

**Universidade de São Paulo  
Escola de Artes, Ciências e Humanidades**

**CORPO, CULTURA E SEXUALIDADE  
REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DE MULHERES  
SOBRE O EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER  
CÉRVICO-UTERINO “PAPANICOLAOU”**

**Francine Even de Sousa Cavalieri  
Bolsista**

**Prof. Dr. Edemilson Antunes de Campos  
Pesquisador Responsável**

**Relatório Científico Parcial  
FAPESP 2011/08356-3  
Período: agosto 2012- janeiro2013**

**São Paulo  
2013**

**Universidade de São Paulo**  
**Escola de Artes, Ciências e Humanidades**

**CORPO, CULTURA E SEXUALIDADE**  
**REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DE MULHERES SOBRE O EXAME**  
**PREVENTIVO DE CÂNCER CÉRVICO-UTERINO “PAPANICOLAOU”**

*Francine Even de Sousa Cavalieri*

---

**Francine Even de Sousa Cavalieri**

**Bolsista**



---

**Prof. Dr. Edemilson Antunes de Campos**

**Pesquisador Responsável**

## SUMÁRIO

Resumo do Plano Inicial.....	3
Introdução.....	5
Metodologia.....	8
CAPÍTULO 1	
A visão das mulheres sobre o “Papanicolaou”: o olhar das ciências sociais em saúde.....	18
CAPÍTULO 2	
“Por que mulher, já viu né...” .....	23
2.1 Responsabilidade e cuidado de si: a medicalização da vida sexual e reprodutiva.....	23
2.2 Responsabilidade e cuidado da família: os aspectos relacionais e a medicalização.....	29
CAPÍTULO 3	
“Mulher é bicho feio. É muito esquisito!” .....	39
3.1 A medicalização e as impurezas do corpo.....	39
3.2 As causas das doenças e o câncer de colo uterino.....	44
Considerações Finais.....	50
Referências.....	51
Anexos.....	54

## **1) Resumo do Plano Inicial e das etapas já descritas anteriormente:**

O objetivo desta pesquisa é o de compreender as representações e as práticas de mulheres sobre o exame preventivo de câncer de colo uterino por meio da análise dos códigos sociais e culturais que operam no processo saúde-doença. A pesquisa vem sendo realizada por meio de etnografias locais e entrevistas semi-estruturadas com mulheres em idade reprodutiva de 25 a 59 anos, moradoras do Jardim Keralux, localizado na Zona Leste do município de São Paulo.

A partir dos resultados até o momento encontrados, as mulheres compreendem o exame de prevenção do câncer de colo uterino como uma forma de cuidado, além de ser parte da responsabilidade que elas têm de cuidar de si, envolvendo a dimensão relacional de família intimamente ligada a medicalização de seus corpos. Sendo assim, as práticas de cuidados das mulheres entrevistadas é significada, de um lado, dentro do processo de medicalização de sua sexualidade e vida reprodutiva e, de outro, a partir da importância das relações estabelecidas no interior da esfera familiar. A responsabilidade pelo cuidado de si mesma se desdobra no cuidado do outro, o que aponta para uma importante articulação entre o cuidado médico, presente no exame do “Papanicolaou” e o cuidado da família, fundamental para a construção da identidade da mulher, nesse contexto.

Acreditamos que, compreendendo a lógica que orienta as práticas das mulheres em relação ao exame de “Papanicolaou” poderíamos analisar as consequências na prevenção do câncer de colo do útero. Busca-se assim contribuir para enriquecer o repertório existente sobre as representações e as práticas elaboradas em torno do exame preventivo de câncer cérvico-uterino, visando o estabelecimento de políticas públicas de saúde que incorpore os aspectos socioculturais que operam no processo saúde-doença.

A bolsa de Iniciação Científica foi prorrogada por mais 11 meses, e nessa segunda etapa, a pesquisadora dedicou-se a realização de novas entrevistas, bem como ao aprofundamento da análise dos códigos sociais e culturais presentes no processo saúde doença dos dados já coletados. Buscou-se através do aprofundamento teórico uma maior compreensão do processo de medicalização do corpo da mulher e a maneira como esse processo é significado culturalmente, a partir dos valores que formatam o contexto no qual as práticas de cuidados são vivenciadas.

Os resultados obtidos até o momento foram apresentados em dois eventos científicos: no 20º SIICUSP- Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo de 22 a 26 de outubro de 2012, USP - São Paulo e no 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, de 14 a 18 de novembro de 2012- UFRGS Porto Alegre/RS, o que possibilitou a divulgação do trabalho realizado, através de exposições e diálogos contribuindo para o enriquecimento do mesmo. A prática das mulheres aparece relacionada com a percepção do exame preventivo como parte do cuidado que as elas tem de si, ele faz parte das práticas de saúde de suas vidas. Esse cuidado não se diz respeito somente a sua saúde individual, mas está intimamente ligado com as relações sociais instaladas no seu cotidiano.

Outro achado foi que a prevenção do câncer de colo uterino não é somente o que as impulsionam a realizar o exame. O exame lhes traz a oportunidade de “enxergar” o interior do corpo, lhe traz cuidado e responsabilidade as suas vidas. Sua realização ou não, está relacionada aos aspectos relacionais que elas possuem com tudo que as cercam, como família, filhos, companheiro, trabalho e tantos outros.

A próxima etapa a ser cumprida a partir da pesquisa finalizada, será sua publicação em revista científica, com o propósito de divulgação dos resultados encontrados. Dois artigos já estão em processo de elaboração.

## INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é uma doença caracterizada pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do colo do útero. O início do seu desenvolvimento se dá a partir de uma lesão, que muitas vezes regride espontaneamente, contudo possui também alta probabilidade de progressão, o que justifica seu tratamento (BRASIL, 2011).

Esse tipo de câncer possui desenvolvimento lento, sendo essa a principal característica do câncer de colo de útero. Assim, por meio do exame preventivo é possível detectar as alterações celulares facilmente e realizar o tratamento com grandes chances de cura. (BRASIL, 2011)

O câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres no Brasil, com aproximadamente 480 mil novos casos por ano no mundo. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) são estimados 20.400 novos casos de câncer cérvico-uterino em 2012 (BRASIL, 2011).

Dada as altas taxas de prevalência desse tipo de câncer na população feminina, a realização periódica do exame “Papanicolaou” é a melhor estratégia para o seu rastreamento. Acredita-se que a partir da alta cobertura do exame preventivo seja possível a redução significativa de morbidade e mortalidade ocasionadas pelo câncer de colo do útero.

O Ministério da Saúde, responsável por desenvolver políticas de controle do câncer, vem criando estratégias nas últimas décadas para reduzir a mortalidade decorrente dessa doença. Em 1984, foi criado o Programa de Assistência Integral a Saúde de Mulher (PAISM): primeiro programa de planejamento para saúde ginecológica, implementado com intuito de suprir o cuidado à saúde da mulher além do

período ciclo gravídico-puerperal, destacando a prevenção dos cânceres de colo de útero e de mama.

Mesmo com a implantação do PAISM, a adesão das mulheres ao exame “Papanicolaou” não foi significativa. De lá pra cá, outros programas foram instituídos, como o Programa “Viva Mulher” que, em parceria com o INCA, implementou a expansão do programa com o objetivo de detectar e controlar o câncer de colo uterino em todo o país (BRASIL, 2011).

Atualmente, a priorização do controle do câncer do colo do útero foi reafirmada através do lançamento do Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do câncer, em março de 2011. O plano prevê investimento técnico e financeiro para a intensificação das ações de controle nos estados e municípios (BRASIL, 2011).

O exame de “Papanicolaou”, segundo o Ministério da Saúde (2011), deve ser disponibilizado às mulheres com vida sexual ativa, na faixa etária de 25 a 64 anos. Essa faixa etária é justificada por ser a de maior ocorrência das lesões precursoras do câncer. Sendo que o rastreamento de mulheres jovens com menos de 25 anos não tem impacto na redução da incidência por câncer do colo do útero. Já a idade máxima, recentemente foi estendida para 64 anos (anteriormente o exame era indicado até os 59 anos) por conta da mudança comportamental nos últimos anos das mulheres com mais de 59 anos, que continuam a vida sexual ativa e também são alvos de infecção pelo HPV, fator etiológico da doença assim como tabagismo, baixa ingestão de vitaminas, multiplicidade de parceiros sexuais, e uso de contraceptivo (INCA, 2011).

Porém, apesar de existir um exame preventivo possibilitando a intervenção no desenvolvimento da doença com tratamento eficaz, o câncer de colo uterino chama

atenção da comunidade científica e das autoridades governamentais em decorrência das altas taxas de incidência e de mortalidade na sociedade brasileira.

É extremamente importante destacar que na assistência à saúde, deve-se atentar para a escuta da mulher e para o reconhecimento de suas crenças e valores que vão determinar a sua visão do processo saúde-doença relacionado ao câncer cérvico-uterino e sua forma de prevenção por meio do exame “Papanicolaou”.

O corpo, a saúde e a doença são realidades que integram os sistemas de classificação e de atribuição de sentidos, que possibilitam aos indivíduos formularem uma compreensão da realidade em que vivem, reconhecendo seu estado de saúde. Logo, as representações construídas sobre o processo saúde-doença são fundamentais para orientar as práticas das mulheres, em relação ao exame preventivo do câncer cérvico-uterino.

Assim, essa pesquisa buscou responder às seguintes questões:

- Quais os significados do exame Papanicolaou para as mulheres em idade reprodutiva?
- Quais as práticas de cuidados das mulheres em relação à prevenção do câncer de colo uterino?
- Como as mulheres vivenciam a experiência do exame preventivo do câncer cérvico uterino e qual sua relação com a sua vida pessoal e familiar?

A realização do exame preventivo é fortemente determinada pelos códigos sociais e culturais que formatam o contexto sociocultural no qual as mulheres estão inseridas. Assim, é necessário compreender suas crenças e seus valores que podem interferir decisivamente na prevenção e na sua realização.

## **METODOLOGIA**

A metodologia escolhida para realização da pesquisa foi a etnografia, que tem como objetivo compreender cientificamente uma dada realidade sociocultural, a partir do ponto de vista dos “nativos” (SARTI, 2005). Trata-se de um método utilizado tradicionalmente, pela Antropologia, com o objetivo de compreender o ponto de vista dos sujeitos da pesquisa, a partir dos significados que determinadas práticas sociais têm para aqueles que as vivenciam.

O campo da saúde envolve fenômenos complexos, abarcando aspectos biológicos, econômicos, políticos e socioculturais. Nesse sentido, a antropologia e seu método etnográfico de investigação convertem-se em instrumentos poderosos, na medida em que evidencia os limites do modelo biomédico ao revelar que as práticas de saúde de uma população estão diretamente ligadas ao seu modo de vida dentro de um contexto sociocultural.

A abordagem etnográfica se baseia na ideia de que os comportamentos humanos só podem ser suficientemente compreendidos dentro do contexto sociocultural no qual eles estão inseridos. Nessa linha, o trabalho de campo, com a realização de observações *in loco* sobre os comportamentos vivenciados no território da pesquisa, é fundamental permitindo a construção de um conhecimento baseado no confronto entre nossas hipóteses e nossas observações.

