**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES**

EDEMILSON ANTUNES DE CAMPOS

**LÓGICAS DO CUIDADO
UM ESTUDO SOCIOANTROPOLÓGICO SOBRE O EXAME DE
PREVENÇÃO PARA O CÂNCER DO COLO DE ÚTERO,
PAPANICOLAOU**

**SÃO PAULO
2015**

EDEMILSON ANTUNES DE CAMPOS

LÓGICAS DO CUIDADO
UM ESTUDO SOCIOANTROPOLÓGICO SOBRE O EXAME DE
PREVENÇÃO PARA O CÂNCER DO COLO DE ÚTERO,
PAPANICOLAOU

Tese apresentada à Escola de Artes, Ciências e
Humanidades da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Livre Docente.
Área: Sociedade, Saúde e Educação.
Especialidade: Ciências Sociais e Saúde

SÃO PAULO
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO

(Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Biblioteca)

Campos, Edemilson Antunes de

Lógicas do cuidado : um estudo socioantropológico sobre o
exame de prevenção para o câncer do colo de útero, Papanicolaou /
Edemilson Antunes de Campos. – São Paulo, 2015

172 f. : il.

Tese (Livre Docência em Sociedade, Saúde e Educação) -
Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de
São Paulo

Especialidade: Ciências Sociais e Saúde

1. Saúde da mulher. 2. Mulheres - Cuidados. 3.
Neoplasias do colo uterino - Prevenção e controle - Aspectos
antropológicos. 4. Neoplasias do colo uterino - Prevenção e
controle - Aspectos sociais. II. Título

CDD 22.ed.– 613.0424

EDEMILSON ANTUNES DE CAMPOS

LÓGICAS DO CUIDADO
UM ESTUDO SOCIOANTROPOLÓGICO SOBRE O EXAME DE
PREVENÇÃO PARA O CÂNCER DO COLO DE ÚTERO, PAPANICOLAOU

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Monica Sanches Yassuda (EACH/USP), presidente.

Prof. Dr. Alex Antonio Florindo (EACH/USP)

Profa. Dra Ana Maria Falcão de Aragão (FE/UNICAMP)

Prof. Dr. Cristiano Roque Antunes Barreira (EEFERPRP/USP)

Profa. Dra. Isília Aparecida Silva (EEUSP)

Aprovada em 02 de dezembro de 2015

**À Anésia e Sylvio (*In memorian*), meus pais.
e
À Marcia Valéria, companheira de todas as
horas.**

AGRADECIMENTOS

Este trabalho trata de um tema importante para a saúde da mulher, o exame de prevenção para o câncer colo do útero, Papanicolaou. Ele também é, para mim, um momento importante de minha trajetória acadêmica, desde que passei a lecionar no curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades, da Universidade de São Paulo (EACH/USP). Trata-se de uma espécie de ritual de passagem, no qual se confirma a minha integração no campo da saúde da mulher, comprometido com o projeto político e pedagógico do curso de Obstetrícia.

Assim, gostaria de agradecer a todos aqueles que apoiaram e contribuíram para sua elaboração. Em primeiro lugar, sou grato à professora Dulce Maria Rosa Gualda, uma das mentoras do curso de Obstetrícia, que sempre incentivou e apoiou a realização deste trabalho. Nossas conversas foram preciosas para a definição de muitos dos enfoques fundamentais desta pesquisa. Sou grato também à professora Nádia Zanon Narchi, coordenadora do curso de Obstetrícia, pelo apoio e incentivo. Agradeço ao professor Lucas Pereira de Melo da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), que na época desta pesquisa era meu orientando no Programa de Doutorado Interunidades da EEUSP e EERP-USP, pelos comentários valiosos ao conteúdo das entrevistas. Agradeço também à professora Sylvie Fainzang, do Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale, Société, da École des Hautes en Sciences Sociales (CERMES3/EHESS), pela acolhida no período em que lá estive no estágio pós-doutoral. Agradeço, também, aos professores Monica Sanches Yassuda e Alex Antonio Florindo, da EACH/USP, Ana Maria Falcão de Aragão, da FE/UNICAMP, Cristiano Roque Antunes Barreiras, da EEFERP/USP e Isília Aparecida Silva, da EEUSP, pelas valiosas críticas e sugestões quando da defesa da tese.

Sou grato aos meus alunos do curso de Obstetrícia, cujas aulas sempre estimularam a reflexão sobre as relações entre a antropologia e a saúde. Em especial, agradeço à Francine Even de Souza Cavalieri, bolsista de iniciação científica do CNPq e da FAPESP, pela dedicação e empenho na realização da pesquisa e coleta de dados e à Lidiane Mello de Castro, minha orientanda no Programa de Doutorado Interunidades da EEUSP e EERP-USP, pelo apoio na condução da pesquisa.

Quero agradecer às instituições que contribuíram para a realização da pesquisa: à Escola de Artes, Ciências e Humanidades, da Universidade de São Paulo (EACH-USP) e à Escola de Enfermagem da USP (EEUSP), cujas instalações e fecundo ambiente intelectual contribuíram na elaboração deste trabalho. Agradeço também ao CERMES3/EHESS, pela acolhida no período do estágio pós-doutoral.

Esta pesquisa contou com o apoio, imprescindível, das instituições públicas de fomento à pesquisa. Assim, agradeço ao CNPq, pela concessão de uma Bolsa de Iniciação Científica (processo número: 148908/2013-6) e de um Auxílio à Pesquisa (processo número: 470617/2011-0). Sou grato também à FAPESP, pela concessão de uma Bolsa de Iniciação Científica (processo número: 2011/08356-3) e de uma Bolsa Pesquisa no Exterior (processo número: 2012/17472-0), fundamental para a realização do estágio pós-doutoral no CERMES/EHEES, em Paris. É preciso reconhecer e ressaltar que a política pública de apoio e fomento à pesquisa constitui uma ação poderosa e fundamental para o desenvolvimento científico do País.

Por fim, gostaria de fazer uma menção especial às mulheres que aceitaram participar desta pesquisa, compartilhando suas crenças e sua intimidade sobre o exame de Papanicolaou. A todas elas, aqui presentes através de suas narrativas, que me ajudaram a escrever esse trabalho, o meu mais sincero agradecimento.

“O Papanicolaou é importante para tudo”

Maísa, moradora do Jardim Keralux,
Zona Leste da Cidade de São Paulo

RESUMO

Campos, E.A. Lógicas do cuidado: um estudo socioantropológico sobre o exame de prevenção para o câncer do colo de útero, Papanicolaou [Tese Livre Docência]. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, 2015.

O objetivo desta pesquisa é o de compreender as lógicas sociais que orientam e dão sentido às práticas de cuidados de mulheres, quando realizam o exame de rastreio do câncer do colo do útero, Papanicolaou, a partir de uma análise dos códigos sociais e culturais que operam no processo saúde-doença. A pesquisa foi realizada por meio de etnografias locais e entrevistas semi-estruturadas com mulheres, que já fizeram o exame de prevenção do câncer do colo do útero, moradoras do Jardim Keralux, localizado na Zona Leste do município de São Paulo. Parte-se do pressuposto de que a saúde e a doença são realidades simbolicamente construídas tanto por condições físicas e coordenadas orgânicas quanto pelas relações sociais e culturais, próprias ao contexto no qual as mulheres estão inseridas. Neste trabalho, o exame de Papanicolaou é concebido como uma prática de cuidado à saúde, regida por uma lógica médica, cujas regras enfatizam o processo de medicalização do corpo feminino e os procedimentos terapêuticos de cuidado de si, bem como por uma lógica relacional, regidas pelos valores do contexto sociocultural no qual as mulheres estão inseridas, em particular, o valor da maternidade, que as torna responsáveis pelo cuidado de seus filhos e de sua família. Busca-se, assim, contribuir para enriquecer o repertório existente sobre as lógicas sociais que orientam e dão sentido às práticas de cuidados que envolvem o exame de Papanicolaou e, por essa via, a compreensão dos aspectos socioculturais que operam na prevenção do câncer do colo do útero.

Palavras chaves: Câncer do Colo do Útero, Corpo, Cuidado em Saúde, Gênero, Papanicolaou, Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Campos, E.A. Care logics: a socioanthropological study on the prevention test for cervical cancer, Papanicolaou. [thesis]. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, 2015.

This research's purpose is to understand the social logics that guide and give meaning women care practices, when taking screening tests for cervical cancer, Papanicolaou, from an analysis of the social and cultural codes operating in the process of health and illness. This research was conducted through local ethnographies and semi-structured interviews with women who have done the Pap test in Jardim Keralux, located in the East Zone of São Paulo. This study undertakes the assumption that health and illness are realities symbolically built both by natural conditions and organic coordinates as well as the social and cultural relations, particular to the context in which women are embedded. In this work, the Papanicolaou test is designed as a health care practice, conducted by a medical logic, whose rules emphasize the female body medicalization process and care of therapeutic procedures themselves, as well as a relational logic conducted by the social and cultural values in which women are inserted, in particular, the motherhood value, which makes them responsible for the care of their children and their family. Thus, it attempts to add value to the existing repertoire on the social logics that guide and give meaning to practices of care involving Papanicolaou test and, by this means, to understand the social and cultural aspects that operate in the prevention of cervical cancer.

Key words: Cervical Cancer, Body, Health Care, Gender, Papanicolaou Test, Women's Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Vista área do Jardim Keralux.....	34
Figura 2: Rua do Jardim Keralux.....	36
Figura 3: Unidade Básica de Saúde Jardim Keralux.....	38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dados sociodemográficos das mulheres entrevistadas.....42

Quadro 2 – Representações do corpo feminino.....128

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
-----------------	----

CAPÍTULO 1

UM OLHAR ANTROPOLÓGICO PARA O EXAME PREVENTIVO

DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO, PAPANICOLAOU.....	20
1.1 O exame Papanicolaou: o olhar das ciências sociais.....	25
1.2 Uma antropologia do cuidado.....	29
1.3 O cenário da pesquisa de campo.....	32
1.3.1 Chegando ao Jardim Keralux.....	35
1.3.2 Ao encontro do Outro: metodologia e sujeitos da pesquisa.....	39

CAPÍTULO 2

OS SENTIDOS DO CUIDADO EM SAÚDE.....	44
2.1 Medicalização e cuidado em saúde.....	49
2.2 Humanização e cuidado em saúde.....	54
2.3 A ética do cuidado.....	59
2.4 Cultura e cuidado em saúde.....	62

CAPÍTULO 3

UMA “DOENÇA DA MULHER”: O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	71
3.1 Imagens e significados do câncer.....	77
3.2 O câncer do colo do útero e as “causas” da doença.....	83
3.3 Cuidado e gênero na prevenção do câncer do colo do útero.....	89

CAPÍTULO 4

CORPO E SIGNIFICADO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER

DO COLO DO ÚTERO.....	95
4.1 A medicalização do corpo feminino.....	98
4.2 Vida sexual e reprodutiva: moralidades, sociabilidades e prescrições.....	104
4.3 As impurezas do corpo feminino.....	116
4.4 Corpo, identidade e significado: o exame de Papanicolaou.....	126

CAPÍTULO 5

LÓGICAS DO CUIDADO E O EXAME DE PAPANICOLAOU.....

5.1 A lógica médica.....	132
5.2 A lógica relacional.....	142
5.3 Lógicas do cuidado e o exame de Papanicolaou.....	149

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....

REFERÊNCIAS.....

ANEXOS.....

169

INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto de uma pesquisa etnográfica feita com mulheres moradoras da periferia da cidade de São Paulo, sobre o exame preventivo do câncer do colo do útero, Papanicolaou. Nele, discuto o modo como as mulheres vivenciam a experiência do exame e, por essa via, as lógicas que orientam as práticas de cuidado de sua saúde.

O câncer do colo do útero é um problema de saúde pública e chama atenção das autoridades médicas e sanitárias, responsáveis pelas políticas de saúde em vários países e, particularmente, no Brasil. Assim, as mulheres são orientadas a fazer, pelo menos uma vez ao ano, a coleta de material para o exame citopatológico, o chamado exame de Papanicolaou, com o objetivo de ajudar no diagnóstico precoce da doença e, consequentemente, em seu tratamento.

Durante a pesquisa de campo, entrevistei e conversei com nove mulheres, moradoras do Jardim Keralux, localizado na Zona Leste da cidade de São Paulo, visando compreender a maneira como elas explicam e vivenciam a experiência do exame de Papanicolaou. Nesses encontros, verifiquei que o exame preventivo é concebido como uma prática de cuidado, por meio da qual as mulheres acreditam que se previnem do câncer, ao mesmo tempo em que cuidam de sua saúde e da sua família.

É isso que as mulheres expressam em suas narrativas, nas quais procuram construir um sentido para a experiência do exame, cuja realização, apesar de “desconfortável”, é considerada necessária, para o cuidado de sua saúde. Quando falam do exame de Papanicolaou, elas falam, sobretudo, de si mesmas e dos conflitos vividos em sua vida sexual e reprodutiva, da relação com os parceiros, da família, da

maternidade e da preocupação com o cuidado dos filhos, do trabalho, de sua relação com o sistema de saúde, de suas crenças, de seu corpo, de sua saúde e de uma doença, o câncer, considerada invencível, quando está em estágio avançado.

Com efeito, se o exame clínico permite visualizar precocemente a doença, no interior do corpo feminino, ele também torna visível o leque de relações nas quais as mulheres estão envolvidas, bem como os valores e as crenças, próprios do contexto sociocultural no qual vivem com sua família.

Elas ressaltam a importância, tanto do exame clínico e seu poder de revelar, precocemente, a doença, como do valor da maternidade, que as torna responsáveis pelo cuidado de si mesmas e de suas famílias. É assim que essa pesquisa buscou compreender o exame de Papanicolaou como uma prática de cuidado, que articula a dimensão física e moral da vida das mulheres e cujas lógicas as orientam para o cuidado de si mesmas, de seus filhos e de sua família.

Com efeito, este trabalho buscou responder às seguintes questões: Como as mulheres vivenciam a experiência do exame preventivo do câncer cérvico-uterino e qual sua relação com a sua vida pessoal e familiar? Quais as lógicas que orientam as práticas de cuidado das mulheres e sua relação com exame preventivo de Papanicolaou?

As respostas exigiram a entrada dentro do contexto no qual as mulheres vivem suas experiências de vida em busca dos significados que elas atribuem ao exame de prevenção do câncer do colo do útero. Trata-se, assim, de procurar desvelar as lógicas que são subjacentes ao exame compreendido como uma prática de cuidado, tornando-a inteligível para aquelas que a vivencia.

O exame articula as lógicas que orientam as práticas de cuidados das mulheres: de um lado, a lógica médica, própria ao processo de medicalização do corpo feminino, com sua capacidade de tornar visível a doença e, assim, reforçar a sua crença no saber

médico e nas possibilidades de diagnosticar, tratar e curar o câncer do colo do útero; e, de outro, a lógica relacional, ligada ao valor moral da maternidade, presente nas narrativas das mulheres, nas quais elas articulam e mobilizam os códigos sociais e culturais do contexto no qual estão inseridas, atribuindo, assim, um sentido à experiência do exame de Papanicolaou, ao mesmo tempo em que definem uma compreensão própria de si mesmas, como mães responsáveis pelo cuidado de sua saúde e de seus filhos.

Uma das ideias fundamentais que norteiam as reflexões aqui apresentadas é a de que a realidade nada seria não fosse um conjunto de significantes, por meio do qual os eventos, os fatos, as ações e os contextos são produzidos, percebidos e interpretados, e sem os quais não existem como categorial cultural.

Nessa linha o corpo, a saúde e a doença são concebidos como realidades que integram os sistemas de classificação e de atribuição de sentidos, que possibilitam às mulheres formularem uma compreensão do processo saúde-doença, ao mesmo tempo em que orientam suas práticas de cuidados de si mesmas e de sua família.

Buscou-se compreender a maneira como as mulheres orientam suas práticas de cuidado, tendo em vista, tanto a prevenção do câncer do colo do útero, como a manutenção de suas famílias, uma vez que elas se reconhecem como mães, que devem ser responsáveis por seus filhos.

Optou-se, também, por traduzir as citações de artigos e livros editados em língua estrangeira – listados na bibliografia – como forma de ampliar o universo de possíveis leitores, incluindo aí as mulheres que participaram na pesquisa.

Nesse trabalho, apresento o itinerário etnográfico que resultou em sua concretização. A partir da etnografia, busca-se mostrar as lógicas que orientam as práticas de cuidados das mulheres moradoras da periferia da cidade de São Paulo. O

roteiro que nos servirá de guia é composto de cinco capítulos. No **capítulo 1**, apresenta-se o mapa teórico e metodológico da pesquisa, ressaltando o câncer do colo do útero como um problema de saúde pública e o exame de Papanicolaou como uma estratégia para o diagnóstico precoce da doença. Apresenta-se o olhar das ciências sociais sobre a experiência das mulheres ao realizarem o exame preventivo do câncer cervical e as condições de possibilidades para a elaboração de uma antropologia do cuidado, a partir do estudo do exame de Papanicolaou.

No **capítulo 2**, apresentam-se os sentidos do cuidado em saúde, a partir das transformações históricas, sociais, políticas, das últimas décadas, que reconfiguraram as práticas de assistência e transformaram o sistema de saúde. Assim, o cuidado é pensando dentro um quadro mais amplo, que envolve o contexto sociocultural, no qual se desenvolve tanto o processo de medicalização, com ênfase no saber médico, como a humanização em saúde, com a ênfase nos vínculos e nas relações, que exige uma revisão das práticas de assistência. Faz-se, também, uma discussão teórica tanto da ética do cuidado como da relação entre cultura e cuidado, com ênfase nas crenças e nos valores simbólicos que moldam o processo saúde-doença.

No **capítulo 3**, discute-se o modo como as mulheres compreendem e explicam o câncer do colo do útero, concebendo-o como uma “doença da mulher”. Uma doença que aciona a lógica de gênero, que definem as relações entre homens e mulheres em nossa sociedade e, particularmente, no campo da saúde. A partir das narrativas, traça-se uma nosografia nativa do câncer, cuja sintomatologia aciona categorias que deslizam entre o físico e o moral. Abordam-se, também, as imagens do câncer, que faz dessa doença algo “invencível”, particularmente, quando está em estágio avançado. Uma discussão especial é feita sobre as possíveis “causas” que as mulheres entrevistadas atribuem ao câncer do colo do útero.

No **capítulo 4**, por sua vez, analisam-se os significados construídos sobre o corpo feminino, a partir dos mecanismos simbólicos colocados em prática pelas mulheres em contato com o sistema oficial de saúde e o consequente processo de medicalização do corpo feminino. O exame de Papanicolaou permite visualizar a vida sexual e reprodutiva da mulher, a partir das crenças e valores, próprios ao contexto sociocultural no qual elas estão inseridas. Assim, analisa-se a representação do corpo feminino como “impuro”, e os rituais de purificação que permite à mulher acionar um mecanismo de estranhando de si mesma, isolando as dimensões consideradas impuras de seu corpo, criando, assim, as condições necessárias para dar um sentido à experiência do exame e mantê-lo sob controle.

E, no **capítulo 5**, trabalham-se as lógicas do cuidado, que orientam as práticas das mulheres ao fazerem o exame de Papanicolaou. Ressalta-se a lógica médica, própria ao processo de medicalização, que permite visualizar a doença e sua prevenção, e a lógica relacional, que mobiliza o valor moral da maternidade e, por essa via, faz das mulheres responsáveis pelo cuidado de si mesmas e de sua família. Enfim, o exame de Papanicolaou é concebido como um ritual terapêutico, no qual as mulheres reforçam sua crença na prevenção do câncer do colo do útero, ao mesmo tempo em que se reconhecem como mães, responsáveis pelo cuidado de si, de seus filhos e de sua família.

CAPÍTULO 1

UM OLHAR ANTROPOLÓGICO PARA O EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO, PAPANICOLAOU

O câncer do colo do útero¹ é uma neoplasia maligna, que ocupa um lugar de destaque, chamando a atenção da comunidade científica, das autoridades médicas e governamentais. Segundo estimativas mundiais para o ano de 2012, esse era o quarto tipo de câncer mais frequente entre as mulheres, com aproximadamente 527 mil casos novos, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 265 mil mulheres, configurando-se em um importante problema de saúde pública (Brasil, 2014).

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, em 2014, havia um risco estimado de 15,3 casos novos a cada 100 mil mulheres (Brasil, 2014)². Dados epidemiológicos também indicam que, no Brasil, a região Norte apresenta os maiores índices de óbitos por neoplasia de colo de útero, num total de 23,6 casos por 100 mil mulheres (Brasil, 2014; Correa, Villela e Almeida, 2012)³.

¹ Câncer do colo do útero também é conhecido como câncer cervical ou câncer cérvico-uterino. Neste trabalho utilizaremos as três formas para nos referir a essa neoplasia.

² Segundo dados do INCA, em 2014, eram esperados 15.590 casos novos de câncer do colo do útero. Em 2012, essa neoplasia representou a terceira causa de morte por câncer em mulheres com óbito, com uma taxa de mortalidade de 4,72 casos para cada 100 mil mulheres. (Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoos_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude, Acesso em 22.01.2015).

³ As regiões Centro-Oeste e Nordeste do Brasil ocupam a segunda posição, com taxas de 22,2 e 18,8 por 100 mil mulheres, respectivamente. O câncer cérvico-uterino é o quarto mais incidente na região Sudeste, com uma taxa de 10,15 casos por 100 mil mulheres e o quinto na região Sul com 15,9 casos por 100 mil mulheres. O câncer do colo do útero é raro em mulheres na faixa etária de 30 anos e sua incidência aumenta progressivamente até ter seu pico na faixa etária entre 45 e 50 anos. A mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta década de vida, com expressivas diferenças regionais. (Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoos_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude, Acesso em 22.01.2015).

O Estado de São Paulo teve uma taxa estimada de novos casos de câncer do colo do útero, para o ano de 2014, de 8,53 por 100 mil mulheres (Brasil, 2014). No Município de São Paulo, o câncer de colo uterino é a 6º causa de mortalidade dentre as neoplasias entre as mulheres, com uma taxa bruta de mortalidade, no ano de 2011, de cerca de 4,00 óbitos por 100 mil mulheres ⁴. A estimativa de novos casos, para 2014, no município de São Paulo, era de 12,09 por 100 mil (Brasil, 2014).

O câncer cervical apresenta como história natural uma lesão intra-epitelial progressiva que, caso não seja tratada, pode evoluir para um câncer invasivo em um período de dez a vinte anos (Narchi, Janicas e Fernandes, 2007). Nesse período de evolução, essa neoplasia se manifesta em fases pré-clínicas detectáveis e curáveis, o que lhe confere um dos mais altos potenciais de cura, quando detectado precocemente.

Dentre as formas de prevenção do câncer do colo do útero está a chamada prevenção primária, na qual preconiza-se,

Ações que atuem sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e promovam qualidade de vida são fundamentais para a melhoria da saúde da população e o controle das doenças e dos agravos. Para o controle do câncer do colo do útero, a melhora do acesso aos serviços de saúde e à informação são questões centrais. Isso demanda mudanças nos serviços de saúde, com ampliação da cobertura e mudanças dos processos de trabalho, e também articulação intersetorial, com setores do setor público e sociedade civil organizada. O amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas a cada região deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis do atendimento (Brasil, 2013).

Tendo em vista que o câncer cérvico-uterino deve-se, em sua maioria, à transmissão pelo vírus do Papiloma Humano (HPV), via contato sexual, a prevenção primária restringe-se, em geral, à divulgação da importância da prática do sexo

⁴ O câncer do colo do útero é a segunda causa de mortalidade entre as neoplasias femininas, sendo superado apenas pela de mama. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_da_mulher/index.php?p=5777 (Acesso em 26.01.2015).

considerado seguro, ou em outras palavras, ao uso de preservativos, cuja finalidade é diminuir o potencial do risco de transmissão pelo papiloma vírus ⁵.

Já a prevenção secundária do câncer do colo do útero é feita por meio do exame citopatológico, conhecido popularmente como “Papanicolaou” (Brasil, 2013). Em 1943, Papanicolaou e Traut, através de estudos demonstraram ser possível detectar células neoplásicas mediante esfregaço vaginal. A partir de então, o exame Papanicolaou passou a ser empregado em diversos países como forma de rastreamento populacional, para a detecção precoce do câncer cervical (Brenna et al, 2003).

Dada as altas taxas de prevalência desse câncer na população feminina, a realização periódica do exame preventivo Papanicolaou é considerada a melhor estratégia para o rastreamento do câncer do colo do útero. Acredita-se que a partir da alta cobertura de rastreamento seja possível a redução significativa da morbimortalidade ocasionadas por essa neoplasia. Segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento de Câncer do Colo do Útero (Brasil, 2011), o exame Papanicolaou deve ser disponibilizado às mulheres com vida sexual ativa, na faixa etária de 25 a 64 anos, que é considerada a de maior incidência desse tipo de câncer ⁶.

Nas últimas décadas, o Ministério da Saúde (MS) criou políticas e estratégias para o controle do câncer cérvico-uterino. Em 1984, foi criado o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM): o primeiro programa de planejamento

⁵ Em 2014, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), iniciou a campanha de vacinação de meninas entre 11 e 13 anos contra o vírus HPV.

⁶ Segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo de Útero, de 2011, o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos não tem impacto na redução da incidência e/ou mortalidade por câncer do colo do útero (Brasil, 2011: 32,33). A periodicidade do exame é recomendado que seja de três anos, após a obtenção de 02 resultados negativos, com intervalo de um ano. Já a idade máxima, recentemente foi estendida para 64 anos (anteriormente o exame era indicado até a faixa etária dos 59 anos) por conta das mudanças comportamentais nos últimos anos, nas quais as mulheres com mais de 59 anos continuam a vida sexual ativa e também podem ser alvos de infecção pelo HPV, fator etiológico dessa doença. Assim, “os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos” (Brasil, 2011: 33).

para saúde ginecológica implantado com intuito de suprir o cuidado à saúde da mulher além do ciclo gravídico-puerperal, destacando a prevenção dos cânceres do colo do útero e de mama, o que permitiu a ampliação das atividades de diagnóstico desses tipos de cânceres e de atividades educativas com vista à prevenção da doença.

Em 1996, em parceria com o INCA, o MS implantou o Programa Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, cujo objetivo é o de formar uma rede nacional de detecção precoce e controle dessa doença. A priorização do controle do câncer do colo do útero foi reafirmada por meio do lançamento do Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, em março de 2011. Esse plano prevê investimento técnico e financeiro para a intensificação das ações de controle e prevenção nos estados e municípios (Brasil, 2011).

As políticas públicas e os programas governamentais para o controle do câncer cérvico-uterino, voltados para a prevenção primária e detecção precoce de doenças e agravos não transmissíveis, têm por objetivo atingir os grupos mais vulneráveis da população, por meio da oferta de serviços que atendam às suas necessidades, para que tenham acesso às ações sócio-educativas que aumentem sua eficiência e efetividade (Cruz e Loureiro, 2008).

É assim que ao profissional de saúde cabe assumir uma atitude pró-ativa, estimulando a adesão da mulher tanto nas ações preventivas quanto ao tratamento da doença. Nesse sentido, o modelo assistencial deve:

Organizar e articular os recursos nos diferentes níveis de atenção, para que seja garantido o acesso aos serviços e ao cuidado integral. As pessoas devem ser vistas como sujeitos na singularidade de sua história de vida, nas condições socioculturais, nos anseios e nas expectativas. A abordagem dos indivíduos com a doença deve acolher as diversas dimensões do

sofrimento (físico, espiritual e psicossocial) e buscar o controle do câncer com preservação da qualidade de vida (Brasil, 2013: 24).

Mas, se é certo que a política de controle do câncer do colo do útero reconhece a importância da humanização do cuidado às mulheres, ela ainda não é suficiente para garantir a adesão das mulheres à realização do exame preventivo Papanicolaou (Oliveira, Guimarães e França, 2014).

Isso pode ser entendido, de um lado, pelo fato de que a prevenção do câncer colo-uterino tem sido ainda abordada por um prisma majoritariamente médico e epidemiológico, cuja ênfase está nos aspectos fisiológicos da prevenção da neoplasia uterina. E, de outro, por questões que envolvem as limitações de acesso aos serviços de saúde, tais como: socioeconômicas, culturais e geográficas, que dificultariam a adesão das mulheres ao exame preventivo do câncer cervical.

Nesse sentido, os aspectos socioculturais, que conformam o contexto no qual as mulheres estão inseridas, tais como: o conhecimento e a percepção das mulheres a respeito da doença, suas formas de prevenção e as práticas de cuidado de si, as representações e as práticas sobre o corpo e a sexualidade, que envolvem as relações de gênero, a vida sexual e reprodutiva das mulheres, são negligenciados e, na maioria das vezes, concebidos como “barreiras”, que dificultam a adesão das mulheres ao exame de prevenção ao câncer de colo uterino.

É necessário, portanto, avançar na compreensão das relações entre os aspectos socioculturais e o exame preventivo do câncer do colo do útero, algo que o diálogo entre as Ciências Sociais e a Saúde tem buscado desvendar.

1.1 O exame Papanicolaou: o olhar das ciências sociais

As pesquisas da área de ciências sociais e saúde têm evidenciado as percepções construídas sobre o corpo, a saúde e a doença que orientam as práticas de cuidados das mulheres, em relação ao exame preventivo do câncer cervical, o “Papanicolaou”.

Exemplo disso, é o trabalho de Duavy et al (2007), no qual abordam as percepções das mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde de Fortaleza - Ceará, sobre o exame preventivo de câncer de colo uterino. Para esses autores, “a motivação para realizar esse exame está vinculada ao aparecimento de sintomas, ao prazer de se cuidar rotineiramente e/ou na preocupação com sua condição de saúde, pois reconhecem, em seus companheiros, risco em potencial para o adoecimento” (2007: 740). Além disso, evidencia-se “que a mulher percebe o exame como uma circunstância envolta de sensações relacionadas, na maioria das vezes, à vergonha, ao medo de doer, à positividade do resultado e ao desconhecimento do ritual do exame” (2007: 740).

Embora seja o único câncer para o qual existe um exame clínico que permite sua 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 enfatizam a necessidade de uma nova estratégia de cuidado envolvida na realização do exame preventivo “Papanicolaou”.

É isso que aponta 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 do colo do útero é visto como uma forma de cuidado de si, 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 que o exame preventivo é uma importante maneira de cuidarem de sua saúde, na maioria das vezes, o momento da realização do exame é descrito como uma experiência “ruim”, porém, necessária à sua saúde, mantendo-se uma relação de “necessitar” e “não querer” como parte da responsabilidade sobre o cuidado de si (Paula e Madeira, 2003).

Outra linha de pesquisa enfatiza a dimensão psicossocial na realização do exame de Papanicolaou. Com efeito, são apontadas as dificuldades encontradas pelas mulheres na realização do exame, tais como: o medo dos resultados, a falta de privacidade nos exames e de humanização no atendimento, a falta de sensibilização profissional para as rotinas de exames e a baixa prioridade do profissional no atendimento integral às mulheres, revelando sentimentos como vergonha, medo e insegurança (Cruz e Loureiro, 2008).

Segundo Duavy et al. (2007), o sentimento de vergonha diz respeito 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 sobre o que sentem ao realizar o exame preventivo do câncer de colo uterino. No estudo realizado por Peloso, Carvalho e Hiragashi (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 et al. (2010), a piora dos sentimentos e da expectativa para a realização do exame de 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) destacam, por sua vez, 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 a 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 construção social, particularmente aquela que diz respeito às relações entre o homem e a mulher. Como aponta Heilborn (2003: 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 apoia essa distinção se baseia na ideia 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 às 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 gênero masculino.

A relação assimétrica entre o homem e a mulher, própria das relações de gênero, pode inibir a procura pelo exame preventivo, pois incide diretamente sobre a vida sexual e reprodutiva. Esse quadro, associado às condições da maioria dos serviços de saúde, tais como: falta de organização, demora no atendimento e falta de profissionais capacitados, podem desestimular as mulheres a procurarem ou retornarem aos serviços de saúde (Peloso, Carvalho e Hiragashi, 2004).

Em síntese, as pesquisas na área das ciências sociais e saúde têm buscado enfatizar o modo como as mulheres enfrentam vários fatores, que dizem respeito à sua condição física e moral, para aderirem à prática do exame preventivo do câncer do colo do útero.

A vergonha, o medo e o constrangimento, assim como a assistência oferecida pelos serviços de saúde e as questões de gênero, podem tornar-se fatores desestimulantes para as mulheres realizarem o exame preventivo, fundamental para reduzir a mortalidade desse câncer, que é considerado um grave problema de saúde pública.

1.2 Uma antropologia do cuidado

Seguindo a linha aberta pelas pesquisas na área das ciências sociais e saúde é fundamental avançarmos na compreensão das práticas de cuidados feitas pelas mulheres, concernentes ao exame preventivo do câncer do colo do útero. Mas, como o exame preventivo do câncer do colo do útero, Papanicolaou, pode tornar-se um objeto de estudo socioantropológico?

O exame preventivo do câncer cervical pode tornar-se um importante objeto de estudo socioantropológico, na medida em que as próprias mulheres o consideram como uma maneira de cuidar de si mesmas e de sua saúde. E, tomar o exame de Papanicolaou como uma prática de cuidado, não significa entendê-lo apenas na perspectiva médico-epidemiológica, mesmo que essa seja a perspectiva das entrevistadas.

Durante a pesquisa de campo, uma das mulheres entrevistadas ressaltou a importância da realização do exame: *“É tem que se cuidar; eu sempre faço a prevenção. Porque se deixar para cuidar quando está doente, fica difícil”* (Eliana, entrevistada 05), assinalando uma maneira própria de compreender o exame de Papanicolaou como uma prática de cuidado de si e de sua saúde. Aqui, o exame preventivo é relativizado e entendido dentro de um contexto sociocultural específico, no qual as mulheres estão inseridas.

A cultura é entendida, aqui, como um conjunto de regras que orienta e dá sentido às práticas dentro de um determinado contexto social. Ela é definida, fundamentalmente, por seu caráter simbólico e concebida como um universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos dar um sentido às suas experiências e orientar suas práticas sociais.

Retomando a definição de Geertz (1989), cultura é a “teia de significados” que o homem teceu, através da qual ele vê e interpreta os fatos do mundo. A cultura opera como uma lente por meio da qual vemos e damos sentido à experiência vivida.

Nenhuma experiência humana – aí incluída a saúde, a doença e os cuidados –, escapa ao crivo da cultura, inscrevendo-se dentro de um campo de significação coletivamente construído. Nesse sentido, a cultura fornece os modelos a partir dos quais os comportamentos humanos face à saúde, à doença e ao cuidado tornam-se inteligíveis.

É assim, que esse trabalho pressupõe que a saúde, a doença e o cuidado são realidades simbolicamente construídas, tanto por condições físicas e coordenadas biológicas quanto pelas relações sociais e culturais no interior das quais os indivíduos inserem e modulam sua subjetividade. Ou seja, a realidade simbólica é chave para a compreensão do processo saúde-doença e, por essa via, das lógicas que orientam as práticas de cuidados.

As representações sobre a saúde e a doença inauguram uma ordem de sentido, no interior da qual os indivíduos orientam suas práticas de cuidados, assegurando a elaboração de um código comum; um campo semântico por meio do qual suas experiências podem ser comunicadas e seus conteúdos significativos são construídos.

Nesse sentido, a saúde, a doença e o cuidado 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. É, portanto, por meio do plano simbólico, próprio da realidade cultural, que os indivíduos dão um sentido à experiência do adoecer e, por essa via, orientam suas práticas de cuidados.

O exame preventivo do câncer cervical pode, assim, ser estudado como uma prática de cuidado, podendo ser compreendido de uma maneira êmica, isto é, tal como ele é pensado e vivenciado pelas mulheres que o reconhecem como uma forma de cuidarem de sua saúde e de si mesmas. Com isso, pode-se entender a maneira por meio da qual as mulheres abordam o exame Papanicolaou, como elas o explicam, o vivenciam, concebendo-o como uma prática de cuidado, considerada fundamental para sua saúde.

O objetivo deste trabalho é examinar esse quadro, a partir da compreensão das lógicas que orientam as práticas de cuidados das mulheres que realizam o exame preventivo do câncer do colo do útero. Trata-se de pensar não só o aspecto clínico do exame de Papanicolaou, mas, sobretudo, nas práticas de cuidados vivenciadas pelas mulheres, por meio da análise dos mecanismos simbólicos colocados em prática e que forjam uma concepção própria do cuidado de si e de sua saúde.

Nessa linha, pretende-se contribuir para preencher a lacuna existente nos estudos sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino sob a ótica das ciências sociais e saúde, oferecendo uma interpretação desse fenômeno a partir da maneira pela qual as mulheres reinventam a experiência do exame, ressignificando suas práticas de cuidados.

A definição dessa temática foi objeto de uma confluência de aspectos teóricos e metodológicos que tornaram possível articular, a partir do trabalho etnográfico, as práticas e os significados elaborados em torno do exame Papanicolaou, enfocando as lógicas que orientam as práticas de cuidados de mulheres moradoras de um bairro

popular da cidade de São Paulo. Vale a pena, portanto, retratar o itinerário etnográfico que resultou na sua realização.

1.3 O cenário da pesquisa de campo

Para dar conta dos objetivos propostos, realizou-se uma pesquisa de campo, em 2012 e 2013, com mulheres que já fizeram o exame de Papanicolaou, moradoras do Jardim Keralux, localizado no distrito de Ermelino Matarazzo, na Zona Leste da Cidade de São Paulo⁷.

A escolha desse local deveu-se, em primeiro lugar, ao fato de que é um bairro, cuja população é considerada vulnerável para o acesso das redes de proteção à detecção precoce e tratamento do câncer cérvico-uterino. Segundo o INCA,

Grupos com maior vulnerabilidade social, (...) concentram as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce da doença, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros (Brasil, 2002a: 5).

Em segundo lugar, de acordo com a Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, a Supervisão Técnica de Saúde (STS) Ermelino Matarazzo/São Miguel Paulista, pertencente à Coordenadoria Regional de Saúde Leste, apresentou, nos anos de 2012 e

⁷ Este trabalho baseia-se em pesquisa, cujo projeto intitula-se: “Corpo, cultura e sexualidade: representações e práticas de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino, Papanicolaou” e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP, processo número: 1044/2011 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, de São Paulo, processo número: 370/2011, conforme pareceres em anexo.

2013, um coeficiente de mortalidade causado por neoplasia maligna do colo do útero de 3,15 e 2,55 por 100 mil, respectivamente ⁸.

Em terceiro, refere-se ao fato de que a Subprefeitura de Ermelino Matarazzo apresentou a razão de exames citopatológicos (Papanicolaou) do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária, nos anos de 2011, 2012 e 2013 de 141,81, 64,07 e 60,84, respectivamente ⁹.

Além disso, colaborou para a escolha do local de pesquisa o fato de que o Jardim Keralux situa-se a poucos metros EACH/USP, o que permitiu, 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, o reforço do compromisso social da universidade com o contexto no qual ela está inserida.

O Jardim Keralux possui aproximadamente 2.200 famílias¹⁰ em uma área localizada no distrito de Ermelino Matarazzo, na Zona Leste da cidade de São Paulo¹¹. 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.

⁸ Os coeficientes de mortalidade calculados foram padronizados por faixa etária e ajustados para a população mundial. Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/defthtm.exe?secretarias/saude/TABNET/cancer/cancer.def> (Acesso em 30.01.2015).

⁹ O método de cálculo foi o seguinte: exames citopatológicos realizados para mulheres de 25 a 64 anos / (População feminina com idade entre 25 a 64 anos / 3) × 100. Segundo o Observatório de Indicadores da Cidade de São Paulo: “utiliza-se um terço da população feminina porque as recomendações de rastreamento definidas pelo INCA preconiza a realização periódica do exame citopatológico no grupo etário de 25 a 64 anos. A periodicidade recomendada é inicialmente de um exame ao ano, e no caso de dois exames normais seguidos, com intervalo de um ano entre eles, o exame deve ser realizado a cada três anos”. Nos anos de 2011, 2012 e 2013, a razão de exames citopatológicos (Papanicolaou) do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária, no Município de São Paulo, foi de: 54,23, 54,47 e 53,45, respectivamente. Disponível em: <http://observasampa.prefeitura.sp.gov.br/index.php/indicadores/indicadores-por-tema/> (Acesso em 30.01.2015).

¹⁰ Disponível em: http://inker-institutokeralux.blogspot.com.br/2009_05_01_archive.html (Acesso em 30.01.2015).

¹¹ Segundo dados do Censo de 2010 e da Prefeitura do Município de São Paulo, o Distrito de Ermelino Matarazzo conta com uma população de 113.615 habitantes. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758 (Acesso em 30.01.2015)

Após o loteamento, ocorreram muitas tentativas de desocupação e mandados de reintegração de posse aos antigos proprietários. 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 imediações do bairro, encontram-se a Bann Química, a Arcelor Mittal, a Indústria Owes Ilinoy (Antiga Císper), duas glebas destinada à implantação da EACH/USP, conforme a figura 1, a seguir:

Figura 1- Vista aérea do Jardim Keralux

Fonte: Google Earth

1.3.1 Chegando ao Jardim Keralux

Quando se chega ao Jardim Keralux, ou “Kera”, como é conhecido por seus moradores, depara-se com uma paisagem típica das periferias das grandes cidades brasileiras, suas ruas sem pavimentação e esburacadas, terrenos baldios e esgoto correndo a céu aberto. Posteriormente, percorrendo as ruas do bairro, podem-se discernir traços importantes de sua formação social. A maioria da população é composta por migrantes nordestinos, que vieram a São Paulo em busca de trabalho e da melhoria de suas condições de vida.

Trata-se de um bairro popular, que concentra uma população majoritariamente trabalhadora, que depende do próprio salário para sua reprodução social. A rotina dos moradores do Jardim Keralux começa cedo, às seis horas da manhã, momento em que os moradores saem de suas casas se dirigindo ao trabalho utilizando a estação de trem ou o ônibus, como meios de transporte.

O dia-a-dia do Jardim Keralux revela a dinâmica de um bairro, cuja paisagem é composta por casas simples, ou inacabadas, ou em processo de construção, e que servem de local de moradia, ao mesmo tempo, para a própria família e para a de seus filhos, quando estes vêm a se casar. As casas, em geral, possuem mais de dois andares, uma estratégia para torná-las maiores já que os terrenos são pequenos e uma casa próxima à outra, não possuindo quintal ou área externa, conforme a figura 2.

Figura 2 - Rua do Jardim Keralux

Além de abrigo para o núcleo familiar, a casa também tem um papel importante, funcionando, muitas vezes, como local de atividade econômica, na maioria das vezes informal, um recurso utilizado como forma de aumentar a renda familiar¹². São pequenos estabelecimentos que oferecem os mais variados serviços, tais como: conserto de sapatos, venda de salgadinhos, cabeleireiro, costureira, serviços de pedreiro, conserto de geladeiras, de ferro de passar roupas etc.

Nos últimos anos, ocorreram algumas mudanças no bairro, incrementando o setor de serviços, com a reforma e ampliação de alguns estabelecimentos comerciais, tais como: a padaria, o mercado e algumas lojas, o que contribuiu para o aumento da oferta de empregos formais, mas essa oferta ainda está longe de absorver um grande

¹² Segundos dados da Prefeitura do Município de São Paulo, referentes ao censo de 2010, 36% da população de 10 anos ou mais de idade, no distrito de Ermelino Matarazzo, declararam não ter nenhum tipo de rendimento. Nesse dado, estão incluídos os que recebiam somente benefícios. Disponível em: http://infocidade.prefeitura.sp.gov.br/htmls/13_pessoas_de_10_anos_ou_mais_de_idade_por_2010_10492.html (Acesso em 29.01.2015).

contingente de trabalhadores, na sua maioria com pouca ou nenhuma especialização profissional¹³.

A instalação da EACH/USP, a poucos metros do bairro, levou um número expressivo de alunos a residirem na região, o que vem alterando a dinâmica social, pois muitos alunos vêm de outros Estados ou mesmo do interior do Estado de São Paulo¹⁴.

Segundo recorte feito a partir dos dados oficiais da Prefeitura do Município de São Paulo, relativos ao ano de 2013, o distrito de Ermelino Matarazzo não contava com equipamentos culturais tais como, por exemplo: salas de cinema, salas de teatro, casas de cultura, centros de cultura, museus e espaços e oficinas culturais¹⁵.

Porém, ao circular pelas ruas do bairro, é possível visualizar uma sociabilidade que se desenvolve em espaços de lazer, os quais instauram uma alteridade em relação ao espaço doméstico e ao local de trabalho. Esse é o caso, por exemplo, dos bares, que, em números expressivos, povoam suas esquinas e ruas. O bar aparece, muitas vezes, como uma das poucas alternativas de lazer para os moradores da região.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o único acesso ao serviço de saúde daquela população, majoritariamente atendida pelo sistema público, conforme a figura 3.

¹³ Segundo dados da Prefeitura do Município de São Paulo e do Ministério do Trabalho e Emprego, no ano de 2012, no distrito de Ermelino Matarazzo, o setor de serviços foi responsável por 4.958 empregos formais contra 3.608 da indústria.

Disponível em :

http://infocidade.prefeitura.sp.gov.br/htmls/18_estabelecimentos_e_empregos_no_comercio_2012_520.html (Acesso em 29.01.2015).

¹⁴ A Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH), da Universidade de São Paulo (USP), foi inaugurada em 2005 e funciona hoje com 10 cursos de graduação, em diversas áreas do conhecimento, num total de 1020 vagas por ano, e 07 cursos de pós-graduação.

¹⁵ O distrito conta com uma biblioteca pública.

Disponível em: <http://infocidade.prefeitura.sp.gov.br/index.php?cat=6&titulo=Cultura> (Acesso em 29.01.2015).

Figura 3- Unidade Básica de Saúde Jardim Keralux

Todas às quintas-feiras à noite e aos domingos, a feira livre acontece na principal avenida do bairro, permitindo às pessoas comprar gêneros de primeira necessidade bem como outros produtos para seu consumo e de sua família. O comércio local ainda é formado por pequenas mercearias, uma farmácia, três padarias e um açougue.

O bairro conta com uma associação de moradores. Há também uma igreja católica, centros espíritas e terreiros de umbanda, que convivem com uma quantidade cada vez mais crescente de igrejas evangélicas, instaurando um circuito religioso pelo qual seus moradores circulam, participando de atividades que, muitas vezes, concorrem com as poucas opções de lazer oferecidas na região.

1.3.2 Ao encontro do Outro: metodologia e sujeitos da pesquisa

A metodologia escolhida para realização desta pesquisa foi a etnografia, que tem como objetivo compreender cientificamente uma dada realidade sociocultural, a partir do ponto de vista “nativo” (Campos, 2013; Nakamura, 2009; Victora, Knauth e Hassen, 2000). 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.

Nessa perspectiva, realizou-se um itinerário etnográfico no sentido estabelecido por Geertz (1989), a saber, uma “descrição densa”, na qual se busca compreender os significados que dão sentido aos atos cotidianos, tornando-os inteligíveis para aqueles que os praticam. Buscou-se desvendar a lógica que orienta as práticas de cuidados de mulheres em relação à prevenção do câncer de colo uterino, quando da realização do exame Papanicolaou.

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 cuidados 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 campo da pesquisa, é

fundamental, permitindo a construção de um conhecimento baseado no confronto entre nossas hipóteses e nossas observações.

A pesquisa etnográfica realizada neste trabalho priorizou o contato direto do pesquisador com as mulheres que já tinham feito o exame de prevenção, moradoras da periferia da cidade de São Paulo. Quando indagada sobre o exame de Papanicolaou, uma delas afirma *“como é para a prevenção, é bom para a saúde; tem que fazer”* (Eliana, entrevistada 05), reconhecendo sua importância para a prevenção do câncer do colo do útero e para o cuidado de sua saúde.

As mulheres entrevistadas mobilizam um conjunto de representações e significados sobre a saúde e a doença e o cuidado. Essas representações ligam-se diretamente ao contexto sociocultural no qual elas estão inseridas, operando com os códigos sociais e culturais que atuam no processo saúde-doença e, por essa via, orientam suas práticas de cuidados, dentro de uma lógica, cujas regras enfatizam a prevenção do câncer cérvico-uterino, bem como o cuidado de si mesmas e de suas famílias.

O encontro das mulheres que fizeram parte desta pesquisa se deu por meio da agente de saúde, que atua no Jardim Keralux. Assim, em um primeiro momento, foi feito um contato com a gerência da UBS Jardim Keralux, que colocou a necessidade de uma autorização da CRS Leste, e do CEPSMS, para a realização da pesquisa. Após esse processo, pode-se acompanhar a agente de saúde até a casa das mulheres que, eventualmente, seriam entrevistadas.

Após a familiarização com o campo da pesquisa, o contato com as mulheres foi feito sem a necessidade de mediação da agente de saúde. Assim, elas foram selecionadas por meio da técnica denominada “bola de neve”, na qual elas indicam outras para possível participação na pesquisa. As entrevistas foram individuais e semi-

estruturadas, e aconteceram, entre os anos de 2012 e 2013. Todas concordaram em participar da pesquisa e assinaram o TCLE e são tratadas, aqui, por nomes fictícios, como forma de garantir o anonimato e o sigilo de suas informações.

Com duração 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 pessoal 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, estão presentes na pesquisa. As entrevistas são uma oportunidade ímpar nas vidas das pessoas pesquisadas, pois as possibilita falar e principalmente ser escutadas, 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. 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.

A seguir, apresenta-se um quadro sinótico, com alguns dados sociodemográficos das mulheres entrevistadas:

Quadro 1 – Dados sociodemográficos das mulheres entrevistadas

Nome	Idade	Nat	Religião	Estado civil	Filhos	Profissão	Freq. do exame
01 Yolanda	37	PI	Católica	Solteira	01	Auxiliar de Serviços Gerais	Duas vezes ao ano
02 Vânia	32	BA	Católica	Solteira	01	Operadora de Máquina	Duas vezes ao ano
03 Mari	45	BA	Católica	Viúva	02	Dona de Casa	Uma vez ao ano
04 Maísa	31	BA	Católica	Casada	01	Ajudante de Cozinha	Uma vez ao ano
05 Eliana	36	RN	Evangélica	Casada	02	Auxiliar de Serviços Gerais	Uma vez ao ano
06 Márcia	38	PE	Evangélica	Solteira	01	Ajudante Geral	Uma vez ao ano
07 Sandra	45	SP	Não informou	Casada	05	Auxiliar de Limpeza	Uma vez ao ano
08 Sílvia	31	BA	Católica	Casada	02	Auxiliar de Limpeza	Duas vezes ao ano
09 Marcela	44	PE	Evangélica	Casada	04	Auxiliar de Limpeza	Uma vez ao ano

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas com o objetivo de identificar, por meio da inferência, os núcleos de sentido presentes nas narrativas, visando uma síntese interpretativa e compreensiva, num diálogo com os pressupostos iniciais da pesquisa.

Mas, a etnografia também se relaciona ao conhecimento dos sentidos que as práticas de cuidado adquirem no interior do processo saúde-doença. É assim que o estudo das lógicas que orientam as práticas de cuidados de mulheres na prevenção do exame de câncer do colo do útero também depende de uma compreensão da maneira como o cuidado é concebido no interior do campo da saúde. É isso que vamos desenvolver a seguir.

CAPÍTULO 2

OS SENTIDOS DO CUIDADO EM SAÚDE

...havia instante, depois de prolongados sofrimentos, em que Ivan Ilitch queria mais que tudo, por mais que se envergonhasse de confessá-lo, que alguém se apiedasse dele como de uma criança doente. Queria ser acarinhado, beijado, que chorassem sobre ele, como se costuma acarinhar e consolar crianças. Ele sabia que era um juiz importante, que em parte já tinha uma barba grisalha, e que por isso seria impossível; mas, assim mesmo, queria. E nas relações com Guerássim havia algo próximo a isto, e, por essa razão as relações com Guerássim confortavam-no.

(Tolstói, L., A morte de Ivan Ilitch)

O clássico de Tolstói (2006), “A morte de Ivan Ilitch”, publicado originalmente em 1886, oferece uma reflexão sobre os dilemas da modernidade, frente às questões fundamentais sobre o sentido da vida e do morrer, do adoecimento e suas práticas de cuidado, com ênfase na relação médico-paciente.

Ivan Ilitch é um juiz, que leva uma vida pacata e sem contratempos, até o dia que descobre que está gravemente enfermo. Progressivamente, a dor, a perda de peso e a crescente deterioração física, são acompanhadas por uma tomada de consciência da gravidade de seu caso e de quanto sua antiga vida, as relações familiares, com os amigos e profissionais, tinha ficado para trás.

À medida que a novela avança, somos arrastados, por Tolstói, a compartilhar o sofrimento do personagem e a nos colocar no lugar do doente. Assim, é possível compreender a passagem acima, na qual Ivan Ilitch clama por outra forma de cuidado,

que é encontrada na relação que ele mantém com o mujique Guerássim. Nessa relação entre senhor e servo, vê-se emergir uma prática de cuidado capaz de aliviar e dor e o sofrimento de Ivan Ilitch, confortando-o.

O cuidado no processo saúde-doença, dramaticamente retrado por Tolstói, vem ganhando força nas últimas décadas, com um aumento significativo de trabalhos científicos que abordam o tema da humanização das práticas assistenciais e da gestão da saúde (Ayres, 2004, 2005; Benevides e Passos, 2005; Diniz, 2005; Deslandes, 2005, 2006; Cecílio, 2009; Deslandes e Mitre, 2009; Rattner, 2009; Pasche, 2009; Cotta et al. 2013), além de ser tema frequente nos serviços públicos e nos textos oficiais da área de saúde (Brasil, 2004, 2008, 2010).

Mas, para compreender os sentidos do cuidado em saúde é necessário analisar o que eles significam no interior de um contexto sociocultural, quais divisões eles operam, quais necessidades eles respondem e como eles orientam as práticas dentro de uma coletividade.

Os sentidos do cuidado se constroem, assim, no interior de um quadro mais amplo, envolvendo o contexto sociocultural, no qual se desenvolvem tanto as práticas médicas, com ênfase na tecnologia, como as crenças e os valores simbólicos, que moldam a compreensão do processo saúde-doença. Em suma, é importante observar a maneira como eles se ligam às transformações culturais, históricas, políticas e sociais, bem como à reestruturação do sistema de saúde.

Nas últimas décadas, assistimos a importantes mudanças estruturais que estão transformando radicalmente as nossas vidas pessoal e social. Como aponta Hall (2006), esse conjunto complexo de processos e forças de mudança tem sido sintetizado,

por conveniência, com o nome de “globalização”¹⁶.

O sentimento é o de que o mundo se tornou pequeno. Com um piscar de olhos podemos nos conectar com habitantes do outro lado do planeta por fax, avião a jato ou por satélite. O ritmo acelerado em que os processos globalizantes vêm ocorrendo nas sociedades modernas tem contribuído para alterar radicalmente as concepções acerca de nossa identidade cultural e, por que não dizer, também pessoal. Abala-se, assim, nossa maneira de nos reconhecer como sujeitos pertencentes a uma sociedade integrada por valores sólidos e estáveis.

Mas, esse processo está longe de ser recente, como lembra Giddens (1991: 68): “A modernidade é inerentemente globalizante”. Com efeito, a modernidade nos tira das estruturas estáveis definidas pela tradição, e nos coloca diante de um turbilhão de mudanças, alterando significativamente nossas concepções identitárias, e, por essa via, contribui para a fragmentação das paisagens culturais e sociais, de classe, gênero, sexualidade, etnicidade, raça e nacionalidade, que nos davam localizações sólidas como indivíduos sociais.

Como consequência, assiste-se, atualmente, a uma intensificação do processo de individualização vivenciado na modernidade. Como bem aponta Dumont (2000), a noção de indivíduo é o “valor” articulador da experiência moderna. O valor indivíduo compõe o eixo semântico em torno do qual se estrutura toda cultura ocidental moderna.

¹⁶ Nas palavras de Hall (2006: 17), encontramos uma definição desta noção contraditória e polêmica: “a ‘globalização’ se refere àqueles processos, atuantes numa escala global, que atravessam fronteiras nacionais, integrando e conectando comunidades e organizações em novas combinações de espaço-tempo, tornando o mundo, em realidade e em experiência, mais interconectado”.

O individualismo, portanto, caracteriza-se como a ideologia da modernidade¹⁷, elevando a categoria do indivíduo a um plano superior, diferenciando a cultura ocidental moderna de outras formações culturais¹⁸. O valor indivíduo assume, então, o sentido da “totalidade”; de um valor que engloba as experiências na vida social moderna.

Em meio à fragmentação da vida social, que coloca em questão nossa identidade social e pessoal, vê-se o recrudescimento do individualismo, que se manifesta na emergência do que Lasch (1983) chama de “cultura do narcisismo”¹⁹. Assim, opera-se uma espécie de sobrecarga no “eu”, uma onipotência do indivíduo, de maneira que o narcisismo seria uma resposta à crise cultural vivenciada em função das transformações porque passa as sociedades modernas, que coloca em questão a nossa capacidade de nos reconhecermos como sujeitos.

O narcisista vê o mundo como espelho, e o Outro, torna-se uma ameaça. No âmbito das relações sociais, as consequências mais visíveis são a perda dos valores éticos, que balizavam as relações entre os indivíduos e a consequente intolerância à diferença, que nega a alteridade, anulando-a (Campos, 2001).

Essas transformações estruturais e a consequente intensificação do processo individualização nas sociedades modernas se mostram também reveladores sob o ângulo da questão do cuidado no interior do processo saúde-doença. No campo da

¹⁷ A noção de ideologia assume, aqui, um sentido distinto do caráter “negativo” presente na tradição marxista. Em vez de um “véu” ou “câmara obscura” que encobriria a realidade, a ideologia é vista como “um sistema de ideias e de valores que tem curso em um dado meio social” (2000: 20). Para Dumont: “a ideologia moderna é individualista - sendo o individualismo definido sociologicamente do ponto de vista dos valores globais” (2000: 21).

¹⁸ Dumont recorre à antropologia comparativa para estabelecer a especificidade e a unidade da cultura ocidental moderna. Com efeito, o autor traça uma comparação entre a sociedade ocidental e a sociedade hindu, demonstrando que, enquanto na Índia impera um padrão holístico, cujo valor recai sobre a totalidade social, no Ocidente impera a noção do indivíduo como valor supremo.

¹⁹ Nas palavras de Lasch (1983: 76): “novas formas sociais requerem novas formas de personalidade, novos modos de socialização, novos modos de organizar a experiência (...) o narcisismo parece realisticamente representar a melhor maneira de lutar em igualdade de condições com as tensões e ansiedades da vida moderna, e as condições sociais predominantes tendem, em consequência, a fazer aflorar os traços narcisistas presentes, em vários graus, em cada um de nós”.

saúde, importantes mudanças ocorreram nas últimas décadas, podendo-se destacar, entre elas, o recrudescimento das doenças crônicas e cardiovasculares ²⁰ e o aumento da expectativa de vida da população.

Para Levine (1978), a descoberta da doença crônica, e, particularmente, da adicção, deslocou o cuidado no processo saúde-doença do controle social para o controle individual. Assim, o indivíduo passa a ser o responsável pelo cuidado de si, tendo que cuidar sua própria saúde.

Herzlich e Pierret (1991) indicam, por sua vez, que a presença, cada vez mais frequente nos dias atuais, da “doença crônica”, redefine as relações entre o doente e a medicina, delineando novos contornos para a compreensão do “papel do doente” no processo saúde-doença.

O portador de uma doença crônica é considerado como um “novo doente” que deve conviver com a realidade inelutável de que é portador de uma doença incurável. Como consequência, o doente deve passar a “gerir a doença”, responsabilizando-se pelo cuidado de si mesmo²¹.

É nessa linha que também Eric Gagnon (1995) analisa esse processo de individualização, relacionado à definição das normas de saúde vividas atualmente. Para o autor: “a autonomia do paciente se apresenta, cada vez mais, ao mesmo tempo, como *condição* da administração dos cuidados de saúde [...] e como *finalidade* dos

²⁰ Segundo dados da World Health Organization (WHO) – Organização Mundial da Saúde (OMS) -, as doenças crônicas foram as principais causas de mortes no ano de 2002, sendo: 17 milhões por doenças cardiovasculares; 7 milhões por câncer; 4 milhões por doenças pulmonares crônicas; e 1 milhão por diabetes (WHO, 2005).

²¹ Os grupos de mútua-ajuda, particularmente, os Alcoólicos Anônimos, são um exemplo dessa forma de gestão da saúde, baseada na responsabilidade do indivíduo pelo cuidado de si. Assim, por meio da troca de experiências entre os membros de AA, o doente alcoólico pode controlar o alcoolismo, ao mesmo tempo em que cuidam de si mesmos e de suas famílias (Campos, 2010). No interior do grupo, o indivíduo pode compartilhar seus problemas, forjando, ao mesmo tempo, uma compreensão própria e um discurso legítimo sobre sua doença, de maneira a recuperar sua autonomia no cuidado de si mesmo.

cuidados (curar é redescobrir sua autonomia)” (1995: 165 - grifos do original - trad. minha).

Nessa medida, a autonomia do doente torna-se, então, cada vez mais um sinônimo de saúde. O binômio saúde/autonomia ocupa, assim, o centro do processo saúde-doença, definindo, por oposição, a doença como dependência. Ser doente passa ser o mesmo que ser dependente.

Assim, no bojo dessas transformações sociais e do processo saúde-doença, vejamos como se redefinem os sentidos do cuidado em saúde, com ênfase no processo de medicalização e humanização, bem como nas perspectivas que ressaltam relações entre ética, cultura e cuidado.

2.1 Medicalização e cuidado em saúde

Esse processo de individualização do processo saúde-doença também pode ser visualizado nas narrativas de algumas mulheres entrevistadas, que também enfatizaram a importância do cuidado de si para a manutenção de sua saúde: *“Em relação à minha saúde, eu me cuido bastante”* (Vânia, entrevistada 02). Ou ainda: *“Gosto de cuidar da minha saúde. É difícil a gente tomar isso como hábito; não faço tudo, mas procuro fazer o máximo que eu posso”* (Maísa, entrevistada 04).

Essa ênfase no cuidado de si reforça a individualização do processo saúde-doença, que faz das mulheres responsáveis pelo cuidado da própria saúde. Mas, qual a relação entre esse processo de individualização com a medicalização da vida, cada vez mais presente nos dias atuais?

O conceito de medicalização tem sido proposto tanto no âmbito da crítica do modo como a medicina moderna “colonizou a vida”, tornando-se uma ameaça (Ilitch, 1975: 9), quanto pelo o modo como a medicina torna-se uma fonte para estabelecer regras que orientam as práticas de cuidado de si, normatizando a vida pessoal e social (Aïch e Delanoë, 1998). Para Helman (2003: 153), a medicalização, “consiste na maneira como a jurisdição da medicina moderna vem se expandindo nos últimos anos, abrangendo, atualmente, problemas que não eram definidos como entidades médicas”.

Trata-se de um processo, no qual a medicina redescreve tanto os eventos considerados fisiológicos, tais como: a gravidez, o parto, a menopausa, o envelhecimento, como comportamentos sociais, considerados desviantes, tais como: o uso excessivo de bebidas alcoólicas, o uso de drogas ilícitas, a agressividade, a tristeza, o luto, formas de exercício da sexualidade. Todos esses fenômenos fisiológicos e sociais passam a ser submetidos à lógica da normatização médica, sendo remetidos à intervenção de alguma prática especializada da medicina.

Como bem define Fassin (1999: 5 – trad. minha), “a medicalização é uma construção social. Ela consiste em conferir uma natureza médica às representações e às práticas que não eram até então socialmente apreendidas em termos médicos”. Como consequência, abre-se a possibilidade de expansão ilimitada da medicalização da vida, de tal forma que qualquer aspecto da vida social e pessoal pode ser redescrito em termos de um diagnóstico médico. Ainda, de acordo, com Fassin (1999: 5 – trad. minha), “a medicalização é acima de tudo a redefinição de um problema existente em uma linguagem médica”.

Nesse sentido, toda e qualquer forma de expressão da vida pode ser classificada em um diagnóstico previsto em um CID (Código Internacional de Doenças) e, conseqüentemente, ter um remédio na medicina. Como aponta Corrêa (2001: 27): “a

medicalização implica em considerar a interferência do discurso e da prática médicos na construção do sentido e da significação da própria ideia de vida e de processos vitais (corpo, saúde, doença, morte, prazer e sofrimento)”.²²

É importante ressaltar que a medicalização não implica apenas uma conquista profissional da medicina, na qual os médicos se apropriam de problemas que anteriormente não estavam sob suas prerrogativas. A medicalização é uma transformação cultural, tornando-se uma prática social, por meio da normatização da vida pessoal e social ²² (Fassin, 1999: 5,6).

Nessa linha, a medicalização, concebida como um processo de normatização da vida social e pessoal, pela medicina, está diretamente ligada ao processo de individualização vivenciado nas sociedades modernas. Nas palavras de Corrêa (2001: 28):

A medicina moderna, enquanto prática social, não encontra um indivíduo autônomo, sobre o qual agir, ao contrário, ela é daquelas práticas (...) pelas quais o indivíduo se constitui e constrói a valorização do cuidado de si, as normas de higiene, as necessidades em termos de saúde, o combate ao mal-estar e ao sofrimento causado pelas doenças.

As práticas e os discursos da medicina moderna incidem diretamente sobre a construção do indivíduo concebido como um sujeito responsável pelos cuidados de si mesmo e de sua saúde.

A obra de Foucault oferece uma pista importante para compreendermos a maneira pela qual a medicina moderna corrobora com a construção do indivíduo

²² Ainda nas palavras de Fassin (1999: 7 – trad. minha): “a medicalização se torna um fenômeno social e não apenas um fato profissional, a partir do momento em que o reconhecimento de um problema como patológico se desdobra em uma inscrição no espaço coletivo, onde a saúde pública ultrapassa os limites da clínica médica, em suma, onde a medicalização assume uma dimensão política (...) Além de uma realidade cultural, a medicalização é um fato político, por meio do qual se desvela o modo como as sociedades são governadas”.

responsável pelo cuidado de si ²³. Dentre as formas de construção do sujeito analisadas por Foucault, destaca-se aquela relacionada às maneiras através das quais nos tornamos o que somos. Trata-se dos discursos e das práticas relacionadas ao “cuidado de si”, que conduz à emergência de “estilos de vida”, de “modos de existência” e “modos de viver”, enfim, aos modos de subjetivação. Para Foucault (1997: 111), “a história do cuidado e das técnicas de si seria, portanto, uma maneira de fazer a história da subjetividade (...) através do empreendimento e das transformações, na nossa cultura, das relações consigo mesmo, com seu arcabouço técnico e seus efeitos de saber”.

Percorrendo as práticas cotidianas da Antiguidade, Foucault (1990) destaca as formas através das quais os sujeitos se relacionavam consigo mesmo, configurando uma espécie de “tecnologia” de cuidados de si, através de exercícios, de técnicas e de procedimentos que operavam um modo específico de construção do sujeito. Para Foucault, essa “tecnologia do eu” ou do “governo de si” compõe-se de um “certo número de operações sobre seu corpo e sua alma, pensamentos, condutas, ou qualquer forma de ser, obtendo uma transformação de si mesmo (...) não apenas no sentido mais evidente da aquisição de certas habilidades, mas também no sentido de aquisição de certas atitudes” (Foucault, 1990: 48). É assim que, “o cuidado de si (...) é um privilégio – dever, um dom -, uma obrigação que nos assegura a liberdade, obrigando-nos a tomar-nos, nós próprios, como objetos de toda a aplicação” (Foucault, 1985: 53).

Ora, a normatização da vida pessoal e social, vivenciada pelo processo de medicalização, implica num conjunto de regras de comportamento, que forjam um novo modo de construção do sujeito, marcado pela necessidade do cuidado de si e de sua saúde. Essa forma de normatizar a vida social foi definida por Rabinow (1999) como

²³ Em entrevista, Foucault enfatiza o objetivo de seu trabalho: “o alvo do meu trabalho durante os últimos vinte anos não foi analisar o fenômeno do poder, nem elaborar os fundamentos de tal análise. Meu objetivo tem sido criar uma história dos diferentes modos pelos quais os seres humanos na nossa cultura tornam-se sujeitos” (Rabinow, 1999: 31).

uma “biossociabilidade”, isto é, uma sociabilidade constituída no interior do processo saúde-doença, cujas regras enfatizam os procedimentos de cuidados de si: corporais, médicos, higiênicos e estéticos²⁴.

A medicalização da vida proporciona aos indivíduos a possibilidade de orientarem suas práticas de cuidados à saúde, redefinindo seus comportamentos, modos de existência e estilos de vida, pois investe sobre seus corpos, a fim de torná-los indivíduos responsáveis pelos cuidados de si.

A medicalização se coloca, portanto, como um modo de gestão da vida e da ordem social, legitimando a normatização pela medicina. Para Fassin (1999: 10 – trad. minha), “se no nível cultural, medicalização da sociedade corresponde à reformulação de problemas sociais em termos da medicina, pode-se acrescentar que, no plano político, ela implica na legitimação desta reformulação”.

A individualização do processo saúde-doença, reforçada pela medicalização da vida pessoal e social, redefine os termos da responsabilidade do indivíduo no cuidado de sua saúde. Como bem aponta Fassin (1999: 6 – trad. minha), “a apropriação pelo indivíduo ou pelo grupo de valores e de decisões em matérias de saúde, como por exemplo, no caso de cuidados familiares (...) pode representar uma forma mais avançada da medicalização”.

Essa forma de normatização da vida provocada pela medicalização também traz consigo um grave potencial iatrogênico. Como observa Nogueira (2003: 185), a iatrogenia causada pelo processo de medicalização aparece sob três formas principais: a iatrogênese clínica, causada pelos próprios cuidados de saúde, resultando em danos à

²⁴ Como aponta Ortega (2004), na “cultura da biossociabilidade criam-se modelos ideais de sujeito baseados na performance física e estabelecem-se novos parâmetros de mérito e reconhecimento, novos valores com base em regras higiênicas e regimes de ocupação do tempo (...) Na biossociabilidade, todo um vocabulário médico-fiscalista baseado em constantes biológicas (...) populariza-se e adquire uma conotação ‘quase moral’ ao fornecer princípios de avaliação que definem a excelência do indivíduo” (2004:)

saúde atribuíveis à falta de segurança, ao abuso das drogas e das tecnologias médicas mais avançadas; a iatrogenia social, causada pela crescente dependência da população para com as drogas, os comportamentos e as medidas prescritas pela medicina: preventiva, curativa, industrial e ambiental e a iatrogenia cultural, que consiste na destruição do potencial cultural das pessoas e das comunidades para lidar de forma autônoma com a enfermidade, a dor e a morte.

A medicalização da vida pessoal e social tem, portanto, importantes implicações para a saúde, podendo causar danos devido à crescente dependência da figura onipotente do médico e de seu diagnóstico, com a consequente decadência do valor dado a outras práticas de cuidado. A vida pessoal e social passa a ser gerida sob a lógica médica, cujas regras enfatizam a necessidade do cuidado de si, sob a égide da medicina.

2.2 Humanização e cuidado em saúde

É assim que, nas últimas décadas, vemos emergir movimentos difusos em diversas esferas da vida social no sentido de fazer frente a esse quadro de fragmentação, exacerbação do individualismo, decadência dos valores éticos e medicalização da vida pessoal e social. No direito, ganha força a temática dos direitos humanos; na política, a ética na gestão dos bens públicos, da cidadania e as políticas de proteção social; na economia, a crítica da desigualdade e a necessidade de redistribuição de renda; na área ambiental, a temática do desenvolvimento sustentável; na ciência, a bioética e a necessidade da regulação ética das pesquisas científicas e no campo da saúde, a humanização das práticas de cuidados e de suas formas de gestão.

O debate sobre a humanização em saúde não é novo e já tem uma tradição, que remonta à reflexão, presente desde os anos 1950, sobre a relação entre profissionais de saúde e doente, seus sentidos, suas nuances e seus campos de possibilidades. Particularmente, os trabalhos da antropologia e sociologia médica norte-americana, na década de 1970, vão inaugurar uma reflexão crítica sobre o sistema de saúde e os significados da presença marcante da tecnologia na produção dos cuidados, que torna o doente um “objeto de intervenção clínica” (Deslandes, 2009: 37).

No Brasil, a humanização em saúde é fruto de diversas manifestações políticas, sociais, teóricas e práticas, que visam mudar o modelo de atenção e gestão vigentes na sociedade brasileira, reforçando a necessidade de se respeitar os direitos dos usuários do sistema de saúde.

O debate produzido pelos autores brasileiros vai enfocar, entre tantos aspectos e desafios: as dimensões éticas do cuidado, a importância da comunicação, do diálogo para projetos terapêuticos comprometidos com a vida e os direitos dos usuários, a gestão e a produção do cuidado em saúde. (Ayres, 2004; Deslandes, 2005; Fortes, 2004).

Com efeito, a humanização tem sido associada a distintas e complexas categorias relacionadas à produção e gestão de cuidados em saúde, tais como: integralidade, satisfação do usuário, necessidades de saúde, qualidade da assistência, gestão participativa, protagonismo dos sujeitos e a intersubjetividade envolvida no processo de atenção.

Historicamente, a humanização ganha força, na sociedade brasileira, na década de 1980, com os movimentos sociais na área da saúde mental e o movimento feminista pela humanização do parto e do nascimento. O primeiro, com a luta antimanicomial, pelo fim da violência institucional no campo da saúde mental. Já o segundo, pela luta

contra o excesso de intervenções médicas, consideradas desnecessárias, no parto e pelo direito da autonomia das mulheres sobre seu próprio corpo.

Esses movimentos sociais foram fundamentais para fomentar o debate político e exigir mudanças no sistema de saúde. A reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), consagrado na Constituição de 1988, também são marcos importante na criação de condições para a humanização das práticas de cuidados em saúde ²⁵.

É nessa linha que, na década de 1990, assistimos a um avanço nas demandas por respeito à privacidade, à confidencialidade da informação e ao consentimento diante dos procedimentos médicos e de um atendimento respeitoso aos usuários do sistema de saúde. A ideia fundamental era a da necessidade de respeito à dignidade da vida humana, com ênfase na dimensão ética da relação entre usuários e profissionais de saúde (Benevides e Passos, 2005).

A XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000, foi um marco ao eleger como tema: o acesso, a qualidade e a humanização na atenção à saúde, com controle social. Entre 2000 e 2002, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) inicia ações em hospitais com o intuito de melhorar a qualidade da atenção ao usuário, bem como as relações de trabalho (Benevides e Passos, 2005).

É assim que, em 2003, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Humanização (PNH), cujo objetivo é o de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de gestão e fomentar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos (Brasil, 2004, 2008).

²⁵ O Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pela lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que estabelece que a saúde é direito de todo ser humano e um dever do Estado prover os meios para seu pleno exercício, e como princípios: a universalidade, a integralidade e equidade.

A PNH define a humanização em saúde como um conjunto de princípios e diretrizes que afirmam a valorização das relações entre os diferentes sujeitos que fazem parte do processo de cuidar – usuários, profissionais de saúde e gestores. Assim, seus princípios são: a inseparabilidade entre os modos de gestão e atenção, a transversalidade nas práticas de cuidados, a autonomia e a co-responsabilidade entre os sujeitos implicados no processo de gerir e cuidar da saúde. Já as diretrizes, que orientam a PNH são: clínica ampliada, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos do usuário, fomento das grupidades, coletivos e redes e construção da memória do SUS que dá certo (Brasil, 2008).

Busca-se com isso, como bem aponta Deslandes e Mitre (2009: 642):

A valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais de saúde, dos usuários e dos trabalhadores; e o compromisso com a ambiência, com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

É nessa linha que os Cadernos da Atenção Básica: Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama (Brasil, 2013) enfatizam a importância da humanização do cuidado, particularmente no acolhimento às mulheres na atenção básica:

Humanização na saúde significa a valorização da qualidade técnica e ética do cuidado, aliada ao reconhecimento dos direitos do(a) usuário(a), de sua subjetividade e referências culturais, garantindo respeito às questões de gênero, etnia, raça, situação econômica, orientação sexual, e a grupos populacionais como indígenas, trabalhadores, quilombolas, ribeirinhos, assentados e população em situação de rua (Brasil, 2013: 22).

A importância do acolhimento e de um cuidado humanizado fica evidente na narrativa de uma das mulheres entrevistadas, quando relata a importância do vínculo entre a mulher e o profissional de saúde, quando da realização do exame Papanicolaou:

Eu sempre faço com a mesma enfermeira. Eu peço pra fazer com ela, porque ela é maravilhosa. Gosto muito dela, porque quando eu vou fazer, a gente começa a conversar. Ela deixa a gente relaxada. Ela começa a falar das filhas dela e eu começo a falar das minhas filhas, da minha família. Aí, quando ela termina, ela fala: “pronto, está pronto”. Eu nem sinto. Eu sempre faço com ela. Lá, tem várias enfermeiras, mas eu prefiro fazer com ela, porque me sinto mais à vontade (Silvia, entrevistada 08).

A humanização em saúde sinaliza, portanto, para uma prática de cuidado centrada na relação e no vínculo entre profissional e usuário, no reconhecimento do “Outro” e de suas especificidades pessoais e socioculturais, de maneira que se alie a competência técnica à ética das relações, para oferecer um cuidado respeitoso e de qualidade.

O vínculo entre o profissional e a usuária do sistema de saúde é fundamental, particularmente, no momento da realização do exame de Papanicolaou. Não podemos esquecer que as mulheres entrevistadas são moradoras da periferia da cidade de São Paulo, onde vivem num bairro popular, e até bem pouco tempo viviam uma desassistência pela política pública de saúde.

Assim, se hoje em dia, elas têm acesso ao serviço de saúde, a valorização do vínculo com o profissional de saúde também indica um modo de avaliação do cuidado, em um sentido moral, que envolve a atenção, que deixa a mulher “*mais à vontade*”, durante o exame. Com efeito, a técnica do exame clínico adquire uma dimensão

profunda e significativa. Pois, fazer o Papanicolaou com a mesma profissional, torna o exame menos desconfortável tanto do ponto de vista físico como moral.

Nessa linha, como bem aponta Rios (2009: 255):

A humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta, ao final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional.

Essa transformação do sistema de saúde nos coloca diante de um quadro de redefinição dos sentidos do cuidado em saúde. Assim, enquanto a medicalização reforça a individualização do processo saúde-doença, a humanização enfatiza a importância das relações entre os sujeitos implicados nas práticas de cuidados – usuários, trabalhadores e gestores –, apontando para uma atenção e gestão relacionais, cujos vínculos entre os sujeitos são fundamentais para uma prática de saúde que valorize a qualidade técnica e a ética do cuidado.

Mas, vejamos a seguir outros sentidos do cuidado, que contribuíram, direta ou indiretamente, para a redefinição das práticas em saúde, tanto na perspectiva ética como cultural.

2.3 A ética do cuidado

A noção de “cuidado” é o centro de onde se irradiam as bases para o conhecimento e a prática dos profissionais de saúde em uma busca constante para oferecer uma assistência para aqueles que vivem em situação de sofrimento.

As práticas de cuidado nos colocam diante do Outro, que necessita de ajuda, o que reforça sua dimensão ética. Nessa linha, o cuidado em saúde aponta para a dimensão relacional do humano, de maneira que o ato de cuidar sinaliza para um modo específico de ser e relacionar-se com o Outro.

A ética do cuidado é, portanto, central para autores (Ayres, 2004, 2005; Boff, 1999) que buscam refletir a partir das formulações ontológicas presentes na filosofia heideggeriana, ao discorrer sobre a dimensão existencial do humano como um “ser no mundo” (*dasein*) (Heidegger, 1997).

Em “Ser e Tempo”, o filósofo alemão enfatiza que o cuidado (*Sorge*) encontra-se na essência mesma do humano, compondo sua raiz primeira; um *a priori* existencial, uma atitude, um modo de “ser-no-mundo”, de “ser-em-relação” com outros, em relação à vida em sua totalidade: “Do ponto de vista existencial, o cuidado se acha *a priori*, antes de toda atitude e situação do ser humano, o que sempre significa dizer que se acha em toda atitude e situação de fato” (Heidegger, 1997: 258).

O cuidado está, portanto, no modo de ser essencial do humano, sendo irreduzível a qualquer outra realidade anterior. Como bem aponta Boff (1999: 34), o cuidado é uma:

Dimensão fontal, originária, ontológica, impossível de ser totalmente desvirtuada (...) é uma maneira do próprio ser de estruturar-se e dar-se a conhecer. O cuidado entra na natureza e constituição do ser humano. O modo-de-ser cuidado revela de maneira concreta como é o ser humano.

Desse modo, se o ser humano não receber cuidado desde o nascimento até a morte está fadado a perecer, perde o sentido de sua existência e morre. O cuidado, assim, deve ser entendido como uma “preocupação”; uma disposição que permite a existência autêntica do ser humano, comprometido como “ser-no-mundo” (Ballarin,

Carvalho e Firegato, 2010). Ainda, segundo Heidegger (1997: 257): “o cuidado é um fenômeno que é ontológico-existencial básico”.

Ao conceber o cuidado como uma dimensão essencial do humano, cabe ao cuidador auxiliar o Outro a se auto-cuidar, a vislumbrar um modo autêntico de “ser-no-mundo”, ajudando-o a encontrar o verdadeiro sentido de ser humano, sob pena de dominá-lo, proporcionando um cuidado inautêntico (Ballari, Carvalho e Firegato, 2010).

É nessa linha que Duavy et al. (2010) apontaram, a partir de seus achados, que as mulheres buscavam “assistência médica” ao notarem um problema em si mesma. Para os autores, essa atitude em buscar assistência revelaria que a “mulher demonstra preocupação em ‘cuidar de si’”, reafirmando a perspectiva de que o “ato de cuidar da saúde deve ser entendido como algo intrínseco do ser humano” (2010: 736).

Em nossas entrevistas com mulheres moradoras do Jardim Keralux também encontramos uma preocupação em cuidar da própria saúde, quando indagadas sobre a realização do exame Papanicolaou: *“Faço, [o Papanicolaou], a cada seis meses. Faço aqui no posto e no convênio (...) Eu cuido bastante de minha saúde. Acho importante fazer esse exame, tudo que vem em relação à saúde, eu acho importante”*(Vânia, entrevistada 02).

Mas, se é certo que as mulheres se preocupam com o cuidado de si mesmas ao buscarem realizar o exame preventivo do câncer de colo de útero, isso não está ligado apenas à medicalização, reforçada pela individualização do processo saúde-doença. O cuidado é um valor ético, que está ligado ao contexto sociocultural no qual elas estão inseridas.

As práticas de cuidados em saúde envolvem uma complexa rede de interações, que abarca diferentes formas de conhecimento, valores, crenças e significados, de modo

que são moldadas dentro de um contexto sociocultural. As relações entre os aspectos socioculturais e as práticas de cuidados é o que abordaremos a seguir.

2.4 Cultura e cuidado em saúde

Pensar o tema do cuidado implica também em considerar a realidade cultural na qual os usuários do sistema de saúde estão inseridos. Trata-se de atentar para o modo como são vivenciadas as práticas de cuidados no interior da comunidade, a partir de seus códigos sociais e culturais. Assim, cabe analisar as relações entre cultura e cuidado, avaliando o modo como o cuidado também é uma construção cultural.

As relações entre cultura e as práticas de cuidados despertou a atenção de pesquisadores da área de enfermagem, campo definido pela dimensão do cuidado ²⁶. Os trabalhos de Leininger (1978, 1991, 1999) sobre a enfermagem transcultural enfatizam a importância da relação entre cultura e cuidado, a partir de um diálogo com a antropologia, particularmente com a Escola Histórico-Cultural norte-americana, expressa nos trabalhos de Margareth Mead, cuja ênfase está na defesa da diversidade cultural, de maneira que toda crença e modo de vida tem um significado próprio dentro do contexto cultural ao qual pertence ²⁷.

Para Leininger, a enfermagem transcultural é definida como sendo “um campo de estudo, pesquisa e prática formal e legítimo, focado nas crenças, valores e práticas de cuidados culturalmente baseados, para ajudar culturas ou sub-culturas a manterem ou

²⁶ Como aponta Campos (2009: 60): “a enfermagem é a ciência prática do cuidado, cuja efetividade não se restringe à aplicação técnica do conhecimento, mas se constrói ancorada em evidências científicas e em uma ética, que devem orientar as práticas dos profissionais dedicados a esse campo de assistência à saúde”.

²⁷ A antropologia norte-americana de meados do século XX, inspirada por Frans Boas, enfatiza o relativismo cultural, como uma reação à corrente evolucionista que imperava, sobretudo, na Europa, para a qual a diversidade cultural nada mais seria do que estágios de um único desenvolvimento histórico da humanidade.

recuperarem sua saúde (bem-estar) e formas de cuidados benéficos e culturalmente congruentes diante da doença e da morte” (Leininger, 1999: 9 – trad. minha).

Como afirmam Saillant e Gragnon (1999), o projeto de uma enfermagem transcultural se desenvolve a partir da defesa da especificidade das práticas de cuidados, de sua singularidade e de sua unicidade, reconhecendo suas infinitas variações:

A enfermagem transcultural deve ser cumulativa, multiplicando e reunindo vários estudos para compreender a variabilidade e a universalidade dos cuidados; interdisciplinar, uma vez que ela combina as “ciências da enfermagem” e a antropologia. Sua missão é resolver um problema: adaptar a prática da enfermagem e os programas de cuidados nos diferentes contextos culturais (1999: 11 – trad. minha).

Assim, o cuidado em saúde pode ser culturalmente adequado, a partir do estudo das crenças, das visões de mundo, dos significados, dos símbolos e das experiências de vida, de um determinado grupo comunitário, família ou indivíduo. Com isso, pode-se prestar um cuidado adequado e congruente à realidade cultural dos usuários do sistema de saúde, de maneira que a prática profissional estaria inscrita no interior da Enfermagem Transcultural.

Mas, como podemos compreender as práticas de saúde de uma população? Como essas práticas se organizam e quais são os agentes responsáveis pela promoção da saúde? Qual a relação entre cultura e cuidado em saúde?

É justamente nessa linha que encontramos os trabalhos desenvolvidos pelo chamado Grupo de Harvard, formado, entre outros, pelos pesquisadores Arthur Kleinman e Byron Good, os quais vão delinear os elementos teóricos e metodológicos fundamentais da chamada antropologia médica, para a análise da relação entre os aspectos culturais e o processo saúde-doença.

Os trabalhos da antropologia médica norte-americana também se ocuparam dessa relação entre cultura e as práticas de cuidados (Kleinman, 1980; Good, 1994), contribuindo para uma compreensão humanizada do cuidado em saúde. Nessa linha, esses autores afirmam que os itinerários terapêuticos vivenciados pelos indivíduos, são modelados pelo contexto sociocultural no qual estão inseridos, oferecendo os modelos que orientam as práticas de saúde de uma população.

Nesse sentido, as práticas de cuidados em saúde podem ser entendidas como respostas socialmente organizadas frente às desordens. Elas refletem o complexo interativo entre grupos sociais, instituições, padrões de relacionamento e um corpo específico de conhecimento.

Esse complexo compõe uma realidade subjetivamente dotada de sentido, de modo que pode ser estudada como um sistema cultural: *Health Care System* (Sistema de Cuidados em Saúde). Com efeito, “o sistema de cuidado em saúde é um conceito, não uma entidade, é um modelo conceitual que ajuda o pesquisador” (Kleinman, 1980: 25 – trad. minha) a compreender as práticas de cuidados de um determinado grupo social.

O Sistema de Cuidados em Saúde é constituído pela interação de três setores diferentes: “tradicional”, “popular” e “profissional”, de maneira que cada setor veicula crenças e normas específicas, legitimando diferentes práticas de cuidados em saúde. Como explica Helman (2003: 72): “cada setor tem suas próprias formas de explicar e de tratar a falta de saúde, definindo quem é a pessoa que cura e quem é o paciente e especificando o modo como devem interagir durante o encontro terapêutico”.

O setor tradicional é o domínio leigo, não-profissional e não especializado da sociedade, em que primeiramente se reconhece e se define a falta de saúde. É nesse setor que se dá o cuidado primário à saúde. Com efeito, a principal esfera de cuidado é a família, de modo que é no âmbito familiar que as queixas são identificadas e tratadas.

No seu interior, as mulheres são as maiores provedoras de saúde, normalmente mães e avós, que diagnosticam a maior parte das enfermidades e as tratam com os recursos disponíveis.

Não por acaso, em nossos achados, fica evidente a maneira como as mulheres entrevistadas relatam o cuidado com a saúde de seus filhos. Exemplo disso é de uma mulher entrevistada relatando sobre o cuidado que tem com seu filho que sofre de asma: *“Ele tem sim [asma], mas eu abro tudo, abro as janelas. Imagina deixar tudo fechado, sem ventilação, quando chega à noite, ele não aguenta. Aí se a criança já tem, então aí piora, desenvolve uma asma”* (Eliana, entrevistada 05).

A lógica que orienta essa prática de cuidado baseia-se nas crenças sobre a estrutura do corpo, a origem e a natureza das doenças. Assim, numa relação de analogia com o que ocorre no organismo durante uma crise asmática, na qual o “ar fica preso nos pulmões”, ela poderia ser aliviada em um ambiente arejado, onde o ar circula livremente, diferentemente do que ocorre num ambiente fechado, no qual o ar se encontra preso.

O setor tradicional opera segundo um conjunto de crenças sobre a melhor maneira de cuidar da saúde. Como sublinha Helman (2003: 73)

Essas crenças são, normalmente, um conjunto de diretrizes específicas a cada grupo cultural, que tratam do comportamento “correto” para evitar a falta de saúde no próprio indivíduo e nos outros. Elas incluem crenças sobre o modo saudável de comer, beber, dormir, vestir-se, trabalhar, rezar e conduzir a vida em geral.

O setor popular (*folk*) é o setor em que certos indivíduos especializam-se em formas de cura sagradas ou seculares. Esses especialistas²⁸ nas práticas de cuidados não pertencem ao sistema médico oficial e ocupam uma posição intermediária entre os setores tradicional e profissional.

Nesse setor, opera-se com uma compreensão holística da saúde e da doença, envolvendo todos os aspectos da vida do doente: relações com outras pessoas, ambiente natural ou forças sobrenaturais. Nesse sentido, seu foco não está apenas no doente, mas se concentra também na reação da família e dos outros diante das desordens.

O setor popular opera, assim, dentro de uma lógica relacional, de modo que os cuidados com a saúde envolvem toda a rede de relações de que faz parte o doente. Nesse sentido, a doença não é compreendida como uma disfunção orgânica, mas como um mal, de modo que tanto os doentes como a família devem participar dos rituais de cuidados e cura.

Os especialistas nessas práticas de cuidados agem junto à família e ao doente, dando explicações e respondendo às indagações sobre as causas das doenças e a melhor forma de tratamento. Assim, diferentemente dos médicos ocidentais que, muitas vezes, estão distantes social e culturalmente de seus pacientes, eles articulam e reforçam os valores da comunidade em que vivem, oferecendo uma explicação das causas da doença que envolve tanto o mundo social como sobrenatural.

²⁸ Vale aqui a distinção proposta por Giddens (1997: 105) entre “especialistas” e “profissionais”, ao retomar a distinção weberiana entre a “autoridade tradicional” e a “autoridade racional-legal”: “Não devemos igualar especialistas e profissionais. Um especialista é qualquer indivíduo que pode utilizar com sucesso habilidades específicas ou tipos de conhecimento que o leigo não possui. ‘Especialista’ e ‘leigo’ têm de ser entendidos como termos contextualmente relativos. Há muitos tipos de especializações, e o que conta em qualquer situação em que o especialista e o leigo se confrontam é um desequilíbrio nas habilidades ou na informação que – para um determinado tipo de ação – torna alguém uma ‘autoridade’ em relação ao outro”.

Enquanto o modelo biomédico explica a doença como resultado de uma disfunção orgânica, concentrando-se na ação dos agentes patogênicos, no setor popular as desordens são interpretadas de modo a integrar os sintomas fisiológicos e o contexto mais amplo no qual o doente está envolvido, isto é, as relações amorosas, familiares e profissionais etc.

Aqui, a doença não é algo exterior ao doente, mas está diretamente integrada ao contexto sociocultural em que ele vive. Esse setor oferece ao doente uma linguagem capaz de produzir um sentido para as suas aflições, pois expressa as contradições em que se encerra sua vida cotidiana.

Já, o setor profissional é dominante e hegemônico em nossa sociedade na assistência à saúde. Ele compreende as profissões do tratamento de saúde que são organizadas e sancionadas legalmente, como é o caso da biomedicina. Nesse setor, os profissionais de saúde, em sua maioria, orientam suas práticas de cuidados à saúde dentro de uma lógica própria ao modelo biomédico, a partir de uma compreensão anatomofisiológica do corpo, da saúde e doença.

O chamado modelo biomédico opera a partir de três premissas básicas: a separação cartesiana entre corpo e alma, que retirou o corpo do jugo da religião, colocando-o nas mãos da ciência. Esse processo fundamentou a ideia de que o corpo deve ser objeto de um conhecimento objetivo, que encontra sua formulação mais bem acabada no saber da biomedicina; a metáfora do “corpo máquina”, que configura a materialidade do corpo, representado por um modelo mecanicista, no interior do qual o corpo humano é concebido como um conjunto de órgãos e sistemas e o conhecimento anatomofisiológico, considerado o campo de conhecimento objetivo a partir do qual se

apoia a biomedicina²⁹, que consolida a universalidade do corpo humano, compreendida a partir de sua constituição anatômica e fisiológica.

É, portanto, a partir da combinação dessas três premissas que o modelo biomédico se consolidará na abordagem do processo saúde-doença. Nas palavras de Le Breton (2011: 287):

A medicina repousa essencialmente sobre uma física do homem, que assimila os movimentos fisiológicos, e seu enraizamento anatômico e funcional, a uma máquina sofisticada: basta, portanto, conhecer o processo nosológico e as reações do corpo a seu respeito para contornar a doença.

Essa representação do corpo como um conjunto de órgãos isolados e integrados em sistemas contribuirá para o processo de despersonalização do doente. É essa, segundo Le Breton, a perspectiva do modelo biomédico, desde o trabalho dos primeiros anatomistas no século XVI: “Os anatomistas distinguem o homem de seu corpo; eles abrem os cadáveres e se inclinam sobre um exemplar da “máquina humana”, cuja identidade é indiferente” (2011: 277).

Ou seja, elabora-se uma compreensão impessoal do corpo humano, de maneira que “o doente é apenas o epifenômeno de um evento fisiológico (a doença) que advém em seu corpo” (2011: 287,288). Enfim, o saber anatômico e fisiológico sobre o qual repousa a medicina consagra a autonomia do corpo e a indiferença do sujeito que ele encarna.

²⁹ Nas palavras de Capra (2006: 116): “no decorrer de toda a história da ciência ocidental, o desenvolvimento da biologia caminhou de mãos dadas com o da medicina. Por conseguinte, é natural que, uma vez estabelecida firmemente em biologia a concepção mecanicista da vida, ela também dominasse as atitudes dos médicos em relação à saúde e à doença. A influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédico, que constitui o alicerce conceitual da moderna medicina científica”.

O modelo biomédico, portanto, esquece que o que homem é um ser relacional e simbólico, de modo que o doente não se resume apenas a um conjunto de órgãos e sistemas que deve ser reparado. Nas palavras de Capra (2006: 116):

O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado.

Nesse quadro, a principal estrutura para a prática da medicina científica é o hospital. Diferentemente dos setores tradicional e popular, o doente é separado de sua família, de seus amigos e de sua comunidade durante os episódios de doença e tratamento. Como sublinha Helman (2003: 87):

No hospital, [o doente] submete-se a um ritual padronizado de despersonalização; é transformado num “caso” numerado e é colocado numa ala repleta de estranhos, sendo classificado por idade (adultos, pediátricos e geriátricos), gênero (feminino e masculino), condição (clínica, cirúrgica etc) ou gravidade (tratamento intensivo, acidentes ou emergência).

O sistema de cuidados à saúde, proposto por Kleinman, permite evidenciar o processo de racionalização das práticas de cuidados, que passam a ser vivenciadas dentro do processo de medicalização, regidas por uma lógica da biomedicina. Nesse quadro, o modelo biomédico pode ser entendido a partir do processo de individualização do processo saúde-doença, característico da sociedade moderna.

Com efeito, o modelo biomédico reflete o núcleo de valores centrais de uma sociedade, dentro de um paradigma tecnocrático³⁰, orientado pela ciência e a tecnologia. Como aponta Davis-Floyd (2004: 24 – trad. minha): “como o sistema médico de toda cultura, a tecnomedicina incorpora as bases e as crenças da sociedade que a criou”.

Isso só confirma a crescente presença das tecnologias médicas, como parte do diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde, tal como o exame preventivo do câncer do colo do útero, Papanicolaou. Esse “verdadeiro imperativo” da tecnologia está longe de ser neutro, devendo ser compreendido como expressão do contexto sociocultural no qual ela é produzida e utilizada.

A lógica terapêutica do modelo biomédico se articula aos valores e às crenças, próprios ao contexto sociocultural no qual ele está inserido. Assim, é fundamental compreender o modo como as mulheres explicam e vivenciam a realização do exame de Papanicolaou, concebido como uma tecnologia médica que previne o câncer do colo do útero, a partir de uma lógica regida pelos códigos sociais e culturais, que fazem parte da comunidade onde elas convivem com suas famílias.

É isso procuramos visualizar a seguir, ao abordarmos o modo como as mulheres entrevistadas concebem e explicam o câncer de colo do útero, concebendo-o como uma “doença da mulher”.

³⁰ Para Davis-Floyd (2004: 23,24 – trad. minha): “a tecnologia de uma sociedade está assentada sobre o sistema de crenças dominantes e sua cosmovisão. A maneira como uma sociedade concebe e usa de sua tecnologia reflete e perpetua essa cosmovisão e o paradigma que subjaz a ela. A esse paradigma chamamos de modelo tecnocrático, porque evolui a partir de décadas de desenvolvimento sumamente sofisticados de seu predecessor, o modelo mecanicista”.

CAPÍTULO 3

UMA “DOENÇA DA MULHER”: O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

“Porque mulher, já viu! Se não se cuida, quando vai descobrir as coisas já é tarde; aí não tem mais jeito”.

Vânia, entrevistada 02

Em uma casa do Jardim Keralux, na Zona Leste da Cidade de São Paulo, o relógio na parede marca quinze horas. Na cozinha, Silvia, entrevistada 08, prepara um café antes de iniciarmos nossa conversa. Nessa casa, onde moram ela, o marido e duas filhas, a auxiliar de limpeza, natural de Jequié, na Bahia, senta-se e quando indagada sobre o exame de Papanicolaou, começa a narrar sobre sua mãe, que morreu vítima do câncer do colo do útero:

*Minha mãe estava bastante debilitada. Ela fazia exames; passou em um monte de lugares e nada. Ela lutou uns três anos e prejudicou a perna direita; **ela só andava de muleta**, porque **o câncer atingiu a perna**. E foi assim que o **médico** descobriu que ela estava com câncer e que não tinha mais jeito. Eles descobriram em julho e ela morreu em dezembro de 1999. Depois que descobriu, **ele falou não tem mais jeito e ela não lutou mais**. Enquanto ela não sabia o que era **a doença** ela lutava, lutava, lutava, mas quando o médico falou que não tinha mais jeito; que era câncer, **ela se jogou**. E foi se acabando em cima da cama até o dia em que Deus a levou.*

O diagnóstico do câncer provoca uma reação em sua mãe, preocupada com o cuidado dos filhos:

Antes, a gente ajudava e a levava pra debaixo do pé de manga. Porque na roça tem muito pé de fruta, então a gente a levava e ela ficava o dia todo. Depois que ela soube [do câncer], ela não quis sair mais do quarto; nem a janela ela queria que a gente abrisse. A gente falava: “deixa abrir a janela pra correr um sol, uma ventilação” e ela falava: “Não! Pode deixar fechada, não abre!” Ela ficou naquela situação, porque ela chorava, chorava, e falava: “eu vou deixar meus filhos com quem?” Meus irmãos eram muito pequenininhos.

Em seguida, ela narra o momento em que sua mãe é levada para o hospital, diante do agravo de sua doença:

Faltando uns três dias pra ela morrer, o tumor estourou. Ela tava sentada na cama e pediu pra eu e minha irmã a descer da cama. Ela não conseguia ir ao banheiro, e, quando a gente a desceu, aquela coisa fez um barulho bem forte: tchaaa! Aí, ela olhou pra gente e vimos que tinha sangue pisado no chão e aquele cheiro insuportável. A gente a colocou na cama e demos banho. Ela falou: “me leva para o hospital”. Minha avó chegou e falou: “não vou levar você para o hospital”. E, ela falou assim: “mãe me leva para o hospital, porque eu não quero morrer perto dos meus filhos”. Aí minha avó falou assim: “você não vai morrer”. Ela chamou todos os filhos e falou pra gente: “Não briga! Não é pra vocês brigarem; um ajuda o outro, fica em paz, porque eu sei que vou e não volto”.

Emocionada, Silvia começou a chorar. Perguntei a ela se queria parar a entrevista, mas ela quis continuar:

Então, aí ela foi para o hospital. Ela ficou a quarta, quinta, que era Natal. Quando foi no dia 25, dia de Natal, ela pediu pra eu ficar com ela e ficamos juntas. Minha irmã, que ficava com ela, falou: “você tem que dar água de coco pra ela hidratar”. Mas, ela não engolia e ficava com a água na boca e depois jogava pra fora. À noite, a enfermeira mandou dar um banho nela, e eu molhava um pano e a limpava. Ela usava fralda e elas é que a limpavam. Aí, quando foi meia noite, ela me chamou e começou

*a delirar. Ela **delirava** e falava coisas emboladas. Ela começou a virar o olho e pegava minha mão e apertava. Aí, eu comecei a desesperar, eu chorava e gritava. A enfermeira veio, e eu disse pra ela que a minha mãe estava morrendo. Ela me disse: “calma, que sua mãe não tá morrendo”. Aí, deram uma injeção na minha mãe e a colocaram no soro. Ela começou a **gritar** e ficou bem **agitada** e eles a isolaram. Levaram minha mãe para uma sala cheia de aparelhos e a gente só a olhava pelo vidro. Eu comecei a entrar em desespero e me deram uma injeção com calmante, e eu fiquei lesada. Meu pai me levou pra casa e na noite no dia 26, minha mãe morreu às seis horas da tarde.*

A narrativa de Silvia sobre o adoecimento de sua mãe nos coloca diante da intensidade de sentimentos e de emoções que o diagnóstico, os sintomas, o tratamento do câncer provocam, ao mesmo tempo em que dá um sentido às aflições e aos conflitos vividos pelo adoecimento e morte de sua mãe.

Byron Good (1994) chama a atenção, em seu estudo sobre narrativas de epilepsia na Turquia, para a importância dos estudos de narrativas de adoecimento, na medida em que problematizam as relações entre a experiência vivida e a cultura³¹.

Nessa linha, narrar a experiência da doença não significa enfatizar apenas o caráter subjetivo da aflição, mas ao contrário significa afirmar sua ligação com a cultura, por meio da qual se definem seus conteúdos significativos. Em outras palavras: significa afirmar que a experiência da doença é num primeiro momento permeada pelo mundo da cultura e definida pelo nosso engajamento no mundo social e que seus conteúdos significativos são constantemente negociados e definidos em termos intersubjetivos.

A narrativa é o meio significativo pelo qual a experiência vivida se organiza no convívio com outros. Ao narrar uma experiência vivida, organizamos e damos uma

³¹ Seguindo uma abordagem da antropológica médica, Good (1994: 139 – trad. minha) afirma que: “a experiência vivida é profundamente cultural (...) Nosso primeiro acesso à experiência é sempre por meio das formas culturais.”

ordem de sentido aos eventos, a partir dos códigos sociais e culturais próprios ao contexto no qual estamos inseridos. Nas palavras de Good (1994: 139 – trad. minha):

A narrativa é uma forma pela qual a experiência é representada e transmitida, dentro de uma ordem significativa e coerente, pela qual os eventos e as atividades são descritos juntamente com a experiência vivida e dotados de sentido para aqueles que a vivenciam.

A narrativa se apresenta, assim, como uma importante ferramenta de acesso à experiência vivida, pois permite estabelecer o elo entre o que é dito e contexto sociocultural. Na narrativa de doença é possível captar o modo como os indivíduos vivenciam intensamente seus dramas, negociam e legitimam sua situação diante do adoecimento, ao mesmo tempo em que reconstroem suas trajetórias de vida.

Embora fundada na experiência intransferível da dor e do sofrimento, a narrativa de Silvia utiliza de um código comum para expressar a dor, a emoção e os conflitos vividos diante da doença de sua mãe. Com isso, Silvia dá um sentido à experiência da doença, por meio de uma linguagem que possibilita uma interpretação do mal que aflige sua mãe.

Byron Good (1994) também chama a atenção para o fato de que os *significados* da doença, presentes na narrativa do doente, são construídos no interior de uma “rede semântica” (*semantic network*). Ou seja, os contornos da doença são delineados a partir do “ponto de vista nativo”, através de um conjunto de símbolos-chave que compõem uma rede de significações³².

³² Para Good (1994: 54 – trad. minha), “a análise de uma rede semântica permite registrar sistematicamente os domínios de sentidos associados aos símbolos-chave e aos sintomas em um léxico médico, domínios que refletem e provocam os modos de vida e as relações sociais, e faz da doença uma ‘síndrome de significação e experiência’”.

Na narrativa de Silvia, a experiência da doença é interpretada a partir de uma linguagem por meio da qual seus conteúdos significativos são construídos. O câncer é, assim, compreendido dentro do quadro cultural diferencial, no qual é forjada uma rede de significados, em que a doença, a dor e o sofrimento vivido por sua mãe adquirem sentido.

Busca-se nesse capítulo mapear as categorias, expressões e metáforas constitutivas da linguagem doença, visando esclarecer os significados elaborados em torno do câncer e de suas consequências física e moral. Assim, na narrativa de Silvia encontram-se grifadas em negrito algumas das categorias, expressões e imagens – orgânicas e morais –, que compõe uma rede de sentidos sobre o modo como ela interpreta o mal vivido por sua mãe, a partir de um léxico característico tanto do modelo biomédico como do contexto sociocultural no qual elas estão inseridas.

O primeiro indício dessa rede de significados é dado a partir do momento do diagnóstico médico: *“o médico descobriu que ela estava com câncer”*. Nesse momento, o mal e a aflição, vividos por sua mãe, passam a ser entendidos nos moldes objetivados pelo modelo biomédico, isto é, como o “câncer”, o “tumor”. O câncer passa a ser integrado à história de vida de sua mãe e de sua família, produzindo uma mudança nas relações consigo mesma e com seus familiares.

A literatura sociológica tem enfatizado o modo como o câncer se integra à biografia dos sujeitos, provocando uma alteração nas relações sociais e pessoais. Bataille (2003) enfatiza que o anúncio do câncer coloca o doente em estado de choque. Panagiots (2009) sublinha, em seu estudo sobre mudanças sociais e biográficas em mulheres portadoras de câncer de mama, que o anúncio da doença é o

momento crucial e responsável por uma mudança na trajetória da doente e de seus familiares ³³.

A partir do diagnóstico médico, quando ele diz “*que era câncer*” e que “*não tinha mais jeito*”, a vida de sua mãe se desagrega. O diagnóstico, produzido pelo discurso da autoridade médica, provoca um abalo em sua vida pessoal e familiar. A mãe deixa de “lutar”: “*ela se jogou*”, diante da revelação do câncer.

A narrativa de Silvia também é eloquente na representação do câncer como uma doença que comporta uma multiplicidade de significados, os quais deslizam entre os planos: físico e moral, da vida pessoal e familiar. Quando narra sobre o câncer, ela mobiliza um rico conjunto de categorias para expressar os efeitos do câncer que provocaram a deterioração física e mental de sua mãe, bem como seus efeitos na esfera familiar.

Silvia traça, então, uma nosografia do câncer, a partir de uma sintomatologia orgânica: “*ela só andava de muleta*”; “*usava fraldas*”; “*o tumor estourou*”; “*sangue pisado*”, “*cheiro insuportável*”, “*desidratação*”.

Paralela a essa sintomatologia orgânica, encontra-se um leque variado de categorias para expressar os efeitos mentais do câncer: “*ela não quis mais sair do quarto*”, “*ela chorava*”, “*delirava*”, “*agitação*”.

Junto dessa sintomatologia física e mental, observa-se, também, a expressão de um “sintoma” moral, que aponta para os efeitos do câncer no campo de relações familiares: “*preocupação com os filhos*”.

³³ Para o autor: “integrar o câncer no fluxo biográfico implica uma reorientação radical da personalidade. Em uma palavra: o sujeito muda de mundo (...) A partir do anúncio do câncer, o que chamamos de ‘mundo’ se desagrega, perde seu pertencimento e exige um refazer de si mesmo” (Panagiots, 2009: 72 – trad. minha).

Na linguagem da doença formulada por Silvia, portanto, o câncer assume os contornos de uma “perturbação físico-moral”³⁴, que afeta tanto o âmbito físico/orgânico como o âmbito relacional da família. O câncer se traduz tanto a partir de seus efeitos sobre o organismo, atingindo o âmbito físico e mental da doente, como a partir de seus efeitos sobre o plano moral, afetando, sobretudo, o âmbito relacional da família.

3.1 Imagens e significados do câncer

O câncer faz parte do imaginário social, evocando uma pletora de imagens e significados. Como apontam Herzlich e Pierret (1991: 83 – trad. minha): “O câncer é, em nossas representações, a doença específica de nossa sociedade, o protótipo da ‘doença moderna’, que dá sentido ao mal nos dias atuais”. O câncer está associado a uma doença incurável, à morte, e marca profundamente a experiência do doente.

Herzlich (1984) mostra, em um estudo feito originalmente na década de 1960, que a linguagem da doença não é apenas a linguagem em relação ao corpo, mas sim à vida social e às relações sociais, nas quais o doente está envolvido. Para a autora:

A interpretação coletiva da doença se efetua nos termos que, em sentido próprio, acusam a sociedade ou a ordem social [...] Através de nossas concepções da doença, nós falamos de fato de outra coisa: da sociedade e de nossas relações sociais. É porque exige uma interpretação que a doença torna-se o suporte de um sentido, um significante cujo significado é a relação do indivíduo com a ordem social (1984: 202 – trad. minha).

³⁴ As perturbações físico-morais são entendidas, aqui, no sentido proposto por Duarte (2003: 177) e dizem respeito “às condições, situações ou eventos de vida considerados irregulares ou anormais pelos sujeitos sociais e que envolvam ou afetem não apenas sua mais imediata corporalidade, mas também sua vida moral, seus sentimentos e sua auto-representação”.

Nesse sentido, as representações da saúde e da doença compõem um sistema de valores e de práticas que tanto inauguram uma ordem, no interior da qual os indivíduos orientam suas ações em um determinado meio social, como asseguram a formação de um código comum; um campo semântico que permite a comunicação e as trocas simbólicas entre os membros de um determinado grupo social. As representações sobre a saúde e a doença são, então, parte integrante de um sistema classificatório regido por coordenadas físicas e morais, capaz de modelar e dar forma às aflições vividas pelos doentes.

Ao se dizerem doentes, os membros de um determinado grupo social estão afirmando a relação conflituosa que mantêm com o meio social em que vivem. Nas palavras de Adam e Herzlich (1994: 63,64 – trad. minha):

Em todas as sociedades, as doenças, e mais particularmente algumas delas, são interpretadas de maneira específica e estão prenhes no imaginário coletivo, mas a própria noção de doença serve também de suporte à expressão de crenças e valores mais amplos.

É nessa linha, que podemos compreender algumas das imagens e representações associadas ao câncer ao longo da história. Ainda de acordo com Herzlich e Pierret (1991: 86 – trad. minha): “O câncer amedronta ao ponto de frequentemente não se ousar falar sobre a doença, nem pronunciar seu nome. O nome mesmo da doença parece dotado de um poder mágico e sua pronúncia equivale a uma verdadeira condenação”.

Embora a principal causa de mortalidade no mundo, segundo a *World Health Organization*, seja a de doenças cardiovasculares (WHO, 2005), o câncer ainda mantém

o estigma de uma doença impronunciável; uma doença insidiosa, um símbolo do mal, o que faz dele uma doença considerada um verdadeiro flagelo da humanidade³⁵.

Reconhecida como um flagelo, o câncer chamou atenção das autoridades médicas e sanitárias, que passaram a formular explicações quanto à sua possível etiologia e consequências. Como apontam Tavares e Trad (2005: 427):

No século XIX e início do século XX, o câncer, além de considerado contagioso, era associado à falta de limpeza, à sujeira física e moral. Considerava-se que, principalmente no caso das mulheres, o adoecimento era resultado de “pecados e vícios”, em especial nas práticas sexuais.

Alinhados sob a égide do higienismo, uma teoria sócio-médica, que pretendia implantar uma reforma social, a partir de princípios de higiene tanto do ponto de vista moral quanto médico, cria-se uma representação do câncer como uma doença ligada à degenerescência moral, frutos de “vícios” e de um comportamento considerado desregrado.

No Brasil do início do século XX, as teorias higienistas orientaram as campanhas sanitárias, que visavam reorganizar a vida nas cidades, por meio de regras de higiene nas cidades, no trabalho, no comércio de alimentos, no domicílio, na família, nos costumes e hábitos, na alimentação, nos cuidados com o corpo, nos prazeres permitidos e interditos, que deveria seguir um parâmetro médico-sanitário.

Nesse contexto, o câncer aparece como um “castigo” e cria-se uma imagem, profundamente, negativa do doente, que passa a ser considerado um “desviante”. Ao

³⁵ A representação do câncer como um flagelo da humanidade deve muito à ciência médica: Como afirma Sarradon-Eck (2004: 32 – trad. minha): “A representação do câncer-flagelo deve muito à institucionalização da cancerologia nos anos 1930 e aos primeiros movimentos da luta contra o câncer. Esses últimos, para melhor organizar a política de rastreamento, contribuíram para difundir uma representação de um flagelo universal: uma doença cuja incidência progride em todo mundo, que ignora as diferenças sociais, que atravessa a história da humanidade e se liga a todas as formas de vida organizada”.

doente o pudor, a vergonha e o isolamento, uma vez que a profilaxia envolvia o isolamento e a desinfecção das residências em caso de morte ³⁶.

Essa imagem do câncer aponta para o estigma do doente, nos moldes definidos por Goffman (1975), isto é, como um atributo que lança um profundo descrédito sobre aquele que é discriminado ³⁷. Dessa maneira, o estigma refere-se à “[...] situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena” (1975: 7). O doente de câncer é considerado um “desviante” e passa a sofrer e a incorporar o estigma que o condena ao isolamento e à marginalização.

O avanço dos estudos sobre a etiologia do câncer ajudou a alterar essa imagem, ao passar a salientar a importância dos fatores psíquicos no aparecimento da neoplasia. Como enfatiza Sontag (1984), gradativamente, o câncer deixa de concebido como uma espécie de “castigo” e passa ser entendido como doença que se ajusta ao caráter do doente, de maneira que a causa da doença estaria ligada a não expressão de seus desejos e das suas emoções.

Assim, forja-se uma imagem do doente como possuidor de uma personalidade passiva, introvertida, com dificuldade nas relações afetivas. As formas de tratamento passam a enfatizar a necessidade de “vencer” o câncer, por meio de atitude “positiva” diante da vida.

Apesar de todo o avanço alcançado nas pesquisas científicas sobre o câncer, as imagens da culpa, da dor, do medo, da morte, ainda são muito presentes, fazendo do câncer, para retomar a definição de Sontag (1984): uma “doença metáfora”, que

³⁶ Como apontam Tavares e Trad (2005: 428): “O paciente de câncer, além de moralmente deturpado, era considerado um cidadão que não assumia sua parcela de responsabilidade social, pois deixava propositadamente de seguir as regras de higiene”.

³⁷ Para Goffman (1975: 11,12): “a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de ser neles encontrados”.

comporta uma multiplicidade de significados, na tentativa de lhe atribuir um sentido e, por essa via, controlar a doença e seus efeitos.

Para Ricouer (1976), as metáforas não são apenas ornamentos nos discursos, mas oferecem uma inovação semântica, permitindo descortinar significados no interior de uma narrativa. Nesse sentido, as metáforas são um importante instrumento discursivo, por meio do qual os indivíduos constroem e expressam suas aflições, permitindo a elaboração de um sentido para suas experiências da doença, estendendo as possibilidades de produção dos significados.

As metáforas desempenham, portanto, um papel central nas narrativas de doença. Nas palavras de Alves e Rabelo (1999: 173,174), as metáforas estendem os:

Sentidos habituais para domínios inesperados, oferecendo assim uma ponte entre a singularidade da experiência e a objetividade da linguagem, das instituições e dos modelos legitimados socialmente. Tecidas em uma narrativa, as metáforas dão forma ao sofrimento individual e apontam no sentido de uma determinada resolução desse sofrimento: permitem aos indivíduos organizar sua experiência subjetiva, de modo a transmiti-la aos outros – familiares, amigos, terapeutas – e a desencadear nestes uma série de atitudes condizentes como a nova situação apresentada.

O câncer torna-se, ele mesmo, uma metáfora a significar o mal presente na vida humana³⁸. Nas palavras de Sarradon-Eck (2004: 34 – trad. minha):

O simbolismo que lhe está associado faz do câncer um mal que “destrói a ordem natural do corpo”, um mal que desequilibra o doente e o invade (...) a metáfora do câncer exprime a desordem, a anarquia, o conflito entre as forças da ordem e as da desordem, a perda de controle do processo de regulação social.

³⁸ Nas palavras de Sontag (1984: 38): “Os sentimentos relacionados com o mal são projetados numa doença. E a doença (assim enriquecida de significados) é projetada no mundo”.

Duavy et al. (2007) também apontaram, a partir de seus achados, que as mulheres concebiam o câncer cérvico-uterino como algo “ameaçador”, que poderia vitimá-las.

As metáforas associadas ao câncer são, portanto, a chave para se compreender os sentidos que os doentes dão à doença. Na narrativa de Silvia, apresentada anteriormente, é possível visualizar a maneira como a ela opera com a metáfora para dar um sentido para o sofrimento de sua mãe. O câncer é associado à imagem de uma “doença invencível”, contra a qual a sua mãe não tem forças para lutar: “*enquanto ela não sabia o que era a doença, ela lutava*”.

O diagnóstico médico coloca sua mãe diante da realidade de ser portadora de um câncer de colo do útero e aciona um conjunto de imagens, que o concebe como uma doença contra a qual não se pode lutar. Um inimigo mais forte, “*que não tem mais jeito*”, e que debilita as forças de sua mãe, que “*se jogou*” na cama à espera da morte. Essa representação do câncer vem ao encontro do que nos diz Sarradon-Eck (2004: 34 – trad. minha):

As representações populares associam o câncer a uma força demoníaca, “maligna”, que destrói a ordem natural do corpo, a exemplo do corpo social. O câncer transforma o corpo do doente, um corpo que se debilita sob a violência dos tratamentos, com as amputações, a perda dos cabelos e o enfraquecimento.

O câncer aparece, assim, como uma espécie de maldição, acentuando a angústia de sua mãe. Essa metáfora também confirma o diagnóstico de Sontag (1984: 6) sobre seus efeitos sobre os doentes:

Enquanto uma doença for tratada como uma maldição, e considerada um destruidor invencível, e não simplesmente uma doença, os cancerosos, em sua maioria, se sentirão de fato duramente discriminados ao saber de que enfermidade são portadores.

A imagem do câncer, como uma “doença terminal”, na qual a doente está fadada a morrer, produz um efeito direto na vida da mãe de Silvia, que “*não quis mais sair do quarto*” e nem abrir as janelas. Assim, só restava à mãe chorar diante da iminência da morte e da preocupação com o cuidado de seus filhos.

A metáfora de uma luta cujo desfecho já estaria selado aciona um conjunto de reações físicas e morais, que afetam diretamente tanto seu estado de ânimo para fazer frente à doença como sua vida familiar. Diante do inevitável, a mãe pede para levá-la para o hospital, pois não queria *morrer* perto de seus filhos. Não sem antes exercer o papel moral de mãe e pedir para os filhos não brigarem e se ajudarem uns aos outros. A metáfora do câncer como doença invencível se projeta sobre a vida, traduzida, aqui, na forma de uma despedida: “*fica em paz, porque eu sei que vou e não volto*”.

3.2 O câncer do colo do útero e as “causas” da doença

Nos últimos anos, apesar do avanço alcançado nas pesquisas científicas dos fatores genéticos, em seu diagnóstico e tratamento, o câncer do colo do útero permanece uma doença associada a fatores de risco de ordem genética e comportamental. Segundo o INCA:

Além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV (subtipo e carga viral, infecção única ou múltipla), outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer. Desta forma, o tabagismo, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o uso de contraceptivos orais são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de câncer do colo do útero. A idade também interfere nesse processo, sendo que a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que acima dessa idade a persistência é mais frequente (Brasil, 2015a).

Todavia, o fato de não existir uma definição etiológica explícita sobre a causa do câncer do colo do útero, não quer dizer que não possamos delinear os contornos de uma teoria da doença, definindo a maneira como as mulheres entrevistadas, moradoras do Jardim Keralux, entendem o câncer e suas possíveis causas.

Exemplo disso pode ser observado na resposta que Silvia dá, quando indagada sobre a possível causa do câncer de sua mãe:

Como ela teve quatorze filhos e dois morreram, ficaram doze vivos; ela teve todos os filhos em casa com parteira, e ela não ia ao médico para saber o que estava acontecendo. Então, em casa a parteira não fazia o processo e eu acho que ela deixava um resto de parto dentro. E aquele resto de parto prejudicou um tumor entre o rim e o útero.

Já, Marcela, entrevistada 09, por sua vez, faz referência à esfera religiosa, para explicar uma possível causa do câncer: *“Está tudo na bíblia. Então, foi por Adão e Eva que fez tudo isso. Porque na verdade, não era para nós sentir dor; não era para nós sofrer, mas porque eles não obedeceram a Deus, o mundo está assim. Ninguém conseguiu se livrar e vai de geração em geração”*.

Seguindo a linha aberta por Kleinman (1980) e Good (1994), é preciso lembrar que a doença e seus desdobramentos só nos são acessíveis por meio da mediação da cultura, concebida como ordem simbólica, constituindo-se em um modelo explicativo [*explanatory model*]³⁹:

A doença não é uma entidade, mas um modelo explicativo. A doença pertence à cultura, em particular à cultura especializada da medicina. E a cultura não é somente um meio de representar a doença; ela é essencialmente a sua própria constituição como realidade humana (Good, 1994: 53 – trad. minha).

³⁹ Kleinman (1980: 105 – trad. minha) elabora o conceito de “modelo explicativo” (*explanatory model*) para estudar os traços cognitivos e os problemas de comunicação associados à assistência à saúde: “Os modelos explicativos são noções elaboradas sobre os episódios de doença e sobre os tratamentos que foram empregados por todos aqueles que se engajaram no processo terapêutico”.

O “modelo explicativo” da doença, apresentado pelo doente e seus familiares, não pode ser entendido apenas como crença cultural, traduzível na linguagem do modelo biomédico. Ao contrário, ele define a própria realidade da doença, delineando seus contornos, modelando seus conteúdos significativos. Nessa linha, tanto as crenças do doente e de seus familiares como os valores da biomedicina representam uma reposta social e culturalmente organizada frente às desordens.

Um exemplo disso pode ser encontrado na maneira como Silvia, entrevistada 08, explica os “limites” do diagnóstico médico:

Nem tudo médico não resolve. Alguma coisa sim. A vida, quem dá é Deus. Por exemplo: minha filha tá tossindo, e para curar a tosse dela eu passei em quatro médicos diferentes. Todos os médicos passaram remédio: xarope, amoxicilina. Já o outro suspendeu, e disse que ela era muito nova pra tomar. O outro médico passou inalação com Berotec; e o outro já falou para suspender. Então, eu fiquei em um fogo cruzado. O que eu faço? Porque ela nunca melhorava. Então, eu comecei a dar xarope caseiro e inalação com soro de manhã. Ela ainda não tá bem, ainda tá tossindo um pouco, mas em vista do jeito que ela estava, agora ela está bem melhor. Ela estava com um chiado no peito. E agora ela está bem melhor.

Diante de uma enfermidade, tanto os médicos como os doentes e seus familiares elaboram uma interpretação para o mal, cujos significados devem ser buscados nos sistemas de interpretação aos quais eles estão ligados. Enquanto o médico decodifica os sintomas de seu paciente de acordo com as categorias presentes no modelo biomédico, cuja fundamentação é dada pelo conhecimento anatomofisiológico, o doente e seus familiares, por seu turno, têm uma compreensão própria de seu estado de saúde e elaboram uma interpretação para o mal que os aflige, cujos significados estão ligados aos valores próprios ao contexto sociocultural no qual eles estão inseridos.

Nas palavras de Sarradon-Eck (2004: 45 – trad. minha):

A ideia-força do modelo explicativo da doença é a de que a explicação que o doente dá para a doença, mesmo que ela não esteja claramente explícita em seu discurso, permite acessar o sentido que o doente dá ao seu episódio particular de doença dentro de um contexto dado (cultural, sociológico e biográfico).

É nessa perspectiva que a Kleinman (1980: 72) enfatiza a distinção entre a doença (*disease*), tal como entendida pela modelo biomédico, isto é, uma disfunção de órgãos e de sistemas e a “doença experiência” (*illness*), que remete à experiência subjetiva do mal-estar sentido pelo doente.

Assim, a experiência da doença não é um simples reflexo de uma patologia orgânica, no sentido biomédico do termo, mas sim um processo que conjuga crenças, normas, valores e que envolve grupos sociais, instituições, padrões de relacionamento e um corpo específico de conhecimento, no sentido de proporcionar um modelo de explicação que torna a realidade da doença subjetivamente dotada de sentido dentro de um dado contexto sociocultural.

Ora, as narrativas de Silvia e Marcela sobre as “causas” do câncer remetem ao contexto social e cultural, nos quais ambas estão inseridas e, por isso, podemos descortinar os modelos explicativos aos quais elas correspondem.

Marcela é uma mulher religiosa, evangélica, e atribui à religião a causa do adoecimento de câncer. É assim que ela narra seu encontro com a religião e a presença do mal no mundo:

Quando eu morava em Pernambuco, eu nunca tinha visto uma bíblia. Eu fui ver uma bíblia aqui em São Paulo. Eu nunca tinha visto um pastor na minha frente. Porque lá, a gente morava num sítio e não tinha igreja. Eu não sabia o porquê as pessoas destruía tanto. Mas, dentro de mim, eu tinha a certeza que lá em cima no céu, existia um Deus. Eu não sabia nenhuma

história; a história da bíblia e o porquê entrou tanto sofrimento na terra. Agora eu sei. Foi por causa de uma desobediência.

Ao mal biológico, proporcionado pelo câncer, é dada uma causa religiosa, que remete à desordem moral do mundo humano. A doença é uma ruptura com a ordem, um princípio de desordem que irrompe na vida humana e nos tira da rotina de nosso dia-a-dia.

A explicação formulada por Marcela vai ao encontro daquilo que nos diz Herzlich e Pierret (1991: 138,139 – trad. minha) para um fundamento religioso que explica a origem do mal, provocado pela doença:

A ruptura da ordem engloba os fenômenos naturais, aqueles do organismo e o comportamento humano. Mas, sobre todos eles há a vontade de Deus. É ele que, em uma última instância, envia as doenças aos homens (...) Pode-se buscar as causas do mal de diversas maneiras, mas Deus é a “causa primeira”.

Para Marcela, a doença se explica como um castigo divino, devido ao pecado original. Mas, a concepção que vê Deus e o pecado na origem das doenças e do mal, não é apenas uma explicação de ordem etiológica. Trata-se de um discurso sobre a ordem do mundo, que a doença se faz romper. Como apontam Herzlich e Pierret (1991: 139 – trad. minha), a referência a Deus:

Enuncia a verdadeira ordem do mundo e nos mostra que a doença não pode ser pensada fora dela. O pensamento do mal biológico é, simultaneamente, um pensamento sobre o mundo e a sociedade (...) A inclusão da desordem biológica no registro da lei divina é mais que a atribuição de uma causa (...) ela é a enunciação de um sentido do mal e a atribuição ao doente de um lugar na ordem do mundo.

É assim que Marcela explica, com um cântico de louvor, a desordem provocada pela doença, fruto do pecado original: *"Por Adão, o pecado no mundo entrou. Ninguém dessa lei conseguiu se livrar".*

Já, Silvia, é nascida em Jequié, sertão do Estado da Bahia, e para ela, a causa do câncer de sua mãe está ligada a um contexto social, marcado pela desigualdade social e pela precariedade dos serviços de saúde: “*ela [sua mãe] não ia ao médico para saber o que estava acontecendo*”.

A mãe de Silvia tem seu câncer diagnosticado em 1999, aos 43 anos, momento em que ela tem contato com o sistema de saúde, que a coloca dentro dessa malha de cuidados produzida pela reforma sanitária do final dos anos 1980. A explicação que Silvia dá para o adoecimento de sua mãe nos leva a pensar, portanto, sobre a precariedade da assistência à saúde, ligada à desigualdade social e econômica, que marca a sociedade brasileira, sobretudo, antes da criação do SUS. Quando indagada se sua mãe tinha feito o exame o preventivo do câncer do colo do útero, ela responde: “*A gente morava na roça e não tinha médico (...) minha mãe nunca fez esse exame*”.

A mãe de Silvia teve *quatorze filhos* em casa, todos assistidos por parteira⁴⁰. Para ela, o câncer de sua mãe também teria como causa os “*restos de parto*”, que ficaram dentro de seu corpo, pois, segundo ela, a parteira “*não fazia o processo*”. Essa explicação remete à teoria humoral das causas das doenças, muito presente nas camadas populares. Como afirma Sarradon-Eck (2004: 37 – trad. minha):

A doença aparece frequentemente pela retenção de humores nocivos ou muito abundantes. As substâncias retidas podem levar a um câncer de diferentes maneiras: as dificuldades, o estresse, uma doença mal curada, secreções brônquicas purulentas, o leite, o sangue (hematomas ou menstrual).

⁴⁰ Aqui também é possível relacionar a situação vivida pela mãe Silvia com o cenário da assistência obstétrica vivido na década de 1990, na sociedade brasileira. Segundo a Pesquisa Nacional Saúde da Criança e Mulher, realizada em 1996, pelo Ministério da Saúde em conjunto com o CEBRAP, o percentual de partos hospitalares, nos cinco anos anteriores à entrevista, na região Nordeste, era de 83%. Já o percentual de partos assistidos por médicos ou enfermeiras, era de 76% (Brasil, 2009).

Essa explicação também encontra eco na história da ginecologia, na qual o médico J.W. Lever estabelece, em 1839, que as mulheres sem filhos sofriam raramente de câncer do colo do útero, de modo que o desenvolvimento da doença poderia estar relacionado aos danos causados durante os partos. Nas palavras de Löwy (2013: 67 – trad. minha): “Numerosos ginecologistas foram, desde então, persuadidos de que o câncer do útero estava ligado (...) aos danos causados pelas gravidezes repetidas e pelos partos traumáticos”.

As explicações dadas por Silvia nos remetem também à reflexão sobre uma teoria nativa sobre as causas do câncer. O câncer aparece ora como uma “doença endógena”, cujas causas seriam individuais; um agravo causado pelos “*restos de partos*”, que ficaram dentro do corpo de sua mãe, ora como uma “doença exógena”, cujas causas estariam ligadas à desigualdade social.

Essas duas interpretações não são contraditórias, pois são ligadas aos significados construídos em torno do câncer e que faz dele o protótipo do mal de nossa época. Como apontam Herzlich e Pierret (1991: 82 – trad. minha): “O câncer é uma doença do indivíduo, em sua relação com a vida social: doença do indivíduo, que não pode ser pensada senão em suas relações sociais”. Se o câncer é uma doença do indivíduo, ele é também uma doença social.

3.3 Cuidado e gênero na prevenção do câncer do colo do útero

Durante a pesquisa etnográfica, frequentemente ouvi das mulheres entrevistadas, que a mulher deveria se cuidar, pois estaria mais sujeita a ter alguma doença. Vânia, entrevistada 02, confirma essa ideia ao narrar sobre a preocupação e o cuidado com sua saúde, na realização do exame Papanicolaou: “*Porque mulher, já viu!*

Se não se cuida, quando vai descobrir as coisas já é tarde; aí não tem mais jeito. Por isso eu me cuido bastante e vou ao médico a cada seis meses. Estou sempre me cuidando”.

Essa definição é significativa, pois indica a maneira pela qual o câncer de colo do útero é entendido e conseqüentemente a necessidade da mulher se cuidar: como uma “doença da mulher”, ligada aos valores diferenciais de gênero próprios ao contexto sociocultural no qual as mulheres estão inseridas. Assim, o câncer cérvico-uterino é concebido como uma doença típica da mulher, o que faz do cuidado um valor a guiar as práticas das mulheres tendo em vista manterem-se saudáveis.

Mas, como compreender essa relação entre câncer do colo do útero e gênero, que faz da mulher uma espécie de “ser para o cuidado”?

Löwy (2010, 2013) aborda, em seu estudo sobre as relações entre câncer e gênero, o modo como, no final do século XIX e início do século XX, o câncer genital feminino ganha visibilidade, associado às crenças que faziam da mulher uma pecadora: “até meados do século XX, o câncer era considerado uma doença que afetava principalmente as mulheres. Isso devido à forte visibilidade dos cânceres do seio e do aparelho genital feminino” (2013: 65 – trad. minha).

Com efeito, antes do aparecimento das tecnologias modernas de rastreamento do câncer, os médicos, dificilmente, diagnosticavam tumores malignos que atingiam os órgãos internos. Todavia, tanto o câncer do seio como o do colo do útero não passavam despercebidos, devido a abundante perda de sangue e as secreções vaginais, sintomas característicos do câncer cérvico-uterino avançado.

É assim que, no século XIX, alguns médicos vêm na “imoralidade e na vida sexual em excesso” uma possível explicação para o aparecimento de alguns tumores: Como aponta Löwy (2013: 66 – trad. minha):

O médico canadense Guillaume Vallée afirmava, em 1826, que as mulheres das classes desfavorecidas, que viviam nas grandes cidades, eram mais propensas a sofrer do câncer do útero, do que aquelas que viviam no campo, e ele explicava essa diferença pelo grande relaxamento dos costumes nas grandes cidades⁴¹.

Com isso, se estabelece uma compreensão de que existiria uma “predisposição moral” de algumas mulheres serem acometidas por um tumor maligno. A causa do câncer do colo do útero estava ligada às más condições de higiene, característica da vida nas grandes cidades. Somente no final do século XIX, que a medicina vai precisar o câncer do colo do útero. Como aponta Löwy (2013: 67 – trad. minha):

Durante grande parte do século XIX, os médicos falavam de uma entidade única, o câncer do útero [câncer de la matrice], enquanto que, somente no final do século, os especialistas introduzem a diferenciação entre o câncer do corpo uterino (hoje câncer do endométrio) e o câncer do colo do útero, que era mais frequente. Eles estimavam que somente este último estaria ligado ao status socioeconômico da paciente e aos danos causados por um parto difícil. O câncer do colo era mais frequente nas mulheres socialmente desfavorecidas, porque elas tinham mais filhos e não tinham os meios de acessar os cuidados médicos apropriados no momento do parto, quando elas sofriam ferimentos mais graves do colo.

É nesse contexto que algumas técnicas de diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero começam a ser utilizadas. Entre elas, a histerectomia que, embora muito utilizada no final do século XIX, não se mostrava eficaz, particularmente, nos casos de metástase, em que o tumor já havia atingido outras partes do corpo da doente.

⁴¹ Ainda, segundo Löwy (2013: 66 – trad. minha): Muitos citavam, entre as causas de certos tumores, a prática da masturbação, uma atividade sexual excessiva, um apetite sexual imoderado, a sífilis, e outras doenças venéreas, os abortamentos, assim como as desordens da “idade crítica” (a menopausa).

É somente nos final dos anos de 1950, com o advento do exame preventivo Papanicolaou, que se obteve uma técnica eficaz de rastreamento precoce do câncer cérvico-uterino e aumentou suas chances de cura. Como aponta Löwy (2010: 59 – trad. minha), após o aparecimento do exame de Papanicolaou, “um diagnóstico raro tornou-se frequente. Ficou difícil propor a histerectomia ou radioterapia para todas as mulheres diagnosticadas com tais lesões”.

A discussão proposta por Löwy é sugestiva, pois mostra como a visibilidade do câncer do colo do útero, ao longo da história, está diretamente ligada às questões de gênero, isto é, aos modos como a relação diferencial entre homens e mulheres são construídas social e historicamente.

Apesar da grande magnitude do câncer de próstata entre os homens, o câncer cervical tem uma maior visibilidade, fazendo parte de campanhas públicas para a promoção da saúde da mulher ⁴². Isso faz, segundo Löwy (2013: 80), do câncer do colo do útero uma “doença de gênero”.

Embora não seja o tema deste trabalho, chama a atenção o modo como as mulheres entrevistadas observam a resistência de seus maridos em fazer o exame de toque retal, para a prevenção do câncer de próstata. Sandra, entrevistada 07, quando indagada se seu marido fazia o exame de próstata, afirma:

Ele nunca foi ao médico. Ele já está com 47 anos e nunca foi. Eu falo: “Você é homem e precisa passar num urologista, para saber como que está”. Ele fala assim: “Eu não, não vou fazer aquele exame esquisito”. Vai Você, que é mulher.

⁴² Em 2009, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Trata-se de “conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção. Deve-se priorizar a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado” (Brasil, 2009: 53).

O marido de Vânia também afirma a importância dela fazer o exame Papanicolaou, por ser mulher: *“Ele acha bom. Ele sempre me incentiva. E, diz que eu tenho que ir sempre ao médico, principalmente por ser mulher”*.

Os exames preventivos tanto do câncer do colo do útero como do câncer de próstata evidenciam o modo como se hierarquizam e se diferenciam as percepções que homens e mulheres têm sobre os cuidados de sua saúde, que são regidos pela lógica diferencial de gênero. Voltaremos a esse tema (ver capítulo 5 - tópico 5.3).

Por hora, fiquemos com a narrativa de Marcela, entrevistada 09, que sublinha o fato de seu marido não fazer o exame de toque retal, por ter *“vergonha”*, o que reforça o modo como o exame preventivo para o câncer de próstata aciona a lógica de gênero, que afasta, muitas vezes, o homem do sistema oficial de saúde: *“Ele fala que é para nós cuidar da saúde. Ele fez uns exames, mas aquele exame do toque, ele nunca fez. Ele fala que tem vergonha e nunca foi fazer”*.

A vergonha associa-se também ao medo do homem em realizar o exame de toque retal. É isso que nos diz Gomes (2003: 828):

Fazer o toque retal é uma prática que pode suscitar no homem o medo de ser tocado na sua parte “inferior”. Esse medo pode se desdobrar em inúmeros outros. O medo da dor, tanto física como simbólica, pode estar presente no imaginário masculino. O toque, que envolve penetração, pode ser lido como violação e isso quase sempre se associa à dor.

Mas, se o câncer do colo do útero é uma “doença de gênero”, que aciona as representações a partir das quais as mulheres foram concebidas pela medicina oficial ao longo da história, ele também pode ser compreendido de um modo antropológico, a partir dos valores próprios ao contexto sociocultural no qual as mulheres entrevistadas estão inseridas.

Para Vânia, a mulher precisa se “*cuidar*”, senão pode descobrir “alguma coisa” quando não tem mais jeito: “*porque mulher, já viu!*”. Trata-se de uma expressão nativa, que revela o sentido que o exame preventivo de Papanicolaou tem para as mulheres entrevistadas, devido o câncer do colo do útero ser considerado uma “doença da mulher”.

A categorização antropológica “doença da mulher” possui um valor heurístico, uma vez que permite entrever os sentidos do câncer do colo do útero e do exame preventivo Papanicolaou, fundados nos valores diferenciais de gênero que conformam o contexto no qual as mulheres estão inseridas.

Trata-se da tradução, em termos antropológicos, da maneira como Vânia concebe e explica a necessidade de cuidado de sua saúde, justamente, por ser mulher. Uma espécie de resignação diante da inevitabilidade da realização do exame, determinada pelo processo de medicalização, que indica que a mulher é responsável pelo cuidado de si.

Fazer o exame de Papanicolaou é quase um imperativo, associado à norma moral de que a mulher é responsável pelo cuidado de sua saúde. O cuidado torna-se, assim, um valor ético-moral central, que deve nortear as práticas das mulheres para se prevenirem do câncer do colo do útero.

CAPÍTULO 4

CORPO E SIGNIFICADO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

“Ah, mulher é um bicho feio. Muito esquisito a gente”.

Marcela, entrevistada 09

O exame preventivo do câncer do colo do útero é feito por meio da coleta de material biológico, para diagnóstico precoce da doença. O INCA indica o modo como o exame de Papanicolaou deve ser realizado:

Para a coleta do material, é introduzido um instrumento chamado espéculo na vagina (conhecido popularmente como “bico de pato”, devido ao seu formato). O profissional faz a inspeção visual do interior da vagina e do colo do útero. A seguir, o profissional promove a escamação da superfície externa e interna do colo do útero com uma espátula de madeira e uma escovinha. As células colhidas são colocadas numa lâmina para análise em laboratório especializado em citopatologia (Brasil, 2015b).

Embora, os Cadernos da Atenção Básica: Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama (Brasil, 2013: 62,63) também estabeleçam que a mulher tenha o direito à informação, de modo que o profissional deve “explicar o propósito do exame citopatológico e as etapas do procedimento”, e que “a mulher deve ser colocada na posição ginecológica adequada, o mais confortável possível”, para que o exame seja

feito de maneira “suave” e com “delicadeza”, as mulheres entrevistadas têm uma interpretação própria da experiência do exame de Papanicolaou: “*Agora, para fazer o exame [de Papanicolaou], eu tenho vergonha. Ah! eu tenho vergonha de abrir as pernas, sei lá. Tenho vergonha, não sei o porquê. Eu não sei se é porque eu sou ignorante, mas que eu tenho vergonha, eu tenho*”(Marcela, entrevistada 9). Ou ainda: “*Eu acho ruim fazer [o Papanicolaou]; eu acho ruim fazer o papa porque dói, dói bastante*” (Vânia, entrevistada 02). Ou mesmo: “*Só acho um pouco chato de fazer [o Papanicolaou]. É constrangedor*” (Maísa, entrevistada 04).

Essas narrativas ressaltam o modo como o exame de Papanicolaou é vivenciado pelas mulheres entrevistadas como uma experiência, na qual se expõe a intimidade, diante do profissional de saúde. Ao expor o corpo para a coleta de material biológico, elas revelam como o exame de Papanicolaou torna visível a experiência corpórea, evidenciando a maneira como o corpo é uma construção simbólica.

Desde a obra clássica de Marcel Mauss (2003), *As técnicas do corpo*, escrita em 1934, os usos que fazemos de nosso corpo são concebidos como socialmente construído. Para o autor, cada sociedade impõe ao indivíduo um uso determinado de seu corpo. Nas palavras de Mauss (2003: 401), as técnicas do corpo: “São as maneiras pelas quais os homens, de sociedade a sociedade, de uma forma tradicional, sabem servir-se de seus corpos”. Logo, os usos do corpo são aprendidos social e historicamente, a partir da educação, transmitida de geração para geração.

O corpo e tudo o que é relacionado à natureza, é uma construção cultural. Como define Douglas (1991: 138): “o corpo é um símbolo da sociedade”. Logo, o corpo pode ser lido como uma linguagem, adquirida socialmente. Ou, como define Le Breton (2011: 18): “o corpo é uma construção simbólica, e não uma realidade em si”.

O corpo humano é a matéria prima de técnica e disposições sociais. Ele nunca pode ser encontrado num suposto “estado natural”, uma vez que o corpo é a matéria prima por meio da qual a cultura inscreve, molda e cria as diferenças socioculturais. Ainda, segundo Mauss (2003: 407): “o corpo é o primeiro e mais natural instrumento técnico do homem”. Ele é, ao mesmo tempo, o instrumento original com que os humanos moldam o seu mundo e a substância original a partir da qual o mundo e a cultura são moldados.

É assim que Mauss anuncia sua compreensão do “homem total” (2003: 405), que deve ser entendido em sua dimensão biológica, psíquica e social, que são intrinsecamente interligadas e só adquirem sentido por meio da cultura, que se encarna na experiência individual.

Dessa maneira, é possível entender o elo existente entre a cultura e a experiência individual, compondo a totalidade daquilo que para Mauss, é o “fato social total”. Como define Levi-Strauss (2003: 23), em sua *Introdução à obra de Marcel Mauss*: “o fato total não consegue sê-lo por simples reintegração dos aspectos descontínuos (...) é preciso também que ele se encarne em uma experiência individual”. Com isso, “a única garantia que podemos ter que um fato total corresponde à realidade (...) é que ele seja apreensível de uma experiência concreta: primeiro de uma sociedade localizada no espaço e no tempo, mas também de um indivíduo qualquer de uma dessas sociedades” (2003: 24).

As análises de Mauss e Lévi-Strauss da cultura como constructo simbólico e dos sentidos e significados do corpo podem ser úteis para aprendermos o modo como os significados sobre o exame de Papanicolaou são elaborados, orientando as práticas de cuidados das mulheres moradoras do Jardim Keralux. Ao expor o corpo para a coleta de material para o exame citopatológico, as mulheres revelam como o exame torna visível

a experiência corpórea, a partir dos códigos sociais e culturais do contexto no qual elas estão inseridas.

O corpo feminino está, aqui, prenhe de significados sociais e culturais, que denotam o modo como a experiência do exame de Papanicolaou é compreendida e vivenciada pelas mulheres. Assim, vejamos a seguir a maneira como a experiência corporal é vivenciada, relacionada às crenças e aos valores, que formatam o contexto no qual as mulheres estão envolvidas, e que fazem do corpo um campo de experiências culturais e simbólicas.

4.1 A medicalização do corpo feminino

As mulheres entrevistadas têm uma compreensão própria da realização do exame de Papanicolaou: *“Ela colhe o que tem que colher e pronto. O procedimento do Papanicolaou e pronto. Ela fala que tem que relaxar; ficar sossegada e não precisa se preocupar. Ela põe o bico lá e faz a culetagem normal”* (Sandra, entrevistada 07).

Durante a realização do exame, elas se encontram com o serviço de saúde e mantêm uma relação direta com o modelo da biomedicina, passando a viver o processo de medicalização de seus corpos. A literatura socioantropológica tem enfatizado o modo como, sobretudo, a partir do século XIX, o corpo da mulher é objeto das intervenções do saber médico.

Exemplo disso é a obra de Vieira (1999; 2002) sobre a medicalização do corpo feminino, na qual sublinha a maneira como o corpo da mulher se transforma em objeto de saber e prática médicos, a partir da condição social de gênero, de maneira que “a medicalização desse corpo particulariza-se nas implicações específicas da reprodução humana, relacionada à sua condição orgânica” (1999: 67).

É assim que a medicina vai produzir um conhecimento sobre o corpo da mulher, baseado em sua natureza biológica. Nas palavras de Vieira (1999: 68):

O processo histórico de medicalização do corpo feminino passa, necessariamente, pela ideia de que existe uma natureza biológica determinante e dominante da condição feminina. É justamente por meio dessa concepção que a medicina poderá se apropriar do corpo das mulheres.

Nessa linha, a medicina vai se ocupar da saúde da mulher, particularmente, do processo reprodutivo, por meio da obstetrícia moderna e da ginecologia. Com isso, o ciclo gravídico-puerperal passa a ser objeto da intervenção médica, garantindo-se o controle e a normatização da vida sexual e reprodutiva da mulher.

É assim que o saber médico opera, para usar uma expressão de Foucault (1997), como um “dispositivo de poder”, na medida em que possibilita esquadrihar, nomear e classificar o corpo da mulher, tomando-o como objeto de controle do conhecimento e da prática médicos.

A assistência pré-natal, a puericultura “intra-útero” e o conceito de saúde materno-infantil, vão consolidar a difusão do controle médico sobre a vida reprodutiva da mulher, baseado na concepção da “natureza feminina”, que prepara a mulher para a maternidade. Como enfatiza Rohden (2006: 176):

As especialidades médicas dedicadas à mulher, em especial, a ginecologia, se constituem a partir da noção de que o corpo e o papel social femininos são determinados pela função procriativa. Em contraste com o homem, a mulher aparece como marcada pelos traços biológicos que definem a maternidade e que são também a fonte de todas as suas virtudes, os seus pecados e as suas doenças.

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 e normatizado, principalmente, pelo saber médico.

Boltanski (2004) afirma, por sua vez, em sua obra *As classes sociais e o corpo*, escrita nos anos 1960, que os membros das camadas populares se apropriam dos termos médicos, que passam a fazer parte de seu repertório para se referir aos episódios de doença, à sua saúde e ao seu corpo⁴³.

É nessa linha que podemos compreender o modo como as mulheres entrevistadas se referem ao seu corpo e à necessidade de realizar o exame de Papanicolaou: *“Eu faço [o Papanicolaou], porque as mulheres aparecem falando lá no Keralux que têm mioma, câncer, a gente escuta falar. Minha mãe mesmo também tinha mioma, mas tiraram por baixo e ela não precisou nem operar. Mas, eu nunca tive mioma”* (Marcela, entrevistada 09).

Ou, ainda, como afirma Márcia, entrevistada 06: *“Em fevereiro, eu fiz cirurgia para retirada de um mioma e, por enquanto, eu não fiz o Papanicolaou, mais é provável que daqui um mês, mais ou menos, eu vou ter que fazer o exame de Papanicolaou”*.

Indagada se tinha retirado todo o mioma, ela, responde:

Tirei o útero e as trompas, ficaram somente os ovários. Fiquei um ano tratando do mioma e depois de três hemorragias, eu tive que tirar o útero. Só fiquei com o colo do útero. Daí, eu faço o Papanicolaou a cada seis meses. Depois da cirurgia, o médico achou conveniente fazer o exame depois de um ano. Daqui a um mês, mais ou menos, eu vou marcar para fazer o Papanicolaou.

⁴³ Para Boltanski (2004: 122): “a familiarização com as taxinomias mórbidas e sintomatológicas de origem científica e a aquisição de novas categorias de percepção do corpo é essencialmente o resultado da frequência do contato médico, que constitui o principal agente de difusão do vocabulário médico”.

Os contornos do processo saúde-doença e do corpo são delineados pela apropriação do conhecimento médico, que passa a compor o campo semântico das mulheres entrevistadas, em meio ao processo de medicalização. Exemplo disso, também está presente na narrativa de Yolanda, entrevistada 01, sobre a necessidade de a mulher fazer o exame de Papanicolaou e a mamografia:

Não é só conversa, realmente ajuda. A mulher tem que fazer mesmo. Ela tem que se conscientizar, porque previne. Se a doença for detectada a tempo, tem mais chances de cura. Isso não é conversa, é a realidade mesmo. Eu acho que a mulher tem que fazer sim, uma vez por ano (...) Ela tem que fazer todo o check up. Se ela não tem quarenta anos, ela tem que fazer o ultrassom das mamas. Se ela já tem 40 anos, ela já faz a mamografia. Mas antes dos 40, a mulher tem, sim, que fazer tudo isso.

Nessa narrativa, os resultados do exame de Papanicolaou ganha contornos de verdade, uma vez que ele pode revelar a doença e preveni-la. O que o exame produz é a realidade, que torna possível a prevenção das patologias. A medicalização do corpo da mulher vai, assim, se consolidando e reafirmando a crença no saber médico e suas possibilidades de diagnóstico, tratamento e cura das doenças.

Embora o exame de Papanicolaou faça parte da rotina das mulheres entrevistadas, Yolanda também relata o sentimento de “vergonha” e “constrangimento” ao fazê-lo: *“Faço o exame com receio, porque 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 o Papanicolaou”*.

A literatura da área de Ciências Sociais e Saúde aponta o modo como a “dor”, a “vergonha” e o “medo” fazem parte das percepções das mulheres quando da realização do exame de Papanicolaou (ver tópico 1.1), revelando o modo como os aspectos físicos

e morais são importantes para elas aderirem à prática do exame preventivo de câncer cérvico-uterino.

Uma análise das entrevistas realizadas também revela o modo como as mulheres compreendem e avaliam a prática do exame de Papanicolaou: *“Ah, não é bom; é horrível fazer aquele exame, mas tem que fazer. Não machuca, não. Tem uns [profissionais de saúde] que machucam, outros não, depende das mãos, tem uns com mão pesada, outros com mão leve”*(Mari, entrevistada 03). Marcela, entrevistada 09, também faz a mesma avaliação sobre o modo como foi assistida durante a realização do exame: *“ela colocou aquele aparelho uma vez e não conseguiu. Ela colocou de novo e mandou eu relaxar. Doeu e saiu ardendo. No outro dia, minha barriga endureceu e ficou doendo (...) Ela tinha a mão muito pesada”*.

A dor é suportada, mesmo com o desconforto no momento da realização do exame. Isso nos remete à reflexão de Sarti (2001: 9), sobre o modo como a dor é vivenciada como uma realidade simbólica, qualificada pelos marcadores sociais da diferença, classe social, gênero e etnia:

A dor como realidade social é simbolizada, ainda, mediante os distintos lugares sociais dos indivíduos. Dentro de uma mesma sociedade, os indivíduos são portadores de condições sociais diferenciadas, de acordo com as clivagens sociais, entre elas, as de gênero, de classe e etnia, qualificando a realidade da dor. Pode haver maior ou menor tolerância à dor, conforme aquilo que do indivíduo se espera, segundo seu lugar social.

As mulheres entrevistadas são membros da camada popular, a maioria praticante de alguma religião, o que pode conduzir a uma maior tolerância à dor e à submissão ao saber médico, que prescreve a necessidade da realização do exame preventivo de câncer do colo do útero.

Nas palavras de Sarti (2001: 10):

O lugar social do sujeito qualifica a sua dor e determina a reação do outro em face da sua dor. Nas distinções de classe social, o sofrimento e o sentimento da dor dos despossuídos aparecem como “naturais”. Esta concepção é interiorizada, tornando difícil, para os socialmente desfavorecidos, conceber, para si, a ideia de bem-estar, suposto atributo da classe dominante.

Mas, mesmo nesse contexto de dor e submissão ao modelo biomédico, as mulheres entrevistadas também fazem uma avaliação dos profissionais de saúde e do modo como o exame foi realizado, demarcando a oposição entre os marcadores “leve” e “pesado”, para se referir ao modo como o profissional realiza o exame de Papanicolaou.

Com isso, evidencia-se uma qualificação do profissional de saúde, a partir das percepções das mulheres, de maneira que ter a “mão leve”, qualifica o profissional como atencioso, sensível e acolhedor, em oposição à “mão pesada”, que faz dele desatencioso, insensível à dor e ao sofrimento. Trata-se, assim, de um modo cultural de avaliação do cuidado, que aponta para a necessidade da relação e do vínculo entre os sujeitos – profissional e usuária-, envolvidos na realização do exame.

O sentimento de vergonha também está relacionado com a lógica de gênero, sobretudo, quando a mulher tem que expor seu corpo diante de um profissional do gênero masculino. É o que deixa entrever Marcela, entrevistada 09, quando indagada se prefere fazer o exame com um profissional homem ou mulher: *“Ah, eu prefiro mulher. Deus me livre de fazer com os homens, não!”*.

Ou ainda, nas palavras de Silvia, entrevistada 08, quando relata que sua mãe, que morreu do câncer do colo do útero, nunca tinha feito o Papanicolaou, por não aceitar expor sua intimidade diante de um homem, que não fosse seu marido:

Ela nunca fez exame de partes íntimas. Ela nunca fez. Porque para ela, que morava na roça, não era normal outro homem ver as partes íntimas dela, que não fosse o marido dela. A mesma coisa aconteceu com minha avó, ela tem 70 anos e também nunca fez esse exame.

A medicalização do corpo feminino é envolvida pelos valores mais amplos que fazem parte do contexto no qual as mulheres vivem a experiência do exame de Papanicolaou, com consequência sobre sua vida sexual e reprodutiva. É isso que veremos a seguir.

4.2 Vida sexual e reprodutiva: moralidades, sociabilidades e prescrições

Além de revelar o diagnóstico precoce do câncer cérvico-uterino, o exame de Papanicolaou também torna visível o leque de relações nas quais as mulheres estão envolvidas, particularmente, na sua vida sexual e reprodutiva, que passa a ser medicalizada. Isso fica evidente na narrativa de Márcia, entrevistada 06, sobre a vida sexual com seu marido:

Teve um período, que eu tive um problema de inflamação e coceira. O médico descobriu que era de meu marido, porque ele não se limpava direito. Ele tinha que fazer a higienização; quando ele fosse tomar banho, tinha que lavar aquela pele do pênis, para limpar em volta. O médico explicou para ele que cria bactérias na hora da relação sexual, se ele não estiver usando o preservativo. Então, foi isso que ocasionou; então, ele teve que participar também. Aí, ele tratou também.

Por meio do exame, a vida sexual do casal passa ser controlada e normatizada pelo saber médico: “*Eu falo para meu marido que eu vou fazer o Papanicolaou, e quando está pertinho, eu falo para ele que a gente não pode fazer nada*” (Marcela, entrevista 09).

A medicalização do corpo da mulher e de sua vida sexual e reprodutiva envolve tanto os aspectos físicos, tais como: o risco de contrair uma doença sexualmente transmissível (DST) ou se evitar uma gravidez indesejada, como os valores morais, tais como: a fidelidade e a confiança entre o casal.

Márcia deixa isso evidente quando narra a necessidade do uso do preservativo em uma relação sexual, mesmo quando a mulher é casada:

Teve uma época que eu tomei injeção e no mês que eu a tomei, a minha menstruação não veio. Eu achei que estava grávida e fui ao médico. Ele falou que, já que eu era casada, para saber direitinho se eu estava grávida, ele ia fazer um exame. Ele viu que eu não estava e aplicou uma injeção, para descer a minha menstruação. Ele falou que meu organismo não absorvia e que não dava mesmo para injeção.

Perguntada se ela usou outros métodos para evitar a gravidez, ela continua:

O comprimido também não me fazia bem. Eu tomei vários comprimidos. Todos me davam dor de cabeça, náuseas, muita sonolência. Como eu trabalhava, não dava. Eu tinha muita sonolência e ficava vomitando nos lugares. Eu achei que era gastrite nervosa, mas era a medicação. Aí, eu tive que parar. O médico me disse que eu ia usar só preservativo. E, eu usei só preservativo.

E, indagada sobre como foi a negociação com seu marido, ela responde:

*Era tranquila essa negociação. Só no começo meu esposo era contra. Daí, agente começou a se adaptar, porque eu disse para ele que eu não queria ter um filho naquela época, porque eu estava construindo e eu só queria a Luana. Daí, eu não queria outro filho e a gente ficou só no preservativo e foi se acostumando, se adaptando. Eu acho que mesmo hoje em dia, se a mulher toma pílula, é importante que ela use preservativo. **Ela deve usar os dois, porque um previne a doença e o outro a gravidez.** Com certeza, porque hoje não tem como você estar confiando, nem na mulher nem no homem, porque muitas coisas podem acontecer em relação às doenças, a AIDS mesmo está por aí e outros tipos de doenças. O médico já me mostrou,*

quando eu fui fazer esses exames. Ele me mostrou os vários tipos de doenças que são transmitidos pela relação sexual.

Essa narrativa revela como a vida sexual e reprodutiva, particularmente, o uso de métodos contraceptivos, a gravidez e as DSTs são temas que não se esgotam apenas como fatos biológicos, mas abrangem dimensões que são construídas social e culturalmente, podendo se constituir em temas de interpretação antropológica. Assim, eles não podem ser compreendidos isoladamente, mas sim integrados aos sistemas de valores, que compõe o contexto sociocultural no qual as mulheres estão inseridas.

Assim, o uso de métodos contraceptivos envolve as dimensões tanto física como moral da existência, revelando a maneira como o saber médico e a lógica de gênero incidem na vida sexual e reprodutiva da mulher. Diante do diagnóstico médico de que ela não poderia usar a injeção, pois seu “*organismo não dava*”, Márcia passa a tomar a pílula anticoncepcional, que provoca efeitos colaterais. Assim, só lhe restou o uso do preservativo masculino, como forma de evitar a gravidez.

Aqui, a lógica de gênero passa a operar, uma vez que foi necessária uma “negociação” com seu marido, que no início “*era contra*”. A lógica de gênero reforça a ideia que a anticoncepção é uma responsabilidade da mulher. Ela não queria ter outro filho naquele momento, pois estava “*construindo*”, demonstrando que seu projeto de vida era a construção da casa, o que acaba convencendo seu marido, que se acostuma e se adapta à situação.

Posteriormente, vemos o modo como a lógica médica opera de maneira fundamental, incidindo sobre a concepção de Márcia da necessidade do uso de preservativos nas relações sexuais. Ela distingue a importância do uso da pílula, que evita a gravidez e do preservativo, que “*previne as doenças*”, entre elas a AIDS. Com

efeito, a vida sexual e reprodutiva passa a ser normatizada e regulada pelo saber médico, que aciona a lógica de gênero, que faz parte da vida do casal.

Yolanda, entrevistada 01, nos oferece outra representação importante sobre a vida sexual e reprodutiva, quando indagada sobre se usa algum método para evitar a gravidez:

Sim, eu uso dois métodos: uso anticoncepcional e uso camisinha. Porque, eu fiquei grávida, quando uma camisinha estourou, com o pai da minha filha. Então, uma semana antes, a camisinha tinha estourado, e eu tomei aquele remédio, a pílula do dia seguinte. Segundo o farmacêutico, nos próximos sete dias, caso viesse acontecer de novo, eu não poderia tomar a pílula novamente. E, realmente, aconteceu de novo, e aí já era. Eu fiquei grávida. Eu acho o seguinte: se eu tivesse tomando anticoncepcional naquela época, eu não teria ficado grávida.

Na sequência, ela narra sobre o uso de preservativos para a prevenção de DSTs:

Eu acho que a mulher tem que se proteger dos dois jeitos, independente se é casada. Eu acho que se você é casada, está ali com o marido todo dia, até vai. Mas, se você não é casada e tem um namorado, que mora na casa dele e você mora na sua, então você tem que se prevenir, sim. Porque você não sabe se ele está realmente só com você. Às vezes, nem o marido que está ali com você todos os dias, está só com você.

É assim que, em um primeiro momento, o uso da camisinha e do anticoncepcional aparece como método contraceptivo, usado para se evitar uma gravidez indesejada. Entretanto, a gravidez é entendida, aqui, como um “acidente”: “*eu fiquei grávida, quando uma camisinha estourou*”.

Essa concepção corrobora com os achados de Leal (2001), em sua pesquisa com mulheres de grupos populares da cidade de Porto Alegre e da zona rural do Rio

Grande do Sul. Para a autora, a “gravidez é sempre tomada como um *risco*, um evento que pode vir a ocorrer ou não e que está sempre sujeito a um universo de possibilidades aleatórias” (Leal, 2001: 22 – grifo da autora).

Nessa linha, a gravidez de Yolanda é concebida como um fenômeno que “aconteceu”, uma vez que ela tentou, numa primeira vez, aconselhada pelo farmacêutico, usar a pílula do dia seguinte, mas como “*aconteceu de novo*”, o estouro da camisinha, “*aí já era*”, e ela engravidou.

Diante disso, ela avalia que o uso do anticoncepcional seria mais eficaz, pois se o tivesse usado, não “*teria ficado grávida*”. Nota-se, aqui, o modo como a lógica de gênero opera atribuindo à mulher a responsabilidade para se evitar a gravidez indesejada. Como aponta Paim (1998: 31): “a gravidez processa-se no corpo das mulheres, porém, como outros acontecimentos do mesmo tipo, tem significados construídos com base na experiência social”. Assim, os cuidados com a contracepção são compreendidos como responsabilidade da mulher.

Em um segundo momento, Yolanda aponta para o uso da camisinha como uma forma de proteção para se evitar contrair uma DST. Embora, ela reconheça a necessidade da mulher “*se proteger, independente se é casada*”, sua narrativa é ambígua, denotando que se a mulher é casada e “*está com o marido todo dia, até vai*”. Ou seja, a mulher poderia ter, sendo casada, uma relação sexual com seu marido sem o uso do preservativo.

Yolanda tem uma forma própria de compreender o risco de se contrair uma DST. Com efeito, o risco não se resume a uma categoria epidemiológica, mas também deve ser entendido a partir dos códigos sociais e culturais fazem parte do contexto no qual ela está envolvida. Essa representação remete às análises de Mary Douglas (1992) em seu estudo sobre a noção de risco. Para a autora (1992: 31 – trad. minha): “um risco

não é apenas a probabilidade de um evento, mas também a provável magnitude de seus resultados, que depende do valor que lhes são atribuídos”.

Nesse sentido, a percepção do risco não se resume apenas à falta de informação sobre os modos de se prevenir sobre os perigos. Embora fundamental na prevenção das patologias, a informação não conduz a uma mudança imediata de comportamento. A equação: informação = mudança de comportamento não é automática, e seus resultados dependem da compreensão da lógica que orienta os comportamentos de risco de um determinado grupo social⁴⁴. Uma análise cultural do risco deve, portanto, levar em conta os aspectos morais e políticos que orientam o comportamento das pessoas frente aos riscos, dentro do contexto no qual estão inseridas.

Na narrativa de Yolanda, o casamento opera como um fator que reforça a segurança da mulher. Fonseca (2004), em seu estudo sobre as relações de gênero e violência em grupos populares, aponta que o casamento possui um valor moral fundamental para as mulheres dos grupos populares. Segundo Fonseca (2004: 32 – grifo da autora):

O motivo do casamento vai muito além da ordem material. Ao casar, a mulher tem esperança de alcançar não só uma certa satisfação afetiva, mas também um *status* respeitável. Imagina-se sempre que, se uma mulher está só, é porque não consegue arranjar um homem.

Ser casada é, portanto, um signo de status para a mulher, cuja autoestima advém quase que exclusivamente “de suas tarefas domésticas na divisão do trabalho: ela deve ser uma mãe devotada e uma dona-de-casa eficiente” (Fonseca, 2004: 31).

⁴⁴Para Douglas (1992: 31 – trad. minha): “o modelo inocente de percepção do risco leva à conclusão de que deveria haver mais educação para um público desinformado”.

Ora, Yolanda sabe que o uso do preservativo previne da possibilidade de se contrair uma DST, cujo risco está sempre presente. Todavia, para ela, se a mulher é casada, “até vai”, indicando que o risco pode ser minimizado dentro da relação conjugal. A convivência com o marido todos os dias na mesma casa é um indicativo de que se pode confiar mais do que em um namorado, com quem não se compartilha o mesmo espaço, o que exige a prevenção.

Essa normatização da vida sexual e reprodutiva, que envolve os aspectos físicos e morais, também pode ser observada na narrativa de Silvia, entrevista 08, quando indagada se usa algum método para evitar uma gravidez: “*Só preservativo, porque eu vou fazer a laqueadura. Já fui ao planejamento, por enquanto, eu estou usando o preservativo*”. Sobre o que pensa do uso do preservativo, ela diz:

Não é bom, porque eu engravidei das minhas filhas usando o preservativo. Ele estourou e eu tomei a pílula, mas ela tinha que vir e tinha que ser. Aí, ela veio. Como eu fiz o planejamento, eu ia tomar remédio, só que a enfermeira falou: “se você está no planejamento, você usa o preservativo, por enquanto, com cuidado para não estourar”. Eu estou esperando para ver, se Deus quiser, e se eu passar, porque é a assistente social que diz se eu passo ou não passo. Se eu passar e ela marcar, lá pra maio ou junho, eu devo estar operada.

E, quando indagada sobre porque está ansiosa para fazer a laqueadura, Silvia conclui:

Eu estou porque minha mãe teve quatorze filhos e ela não viveu o bastante para ver todos crescer. Então, eu penso: para que ter um monte de filhos? Porque eu tive que deixar minha bebezinha, na creche com quatro meses, para voltar a trabalhar. Então, eu penso: para quê ter um monte de filhos e não ver o crescimento deles? Eu só vejo minha filha à noite. Eu pego ela às cinco horas, de segunda a sexta e só vejo minha filha à noite. Eu saio de casa às cinco e meia da manhã, para chegar às seis horas, à noite. Eu a deixo com minha irmã e depois pego ela à noite, na creche. Então, eu pensei: não dá! Meu marido também já tem dois filhos do primeiro casamento e para pagar aluguel, pagar pensão e ter mais filhos, encher a casa, é complicado.

Para Silvia, a gravidez também é concebida, num primeiro momento, como um “acidente”, devido ao estouro do preservativo no momento da relação sexual. A gravidez aparece como uma espécie de imperativo moral - “*tinha que ser*”-, pois, sua filha “*tinha que vir*”. Essa noção também é apontada por Leal (2001) em seus estudos, nos quais a gravidez “é um imperativo moral, uma regra praticamente absoluta que funciona como um valor, enunciando que se deve assumir um filho” (2001: 63).

Todavia, Silvia diz que está no planejamento familiar e que, segundo a enfermeira, ela deveria fazer uso do preservativo, “*com o cuidado para não estourar*”. O planejamento familiar é uma política pública instituída pela lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que visa permitir aos casais exercer o direito de ter ou não filhos, de forma consciente e planejada (Brasil, 2002b). Ela estabelece, em seu artigo primeiro que o “planejamento familiar é um direito de todo cidadão” e, em seu artigo segundo, que ele é entendido “como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”. Já no artigo quarto, encontramos: “o planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade”. E, no artigo nono: “para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção, cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção”⁴⁵.

A política do planejamento familiar nos remete para uma racionalização da vida reprodutiva, que passa a regido pela medicalização. Como ressalta Correia (2001: 41): “o planejamento de filhos – quando, em que número, com que espaçamento tê-los –

⁴⁵ Ver: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm

fez da reprodução biológica um fenômeno altamente investido racional, tecnológica e socialmente”⁴⁶.

Nessa lógica, passa a imperar uma visão de que o “normal” é a mulher viver uma espécie de “não-concepção medicalizada” até o momento adequado para ter filhos.

Segundo Correia (2001: 41):

Ter um filho passa a ser objeto de uma decisão deliberada, que envolve um projeto voluntarista devidamente controlado, no qual pesam fatores tais como: colocação no mercado de trabalho, estabilidade (do casal ou da mulher solteira), desejo de concluir estudos etc⁴⁷.

Silvia tem duas filhas e sua visão mostra também os limites dessa política do planejamento familiar, pois, ela quer fazer a laqueadura, como uma forma de evitar a gravidez, e para isso, aguarda o parecer da assistente social, que controla a autorização para a realização da cirurgia⁴⁸.

Marcela, entrevistada 09, tem quatro filhas e afirma que fez a laqueadura, quando sua filha mais nova nasceu de parto cesáreo:

Eu fiz a laqueadura. O postinho aqui do Keralux me encaminhou. Eu conversei com aquela moça que vai na casa da gente [agente de saúde] e ela falou com o médico, que me encaminhou para o hospital de Ermelino Matarazzo e lá eu consegui com a assistente social. Isso já faz doze anos; eu fiz no dia em que minha filha nasceu.

⁴⁶ Ainda, segundo Correia (2001: 51): “o padrão da família pequena, com poucos filhos, se tornou símbolo do progresso, da riqueza e do bem-estar social atingido pelas sociedades industrializadas do pós-guerra”.

⁴⁷ Ainda, segundo Correia (2001: 41): “projetos de reprodução que não considerem fatores desse tipo são extremamente comuns entre os mais pobres, os mais jovens, os mais desprovidos de acesso aos cuidados de saúde. Eles costumam ser socialmente reprovados, mesmo quando os fatores subjacentes àqueles ‘projetos’ não estão disponíveis para esses indivíduos”.

⁴⁸ A lei do Planejamento Familiar prevê em seu artigo 10º, inciso I, que a esterilização deve ser realizada de forma voluntária, em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos. E, em seu parágrafo 4º estabelece que a esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

Sandra, entrevistada 08, tem cinco filhos e também afirma que fez a laqueadura, junto com a cesariana há 21 anos:

Eu fiz laqueadura há vinte e um anos. Na última gravidez. Meu filho nasceu por cesariana e eu fiz a laqueadura de uma vez. Eu tive três partos normais, um fórceps e uma cesárea. Eu passei por cinco gestações e foi tudo normal. Mas, a cesárea foi por uma boa causa, para fazer a laqueadura, para não ter mais filho. Minha cirurgia tem vinte e um anos e nunca engravidei. Se eu engravidar, eu volto no hospital Santa Joana e falo: “eu opere aqui e quero saber porque eu estou grávida novamente”. Mas, acho que o médico nem está mais vivo. Ele não vai poder responder, mas o hospital, sim.

Sandra afirma que, inclusive, insistiu para suas filhas fazerem a laqueadura, como forma de evitar a gravidez:

A minha filha mais nova tem 23 anos e quatro filhos. Em fevereiro, ela completa um ano que ela faz a laqueadura. Eu fiz com ela fizesse. Eu disse e ela: “você vai fazer a laqueadura, nem que eu tenha que te levar pelos cabelos”. Ela não se dava bem com remédio. Ela engravidou do último filho com a injeção de três meses. Demorou um pouquinho, mas ela apareceu grávida. Aí, eu a levei no médico. Uma ginecologista ótima, que falou: “eu vou fazer um mutirão e ela vai fazer a laqueadura”. Graças a essa médica, ela fez a laqueadura. Eu estou muito feliz por isso, porque senão, ela estava grávida outra vez.

Marcela e Sandra também mostram os limites da política de planejamento familiar e expressam o modo como a laqueadura é concebida como o método de contracepção, definitivo e preferido pelas mulheres entrevistadas. Sandra deixa isso evidente, também, pelo modo como descreve a decisão de fazer a laqueadura, junto com a cesariana, em seu último parto⁴⁹. Ela teve “três partos normais” e a cesariana, segundo ela, “foi por uma boa causa, para fazer a laqueadura” e “não ter mais filhos”.

⁴⁹ A lei do planejamento familiar prevê em seu artigo 10º, parágrafo 2º, que é vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

Embora, a legislação do planejamento familiar restrinja a esterilização feminina no momento do parto, essa narrativa indica como esse procedimento encontra acolhida nos serviços de saúde ⁵⁰.

O parto cirúrgico, indicativo do processo de medicalização do nascimento, é a via para a realização da laqueadura e interrupção definitiva da possibilidade de engravidar. O desejo de não mais engravidar é tamanho, que Sandra, em tom de brincadeira, diz que, caso engravidasse novamente, iria até ao hospital onde fez a laqueadura, cobrar explicações.

A opção de Sandra pela laqueadura fica ainda mais clara na insistência para que sua filha mais nova fizesse a laqueadura, com a conivência da médica ginecologista, que fez um “*mutirão*” para a cirurgia, reforçando a medicalização e o poder médico sobre a vida reprodutiva das mulheres moradoras do Jardim Keralux.

Scavone (2004) mostra em seu trabalho sobre mulheres que já praticaram um abortamento, como a mulher é responsabilizada pela contracepção, de maneira que, em termos sociais, a utilização maciça da esterilização como prática contraceptiva indica a ausência de políticas públicas que contemplem a saúde reprodutiva de forma adequada⁵¹.

Silvia, Marcela e Sandra vêm na laqueadura a possibilidade de se evitar uma gravidez indesejada, o que reforça a ideia de que a mulher é a responsável pela contracepção do casal, submetida ao modelo biomédico. Como afirma Correia (2001: 56):

⁵⁰ Segundo a Pesquisa Nacional Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada em 2006, o percentual de mulheres esterelizadas, no momento da cesariana, por ocasião do nascimento do último filho, foi de 59% (Brasil, 2009).

⁵¹ Para Scavone (2004: 122), a esterilização pode ser entendida, também, como uma saída radical que pode liberar as mulheres “das falhas da contracepção convencional e do pesadelo de abortos clandestinos”.

A ausência prolongada de políticas de população deixou questões de relevância social, como o tamanho das famílias, o acesso à regulação adequada da fecundidade individual e outras, no âmbito exclusivo de um modelo médico; e, por meio desse modelo, ficou a cargo das mulheres, e de cada mulher individualmente, a obrigação de gerir as questões citadas.

É importante destacar que Silvia aponta motivos socioeconômicos e a necessidade de trabalhar para não querer ter mais filhos. Essa também é a visão de Eliana, entrevistada 05, mãe de dois filhos e que também fez a laqueadura junto com a cesárea, por ocasião do nascimento de seu último filho:

Eu não posso ter mais filhos. Eu fiz a laqueadura há nove anos. Eu já tive dois filhos e agora chega. Porque se tiver três, quatro filhos, fica muito difícil para trabalhar. Eu tive que esperar a minha filha mais nova fazer quatro anos para ir para a escola. Porque a gente já ganha pouco e se tiver que pagar uma pessoa para cuidar de duas, três crianças ou mais, é melhor Você ficar em casa cuidando delas.

Silvia e Eliana têm 36 e 31 anos, respectivamente e, ambas são nordestinas e têm dois filhos. O baixo número de filhos vem ao encontro dos dados apresentados pela Pesquisa Nacional Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, que aponta a queda da taxa de fecundidade que passou de 2,5, em 1996, para 1,8, em 2006 (Brasil, 2009).

Eliana é natural de Santa Cruz, Rio Grande do Norte e também enfatiza a necessidade de trabalhar – ela teve que esperar a filha crescer para levá-la à escola – e o fato de não poder “pagar” alguém para cuidar dos filhos, como motivos que a levaram fazer a laqueadura. Diante do alto custo, ela diz que o melhor seria “ficar em casa cuidando” deles em casa.

A razão econômica orienta a decisão de Eliana, que vê, assim, justificada sua escolha de não ter mais filhos: “já tive dois filhos e agora chega”. Essa racionalidade

faz parte de um contexto no qual as mulheres buscam trabalhar e estudar, como forma de ascensão social.

Todavia, além da motivação econômica, Silvia também destaca que não quer repetir a história de sua mãe, que teve quatorze filhos e não os viu crescer. O que o orienta sua decisão de fazer a laqueadura é, sobretudo, o valor da maternidade. Para ela, não faz sentido a mulher ter “*um monte de filhos e não ver crescimento deles*”. É o valor moral da maternidade, que orienta a decisão de Silvia de fazer a laqueadura.

A medicalização da vida reprodutiva é, assim, englobada pelos valores morais, de maneira que a “escolha” de não querer ter filhos só pode ser suficientemente compreendida a partir do contexto social e cultural no qual as mulheres estão inseridas. É o valor moral da maternidade, da boa mãe que zela pelo cuidado de seus filhos, que define, em última instância, os contornos da vida reprodutiva da mulher moradora do Jardim Keralux.

4.3 As impurezas do corpo feminino

O exame preventivo de Papanicolaou é feito por meio da coleta de material para o exame citopatológico. Para tanto, os Cadernos da Atenção Básica: Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama trazem as seguintes recomendações prévias para realização do exame:

A utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais deve ser evitada por 48 horas antes da coleta, pois essas substâncias recobrem os elementos celulares dificultando a avaliação microscópica, prejudicando a qualidade da amostra para o exame citopatológico. A realização de exames intravaginais, como a ultrassonografia, também deve ser evitada nas 48 horas anteriores à coleta, pois é utilizado gel para a introdução do transdutor. Embora usual, a recomendação de abstinência sexual prévia ao exame só é justificada quando são

utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas. Na prática a presença de espermatozoides não compromete a avaliação microscópica. O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citopatológico. Deve-se aguardar o quinto dia após o término da menstruação. No caso de sangramento vaginal anormal, o exame ginecológico é mandatório e a coleta, se indicada, pode ser realizada (Brasil, 2013: 60).

As mulheres entrevistadas revelam também que se preparam para a realização do exame de Papanicolaou. Exemplo disso é o que nos diz Silvia, entrevistada 08, quando indagada se ela se prepara para fazer o exame: “*Só depilação e não pode estar menstruada*”. Indagada sobre a razão dela se depilar, ela responde:

A enfermeira do postinho fala que não precisa. Ela sempre fala, mas eu tenho vergonha. Aí, eu me depilo. Eu fico com vergonha se eu não depilar, então, sempre que vou, eu me depilo. E sempre ela reclama, ela fala: “não precisa vir depilada”. Só que eu tenho vergonha. E, ela fala: “não precisa ter vergonha”. Então, eu sempre me depilo e ela sempre reclama.

E, perguntada sobre porque se sente envergonhada, ela conclui:

Eu tenho vergonha de estar ali cheia de pelo e a enfermeira olhar. Eu fico com vergonha, porque às vezes pode ser que dá alguma alteração e ela tem que chamar o médico. Eu fico constrangida. Esse exame é muito constrangido, mas a gente é obrigada a fazer. Então, eu tiro todo o pelo e assim me sinto mais à vontade.

Embora não haja nenhuma recomendação, por parte dos profissionais de saúde, as mulheres entrevistadas relatam que fazem a depilação antes de realizar o exame de Papanicolaou. É isso que também nos diz Sandra, entrevistada 07:

Só faço a depilação para fazer a coleta. É o jeito de a gente ser. Todas nós, mulheres, quando vamos fazer um Papanicolaou, fazemos a depilação, porque acho que é chato chegar lá toda amontoada, suja, cheia de cabelos para fazer um exame desses. Sempre, eu e minhas filhas, todas fazemos. É hábito, é higiene. Eu, independente, de fazer o exame faço isso, mas, principalmente, quando vou fazer o Papanicolaou, eu me depilo. Toda vez. Eu fico constrangida se eu não depilar. Às vezes, eu deixo, porque eu tenho alergia. Mas, se eu vou passar no ginecologista ou vou fazer o exame, eu me depilo. Eu fico sem jeito de ir lá com cabelo. Eu fico constrangida. Qualquer um, na minha família diz: “vou depilar para passar no ginecologista”.

Perguntada se ela só faria o exame se estivesse depilada, ela afirma:

Eu faço o exame, mas é coisa de jeito, cada um tem um jeito. No meu caso, eu acho que é falta de higiene. É que nem homem, tem homem que se depila, se cuida quando vai passar no médico, para o médico examinar. A mesma coisa é a mulher. Só que quando eu vou fazer o exame, eu me depilo. Eu acho falta de higiene, você fazer o exame sem se depilar. Toda vez que eu vou, eu faço. As minhas filhas também. Isso vem de família, aprendi com minha tia e com a minha mãe. Isso aí já vem de anos.

As narrativas de Silvia e Sandra são emblemáticas e reveladoras da maneira como elas vivenciam a experiência do exame de Papanicolaou e, por essa via, do modo como as suas crenças operam em relação ao corpo e à saúde. Mas, como compreender a lógica que orienta as crenças e as práticas dessas mulheres ao realizar o exame de Papanicolaou? O que a depilação dos pelos pubianos e a menstruação revelam sobre o modo como as mulheres entrevistadas concebem o próprio corpo feminino?

A obra de Mary Douglas (1991) e suas análises sobre os rituais de purificação oferece uma pista importante para responder a essas questões. Para essa autora (1991: 14): “a impureza é, essencialmente, desordem. A impureza absoluta só existe aos olhos do observador (...) A impureza é ofensa contra a ordem. Eliminando-a, não fazemos

um gesto negativo; pelo contrário, esforçamo-nos positivamente por organizar o nosso meio”.

Nessa linha, tanto os rituais de purificação, presente em sociedades tradicionais quanto as regras de higiene, próprias das sociedades modernas, correspondem ao esforço par dar uma unidade de sentido à nossa experiência vivida. Ainda, segundo Douglas (1991: 15):

Os rituais de pureza e de impureza dão uma certa unidade a nossa experiência. (...) Por meio deles, as estruturas simbólicas são elaboradas e exibidas à luz do dia. No quadro destas estruturas, os elementos díspares são relacionados e as experiências díspares adquirem sentido.

Com efeito, a impureza revela que algo está fora de seu lugar; ela introduz uma desordem em nosso mundo:

Quando tivermos abstraído a patogenia e a higiene das nossas ideias sobre a impureza, ficaremos com a velha definição nas mãos: qualquer coisa que está no seu lugar (...) A impureza nunca é um fenômeno único, isolado. Onde houver impureza há sistema. Ela é o subproduto de uma organização e de uma classificação da matéria, na medida em que ordenar pressupõe repelir os elementos não apropriados ⁵² (Douglas, 1991: 50).

A separação entre o que é limpo e sujo reflete o modo como o mundo social é organizado, isto é, como os sistemas de classificação social tornam nossa experiência social inteligível. A impureza mistura o que não deve ser misturado, ao mesmo tempo em que não leva em conta as fronteiras sociais e simbólicas que mantêm o mundo social em ordem.

⁵² Ainda, segundo Douglas (1991: 51): “nosso comportamento face à poluição consiste em condenar qualquer objeto ou qualquer ideia susceptível de lançar confusão ou de contradizer as nossas preciosas classificações”.

É a cultura que permite tornar os eventos inteligíveis dentro de uma ordem de sentido, na qual operam os sistemas de classificação social. Assim, diante de uma anomalia, a cultura estabelece o sistema simbólico para fazer frente a ela, restabelecendo a ordem corrompida pela impureza. Nas palavras de Douglas (1991: 55): “o impuro é o que não está no seu lugar, devemos abordá-lo sob o prisma da ordem. O impuro, o poluente, é aquilo que não pode ser incluído se se quiser manter esta ou aquela ordem”.

A oposição limpo e impuro assume, assim, um valor moral capaz de qualificar a experiência vivida. Por isso, é comum nos referirmos à “sujeira” como algo mal, impuro, como um dano que alguém nos fez no passado. Limpar significa purificar, restabelecer a ordem de sentido, nos afastando mal.

Ora, é justamente esse significado moral que é corporificado na experiência das mulheres entrevistadas quando narram as práticas de “limpeza” do corpo, ao se depilarem e evitarem a menstruação para fazer o exame de Papanicolaou.

Silvia e Sandra fazem a depilação como forma de se preparar para a coleta de material para o exame citopatológico. Silvia explica a prática de se depilar, pois se sente envergonhada e constrangida em expor seu corpo, em estar “*cheia de pelos*”, diante dos profissionais de saúde – enfermeira e médico. Sandra, por sua vez, aponta a vergonha e o constrangimento em se mostrar “*toda amontoada e cheia de cabelos*” ao ir ginecologista e fazer o exame de Papanicolaou.

Ambas acionam um sistema moral, que concebe os pelos como algo impuro; algo que não pode estar presente durante a coleta de material para o exame. Seguindo a linha aberta por Douglas, os pelos pubianos são considerados “matéria fora do lugar”, particularmente, durante a realização do exame de Papanicolaou, pois são considerados como “sujeira”.

Sandra acredita mesmo que a raspagem dos pelos pubianos é uma questão de higiene, pois ela se sente “*suja*” quando não se depila. Ela também nos diz que aprendeu isso com sua tia e sua mãe, um aprendizado que “*já vem de anos*”, o que reforça a ideia de que a cultura fornece a ordem de sentido, na qual vai se estabelecer o sistema de crenças e de classificação social, que define os limites entre o puro e o impuro. Nas palavras de Douglas (1991: 53,54):

Existem várias maneiras de lidar com as anomalias. Negativamente, podemos ignorá-las, percebê-las, ou ainda percebê-las e condená-las. Positivamente, podemos enfrentar deliberadamente a anomalia e tentar criar uma nova ordem do real onde a anomalia se possa inserir.

Embora os Cadernos de Atenção Básica recomendem a não realização do exame de Papanicolaou durante a menstruação, pois isso pode prejudicar o diagnóstico citopatológico, para as mulheres entrevistadas, o sangue menstrual é considerado impuro, devendo, por isso, ser evitada a realização do exame nesse período.

Leal (2001) observa que o corpo feminino é concebido, nos grupos populares, a partir dos movimentos de abertura e fechamento, que indicam seu bom funcionamento. Para a autora (2001: 28), a menstruação e a concepção são fenômenos que se encontram interligados e representados como momento em que o corpo feminino está aberto:

No jogo de significações dos humores do corpo, que envolvem a menstruação e a concepção, a representação do corpo feminino como algo que se abre e fecha é determinante sobre todas as outras e chave para compreendermos a lógica da reprodução. O corpo é sempre pensado como algo pleno de movimentos internos, uma dinâmica de fluidos determinantes do próprio estado de estar vivo, em oposição ao estar morto, quando a circulação de fluidos inexistiria. O corpo da mulher é portador de uma cavidade oca, o útero, espaço onde se desenvolverá o

feto. O sangue menstrual é específico e indicador da condição de fertilidade feminina⁵³.

As representações do sangue indicam, portanto, que ele pode ser concebido ora como um sinal fertilidade da mulher, ora como algo sujo, um resto que deve ser evacuado (Douglas, 1991; Helman, 2003). Ainda segundo Leal (2001: 28): “o sangue menstrual é, alguns momentos, indicado como algo sujo, algo a ser eliminado, em outros momentos como um fluído que opera a limpeza do corpo, às vezes como um filtro, às vezes como um resto”.

Essa representação da menstruação também aparece na narrativa de Marcela, entrevistada 09, quando indagada sobre a preparação do exame:

A enfermeira manda não ir fazer o exame nos dias da menstruação. Ela fala para deixar passar sete dias, porque pode sangrar muito. Ela fala também para não ter relação sexual três dias antes. Eu obedeco à ordem. Eu também tiro os pelos com barbeador. Porque, eu acho que é feio e eu fico mais limpinha. Assim, eu acho que é mais fácil para eles fazer o exame. Eu não gosto de ficar com pelo grande. Eu acho mais limpo. Até quando está descendo, quando molha, fica parecendo que está sujo.

Da mesma maneira que Silvia, Marcela também aponta que o exame não deve ser feito durante a menstruação. A recomendação feita pela enfermeira é entendida como uma “*ordem*”, o que denota a autoridade que o profissional de saúde tem diante dela, que obedece. O mesmo é entendido a respeito de se evitar as relações sexuais três dias antes do exame. O reconhecimento dessa autoridade é um indício das complexas

⁵³ Para Leal, entre os grupos populares: “a fecundação é uma forma de contágio onde os fluídos se encontram. A substância feminina, por excelência, é o sangue, em analogia direta com a substância fértil masculina que é o sêmen (...) A relação sexual é representada como um momento em que a troca de fluídos corporais ocorre, trata-se essencialmente de uma relação social na qual se dá uma troca: fluidos corporais são substâncias transmissoras tanto daquilo que pode ser poluído, quanto de vida, emoções, substâncias morais”.

relações de poder que existem dentro do sistema de saúde, na relação entre profissional e usuária.

Marcela também se depila para realizar o exame, pois considera “*feio*” e que fica “*mais limpinha*”. Ela também relaciona a depilação à sujeira, provocada pela menstruação, de modo que se sente mais limpa, pois quando “*está descendo, quando molha, fica parecendo que está sujo*”. O movimento de descida do sangue menstrual corresponde a essa ideia de que o corpo da mulher está aberto e ele deve ser eliminado. O aspecto molhado, úmido do sangue, reforça a representação de algo sujo, que deve ser evitado durante o exame.

Mas, como compreender a prática da depilação, se ela não tem nenhum efeito técnico, segundo os profissionais de saúde, para a coleta do material para o exame citopatológico? Qual o significado que a retirada dos pelos pubianos tem para as mulheres entrevistadas?

Isso nos remete ao sentido mesmo da depilação concebida como um ritual de purificação, praticado pelas mulheres antes de fazer o exame. Assim, para compreendermos esse sentido ritual do corte dos pelos pubianos, é fundamental um retorno tanto à obra de Mauss, *A Prece*, publicada originalmente em 1909, no qual ele busca definir o sentido dos atos rituais.

Embora interessado, particularmente, no âmbito religioso, Mauss (2002: 36 – trad. minha) reconhece que os atos, mesmo quando individualizados, também podem ser entendidos como rituais, na condição que “haja neles alguma coisa de regulamentado, regrado”. O que distingue os atos cotidianos, as festas e os jogos dos ritos é que os primeiros não são eficazes por si mesmos, dependendo das circunstâncias

em que são praticados; eles não possuem uma “verdadeira eficácia material”⁵⁴. Já os ritos são eficazes por si mesmos e são capazes de “exercer uma ação sobre certas coisas”, de maneira que “um rito é uma ação tradicional eficaz”.

Nesse sentido, o rito não se caracteriza apenas pelos seus aspectos formais, mas, sobretudo, por sua capacidade de suscitar a crença em seus efeitos, assumindo, assim, um caráter simbólico. Os ritos têm sua eficácia ligada diretamente a certas práticas simbólicas capazes de reafirmar a crença daqueles que os vivenciam.

Seguindo a linha aberta por Mauss, a obra de Mary Douglas também é uma referência importante para se pensar o rito como uma “ação simbólica eficaz”, capaz de suscitar um sentido para a experiência vivida. Em seus estudos sobre os rituais de pureza e impureza, a autora mostra que o rito também não pode ser analisado exclusivamente dentro do domínio religioso. Para se estudar os rituais de poluição, é necessário buscar compreender “as ideias de pureza de um povo como uma parte de um todo mais vasto” (Douglas, 1991: 10).

Com efeito, os ritos visam proporcionar uma unidade à experiência vivida, cujo sentido é eminentemente simbólico. Eles são definidos por seu caráter simbólico, capaz de classificar e ordenar o cotidiano, integrando determinadas práticas sociais dentro de uma ordem de sentido.

Ora, a depilação é entendida pelas mulheres entrevistadas como um ato de limpeza, pois os pelos representam o corpo impuro, que deve ser evitado no momento do exame de Papanicolaou. Embora, o corte dos pelos pubianos não tenha nenhum

⁵⁴ Mauss delimita a especificidade dos ritos, comparando-os com os atos cotidianos de polidez: “Mas, o fato que os diferencia, é que no caso dos atos de polidez, de costumes etc, o ato não é eficaz por si mesmo. Isso não quer dizer que ele seja estéril em consequências. Somente seus efeitos importam, principalmente ou exclusivamente, não devido a suas qualidades próprias, mas àquilo que ele prescreve. Ao contrário, os ritos agrários, por exemplo, têm, para aqueles que o praticam, efeitos provocados pela natureza mesma de sua prática. Graças ao rito as plantas crescem. Sua virtude deriva não apenas do fato dele estar em conformidade com certas regras dadas, ela deriva ainda, e sobretudo, dele próprio. Um rito tem, portanto, uma verdadeira eficácia material” (Mauss, 2002: 36 – trad. minha).

efeito técnico, elas acreditam que ajudam os profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que se sentem “*mais à vontade*” durante a coleta do material para o exame citopatológico.

Ou seja, ao cortarem os pelos pubianos, as mulheres creem que facilitam a realização do exame, de maneira que ele se torna mais aceitável e inteligível. A mulher passa a fazer parte do exame não apenas como objeto de uma intervenção médica, mas sim como um sujeito que também é responsável por sua execução. Não por acaso, mesmo diante das reclamações da enfermeira, Silvia se depila para fazer o exame. Na lógica das mulheres, a raspagem dos pelos tem um sentido físico, pois facilita a realização do exame, mas também um sentido moral, pois as deixam à vontade e menos constrangidas.

A depilação é, assim, um ritual de purificação praticado pelas mulheres entrevistadas, que permite atribuir um sentido à experiência do Papanicolaou. O exame é vivido por elas como uma obrigação, apesar do constrangimento que ele provoca, de modo que a retirada dos pelos pode ser compreendida como um ato ritual que dá sentido à experiência vivida.

O corte dos pelos pubianos, não estar menstruada e a abstinência sexual três dias antes do exame, compõem um conjunto de “regras de evitação”, que acionam um sistema moral que orienta a experiência do exame de Papanicolaou. As regras de evitação foram estudadas por Douglas (1991) e relacionadas às prescrições e proscritões que visam proteger os indivíduos da doença ou do mal nas sociedades tradicionais. Esse conjunto de regras descreve e organiza o mundo social, tornando possível estabelecer uma ordem em oposição ao caos contra o qual se confronta a experiência vivida.

Essas interdições relativas à impureza e à pureza do corpo feminino visam garantir às mulheres organizar sua experiência, diante da obrigação de fazer um exame, considerado constrangedor. Elas asseguram uma inteligibilidade à experiência da coleta do material para o exame citopatológico e, por essa via, revelam uma lógica classificatória que permite a construção simbólica da experiência do exame de Papanicolaou, dentro de uma ordem capaz de mantê-lo sob controle.

4.4 Corpo, identidade e significado: o exame de Papanicolaou

As crenças relacionadas à impureza do corpo da mulher remetem a uma compreensão da identidade feminina, que passa a ser considerada imperfeita. Marcela, entrevistada 09, explica sua compreensão do que é ser mulher:

A mulher é bicho feio. Muito esquisito a gente. Todo mês sangra. A mulher sofre mais, passa por muitas coisas. Ela fica grávida e no final da gravidez, ela sente enjoos, sente ardor. Depois, para ter a criança, ela passa por dor, por preocupação, tristeza até na hora de ganhar a criança. Depois, todo mês, ela fica menstruada e, no final de tudo isso, o prazer é do homem mesmo. Nós temos que carregar esse peso até o fim. Foi Deus que nos fez assim.

A realidade simbólica é, aqui, fundamental para entendermos a conexão entre a realidade social e a construção da identidade, que passa a ser entendida como categoria coletivamente construída, deixando de ser uma noção que se confunde com a realidade concreta. Como sublinha Lévi-Strauss (1983: 332), “a identidade é uma espécie de lugar virtual ao qual é indispensável nos referirmos para explicar um certo número de coisas, mas sem que ele tenha uma existência real”.

Nessa medida, pensá-la significa em ir além de suas formas presentes, buscando entendê-la de maneira integrada às crenças e às formas de classificação socialmente construídas pelas mulheres dentro do contexto sociocultural no qual estão inseridas.

É assim que o exame de Papanicolaou aciona um mecanismo de estranhamento, no qual a mulher vê a si mesmo como *“bicho feio”*, *“muito esquisito”*. Constrói-se, assim, uma identidade feminina, a partir de coordenadas físicas e morais, na qual a mulher está destinada à dor e ao sofrimento. Com efeito, o ciclo vital da mulher, aí incluídos a gravidez e a menstruação, são compreendidos como carregados de desprazer e dor, de maneira que, por oposição de gênero, o prazer seria destinado ao homem. Para Marcela, cabe à mulher aceitar esse destino divino e *“carregar esse peso até o fim”*.

Essa representação do corpo da mulher como imperfeito é reforçada pelo processo de medicalização. Martin (2006) e Davis-Floyd (2003) enfatizam que a medicalização reafirma a ideia de que o corpo considerado perfeito é o corpo do homem e nos aspectos fisiológicos em que o corpo da mulher se diferencia, tais como: a menstruação, a gravidez e a menopausa, ele é concebido como disfuncional, anormal, perigoso e defeituoso, de modo que necessita de intervenções médicas.

A demanda por medicação por parte das mulheres é um indício desse processo de medicalização, que vê o corpo da mulher e seus processos fisiológicos como passível de alguma intervenção. Exemplo disso pode ser encontrado na narrativa de Sandra, entrevistada 08, e sua demanda por uma pomada, para um “corrimento”:

Quando eu passava na médica e tinha um pouquinho de corrimento, ela passava a pomada. O corrimento não tinha cheiro e não tinha nada. Eu usava os dez dias que ela mandava e parava. Agora, tem um pouco de corrimento, mas graças a

Deus não tem cheiro. Às vezes, ele volta. Quando eu estava sentindo umas dores, uma inflamaçãozinha, a enfermeira me passou a pomada. Ela falou comigo e passou a pomadinha. Ela disse que eu não podia usar a pomadinha sem saber o resultado do Papanicolaou. Mas, como estava precisando da medicação, ela iria me passar.

O exame de Papanicolaou evidencia o modo como o corpo da mulher é concebido em suas dimensões físico e moral, de maneira que a medicalização reafirma a crença de que o corpo feminino é impuro e necessita de uma intervenção, que o deixe limpo. Como afirma Sandra:

Eu fiz o primeiro Papanicolaou com uns 20 anos. Eu tive uma ferida e o médico queimou a ferida dentro do útero. Eu nunca mais parei, e até hoje, eu vou atrás do Papanicolaou. Porque a enfermeira fala: “seu útero está limpo; seu útero está bonito”.

A seguir, é possível visualizar o modo como exame de Papanicolaou sinaliza para uma representação do corpo feminino, a partir da oposição entre o que é considerado puro e impuro:

Quadro 2 – Representações do corpo feminino

PURO	IMPURO
Útero limpo	Útero sujo
Ausência de ferida no colo do útero	Presença de ferida no colo do útero
Depilação	Pelos
Ausência da menstruação	Menstruação
Sem corrimento	Corrimento
Sem cheiro	Mau cheiro

Essas representações evidenciam as crenças que as mulheres têm sobre si mesmas e sobre seu corpo, de maneira que o útero considerado “limpo” contrapõe-se ao útero “sujo”; a presença de feridas no colo do útero representa o corpo puro e sua ausência o impuro; a “depilação” é considerada uma prática de purificação, que limpa o

corpo, enquanto que os pelos pubianos simbolizam o corpo impuro. A ausência de cheiro é relacionada ao corpo considerado puro, enquanto o “mau cheiro”, representa o impuro.

As mulheres entrevistadas têm uma maneira própria de conceber o exame preventivo do câncer cérvico-uterino, a partir da interface entre suas dimensões física e moral. Em meio ao processo de medicalização, elas acionam um mecanismo de estranhamento, que isola os aspectos considerados impuros do corpo feminino e, por essa via, mantém o controle do exame de Papanicolaou, dentro de uma ordem moral que organiza e dá sentido à experiência vivida.

Vejamos, a seguir, as lógicas que orientam as práticas de cuidados das mulheres entrevistadas, moradoras do Jardim Keralux, para se prevenirem do câncer do colo do útero.

CAPÍTULO 5

LÓGICAS DO CUIDADO E O EXAME DE PAPANICOLAOU

Antes, eu só ia ao médico, se eu tivesse sentindo alguma coisa. Mas, depois que eu tive meus filhos, eu comecei a me cuidar. Porque, depois que tem filhos muita coisa muda na vida da gente. Depois que eu tive filho, eu precisava estar me cuidando mais.

Eliana, entrevistada 05

Partimos, no início deste trabalho, em busca da compreensão das lógicas que orientam as práticas de cuidados das mulheres quando vivenciam a experiência do exame preventivo de câncer do colo do útero. Para isso, fomos ao encontro de mulheres, moradoras do Jardim Keralux, localizado na Zona Leste da cidade de São Paulo.

Por meio da etnografia e das entrevistas com nove mulheres, adentramos na comunidade onde elas convivem com suas famílias, buscando entender o modo como vivenciam e explicam o exame de Papanicolaou. Tratamos de compreender o modo como a experiência do exame clínico é envolvida pelos valores, pelas crenças e pelos códigos sociais e culturais, que formatam o contexto no qual elas estão inseridas, forjando uma concepção própria sobre o cuidado de si e de sua família.

A partir da análise dos sentidos do cuidado, foi possível compreender o “ponto de vista” das mulheres entrevistadas, desvendando os mecanismos simbólicos que forjam sua compreensão do câncer do colo do útero, concebido como uma “doença da mulher” e, por essa via, do corpo feminino, cujas representações o definem como

“impuro” e, portanto, passível de intervenções médicas. O exame de Papanicolaou torna-se, assim, um *locus* privilegiado para se compreender as práticas de cuidados das mulheres, bem como suas representações sobre a saúde, a doença e o corpo feminino.

As mulheres atribuem um sentido para a experiência do exame de Papanicolaou dentro de uma ordem moral, que possibilita organizar sua experiência. Quando falam sobre o exame, elas mobilizam um conjunto de categorias físicas e morais, que permite reconhecerem a si mesmas como responsáveis pelo cuidado de sua saúde, ao mesmo tempo em que dão um sentido à coleta de material para o exame citopatológico.

Mas, quais são as lógicas que orientam as práticas de cuidados das mulheres, moradoras do Jardim Keralux, quando realizam o exame preventivo do câncer cérvico-uterino?

Seguindo a linha aberta por Geertz (1989), são os significados culturais que dão sentido à experiência vivida, tornando-a inteligível para aqueles que a vivencia. O trabalho da interpretação é o de descrever de forma densa o discurso social, de maneira que possamos compreender o sentido dado aos atos cotidianos por aqueles que os praticam. Como observa Geertz (1989: 29): “o etnógrafo ‘inscreve’ o discurso social: ele o anota. Ao fazê-lo, ele o transforma de acontecimento passado, que existe apenas em seu próprio momento de ocorrência, em um relato, que existe em sua inscrição e que pode ser consultado novamente”. Trata-se, assim, de compreender a lógica sociocultural que orienta os comportamentos, dentro do contexto no qual eles estão inseridos.

Nesse quadro, vejamos as lógicas subjacentes à experiência que as mulheres entrevistadas vivenciam, quando fazem o exame de Papanicolaou.

5.1 A lógica médica

O exame preventivo do câncer do colo do útero coloca as mulheres em contato com o sistema de saúde oficial, de modo que o cuidado médico passa a fazer parte de sua rotina. A reforma sanitária e a reorientação do modelo de atenção à saúde, proporcionados pelo SUS, nas últimas décadas, colocaram, sobretudo, os membros das camadas populares em contato com o sistema de saúde, de modo que ir ao médico com frequência, passa a fazer parte de seu dia-a-dia.

É nesse quadro que assistimos, nas últimas décadas, a expansão dos campos de ação da medicina moderna, que passa a fazer parte das práticas de cuidados da população: cuidar de si passa a ser identificado com o acesso ao sistema médico de saúde.

Exemplo disso pode ser observado na narrativa de Eliana, entrevistada 05, quando ressalta a importância do acesso ao sistema de saúde para o cuidado de sua saúde e de seus filhos:

Até a minha mãe fala da preocupação que eu tenho, porque naquela época, meus pais não tinham condições de cuidar. Então, eu falo para meus filhos: “você quer ficar assim?” (e apontou para os dentes da boca). Eu mostro que meus pais não tinham condições de cuidar. Então, eu pergunto: “você quer ficar assim?”, e eles falam: “Não”. Então, vai cuidar, aproveita que, graças a Deus, o pouquinho que a gente ganha dá para pagar um convênio e dá para se cuidar, então, eu me preocupo muito não só comigo, mas com eles também.

Ir ao médico e fazer exames clínicos passa a ser um “valor” a guiar as práticas de cuidados em saúde. Essa narrativa revela uma reorientação das práticas de cuidados à luz do processo de medicalização, vivenciado nos dias atuais. Ou seja, ela indica o modo como o modelo biomédico se universaliza passando a abarcar as camadas

populares da população, de modo que “*se cuidar*” significa, sobretudo, “ir ao médico” com frequência, o que é reforçado pela possibilidade de se ter um convênio, em um processo muito semelhante àquele vivenciado pelas camadas médias da população.

É importante destacar que Eliana têm dois filhos, com oito e dez anos idade, de modo que eles nasceram no contexto político-sanitário que foi inaugurado pelo SUS, o que os colocaram dentro da rotina de cuidados produzida tanto pelas conquistas socioeconômicas, quanto pelas políticas públicas de saúde, das últimas décadas. Não podemos nos esquecer, que os anos 1990 foram responsáveis por importantes avanços políticos e sociais, como por exemplo, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), regulamentado pela lei 8.069 de 13 de julho de 1990, que garante às crianças e aos adolescentes, entre outros, o direito à saúde ⁵⁵.

É assim que Eliana compara a situação que vive atualmente com a dos seus pais, que viviam num contexto marcado pela precariedade das redes públicas de saúde, ressaltando que é possível “*pagar um convênio*” e se cuidar. O convênio médico opera como um mercado de distinção social, que denota que é possível cuidar mais da saúde hoje do que no passado.

Nesse sentido, o processo de medicalização, no qual Eliana está envolvida, ganha um sentido diferencial que denota tanto a possibilidade de usufruir um direito da cidadania, por meio do acesso ao serviço público de saúde, quanto à possibilidade de pagar um convênio, resultado da melhoria de sua condição socioeconômica.

⁵⁵ Ver: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8069.htm. No ECA (Brasil, 2012), encontramos uma definição de criança e de adolescente, bem como de seus direitos: “artigo 2º: Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. E, no “artigo 4º: É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”.

Ela também ressalta a importância de se “ir ao médico”, para cuidar da saúde de sua filha:

Às vezes, eu falava com a minha filha e ela não ouvia. Sabe quando você fala alguma coisa e ela falava: “o que você falou”. Eu ficava com aquela preocupação. Aí, eu a levei no médico. Ele a examinou e disse que ela estava com bastante cera, e teria que fazer lavagem. Então, minha filha está com oito anos e já fez duas lavagens. Aí, ela melhorou, passou dois anos e ela fez de novo. A gente tem que estar atento à saúde.

Ou ainda:

Eu levo também meus filhos [ao médico]. Eles fizeram exames. Eu já levei no hospital e no oftalmo também. Eles até me deram os parabéns, porque, estava tudo bem. Porque ele falou que tem pais que só leva o filho [ao médico] quando ele já não está enxergando quase nada. Os pais não percebem.

A medicina moderna é regida por uma lógica fisicalista, que busca no corpo físico o diagnóstico dos problemas de saúde. Com seu arsenal técnico-científico, tais como: exames de diagnósticos, laboratoriais, de imagem etc, ela acentua o processo de medicalização, por meio da ampliação de atos médicos, do acesso a especialidades médicas e do consumo de medicamentos e, por essa via, aumenta a interferência no dia-a-dia da população, através de normas de condutas e comportamentos em relação à sua saúde.

É assim que Eliana vê no ato de ir ao médico uma forma importante de cuidar da saúde de seus filhos. Ao mesmo tempo, o saber médico se sobrepõe às outras formas de conhecimento, anulando a percepção que os pais têm da saúde dos filhos. Os cumprimentos recebidos do oftalmologista, que atendeu sua filha, só reforça a percepção de que ela cuida bem de sua filha, por oposição, aos pais que “*não percebem*” e só levam seus filhos ao médico quando eles não enxergam “*quase nada*”.

A autoridade médica é, assim, reforçada pela capacidade que os exames clínicos têm de revelar aquilo que não se vê. A visibilidade que os exames permitem se opõe à falta de percepção para os problemas de saúde. Para o médico, de fato, os que não enxergam são todos aqueles que não se submetem à lógica médica, que os exames evidenciam: tornar visível os problemas de saúde.

É nessa linha que as mulheres entrevistadas reconhecem a importância do exame de Papanicolaou para o cuidado de sua saúde:

O Papanicolaou previne o câncer; quantas pessoas que, às vezes, já têm câncer e já está em estado terminal e o médico não pode fazer nenhum tratamento. Então, a mulher tem que se cuidar e, com certeza, o Papanicolaou é muito importante. (Márcia, entrevistada 06).

O exame previne o câncer, permitindo seu diagnóstico precoce. Sem ele, o médico “*não pode fazer nenhum tratamento*”, pois as pessoas que já têm câncer estão, muitas vezes, em “*estado terminal*”.

Mas, por que as mulheres entrevistadas acreditam que o exame preventivo é uma importante prática de cuidado de sua saúde? Qual a relação entre a lógica médica e a crença que as mulheres têm no exame preventivo de Papanicolaou?

A relação entre crença e modelo terapêutico foi abordada por Lévi-Strauss (1985) em seu estudo sobre a eficácia da magia, no qual narra a história do xamã Quesalid que, após passar por um rito de iniciação, passa a curar seus doentes. Ele não acreditava nos poderes dos xamãs e, no intuito de desmascará-los, ele aceita participar pelos ritos de iniciação. Ele aprende técnicas de simulação de crises nervosas e desmaios, emprego de espiões para escuta de conversas privadas e a técnica de apresentar uma pluma ensanguentada como prova da expulsão da doença do corpo doente.

Embora confirme suas suspeitas, ele passa a ser chamado pelas famílias devido a sua prática terapêutica ser considerada eficaz. Ao se confrontar com as técnicas de cura de xamãs de uma comunidade vizinha, ele observa que a doença não é extraída pela técnica da pena ensanguentada, pois o xamã se contenta em cuspir um pouco de saliva nas mãos. A técnica de Quesalid se mostra, então, mais eficaz e obtém melhores resultados.

Com isso, ele descobre que modelos terapêuticos diferentes oferecem, um em relação ao outro, resultados diferentes. Para Lévi-Strauss, o dilema do xamã tem seu equivalente no desenvolvimento da ciência moderna: “dois sistemas, que se sabe serem igualmente inadequados, oferecem, um em relação ao outro, um valor diferencial, e isto, ao mesmo tempo, do ponto de vista lógico e do ponto de vista experimental” (1985: 204).

Qual o modelo terapêutico mais eficaz? Qual o critério para reconhecer a eficácia de um modelo terapêutico? Para Lévi-Strauss, não é tão importante entender os mecanismos objetivos que possibilitam a cura pelo xamã: “a eficácia da magia implica na crença da magia [...] já que a situação mágica é um fenômeno de *consensus*...” (1985: 194-195). O que é relevante, portanto, é o reconhecimento social da eficácia anterior do xamã enquanto curandeiro.

A grandeza de Quesalid está na sua capacidade em conquistar o consenso coletivo em torno de si e de seu modelo terapêutico⁵⁶. Aqui, estamos diante de uma situação semelhante àquela descrita por Kuhn (1998) a respeito dos paradigmas

⁵⁶ Como enfatiza Lévi-Strauss (1985: 208): “Quesalid não se tornou um grande feiticeiro porque curava seus doentes, ele curava seus doentes porque se tinha tornado um grande feiticeiro”.

científicos ⁵⁷. Para o autor (1998: 219): “um paradigma é aquilo que os membros de uma comunidade partilham e, inversamente, uma comunidade científica consiste em homens que partilham um paradigma”. Assim, um determinado paradigma científico é abandonado quando desaparece, em um determinado momento histórico, o consenso que a comunidade científica tinha em torno dele.

Ora, as mulheres entrevistadas creem que o exame de Papanicolaou é importante para prevenir o câncer: *“Tem que fazer o Papanicolaou, para prevenir o câncer. Tem que se cuidar. A gente tem que se prevenir dessa doença. Não pode deixar de fazer o exame”* (Mari, entrevistada 03). Ou mesmo: *“Eu acho um exame muito importante, porque através dele a gente pode descobrir se tem algum problema e tem como cuidar”* (Maísa, entrevistada 04).

Essas passagens mostram que a importância do exame de Papanicolaou está ligada a sua capacidade de “descobrir” se existe algum problema e cuidá-lo. Do mesmo modo que o reconhecimento do modelo terapêutico do xamã, a visibilidade do exame ratifica a crença das mulheres, favorecendo sua adesão ao exame preventivo. Em outras palavras: a visibilidade da doença, que o exame de Papanicolaou possibilita, é um aspecto fundamental da lógica que orienta a prática de cuidado das mulheres para a sua realização.

É isso o que nos diz Eliana sobre a importância dos exames clínicos, entre eles o de Papanicolaou:

⁵⁷ Kuhn (1998: 218) usa o termo paradigma em dois sentidos diferentes: “de um lado, indica toda a constelação de crenças, valores e técnicas etc, partilhadas pelos membros de uma comunidade determinada. De outro, denota um tipo de elemento dessa constelação: as soluções concretas de quebra-cabeças que, empregadas como modelos ou exemplos, podem substituir regras explícitas como base para a solução dos restantes quebra-cabeças da ciência normal”.

Eu faço o Papanicolaou uma vez por ano. Eu fiz há seis meses. Eu fiz também o ultrassom das mamas, porque eu estava sentindo um nodolozinho, no período menstrual. Quando eu apalpava, sentia uma coisinha. Eu fiz para tirar a dúvida, mas graças a Deus, no exame não deu nada.

Os exames clínicos permitem “*tirar a dúvida*”, produzindo um saber sobre algo que não se vê no interior do corpo. A visibilidade do exame produz uma verdade médica sobre o que é invisível aos olhos, que reforça a crença em sua eficácia: “*o exame não deu nada*”.

Para as mulheres entrevistadas, o exame de Papanicolaou não é concebido apenas como uma técnica, mas sim como um ritual terapêutico que permite a revelação da doença e sua prevenção. O que torna, para elas, o exame preventivo eficaz não é apenas sua técnica, mas a crença de que ele pode revelar a doença e preveni-la.

É isso que podemos interpretar da narrativa de Silvia, entrevistada 08, em que narra como foi a primeira vez em que fez o exame de Papanicolaou:

Eu e minhas irmãs só fizemos o Papanicolaou depois que a gente chegou aqui em São Paulo. Quando o medico pediu para eu tirar a roupa, eu tirei toda envergonhada e falei se for com médico, eu não faço! Ele falou: “vou pedir para Você fazer com uma enfermeira, mas se der algum probleminha, ela vai me chamar para dar uma avaliada”. Eu dei o maior trabalho. A enfermeira falava: “relaxa, relaxa”. Eu estava grávida da minha primeira filha e estava com aquela vergonha. Depois, o médico conversou comigo. Ele disse que era um exame de rotina, que era bom eu fazer. Aí, eu fui perdendo a vergonha e, hoje em dia, eu não fico sem fazer todo ano.

Perguntada sobre o que a fez superar a vergonha de expor seu corpo diante do profissional de saúde, ela responde:

É que eu nunca tinha feito. Para começo de conversa, eu pensava como se fosse minha mãe, minha avó, eu pensava igual a elas: outro homem não podia ver meu corpo, só o meu marido. Só que quando eu ganhei minha filha, que eu fui ver. Quando eu fui para o hospital, eu fiquei nua lá, todo mundo me via. Então, aquilo mudou meu pensamento. Eu pensei: “poxa, eu estou aqui desse jeito, todo mundo está me vendo, e para eu fazer um Papanicolaou, que é bom pra mim, eu fico com vergonha, isso não!”. Eu tenho que fazer o exame, porque se minha mãe tivesse feito, talvez, ela tivesse se curado. Ou, ela tinha tomado medicação no começo e conseguia combater, mas como ela nunca fez, então ficou difícil. Aí, de lá para cá, eu comecei a fazer. Eles fizeram palestra comigo, com minhas irmãs, com as vizinhas. Eles conversaram muito com a gente. Eles falaram que era necessário, que era nossa obrigação. Então, a gente faz todo ano; nós nunca deixamos de fazer.

Ela fez seu primeiro exame de Papanicolaou quando chega a São Paulo, grávida, e teve acesso ao sistema de saúde oficial e a sua rede de cuidados. É assim que Silvia é apresentada a um modelo terapêutico para o diagnóstico do câncer do colo do útero, doença que tinha vitimado sua mãe. Tal como num ritual de iniciação, ela vivencia, no início, um sentimento moral de vergonha, de expor seu corpo diante do profissional de saúde. Um corpo que só poderia ser visto por seu marido, o que reafirma a lógica de gênero.

A vivência da gravidez no sistema de saúde oficial mudará seu pensamento e sua identidade de forma definitiva. Davis-Floyd (2003) enfatiza que a gravidez e o nascimento fazem parte de um ritual de passagem, que carrega a marca dos valores que a sociedade compartilha. Nas palavras da autora (2003: 1 – trad. minha): “ao longo da história da humanidade, rituais de passagem têm sido usados para transmitir as crenças e os valores culturais para os indivíduos que participam dos ritos”.

A partir das obras clássicas de Van Gennep (2011), publicada originalmente em 1908, e Victor Turner (1974)⁵⁸, ela descreve um ritual como uma encenação (*enactment*) padronizada, repetitiva e simbólica, das crenças e dos valores culturais de uma dada sociedade, cujo objetivo é o seu alinhamento com o sistema de crenças do indivíduo.

O ritual de passagem consiste em uma transformação; uma mudança de um status social para outro, que muda a identidade do indivíduo, que se reconhece a si mesmo, ao mesmo tempo em que passa a ser reconhecido pela sociedade, de forma diferente. É assim que, todo o processo de medicalização, com a assistência pré-natal, a hospitalização do parto e os cuidados do pós-parto, resulta “na mais elaborada proliferação de rituais em torno desse evento fisiológico”, que é o nascimento.

Ora, Silvia vivencia um processo ritual, que se inicia no momento de sua gravidez, em que ela passa a fazer parte da rede de cuidados do sistema público de saúde. Essa vivência, que vai até o acompanhamento do filho nas consultas de puericultura, faz com que ela incorpore o valor do cuidado médico, traço fundamental de uma cultura curativa e hospitalocêntrica.

Ao contrário de sua mãe, que tinha vergonha de ficar nua e expor sua intimidade para o profissional de saúde, Silvia reconhece a importância do exame de Papanicolaou para o cuidado de sua saúde. Ela crê que se sua mãe tivesse feito o exame,

⁵⁸ O ritual de passagem, definido por Van Gennep e retomado por Turner (1974: 116-117), apresenta três fases: “a primeira fase (de separação) abrange o comportamento simbólico, que significa o afastamento do indivíduo ou de um grupo, quer do ponto fixo anterior na estrutura social, quer de um conjunto de condições culturais (um “estado”), ou, ainda, de ambos. Durante o período “liminar”, de intermédio, as características do sujeito ritual (o “transitante”) são ambíguas; ele passa através de um domínio cultural que tem poucos, ou quase nenhum, dos atributos do passado ou do estado futuro. Na terceira fase (reagregação ou reincorporação), consuma-se a passagem. O sujeito ritual, seja ele individual ou coletivo, permanece num estado relativamente estável mais uma vez, e em virtude disto, tem direitos e obrigações perante os outros, de tipo claramente definido e “estrutural”, esperando-se que se comporte de acordo com certas normas costumeiras e padrões éticos, que vinculam os incumbidos de uma posição social a um sistema de tais posições”.

talvez, ela tivesse se curado. O exame poderia revelar a doença precocemente e, com isso, os médicos teriam condições de combatê-la.

A lógica médica, que enfatiza a visibilidade da doença, se sobrepõe à lógica de gênero e Silvia adere ao exame de Papanicolaou. As palestras e as conversas com os profissionais de saúde ratificam e legitimam a importância do exame preventivo para o cuidado de sua saúde, que deixa ser apenas uma técnica, para tornar-se uma “necessidade-obrigação”, que deve ser feito todo ano.

Marcela, entrevistada 09, também narra sua experiência ao fazer o exame de Papanicolaou:

Eu estava sem fazer o Papanicolaou há dois anos. Aí, nesse ano que passou, eu fiz e recebi o resultado em novembro. Não deu nenhum problema. Eu fiz o Papanicolaou, o exame de urina, de sangue e estava tudo bem. Só que aí, pediram outros exames. Só que eu não quis fazer. Eu pensei assim: “se esse exame aqui está tudo bem, eu não tenho nenhuma doença, então por que eu vou fazer de novo?”. O médico queria que eu fizesse outro, porque não deu nada nos meus exames. Ele queria achar a doença.

Essa narrativa também expõe o sentido ritual dos exames clínicos, entre eles o Papanicolaou. Diante do resultado negativo para alguma doença, Marcela crê que não precisa mais se preocupar, mesmo diante da insistência do médico, que pede para que ela faça novos exames. Esse novo pedido não tem o mesmo sentido ritual dos exames feitos anteriormente: falta-lhe a crença que assenta a adesão de Marcela, e sem a qual ele é concebido como pura técnica: “*ele queria achar a doença*”.

É assim que a lógica médica orienta as práticas de cuidados das mulheres entrevistadas: “*Eu sempre gosto que o médico me examine para saber se está tudo bem com minha saúde*” (Silvia, entrevistada 08). Ir ao médico e fazer o exame de Papanicolaou faz parte do ritual terapêutico das mulheres que, assim, confirmam a

crença de que estão se prevenindo do câncer do colo do útero, ao mesmo tempo em que cuidam de sua saúde.

5.2 A lógica relacional

A gravidez é o momento que as mulheres acessam o serviço de saúde e fazem o exame de Papanicolaou. É isso que afirma Mari, entrevistada 03: *“Eu fiz o primeiro exame há muito anos, quando eu tive minha primeira filha, que está com 27 anos”*. Isso fica ainda mais evidente na narrativa de Eliana, entrevistada 05, na qual narra de sua experiência de contato com o sistema de saúde, durante a gravidez:

Antes de eu ficar grávida, era bem difícil eu fazer o Papanicolaou, eu só fazia a cada cinco anos. Quando Você fica grávida, começa a fazer o pré-natal e tem aquele acompanhamento todo mês. Eu não estava acostumada. Depois disso, eu comecei a levar mais a sério e me cuidei mais. Porque eu nunca tinha feitos esses exames. Quando se está grávida temos que fazer todo quanto é tipo de exame: HIV, tudo. Eu acho muito legal e antes eu nunca tinha feito. Agora, eu faço o Papanicolaou todo ano.

Da mesma maneira que Silvia, elas passam a vivenciar a rotina dos exames clínicos da assistência pré-natal, posteriormente do parto e dos cuidados do pós-parto, que as colocam dentro do sistema de saúde e sua lógica médica fisicalista, cuja ênfase está no controle médico sobre a vida reprodutiva da mulher, dentro do processo de medicalização do corpo feminino.

Nesse contexto, o cuidado de si torna-se um valor a orientar as práticas de cuidados das mulheres. Para Eliana, a gravidez a fez conhecer a rotina dos exames clínicos, feitos desde o pré-natal, algo que ela *“nunca tinha feito”*. Com isso, ela passa a *“levar mais a sério”* a necessidade do cuidado de si e, por essa via, reconhece a

importância do cuidado de sua saúde, definido pela lógica médica, passando a fazer o exame de “*Papanicolaou todo ano*”.

Mas, se é certo que a gravidez faz parte de um ritual de passagem, regido, em nossa sociedade, pela lógica médica, ela também opera uma mudança de *status* na vida da mulher, que vivencia a experiência de tornar-se mãe.

A literatura antropológica sobre o nascimento também enfatiza esse processo ritual vivido pela mulher, durante a gravidez e o parto. Kitzinger (1981: 92) afirma:

O trabalho de parto não é apenas um ato biológico, mas também um processo social. O parto é um processo social porque afeta a relação não só entre o marido e a mulher, mas entre os membros do clã e os grupos de descendência em que ambos se inserem. Também é social porque define a identidade da mulher de uma nova forma: agora ela é mãe.

Yolanda, entrevistada 01, deixa claro o modo como a maternidade mudou sua vida:

Eu não levava a vida muito a sério, e depois que minha filha veio, realmente, eu mudei muitas coisas; eu aprendi a ser uma pessoa responsável em todos os sentidos. Eu era bem irresponsável, no sentido de que não estava nem aí,. Eu só queria aproveitar. Em minha cidade, eu só queria saber de balada, de beber. Então, geralmente, quando você está nessa fase de curtição, você não pensa na saúde. Eu vim a pensar depois que minha filha nasceu. Hoje, já não faço mais isso. Porque depois da minha filha nasceu, eu tive que focar. Como eu sou mãe solteira, eu tive que focar só na minha filha.

Em seguida, emocionada, ela passa a narrar a experiência de sua gravidez:

Eu fiquei grávida e o pai da minha filha sumiu. Eu tive que ser pai, mãe e trabalhar. Eu trabalhava o dia inteiro e de noite ainda fazia bico em um buffet, para poder sobreviver. Assim, eu virei uma pessoa extremamente responsável. Eu fui uma adolescente rebelde. Não fazia aquelas coisas básicas: exame de sangue. Eu pensava: “imagina, eu estou bem”. Se eu sentia alguma coisa, eu me automedicava: com dor, eu tomava um

remédio; estou com ânsia de vômito, eu tomava um soro. Era bem assim que funcionava.

Essa narrativa expõe o modo como a mulher-mãe passa a ser alvo de prescrições socialmente definidas, como parte de um processo ritual, fundamental para a construção do valor da maternidade e, por essa via, para se responsabilizar pelo cuidado de sua saúde e de sua filha.

A literatura socioantropológica tem enfatizado o modo como a maternidade opera como um importante valor moral junto às mulheres das camadas populares. É, seguindo essa linha, que Sarti (2005: 64) aponta que autoridade da mulher “vincula-se à valorização da mãe, num universo simbólico em que a maternidade faz da mulher, mulher, tornando-a reconhecida como tal”.

Fonseca (2004) em estudo sobre as relações de gênero e violência em grupos populares, também aponta que, associado ao papel o de “esposa” e “mãe” se encontra a possibilidade de construção da própria ideia de “honra”, aqui “entendida como o esforço em enobrecer a própria imagem segundo as normas socialmente estabelecidas” (2004: 15). Ou seja, uma mulher “honrada” deve ser uma “mãe devotada” e uma “dona de casa” que zela pelos cuidados dos filhos e do marido.

Kitzinger (1981: 26 – grifos da autora) destaca, por sua vez, que, talvez, a melhor caracterização das “mulheres que são mães seja a *qualidade dos cuidados dispensados aos filhos*”. Para a autora, esse cuidado com os filhos, “talvez seja a forma mais profunda de sentir intensamente a dor, o sofrimento e o medo de outrem, bem como a sua esperança e alegria; e a renúncia de si próprio em nome das necessidades alheias” (1981: 26).

Ora, Yolanda enfatiza exatamente esse sentimento de renúncia de si mesma e de transformação que a maternidade lhe causou: *“eu tive que focar só na minha filha”*. A maternidade representa uma passagem de um *“antes”*, um tempo pretérito, no qual ela era *“irresponsável”* e não *“levava a vida muito a sério”* e *“só queria saber de balada”*; um tempo da adolescência rebelde, em que ela *“se sentia alguma coisa”*, se *“automedicava”*, para um *“depois”*, um tempo presente, da maturidade, no qual ela se reconhece como uma mulher-mãe *“responsável”*, pelo cuidado de sua saúde e o de sua filha.

As práticas de cuidados de si, tal como a realização do exame preventivo de Papanicolaou, são regidas por uma lógica relacional, que remete aos códigos sociais e culturais vivenciados no contexto no qual as mulheres estão inseridas. O valor moral da maternidade, ligado à imagem da *“boa mãe”*, reforça a ideia de que a mulher deve fazer cuidar de si, na medida em que ela é responsável pelo cuidado de sua saúde e da de seu filho.

A responsabilidade não é uma categoria ético-abstrata, mas é a responsabilidade-obrigação em relação à sua família e aos seus filhos. Como lembra Sarti (2005), a mulher desempenha na família um papel diferencial e complementar em relação ao homem, de maneira que é justamente de sua condição de *“dona de casa”* ou de *“chefe da casa”* que se irradiam as marcas fundamentais de sua autoridade no espaço da casa.

Yolanda foi *“mãe solteira”* e teve que ser *“pai”*, *“mãe”* e *“trabalhar”*, para sobreviver e cuidar de sua filha. Maísa, entrevistada 04, também sublinha essa representação da mulher-mãe que é responsável por *“cuidar da casa, do trabalho, do filho e do marido”* em meio à correria do dia-a-dia.

A responsabilidade é uma categoria relacional por excelência, um valor ético-moral que reforça o vínculo mãe/filho. À imagem da mulher irresponsável, que não cuida de sua saúde, contrapõe-se a imagem da “boa mãe”, a mulher responsável pelo cuidado de si e de sua família.

A literatura antropológica tem evidenciado o papel central ocupado pela família nas relações sociais e na definição da identidade social, sobretudo entre os membros das camadas populares.

Sarti (2005) oferece uma contribuição importante em sua pesquisa sobre a importância da esfera familiar na definição, ao mesmo tempo, de uma ordem moral e do universo simbólico entre moradores da periferia de São Paulo. Para essa pesquisadora, a família opera como uma referência simbólica central nos meios populares, de maneira que o espaço familiar pensado “como uma ordem moral, constitui o espelho que reflete a imagem com a qual os pobres ordenam e dão sentido ao mundo social” (2005: 22).

O universo simbólico da família, com seus códigos de reciprocidade e obrigações, é parte integrante da complexa formação histórica da sociedade brasileira, possibilitando aos “pobres” um princípio organizador de sua percepção do mundo. 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 ⁵⁹.

Nessa perspectiva, a família converte-se em uma esfera central para construção da identidade social de seus membros, sobretudo entre as camadas populares. Mais do que um núcleo para a sobrevivência material e espiritual de seus membros, a esfera familiar é o “substrato de sua identidade social [e] sua importância não é funcional, seu

⁵⁹ É importante frisar que a “família” é entendida aqui nos moldes de Sarti (2005: 85 – grifos do original), isto é, como uma totalidade definida “em torno de um *eixo moral*. Suas fronteiras sociológicas são traçadas a partir de um princípio da obrigação moral, que fundamenta a família, estruturando suas relações. Dispor-se às obrigações morais é o que define a pertinência ao grupo familiar”.

valor não é meramente instrumental, mas se refere à sua identidade de ser social e constitui a referência simbólica que estrutura sua explicação do mundo” (Sarti, 2005: 53).

É nesse cenário que as relações entre homem e mulher são tecidas a partir de uma assimetria, que define suas posições na esfera familiar. Ao homem, cabe prover o sustento da família. Não por acaso, Yolanda enfatiza que o pai de sua filha, a registrou e paga pensão, depois que ele voltou. À mulher cabe cuidar dos filhos, administrar o dinheiro, organizar a casa e prover a saúde familiar. Em uma palavra, à mulher cabe zelar pelo cuidado dos filhos, pela ordem da casa e da vida familiar.

É isso que também encontramos na narrativa de Eliana, entrevistada 05: *“Eu saio de casa às 06h30 para trabalhar. Eu lavo a roupa e limpo minha casa. Enquanto eu estou trabalhando, a minha casa está em ordem. Eu não deixo para arrumar casa no fim de semana, porque não dá tempo”*.

Essa responsabilidade pelo cuidado não é exercida sem conflitos e tensão na definição dos vínculos dentro do espaço da casa. Eliana narra nos seguintes termos sua experiência de mãe-cuidadora em relação ao seu marido:

Eu falo para ele: “vamos escovar os dentes”. Porque parece que homem não tem aquela preocupação. Eu falo para ele que a gente tem que ser um exemplo para os filhos. Eu pego no pé. Eu falo que não adianta só eu fazer e ele não. Porque senão o pai sai como o bonzinho e a mãe a chata.

Já, em relação aos filhos, ela narra:

Eu pego muito no pé: vai escovar os dentes, vai tomar banho, vai arrumar a cama, vai criar responsabilidades. Eu tenho essa preocupação em ensinar. Eu fico em cima, e eu acho que tem que ensinar muito a criança. Tem que dar responsabilidade para eles; para eles crescerem e verem que nem sempre vai ter seu pai e sua mãe para cuidar deles. Se você não passa

nenhuma responsabilidade para os seus filhos, eles vão crescer e não sabem fazer nada. Às vezes falta um incentivo da mãe.

A esfera familiar opera como uma referência simbólica fundamental, por meio da qual as mulheres reconhecem a si mesmas como responsáveis pelo cuidado. Nessa linha, a família não pode ser reduzida a uma invenção burguesa, mas comporta uma constelação de diretos e deveres, criando um espaço de reciprocidade e elos de obrigações entre seus membros, o que faz do âmbito familiar um centro fundamental na irradiação dos valores definidores da identidade entre os membros das camadas populares.

À mãe cabe, portanto, “*dar responsabilidade*” aos filhos, servindo de exemplo, juntamente com o pai, para o cuidado de si. Por isso, ela “*pega no pé*” e insiste com o marido, já que o “*homem não tem aquela preocupação*” e com os filhos para a necessidade de se cuidar.

A imagem da “mãe chata”, que “pega no pé”, liga-se à autoridade materna dentro do espaço doméstico, lugar por excelência da mulher nos grupos populares:

Eu falo para eles que eu preciso da ajuda deles. Eu preciso que eles me ajudem, porque eu trabalho, e preciso deles para me ajudar, ir ao mercado, no açougue. Quando eu chego em casa e eles dizem que se esqueceram de colocar as meias para lavar, eu falo que se eles as deixarem embaixo da cama, eu não vou lavar. Assim, eu vou ensinando e eles vão aprendendo. Quando vai alguma criança em casa, eles dizem: “Não faz isso não, senão minha mãe briga”.

Sandra, entrevistada 07, deixa entrever o modo a responsabilidade do cuidado está relacionada à hierarquia de gênero, vivida em relação ao seu marido, que nunca fez o exame de próstata, e aos seus filhos:

Meu marido não se cuida, eu insisto para ele ir ao médico, mas eu acho o homem esquisito. Eu falo para meus filhos que quando chegar aos 30 anos, é importante procurar um urologista para cuidar desse negocio aí. Eles dão risadas e são mais abertos. Acho que é o jeito que eu criei meus filhos. As minhas filhas procuram o médico e explicam o que estão sentindo, se está com escorrimento. Elas vão ao médico. Se elas reclamam para mim, eu falo: “procura um médico”, pois não pode ficar assim; é perigoso ter um câncer de útero; tem que ver o marido para não pegar doenças venéreas. Eu tenho medo de pegar essas coisas. Eu fiz três amostras negativas para o HIV, graças a Deus. Tudo isso é rotina da família inteira.

Sandra busca mostrar ao seu marido e aos seus filhos a importância do cuidado da saúde. Assim, no papel de mãe-cuidadora, ela diz aos filhos sobre a necessidade de ir ao urologista e para suas filhas a importância de se procurar um médico. Às filhas, ela diz sobre a importância delas conversarem com seus maridos, para evitar “um câncer de útero” e de se “pegar doenças venéreas”. A lógica médica dos exames clínicos é, assim, envolvida pela lógica relacional de gênero. Com efeito, as práticas de cuidados são regidas pela lógica relacional, envolvendo as questões de gênero vividas no interior da esfera familiar.

5.3 Lógicas do cuidado e o exame de Papanicolaou

Na passagem que abre esse capítulo, Eliana, entrevistada 05, narra a transformação que a maternidade operou em sua vida: “Antes, eu só ia ao médico, se eu tivesse sentindo alguma coisa. Mas, depois que eu tive meus filhos, eu comecei a me cuidar”.

Essa passagem representa uma noção de cuidado muito presente entre os membros das camadas populares, na qual somente se cuida, isto é, se vai ao médico,

quando se sente mal, se está doente, fraco, impossibilitado de realizar as tarefas cotidianas.

Por isso, Eliana diz que só ia ao médico quando “*sentia alguma coisa*”, que denota um traço do modelo de assistência medicalizado, presente nos dias atuais. Da mesma maneira que Yolanda, ela também enfatiza que o nascimento dos filhos exige que ela cuide mais de sua saúde, de modo que ser mãe implica cuidar de si mesma, “*porque, depois que tem filhos muita coisa muda na vida*” da mulher.

Para as mulheres desse estudo, o exame de prevenção do câncer do colo do útero é concebido como uma prática de cuidado, orientada tanto por uma lógica médica, que possibilita a visualização orgânica da doença, permitindo seu diagnóstico precoce, quanto por uma lógica relacional, cujas regras operam com os valores do contexto sociocultural no qual elas estão inseridas, particularmente o valor da maternidade, tornando-as responsáveis pelo cuidado de si e de sua família.

O exame de Papanicolaou também permite visualizar a lógica de gênero presentes no contexto familiar, que definem, assimetricamente, as relações entre o homem e a mulher dentro da família.

Quando indagadas se seus parceiros as apoiam na realização do exame preventivo, elas dizem: “*Ele incentiva, ele sempre pergunta: “Você já fez o exame de rotina?”*”. *Ele me incentiva muito. Se eu não quiser fazer é por mim mesma, não por ele*” (Silvia, entrevistada 08); “*Ele acha bom. Ele sempre me incentiva. Com a ajuda do companheiro fica mais fácil*” (Vânia, entrevistada 05); “*Ele é a favor, ele me dá força*” (Mari, entrevistada 03); “*Ele aceita normal. Ele não reclama, não, ele apoia*” (Maísa, entrevistada 04).

E, ainda:

Sim, quando eu vou, ele se preocupa. Quando eu estou sentindo alguma coisa, ele já fala para eu ir ao médico. Principalmente, próximo ao período menstrual, porque a gente sente tudo mudar, tudo dói. Eu falo para ele que precisa ir ao médico, porque é só o período menstrual. Ele até me apoia. Há uns 10 anos atrás, eu tava com um sangramento e ele se preocupou. Porque tem homem que, às vezes, não se preocupa (Eliana, entrevistada 05).

O homem aparece nessas narrativas como aquele que apoia a mulher na realização do exame preventivo, que se torna mais tranquilo com a “ajuda do companheiro”. O exame de Papanicolaou aciona a lógica de gênero de maneira que as relações hierárquicas entre o homem e a mulher na família ficam mais evidentes: “tem homem que, às vezes, não se preocupa”.

Com efeito, quando indagadas se conversam com seus parceiros sobre o exame de Papanicolaou, esse “apoio” masculino passa a ser relativizado: “Não converso, porque ele trabalha direto e não dá tempo” (Mari, entrevistada 03). O homem é considerado um trabalhador e, por isso, não teria tempo para conversar sobre um assunto da intimidade do casal.

Essa representação do homem-trabalhador é muito presente entre os membros das camadas populares. Como aponta Sarti (2005: 95 - grifos do original), “na moral do homem, *ser homem forte para trabalhar* é condição necessária, mas não suficiente para a afirmação de sua virilidade. Um homem, para ser homem, precisa também de uma família”. Ou seja, ele precisa assumir a condição de “chefe de família”, isto é, a condição daquele que tem a obrigação moral de provê-la através de seu trabalho.

Dessa maneira, a “moral do homem forte” articula-se à “moral do provedor”, definindo de um modo particular os contornos da identidade do homem nos grupos populares, entendido como aquele que é *responsável* pelo provimento de sua família. A

autora também enfatiza a equivalência existente entre a “ética do provedor” e a “ética do trabalho”, de maneira que é no entrelaçamento entre as lógicas que orientam essas duas éticas que se constrói a identidade do homem das camadas populares. Para Sarti (2005: 97):

A ética do trabalho constitui-se em “ética do provedor”, pelo modo particular como é formulada essa ética pelos trabalhadores pobres, a partir, precisamente, de uma concepção do trabalho e das relações de trabalho em que fatores econômicos se articulam aos elementos morais para atribuir valor a essa atividade, que, assim, resulta de um entrelaçamento de lógicas distintas.

Duarte (1986) aponta, por sua vez, que o par força/fraqueza é “um referencial básico para a definição de qualidades diferenciais da pessoa e, neste caso, primordialmente do *homem*, que como *trabalhador*, tem na força ‘muscular’ um de seus atributos ideais básicos” (1986: 145 – grifos do original).

A qualidade da força física é um atributo diferencial na definição das qualidades dos homens das camadas populares. Um homem forte – no sentido de sua força física – é aquele apto para exercer as duras tarefas impostas pelo mundo do trabalho, ao mesmo tempo em que pode prover o sustento de sua família. Em contraposição:

Um homem *fraco* (neste sentido muscular) encontra-se em uma situação virtualmente desprivilegiada, não só pelo que virá a enfrentar objetivamente em sua luta pelo trabalho, como pelo que isso sempre envolverá de uma avaliação diminuidora pelos seus próprios pares ou pelas mulheres, entre as quais se medirá sua conveniência como cônjuge potencial. Essa *fraqueza* muscular poderá, além do mais, ser encarada como um sinal dessa outra *fraqueza* mais abrangente, que consiste numa virtualidade da exposição à doença (Duarte, 1986: 145-146 - grifos do original).

Um “homem forte” é aquele considerado apto para trabalhar, de maneira que a “força física” passa a ser concebida como um sinônimo de “saúde”, adquirindo, assim, um “valor moral”:

O trabalho vale não só por seu rendimento econômico, mas por seu rendimento moral, a afirmação para o homem, de sua identidade masculina de *homem forte para trabalhar* [...] Essa disposição é vivida como o fundamento de sua autonomia. Para tê-la, no entanto, é preciso *saúde*, um valor relacionado ao trabalho. O corpo é o instrumento, não apenas para sobreviver, mas para mostrar-se *forte*. Também a saúde tem um valor moral⁶⁰ (Sarti, 2005: 90-91 - grifos do original).

Nessa linha, o valor da masculinidade, definido pela lógica de gênero, está baseado na ideia de que saúde é sinônimo de força física, de maneira que é considerado saudável o homem com capacidade de trabalhar, o que acaba, muitas vezes, por afastá-lo das práticas de cuidados oferecidas pelo serviço de saúde oficial, tal como, por exemplo, realizar o exame de toque retal, para prevenção do câncer de próstata, bem como de abordar a temática do Papanicolaou, considerada como uma questão da saúde da mulher.

Com efeito, de acordo com a lógica de gênero, ser homem implica em ser forte, o que dificulta o acesso ao sistema de saúde:

O imaginário de ser homem pode aprisionar o masculino em amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de autocuidado, pois à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança; portanto, poderia aproximá-lo das representações do universo feminino, o que implicaria possivelmente desconfiar acerca dessa masculinidade socialmente instituída (Gomes, Araújo e Nascimento, 2008: 571).

⁶⁰ Sarti (2005: 95) ressalta o “valor moral” que o trabalho tem, sobretudo, entre os homens das camadas populares: “O valor moral do trabalho, com o benefício que dele decorre, não se inscreve, então, apenas dentro da lógica do cálculo econômico do mercado. Através do trabalho, os pobres constroem uma idéia de autonomia moral, atualizando valores masculinos como a disposição e a força (não só física, mas moral), que fazem do homem homem”.

As narrativas a seguir também nos oferecem uma representação importante da relação entre homem e mulher, na realização do exame preventivo:

Não converso. Porque eu não sou casada, e, por ironia do destino, o pai da minha filha veio aparecer no ano passado, quase onze anos depois. Aí, ele a registrou e está dando pensão. Então, a gente combinou que iríamos namorar. Ele na casa dele e eu na minha. A gente se vê uma ou duas vezes na semana. Então, eu não converso essas coisas com ele. Já falei para ele que eu me previno bem. Sou bem prevenida, porque depois de tudo o que me aconteceu, lógico que me previno. Mas, eu não converso com ele sobre o Papanicolaou. Às vezes, a gente comenta. Ele liga e me pergunta: “Você tá onde? Eu respondo: eu estou no médico”. Um comentário básico, por exemplo: hoje eu fui ao médico fazer o Papanicolaou, trocar o anticoncepcional, alguma coisa assim. Mas, não é aquela coisa bem profunda, porque o homem às vezes não entende porcaria nenhuma (Yolanda, entrevistada 01).

Eu converso bastante com ele. Quando eu falo que vou fazer o exame, ele me pergunta se quer que ele vá comigo. Ele diz que assim eu vou me sentir mais segura e eu falo que eu vou ficar mais tensa com ele ali. Mas, quando eu chego, ele me pergunta se eu fiz o exame, se está tudo bem. Sobre a necessidade de eu fazer o exame, ele compreende bem. Mas, para ele fazer, ele não faz. Mas, para mim, ele se preocupa bastante. Quando eu falo que estou com a barriga doendo, ele já diz para ir ao médico. Para ele, o médico resolve tudo (Silvia, entrevistada 08).

Yolanda afirma que não conversa com seu parceiro sobre o exame o Papanicolaou pelo fato deles namorarem. Diferente do casamento, o namoro não é considerado uma união estável, na qual se pode compartilhar a intimidade do casal. Cada um mora em sua casa e o fato de não compartilhar o mesmo espaço da casa denota uma distância social, que impede o compartilhamento das questões da intimidade da mulher. Com isso, ela diz que se “*previne bem*”, pois já viveu uma gravidez indesejada, com a falha do método contraceptivo convencional, quando “a camisinha estourou”.

Assim, ela fala apenas o “básico”, porque, para ela, o “*homem não entende porcaria nenhuma*” sobre as práticas de cuidados da mulher. Ao homem, cabe prover o

sustento da filha: “*ele a registrou e está dando pensão*”, o que reforça a lógica de gênero, que define o homem como responsável pelo provimento da família.

Já, Silvia afirma que conversa com seu marido e que ele a apoia na realização do exame. Diferente de Yolanda, a relação conjugal dá a Silvia uma estabilidade que faz com que o casal compartilhe a intimidade do exame clínico. A lógica médica do exame de Papanicolaou aciona a lógica de gênero, de maneira que o marido de Silvia passa a reconhecer a importância do exame para o cuidado da saúde da mulher: “*para ele o médico resolve tudo*”.

Embora se preocupe com a saúde da mulher, o homem não faz o mesmo em relação a sua saúde, pois ele não faz o exame de próstata. Isso reforça a ideia de que, para o homem, a saúde está ligada à capacidade de trabalhar e cuidar de sua família.

O modo como exame preventivo do câncer do colo do útero aciona a lógica de gênero também pode ser observado nas narrativas a seguir, nas quais se revela a percepção das mulheres quando indagadas como seus, respectivos, parceiros reagiriam ao saber que elas fariam o exame com um profissional do gênero masculino:

Eu acho que ele não reclamaria, porque quando eu ganhei minha filha, tinha uns médicos. Quando eu fui antes de ganhar, eu fazia o toque; fazia o cardiotoco e sempre que ele ia comigo e era sempre o médico que fazia o toque e ele estava sempre ao meu lado. E, ele não implicava não (Silvia, entrevistada 08).

Ele pede para eu passar com médica, para não estar passando com homem. Eu acho que às vezes ele fica meio chateado. Para mim, eles estão fazendo o trabalho deles. Pra mim se eu tiver que ser atendida por um homem tudo bem, e se for mulher para mim não faz diferença. Mas, ele pede para eu faça o exame com uma médica. E, para evitar uma briga, eu concordo. Para mim, eu faço o que puder para evitar uma briga. Já pensou seu marido pede para você fazer de um jeito e você faz diferente. Os dois têm que concordarem com as coisas. Porque se um falar diferente não se vive. E, não tem como ficar casado com uma pessoa assim. Ou falamos a mesma língua ou não vai dar certo (Eliana, entrevistada 05).

Na primeira narrativa, a lógica médica, própria da rotina do sistema de saúde, se impõe. Para Silvia, o fato de seu marido a acompanhar durante os exames do pré-natal e durante o parto, faz com que ele não implique com o fato de, eventualmente, ela fazer o exame de Papanicolaou com um profissional de saúde homem.

O acesso ao sistema de saúde oficial coloca o homem diante da lógica médica, própria ao processo de medicalização do corpo feminino, de maneira que ele passa a aceitar a rotina do exame preventivo, reconfigurando as relações de gênero vividas entre o casal: o homem reconhece a necessidade de a mulher cuidar de sua saúde.

Na segunda narrativa, a lógica de gênero, acionada pelo exame de Papanicolaou, se impõe. O marido de Eliana não aceita o fato de ela fazer o exame com um profissional homem e pede que ela o faça com uma médica. Para ela, isso não é problema, uma vez que vivencia a lógica médica, que faz parte do processo de medicalização, presente no serviço de saúde.

Mas, para evitar uma “briga” com seu marido, ela se submete à assimetria da lógica de gênero, vivida no espaço doméstico. Ela se resigna diante da vontade do marido, pois entre o casal, segundo Eliana, deve imperar uma harmonia; os dois têm que falar “*a mesma língua*”.

É assim que essas mulheres, moradoras da periferia da Cidade de São Paulo, cuidam de si mesmas e de sua família. Suas práticas de cuidado têm lógicas que a biomedicina desconhece. Em seu dia-a-dia, as lógicas médica e relacional se entrelaçam orientando suas práticas para cuidarem de sua saúde e a de seus familiares. Desse modo, o exame de Papanicolaou passa a fazer parte de suas vidas, reafirmando a crença na prevenção do câncer do colo do útero.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Papanicolaou é para prevenir doenças, como o câncer. É para saber se está com escorrimento, inflamação, infecção, alguma coisa. O Papanicolaou é devido a isso, é o que o médico explica para a gente.

(Sandra, entrevistada 07)

Quando a gente tem mãe é diferente, porque a mãe está sempre ali cuidando, sempre ao nosso lado. Quando não tem mãe é diferente.

(Silvia, entrevistada 08)

O câncer do colo do útero é uma neoplasia maligna, que vitima milhares de mulheres em todo mundo. A estratégia de prevenção mais efetiva se dá por meio da realização do exame de Papanicolaou. Com a coleta de material para o exame citopatológico é possível realizar o diagnóstico precoce da doença e seu consequente tratamento. O exame preventivo permite, assim, o diagnóstico do câncer do colo do útero ainda em sua fase inicial e, por essa via, o tratamento e a cura de uma doença que pode ser fatal.

Mas, além de tornar possível visualizar a doença no interior do corpo feminino, o exame de Papanicolaou põe em visibilidade as lógicas culturais, que orientam as práticas de cuidados das mulheres, cujas regras operam com as crenças e valores presentes no contexto social e cultural no qual elas estão inseridas. É isso que este trabalho procurou abordar ao longo de suas páginas.

Foi possível evidenciar a lógica médica, que orienta o processo de medicalização do corpo da mulher, colocando-a em contato direto e permanente com o sistema oficial de saúde e com as práticas de cuidados oferecidas no seu interior. Particularmente, as consultas do pré-natal, durante a gravidez, o parto e o pós-parto inserem essas mulheres dentro da malha de cuidados oferecidos pelo sistema de saúde, reforçando o processo de medicalização do corpo feminino, controlando-o, e, por essa via, reafirma a crença nos valores do modelo médico de atenção à saúde.

As mulheres vivenciam um ritual de passagem que consolida a crença nos valores dominantes da sociedade, isto é, no valor do cuidado de sua saúde, regido pela lógica médica. Dentro dessa lógica, elas aprendem que o exame de Papanicolaou previne “*as doenças*” e, com isso, reafirmam sua crença nas possibilidades de diagnóstico, tratamento e cura do câncer do colo do útero.

A lógica médica também traz em cena o modo como as mulheres compreendem, explicam e vivenciam o processo saúde-doença. Em suas narrativas, delineiam-se os contornos do câncer concebido como uma “doença invencível”, contra a qual não se pode lutar, quando já está num estágio avançado.

Para elas, o câncer do colo do útero é concebido como uma “doença da mulher”, isto é, uma doença do gênero feminino, cujas “causas” remetem tanto à precariedade da atenção à saúde recebida, particularmente, antes do surgimento do SUS, quanto às crenças religiosas e às concepções humorais do corpo.

O exame de Papanicolaou desnuda o corpo da mulher, permitindo visualizar as suas práticas sexuais, sua vida reprodutiva, sua gravidez, os seus cuidados no pré-natal, no parto e no pós-parto, suas relações com os parceiros e as formas de se evitar uma gravidez indesejada etc. Concebido como um campo de experiências simbólicas, o

corpo da mulher é significado a partir dos códigos sociais e culturais partilhados no contexto sociocultural no qual as mulheres vivenciam suas experiências de vida.

Um corpo medicalizado, mas que é significado a partir das crenças em suas impurezas e seus movimentos internos. É assim que as mulheres podem controlar a experiência do exame, dando a ele um sentido, que o torna inteligível e ao qual aderem, reafirmando sua crença na prevenção do câncer do colo do útero.

Em meio ao processo de medicalização, as mulheres acionam um mecanismo de estranhamento de si mesmas, que isola os aspectos considerados impuros do corpo feminino e, por essa via, mantém o controle do exame de Papanicolaou, dentro de uma ordem moral que organiza e dá sentido à experiência vivida.

Além da lógica médica, o exame de Papanicolaou também revela a lógica relacional, que orienta as práticas de cuidados das mulheres. Assim, se é certo que o exame previne do câncer do colo do útero, ele também adquire sentido pelo fato dessas mulheres serem mães e responsáveis pelo cuidado de seus filhos e de suas respectivas famílias.

O exame preventivo revela-se, assim, como um ritual terapêutico, que faz todo sentido na medida em que as mulheres reconhecem que são mães, responsáveis pelo cuidado de seus filhos. O valor moral da maternidade orienta as suas práticas de cuidados, dando sentido à realização de um exame, que elas são “obrigadas” a fazer, se quiserem se prevenir do câncer do colo do útero.

As mulheres passam a levar a vida a sério, depois do nascimento de seus filhos. Ou seja, passam a levar o cuidado de si mesmas a sério, pois são mães e devem zelar pelo cuidado de seus filhos. O exame de Papanicolaou é um ritual terapêutico, no qual as mulheres convertem-se e reconhecem-se em cuidadoras de si mesmas e de suas respectivas famílias. A mulher-mãe é uma cuidadora, que está sempre ao lado dos

filhos. Porque ser mãe é estar “*sempre ali cuidando*”, zelando pelo cuidado de sua saúde.

A lógica médica aciona também a lógica de gênero, evidenciando as relações entre o homem e a mulher dentro do espaço doméstico. O exame permite evidenciar a maneira como as mulheres negociam com seus parceiros o uso de preservativos nas relações sexuais, regulando a vida reprodutiva do casal, que passa a ser normatizada pelo saber médico.

Os sentidos do exame de Papanicolaou deslizam entre o plano físico e moral da vida das mulheres, que fizeram parte desse estudo. Um exame clínico, que permite a visibilidade da doença no corpo físico, mas que permite, também, visualizar a constelação de valores éticos e morais, que envolvem sua realização.

As práticas de cuidados têm lógicas, cujos sentidos estão ligados às crenças e aos valores, que fazem parte do contexto no qual as mulheres convivem com suas famílias. As lógicas, tanto a médica como a relacional, orientam suas práticas de cuidados, na prevenção do câncer cérvico-uterino.

O exame de Papanicolaou deixa visíveis as lógicas do cuidado. Cuidar de si torna-se, então, um valor ético-moral, de maneira que ao realizarem o exame, as mulheres reforçam a crença de que se previnem do câncer do colo do útero, ao mesmo tempo em que se reconhecem como mães, responsáveis pelo cuidado de si mesmas, de seus filhos e de suas famílias.

REFERÊNCIAS

ADAM, P. e HERZLICH, C. **Sociologie de la maladie et de la médecine**. Paris: Nathan, 1994.

AÏACH, P. e DELANOË, D. **L'ère de la médicalisation**: ecce homo sanitas. Paris: Ed. Economica, 1998.

ALVES, P.C. e RABELO, M.C.M. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: RABELO, MC.; ALVES, P.C.B. e SOUZA, I.M.A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 181-185, 1999.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004.

AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, Sept. 2005.

BALLARIN, M.L.G.S.; CARVALHO, F. B. e FIREGATO, S.H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo; 34 (4): 444-450, 2010.

BATAILLE, P. **Un cancer et la vie**. Les malades face à la maladie, Paris, Balland, 2003

BENEVIDES, R. e PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, Ago. 2005.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis-RJ: Vozes, 1999.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 3 ed, São Paulo: Paz e Terra, 2004

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar**: Manual Técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**: formação e intervenção. Brasília : Ministério da Saúde, 2010

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativas 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do Câncer do Colo do útero**. Fatores de risco. 2015a (Disponível em http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/fatores_risco), (Acesso em: 04.06.2015).

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Colo do útero: detecção precoce**. 2015b (Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/deteccao_precoce), (Acesso em 04.06.2015.)

BRENNAN, S. M. F et al. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.909-914, jul-ago, 2001.

CAMPOS, E.A. **A tirania de Narciso**: alteridade, narcisismo e política. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2001.

CAMPOS, E.A. Aspectos socioculturais e as práticas de cuidados em enfermagem. In. NAKAMIRA, E; MARTIN, D. e SANTOS, J.F.Q (orgs.). **Antropologia para enfermagem**. São Paulo: Manole, pp. 59-81, 2009.

CAMPOS, E.A. **Nosso remédio é palavra**: uma etnografia sobre o modelo terapêutico de Alcoólicos Anônimos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010.

CAMPOS, E. A. Olhando de perto: o método etnográfico na pesquisa em saúde. In. **Enfermagem, antropologia e saúde**. MELO, L., GUALDA, D.M.R. e CAMPOS, E.A. (orgs.). São Paulo: Manole, 2013, p. 90-104.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 2006.

CECILIO, L.C.O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 545-555, 2009

CORRÊA, M.V. **Novas tecnologias reprodutivas**: limites da biologia ou biologia sem limites? Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

CORREA, D.A.D; VILLELA, W.V e ALMEIDA, A.M. Desafios à organização de programa de rastreamento do câncer do colo do útero em Manaus-AM. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 2, p. 395-400, jun. 2012 .

COTTA, R.M.M. et al. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 171-179, Jan. 2013.

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., p. 120-131, 2008.

DAVIS-FLOYD, R. **Birth as an American Rite of Passage**. 2.ed. Berkeley: University of California Press, 2003.

DAVIS-FLOYD, R. El paradigma tecnocrático. In. DAVIS-Floyd, R; SIT JOHN, G. (org.). **Del médico al sanador**. Buenos Aires: Editorial Creavida, 2004.

DESLANDES, S.F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 9, n. 17, p. 401-403, ago. 2005.

DESLANDES, S.F. **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

DESLANDES, S.F. e MITRE, R.M.A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface**, n.13, supl. 1, p. 641-649, 2009.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, Sept. 2005.

DOUGLAS, M. **Pureza e perigo**: ensaio sobre a noção de poluição e tabu. Lisboa. Edições 70, 1991.

DOUGLAS, M. **Risk and blame**: Essays in Cultural Theory. London/New York: Routledge, 1992.

DUARTE, L.F.D. **Da vida nervosa da classe trabalhadora**. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

DUARTE, L.F.D. Indivíduo e pessoa na experiência da doença. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 8, n. 1, p.173-183, 2003.

DUAVY L.M et al.. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 12, n. 3, maio-jun 2007.

DUMONT, L. **O individualismo**: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna, Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

FASSIN, D. Avant propos : les politiques de la médicalisation. In. AÏACH, P. e DELANOË, D. (dir.). **L'ère de la médicalisation**: ecce homo sanitas. Paris: Ed. Economica, p. 1-13, 1998.

FONSECA, C. **Família, fofoca e honra**: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares. 2. ed. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2004.

FORTES, P.A.C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, dez. 2004.

FOUCAULT M. **História da sexualidade III**: o cuidado de si. 3.ed., Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, M. **Tecnologias del yo y otros textos afines**, Barcelona: Piados, 1990.

FOUCAULT, M. **Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

GAGNON, E. Autonomie, normes de santé et individualité, In. CÔTÉ, Jean-Pierre (dir.), **Individualisme et individualité**. Québec: Éditions du Septentrion, 1995.

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

GARCIA, C.L et al. Percepções das mulheres acerca do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino. **Rev. Brasileira em Promoção de Saúde**, v. 23, n 2, abril-junho, p.118-125, 2010.

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

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991.

GIDDENS, A. A vida em uma sociedade pós-tradicional. In BECK, U. e GIDDENS, A.; e LASH, S. **Modernização reflexiva**: política, tradição e estética na ordem social moderna. São PAULO: UNESP, 1997.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4.ed., Rio de Janeiro: TLC, 1975.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F. e ARAUJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.

GOOD, B. **Medicine, rationality, and experience**: an anthropological perspective, Cambridge University Press, 1994.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**, 11.ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

HEIDDEGER, M. **Ser e Tempo I**. Petrópolis - RJ: Vozes, 1997.

HEILBORN, M. L. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferença na saúde. In. GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G. e GOMES, M.H.A. (orgs.) **O clássico e o novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 197-208, 2003.

HELMAN, C. **Cultura, Saúde e Doença**, 4. ed. Porto Alegre: Art Med, 2003.

HERZLICH, C. Médecine moderne et quête de sens: la maladie signifiant social, In. AUGÉ, Marc e HERZLICH, Claudine (orgs.). **Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie**. Paris: Editions des Archives Contemporaines, p.189-215, 1984..

HERZLICH, C. e PIERRET, J. **Malades d'hier, malades d'aujourd'hui**: de la mort collective au devoir de guérison. Paris: Éditions Payot, 1991.

ILLICH, I. **Némésis médicale**: l'expropriation de la santé. Paris : Ed du Seuil, 1975.

INKER , Instituto União Keralux (INKER) [homepage na Internet]. São Paulo; 2009. Disponível em: http://inker-institutokeralux.blogspot.com/2009_05_01_archive.html, (Acesso em 14.06.2015).

KITZINGER, S. **Mães**: um estudo antropológico da maternidade. 2. ed. Lisboa: Editorial Presença, 1996.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Los Angeles: Universith of California Press, 1980.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. 5. ed., São Paulo: Perspectiva, 1998.

LASCH, C. **A cultura do narcisismo**: a vida americana numa era de esperanças em declínio. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

LE BRETON, D. **Antropologia do corpo e modernidade**. Petropolis-RJ: Vozes, 2011.

LEAL, O.F. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In. LEAL, O.F (org.). **Corpo e significado**: ensaios de antropologia social. 2.ed. Porto Alegre: Ed. UFRGS, p. 15-36, 2001.

LEININGER, M. **Transcultural nursing**: concepts, theories and practices. New York: John Wiley & Sons, 1978.

LEININGER, M. **Culture care, diversity and universality**: a theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1991.

LEININGER, M. What hat is transcultural nursing and culturally competent care? **Journal of Transcultural Nursing**. Michigan (USA), v. 10, n. 1, p. 9, jan. 1999.

LÉVI-STRAUSS, C. **L'identité**, Paris: PUF, 1983.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural**. 2. ed., Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1985.

LÉVI-STRAUSS, C. Introdução à obra de Marcel Mauss. In. MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, p. 11-46, 2003.

LEVINE, H.G. The Discovery of addiction: changing conceptions of habitual drunkennes in América. **Journal of Studies on Alcohol**. vol. 39, n.1, p. 143-174, 1978.

LÖWY, I. Cancer, women, and public health: the history of screening for cervical cancer. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 17, supl. 1, p. 53-67, Jul 2010.

LÖWY, I. Le genre du cancer. **Clio**: femmes, genre, histoire. 37, p. 65-83, 2013.

MARTIN, E. **A mulher no corpo**: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MAUSS, M. La prière. In: TREMBLAY, Jean-Marie (org.). **Classiques des sciences sociales**. Université du Quebec, p. 1-92, 2002.

MAUSS, M. As técnicas do corpo. In MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, p. 399-422, 2003.

NAKAMURA E. O lugar do método etnográfico em pesquisa sobre saúde, doença e cuidado. In: NAKAMIRA, E; MARTIN, D. e SANTOS, J.F.Q. **Antropologia para Enfermagem**, São Paulo: Manole, p. 15-34, 2009.

NARCHI N.Z; JANICAS R.S.V e FERNANDES R.A.Q. Prevenção e controle do câncer cérvico-uterino. In: FERNANDES, R.A.Q; NARCHI, N.Z.(org.). **Enfermagem e Saúde da mulher**. São Paulo: Manole, p. 127-149, 2007.

NOGUEIRA, R.P. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 185-190, fev. 2003.

OLIVEIRA, M.V.; GUIMARAES, M.D.C. e FRANCA, E.B. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4535-4544, nov. 2014.

ORTEGA, F. Biopolíticas da saúde: Reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendet. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8 , n. 14, p. 9-20, set 2003-fev.2004.

PAIM, H.H.S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L.F.D. e LEAL, O.F. (orgs.). **Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 31-47, 1998.

PANAGIOTIS, C. L'incorporation du moment cancer dans l'histoirebiographique des patients atteintes d'un cancerchronique du sein (métastase, récidence,hormonothérapie adjuvante). In. **Sociétés. Revue des Sciences Humaines et Sociales**. v. 3, n. 105, p. 71-78, 2009.

PASCHE, D.F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v.13, supl.1, p.701-8, 2009.

PAULA, A.F e MADEIRA A.M.F. O exame citopatológico sob a ótica da mulher que o vivencia. **Rev Esc Enferm USP**. v. 37, n. 3, p. 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, p. 319-324, jul.-dez. 2004.

RABINOW, Paul. **Antropologia da razão**, Riode Janeiro: Delume Dumará, 1999, p. 31-36.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 759-768, 2009.

RICOEUR, P. **Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação**. Lisboa: Edições 70, 1976.

RIOS, I.C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira Educação médica**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 253-261, jun. 2009.

ROHDEN, F. Sexualidade e gênero na medicina. In SOUZA, A.N. e PITANGUY, J. (orgs.), **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed UFRJ, p. 157-180, 2006.

SAILLANT, F. e GRAGNON, E. Présentation. Vers une anthropologie du soin. **Anthropologie et Sociétés**, v. 23, n.º 2, pp. 5-14, 1999.

SARRADON-ECK, A. Pour une anthropologie clinique: saisir le sens de l'expérience du cancer. **L'Aillerus du corps**, v. 1, p. 31-45, 2004.

SARTI, C.A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 10, n. 1, p. 3-13, Jul 2001.

SARTI, C.A. **A Família como Espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. 3. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2005.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida**: feminismo e ciências sociais, São Paulo: Editora da UNESP, 2004.

SONTAG S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SUÁREZ, M. et al. Violência, sexualidade e saúde reprodutiva. In. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. GALVÃO, L. e DÍAZ, J. (orgs.), São Paulo: Hucitec/Population Council, p. 277-309, 1999.

TAVARES, J.S.C. e TRAD, L.A.B. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 426-435, abr. 2005.

TOLSTÓI, L. **A morte de Ivan Ilitch**. 2. ed. São Paulo: Ed. 34, 2006.

TURNER, V. **O processo ritual**: estrutura e antiestrutura. Petrópolis-RJ: Vozes, 1974.

VAN GENNEP, A. **Os ritos de passagem**. 2. ed. Petrópolis-RJ: Vozes; 2011.

VICTORA, C, KNAUTH, D. R. e HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA E.M. A medicalização do corpo feminino. In GIFFIN, K.; COSTA, S.H. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 67-78, 1999.

VIEIRA E.M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing chronic disease**: a vital investment. Geneva. World Health Organization. 2005.

ANEXOS

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 11 de agosto de 2011.

Ilmº Sr.
Prof. Dr. Edemilson Antunes de Campos

Ref.: Processo nº 1044/2011/CEP-EEUSP - SISNEP CAAE: 0851.0.000.196-11

Prezado Senhor,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto: **Corpo, cultura e sexualidade: representações e práticas de mulheres sobre o exame preventivo de câncer cervico-uterino "papanicolau"**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0058.0.468.162-11

São Paulo, 15 de Dezembro de 2011.
 PARECER N° 370/11 – CEP/SMS

Ilmo Sr
 Edemilson Antunes de Campos

Projeto de Pesquisa: Corpo, cultura e sexualidade: representações e práticas de mulheres sobre o exame preventivo de câncer cérvico-uterino.

Pesquisador Responsável: Edemilson Antunes de Campos

Instituição Proponente: EACH-USP

Patrocinador: o próprio pesquisador

1. Sumário Geral do Protocolo

Apesar da importância da prevenção ao câncer cérvico-uterino, observam-se lacunas nas campanhas ministradas pelo Ministério da Saúde, que ainda não conseguiram uma adesão espontânea significativa para realização do exame. Nesse quadro, este projeto tem o propósito de 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.

O **objetivo** desta pesquisa é 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. Trata-se de compreender a lógica que orienta as práticas das mulheres em relação ao exame de Papanicolaou e, por essa via, analisar suas consequências na prevenção do câncer cérvico-uterino.

O projeto será realizado 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 da cidade de São Paulo. Será realizado o levantamento bibliográfico sobre a percepção das mulheres sobre o câncer de colo uterino da área de saúde pública e nas ciências sociais, assim como sobre a perspectiva socioantropológica sobre o corpo, a sexualidade e a relação de gênero entre mulheres em idade reprodutiva. 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.

Foram descritos os critérios de recrutamento e critérios de inclusão e exclusão.

O TCLE explicita claramente que a coleta dos dados será gravada e o pesquisador garante a guarda segura do material e informa que a identidade dos participantes na divulgação dos resultados será preservada.

2. - Considerações.

O estudo é pertinente e sua principal contribuição está na formação de pesquisadores na metodologia de pesquisa apresentada.

A metodologia é adequada aos objetivos.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0058.0.468.162-11

Na apresentação do protocolo, chama atenção o orçamento de R\$ 28,00, que não se harmoniza com os procedimentos de pesquisa que foram apresentados: a entrevista supõe gravador, fitas, transcrição de fita, etc.

Os cronograma e orçamento apresentados foram considerados adequados.

A pesquisa inclui a abordagem de temas que são tabus na nossa sociedade, como a sexualidade feminina e a relação de dominação de gêneros. O risco poderá ser minimizado se o entrevistador tem uma atitude acolhedora, de compreensão e evitando o julgamento da entrevistada.

Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos.

O TCLE foi retificado e considerado adequado.

III - Situação do Protocolo – APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX.2.e)

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Amaury Zatorre Amaral
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS