difíceis de serem explicadas pelo diagnóstico médico, como distúrbios emocionais e problemas degenerativos, seu entendimento é dado como ‘castigo de Deus’, ‘coisa que mandaram’, ‘encosto’ de algum espírito”* (Minayo, op. cit.: 373). Novamente Sontag pontua que, embora já na cultura grega a doença é significada como castigo sobrenatural ou como possessão demoníaca, foi com o *“cristianismo que, como em tudo, impôs idéias mais moralizadoras acerca das doenças, a (...) idéia da doença/castigo cedeu seu lugar à idéia de que uma doença podia ser um castigo particularmente apropriado e justo”* (Sontag, op. cit.: 49). Desta maneira, a perspectiva de análise aportada por Minayo (1988) terá grande pertinência para nosso propósito, permitindo-nos abordar diferentes dimensões da causação da doença segundo a inserção social de um grupo particular e analisando como essas percepções interferem nas práticas preventivas.

Por fim, embora baseando sua análise na categoria de classe, Minayo apresenta a compatibilidade daquela com aspectos característicos da condição humana em general: *“a visão de mundo dos diversos segmentos da classe trabalhadora se integra — ainda que de forma contraditória — à cosmovisão da sociedade dominante. (...) a concepção de saúde-doença dos segmentos da classe trabalhadora ultrapassa os limites de classe*

e se solidariza com as angústias, os medos, os sofrimentos e as questões filosóficas que preocupam o ser humano de nosso tempo. Mais ainda, ela tem raízes no passado e na essência se encontra com problemas formulados por povos primitivos, por diferentes culturas e por variados grupos sociais. Noutras palavras, a noção de etiologia ultrapassa o campo estrito da biomedicina no espaço e no tempo e atinge também o universo de considerações antropológicas e metafísicas” (Minayo, op. cit.: 365). E destaca, ainda, a estreita relação entre as concepções sobre saúde e doença e a vida social em geral: *“estamos afirmando que é muito mais profunda, é cultural, a definição de saúde-doença que captamos no discurso desses segmentos da classe trabalhadora. Ela se refere não apenas à origem de um mal, mas a uma imagem do mundo, do homem, da natureza e das relações sociais”* (Ibid: 375). Reforçando essa afirmação, cabe lembrar Herzlich (2005), quem afirma que, pelo fato dela implicar uma ameaça à vida individual, à inserção social e ao equilíbrio coletivo, a doença engendra uma “necessidade de discurso” na sociedade. Essa exigência de sentido seria uma condição de possibilidade para a configuração de representações que operariam como orientação para a ação de grupos determinados, as que nos cabe indagar.

5.2 Cuidado dos outros ou cuidado de si: sexualidade, gênero e família

As percepções e as práticas das mulheres associadas ao CCU encontram-se atravessadas por outra questão de grande relevância para a organização social e subjetiva, como é a *sexualidade*. Segundo Loyola (1999), ela constitui um objeto de estudo que ainda se encontra em processo de construção pelas ciências sociais. Entretanto, a sexualidade não é um terreno novo de preocupações e intervenções: até o século XIX, ela foi um campo propício à prescrição ética da religião e da filosofia moral; posteriormente, constituiu um espaço de atuação normativo/terapêutica para a medicina e a psicanálise, ganhando até uma disciplina específica, a sexologia (Weeks, 2007). Foi precisamente no âmbito da medicina que a sexualidade acabou sendo conceitualizada em termos de instinto biológico para a reprodução da espécie, centrada na genitalidade e na heterossexualidade, ao tempo que o erotismo e outras práticas passavam a ter uma posição subordinada (Loyola, op. cit.). Porém, a sexualidade não é única nem fixa. Longe de obedecer exclusivamente ao sexo biológico¹⁰ e a um instinto

¹⁰ O sexo é aqui entendido como “um termo descritivo para as diferenças anatômicas, básicas, internas e externas ao corpo, que vemos como diferenciando homens e mulheres” (Weeks, 2007: 43).

tido como universal, seus significados e conteúdos variam não só ao longo da história, entre culturas diferentes ou entre grupos da mesma sociedade, mas também ao longo da própria vida dos indivíduos (Loyola, op. cit.). Por tal motivo, apesar de ter base nas possibilidades do corpo, a sexualidade deve ser analisada como um construto social e histórico modelado por relações de poder (Weeks, op. cit.).

Entretanto, a relação entre a dimensão biológica e a sociocultural da sexualidade não está isenta de debates, mesmo ao interior das ciências sociais. Partindo da premissa de que a sexualidade é uma área disputada, Vance (2005) reconstrói o debate ocorrido na antropologia em torno daquela. A partir da revisão da produção dessa disciplina, ela propõe a distinção entre o “modelo de influência cultural” e a “teoria da construção social” da sexualidade. A primeira perspectiva, desenvolvida entre 1920 e 1990, teria contribuído para a crítica das visões mais essencialistas sobre a sexualidade, mostrando a influência da cultura na variabilidade dos comportamentos sexuais. Porém, ela assumiria a existência de um fundamento universal, biologicamente determinado, da sexualidade. Esse núcleo, ainda passível de ser modelado pela cultura, estaria conformado pelo “impulso” ou “pulsão” sexual, orientado para a reprodução da espécie. Assim mesmo, esse modelo teria contribuído para reforçar a confusão – e, às vezes, a fusão – entre sexualidade e gênero. Segundo a autora, essa confusão derivaria da centralidade outorgada à reprodução pela idéia popular de que *“(1) o sexo causa o gênero, isto é, as diferenças reprodutivas do macho e da fêmea e o processo de reprodução (...) dão origem à diferenciação de gênero, e de que (2) o gênero causa o sexo, isto é, as mulheres marcadas pelo gênero constituem o locus da sexualidade, do desejo e da motivação sexual. A reprodução e sua organização tornam-se os principais eixos da diferenciação macho/fêmea e do desenvolvimento do sistema de gênero”* (Vance, op. cit.: 20).

A segunda perspectiva mencionada, a teoria da construção social, se desenvolveu a partir de 1975, tributária da sociologia, da história e de grupos militantes não acadêmicos. Vance salienta particularmente os esforços feministas na crítica das teorias que ligavam gênero e sexualidade pelo apelo à reprodução, justificando a subordinação das mulheres pelo determinismo biológico. Já desde a antropologia, resultou fundamental a desconstrução do conceito de “sistema sexo/gênero” por parte de Rubin, em 1984. Após de ter cunhado aquela categoria, ela mesma a criticou, afirmando que sexo e gênero constituíam sistemas distintos, a pesar de estarem vinculados. Em

referencia àquilo, Vance esclarece que “*Embora os membros de uma cultura vivenciem esse entrelaçamento como natural, (...) os pontos de conexão variam historicamente e nas diversas culturas*” (Ibid.: 12). Outra grande contribuição para o construtivismo social foram as pesquisas sobre a história da homossexualidade¹¹. A partir delas foi desenvolvida a distinção entre comportamento homossexual e identidade homossexual, contribuindo para a desconstrução da sinonímia atividade sexual/identidade sexual. Assim, a teoria da construção social propõe a diferenciação entre atos, identidades e comunidades sexuais, e explicita que a sexualidade reprodutiva é apenas uma parte desse campo.

Por sua vez, no interior desta perspectiva também ocorre um debate que leva à diferenciação entre o construtivismo radical e o moderado. O primeiro afirma que tudo aquilo que se refere à sexualidade é culturalmente criado, incluindo o próprio desejo sexual. Rejeita-se, assim, a existência de um impulso sexual que, pelo fato de estar ligado à dimensão física, se encontraria presente em todas as sociedades e épocas. Já a postura moderada aceita a existência de uma pulsão essencial, que seria modelada culturalmente em forma de atos, identidades e escolhas sexuais concretas. Assim, a sexualidade incluiria crenças, comportamentos, relações e identidades modeladas social e historicamente (Weeks, op. cit.), articulando diversas dimensões da vida social, transcendendo os contatos sexuais entre sujeitos. Apesar da crítica à identificação sexualidade/reprodução da espécie, esta perspectiva reconhece o papel da sexualidade para a reprodução da sociedade, “*na medida em que da canalização ou do controle social do erotismo depende, em grande parte, a manutenção (...) de instituições tais como a família, o parentesco e tantas outras. Na sociedade humana, o sexo constitui, ainda, um instrumento poderoso de criação de vínculos sociais e, ao mesmo tempo, uma constante ameaça às regras estabelecidas*” (Loyola, op. cit.: 34). Heilborn (2003) também aponta que a sexualidade está articulada a estratégias matrimoniais e de integração social¹², vinculadas assim mesmo, à questão dos sentimentos. Assim, o “*sexo é um canal de comunicação, um meio de troca, inserido numa visão de mundo, na qual*

¹¹ Apesar de reconhecer a importância dos aportes de Foucault, Vance destaca que as primeiras pesquisas sobre a matéria se realizaram fora do âmbito acadêmico, até a história da sexualidade ser reconhecida como tema legítimo de estudo.

¹² “*Casamento, filhos e casa são valores centrais em seus projetos de vida. O sexo é, assim, uma forma de negociação com o parceiro masculino e uma possibilidade de transição de status, isto é, de tornar-se adulta. (...) O sexo é sobretudo uma dádiva, cedida na expectativa de uma aliança, que é a sua contrapartida*” (Heilborn, 1999: 54, em pesquisa sobre as trajetórias sexuais de mulheres de classes populares no Rio de Janeiro).

estão igualmente presentes concepções sobre amor romântico, intimidade, corpo e os sentimentos a ele relacionados, como gosto e desgosto, também estes culturalmente fabricados” (Heilborn, 2003: 202).

No que se refere à relação entre sentimentos e sexualidade, Barbosa (1999) aponta que o atrelamento do sexo ao afeto continua fazendo parte da narrativa romântica da sexualidade feminina, questão que tem importantes conseqüências sobre as práticas preventivas de doenças sexualmente transmissíveis. Segundo Loyola, a relação entre sexualidade e amor está marcada pela hierarquia que atravessa as relações de gênero, o que lhe confere um papel central na definição da sexualidade masculina e feminina. Esta autora aponta que o *“desconhecimento da ligação sexualidade x sentimentos (...) vem se constituindo num obstáculo dos mais importantes para a prevenção da Aids por transmissão sexual”* (Loyola, op. cit.: 35). Também Heilborn (1999) constatou que para as mulheres o amor é imprescindível, como se ele validasse o sexo. Ele dificultaria a adoção de medidas preventivas diante das DSTs e da gravidez indesejada, mesmo as mulheres dispondo de informação e estando cientes do risco. Da mesma maneira, a infidelidade dos parceiros, considerada pelas mulheres como parte da *“natureza masculina”*, revelaria a interferência das relações de gênero nas dificuldades para a prevenção de agravos à saúde vinculados ao exercício da sexualidade (Heilborn, 1999; Heilborn e Gouveia, 1999; Gogna e Ramos, 1999).

Estas questões são particularmente pertinentes em referência às mulheres de setores populares já que, contrariamente às dos setores médios, *“a estruturação (da sua) visão do mundo é holista. Pode-se dizer que, para os grupos populares, a sexualidade não se constitui em domínio de significação isolada; sexo e prazer estão englobados por uma alusão a uma moralidade mais abrangente”* (Heilborn e Gouveia, 1999: 180). A sexualidade não seria uma instância de apreensão racional devido àquela lógica holista, que articularia estreitamente valores relativos ao sexo, à família, ao gênero e à reciprocidade. Assim, *“o sexo está subsumido a uma ordem moral-familiar (...). Na representação feminina, o sexo é um item básico da engrenagem relacional; é um dos elementos da contra-dádiva que a relação conjugal enseja, conformada por uma distribuição das obrigações familiares entre os gêneros”* (Ibid.: 180). Nessa sexualidade atravessada por padrões morais e de gênero diferenciais, a relação com o parceiro constitui o valor preeminente e se impõe às considerações individuais. Desta maneira, ainda diante de situações reconhecidas como de risco, as mulheres *“entram em*

relações desprotegidas em nome de certos valores. A existência social da pessoa é mais importante que a (possível) vida do indivíduo” (Ibid: 181).

Em relação a esta questão, cabe trazer os achados de uma pesquisa sobre os fatores psicossociais e culturais que incidem na prevenção e tratamento das DSTs, realizada num bairro popular da Grande Buenos Aires, Argentina. Tanto mulheres quanto homens declararam que estes não cooperariam para a realização de um tratamento de uma DST diagnosticada à parceira. Entretanto, a construção social do gênero e da sexualidade também afetaria a busca de tratamento para essas doenças de maneiras mais “sutis”: *“Muitas mulheres não conhecem os sinais e sintomas, ou aceitam corrimentos vaginais e coceira como parte inevitável da vida sexual e do fato de serem mulheres. O estigma conferido por essas moléstias, a vergonha e o medo de serem consideradas “inféis” ou “traídas” também afetavam sua capacidade de reconhecer os sintomas e procurar tratamento apropriado”* (Gogna; Ramos, 1999: 241).

Considerando o visível atrelamento entre sexualidade e *gênero*, é necessário aprofundar nesta última categoria, que também constituirá um aporte fundamental para esclarecer as maneiras como as mulheres se vinculam com o CCU e com a possibilidade de preveni-lo. Atendendo à estreita inter-relação entre corpo e gênero, Canesqui (2007) recorre à noção de “socialização diferenciada por gênero” para aludir a uma construção social do corpo, que implicaria formas diferenciadas de expressar, sentir e reagir diante de experiências físicas, dentre elas a dor e a doença, a partir dos sexos. Já Bourdieu (1995) alude à dominação masculina como se se tratara de uma evidência que não precisasse de justificação, presente nas mais diferentes dimensões e espaços da vida social, e sobretudo nos próprios corpos, nos seus gestos e suas posturas, aparentando resultar de uma essência natural e incontestável. Aplicando o conceito de *habitus*, ele mostra que a divisão entre feminino e masculino transcende aos sujeitos para ser aplicada a todas as coisas, sob a forma de um esquema de percepção e de ação não consciente, naturalizado por um continuado trabalho de socialização. Ele explica a dominação masculina como uma inversão das causas e as conseqüências que faz parecer natural aquilo que tem uma origem histórica e social: *“O corpo masculino e o corpo feminino, e muito especialmente os órgãos sexuais (...), são percebidos e construídos segundo os esquemas práticos do habitus, constituindo-se assim em suportes simbólicos privilegiados daquelas significações e valores que estão de acordo com os princípios da visão falocêntrica do mundo. (...) Longe de as necessidades de reprodução*

biológica determinarem a organização simbólica da divisão sexual do trabalho e, pouco a pouco, de toda a ordem natural e social, é uma construção arbitrária do biológico, que dá um fundamento aparentemente natural à visão masculina da divisão do trabalho sexual e da divisão sexual do trabalho e, por isso, a toda a visão masculina do mundo” (Bourdieu, 1995: 149).

Bourdieu explicita que a dominação masculina é sobretudo de caráter simbólico, superando a mera coerção. Dessa maneira, ele enfatiza que não só os homens colaboram para a sua reprodução, mas também as mulheres, num jogo de cumplicidades e de antecipação das normas e dos pré-conceitos aprendidos. Se referindo à sociedade cabila, mas aplicando aquela observação a outras sociedades, o autor afirma que as mulheres realizam *“a imagem de si mesmas que a visão masculina lhes atribui, dando assim a aparência de um fundamento natural a uma identidade que lhes foi socialmente imposta”* (Bourdieu, op. cit.: 141). Através dessa *violência simbólica, a dominação é garantida com a participação da parte dominada, “na medida em que (ela) não dispõe, para o pensar e para se pensar, senão de instrumentos de conhecimento que tem em comum com (a dominante) e que não são senão a forma incorporada da relação de dominação”* (Ibid.: 142). Claro que essa adesão não se origina em decisões conscientes, mas na submissão pré-reflexiva dos dominados, socializados nessa ordem social naturalizada. Assim, o autor conclui que este processo gera disposições políticas (em termos de condições de possibilidade assim como de impossibilidade) nas disposições corporais: *“Esse conhecimento através do corpo é o que leva os dominados a contribuir para sua própria dominação ao aceitar tacitamente (...) os limites que lhes são impostos...”* (Ibid.: 146).

No caso das mulheres das camadas populares, que constituem nosso grupo de interesse, é de se esperar que suas percepções sobre saúde, doença, prevenção e risco se encontrem vinculadas aos papéis socialmente atribuídos àquelas em tanto mulheres, em função da normatização social ainda vigente, a qual dispõe estereótipos e papéis diferenciais segundo os sexos.

Para abordar essa questão e sua necessária desconstrução, cabe lembrar que o conceito de gênero, proposto por feministas na década dos 70, se propõe sustentar teórica e politicamente a rejeição ao determinismo biológico subjacente aos termos “sexo” e “diferença sexual” (Scott, 1990: s/n.). Mediante essa categoria são designadas as relações sociais desiguais entre os sexos, desmentindo as explicações sustentadas na dimensão orgânica, e evidenciando a construção social dos papéis atribuídos

historicamente a homens e mulheres. Denunciando as origens históricas e sociais das identidades de homens e mulheres, o gênero referiria então a *“uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado”* (Scott, op. cit: s/n.), implicando uma definição cultural do que seria “naturalmente” feminino ou masculino, e contribuindo para a modelação dos seus corpos. Assim, o termo “sexo” passaria a designar *“somente a caracterização anátomo-fisiológica dos seres humanos* (entanto o conceito de “gênero” permitiria) *distinguir a dimensão biológica da social. O raciocínio que apóia essa distinção baseia-se na idéia de que há machos e fêmeas na espécie humana, mas a qualidade de ser homem e ser mulher é realizada pela cultura”* (Heilborn, 1997: 102). Dessa maneira, o aspecto relacional explicita-se em termos de uma assimetria de poder presente nas definições normativas do que seria a feminilidade e a masculinidade.

Já Butler (2003) traz uma discussão mais complexa da questão, problematizando vários elementos caros à produção feminista. A autora parte da dificuldade da representação política das “mulheres” como sujeito do feminismo, pelo questionamento da possibilidade da existência de uma “identidade feminina” válida para todas as mulheres. Seguindo Foucault, afirma que o poder político e jurídico opera produzindo aquilo que alega representar, criando sujeitos à sua semelhança, mas também excluindo aqueles que não consegue contemplar. Por tal motivo, ela propõe realizar um estudo genealógico para a análise crítica das categorias de identidade criadas e naturalizadas pelas estruturas políticas e jurídicas contemporâneas, às quais o feminismo não teria permanecido imune. Para além dessa questão, ela postula que a noção de um patriarcado universal já tem sido criticada e que a categoria “mulher” também não é exaustiva: *“se alguém ´é uma mulher, isso certamente não é tudo o que esse alguém é (...), porque o gênero estabelece interseções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas”* (Butler, 2003: 20). Ademais, Butler questiona a própria distinção de sexo/gênero. Em termos genealógicos, ela pergunta: *“Podemos referir-nos a um ´dado´ sexo ou um ´dado´ gênero, sem primeiro investigar como são dados o sexo e/ou gênero e por que meios? E o que é, afinal, o ´sexo´? É ele natural, anatômico, cromossômico ou hormonal (...)? Se o caráter imutável do sexo é contestável, talvez o próprio construto chamado ´sexo´ seja tão culturalmente construído quanto o gênero; a rigor, talvez o sexo sempre tenha sido o gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero revela-se absolutamente nenhuma”* (Butler, op. cit: 25).

Por outra parte, a autora questiona a continuidade entre sexo e o gênero: se o último envolve os significados culturais assumidos pelo corpo sexuado, ela não vê o motivo para ele decorrer de um sexo de uma maneira determinada, nem encontra razões para supor que os gêneros devam ser só dois. Em função disso, alerta a necessidade de desconstruir a *“hipótese de um sistema binário dos gêneros (a qual) encerra implicitamente a crença numa relação mimética entre gênero e sexo, na qual o gênero reflete o sexo ou é por ele restrito”* (Ibid.: 24). Desta maneira, ela conclui que o gênero seria o meio discursivo pelo qual o “sexo natural” seria produzido como pré-existente à cultura. Essa construção discursiva seria uma das maneiras pelas quais se consolida um discurso cultural hegemônico sobre a *“univocidade do sexo, a coerência interna do gênero e a estrutura binária para o sexo e o gênero (ocultando seu caráter de) ficções reguladoras que consolidam e naturalizam regimes de poder convergentes de opressão masculina e heterossexista”* (Ibid.: 59).

Descrendo na ontologia do gênero e na busca pelo significado do que seria “ser” mulher ou homem, Butler convida a duvidar do gênero como atributo que as pessoas “possuiriam”. Pelo fato dele ser construído, o gênero bem poderia sê-lo diferentemente. No caso de existir um gênero fixo, estar-se-ia assistindo a um determinismo derivado não da biologia, mas da cultura. Retomando Nietzsche, a autora manifesta-se contrária à “metafísica da substância” e à visão do gênero como essência de identidades fixas. Pelo contrário, ela afirma que o “ser” de um gênero é na verdade um efeito passível de ser elucidado através da investigação genealógica: *“o gênero não é um substantivo, (...) seu efeito substantivo é performativamente produzido e imposto pelas práticas reguladoras da coerência do gênero. (...) não há identidade de gênero por trás das expressões do gênero; essa identidade é performativamente constituída, pelas próprias ‘expressões’ tidas como seus resultados”* (Ibid.: 48). Assim, concorda com Simone de Beauvoir em que ninguém nasce, mas torna-se mulher, já “ser mulher” seria um devir aberto a re-significações. Mesmo quando o gênero parece reificar-se, aquela cristalização é realizada através de práticas passíveis de serem modificadas. *“O gênero é a estilização repetida do corpo, um conjunto de atos repetidos no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida, a qual se cristaliza no tempo para produzir a aparência de uma substância, de uma classe natural de ser. A genealogia política das ontologias do gênero, em sendo bem-sucedida, desconstruiria a aparência substantiva do gênero”* (Ibid.: 59).

Constatando que o caráter de construção social pode transcender ao gênero para alcançar à própria categoria “natural” de sexo, no contexto da permanente produção e re-criação de práticas discursivas apontando naquele sentido, essa discussão deve ser atendida em referência ao nosso tema de interesse, atravessado por questões ligadas ao que seria ser mulher, qual o seu papel na sociedade, no grupo doméstico e no casal. Àquela construção primária, erigida sobre a diferença aparentemente natural entre os sexos, que ainda se encontra na base da organização social, corresponderia uma distribuição de tarefas entre estes¹³. Em função do processo de naturalização e reificação mencionado aquela distribuição é percebida como “*uma espécie de extensão das diferenças anatômicas (procriativas) entre os sexos*” (Heilborn, 2003: 200). Um exemplo paradigmático é a atribuição à mulher do papel de cuidadora da prole, como uma simples prolongação da capacidade biológica de gestar e amamentar (Heilborn, 1997). Como já foi colocado, os próprios serviços de saúde contribuem a reproduzir esta visão naturalizada do papel da mulher usuária, pela interlocução àquela em função de seus papéis de mãe, esposa e dona-de-casa e, sobretudo, como cuidadora da família (Schraiber, 2005). Será esta uma das questões que o presente projeto se propõe indagar, no intuito de tentar compreender o que ocorre no caso em que a mulher deslocar-se-ia do papel tradicionalmente reservado para ela, o de quem cuida, para o de quem deve cuidar de si própria ou até o de quem precisa ser cuidada por outrem.

Por tal motivo, a análise deverá feita em estreita vinculação com o conceito de *família*. Esta tem grande centralidade na produção de significados e práticas referidas ao processo de saúde-doença-cuidado. Menéndez (2004) a destaca como o micro-grupo fundamental em relação a este processo, salientando o papel feminino na reprodução do grupo doméstico. Sarti adverte que a família constitui uma das esferas da vida social mais naturalizadas pelo senso-comum, já que nela tudo pareceria acontecer segundo a própria natureza, haja vista que ela regula atividades de caráter biológico, ligadas à reprodução, a vida e a morte (Sarti, 1995). Neste sentido, resulta necessário compreender as percepções das mulheres de camadas populares sobre a doença e a prevenção entanto práticas de cuidado de si no contexto das práticas domésticas de saúde, já que é nelas que importantes dimensões da estrutura sociocultural mais

¹³ “É a cultura que constrói o gênero, simbolizando as atividades como masculinas ou femininas” (Heilborn, 1997: 103).

abrangente se tornam presentes, como as relações de gênero ou a posição social (Trad, 2010).

Apesar de reconhecermos a advertência de Trad sobre a contribuição da literatura especializada para a naturalização do papel das mulheres como cuidadoras, acreditamos que será de grande importância compreender como essa função socialmente adjudicada às mulheres interfere nas práticas de cuidado da saúde daquelas em relação ao CCU. No que se refere à dinâmica familiar das camadas pobres em particular, sinaliza-se a existência de uma divisão de papéis moldada pela tradição, com preeminência dos projetos coletivos em detrimento das aspirações individuais dos seus integrantes (Sarti, 1995; Trad, 2010). Nesse contexto de predominância do interesse coletivo, em articulação com papéis de gênero que adjudicam à mulher a função do cuidado da saúde doméstica, será necessário indagar como as mulheres destes setores sociais percebem e praticam o cuidado de si.

Porém, também cabe considerar a heterogeneidade dos modelos e padrões familiares vigentes na atualidade, devidos a um inegável processo de transformação em curso no Brasil. Deve-se ter cautela diante da tentativa de definir padrões de comportamento familiares segundo classe social, destacando a existência de dinâmicas familiares heterogêneas nos setores populares. A partir de mudanças estruturais e dinâmicas, com impacto diferenciado segundo contextos sociais e regionais, o Brasil atual se caracteriza pela coexistência de padrões familiares tradicionais e modernos. Tais traços revelam, paradoxalmente, *“tanto a importância estratégica de se incorporar gênero e classe social no estudo de família, como a extrema dificuldade de tal empreitada”* (Trad, op. cit: 46), questão que devemos ter presente.

A fusão entre sexualidade, gênero e moralidade deverá ser atendida considerando que muitas dificuldades e barreiras para a prevenção do câncer cervical estão ligadas à percepção das mulheres e seus parceiros sobre os papéis de gênero e à sua valoração da sexualidade. Uma condição necessária, mas não suficiente, para o desenvolvimento do CCU é a transmissão sexual do HPV. Assim mesmo, alguns fatores de risco para a aparição da doença também estão relacionados com a atividade sexual: a multiplicidade de parceiros sexuais (tanto da mulher quanto do seu parceiro) e a iniciação sexual precoce. Neste sentido, será fundamental conhecer os significados outorgados pelas mulheres e seus parceiros à relação entre a doença, a sexualidade e o gênero, considerando que valorações negativas em torno da afecção, derivadas de sua

vinculação com estas dimensões, poderiam não só dificultar a detecção precoce, mas também o seu tratamento e ainda a sua cura.

5.3 Para uma renovação das práticas preventivas: vulnerabilidade

Por fim, consideramos necessário recorrer a um último conceito para encarar o projeto proposto, que é o de *vulnerabilidade*. Originado na área da advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem, esse termo começou designando “*grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania*” (Ayres et al., 2003: 118).

A partir de seu deslocamento e entrada na área da saúde pública com sua aplicação à problemática do HIV-Aids, o conceito encontrou outros espaços de aplicação. De fato, Ayres afirma que o enfoque provido a partir da vulnerabilidade é aplicável a qualquer dano ou condição de relevância para a saúde, constituindo um aporte de interesse para as propostas renovadoras das práticas de saúde, em geral, e da prevenção e da promoção da saúde, em particular. Considerando essas potencialidades o trazemos para aportar ao desenvolvimento do presente projeto de pesquisa.

Intentaremos, a partir da historização do conceito feita por Ayres, destacar as suas possibilidades de aplicação a nosso tema. A partir das primeiras abordagens da problemática do HIV-Aids em termos de fatores de risco, a categoria sofreu um deslocamento discursivo de conseqüências não desprezíveis, quando aplicada pela saúde pública: “*De categorias analíticas instrutoras do raciocínio causal (...), o fator de risco transmutou-se no conceito operativo de grupo de risco*” (Ayres et al., op. cit.: 119-20). A partir daquela inferência, grupos sociais concretos passaram a ser foco de estratégias de prevenção, reforçando a estigmatização e o preconceito sofridos por aqueles setores.

Trás a comprovação dos escassos resultados obtidos diante da epidemia, e a partir da crítica à estigmatização produzida por aquela abordagem, passou-se para o desenho de estratégias de redução de risco, focadas nos comportamentos e não mais nos “grupos de risco”. Porém, essa perspectiva também encontrou um limite, evidenciado pela tendência à culpabilização dos indivíduos que não se comportavam de acordo com as práticas preconizadas. Atribuindo à displicência e a outras atitudes pessoais as falhas na prevenção, reforçava-se a responsabilização e a individualização tanto do risco quanto da prevenção. Evidenciou-se que a adoção de comportamentos preventivos não era a simples resultante da disposição de informação e da vontade de escolha, mas que

ela se encontrava atravessada por coerções e condicionamentos culturais, econômicos e políticos, todos eles desigualmente distribuídos entre gêneros, populações, grupos sociais, etários e étnicos.

Assim, chega-se ao conceito de vulnerabilidade, definido como o *“movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos”* (Ibid.: 123). Diante do conceito de risco, caracterizado pelo esforço de isolamento de variáveis independentes para a elaboração de explicações causais das chances que um indivíduo qualquer tem de sofrer algum desfecho de saúde, a noção de vulnerabilidade persegue a síntese daqueles elementos que a análise epidemiológica tenta separar. De caráter não probabilístico, a vulnerabilidade dá ao manifesto que a exposição não é homogênea entre todos os indivíduos. Por tal motivo se interessa pela plausibilidade, com uma visão particularizadora que procura dar conta da co-presença e a interferência entre elementos diversos em contextos sociais concretos. Assim, a partir deste enfoque a vulnerabilidade pode dar conta de componentes interligados:

- O individual, relacionado com o grau e a qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre determinado problema; à sua capacidade de elaborá-la e incorporá-la aos seus repertórios de preocupações cotidianos, e às possibilidades de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras.
- O social, que se refere à possibilidade de obter e assimilar informações, e ao poder de incorporá-las a mudanças práticas, condicionado pelo acesso aos meios de comunicação, à escolarização, a recursos materiais, ao poder de influenciar decisões políticas e à possibilidade de enfrentar barreiras culturais e à liberdade de coerções.
- O programático, que significa que os recursos sociais necessários para que os sujeitos não se exponham e se protejam diante de determinado problema sejam disponibilizados efetiva e democraticamente. Para tal, se requerem esforços programáticos com compromisso, recursos e avaliação dos programas implementados, para canalizar os recursos

existentes e otimizar sua utilização, contribuindo ao fortalecimento dos indivíduos diante da doença.

Esta abordagem se sustenta na premissa de que é preciso apreender o peso dos diferentes contextos sociais como determinante de suscetibilidades particulares, que chamam por respostas sensíveis a essas singularidades. Essas suscetibilidades não devem vistas como características identitárias fixas de determinados grupos, mas devem ser abordadas em seu caráter dinâmico, pelo fato de elas serem produto de determinada configuração social. A perspectiva da vulnerabilidade recorre ao risco como ferramenta pertinente para discriminar segmentos populacionais mais expostos, não em função de traços intrínsecos, mas como produto da posição que seus componentes ocupam em relações na sociedade como todo, salientando o caráter relacional das situações determinantes da vulnerabilidade.

No que se refere ao tema de interesse deste projeto, é claro que os aportes da epidemiologia são fundamentais para saber quais as mulheres mais expostas ao risco de adoecer e morrer por câncer cervical, assim como também quais as mulheres com menos probabilidades de realizar o exame preventivo em forma oportuna.

A partir da análise das políticas de prevenção em face ao controle da doença implementadas até o momento no Brasil, pode-se ver as dificuldades para avançar para melhoras em relação àquela situação. As medidas impulsionadas, de caráter campanhista e massivo, representam tentativas de alcance limitado, sobretudo em relação às mulheres com maiores probabilidades de desenvolver a doença. Nesse sentido, é visível a necessidade de abordar aquele grupo em função dos seus atributos, entendendo-os não como identidades cristalizadas, mas sim em virtude do lugar que ele ocupa na sociedade. O gênero, a pertença de classe, a idade, a raça dessas mulheres devem nortear as indagações, considerando o que elas significam no tecido social: relações sociais permeadas por assimetrias de poder, porém, passíveis de serem modificadas. Relações que, em última instância, nos colocam frente à iniquidade e à injustiça das mortes devidas a uma doença que – apesar das condições técnicas existentes para evitá-la – afeta a muitas mulheres que, longe de serem vulneráveis em essência, estão em um estado de risco socialmente criado que pode ser modificado.

6. METODOLOGIA

6.1 Abordagem metodológica e técnicas de produção de dados

Considerando os objetivos propostos, adotar-se-á uma perspectiva qualitativa, visando aceder ao conhecimento em profundidade das significações e práticas em relação ao câncer do colo do útero das mulheres a serem estudadas. Dada sua pretensão de captar da maneira mais profundamente possível os fenômenos de estudo, as estratégias de pesquisa qualitativas utilizam técnicas de produção de dados não estruturados. Nesse intuito, elas adotam uma forma compreensiva, na tentativa de apreender aqueles fenômenos em toda a complexidade que os caracteriza. A diferença das estratégias quantitativas, elas não aspiram à generalização dos seus achados nem à postulação de associações causais, mas sim à compreensão de significados singulares elaborados por sujeitos concretos no seu particular contexto.

Dentre as várias técnicas existentes de produção de dados características da perspectiva qualitativa, o presente projeto recorrerá à entrevista. Procurar-se-á que a análise da informação obtida permita incorporar o contexto de sua produção e sua complementação por informações obtidas a partir da observação participante.

Cabe esclarecer que se tentará realizar o tipo de entrevista mais aberta, isto é, o menos estruturada e diretiva possível, no intuito de que sejam as próprias entrevistadas quem organizem espontaneamente os temas e a seqüência em que aqueles serão abordados. Isso obedece a que a própria maneira em que os discursos são organizados constitui uma dimensão de análise significativa. Apesar desta intenção, contar-se-á com o auxílio de um roteiro de entrevista como guia, para garantir que os assuntos considerados de interesse *a priori* sejam tratados, no caso deles não serem abordados espontaneamente pelas entrevistadas. Este instrumento, previamente elaborado e validado antes de sua aplicação, organizará uma possível seqüência das questões segundo os tópicos de interesse do estudo, contribuindo para uma entrada progressiva no tema, assim como para a ampliação da informação e o aprofundamento da comunicação entre pesquisadora e informantes.

Para os propósitos do presente projeto, o desenho do roteiro contemplou tanto questões surgidas da revisão da bibliografia como algumas presunções próprias. No entanto, cabe explicitar que a utilização daquele roteiro não exclui a possibilidade de novos temas de interesse emergir durante a interação. De fato espera-se que questões

não contempladas *a priori* se apresentem no transcurso das interações com as entrevistadas, sendo o roteiro utilizado apenas como um suporte para a entrevista, e jamais como um questionário a ser aplicado de forma estruturada.

Algumas das questões contempladas no roteiro de entrevista proposto são: práticas de cuidado da saúde e de prevenção na família; práticas de cuidado e prevenção da saúde sexual; percepções sobre o exame de Papanicolaou (motivos para sua realização ou não e experiências no atendimento) e percepções sobre o CCU (causas, possibilidades e formas de prevenção, relação com o câncer).

Por outra parte, recorrer-se-á também à observação, que constitui outra técnica freqüentemente utilizada na pesquisa qualitativa. O diário de campo é um instrumento central para o registro dos encontros e das entrevistas informais, dos comportamentos, dos gestos e das rotinas que podem resultar de importância para o estudo. Ele constitui a ferramenta que permite documentar as informações que, na medida em que a imersão do pesquisador no campo progride com o tempo, podem deixar de ser percebidas. Por último, aquele instrumento é de grande importância para a triangulação de informação, contribuindo para contrastar os dados obtidos através das entrevistas com as observações das práticas.

Utilizar-se-ão, de maneira complementar, fontes secundárias para obter informação sobre o funcionamento do Programa de Prevenção de CCU e sobre as ações realizadas no nível da atenção básica. Para tal propósito, recorrer-se-á à revisão das publicações do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher e suas aplicações no nível local.

6.2 Seleção das entrevistadas

Como já foi mencionado, na perspectiva qualitativa de pesquisa não se tem pretensões de extrapolar os achados para uma população mais abrangente. Isto tem conseqüências no que se refere aos critérios de seleção de informantes a serem aplicados. Longe de se orientar pela lógica de amostragem estatística própria da pesquisa quantitativa, a seleção dos sujeitos de estudo é realizada mediante a escolha intencional daqueles que possuem os atributos de interesse explicitamente definidos e buscados pelo pesquisador em função do seu interesse.

Desta maneira, visando contribuir para a compreensão da heterogeneidade do grupo em estudo, a seleção das informantes definir-se-á em função de aspectos de

interesse próprios, sem se ater à busca de critérios de representatividade. De fato, a própria quantidade de interlocutores depende de fatores diferentes dos que definem as amostras nas estratégias quantitativas de pesquisa: o pressuposto de que em um meio social específico existe um número limitado de pontos de vista sobre determinado tema é o que sustenta a saturação da informação como critério para a definição do tamanho amostral (Gaskell, 2002). Por tal motivo, deve-se realizar um número de entrevistas suficiente para verificar a reincidência e complementaridade das informações. Em suma, *“a amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo”* (Minayo, 2007: 197). Ademais, entanto a seleção de informantes é processual, conta-se com a possibilidade de se realizar modificações em relação ao planejado, no devir do trabalho de campo.

No caso do presente projeto, propõe-se realizar entrevistas semi-estruturadas com 12 mulheres de 20 a 60 anos que sejam atendidas em Unidades de Saúde da Família dos bairros escolhidos. A definição desta faixa etária deve-se ao fato de que como já foi mencionado anteriormente, as mulheres com maior risco de desenvolver a doença encontram-se dentro desse grupo de idade, particularmente entre os 45 e os 49 anos. Por outra parte, esse grupo de idade inclui aquele definido pelo Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher como o alvo de sua política preventiva. Ademais, se espera incorporar a perspectiva das mulheres mais novas, esperando encontrar entre elas formas particulares de se relacionar com a sexualidade e com os serviços de saúde.

Ainda, o grupo de entrevistadas será segmentado, procurando que algumas das mulheres tenham realizado pelo menos um Papanicolaou no último ano – esperando achar, por sua vez, algumas que tenham obtido resultados normais e outras que tenham recebido resultados anormais, no intuito de indagar se as percepções sobre o tema variam em função dessa vivência. Por outra parte, espera-se contar com informantes que não tenham realizado nunca aquele teste. Isso obedece ao fato de que as mulheres com maior risco de desenvolver a doença encontram-se dentro desse grupo. Dessa maneira, pretende-se garantir uma heterogeneidade de situações e posições discursivas tal que permita dar conta das diversas percepções existentes no meio social em relação ao tema.

Ademais, para garantir a diversidade que confere a particular riqueza da abordagem qualitativa, tentar-se-á contemplar a máxima heterogeneidade possível entre as entrevistadas segundo categorias de interesse, sustentadas na revisão da literatura. No

presente caso, procurar-se-á abranger categorias diferentes de variáveis como: condição conjugal; idade; condição de chefia da família; ingressos; tipo de inserção laboral e máximo nível educativo alcançado.

O contato com as mulheres selecionadas para serem entrevistadas será realizado nas Unidade de Saúde da Família escolhidas. Porém, também espera-se chegar até algumas mulheres através de alguma organização comunitária local ou a través das próprias informantes (técnica de bola de neve). Espera-se assim, ampliar o leque de características das entrevistadas, procurando contatar mulheres que não tenham um vínculo direto com os serviços de saúde, as que possivelmente serão mais vulneráveis face à doença, já que como foi visto, a falta de acesso aos serviços de saúde em geral é considerada co-fator de risco para o desenvolvimento da doença. Procurar-se-á que as entrevistas sejam realizadas em ambientes e horários adaptados às mulheres, visando à maior intimidade da interação.

6.3 Análise e interpretação da informação

Para a análise dos dados produzidos a partir das entrevistas, adotar-se-á a técnica de *análise de conteúdo*, visando à detecção de unidades de sentido para a identificação de padrões compartilhados e diferenças significativas.

Segundo Bardin, a “*intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (...), inferência esta que recorre a indicadores*” (Bardin, 1977: 38). Aqueles indicadores permitirão transcender a busca de interpretação do significado do “material bruto” fornecido pelas falas transcritas, em função de outro tipo de interesse: não tentar-se-á decifrar o sentido “verdadeiro” das mensagens, mas procurar-se-á compreender outros significados, de natureza sociológica e cultural.

Segundo Bauer (2002) aquela técnica permite reduzir a complexidade de um conjunto de textos mediante operações de classificação sistemática e codificação. Aquele procedimento implica a transformação do texto original e a criação de uma informação de novo tipo, cujos produtos serão válidos entanto estejam fundamentados nos materiais obtidos e sejam congruentes tanto com a teoria quanto com o objetivo de pesquisa.

Com tal propósito, partir-se-á da imersão no corpus do texto, através da leitura reiterada das transcrições das entrevistas. Através de estratégias de leitura flutuante e

focalizada procurar-se-á detectar padrões reiterados, conexões e contradições à luz do marco teórico da pesquisa. Elaborar-se-á uma matriz de dados a partir dos tópicos do roteiro de entrevista, já que se espera que nele se encontrem contidas as principais categorias teóricas e as pressuposições de base que poderiam orientar a análise (Gaskell, op. cit.).

Será utilizado como unidade de registro o tema, definido como uma afirmação acerca de um assunto. Bardin afirma que este tipo de análise consiste na busca e na descoberta dos “*núcleos de sentido*’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido” (Bardin, op. cit.: 105). Já Jovchelovitch e Bauer (2002) definem a análise temática como um procedimento gradual de redução do texto qualitativo, a través de diversas operações de generalização e condensação de sentido. A partir da perspectiva hermenêutica, esses autores conceitualizam esse tipo de análise em termos de uma “fusão dos horizontes” do pesquisador e dos informantes, a ser feita mediante a junção das estruturas de relevância destes. Apesar do fato de os autores citados destacarem o tratamento e a interpretação dos dados a partir da aplicação de testes estatísticos, concordamos com Minayo (2007) quando adverte contra tentativas excessivamente quantitativistas. Ela assinala que a unidade de significação não se compõe pela soma das respostas individuais, mas que se elabora por significados que conformam a lógica própria do grupo estudado ou pelas múltiplas lógicas possíveis (Minayo, op. cit: 192). Neste sentido, as operações de codificação e de categorização do material atendendo a padrões recorrentes devem conduzir a uma interpretação final fundamentada a partir dos dados, mediante inferências em diálogo com a perspectiva teórica e os objetivos da pesquisa, atendendo ao contexto sociocultural em que estão inseridos os sujeitos de estudo.

6.4 Aspectos éticos

Como é freqüente na pesquisa em Ciências Sociais, o estudo proposto não implica a experimentação com os sujeitos participantes, mas limitar-se-á à realização de entrevistas, procurando interferir na mínima medida possível nas rotinas das pessoas estudadas. A pesquisa reger-se-á segundo os princípios éticos da beneficência, a autonomia, a equidade, a não maleficência e a justiça, adotando uma postura de respeito

pelas crenças, valores e práticas dos participantes, respeitando os compromissos adquiridos com eles e realizando a devolução dos resultados obtidos na fase final.

No momento de convidar as possíveis informantes para participar do estudo, lhes será explicado o objetivo da pesquisa e o caráter das questões incluídas na entrevista. Uma vez compreendidos estes aspectos da pesquisa e sendo aceita a participação no estudo, as informantes assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documentando sua participação voluntária. No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido esclarecer-se-á que terão a possibilidade de recusar responder perguntas, assim como de interromper a entrevista a qualquer momento sem prejuízo nenhum, enfatizando que isso não implicará nenhuma sanção que pudesse afetar a assistência à sua saúde.

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o título da pesquisa será de caráter mais abrangente, a efeitos de não induzir as respostas das entrevistadas no que se refere à prevenção do CCU, procurando partir da discussão do cuidado à saúde da mulher em termos gerais. Por tal motivo, o documento referir-se-á à pesquisa com o título “Práticas de cuidado à saúde entre mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia”.

Atendendo ao direito ao sigilo e à confidencialidade das informações fornecidas, propor-se-á às entrevistadas que escolham um nome fictício para ser identificadas na pesquisa garantindo a proteção de sua identidade. Para sua apreciação e autorização, o projeto é submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

7. Cronograma

ANO	2010		2011			2012
ETAPA	Mar - Jul	Ago - Dez	Jan - Abr	Maio - Jul	Ago - Dez	Jan – Mar
Elaboração do ref. teórico						
Elaboração do plano de análise						
Qualificação - Comitê de Ética						
Realização de entrevistas						
Processamento/ análise de dados						
Defesa						

8. Referências

ADAM, P.; HERZLICH, C. Saúde e doença e suas interpretações culturais e sociais. In: **Sociologia da doença e da Medicina**. São Paulo, EDUSC, 2001

AGUILAR-PÉREZ, J. ET AL. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. **Rev. Saúde Pública**. 37(1): 100-106, 2003

AGURTO, I. ET AL. *Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America*. **Preventive Medicine**, 39, p. 91-98, 2004

ALLIANCE FOR CERVICAL CANCER PREVENTION. **Improving Screening Coverage Rates of Cervical Cancer Prevention Programs: A Focus on Communities**. Seattle: ACCP; Cervical Cancer Prevention Issues in Depth, No. 4., 2004

ALVAREZ, S. Aspectos socio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cérvico uterino. **Cad. Saúde Pública**. 14 (Supl. 1) P. 33-40, 1998

AMORIM, V. ET AL. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas , São Paulo , Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 22(11): 2329-2338, 2006

ARROSSI, S.; PAOLINO, M. **Proyecto para el mejoramiento del programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina**. Informe Final: Diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS. Pub. 64. 2008

ASHING-GIWA, K. ET AL. The impact of cervical cancer and dysplasia: a qualitative, multiethnic study. **Psychooncology**. 13 (10). P. 709-728, 2004

AYRES, J. ET AL. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (orgs.). **Sexualidades pelo avesso**. Direitos, identidades e poder. IMS/UERJ, Editora 34, São Paulo, 1999

AYRES, J. ET. AL. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA D.; FREITAS C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003

BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendencia de Vigilância e Proteção à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Câncer no Estado da Bahia: perfil da morbimortalidade. Salvador, 2004

BAILIE, R.; PETRIE, K. "Women's attitudes to cervical smear testing". *The New Zealand Medical Journal*. 103. P. 293-295, 1990

BARBOSA, R. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (orgs.). **Sexualidades pelo avesso**. Direitos, Identidades e Poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999

BARDIN, L. 1977. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70. P. 27-46 e 95-116

BAUER, M. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In BAUER, M.; GASKELL, G. **Observação e coleta de dados sensoriais: sons, imagens, sensações**. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um manual prático. Petrópolis, Editora Vozes, 2002. P. 189-217

BINGHAM, A. ET AL. Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. **Rev. Salud Pública Mex.** 45, suppl. 3. P. 5408-5416, 2003

BLOMBERG, K. ET AL. From “silent” to “heard”: professional mediation, manipulation and women’s experiences of their body after an abnormal Pap smear. **Social science & medicine.** 68(3). P. 479-86, 2009

BOTTARI, C.; VASCONCELLOS, M.; DE MENDONÇA, M. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. **Cad. Saúde Pública.** 24 (Sup.1). P. 111-122, 2008

BOURDIEU, P. A dominação masculina. **Educação & Realidade**, v. 20, n. 2. pp. 133-184. 1995

BRASIL. Resolução nº 196/96, sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1996

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. 2. ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2006

BRENNA, S. ET AL. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad. Saúde Pública.** 17(4). P. 909-914, 2001

BUTLER, J. **Problemas de gênero**. Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003

CANESQUI, A. M. (Org.) **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2007

COSTA, A.M. ET AL. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77. P. 13-24, jan./dez. 2007

DUAVY, L. ET AL. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva.** 12(3). P. 733-742, 2007

FERLAY, J. ET AL. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010

FERNANDES, J. ET AL. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública.** 43 (5). P. 851-858, 2009

FERNÁNDEZ, M. ET AL. HPV knowledge, attitudes, and cultural beliefs among Hispanic men and women living on the Texas-Mexico Border, **Ethn. Health**, 14 (6). P. 607-624, 2009

FYLAN, F. Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge and behaviour. **British Journal of General Practice** 48, P. 1509-1514, 1998

GAMARRA, C. ET AL. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. **Rev. Saúde Pública**. 39 (2). P. 270-6, 2005

GAMARRA, C. ET AL. Correção da magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil, 1996-2005. **Rev. Saúde Pública**. 44 (4). P. 629-638, 2010

GARDUÑO, M.; CHÁVEZ, T.; REYES, C. Autocuidado de mujeres en etapa de menopausia en Toluca, México. **Esc. Anna Nery Rev Enferm**. 12 (1). P. 63-67, 2008

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In BAUER, M., GASKELL, G. **Observação e coleta de dados sensoriais: sons, imagens, sensações**. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um manual prático. Petrópolis, Editora Vozes, 2002. P. 64-89

GOGNA, M.; RAMOS, S. Crenças leigas, estereótipos de gênero e prevenção de DSTs In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (org.). **Sexualidades pelo avesso**. Direitos, Identidades e Poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999

GOMES, R.; SKABA, M.; VIEIRA, R. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. **Rev. Saúde Pública**. 18 (1). P. 197-204, 2002

GOOD, B. **Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective**. Cambridge, University Press, 1997

HEILBORN, M.L. Gênero, sexualidade e saúde. In: **Saúde, Sexualidade e Reprodução** - compartilhando responsabilidades. MARQUES DA SILVA, D. (org.). R.J.: Editora da UERJ. 1997. P. 101-110

HEILBORN, M.L. Construção de si, gênero e sexualidade. In: _____ (org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999

HEILBORN, M.L. *Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde*. In: GOLDEMBERG, P.; MARSIGLIA, R.; GOMES, M.H. (orgs.), **O clássico e o novo**. Tendências, objetos e abordagens em ciências sociais em saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003

HEILBORN, M.L.; Gouveia, P. Marido é tudo igual In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (org.). **Sexualidades pelo avesso**. Direitos, Identidades e Poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999

HELMAN, G. 2007. **Cultura, Saúde e doença**. Artmed, 2007

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva** 15 (Suplemento). Rio de Janeiro. P. 57-70, 2005

INCA, 2009a. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. INCA, Rio de Janeiro.

INCA, 2009b. Revista Rede Câncer Nº 09, 2009. Nota de capa: O desafio feminino do câncer. Disponível em:

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/revistaredecancer/site/home/n9/revista_9

Acesso em 30 jan. 2011

INCA (Brasil). Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo. Rio de Janeiro, 2010

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Cervix cancer screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention v 10. Lyon. IARC Press, 2005

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. Entrevista narrativa. In BAUER, M.; GASKELL, G. **Observação e coleta de dados sensoriais: sons, imagens, sensações**. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um manual prático. Petrópolis, Editora Vozes, 2002 P. 90-113

KLEINMAN, A. Conflicting explanatory models in the care of the chronically ill. In: **The illness narratives**. Suffering, Healing, and the Human Conditions. EUA: Basic Books, 1988. P. 121-136

LE BRETON, D. **Antropología del cuerpo y modernidad**. Buenos Aires, Nueva Visión, 2010

LIMA, C.; PALMEIRA, J; CIPOLOTTI R. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 22 (10). P. 2151-2156, 2006

LOYOLA, A. A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: HEILBORN, M.L (org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999. P. 31- 39

LUPTON, D. **Medicine as culture: illness, disease and the body in western societies**. London. SAGE. 1994

MANDAGARÁ DE OLIVEIRA, M. ET AL. Câncer cérvico uterino: um olhar crítico sobre a prevenção. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 25(2). P. 176-183, 2004

MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. In: SPINELLI, H. (comp.). **Salud Colectiva**. Cultura, instituciones y subjetividad – Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004

MINAYO, M.C. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Rev. Saúde Pública*. Vol.4, n.4. P. 363-381, 1988

MINAYO, M.C. Contribuições da Antropologia para pensar e fazer saúde. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2006. P. 185-218

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 2007

OLIVEIRA, M. ET AL. Câncer cérvico uterino: um olhar crítico sobre a prevenção. Porto Alegre. **Rev. Gaúcha de Enfermagem** 25 (2). P. 176-83, 2004

OSCARSSON, M.; WIJMA, B.; BENZEIN, E. Nonattendance in a cervical cancer screening program - what happens if women's requirements are met? **Health care for women international**. 29 (2). P. 183-97, 2008

PINHO, A.; FRANÇA-JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. 3 (1). P. 95-112, 2003

PINHO, A. ET AL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. 19 (Sup. 2). P. 303-313, 2003

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA - Viva Mulher, 2010a. Disponível em:
http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140 Acesso em 04 maio 2010

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA - Viva Mulher, 2010b. Histórico do Programa. Disponível em:
http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/cancercoloutero/site/home/historico_programa+/historico Acesso em 04 maio 2010

SARTI, C. Família e individualidade: um problema moderno. In: CARVALHO, M DO C. (Org.) **A família contemporânea em debate**. São Paulo, EDUC, 1995. P. 39-49

SHARPE, P.; BRANDT, H.; MCCREE, D. Knowledge and beliefs about abnormal Pap test results and HPV among women with high-risk HPV: Results from in-depth interviews. **Women & health**. 42 (2). P. 107-133, 2005

SCHRAIBER LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Org.). **Gênero e saúde: Programa Saúde da família em questão**. Rio de Janeiro - RJ: ABRASCO e UNFPA, 2005, v. 1, p. 39-61

SCOTT, J. "Gênero: uma categoria útil de análise histórica". **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990. Disponível em:
<http://sistema.clam.org.br/biblioteca/files/Genero%20-%20Joan%20Scott%5B1%5D.pdf> Acesso em março 2011

SILVA, S. ET AL. Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 44 (3). P. 554-560, 2010

SONTAG, S. **La enfermedad y sus Metáforas y el Sida y sus Metáforas**. Buenos Aires. E. Taurus, 2005

SOUSA, L.; PINHEIRO, A.; BARROSO, M. Ser mulher portadora do HPV: uma abordagem cultural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 42(4). P. 737-743, 2008

TAVARES, J.; TRAD, L. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 21 (2): 426-435

TRAD, L. Família e suas mutações: subsídios ao campo da saúde. In: _____ (org.). **Família contemporânea e saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2010. P. 27-50

UCHÔA, E.; VIDAL, J.: Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. *Cad. Saúde Públ.* 10 (4). P. 497-504, Out/Dez, 1994

VANCE, C. A Antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*. v5 (1). P. 7-31, 1995

WALLER, J.; MARLOW, L.; WARDLE, J. Anticipated shame and worry following an abnormal Pap test result: the impact of information about HPV. *Preventive medicine*. 48(5). P. 415-419, 2009

WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. LOPES LOURO, G. (org.). Belo Horizonte: Ed. Autentica. 2007. P. 35-82

WIESNER-CEBALLOS, C. ET AL. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Revista de Salud Pública* 8 (3). P. 185-196, 2006

WOOD, K; JEWKES, R.; ABRAHAMS, N. Cleaning the womb: constructions of cervical screening and womb cancer among rural black women in South Africa. *Soc. Sci. Med.* Vol. 45, N°. 2. P. 283-294, 1997

Apêndice C. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama, S/N – 2º. andar - Canela - Telefax: 3283 7442

Salvador-BA - CEP: 40110-040

Você está sendo convidada para participar como voluntária da pesquisa **“Práticas de cuidado à saúde entre mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia”**, cuja pesquisadora responsável é a mestranda Ana María Rico, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, coordenada pelo Professor Dr. Jorge Alberto Bernstein Iriart.

A pesquisa tem por objetivo conhecer como as mulheres de Salvador percebem o cuidado da sua saúde e a prevenção de algumas doenças que podem afetá-las particularmente. Com base nos resultados do estudo, pretende-se aportar propostas para melhorar a abordagem daquele problema.

A pesquisa é de caráter qualitativo e será desenvolvida através de entrevistas individuais com doze (12) participantes selecionadas. As entrevistas serão registradas com gravador digital.

Os usos das informações fornecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS) do Brasil.

Ressalta-se que seu nome não será divulgado, garantindo a confidencialidade da informação por você fornecida. Esclarece-se que você é livre para recusar responder perguntas, assim como para interromper a sua participação a qualquer momento da entrevista, sem precisar justificar sua decisão. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final este documento. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma nem deixará de receber assistência à sua saúde.

Fui devidamente informada e esclarecida sobre os objetivos da pesquisa, sobre os procedimentos nela envolvidos, assim como sobre os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Estou ciente de que em caso de dúvida, ou caso me sinta prejudicada, poderei retirar meu consentimento a qualquer momento e sem prejuízo. Também fui informada que se desejar quaisquer outros esclarecimentos poderei contatar o pesquisador responsável pelo estudo no Instituto de Saúde Coletiva - UFBA pelos telefones: (071) 9938-2453, da pesquisadora principal - Ana María Rico; pelo (071) 3283-7421, do coordenador - Jorge Iriart, ou pelo (71) 3283-7441, do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva - UFBA.

Concordo em participar do estudo: ***“Práticas de cuidado à saúde entre mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia”***, desenvolvido pela mestranda Ana María Rico do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, coordenada pelo Prof. Dr. Jorge Alberto Bernstein Iriart.

Salvador, ____/____/2011

Nome, assinatura e RG da Entrevistada

Nome, assinatura e RG da Entrevistadora

Apêndice D. ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista N° _____

Data: ___/___/___	Início: hs.	Fim: hs.
--------------------------	---------------------------	------------------------

Dados sócio-econômicos:

Idade: ___ anos Bairro de residência: _____

Composição do lar: *Com quem você mora?*

Laço de parentesco	Idade	Laço de parentesco	Idade
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

1 Cuidado de si

Se tivesse que descrever sua própria saúde, você diria que tem boa ou má saúde?

Como você cuida de si? (*aspectos, tempo, relevância, sentidos e espacialização do cuidado*)

Entre os seus cuidados, você realiza alguma ação para prevenir situações futuras indesejadas? Quais?

Alguma vez você passou mal? Quando? O que você fez? Aonde você foi? Alguém a ajudou?

Você costuma ir aos serviços de saúde? Em que situações?

Realiza exames, consultas preventivas ou acompanhamento, ou só procura ser atendida diante de um problema de saúde?

2 Família

Se algum membro de sua família passar mal, o que se faz? Aonde vão? Em que situações buscam ajuda? Quem se ocupa do cuidado? Têm maneiras de prevenir situações indesejadas?

O cotidiano familiar interfere ou influencia a maneira como você cuida de si?

3 Corpo e saúde sexual

Você já sentiu alterações corporais, desconfortos ou problemas de *saúde sexual/feminina* que te geraram dúvidas ou preocupações? Quais? O que fez? Como você se sentiu? Compartilhou com alguém? Quem? (*parceiro?*) *Indagar sensações, âmbitos, curadores, experiência no atendimento. Especial atenção à trajetória sexual, reprodutiva e contraceptiva, assistência obstétrica e ginecológica.*

Há algum tipo de alteração corporal, desconforto ou doença associada a sua saúde sexual que você tema enfrentar hoje ou amanhã?

4 Preventivo

Para que serve? Como é feito?

Em que situações você acha que as mulheres devemos realizar um preventivo?

Experiência - Você já fez um preventivo alguma vez? Por quê? Você pode me contar como foi? Recebeu o resultado? A experiência muda de acordo com o profissional ou o serviço? Você já desistiu alguma vez de fazer o exame ou teve alguma dificuldade para

fazê-lo? (*Indagar sensações, dúvidas e temores. Parceiro?*) Se não, alguma coisa facilitou a realização do teste?

A cada quanto tempo você realiza o preventivo?

Você acha importante o preventivo para sua saúde? Por quê?

Você acha que as mulheres do seu convívio valorizam a importância do preventivo? O realizam? Se não, por quê? (*parceiros?*)

5 CCU

Você já ouviu falar sobre o CCU? Você conhece alguém que tem ou que teve CCU?

O que é para você? Qual é a causa/origem? (*Possível identificação CCU - câncer, morte*)

Você acha que é possível evitar essa doença? Como?

Você já realizou alguma ação visando prevenir-se do CCU?

Alguma vez você imaginou que corria o risco de ter CCU? Em que situação?

Você acha que está em maior ou menor risco de desenvolver CCU do que outras mulheres? Em sua opinião, quem sofre maior risco?

6 HPV

Você já ouviu falar sobre o vírus do HPV? O que é para você?

Você identifica alguma relação entre HPV e CCU?

Em termos gerais, você acha que o cuidado de si entre mulheres é igual ou diferente do cuidado de si entre homens? Visão e experiência pessoal.

Para finalizar, você poderia dar alguma recomendação para as mulheres se prevenirem do CCU? A quem dirigiria essa recomendação?

Muito obrigada por seu tempo e suas respostas. Antes de terminar, gostaria comentar algo mais sobre o que conversamos?

E finalmente, o que você achou sobre a entrevista?

Muito obrigada.

Situação conjugal: _____ Escolaridade: _____

Ocupação: _____

Quantos dias na semana você trabalha? _____

Quantas horas por dia você trabalha? _____

Renda própria: _____

Renda do lar: _____

Quem aporta à renda familiar? _____

Quem é o principal provedor da casa? _____