A pesquisa etnográfica proposta priorizou o contato direto da pesquisadora com o fenômeno estudado com o objetivo de obter informações sobre a vida sexual e reprodutiva das mulheres entrevistadas, moradoras da periferia da cidade de São Paulo.

As mulheres entrevistadas foram selecionadas através da técnica denominada “bola de neve”, na qual as entrevistadas indicam outras para possível participação na pesquisa. As entrevistas foram conduzidas em forma de conversa de maneira agradável para as duas partes, em locais que garantiam a privacidade e a tranquilidade.

Com duração em média de uma hora, a entrevista foi também um momento em que as mulheres pararam para pensar e falar um pouco de si. De maneira singular, cada uma contou um pouco de sua vida e dos problemas que as preocupavam no momento. Uma das mulheres estava sensibilizada e até se emocionou no final da entrevista. Isso nos leva a pensar o quanto a troca, o dar e o receber são presentes na pesquisa. Assim, como nos diz Sarti (2005), as entrevistas são uma oportunidade ímpar nas vidas das pessoas pesquisadas, pois possibilita ao indivíduo falar e principalmente ser escutado, sendo dessa maneira sua existência reconhecida por alguém que não pertence ao seu mundo.

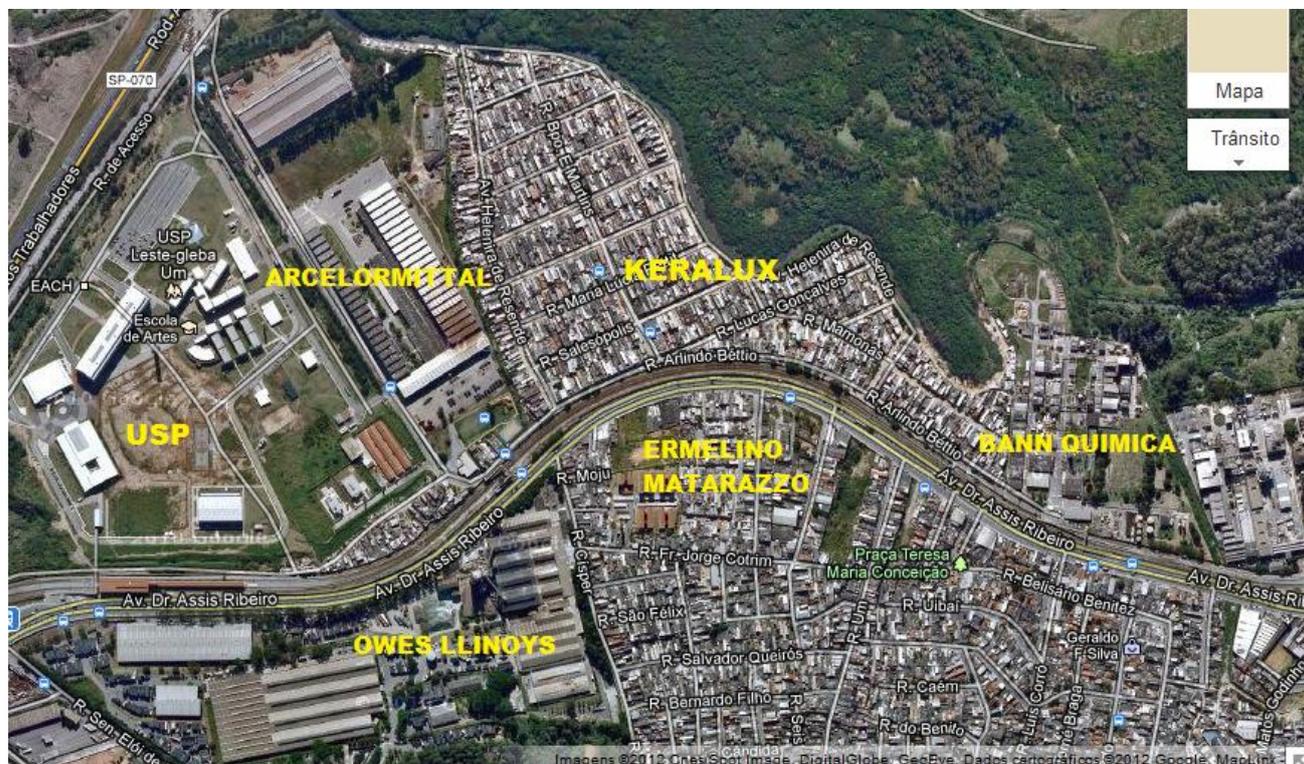
Nesta pesquisa, foram entrevistadas 09 (nove) mulheres, sendo que, todas são de origem nordestina e estão em São Paulo há pelo menos 10 anos ou mais. Todas são mães de pelo menos um filho, uma delas é dona de casa enquanto as demais também trabalham em locais próximos ao Jardim Keralux, desempenhando funções que não exigem uma formação técnica ou superior. Em relação ao exame “Papanicolaou”, de maneira geral, todas demonstraram achar importante a realização do exame de prevenção do câncer do colo uterino. Todas conheciam o exame anteriormente, e não tiveram problema em abordar assuntos relacionados à saúde e sexualidade. Abaixo, apresenta-se um quadro sinótico com informações a respeito das mulheres entrevistadas:

Nº	Idade	UF/ Nascimento	Religião	Estado civil	Filhos	Profissão	Frequência de realização do exame
01	37	PI	Católica	Solteira	01	Auxiliar de Serviços Gerais	Duas vezes ao ano
02	32	BA	Católica	Solteira	01	Operadora de Máquina	Duas vezes ao ano
03	45	BA	Católica	Viúva	02	Do lar	Uma vez ao ano
04	31	BA	Católica	Casada	01	Ajudante de Cozinha	Uma vez ao ano
05	36	RN	Evangélica	Casada	02	Auxiliar de Serviços Gerais	Uma vez ao ano
06	38	PE	Evangélica	Solteira	01	Ajudante Geral	Uma vez ao ano
07	45	SP	-	Casada	04	Auxiliar de Limpeza	Uma vez ao ano
08	44	PE	Evangélica	Casada	04	Auxiliar de Limpeza	Uma vez ao ano
09	21	BA	Católica	Casada	02	Auxiliar de Limpeza	Duas vezes ao ano

### 1.1) O Jardim Keralux

O Jardim Keralux, possui aproximadamente 2.200 famílias em uma área localizada no distrito de Ermelino Matarazzo, na Zona Leste da cidade de São Paulo. O bairro tem esse nome, pois está localizada onde era a antiga Fábrica Keralux S/A. Em meados de 1970, a fábrica faliu, e um grupo de grileiros, por volta de 1994, loteou o terreno e os vendeu ilegalmente para os que seriam os primeiros moradores do bairro. Muitas tentativas de desocupação e mandados de reintegração de posse ocorreram após a venda. A partir de então, os moradores se uniram e fundaram a Associação de Moradores do Jardim Keralux, denominado atualmente como Instituto União Keralux, como estratégia de mobilização dos moradores, que com forte resistência popular e ações na Justiça garantiram sua permanência na área (INKER, 2009).

Nas mediações do bairro, encontram-se a Bann Química, a Arcelor Mittal, a Indústria Owes Iliinois (Antiga Císper), duas glebas destinada à implantação da EACH USP (USP Leste) e à 2 Km de distância do Parque Ecológico Tietê.



A região apresenta problemas com infraestrutura, tais como: saneamento básico, educação e lazer, concentrando uma população majoritariamente trabalhadora, que depende do próprio salário para sua reprodução social.

O Jardim Keralux foi escolhido como campo da pesquisa por ser o bairro mais próximo da EACH/USP, o que permitirá, de um lado, uma maior compreensão de seu contexto social, bem como das demandas relacionadas aos problemas da prevenção do câncer do colo uterino na região, e, de outro, reforçando o compromisso social da universidade com o contexto no qual ela está inserida.

Para tanto, iniciei o trabalho de campo através da observação sistemática para compreender a relação entre os discursos e as práticas sobre a sexualidade e a vida reprodutiva de mulheres moradoras do Jd. Keralux. Utilizei como ferramentas de estudo

um diário de campo onde foram registradas, todas as atividades observadas em cada visita ao território de pesquisa juntamente com a realização das entrevistas semiestruturadas com as moradoras do Jardim Keralux.

## **Chegando ao Jardim Keralux...**

Meu primeiro contato com o Jardim Keralux se deu quando ingressei na universidade, em 2009 e precisava de um lugar para morar na cidade de São Paulo. Quando cheguei à universidade para me matricular, junto com minha família, fomos até o Jardim Keralux, por conta da proximidade com a EACH-USP e para ver se conseguíamos algum pensionato, república ou casa de estudante, para que eu pudesse me instalar. A primeira impressão que tivemos do bairro foi de abandono: um bairro pobre e esquecido. Era cedo, seis horas da manhã e víamos apenas os moradores saindo de suas casas indo para o trabalho provavelmente se dirigindo à estação de trem ou ao ponto de ônibus. Vimos uma padaria localizada na esquina da primeira quadra, uma igreja quase de frente para ela, alguns estabelecimentos comerciais que não conseguíamos identificar, pois estavam com as portas abaixadas, e o que nos chamou mais atenção um córrego bem próximo às casas.

Meus pais não se sentiram confortáveis em encontrar uma moradia ali para que eu morasse. Com apenas 17 anos, acreditavam que eu era muito jovem, e por ser do interior de São Paulo seria perigoso morar ali. Acredito que essa preocupação se deu por conta do estereótipo segundo o qual a capital do estado é muito “perigosa”, já que em Bauru também moramos em um bairro humilde, com casas simples. Essa foi minha primeira impressão do Jardim Keralux, misturada com a ansiedade, medo e expectativa de me mudar para São Paulo e iniciar a graduação.

Logo, encontrei outro lugar para residir, um pouco mais afastado da EACH/USP. Em face às muitas dificuldades, procurei outro lugar para morar, e conversando com uma colega de sala que já morava no Jardim Keralux há uns meses, fiquei curiosa para retornar ao bairro. Ela me disse que havia um lugar na casa em que residia e considerei a possibilidade de me mudar para lá.

Foi assim que me instalei no Jardim Keralux, e tive um segundo contato com o bairro, agora na condição de moradora. Fiquei alguns dias na casa em que essa minha colega morava e gostei muito de ficar ali. A casa era muito confortável e, era um sobrado, como muitas outras naquela rua. Os cômodos eram amplos, como pude perceber em outras casas também, apesar de ser mal arejados, tornando-se úmidos, o que acarreta sérios problemas de mofo.

As casas, em geral, possuem mais de dois andares, uma estratégia para torná-las maiores já que os terrenos são pequenos e uma casa é bastante próxima à outra, não possuindo quintal ou área externa. Dessa maneira, os andares são adicionados, expandindo as residências para cima, conforme o crescimento da família e a disponibilidade de dinheiro com o passar dos anos.

Após algumas noites, percebi que o bairro não era tão perigoso como pensávamos à primeira vista. Ao contrário, as pessoas que moravam ali eram trabalhadores, em sua maioria de migrantes nordestinos, que vieram a São Paulo em busca de trabalho e de um futuro melhor.

Comecei também a frequentar os estabelecimentos comerciais, voltei inúmeras vezes àquela padaria que vi pela primeira vez com minha família e descobri que o bairro tinha uma vida social intensa. Particularmente, aos finais de semana quando se observa muitas pessoas nas ruas, com muita música e integração entre os moradores.

Às quintas-feiras à noite e aos domingos, acontece a feira livre na principal avenida do bairro, permitindo às pessoas comprar gêneros de primeira necessidade bem como outros produtos para seu consumo e de sua família. Completando o comércio, há pequenas mercearias, vários bares, uma farmácia, três padarias e um açougue.

Enquanto moradora do bairro, precisei ser atendida na Unidade Básica de Saúde (UBS), que é único acesso ao serviço de saúde daquela população, majoritariamente atendida pelo sistema público.

A rua em que eu morava não é asfaltada, possuía pouco movimento de carros, possibilitando às crianças brincar sem preocupações, com isso, aos poucos fui percebendo que o Keralux tinha mais similaridades com Bauru, do que poderia imaginar, lembrando-me em alguma medida a cidade do interior na qual vivi boa parte de minha vida.



Foto 1- Uma das ruas do bairro

## **1.2) De moradora à pesquisadora no Jardim Keralux**

O “Kera”, como também é chamado pelos moradores, mudou muito da época em que morei até o presente momento. Os estabelecimentos comerciais como a padaria, o mercado e algumas lojas foram reformadas tornando o bairro mais bonito. O número de alunos moradores aumentou, assim como a rotatividade de alunos também é maior, principalmente por conta dos projetos de extensão que são realizados no bairro e também pela proximidade com a universidade, o que contribui para o desenvolvimento local. Porém, as melhorias no saneamento básico ainda não ocorreram como é o caso dos córregos que ainda não foram canalizados.

Além da paisagem, o meu olhar também se transformou ao retornar ao bairro, agora, como pesquisadora no local. Enquanto moradora meu olhar se restringia a vizinhança, onde eu fazia parte dos moradores, tanto que eu não precisaria me preocupar ao abordar o assunto “Papanicolaou” com alguma das moradoras.

No entanto, como pesquisadora retornei ao bairro em busca de identificar o modo como essas mulheres vivenciam a saúde, principalmente no que se diz respeito à realização do exame de prevenção ao câncer do colo do útero, o “Papanicolaou”. Para isso, precisei atentar aos aspectos éticos da pesquisa como, por exemplo, a autorização e consentimento de um comitê de ética e pesquisa.

As dificuldades ficaram claras quando estive na UBS pela primeira vez para conversar com a gerente a respeito do interesse em realizar a pesquisa com as moradoras do Jardim Keralux. Através desse contato, me dei conta do processo que enfrentaria para conseguir realizar a pesquisa, uma vez que, para isso, eu precisaria primeiramente da autorização da Coordenadoria Regional de Saúde Leste, para,

posteriormente, submeter o projeto de pesquisa à Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (CEPSMS) da prefeitura de São Paulo. Somente após essa avaliação e emissão de parecer, eu poderia iniciar a pesquisa.



Foto 2- Unidade Básica de Saúde

Dessa maneira, o orientador e eu demos entrada a um novo processo para encaminhar a pesquisa ao CEPSMS. Porém, não contávamos com os inúmeros imprevistos que apareceriam e com a dificuldade em conseguir o parecer. Recebemos o primeiro parecer o qual apontou várias pendências, o que atrasou o início da pesquisa de campo.

Essa diferença de olhar o bairro agora como pesquisadora também se relaciona ao desenvolvimento das atividades acadêmicas nas quais estou envolvida. Assim, ao retornar ao Jardim Keralux como pesquisadora os meus conhecimentos teóricos me proporcionam melhor preparo para entender a lógica que orienta a prática das mulheres em relação ao “Papanicolaou”. De moradora à pesquisadora, vivenciei uma mudança na

maneira de olhar o cotidiano das mulheres que habitam o bairro, que permitiu investigar e analisar as representações e os significados do exame preventivo de câncer de colo uterino, por meio dos códigos sociais e culturais que operam no processo saúde-doença.

Pude me atentar mais aos detalhes dessa população e entender o contexto em que vivem por já ter vivido no local. Dessa forma o método escolhido para a pesquisa se justifica, já que a abordagem etnográfica consiste em compreender e explicar os comportamentos humanos também através de seu contexto social.

O método etnográfico de pesquisa constitui um conjunto de concepções e procedimentos utilizados, com o objetivo de compreender uma dada realidade sociocultural. E, por se tratar de uma pesquisa inserida no campo da saúde, a etnografia foi um ótimo instrumento, na medida em que evidenciou os limites do modelo biomédico ao revelar que as práticas de saúde de uma população estão diretamente ligadas ao seu modo de vida dentro de um contexto sociocultural.

## **CAPÍTULO 1 – A visão das mulheres sobre o “Papanicolaou”: o olhar das ciências sociais em saúde.**

A presente pesquisa segue a linha dos trabalhos de Herzlich (1996) e Good (1994), que pressupõe que a saúde e a doença são realidades simbolicamente construídas, tanto por condições físicas e biológicas, quanto pelas relações sociais e culturais das quais os indivíduos formam sua subjetividade. Ou seja, a realidade simbólica é a principal via para a compreensão do processo saúde-doença e suas implicações sobre o organismo. Isso porque as representações sobre a saúde e a doença dão sentido às práticas dos indivíduos que orientam suas ações.

Portanto, através do plano simbólico que os significados sobre a doença são construídos, possibilitando aos indivíduos dar um sentido à experiência do adoecer, direcionando suas práticas de cuidados em saúde. Justamente sob essa perspectiva, torna-se fundamental analisar as representações construídas sobre o corpo, a saúde e a doença que orientam as práticas das mulheres, em relação ao exame preventivo do câncer cérvico uterino, o “Papanicolaou”, considerando os códigos sociais e culturais próprios ao contexto sociocultural no qual elas estão inseridas.

Apesar de ser o único câncer para qual existe tecnologia avançada para prevenção, detecção precoce e tratamento, no Brasil não há reduções significativas na morbimortalidade das mulheres em idade reprodutiva, acometidas pelo câncer do colo de útero. Dentro desse quadro, algumas pesquisas enfatizaram a necessidade de uma nova estratégia de cuidado envolvida na realização do exame preventivo “Papanicolaou”. Exemplo disso é o trabalho de Paula e Madeira (2003), no qual para uma possível modificação desse quadro, devem ser compreendidos os significados que o exame de prevenção do câncer de colo uterino tem para as mulheres e a partir disso,

direcionar uma nova estratégia para equipe de saúde assistir e cuidar, possibilitando a detecção precoce e tratamento aos casos diagnosticados.

Nessa linha, o exame de prevenção do câncer de colo uterino é visto como uma forma de se cuidar, porém mesmo com o reconhecimento de sua importância algumas mulheres somente recorrem a ele quando há o aparecimento de algum sintoma ou dor (DUAVY et al., 2007). Isso nos sugere que, apesar da maioria das mulheres compreenderem o exame preventivo como uma importante maneira de cuidarem de sua saúde, na maioria das vezes, esse momento é descrito como uma experiência ruim, porém necessária à sua saúde, mantendo uma relação de “necessitar” e “não querer” como responsabilidade sobre o próprio corpo (PAULA e MADEIRA, 2003).

Outra linha de pesquisa enfatiza a dimensão psicossocial na realização do exame “Papanicolaou”. Assim, dentre as dificuldades encontradas pelas mulheres estão principalmente: o medo dos resultados, a falta de privacidade nos exames e de humanização no atendimento, a falta de sensibilização profissional para rotina de exames e baixa prioridade do profissional no atendimento integral das mulheres, revelando sentimentos como vergonha, medo e insegurança (CRUZ e LOUREIRO, 2008).

A vergonha estaria relacionada com a impessoalidade desse procedimento tão invasivo, que coloca o corpo da mulher, sua sexualidade e os tabus de acordo com sua crença e seus costumes, em segundo plano, tornando a mulher apenas um corpo compreendido como objeto desvinculado da sua condição humana completa (PELLOSO et al, 2004). Segundo Duavy (2007), o sentimento de vergonha é a não aceitação decorrente do processo psicológico de ser pego em flagrante fora dos padrões aceitos e valorizados, onde o outro é tido como avaliador numa posição de juízo alheio.

O medo também é muito presente nos discursos das mulheres quando questionadas ao que sentem ao realizar o exame preventivo de câncer de colo uterino. No estudo realizado por Peloso (2004), com 54 mulheres com idade entre 17 e 46 anos, o medo foi um sentimento expresso por todas as mulheres entrevistadas. Ele aparece sob duas formas, o medo do procedimento em si por acreditarem ser doloroso, e também o medo do resultado do exame e um possível diagnóstico de câncer.

Segundo Garcia (2010), a piora dos sentimentos e da expectativa para a realização do “Papanicolaou” se dá quando o procedimento é feito por um profissional do gênero masculino, sendo que em alguns casos esse é um motivo de impedimento para a realização do exame.

Brena et al (2001) e Ferreira (2009), por sua vez, destacam as relações de gênero que influenciam na realização do exame preventivo. Assim, as dificuldades das mulheres em realizar a prevenção do câncer cérvico-uterino ocorrem em meio de complexas interações sociais e culturais, nas quais se destacam as relações de gênero.

O conceito de gênero procura promover a distinção entre o dado e o construído, isto é, entre o natural e o sociocultural, destacando que a realidade é sempre uma realidade construída, particularmente aquela que diz respeito às relações entre o homem e a mulher. Como aponta Heilborn (2006: 200) “gênero é conceito das ciências sociais que se refere à construção social do sexo (...) para distinguir a dimensão biológica da social”.

O raciocínio que apóia essa distinção se baseia na idéia de que há machos e fêmeas na espécie humana, mas a qualidade de ser homem e ser mulher é realizada pela cultura”. Nessa linha, “o conceito sociológico de gênero vem-se definindo pela crítica ao entendimento essencialista de que a condição de ser mulher ou homem está fixada na diferença sexual” (Suárez et al., 1999: 278).

Os estudos de gênero foram, portanto, fundamentais para romper com o determinismo biológico na análise dos processos sociais, particularmente no campo da saúde, incorporando os aspectos relacionais, históricos e sociais das diferenças sexuais. Como lembra Scavone (2004: 44): “a utilização da perspectiva de gênero no campo da saúde permitiu verificar que as diferenças biológicas não caucionavam as desigualdades sexuais”.

O conceito de gênero possui um valor heurístico, possibilitando compreender a construção das relações sociais entre homens e mulheres, marcadas pela hierarquia e pela desigualdade, particularmente aquelas ligadas ao exercício da sexualidade. Com efeito, o exercício dos papéis sexuais do homem e da mulher na esfera reprodutiva passa a ser concebido à luz das desigualdades entre os gêneros, masculino e feminino.

As relações de gênero, social e historicamente construídas, definem as práticas em relação ao corpo e à sexualidade, de forma que a exposição da genitália feminina e a manipulação das zonas erógenas da mulher pelo profissional de saúde podem gerar vergonha e constrangimento nas mulheres, por se tratar de ações consideradas moralmente incorretas, levando-as muitas vezes, por este motivo, a não realizarem o exame de “Papanicolaou”, principalmente quando o profissional é do sexo masculino.

A questão de gênero também dificulta a procura das mulheres à Unidade Básica de Saúde. A relação assimétrica entre homem e a mulher acaba por inibir a procura pelo exame preventivo, pois incide diretamente sobre a vida sexual e reprodutiva. Esse quadro, associado às condições da maioria das UBSs, tais como: falta de organização, demora no atendimento e falta de profissionais capacitados, acabam por desestimular as mulheres a procurarem ou retornarem aos serviços de saúde (PELLOSO, et al, 2004).

Essa realidade, tão presente no cotidiano das pessoas usuárias do serviço público de saúde, demonstra o quão precária é a assistência em nosso país que, apesar de implementar políticas e programas voltados a saúde, ainda deixa muito a desejar (DANTAS, 2006).

Seguindo a linha de pesquisa no campo da Antropologia da Saúde, o processo saúde-doença, além de relacionado aos fatores psicobiológicos, está também envolvido com as crenças, as práticas e aos valores, assim como, as representações sociais e experiências individuais e coletivas. Exemplo disso é a forma como cada sociedade reconhece de maneira diferente as doenças e desenvolvem diferentes repostas a ela. Para as sociedades medicalizadas, estar doente significa necessitar de cuidado. Assim, pertencer a uma cultura significa interpretar os fenômenos corporais limitados por ela. Dessa forma, a doença, deixa de ser restrita ao corpo físico, para ser entendida também como psicológica, espiritual, social e cultural (MELO, et al, 2009)

Baseada nessa perspectiva buscou-se, compreender as representações e práticas das moradoras do Jardim Keralux acerca do exame “Papanicolaou”. Como veremos no capítulo seguinte.

## **CAPÍTULO 2 - “Por que mulher... Já viu né!”.**

Após todo trabalho de campo realizado, incluindo a visitação contínua ao bairro e sua observação, buscou-se entender o sentido que essas mulheres atribuem a sua própria vida, e as questões relacionadas à sua saúde e à percepção do exame preventivo de câncer de colo uterino.

Foram definidos dois eixos principais de interpretação para o presente estudo: “Responsabilidade e cuidado de si: a medicalização da vida sexual e reprodutiva” e “Responsabilidade e cuidado da família: os aspectos relacionais”.

### **2.1) Responsabilidade e cuidado de si: a medicalização da vida sexual e reprodutiva**

A realização do exame “Papanicolaou”, envolve e relaciona muitas questões além da prevenção do câncer de colo uterino. As mulheres quando questionadas sobre o exame, o relacionam com sua saúde, o cuidado e a responsabilidade envolvidos intimamente com sua vida sexual e reprodutiva. Exemplo disso são as falas:

*“(...) como é pra prevenção [o Papanicolaou], é bom pra saúde, tem que fazer”.*

(Entrevistada 05)

*“A gente às vezes não se cuida, aparece alguma coisa... Porque mulher já viu né, aí não se cuida, quando vai descobrir as coisas já é tarde, aí não tem mais jeito”.*

(Entrevistada 02)

Para as mulheres, essa relação entre cuidado e responsabilidade está ligada, a obrigação em se cuidar, em gostar de se cuidar, de ser responsável, seguindo comportamentos já anunciados pelo modelo médico.

*“Gosto [de se cuidar], cuidar da minha saúde, alimentação. É difícil a gente tomar isso como hábito, não faço tudo mas, procuro o máximo que eu posso”.*

(Entrevistada 04)

*“Tem que se cuidar né”.*

(Entrevistada 05)

Quando questionadas sobre gostar ou não de se cuidar todas as mulheres do estudo disseram que gostam ou que acham importante o cuidado:

*“Bastante [gosta de cuidar da saúde]! Em relação, assim, a minha saúde, eu cuido bastante”.*

(Entrevistada 02)

*“Porque a gente cuidando da saúde, a gente vai ter uma vida saudável, não é? Se prevenindo de doenças”.*

(Entrevistada 04)

Seguindo a lógica do cuidado relacionado com a responsabilidade, se a mulher não for responsável não há cuidado efetivo:

*“(...) eu era bem irresponsável no sentido de que não tava nem aí, só queria aproveitar.*

*Lá mesmo na minha cidade só queria saber de balada, entendeu? De beber. Então geralmente quando você está nessa fase de curtição você não pensa na saúde, e eu só vim pensar depois”.*

(Entrevistada 01)

Além disso, a responsabilidade está diretamente ligada com a medicalização. Na fala da entrevistada fica evidente que ela só se tornou mais responsável quando passou a cuidar mais da sua saúde e isso, para ela, significa ir ao médico com maior frequência, evidenciando que o cuidado com a saúde é mais eficaz quanto maior a medicalização:

*“Daí logo conto pra você, eu virei uma pessoa extremamente responsável. Eu não era tão irresponsável, não fazia coisas assim...Mas eu fui uma adolescente bem rebelde, tem que ir no médico, aquelas coisinhas básicas, exame de sangue?Não imagina! eu tô bem! Se sentia alguma coisa, me automedicava, tô com dor, tomo um remédio pra dor, tô com vômito, tomo um soro. Então era bem assim que funcionava.”*

(Entrevistada 01)

Os discursos também apontam que o cuidado também está diretamente ligado à frequência as consultas médicas, dessa forma a responsabilidade pelo cuidado de si está atrelado ao cuidado médico ou à medicalização:

*“Por isso eu me cuido bastante, vou no médico a cada seis meses. Tô sempre me cuidando”.*

(Entrevistada 02)

A medicalização caracteriza-se por sua capacidade ilimitada de ampliação, da forma que qualquer aspecto da vida social e individual é passível de ser descrita em termos médicos. Assim, a medicina se tornou um dispositivo de controle do comportamento social. Esse controle está tão presente, que é incorporado pela sociedade que o reproduz repetidamente em seus discursos e em suas práticas:

*“Ela [a mulher] tem que fazer todo o check up. Se ela não tem 40 anos, ela tem que fazer ultrassom das mamas. Se ela já tem 40 anos, já faz a mamografia. Mas, antes dos 40, tem sim, que fazer tudo isso [Papanicolaou]”.*

(Entrevistada 01)

No que diz respeito às mulheres moradoras do Keralux, elas revelam uma preocupação com a saúde em geral e em particular com a saúde reprodutiva que passa a ser medicalizada no momento em que reconhecem a importância da realização dos exames periódicos, o uso de contraceptivos, e até mesmo a utilização de preservativos nas relações sexuais com o marido. Assim, o processo de medicalização da vida sexual e reprodutiva passa a fazer parte da rotina da vida dessas mulheres, inclusive o exame do Papanicolau. Exemplos disso estão nas falas abaixo:

*“Não é só conversa, realmente ajuda. A mulher tem que fazer mesmo, que ela tem que se conscientizar que ela tem que fazer porque previne. Às vezes você pensa que é porque você ouviu na televisão, ah tem que ser detectado a tempo tem mais chances de cura, mas isso não é conversa é a realidade mesmo, eu acho que a mulher tem que fazer sim, uma vez por ano.”*

(Entrevistada 01)

*“Ah eu acho, tudo que vem em relação à saúde eu acho que é importante.”*

(Entrevistada 02)

O exame é incorporado à vida da mulher inclusive por conta da recomendação/prescrição médica de sua realização anual, de modo que uma das mulheres afirma realiza-lo mais de uma vez ao ano:

*“Eu faço uma vez por ano né, tem uns seis meses que eu fiz. Eu fiz o papanicolaou, fiz o ultrassom das mamas também. É pelo menos uma vez por ano eu faço.”*

(Entrevistada 05)

*“Faço, a cada seis meses. Eu faço. Faço aqui no posto e no convênio.”*

(Entrevistada 02)

*“A cada seis meses eu faço, só que depois da cirurgia o médico achou conveniente ser um ano, aí eu vou fazer agora, daqui um mês mais ou menos, eu vou estar marcando que é pra fazer esse Papanicolaou.”*

(Entrevistada 06)

Para entendermos a complexidade envolvendo a realização dos exames periódicos na vida das mulheres, precisamos compreender as representações sociais entorno dos mesmos. As representações sociais segundo Queiroz (2003) são conhecimentos culturalmente carregados e são compreendidos somente se levado em conta a situação e o estágio evolutivo em que se manifestam. Para as mulheres, o exame de “Papanicolaou” tornou-se um exame “natural” algo tão necessário para suas vidas que mesmo não sentindo totalmente à vontade, elas não deixam de realizá-lo:

*“Lógico que a gente faz com receio, porque não é fácil. Não é fácil, você tem que deitar ali, tem que tirar a roupa, só que depois você relaxa porque é uma coisa que é natural. Precisa fazer, então”.*

(Entrevistada 01)

*“Tem essa parte que é um pouco chata, mas eu não vou... eu não paro de fazer por causa desse constrangimento, se eu deixar...se eu parar pra pensar por esse lado eu vou ficar sem cuidar da minha saúde. E a prioridade é minha saúde e mesmo assim eu continuo fazendo.”*

(Entrevistada 04)

*“Ah não é bom, é horrível fazer aquele exame, mas tem que fazer.”*

(Entrevistada 03)

*“Ah eu acho ruim fazer, eu acho mais ruim fazer o “papa” do que o trans, o transvaginal.”*

(Entrevistada 02)

*“Esse é um examininho chato de fazer.”*

(Entrevistada 06)

Dessa maneira é importante ressaltar o percurso histórico da saúde da mulher e qual o lugar ocupado por ela atualmente. O corpo feminino tem sido regulado através de normas, sejam elas baseadas em crenças mágicas, religiosas ou médicas (VIEIRA, 2002). Porém a partir do século XIX surge a necessidade da sociedade em controlar suas populações e a reprodução focalizada na mulher (VIEIRA, 2002). Dessa maneira, o médico passa a ter um papel social mais amplo, como educador e guardião da moral e dos costumes, e o corpo feminino passa a ser controlado principalmente pela medicalização.

A medicalização do corpo feminino, com o desenvolvimento técnico da medicina, permite a formação e manutenção da sociedade em relação às questões de saúde que envolve a reprodução humana, ao elaborar ideias que através de uma racionalidade moderna e científica, visam ao entendimento e consequente intervenção nesse corpo como estratégia social (CORREA, 2000).

É interessante destacar que a problemática da realização de exames médicos aparece nas narrativas das entrevistadas como um dispositivo de poder (FOUCAULT, 1984). Isto porque ele possibilita nomear e classificar aquilo que é vivenciado pelo indivíduo como uma perturbação. Ao exame é atribuída à capacidade de identificar as doenças, isso porque o médico, que o realiza representa o conhecimento científico e a experiência prática, o que o torna uma autoridade sobre o corpo do outro:

*“(...) eu acho um exame muito importante, que através dele a gente vem a descobrir se tem algum problema.”*

(Entrevistada 05)

*“Eu sou muito cuidadosa nesse sentido, se alguma coisa não esta bem e eu não estou sentindo, eu prefiro repetir de novo o exame, ai eu falei para o médico: ‘ preciso fazer de novo tudo’ e fez. Tem coisas que eu acho assim, necessário fazer de novo, eu converso com o meu médico que eu estou passando, eu vejo que é necessário, se ele não*

*concordar aí eu já mudo de médico eu passo com outro médico, mais eu não deixo que nada fique em dúvida.”*

(Entrevistada 06)

*“Daí eu fiz pra tirar a dúvida porque eu senti, sabe quando apalpa e começa a sentir uma coisinha, mas graças a Deus, no exame não deu nada.”*

(Entrevistada 05)

Nesse caso, o saber foi produzido a partir do “tirar a dúvida” através do exame que indica como verdade aquilo que não se vê, o interior do corpo:

*“(...) já que no exame não saiu nada.”*

(Entrevistada 05)

Pode-se perceber que há um medo em relação ao câncer de colo de útero, mas as mulheres em geral não se mostraram preocupadas com o resultado do exame em suas falas:

*“Tem que se cuidar. Essa doença aí tem que prevenir ela. Não pode deixar sem fazer.”*

(Entrevistada 03)

*“É tem que se cuidar, eu sempre faço isso, prevenção né. Porque se for deixar pra cuidar quando tá doente”.*

(Entrevistada 05)

*“Papanicolau realmente é importante para tudo, previne o câncer, quantas pessoas que às vezes já têm câncer e já está em estado terminal, porque não dá mais para fazer tratamento. Então, a mulher ela tem que se cuidar, com certeza o “Papanicolaou” é muito importante”.*

(Entrevistada 06)

Para as mulheres moradoras do Jardim Keralux a responsabilidade em cuidar de si se faz através da medicalização. Realizar o “Papanicolaou” é também a oportunidade que elas possuem de medicalização, entendido por elas também como prevenção. São essas as ações que dão sentido ao cuidado de si, medicar-se, realizar os exames, passar por consultas médicas.

## **2.2) Responsabilidade e cuidado da família: os aspectos relacionais e a medicalização**

O processo saúde-doença não pode ser reduzido a um ato individual, pois ele produz experiências pessoais e socioculturais, adoecer ou cuidar-se, é um fenômeno social padronizado, e a posição pessoal do indivíduo interfere nessa relação social (GUALDA, 2009).

Nas entrevistas realizadas, notou-se que o cuidado não aparece apenas em relação ao exame de “Papanicolaou”. Ele assume dimensões muito mais amplas, relacionadas à família, aos filhos, ao parceiro e tantas outras relações sociais como, com os profissionais da saúde que realizam o exame ou colegas de trabalho e amigos. Especificamente, a família é fundamental na vida das mulheres:

*“Antes de ter minha filha eu não estava nem aí, não ia mesmo em médico. Mas depois que eu engravidei, aí sim, eu passei a pensar diferente. É, aí eu comecei a ir frequentemente, tipo uma vez no ano fazer todos esses exames, “Papanicolaou”. Mas antes de ter minha filha eu não ia assim com muita frequência não.”*

(Entrevistadora 01)

*“Eu antes não pensava, eu só ia se eu tivesse sentindo alguma coisa. Mas depois que eu tive meus filhos também eu comecei. Porque depois que tem filhos também já muda*

*muita coisa também na gente. Depois que eu tive filho...Que eu precisava tá me cuidando mais.”*

(Entrevistada 05)

Entende-se que o corpo ainda que individual é também, conformado e moldado socialmente (PAIN,1998). Dessa forma, além do cuidado individual, o cuidado com a família está muito presente na vida das mulheres entrevistadas, e para elas, a responsabilidade feminina está atrelada à gravidez e à maternidade:

*“Depois que minha filha veio, realmente eu mudei muitas coisas eu aprendi a ser uma pessoa responsável em todos os sentidos. [...] depois da minha filha eu tive que focar, como eu sou mãe solteira, eu tive que focar só na minha filha. Entendeu? A partir do momento que ela nasceu porque a história com a minha filha é complicada. [...] Eu tive que ser pai , mãe, trabalhar, tipo as vezes eu trabalhava o dia inteiro aqui e de noite ainda fazia bico em Buffet. Pra poder sobreviver”.*

(Entrevistada 01)

A responsabilidade em cuidar de si por ser mãe também está intimamente relacionada com a medicalização e a entrada da mulher no serviço de saúde. À medida que essa mulher começa a se reconhecer como futura mãe, seu vínculo com o serviço de saúde se desenvolve. Quando questionadas há quanto tempo realizam o exame de “Papanicolaou”, as entrevistadas responderam que a realização do exame está associada à iniciação da vida sexual ou a maternidade:

*“Ah, faz muitos anos [primeira vez que realizou o exame], desde quando eu tive minha primeira filha, uns 27 anos”.*

(Entrevistada 03)

Além disso, após engravidar, a mulher se dirige ao serviço de saúde com maior frequência por conta do cuidado da sua saúde e da saúde do filho que está gestando. A gestação é um evento desencadeador dessa relação com sua saúde. É principalmente através do pré-natal que ela se dá:

*“Desde o pré-natal! Você começa a afazer o pré-natal. Aí, você já tem aquele acompanhamento todo mês, que não tava acostumada, ai depois eu comecei a levar mais a sério isso aí... ta se cuidando. Porque eu nunca tinha feito... Quando ta grávida tem que fazer tudo quanto é tipo de exame... HIV, tudo! Eu acho muito legal e antes eu nunca tinha feito”.*

(Entrevistada 05)

O exame de “Papanicolaou” é o que liga as mulheres ao serviço de saúde antes da gestação, porém como na fala abaixo, ele não é prioridade na vida da mulher, ela não o realiza com a frequência que o faz após ser mãe:

*“Não, só o “Papanicolaou” mesmo [realizou antes de ficar grávida]. Eu fazia, mas era bem difícil mesmo, uma vez a cada cinco anos.”*

(Entrevistada 05)

A noção do cuidado é passada por sua mãe, sendo ela uma fonte de informação para a mulher como pode ser observado com a seguinte fala:

*“Então, eu sempre tive cuidado, eu sempre tive uma conversa assim com meus familiares com a minha mãe a gente assim sempre foi muito aberto para conversar e ela falava sempre pra mim.”*

(Entrevistada 06)

A responsabilidade e o cuidado são tidos como valores familiares, e as mulheres demonstram tê-los recebido anteriormente de suas mães. Observa-se assim uma preocupação por parte delas em passá-lo aos filhos também:

*“A gente tem que estar atento à saúde. Então eu pego muito no pé: vai tomar banho, vai fazer isso, vai fazer aquilo...Eu fico em cima, e eu acho que tem que ensinar muito a criança. É assim dar responsabilidade pra eles, pra eles não crescerem, e verem que nem sempre você vai ter seu pai e sua mãe pra cuidar de você. E se você não for ensinado em casa, como você vai fazer?”*

(Entrevistada 05)

Os papéis do homem e da mulher na família são diferenciados conforme a distribuição das respectivas autoridades. A mulher fica vinculada a valorização de ser mãe, e a ela cabe cuidar dos filhos, administrar o dinheiro, organizar a casa e prover a saúde familiar (SARTI, 2005). Entretanto há uma sobrecarga dessa mulher cuidadora:

*“Tem coisas que às vezes passam a ser um pouco difícil, controlar tudo certinho em hora certa, às vezes o dia a dia não permite, a correria, cuidar de casa trabalho, filho, marido às vezes atrapalha um pouquinho não concilia uma coisa com a outra”.*

(Entrevistada 04)

*“Eu saí de casa 6h30, 7h no máximo. Eu lavo roupa, minha casa tá limpa. Eu tô aqui trabalhando, mas minha casa tá em ordem. Eu não deixo pra arrumar casa no fim de semana, não dá tempo. Eu falo pra eles que eu preciso da ajuda deles. Eu preciso que vocês me ajudem, eu trabalho, eu preciso deles pra me ajudar”.*

(Entrevistada 05)

Nas falas das entrevistadas, a figura do homem-pai não aparece muito presente na educação dos filhos referente ao cuidado e saúde:

*“É, eu pego mais no pé. Eu falo assim: nós temos que ser exemplo, não só eu, porque não adianta só eu fazer e você não. Eu falo pra ele. Pra eles verem assim que somos nos dois, senão o pai sai como o bonzinho e a mãe a chata na cabeça da criança. Então eu pego muito no pé: vai tomar banho, vai fazer isso, vai fazer aquilo...Eu fico em cima,*

*e eu acho que tem que ensinar muito a criança. É assim dar responsabilidade pra eles, pra eles não crescerem, e verem que nem sempre você vai ter seu pai e sua mãe pra cuidar de você”.*

(Entrevistada 05)

A família atua como centro para construção da identidade social de seus membros, sobretudo entre as camadas populares. Ela não é somente um núcleo de sobrevivência, é muito mais que isso é a base da identidade social do sujeito e constitui a referência simbólica que estrutura sua explicação do mundo. Sendo assim, a família, com seus códigos e obrigações, é pensada como uma linguagem que articula os elementos da vida social, permitindo a seus membros atribuir um sentido à vida, ao mesmo tempo em que definem os contornos de sua identidade social (SARTI, 2005):

*“Porque a gente já tem um pouquinho mais de experiência né. E tem que passar pra eles, porque se você aprende uma coisa e não passa, se você não passa nenhuma responsabilidade pros seus filhos ele vai crescer, mas tem moços aí que não sabem fazer nada. Às vezes faltou incentivo da mãe. Nem sempre você tem, não tem uma pessoa pra lavar roupa pra você, e se você não sabe fazer, vai andar sujo, e o que vai fazer?”*

(Entrevistada 05)

A mulher-mãe é responsável pelo cuidado, o qual passa a seus filhos que também devem se tornar responsáveis pelo cuidado de si mesmos. Isso se expressa dentro da lógica da responsabilidade ligada à medicalização:

*“Inclusive até minha filha eu já levei ela pra fazer [exame ginecológico], porque ela tava com corrimento, ela tinha uns sete anos e ela fez o exame com o cotonete”.*

(Entrevistada 05)

*“Já levei, eles tem 8 e 9 anos, eles já fizeram exames eles fizeram, eu já levei no hospital, no oftalmo também e até me deram os parabéns, porque, tava tudo bem,tudo ok. Porque ele falou que tem assim pais que só leva o filho quando ele já tá...coitado, já não ta enxergando quase nada é que eles levam o filho”.*

(Entrevistada 05)

*“(...)porque minha filha em todas as campanhas ela tomava [vacinas]”.*

(Entrevistada 06)

Além dos filhos, a relação com o companheiro, parceiro ou marido também está presente nas falas das mulheres quando se fala de saúde e cuidado. O homem aparece como apoio em relação a sua saúde sexual e reprodutiva, mas não se mostra muito presente, da mesma forma que não apresenta muita resistência quanto à medicalização da saúde da mulher. O que nos leva a crer que essa responsabilidade, já tão citada, está centrada na própria mulher:

*“Mas eu não converso essas coisas com ele, já falei pra ele que eu me previno bem, entendeu? mas eu não converso sobre “Papanicolaou”... faz um comentário assim. Mas não é aquela coisa bem profunda, porque homem às vezes não entende porcaria nenhuma. [...]Ele não interferem, a gente comenta dessa forma mas sem muitos detalhes.”*

(Entrevistada 01)

*“Ah ele acha bom [companheiro]. Ele sempre me incentiva. Diz que eu tenho que ir sempre no médico principalmente por ser mulher né. Conversamos, temos uma relação bem aberta”.*

(Entrevistada 02)

*“Não, não dá nem tempo porque ele trabalha direto [...]Ele é a favor, dá força”.*

(Entrevistada 03)

*“Ah, não... ele aceita normal, não reclama não.”*

(Entrevistada 04)

*“Ah sim, quando eu vou, ele se preocupa né, ou quando eu tô sentindo alguma coisa ele já fala pra mim...Principalmente próximo ao período menstrual, porque a gente sente que tudo muda, tudo dói né, mas aí ele fala você vai no médico, eu falo pra ele não, não é só o período menstrual mesmo. Ele até me apoia.”*

(Entrevistada 05)

Apenas para uma das entrevistadas, o homem aparece restringindo de alguma maneira o acesso da mulher ao serviço de saúde, evidenciando aqui as questões de gênero envolvidas no processo:

*“Ah ele pede assim pra eu passar com médica, para não tá passando com homem. Eu acho que às vezes ele fica meio...Eu acho que assim eles assim ah...eles estão realizando o trabalho deles, mas assim tem muitas pessoas ainda que elas acham assim que não trabalha assim sério...levando pro profissional, entendeu? Pra mim se eu tiver que ser atendida por um homem tudo bem, e se for mulher pra mim não faz diferença. E pra evitar também porque eu acho que o que a gente puder fazer pra evitar estar brigando, já pensou seu marido pede pra você faz assim e você faz diferente...Os dois tem que concordarem com as coisas né. Porque se um falar diferente não vive, não tem como ficar casado com uma pessoa assim. Ou vocês falam a mesma língua ou não vai.”*

(Entrevistada 05)

O exame de “Papanicolaou” também possibilita visibilidade ao que está invisível, o interior do corpo. Por esse meio, as práticas sexuais do homem e da mulher ficam expostas, atribuindo ao exame um controle sobre sua vida sexual, determinando, por exemplo, o uso do preservativo ou não na relação, assim como número de parceiros etc. Sendo assim, a reprodução humana e a sexualidade, torna-se um problema de

interesse público, e o exame de “Papanicolaou” um instrumento da medicalização da vida sexual e reprodutiva:

*“(...)porque teve um período que eu tive um problema de inflamação e era coceira e o medico descobriu que era dele porque e ele não se limpava direito ele tinha que ter a higienização dele tinha que quando ele fosse tomar banho elevar aquela pele do pênis assim para limpar aquela, em volta, o médico explicou para ele a médica, chamou ele junto, cria bactérias e na hora da relação sexual se não estiver usando o preservativo então foi isso que ocasionou né então ele teve que participar também ai ele tratou e ele tratou também.”*

(Entrevistada 06)

O uso do preservativo tem relação com a fidelidade, a confiança, o perigo, o risco. Há certa divergência quanto o uso do preservativo com o companheiro em união estável ou não para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Algumas mulheres acreditam que seu uso deve ser feito em todas as relações, outras não o utilizam por serem casadas. Entretanto, pode-se observar que para elas o seu uso para evitar gravidez não é a prioridade:

*“Eu acho assim, que a mulher ela tem que se proteger dos dois jeitos, independente se...Eu acho assim você que é casada, ta ali com o marido todo dia, até vai. Mas você que não é casada tem um namorado, que pá ele mora lá na case dele e você mora na sua você tem que se prevenir sim, porque você não sabe se ele ta realmente só com você, às vezes nem o marido que tá ali com você todos os dias ele não ta só com você.”*

(Entrevistada 01)

*“Igual eu te falei, teve algumas coceirinhas umas bactérias, inflamação muito pouca também né a gente sempre tem os cuidados tudo, depois a gente começou realmente a começou a usar”.*

(Entrevistada 06)

Nesta pesquisa, as mulheres foram indagadas quanto ao profissional que realiza o exame. Elas questionam a rotatividade dos profissionais no momento da realização do “Papanicolaou”. Pode-se entender esse questionamento como a dificuldade de se expor a profissionais desconhecidos em toda realização do exame. Assim, fazer o “Papanicolaou” com a mesma pessoa talvez fosse menos desconfortável:

*“Bom é assim por que, tanto no convênio como aqui no posto nunca é mesma pessoa, sempre está trocando.”*

(Entrevistada 02)

Ainda em relação aos profissionais, é feita uma avaliação cultural por uma das mulheres, criando uma classificação de mão “leve” ou “pesada” para descrever o cuidado prestado na realização do exame. Essa classificação do profissional pode significar para a mulher ser ou não bom profissional, delicado, sensível. Talvez essa percepção não seja apenas quanto a técnica em si, mas também pela relação que se estabelece entre os sujeitos na produção do cuidado:

*“Ah não machuca não. Tem uns que machucam né, outros não, depende das mãos, tem uns mão pesada, mão leve”.*

(Entrevistada 03)

*“Eu acho que eles estão bem, me trataram bem, não tem o que reclamar não”.*

(Entrevistada 04)

De acordo com as entrevistadas, o cuidado está presente em suas vidas, aparecendo no cotidiano e não somente ligado à cura de doenças. Nessa perspectiva a doença e a saúde não são somente realidade biológica ou psicológica, mas também um produto social e cultural. (Melo et al, 2009) As mulheres moradoras do Jardim Keralux vivenciam o cuidado no dia-a-dia, nas relações familiares, no trabalho, em suas casas, etc.

## **CAPÍTULO 3 - “Mulher é bicho feio. É muito esquisito”.**

Ao retornar ao bairro e realizar novas entrevistas, além dos sentidos já citados, outros códigos culturais diferentes apareceram. Principalmente os que remetem o corpo feminino como imperfeito, assim como outros envolvendo as causas das doenças. Dessa maneira, foram estabelecidas duas categorias para análise dos dados: “A medicalização e as impurezas do corpo”, e “As causalidades das doenças e o câncer de colo uterino”.

### **3.1) A medicalização e as impurezas do corpo.**

A medicalização está presente em todas as entrevistas, em algumas como prática essencial, outras vezes menos estabelecida, mas sempre aparece como necessária, assim como o exame preventivo, o “Papanicolaou” que é compreendido como uma prática medicalizada.

Esse processo de medicalização considera o corpo feminino como imperfeito e passível de correções, modificações, alterações (DAVIS-FLOYD, 1992). A seguir as falas das entrevistadas que nos remete essa interpretação:

*“O Papanicolaou é pra gente prevenir doenças não é? Que nem câncer. Que eu saiba o Papanicolaou é isso, para saber se está com escorrimento. Inflamação, infecção, alguma coisa o Papanicolaou vem devido isso é o que o médico explica pra gente”.*

(Entrevistada 07)

*“Eles pediram pra fazer. Ele falou pra mim aqui, esse é um exame de rotina, você tem que fazer, ainda mais que sua mãe morreu de câncer, de câncer no útero, então vocês tem que fazer pelo menos uma vez no ano”.*

(Entrevistada 09)

*“Eles [profissionais da saúde] conversaram muito com a gente, falaram que era necessário, que era nossa obrigação, então a gente foi e faz todas nós, todo ano, nunca deixa de fazer [o Papanicolaou]”.*

(Entrevistada 09)

*“No meu caso, eu preciso de um ginecologista, pra ele passar uma pomadinha, tomar alguma coisa que precisa, apesar de não ter tido mais nada”.*

(Entrevistada 08)

No trecho acima, a entrevistada cita a busca do medicamento como corretivo para o órgão sexual atrelado as noções de poluição do corpo. Essa poluição está associada ao sexo feminino como sujo, impuro. Segundo Mary Douglas (1966), a impureza é essencialmente desordem. Dessa maneira, manter a ordem do corpo, requer algumas medidas de correções socialmente convencionadas, higiene e limpeza na tentativa de torná-lo puro. No que diz respeito à realização do exame preventivo, essa tentativa de ordem, de purificação apareceu nos discursos das entrevistadas da seguinte maneira:

*“Mesmo sem fazer o Papanicolaou, eu não gosto de ficar com pelo grande. Eu acho mais limpo, até quando tá descendo pra gente, quando molha, fica aparecendo sujo. Ah, mulher é bicho feio. É muito esquisito a gente”.*

(Entrevistada 08)

A retirada dos pelos, a depilação, é citada como preparação para o exame. Essa prática está associada à higiene, limpeza e beleza. Já a não realização da depilação remete a algo não higiênico, sujo e feio, acarretando em constrangimento no momento da realização da coleta do “Papanicolaou” caso não seja feita.

*“É hábito, é higiene. Eu, independente de fazer o exame faço isso, mas principalmente quando vou fazer o Papanicolaou eu depilo. Toda vez. Você fica constrangida se não depilar. Às vezes eu deixo porque eu tenho alergia, mas se eu vou passar no ginecologista ou no Papanicolaou eu depilo.”*

(Entrevistada 07)

A depilação toma outra proporção além da relação com a limpeza do corpo, uma das entrevistadas associa a depilação como sendo uma maneira de facilitar a coleta do exame para o profissional:

*“Ah eu tiro os pelos com barbeador. Porque eu acho é feio, sei lá, assim eu fico mais limpinha. É mais fácil pra eles fazer. Não é? Eu acho que tem que depilar pra facilitar o exame”.*

(Entrevistada 08)

O Ministério da Saúde (2012), preconiza a realização do exame preventivo uma vez ao ano, mas algumas mulheres o realizam mais vezes que o necessário:

*“Geralmente eu faço duas vezes no ano o Papanicolaou. No começo do ano e no meio do ano”.*

(Entrevistada 09)

Os exames realizados mais de uma vez ao ano não mostram maior eficácia na prevenção do câncer de colo uterino (INCA, 2011), porém na lógica das mulheres, realizá-lo com maior frequência demonstra maior cuidado, e garantia de prevenção. Essa lógica está associada à medicalização como necessária, assim como a presença do profissional médico e não de outros profissionais da saúde. Essa necessidade se relaciona à responsabilidade que é dada ao médico de avaliação da saúde e só assim à certeza de que não há nada de “errado” com seu corpo:

*“Eu sempre gosto do médico examinar e saber “ah ta tudo bem com você”, eu gostaria disso, fazer um ultrassom vaginal pra ver como que está”.*

(Entrevistada 07)

*“O médico daqui falou pra mim e eu comecei a fazer o Papanicolaou”.*

(Entrevistada 09)

Associada à poluição e às imperfeições do corpo, aparecem nas entrevistas também o pudor e a moral. E assim como nas entrevistas realizadas anteriormente, a vergonha também é recorrente em todas as entrevistas:

*“Você fica sem jeito de ir lá com cabelo. Você fica constrangida. Qualquer um, na minha família mesmo, fala assim “vou depilar pra passar no ginecologista”. As meninas que trabalham comigo também”.*

(Entrevistada 07)

*“Agora, pra fazer o exame eu tenho vergonha. Ah eu tenho vergonha de abrir as pernas, sei lá. Tenho vergonha, não sei porque. Eu não sei se é porque eu sou ignorante, mas que eu tenho vergonha, eu tenho.”*

(Entrevistada 08)

*“Vergonha de tá ali cheia de pelo e a enfermeira olhar. É eu fico com vergonha, porque as vezes pode ser que da alguma alteração e ela tem que chamar o médico. Eu fico constrangida, fazer esse exame é muito constrangedor, mas a gente é obrigada a fazer né, então eu tiro todo o pelo, assim me sinto mais a vontade”.*

(Entrevistada 09)

A pureza aparece na ordem social, envolvendo a perfeição corporal, onde a saúde é representada pela ordem, limpeza, medicalização:

*“Por que ai ela fala, seu útero ta limpo, seu útero ta bonito, elas mesmo falam no posto.”*

(Entrevistada 07)

As considerações feitas até aqui, permitem estabelecer um quadro no qual a lógica cultural que rege as práticas de cuidados das mulheres entrevistadas, pode ser visualizada, a partir das definições da saúde e doença e suas relações com a pureza e a impureza associadas ao corpo feminino:

SAÚDE	DOENÇA
Puro	Impuro
Útero limpo	Útero sujo
Ausência de ferida no colo do útero	Presença de Ferida no colo do útero
Depilação	Pêlos
Higiene	Sujeira
Exame de “Papanicolaou”	Não realizar o exame “Papanicolaou”
Sem cheiro	Mau cheiroso
Não fazer uso de Pomada*	Pomada*

É através dessa exagerada diferença, desse antagonismo entre, saúde e doença, certo e errado, dentro e fora que se cria uma aparência de ordem. (DOUGLAS, 1966).

As interdições relativas à pureza e à impureza asseguram uma inteligibilidade do mundo social, permitindo aos indivíduos atribuírem uma ordem de sentido que organize a experiência vivida. Nessa linha, como sugere Fassin (1996: 211): “os conjuntos de prescrições e proscricções próprios de cada sociedade revelam, simultaneamente, sua teoria e sua prática da ordem social, a maneira pela qual ela é representada e a forma pela qual ela se impõe”.

Assim, enquanto a saúde simboliza a pureza, a doença, relaciona-se à impureza. O útero considerado “limpo” contrapõe-se ao útero “sujo”, a “depilação” é considerada uma prática de purificação, enquanto que os pelos pubianos simbolizam a impureza. O próprio exame de Papanicolaou insere-se dentro dessa lógica, de modo que sua realização representa uma forma do corpo, considerado puro. É assim que a lógica cultural, própria ao contexto sociocultural no qual as mulheres estão inseridas formata sua experiência de prevenção do câncer cérvico-uterino.

### **3.2) As causas das doenças e o câncer de colo uterino.**

Apesar de a medicalização ser intrínseca a temática envolvida: a realização do exame preventivo, não é somente ela (a medicalização) que está presente e relacionada à prática do exame no universo simbólico das mulheres entrevistadas.

Outros sentidos são atribuídos às ações e aos acontecimentos cotidianos dessas mulheres e suas vidas. Para compreendermos esses sentidos dados pelas mulheres, precisamos compreender, sua cultura à partir da procura dos significados de suas práticas relacionadas com seu cotidiano, seus costumes, sua história (GEERTZ, 1973).

A complexidade das relações que interferem na realização do exame preventivo torna-se evidente, quando as mulheres abordam nas entrevistas temas como religião, família, trabalho, relações sociais entre tantos outros aspectos que interferem sua saúde de alguma maneira.

*“Deus já me deu muitas vitórias, que nem no caso meu esposo bebia, fumava. Ele parou e nos estamos todos na igreja. Meus filhos foram criados na igreja. Então é bom, é melhor do que ver os filhos nas drogas. É melhor seguir os caminhos de Deus, do que os caminhos errados né”.*

(Entrevistada 08)

*“Eu sou católica, tenho muita fé em Deus, muita fé, sempre que eu peço pra ele, ele me apoia. Minha Nossa Senhora Aparecida sempre que eu to com um problema grande eu peço e vejo um retorno”.*

(Entrevistada 09)

*“A vida não é fácil, mas se você lutar, você vence. E aí eu tô feliz. Tem a filha linda que é casada, as novinhas são lindas, o rapaz. Então eu tenho 4 filhos lindos, e são todos filhos do mesmo pai”.*

(Entrevistada 08)

A saúde e a doença dessa forma deixam de ser uma realidade apenas biológica ou psicológica, sendo um produto social e cultural (MELO et al, 2009). Pensando nessa perspectiva, a saúde não pode ser medida apenas através de exames ou do profissional médico, principalmente nas camadas populares, esse é um fator associado ao trabalho, se o individuo pode trabalhar ele possui saúde.

*“Eu recebi o resultado dos exames em novembro, foi recente não deu nenhum problema. Eu fiz o exame de Papanicoalou, exame de urina, de sangue, não tinha nada,*

*tava tudo bem. Só que aí pediram outros exames, só que aí como eu tinha começado aqui [no trabalho], e tava na experiência eu não quis faltar pra ir fazer outro, porque eu imaginei assim, se esse exame aqui tá tudo bem, eu não tenho nenhuma doença, porque eu vou de novo fazer? Ele queria que eu fizesse outro porque não deu nada nos meus exames, ele queria achar uma doença...”*

(Entrevistada 08)

Nessa perspectiva, o médico não aparece como único cuidador. Pelo contrário o cuidado aparece representado por outros elementos, como a mãe, a figura masculina como autoridade, o pai, e religiosa como Deus. Além de outras relações sociais citadas pela entrevistada como a diretora da escola, por exemplo:

*“A diretora da escola falou pra mim: “mãe, faz um xarope caseiro e dá pra bebê” pega um monte de folha e faz, ela me deu uma raiz, aí cheguei aqui e fiz, e ela falou, você manda todo dia que eu vou dando pra ela aqui também. Aí pronto. Foi o que melhorou ela bastante foi isso.”*

(Entrevistada 09)

*“Aí de lá pra cá um cuida do outro, meu pai cuida da gente, depois a gente foi crescendo ajudando os mais novos, e foi indo, foi indo, hoje tá quase tudo casada.”*

(Entrevistada 09)

*“Nem tudo médico resolve. Alguma coisa sim. Mas a vida, quem dá é Deus”.*

(Entrevistada 09)

*“Quando a gente tem mãe é diferente, a mãe sempre ali cuidando, sempre do seu lado, quando não tem é diferente.”*

(Entrevistada 09)

A causa do câncer de colo uterino, e até mesmo das doenças é significada pelas mulheres de diferentes formas.

*“Tá tudo na bíblia. Então foi por Adão e Eva que fez tudo isso. Porque na verdade, não era pra nós sentir dor, não era pra nós sofrer, mas porque eles não obedeceram a Deus, o mundo tá assim. Ninguém conseguiu se livrar, e vai de geração em geração”.*

(Entrevistada 08)

*“Eu faço, porque as mulheres aparecem falando lá do Keralux que tem mioma, câncer, a gente escuta falar. Minha mãe mesmo também tinha mioma, mas tiraram por baixo não precisou nem operar ela. Mas eu nunca tive”.*

(Entrevistada 08)

As explicações religiosas são comuns entre as mulheres moradoras do Keralux. Porque os setores de cura não são apenas relacionados a medicalização, mas também a assistência múltipla como forma de ajuda (HELMAN, 2003):

*“Ah, mulher é bicho feio todo mês sangra né...Isso é graças a Deus. A mulher sofre mais, passa por muitas coisas, a dor de ter um filho, são muitas coisas. Ela fica grávida, no final da gravidez sente os enjoos, sente ardor, depois pra ter a criança você passa por dor, por preocupação, tristeza até a hora de ganhar a criança, aí depois você tem que todo mês ficar menstruada e no final de tudo isso o prazer é do homem mesmo. O homem não fica menstruado, ele não sente dor. Então realmente é nós mesmo que temos que carregar esse peso até o fim. Foi Deus que fez assim, foi Deus mesmo”.*

(Entrevistada 08)

Essa procura de significados e explicações aparecem no discurso porque, é preciso lembrar que, apesar da ausência de um discurso etiológico explícito, todos nós temos "na realidade quase sempre uma explicação [sobre as causas do adoecimento], mesmo que não as dizemos quando interrogados durante uma entrevista formal" (Fainzang, 1995: 73).

*“(...) ela não ia ao médico pra saber o que tava acontecendo, então tipo em casa a parteira não fazia o processo, aí eu acho que ela deixava um resto de parto dentro. E aquele resto de parto prejudicou um tumor do lado do rim dela, entre o rim e o útero, aí ela ficou bastante tempo debilitada”.*

(Entrevistada 09)

Nesse caso, a causa da doença, do câncer da mãe da entrevistada é atribuída a uma causa interna ao corpo, endógena, que acaba levando ao desenvolvimento do tumor. As causalidades da doença são apontadas por Fainzang (1989) como esquemas interpretativos, que podem ser expressos em quatro modelos diferentes, não excludentes entre si: a “auto acusação”, na qual o doente se julga responsável pela emergência ou pelo agravamento de sua doença, devendo, portanto, responsabilizar-se pelo cuidado de si; a “acusação de um Outro próximo”, na qual o doente acusa um amigo ou familiar como responsável por sua doença; a “acusação de um Outro distante”, na qual o doente acusa o outro exterior a seu grupo familiar, ou a sua rede de relações sociais, ou ainda, a seu grupo sociocultural, como responsável, seja por sua doença, seja pela doença de alguém próximo — amigo, parente etc. —; e a “acusação da sociedade”, na qual o doente acusa a “sociedade” ( o “sistema”, o “mundo atual”, a “sociedade moderna”, o “desemprego”) como responsável por seu mal ou pelo de alguém próximo (1989: 69-86).

O câncer apesar de ter se desenvolvido por uma causa interna do corpo, há uma “acusação social” em relação ao adoecimento e morte de sua mãe, desencadeada pelo diagnóstico médico:

*“Ai foi que o médico descobriu, que ela tava com câncer e já não tinha mais jeito.*

*Eles descobriram em julho e ela morreu em dezembro de 1999.*

*Também depois que descobriu, ele falou não tem mais jeito, ela não lutou mais.*

*Enquanto ela não sabia o que era a doença ela lutava, lutava lutava, lutava, mas*

*quando o médico falou não tem mais jeito, é câncer, ela se jogou.*

*E foi se acabando em cima da cama até o dia em que Deus levou.*

(Entrevistada 09)

É assim que em seu dia-a-dia, as mulheres moradoras da periferia de São Paulo, entrevistadas nesse trabalho, cuidam de seus corpos e interpretam suas necessidades de saúde, orientando suas práticas dentro uma lógica cultural própria ao contexto sociocultural no qual estão inseridas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados obtidos com a presente pesquisa, compreendemos a lógica que orienta as práticas das mulheres moradoras do Jardim Keralux em relação ao exame de prevenção de câncer de colo uterino. Essas mulheres percebem o exame preventivo como parte da responsabilidade que elas têm de cuidar de si mesmas estabelecendo com esse exame uma relação com seu corpo e com sua saúde. Os sentidos atribuídos para essa prática, envolvem muito mais que a medicalização apenas, mas a religião, suas histórias de vida, seu cotidiano e as relações pessoais.

Apesar do exame de “Papanicolaou” ser usado como sinônimo do exame preventivo de câncer de colo uterino e esse ser o seu objetivo, ele representa muito mais que prevenção do câncer para as mulheres. Para elas, uma série de outros elementos de suas vidas estão envolvidos. Realizá-lo ou não envolve preparação, exposição de sua intimidade, pudor, vergonha, cuidado, responsabilidade, limpeza, costumes, negociações com seus parceiros, negociações com seu trabalho.

Essa pesquisa mostrou apenas um recorte de uma população feminina de um bairro pobre da zona leste de São Paulo, porém as campanhas para prevenção do câncer cérvico-uterino deveriam levar em conta as representações e os significados acerca do “Papanicolaou”, pois as falas das mulheres pobres mostram como o cuidar é parte de suas vidas pessoal e familiar.

## REFERÊNCIAS:

ADAM P.; HERZLICH C. *Saúde, doença e suas interpretações culturais e sociais*. Sociologia da doença e da medicina. Bauru-SP. EDUSC, 2001. pp. 69-86;

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativas 2011 – incidência de câncer no Brasil*. INCA- Rio de Janeiro, 2011.

BRENNAN S. M. F, HARDY E; ZEFERINO L. C, NAMURA I. *Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4):909-914, jul-ago, 2001

BRITO, C. M. S.; NERY I.S, TORRES L. C. *Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da Citologia Oncótica*. Rev. bras. enferm.[online]. 2007, vol.60, n.4, pp. 387-390

COUTO H. R. M. *A percepção das mulheres frente à participação do grupo operativo no programa saúde da família na perspectiva da prevenção do câncer do colo uterino: uma investigação sobre Representações Sociais*. (Dissertação mestrado) Universidade do Estado de Minas Gerais, UEMG, 2008

CRUZ, L.M.B e LOUREIRO, R.P.A. *Comunicação na abordagem preventiva do câncer de colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão as campanhas*. Saúde e Sociedade. São Paulo. v.17 n.2 abr./jun. 2008;

DANTAS, H. *Democracia e saúde no Brasil: uma realidade possível?* São Paulo: Paulus,2006. p.57;

DAVIS-FLOYD, R. E., 1992. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press.

DOUGLAS, Mary. *Pureza e perigo: ensaio sobre a noção de poluição e tabu*. Rio de Janeiro. Edições 70, 1991.

DUAVY L.M; BATISTA F.L.R; JORGE M.S.B; SANTOS J.B.F. *A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso*. Ciência & Saúde Coletiva. v. 12, n. 3, maio-jun 2007;

FAINZANG, S. (1995). Une anthropologie du dé-boire. Journal des anthropologues. n. 60, Montrouge: AFA-EHESS, p.71-76.

FAINZANG, S. (1989). Pour une anthropologie de la maladie en France: un regard africaniste. Cahiers de l'homme, Paris: Ed. de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

FASSIN, D. (1996), *L'espace politique de la santé – essais de généalogie*, Paris, PUF.

GALVÃO L.; DÍAZ J. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios*. São Paulo: Hucitec Population Council, 1999;

GAMARRA C.J.; PAZ E. P.A; GRIEP R.H. *Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas*. Rev. Saúde Pública [online]. 2005, vol.39, n.2, pp. 270-276.

GARCIA, C.L; PEREIRA, H.C; MARINHO, A.S.B; MIRNA, N. *Percepções das mulheres acerca do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino*. Rev Brasileira em Promoção de Saúde, v. 23, n 2, abril-junho, pp.118-125, 2010;

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara, 1989.

GOLDENBERG, Mirian. *A arte de pesquisar: Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. 12ª Rio de Janeiro: Record, 2011. 107 p.

GUALDA D. M. R. *As dimensões e os significados de saúde e doença nas perspectivas médica e popular*. Antropologia para Enfermagem, São Paulo, 3: 36-55;

HEILBORN, M. L. et al. *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sexuais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond/FIOCRUZ, 2006;

INKER , Instituto União Keralux (INKER) [homepage na Internet]. São Paulo; 2012. Disponível em: [http://inker-institutokeralux.blogspot.com/2009\\_05\\_01\\_archive.html](http://inker-institutokeralux.blogspot.com/2009_05_01_archive.html)

LINARD, A.G; SILVA, F.A.D; SILVA, R.M. *Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino- percepção de como enfrentam a realidade*. Rev. Brasileira de Cancerologia. V.48 n.4 p.493-498, 2002.

MELO, Lucas Pereira; CABRAL, Elizabeth Regina de Melo; SANTOS JUNIOR, José Ademário. *O Processo Saúde-Doença: uma reflexão à luz da antropologia da saúde*. Rev. Enferm UFPE 2009oct/Dec; 3(4):1202-08

MERIGHI M.A.B; HAMANO L;CAVALCANTE L.G. *O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública*. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2002, vol.36, n.3, pp. 289-296.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. *Pesquisa Social:Teoria, método e criatividade*. 27ª Petrópolis: Editora Vozes, 2008. 108 p. (Temas Sociais).

NAKAMURA E. *O lugar do método etnográfico em pesquisa sobre saúde, doença e cuidado*. Antropologia para Enfermagem, São Paulo 2: 15-34;

NARCHI N.Z; JANICAS R.S.V; FERNANDES R.A.Q. *Prevenção e controle do câncer cérvico-uterino*. Barueri, São Paulo: Manole, 2007.

OLIVEIRA M.M; PINTO I.C. *Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil*. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online]. 2007, vol.7, n.1, pp. 31-38.

PAULA A.F; MADEIRA A.M.F. *O exame citopatológico sob a ótica da que o vivencia*. Revista de enfermagem da USP. São Paulo. Rev Esc Enferm USP. v. 37, n. 3, pp. 88-96, 2003.

PELLOSO, S. M; CARVALHO, M.D.B e HIGARASHI, I. H.. *Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino*. Acta scientiarum. Health sciences. v. 26, n. 2, pp. 319-324, jul.-dez. 2004.

QUEIROZ, Marcos. *Saúde e doença: um enfoque antropológico*. 1ª Bauru: Edusc, 2003. 228 p.

SARTI, Cynthia Andersen. *A Família como Espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. 3ª São Paulo: Cortez Editora, 2005. 152 p.

SCAVONE, L. Das diferenças às desigualdades: o conceito de saúde reprodutiva na sociologia. In. *Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais*, São Paulo: Editora da UNESP, pp. 43-54, 2004;

SILVA S.E.D. et al. *Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino*. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2010, vol.44, n.3, pp. 554-560.

SILVA S.E.D. et al. *Representações sociais de mulheres amazônidas sobre o exame papanicolaou: implicações para a saúde da mulher*. Esc. Anna Nery [online]. 2008, vol.12, n.4, pp. 685-692

SOARES M.C. *A integralidade na saúde da mulher*. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 2007

THUM M.; HECK R.M.; SOARES M.C; DEPRÁ A. S. *Câncer de colo uterino: percepção das mulheres sobre prevenção*. Rev. Cienc Cuid Saude 2008 Out/Dez; 7(4):509-516

UCHÔA, E. e VIDAL, J.M. *Antropologia Médica : elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10 (4): 497-504, out/dez, 1994;

VALENTE C.A.; ANDRADE, V.; SOARES M.B.O.; SILVA S.R. *Conhecimento de mulheres sobre o exame de Papanicolaou*. Rev. esc. enferm. USP[online]. 2009, vol.43, n.esp2

VICTORA C.G *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema-* Porto Alegre: Tomo Editorial, 136 p. 2000;

VIEIRA E.M. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de janeiro. Editora FIOCRUZ, 84p. 2002.

ZALUAR, Alba. *A Máquina e a Revolta: As organizações populares e o significado da pobreza*. 2ª São Paulo: Editora Brasiliense, 1994. 265 p.

## ANEXO 1

### ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS COM AS MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA MORADORAS DO JARDIM KERALUX

#### **Dados Gerais:**

Nome:

Idade:

Estado Civil:

Naturalidade:

Ocupação:

Religião:

Filhos:

Frequencia ao exame papanicolau:

#### **Roteiro de entrevista:**

- 1) Você realiza o exame preventivo de papinicolau periodicamente?
- 2) Qual sua opinião sobre o exame de papanicalou?
- 3) Qual sua opinião sobre o modo como os profissionais de saúde fazem o exame papanicolau?
- 4) Como Você avalia sua vida sexual?
- 5) Você usa algum método para evitar gravidez?
- 6) Como seu companheiro reage durante o período de realização do exame preventivo papanicolau?
- 7) Você conversa com seu companheiro sobre o exame de papanicolau?

## ANEXO II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### **Pesquisa: Corpo, cultura e sexualidade: Representações e práticas de mulheres sobre o exame preventivo de câncer cérvico-uterino “Papanicolaou”.**

O objetivo desta pesquisa é compreender as práticas de mulheres em idade reprodutiva, de 25 a 59 anos, moradoras do Jardim Keralux, localizado na Zona Leste da Cidade de São Paulo, em relação ao exame preventivo de câncer cérvico-uterino. Para tanto nós, Edemilson Antunes de Campos, Prof. Dr. da Escola de Artes Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP) e a aluna, Francine Even de Sousa Cavalieri convidamos você a colaborar com esta pesquisa que busca contribuir para a implementação de políticas públicas que atenda a mulher de forma integral, levando-se em conta o contexto sócio-cultural, psicológico e emocional a qual ela está envolvida. Com isso, essa pesquisa pode beneficiar as mulheres na realização do exame preventivo “Papanicolaou” que, como se sabe, é a principal forma de prevenção do câncer cérvico-uterino.

Nesse sentido, declaramos que todos os sujeitos envolvidos nesta pesquisa serão convidados a colaborar voluntariamente, após serem informados sobre a natureza da pesquisa, de seus objetivos, sua relevância social e seus benefícios, conforme as normas previstas na resolução 196/96, e demais, do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

Evidenciamos que a entrevista, bem como a divulgação dos resultados da pesquisa, não acarretará nenhum tipo de risco ao entrevistado. Sua participação não implicará em prejuízos, ou qualquer tipo de despesas, e será garantida a sua liberdade de interromper a pesquisa, deixando de participar em qualquer momento. Por conta do assunto pesquisado, durante a entrevista assuntos como sexualidade e relacionamento com o parceiro poderão ser abordados e sua participação poderá ser interrompida se não se sentir à vontade durante a mesma.

A coleta de dados será realizada a partir de uma entrevista semi estruturada que será gravada apenas para facilitar o registro das informações. Assumimos o compromisso de sigilo de sua identidade na utilização dos dados e resultado obtido pela pesquisa em possíveis publicações científica.

Esse termo de consentimento será feito em duas vias, sendo uma delas repassada a entrevistada e uma aos pesquisadores.

Ressaltamos que para qualquer esclarecimento a entrevistada pode procurar o pesquisador responsável Prof. Dr. Edemilson Antunes de Campos (EACH/USP) pelos telefones: (11) 3822-0808 e 3567-0807.

Caso haja algum problema ou reclamação, pode também procurar o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde (CEP/SMS), pelo telefone: (11) 3397-2464 ou pelo endereço eletrônico: [smscep@gmail.com](mailto:smscep@gmail.com) localizado na Rua General Jardim 36, 1º andar.

Eu,-

\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, declaro que fui informada dos objetivos, da justificativa dessa pesquisa, e também sobre qual será o procedimento utilizado para a obtenção dos dados. Estou ciente de que posso interromper a minha participação em qualquer momento da pesquisa. Autorizo possível divulgação dos dados obtidos por esse estudo e fui informado sobre o sigilo com relação a minha identificação.

Local e data:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador