

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
MESTRADO EM SOCIOLOGIA**

UM DILEMA FEMININO: O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

**GOIÂNIA
2009**

LINAMAR TEIXEIRA DE AMORIM

UM DILEMA FEMININO: O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Trabalho de dissertação orientado pela prof^a Dr^a Marta Rovey de Souza apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal de Goiás como requisito das exigências para obtenção do título de mestre em Sociologia.

GOIÂNIA
2009

Dissertação intitulada *Um dilema feminino: o câncer do colo do útero*, de autoria de Linamar Teixeira de Amorim, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr^a Marta Roverly de Souza
(orientadora)

Prof. Dr^a Joana A. Fernandes Silva

Prof. Dr. Jair Ferreira

Goiânia, 17 de abril de 2009.

PARA MEUS FAMILIARES,

**cujo apoio, confiança e carinho foram,
são e serão inestimáveis**

AGRADECIMENTOS

A DEUS, orientador vigilante, pela vida.

À Profa. Dra. Marta Roverly de Souza, pela confiança, pelo apoio incondicional, pelos ensinamentos, pelos momentos ora descontraídos, ora rigorosos, por ter percorrido a meu lado esse caminho, que parecia muitas vezes não ter fim e quase impossível. Pela preocupação, dedicação e considerações sempre tão precisas na elaboração deste trabalho, serei sempre muito agradecida.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Sociologia, que muito contribuíram para a minha formação e construção da dissertação.

Aos colegas de Mestrado, pela participação nas discussões teóricas em sala de aula, nos corredores, via e-mail, pelas indicações bibliográficas, informações, que enriqueceram este trabalho.

À coordenação do Programa de Pós-graduação do Mestrado em Sociologia da Universidade Federal de Goiás, representada pelos professores Pedro Célio A. Borges, Francisco Rabelo e Jordão Horta Nunes, sempre prestativos.

Às professoras Joana A. Fernandes Silva e Rita Goreti, que tão prontamente aceitaram participar do exame de qualificação e apresentaram contribuições significativas para o término da dissertação.

Aos coordenadores dos cursos da Faculdade Montes Belos, que tão generosamente compreenderam as minhas ausências e a indisponibilidade de horários.

De modo muito especial, agradeço às mulheres (Cecília Meireles, Hilda Hilst, Dora Ferreira, Cora Coralina, Rachel de Queiroz e Clarice Lispector) que participaram deste trabalho contando suas experiências da doença, apesar de com isso reviverem momentos tão dolorosos.

À minha madrinha querida, Maria Severina, minha maior incentivadora, que também foi a fonte de inspiração para os pseudônimos das mulheres entrevistadas.

À minha amiga Denise, que me acolheu em todos os momentos.

Ao Marcelo, que contribuiu com seu conhecimento na área biomédica e também pela compreensão que teve comigo.

A meu pai, minha mãe, meus irmãos, pelo apoio nos momentos difíceis e por compartilharem comigo os bons momentos.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Colo do útero sem infiltrações inflamatórias.....	31
FIGURA 2. Colo do útero com infiltrações inflamatórias.....	32
FIGURA 3. Estágios do desenvolvimento do câncer.....	32
FIGURA 4. Verrugas decorrentes de HPV.....	34

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Estimativas para o ano de 2008 das taxas brutas de incidência de câncer no Brasil.....	37
TABELA 2. Estimativa para o ano de 2008 das taxas brutas de casos novos por câncer, em mulheres, na região Centro-Oeste.....	38
TABELA 3. Estimativas de incidência do câncer para o ano 2008 no Estado de Goiás.....	42

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas nas regiões brasileiras (1997-2005).....	40
QUADRO 2. Taxa de mortalidade específica por câncer do colo do útero no Estado de Goiás e em Goiânia (1997-2005).....	40
QUADRO 3. Taxa de mortalidade específica do câncer do colo do útero em Goiânia, GO (1997-2005)	41
QUADRO 4. Perfil das entrevistas.....	77
QUADRO 5. Esferas de atendimento às pacientes	89

LISTA DE SIGLAS

ACCG – Associação de Combate ao Câncer em Goiás
AIS – Ações Integradas de Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
HJA – Hospital Araújo Jorge
HPV – Papiloma Vírus Humano
INCA – Instituto Nacional do Câncer
MS – Ministério da Saúde
NIC – Neoplasia Intraepitelial Cervical
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNCC – Programa Nacional de Controle do Câncer
PSF – Programa de Saúde da Família
RCBP – Registro de Câncer de Base Populacional
RHC – Registro Hospitalar de Câncer
SEPLAN – Secretaria Estadual de Planejamento
SISCOLO – Sistema de Informações e Controle do Câncer do Colo do Útero
SIA/SUS – Sistema de Informações de Alta Complexidade do Sistema Único de Saúde
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância Sanitária
UFG – Universidade Federal de Goiás
VIVA MULHER – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama

Faça com que minha solidão me sirva de companhia. Faça com que eu tenha a coragem de me enfrentar. Faça com que eu saiba ficar com o nada e mesmo assim me sentir como se estivesse plena de tudo. Receba em teus braços o meu pecado de pensar.

Clarice Lispector

Mas, quando falo dessas pequenas felicidades certas, que estão diante de cada janela, uns dizem que essas coisas não existem, outros que só existem diante das minhas janelas, e outros, finalmente, que é preciso aprender a olhar, para poder vê-las assim.

Cecília Meireles

Nas pedras rudes do meu berço, gravei poemas.

Cora Coralina

Desfez-se a palidez perdi meu vôo nas grades de seu peito. Aprisiona-me - grilhão - o seio suave e no calor do instante a união.

Dora Ferreira

Soergo meu passado e meu futuro. E digo à boca do Tempo que os devore. E degustando o êxito do Agora A cada instante me vejo renascendo.

Hilda Hilst

Onde se conta uma história, onde se vive um delírio; onde a condição humana exacerba, até à fronteira da loucura.

Rachel de Queiroz

RESUMO

O tratamento do câncer do colo do útero, uma doença com desenvolvimento lento, é eficaz, principalmente nas lesões precursoras. Para compreender essa doença, na perspectiva da sociologia aplicada à saúde, realizou-se um estudo com mulheres que vivenciaram a experiência do câncer uterino, mediante entrevista semiestruturada, visando apreender as representações criadas por elas. As entrevistas revelaram a coexistência tanto de aspectos positivos quanto negativos na experiência com a doença e confirmaram o estigma que a doença e o tratamento carregam. Os resultados demonstram que as ações de políticas públicas em saúde, dos serviços de saúde disponíveis, precisam ser complementares às ações individuais de prevenção, no sentido de priorizar a informação e o esclarecimento sobre a doença e o tratamento, contemplando as demais dimensões da vida dos sujeitos. Isso aponta para a necessidade de um sistema de saúde humanizado, que apresente garantias de acesso a bens e serviços de saúde de qualidade, evidenciando a interface entre a sociologia e a saúde, que é imprescindível para o alcance das propostas de humanização no contexto sociocultural do processo saúde-doença.

Palavras-chave: Câncer do útero, representação social, sociologia da saúde.

ABSTRACT

The treatment of uterine cancer, a slow-growing form of the disease, is particularly effective in regard to precursor lesions. In order to understand this illness from the perspective of health sociology, this study focused on women afflicted with uterine cancer. Semi-structured interviews were employed in an attempt to perceive these women's representations. The interviews revealed the coexistence of positive and negative aspects in experiences with cancer and confirmed the stigma borne by both the illness and the treatment. Results showed that public health policies and available health services need to complement individual prevention measures in attributing priority to information about the illness and the treatment, thus covering all dimensions of people's lives. This conclusion highlights the need for a humanized health system that guarantees access to quality health services and exposes the interface between sociology and health, which is essential for the promotion of humanization within the sociocultural context of the health-illness process.

Keywords: uterine cancer, social representation, health sociology.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14	
INTRODUÇÃO	18	
CAPÍTULO 1		
ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO CÂNCER UTERINO NO BRASIL		23
1.1 O desenvolvimento do câncer do colo do útero.....	30	
1.2 Perfil epidemiológico brasileiro.....	35	
1.3 Goiânia e o câncer do colo do útero	37	
CAPÍTULO 2		
REVISANDO A TEORIA		43
2.1 A vida em uma sociedade moderna: os “sistemas peritos”.....	43	
2.2 O surgimento do conceito de risco.....	47	
2.3 O conceito de vulnerabilidade	53	
2.4 A modernidade reflexiva.....	54	
2.5 Categoria de interpretação: representações sociais.....	57	
2.6 Estigma, metáforas e o câncer do colo do útero	61	
2.7 O câncer do colo do útero: desigualdade de gênero.....	65	
CAPÍTULO 3		
PESQUISA DE CAMPO		71
3.1 Descrição do campo....	73	
3.2 O perfil das entrevistadas.....	75	
3.3 Percepções das mulheres com câncer uterino: representação da doença.....	77	
3.4. Vulnerabilidade e risco no câncer uterino.....	82	
3.5 Redes de apoio.....	85	
3.6 Os serviços de saúde.....	87	
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS		92
REFERÊNCIAS	97	

ANEXOS

ANEXO A. Termo de consentimento livre e esclarecido.....	102
ANEXO B. Parecer consubstanciado.....	105
ANEXO C. Perfil da entrevistada e eixos do roteiro da entrevista	106

APRESENTAÇÃO

O câncer, ainda tido como sinônimo de morte ou doença a esconder, mesmo com o avanço das pesquisas e da tecnologia, denota um caráter estigmatizante da doença, arraigado às pessoas. Estar com câncer pode motivar discriminação e rejeição social, desde a esfera familiar até as atividades produtivas, em que o indivíduo enfermo, além de vivenciar a doença em si, terá de enfrentar o descrédito social. Essa inaceitabilidade social pode ser atribuída a muitas variáveis, sendo mais relevante a que se refere ao medo das pessoas perante o sofrimento prolongado, o qual se manifesta no decorrer do tratamento e nas etapas da doença.

Com base nesse contexto, o presente trabalho procura tratar das representações construídas sobre uma doença própria das mulheres. Para isso, verifica-se que o câncer de colo uterino é considerado um problema de saúde pública no Brasil, por exercer um peso importante na morbidade e mortalidade de mulheres brasileiras. Segundo as informações do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer uterino não é a principal causa de morte em mulheres, mas a estimativa de ocorrência em todo Brasil para o ano de 2008 foi de mais de 18 mil casos de câncer do colo do útero (18.680). Apesar de não ser a principal causa de morte, o câncer do colo do útero, é tido como uma doença preocupante, por exigir ações de prevenção, o que pode constituir um dos motivos da elevada taxa de mortalidade. Nesse sentido, apreender as representações sociais existentes acerca dessa enfermidade, permite conhecer as diversas instâncias do cotidiano de suas vidas e, assim, propor caminhos que possam contribuir no tratamento.

Dessa forma, na “Introdução” desta pesquisa, em busca de esclarecer o sentido dado a essa doença e verificar o sistema de sua classificação, delinea-se um estudo do câncer do colo do útero sob a perspectiva das mulheres que vivenciam ou vivenciaram a experiência dessa doença. Para tanto, aborda-se, sobretudo, a forma como elas descrevem o acesso aos serviços de saúde e a qualidade prestada por estes.

Também se apresenta um resgate histórico da aplicação da sociologia à saúde, ressaltando o surgimento do conceito de medicina social, cuja finalidade, em 1848, era aprofundar, de maneira organizada, o conhecimento entre a saúde e a sociedade. Essa conexão oferece-se como uma possibilidade de apreender as questões em sua totalidade, em que o processo saúde-doença não se restringe ao aspecto meramente biológico, mas compreende também instâncias emocionais e sociais, presentes na vida dos sujeitos enfermos.

Diante do progressivo aumento das doenças crônicas e degenerativas, no Brasil, no Capítulo 1, desenvolve-se uma análise das transformações oriundas de transição epidemiológica e que resultam de uma série complexa de mudanças inter-relacionadas no padrão de saúde e doença. Dentre essas, citem-se as alterações demográficas, que favorecem o aparecimento em maior quantidade de casos de doenças crônicas, como o câncer, por exemplo. Fatores como aumento das expectativas de vida, queda da taxa de fecundidade, modificações no estilo de vida e uma maior exposição a riscos ambientais podem ser mencionados como os que interferem diretamente no aparecimento de um maior número de neoplasias malignas.

No Capítulo 1 apresenta-se também um breve histórico dos programas de controle da doença, com destaque para o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no ano de 1984, criado pelo Ministério da Saúde. Esse programa proporcionou profundas mudanças na saúde da mulher, por abarcar não só questões reprodutivas, mas tudo que envolve a vida da mulher. Nesse contexto, no ano de 1998, foi criado o Sistema de Informações e Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), cujos dados permitem avaliar a situação do câncer uterino e definir novas estratégias para a prevenção da doença.

O Capítulo 2 descreve a teoria que fundamenta este estudo e as categorias pressupostas para análise e utilizadas no decorrer dela. Como as mulheres com câncer do colo do útero dependem de um tratamento especializado, a doença é considerada uma ameaça e o tratamento, um risco. Essa questão é abordada por Giddens (1991, 1997) e Beck (1997, 2006), que desenvolvem os conceitos de sistemas peritos, modernidade reflexiva, risco, vulnerabilidade, confiança, perigo para entender o fenômeno. Tais conceitos e categorias analíticas constituíram a base do entendimento tanto da situação da mulher com câncer uterino quanto do seu contexto sociocultural.

Para esses teóricos, os sistemas peritos são representados pelas instituições e profissionais prestadores de serviços (neste trabalho tais sistemas referem-se à saúde, especificamente ao câncer uterino) e pressupõem a confiança dos “clientes” na eficiência dos serviços oferecidos. Porém, na sociedade moderna, há sempre o risco de que esses sistemas não funcionem da maneira esperada, ou ainda que a doença exponha o indivíduo doente à possibilidade de ter algum tipo de dano ou ganho, apontando para a imprevisibilidade do futuro. Associado aos riscos está o conceito de vulnerabilidade, que pressupõe uma disposição das pessoas a prejuízos causados por algum acontecimento externo qualquer. Neste caso, o câncer uterino, em certa medida, pode

ser sempre um risco para as mulheres, em que algumas são mais e outras são menos vulneráveis à doença.

Os sistemas peritos, legitimados pelo desenvolvimento da ciência, encontram-se em constante reformulação e reavaliação, visando tornarem-se o mais seguro possível. Esse processo de ressignificação, que deu origem à ideia de modernização reflexiva, a princípio com críticas feitas à própria ciência, contribuiu para o aparecimento de incertezas e ambivalências. Portanto, o que era confiável e seguro, na modernidade simples, passou a tornar-se arriscado e perigoso. Por essa razão, as sociedades modernas são levadas a refletirem sobre si mesmas, levando em conta o modo elas se desenvolveram, apontando problemas e dilemas tão fundamentais que permitem questionar qualquer conhecimento.

Para apreender a percepção das mulheres sobre a experiência da doença, desenvolveu-se uma discussão teórica acerca do conceito de representação social segundo Moscovici (2007) e Jodelet (2001). Esse conceito foi utilizado como categoria de interpretação do material resultante do trabalho de campo, para a interpretação das falas das mulheres, com base em seus relatos sobre a experiência do câncer do colo do útero. Acerca do câncer uterino como uma doença que é estigmatizada, buscou-se o apoio teórico de Goffman (2008).

Apresenta-se também uma discussão de gênero como abordado por Scavone (2005), Del Priore (1993) e Scott (1989, 1994), por se tratar de uma doença transmitida pela via sexual e, portanto, marcada pelas desigualdades de gênero. Isso porque a doença atinge as mulheres e estas dependem da concordância dos seus parceiros para a adoção de métodos preventivos durante a relação sexual.

No Capítulo 3, apresentam-se os dados primários coletados em entrevista semiestruturada. O roteiro e os eixos temáticos utilizados foram empregados para facilitar tanto a comunicação entre pesquisador e pesquisados quanto a coleta das informações necessárias para o cumprimento dos objetivos desta pesquisa. Agregados a esses dados utilizam-se outros, obtidos de fontes secundárias, tais como levantamento bibliográfico e documental, consultas a dados estatísticos do Ministério da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde e do Registro de Câncer de Base Populacional.

As categorias de representações sugeridas pelo roteiro de entrevistas, levaram à percepção das mulheres sobre suas vivências após o diagnóstico do câncer do colo do útero foram interpretadas à luz da teoria. Definiram-se as seguintes categorias:

representação da doença, vulnerabilidade e riscos do câncer uterino, redes de apoio e os serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer se manifesta por meio do crescimento desordenado de células, que invadem os tecidos e órgãos e os fazem perder suas funções, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. As causas dessa doença podem ser internas ou externas ao organismo, mas estão, de alguma forma, inter-relacionadas. Em média, aproximadamente, 80% a 90% estão associados a fatores ambientais (externos).

Esses dados referentes à incidência e à mortalidade por câncer são importantes instrumentos para o estudo das tendências das neoplasias nas diferentes populações, bem como para ilustrar o comportamento das ações de prevenção existentes na população estudada.

Destaca-se aqui o câncer de colo do útero, que tem como consequência o órgão alterado pelo crescimento desordenado das células, especificamente, o colo, que fica em contato com a vagina. Para uma história natural do câncer do colo do útero, as causas iniciais apontam para uma afecção iniciada com alterações intraepiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora, num prazo de dez a vinte anos (BRASIL, 2005).

Existe a possibilidade de controle, por meio do rastreamento periódico de alterações citopatológicas, presentes no exame do esfregaço cervical, em que as lesões tendem a progredir, de estágios iniciais até o carcinoma invasivo, quando as alterações celulares se tornam mais intensas e o grau de desarranjo das células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio. Consideradas precursoras do câncer, essas lesões, se não tratadas, em boa proporção dos casos, evoluirão para o carcinoma² invasor do colo do útero. Avaliação com bom prognóstico, diagnóstico e tratamento a tempo prevê a cura em até 100% dos casos, se a doença for detectada na sua fase inicial. Infelizmente, o diagnóstico, frequentemente, ocorre já na fase tardia da doença.

No Brasil, a classificação do câncer do colo do útero utilizada pelo INCA e pelo Ministério da Saúde (MS) corresponde à que foi proposta por Richart e em alguns aspectos modificadas por Bethesda³. Tal categorização pressupõe que a doença possua

² Carcinoma é o tumor que ocorre em células epiteliais (LAGO, 2004).

³ O sistema de BETHESDA para diagnósticos em citopatologia cérvico-vaginal foi desenvolvido pelo Instituto Nacional do Câncer (USA), com o objetivo de uniformizar a terminologia diagnóstica,

estágios de desenvolvimento, como neoplasia intraepitelial cervical grau I (NIC I); neoplasia intraepitelial cervical grau II (NIC II); neoplasia intraepitelial cervical grau III (NIC III) (INCA, 2006).

Em função do conhecimento epidemiológico da neoplasia disponível hoje, acredita-se na teoria de progressão contínua das lesões, desde a NIC I até o carcinoma invasivo. O sistema Bethesda introduziu o conceito de qualidade da amostra e a categoria de atipias celulares de significado indeterminado (ASCUS), para as alterações celulares que não se configuram como reações inflamatórias nem neoplásicas. As alterações celulares decorrentes da infecção por vírus do papiloma humano (HPV) e as compatíveis com NIC I foram denominadas lesões escamosas intraepiteliais de baixo grau. As alterações compatíveis com NIC II e NIC III formam a categoria de lesão escamosa intraepitelial de alto grau (INCA, 2008).

Uma estratégia de detecção do câncer do colo do útero na fase inicial é o exame preventivo de Papanicolaou, realizado pela coleta de material citológico do colo do útero, no qual se introduz um espéculo vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo. O exame preventivo de Papanicolaou deve ser feito por toda mulher que tem ou já teve atividade sexual, especialmente se estiver na faixa etária dos 25 aos 59 anos de idade. A periodicidade do exame deve ser, inicialmente, a cada ano, e no caso de dois seguidos (em um intervalo de um ano), se ambos apresentarem resultado normal, o exame pode passar a ser feito a cada três anos (INCA, 2008).

Outras estratégias para a detecção precoce incluem o rastreamento e o diagnóstico precoce. O primeiro prevê ações organizadas, que envolvem o uso de testes simples aplicados a determinados grupos populacionais. O segundo inclui ações de detecção de lesões em fases iniciais, a partir de sintomas e/ou sinais clínicos. Para tanto, é importante que a população em geral e os profissionais de saúde reconheçam os sinais de alarme para o câncer, como nódulos, febre contínua, feridas que não cicatrizam, indigestão constante e rouquidão crônica, antes mesmo dos que caracterizam lesões mais avançadas, como sangramento, obstrução de vias intestinais ou respiratórias e dor. O rastreamento pode ser populacional, quando há iniciativas de busca da população

facilitando a comunicação entre o laboratório e o ginecologista. Disponível em: <http://www.kcm.com.br/classificacao_bethesda>

alvo, ou oportunístico, quando as pessoas procuram espontaneamente os serviços (INCA, 2008).

A Estimativa de Incidência do Câncer no Brasil, para 2008, revela que, aproximadamente, 470 mil novos casos da doença deverão ocorrer no país no período de 2008 e 2009. Desses, mais de 18 mil casos são do colo do útero (18.680). O anúncio foi feito pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2007).

Como já mencionado anteriormente, se descoberto em sua fase inicial, o câncer uterino tem maior possibilidade de cura. Portanto, parece lógico questionar acerca das razões que levariam à descoberta dos casos de câncer no colo do útero em fase mais adiantada. Seria a falta de acesso aos resultados? Ou a não realização do tratamento, além da falta de continuidade deste? Estariam as mulheres entregues ao abandono? Ou o diagnóstico é sempre tardio?

Como se trata de uma neoplasia maligna feminina que se inicia com transformações intraepiteliais, de caráter progressivo, caso não seja detectado precocemente e por ser normalmente assintomático no estágio inicial de desenvolvimento, acredita-se que leve à invasão de órgãos e estruturas em todos os casos. Portanto, a busca de estratégias comuns com aproveitamento dos recursos existentes voltados a assistência integral à saúde da mulher é fundamental dentro de uma política de controle do câncer.

Para isso, importa perceber como essa enfermidade e suas diferentes manifestações constituem um conjunto de moléstias com comportamentos biológicos, clínicos e epidemiológicos distintos, com diferentes alternativas terapêuticas e preventivas (FONSECA, 2000).

Assim, tendo como foco o contexto em que se insere a doença hoje e as inúmeras representações sociais construídas sobre ela, este estudo sobre o câncer do colo do útero baseia-se na perspectiva das mulheres que vivenciam ou vivenciaram a experiência da doença. Com isso, objetiva-se identificar as diferentes concepções sobre esse tipo de câncer e sua correlação com as distintas instâncias da vida. Além disso, pretende-se apreender as percepções sobre os serviços de atendimento à enfermidade no que se refere ao acesso, à qualidade e ao tratamento, inserindo-as no campo da sociologia da saúde, diante das contribuições desta para o entendimento das outras dimensões da doença.

Observa-se que o campo da sociologia da saúde tem uma peculiaridade em relação às demais áreas do conhecimento sociológico, porque não se constituiu como

uma tradição epistemológica clássica. A medicina não era considerada como uma expressão central da sociedade. É por isso que na literatura clássica sobre a sociologia da saúde predominam publicações de médicos que tomam o campo da medicina como assunto de interesse societário.

Sobre essa literatura, Nunes (1999) realizou um levantamento amplo, ao recuperar uma série de textos que dão indicações de como se formou o campo da sociologia da saúde. A autora buscou analisar a formação do discurso sociológico sobre saúde, doenças e medicina, destacando como esse discurso, revestido de realidade, propiciou a institucionalização do campo da sociologia médica.

Para isso, tornou-se relevante o conceito de *medicina social*, que surgiu na Europa em 1848, apresentado, entre outros, por Guérin (1848 apud NUNES 1999). Trata-se de uma medicina que tinha como finalidade explicitar que as condições de vida e da saúde estavam conectadas. Diante disso, era necessário politizar o corpo médico sugerindo que intelectuais do Estado e médicos se unissem, considerando três condições: “[...] a instituição da justiça como base, da ordem como meio, e da ciência como guia” (GUÉRIN, 1848 apud NUNES 1999, p. 32). Com base nessa perspectiva da *medicina social*, o objetivo era, portanto, intervir na dimensão coletiva da saúde, visando à reforma das condições sociais da população pobre e doente, para a promoção da saúde por meio dos agentes especialistas da área.

Contemporâneo a esse conceito, o termo “sociologia médica”, empregado por Parsons, também surgiu em 1848, nos Estados Unidos, e restringia-se à relação entre médicos e pacientes (NUNES, 1999). De sua perspectiva funcional-estrutural, Parsons percebe a medicina na sua particularidade teleológica de curar e prevenir a doença, o que se dá na relação fundamental entre médico e paciente. Assim, para Parsons:

A saúde, quase por definição, está dentro das necessidades funcionais do membro individual da sociedade, até o extremo de que, do ponto de vista do funcionamento do sistema social, um nível geral demasiado baixo de saúde é disfuncional. Isso se deve a que, em primeira instância, a doença incapacita para desempenhar efetivamente os papéis sociais. (Apud NUNES, 1999, p. 91).

Logo, a dimensão coletiva das doenças só aparece e se resolve na disposição do sujeito doente de procurar a cura para se ajustar ao sistema social. Não havendo essa disposição, não haveria o que fazer, pois as doenças são inevitáveis, até o limite suportável do próprio sistema como um todo. Portanto, a intervenção dos agentes de

saúde e do próprio Estado seria limitada, uma vez que nem todos os sujeitos se dispõem a uma vida saudável.

Saber lidar com a experiência do processo doença-saúde é algo singular, pois depende do nível de informação, de educação e de condições econômicas de cada um. Nesse sentido, a implantação de ações de prevenção e promoção da saúde se torna difícil e complexa, pois depende de mudanças referentes aos hábitos e comportamentos que comprometem a saúde do indivíduo e até mesmo do coletivo. “Numerosos estudos mostram que, à medida que se desce a escala social, o discurso de valorização da saúde se rarefaz e fica mais desligado da realidade das situações e dos comportamentos” (ADAM & HERZLICH, 2001, p. 86).

A discussão sobre os cuidados em saúde passa pela discussão do processo de humanização dos serviços em saúde. Segundo Deslandes (2006), esse é um debate não muito novo na área da saúde, pois na década de 1970 havia uma tradição teórica voltada para a discussão da humanização com base na sociologia médica. A autora destaca o simpósio norte-americano *Humanizing Health Care* (Humanizando o Cuidado em Saúde) ocorrido em 1972 em São Francisco, que tinha como objetivo definir o conceito ou pelo menos identificar a humanização ou desumanização do cuidado em saúde e traçar medidas para implementação dos cuidados humanizados. O simpósio evidenciou que a desumanização do cuidado está relacionada, dentre outros, aos seguintes fatores: à relação entre médicos e pacientes; ao tipo de formação profissional; à comunicação e informação no tratamento.

CAPÍTULO 1

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO AO CANCER UTERINO NO BRASIL

As preocupações com o câncer do colo do útero, sua capacidade letal e o desconhecimento etiológico, somados à hipótese de ser uma doença transmissível, resultaram na reforma Carlos Chagas, em 1921, que consistia em produzir estatísticas de óbitos por câncer, mediante exames laboratoriais gratuitos para o diagnóstico, organização de propagandas contra o câncer, criação de institutos de tratamento, investigação da doença e esclarecimento da população. Em 1948 surge o primeiro Ambulatório de Diagnóstico precoce do câncer ginecológico, no Hospital Moncovo Filho, no Rio de Janeiro. Já em 1956 foi criado o Centro Especializado em Prevenção do Câncer, que atendia apenas aos casos de câncer feminino de mama e aparelho genital. Em 1957 foi criado o Instituto do Câncer, que em 1961 se tornou Instituto Nacional do Câncer (INCA). Durante essa trajetória histórica, vale lembrar que a dicotomia desses Institutos sempre esteve na relação ações–serviços preventivos e curativos, o que fez com que, entre 1972 e 1975, o Ministério da Saúde desenvolvesse o Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC), que visava estudar o câncer em geral, mas com destaque para o câncer do colo do útero (LAGO, 2004).

O primeiro serviço de Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP)⁴ no Brasil foi criado em 1963, em São Paulo, utilizado para o controle epidemiológico e trazendo diversas melhorias, graças às facilidades estatísticas de visibilidade e domínio numérico informativo acerca da doença. Atualmente, o sistema de saúde conta com 22 serviços de registros no país, para estimar a incidência de casos e a taxa de mortalidade decorrente de neoplasias.

Além desses, o Brasil possui ainda os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia (Apac-Oncologia), vinculada ao Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), implementada em 1999, pelo Ministério da Saúde. Tais acontecimentos, que levaram à implementação de sistemas de registros, compõem a história da política de combate ao câncer no Brasil, desde o início do século XX até os anos 80, sendo essa documentada e registrada por pesquisadores do Departamento de

⁴ Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) criados para quantificar, monitorar e avaliar as neoplasias.

Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Entretanto, o registro de ações específicas de controle ao câncer uterino foi tido como esparso e fragmentado até os anos 80 (LAGO, 2004).

Dentro da discussão sobre a assistência médica à saúde da mulher, Elizabeth Vieira (2002) revela que os serviços em saúde são ampliados, a partir das décadas iniciais do século XX, com a intervenção do Estado na área, reconhecendo a saúde como uma questão social, incluindo os cuidados com o corpo feminino, mas os serviços em saúde são distribuídos segundo as inserções dos grupos sociais na sociedade. Tais serviços se direcionavam à saúde materno-infantil, a partir da década de 20. Mas ela ressalta a capacidade do saber médico em criar modelos explicativos para as questões sociais e a reprodução.

De fato, ao longo da história da humanidade, o corpo feminino tem sido tratado como especialmente ameaçador para a estabilidade moral e social. Nas diferentes sociedades, esse corpo tem sido regulado através de normas, sejam elas baseadas em crenças mágicas, religiosas ou médicas. (VIEIRA, 2002, p. 25).

Nesse sentido, o corpo humano, e especificamente o da mulher, é pautado em significados atribuídos pela sociedade, o que elimina a perspectiva que o circunscreve de forma exclusiva em processos biológicos e fisiológicos (RODRIGUES, 1986).

Com as reivindicações feitas para a democratização do acesso aos serviços de saúde e por um programa de atenção integral à saúde da mulher, o Ministério da Saúde, em 1984, instituiu o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), iniciativa que contou com a significativa participação do movimento de mulheres e de profissionais da área da saúde para sua implantação. O princípio da atenção integral à saúde, que faz parte do PAISM, também está presente no texto constitucional de 1988, e configura um dos princípios do sistema público de saúde, junto com a descentralização e participação da comunidade. Além disso, em 1988, passa a integrar a Lei Orgânica da Saúde como um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Isso reflete como a integralidade das ações é um aspecto importante na construção de políticas de saúde reprodutiva, descrita na Lei 8.080/90 como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (PITTA E MEIRA, 1991). De forma legal, o sistema de saúde passa a uma concepção da saúde como "condição integral de ter condições reais ou potenciais para o exercício de uma vida plena e digna, de ser sujeito de sua própria existência e poder superar os

danos e alterações em seu próprio corpo" (PITTA e MEIRA, 1991, p. 84). O surgimento do PAISM implicou mudanças na percepção da saúde da mulher brasileira. Costa, uma das elaboradoras do programa, assim descreveu o programa:

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher surge em 1983, representando uma esperança de resposta ao dramático quadro epidemiológico da população feminina. Neste sentido, grandes esforços foram empreendidos pelos movimentos sociais, particularmente o de mulheres, visando à implantação daquela prática assistencial, convencidos de que aquele modelo assistencial proposto pelo PAISM é capaz de atender às necessidades globais da saúde da mulher. (Apud OSIS, 1998, p. 30).

O movimento feminista argumentou que a integralidade deveria enfatizar não só a integração do colo, do útero e das mamas, mas os aspectos não físicos da vida, o contexto social, psicológico e emocional delas, ao serem atendidas. Além disso, sugeriram que o PAISM incluísse ações de educação sexual e em saúde. Dessa forma, o PAISM adquiriu um amplo significado social, pois conseguiu pôr em prática uma proposta de mudança na maneira como até então a saúde das mulheres não era tratada e que se inseria no contexto das mudanças ocorridas nas políticas de saúde nos anos 80, decorrentes da intensa discussão sobre universalidade e integralidade à saúde desde os anos 70, no âmbito do Movimento Sanitário. Com esse conceito de atenção integral à saúde da mulher, o significado do corpo feminino foi redimensionado no contexto social, de modo que até mesmo as ações de controle da fecundidade passaram a fazer parte da atenção integral da saúde das mulheres, vindo a acarretar uma mudança de posição delas (OSIS, 1998).

Segundo o documento Normas e Recomendações do INCA: Prevenção do Câncer do Colo do Útero, o rastreamento deve atingir mulheres na faixa etária de 25 a 60 anos, e mulheres com vida sexual ativa, independentemente da faixa etária, devem realizar o teste. A periodicidade do rastreamento será a cada três anos, após dois exames normais consecutivos com intervalo de um ano. Mulheres infectadas pelo HIV ou imunodeprimidas (que constituem o que o INCA denomina grupo de risco) devem realizar o rastreamento anualmente. Mulheres histerectomizadas, por outras razões que não o câncer do colo do útero, não devem ser incluídas no rastreamento (INCA, 2003).

O PAISM não conseguiu ser implementado de maneira igualmente satisfatória em todo território brasileiro, em virtude das diferenças sociais, econômicas e culturais peculiares a cada região e, ainda, das dificuldades e problemas presentes em todo o sistema público de saúde quanto ao acesso, atendimento e serviços prestados. Os obstáculos colocados para o PAISM são, em certa medida, reflexo da situação um tanto

quanto precária da saúde pública brasileira. Contudo, tanto a saúde pública quanto o PAISM, a despeito de todos os seus problemas de operacionalização, contêm propostas bastante atuais e pertinentes que não devem ser abandonados. Antes disso, é preciso criar estratégias para que sejam implementados em todo o país e com eficiência (OSIS, 1998).

Em avaliação realizada pelo Instituto Nacional do Câncer e pela Área Técnica da Saúde da Mulher em 2004, as ações realizadas tiveram pouco impacto na redução da mortalidade por esses cânceres. Por isso, esses programas estão sendo reformulados em suas concepções e propostas de ações. Também foi implantado o Sistema de Informações e Controle do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO – (MAEDA, 2004) em 1998, cuja base de dados, ao fornecer informações sobre a doença, permite avaliar e planejar os passos futuros (BRASIL, 2005).

O PAISM foi criado num cenário político nacional de mudanças, o que certamente acarretou dificuldades e problemas para ser desenvolvido com eficácia pelos serviços públicos de saúde dos municípios. Isso porque estes estavam assumindo os serviços de saúde em meio a inúmeras incertezas e dificuldades de ordem administrativa e técnica, o que por sua vez pode ter prejudicado a implementação do PAISM em muitos municípios, comprometendo a sua eficácia. Contudo, é possível que muitos municípios com uma boa estrutura e organização de serviços possam ter implantado o Programa de forma satisfatória. De qualquer modo, são inegáveis os avanços do Programa para a época, ainda que o PAISM não tenha sido homogêneo na sua implementação, em função da organização e capacidade dos serviços públicos estaduais e municipais e dos diferentes níveis de compromisso dos governantes com essa questão (BRASIL, 2005).

Entre os princípios e diretrizes do PAISM estão as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, concomitante à construção do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Movimento Sanitário. O programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer do colo do útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2005).

A partir de 2003, o INCA, em função de uma crise administrativa, estabeleceu sob nova direção um modelo de gestão mais participativa, tendo como base princípios

da ética, da transparência e da responsabilidade social e comprometido com a universalidade, equidade, integralidade e descentralização, todas premissas do SUS, a fim de ampliar a garantia da qualidade de acesso aos serviços públicos de saúde (DALCUCHE, 2006).

Para estabelecer a proposta do PAISM, o Ministério considerou o fato de que o cuidado da saúde da mulher, pelo sistema de saúde, limitava-se ao ciclo gravídico-puerperal, que já era deficiente, por causa da crescente presença da mulher no mercado de trabalho. O governo então propôs duas frentes de atuação na tentativa de agilizar o atendimento à saúde da população em geral, com a finalidade de expandir e consolidar a prestação de serviços básicos de ações integrais de saúde (AIS), e enfatizar algumas atividades, segundo critérios epidemiológicos, caracterizadas pelo seu impacto e transcendência. O programa previa atividades voltadas para o grupo materno-infantil; capacitação do sistema de saúde para atender às necessidades da população feminina, com ênfase no controle das patologias mais prevalentes nesse grupo; exigência de uma nova postura dos prestadores de serviços em saúde, considerando o conceito de integralidade do atendimento; uma prática educativa que permitisse aos usuários dos serviços de saúde o conhecimento necessário sobre a sua saúde e o tratamento (DALCUCHE, 2006).

O PAISM foi uma proposta de ação concreta na luta pela cidadania das mulheres e contou com a participação ativa do movimento feminista, o que permitiu ao movimento o aprofundamento da sua crítica quanto ao poder médico. Como referem Costa e Aquino (2000, p. 188), o PAISM construiu “uma crítica profunda à representação fragmentada do corpo feminino dominante no discurso biomédico, à biologização da reprodução e da sexualidade e ao privilégio das técnicas curativas em detrimento da prevenção e da promoção à saúde”.

Desse modo, o PAISM representou um avanço nas discussões e no atendimento à saúde da mulher. Entretanto, as ações de controle do câncer de útero e de mama eram realizadas sem nenhuma prioridade, sendo que esta lacuna do PAISM só foi preenchida com a criação pelo Instituto Nacional do Câncer do programa VIVA MULHER – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama –, implantado em 1997.

As ações referentes ao controle do câncer do colo uterino envolvem tanto a detecção precoce da doença por meio do exame citopatológico (Papanicolaou) quanto a

garantia do tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos, além do monitoramento da qualidade do atendimento à mulher, nas diferentes etapas do programa (DALCUCHE, 2006).

O Viva Mulher tinha como objetivo reduzir a mortalidade e as consequências físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, oferecendo serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais, tratamento e reabilitação, com prioridade para a faixa etária dos 30 aos 49 anos. Primeiro, foi criado o Projeto Piloto em seis localidades brasileiras (Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e Estado de Sergipe), desencadeando uma grande ação de mobilização social, que se expandiu para todo o território nacional. Atualmente, as estratégias principais para o controle do câncer uterino baseiam-se na realização do Papanicolaou para as mulheres entre 25 e 59 anos, no tratamento adequado da doença e no monitoramento da qualidade do atendimento à mulher, nas suas diferentes etapas (INCA, 2002).

Do amplo documento que estabelece as diretrizes do PAISM, apresenta-se uma seleção das suas diretrizes gerais: (a) a orientação e capacitação do sistema de saúde para atendimento das necessidades de saúde da população feminina com ênfase no controle de patologias mais prevalentes nesse grupo; (b) a inserção do conceito de integralidade da assistência em todas as ações referentes à atenção clínica e ginecológica, exigindo-se, para isso, uma nova postura de trabalho da equipe de saúde; (c) a inserção de prática educativa que assegura, às mulheres, a apropriação de conhecimentos necessários a um controle maior sobre sua saúde; (d) o planejamento familiar como uma atividade complementar das ações de saúde materno-infantil, desvinculado de qualquer caráter coercitivo (BRASIL, 1984).

O Ministério da Saúde tem desenvolvido programas na área de saúde da mulher, como Programa de Aleitamento Materno, Programa de Assistência ao Pré-Natal e Nascimento, Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, entre outros. Concomitante à tentativa de implantar o PAISM, o Programa de Saúde da Família (PSF) estava sendo elaborado e foi implantado no final da década de 1990, como tentativa de responder a problemas que o PAISM não conseguiu resolver em alguns municípios, dadas as fragilidades das suas ações. A implementação do PSF visava resgatar a proposta de uma saúde integral, mas com uma nova orientação, visando tornar a família o objeto de atenção, e a atenção integral passando a ser atenção básica (DALCUCHE, 2006).

Na avaliação de Costa e Aquino (2000, p. 190), as ações de atenção básica promovidas pelo Ministério da Saúde não têm contribuído para o fortalecimento do SUS.

O Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a despeito de constituírem estratégias adequadas ao enfrentamento da extensão de cobertura e da correção de iniquidades, quando tomados como ações únicas e isoladas do conjunto das outras necessidades de saúde, tornam-se impróprias e ineficientes. Para as mulheres, esses programas buscam apenas potencializar os serviços de assistência básica à saúde (pré-natal, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo, por exemplo).

O documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes, publicado pelo Ministério da Saúde em 2004, relatava a influência do SUS na implementação do PAISM, quanto à municipalização e ao programa de atenção básica (PSF). Esse mesmo documento também analisava o período de 1998-2002, apontando para a preocupação em resolver problemas, mas priorizando a saúde reprodutiva, em especial, as ações voltadas para reduzir a mortalidade materna. Essas prioridades acabaram gerando lacunas em outras áreas da saúde da mulher (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde, para consolidar o SUS, estabeleceu o Pacto pela Saúde em 2006. Entre as seis prioridades do pacto está o controle do câncer do colo do útero e de mama, que tem como objetivos e metas os seguintes: a) cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo do útero; b) incentivo da realização de cirurgia de alta frequência; c) ampliação em 60% da cobertura de mamografia e realização de punção em 100% dos casos necessários (BRASIL, 2006).

Com esse pacto pela Saúde 2006, a questão da integralidade da atenção à saúde é retomada, definindo-se as seguintes responsabilidades para cada município: a) integralidade das ações de saúde prestada ao indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho, englobando atividades de promoção à saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; b) assistência, garantindo o acesso ao atendimento às urgências; c) equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, adequando a oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais (BRASIL, 2006).

A atenção integral à saúde da mulher passa, necessariamente, pela capacitação permanente das equipes de saúde, pelas mudanças de atitudes, de conceitos. Isso porque

o atendimento requer, sobretudo, respeito às diferenças, sem imposição de valores e sem discriminação. Para tanto, considere-se que a atenção integral à saúde pode ser um conceito estratégico de mudança e de transformação das práticas de saúde (DALCUCHE, 2006).

1.1 O Desenvolvimento do Câncer do Colo do Útero

O câncer do colo do útero apresenta crescimento lento. O processo de transformação das células da superfície do colo do útero em anormais pode levar vários anos. No início, essas anormalidades ainda não se caracterizam como um câncer e são denominadas displasias. Porém algumas dessas alterações ou displasias (NIC I, II E III) podem dar início a uma série de alterações que podem levar ao aparecimento do câncer de colo de útero. Algumas displasias se curam espontaneamente, sem tratamento, mas sendo algumas pré-cancerosas, todas necessitam de atenção para evitar o aparecimento do câncer. Geralmente o tecido displásico pode ser retirado ou destruído sem atingir tecidos saudáveis, mas em alguns casos a histerectomia (retirada total do útero) pode ser necessária (BRASIL, 2008).

A seguir, observa-se, na Figura 1, um colo do útero “normal” (sem inflamações cancerígenas) e na Figura 2 o colo do útero com inflamações (Figura 2).

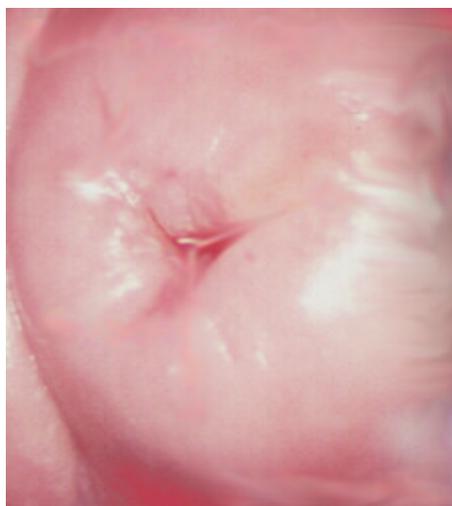


FIGURA 1. Colo do útero sem infiltrações inflamatórias.

Fonte: www.aids.gov.br

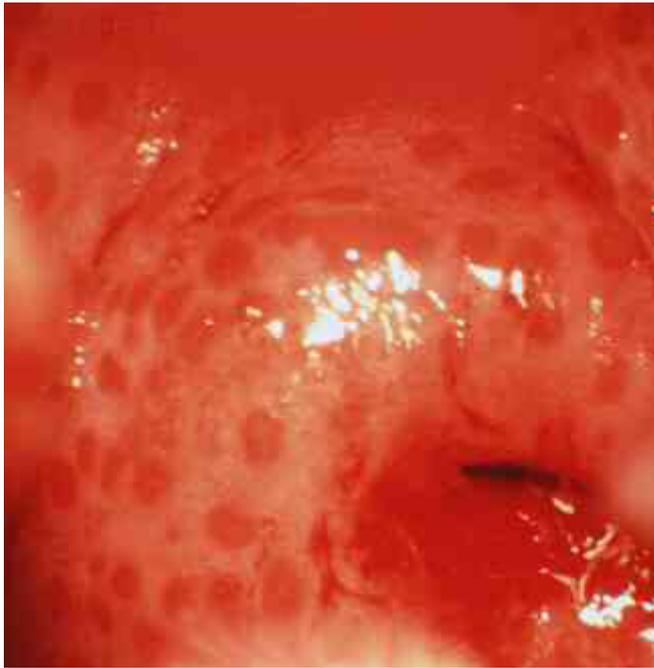
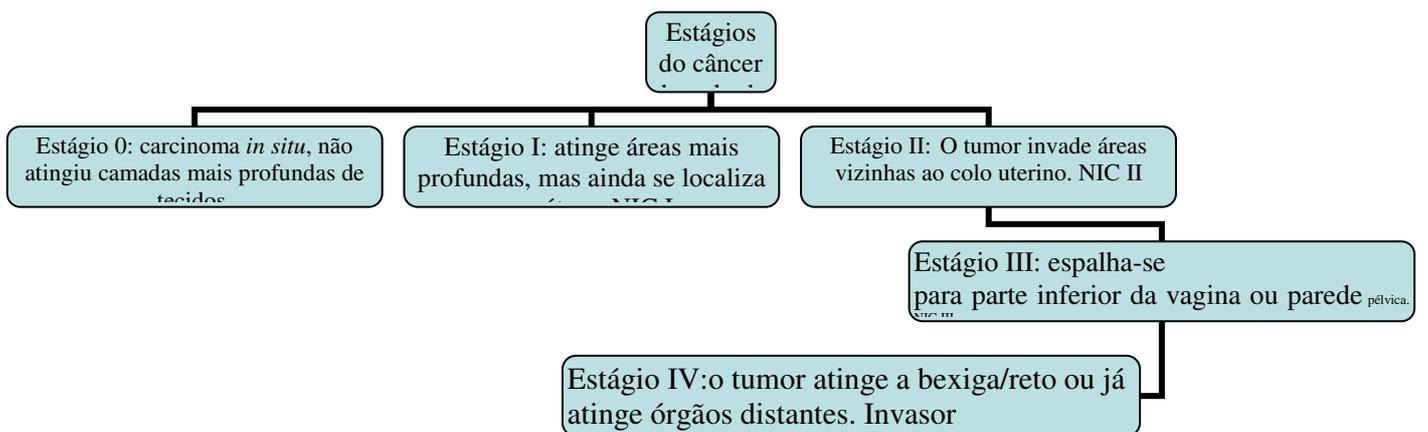


FIGURA 2. Colo do útero com infiltrações inflamatórias.
Fonte: www.aids.gov.br

Com base nas informações do Ministério da Saúde/INCA sobre os estágios de desenvolvimento do câncer, pode-se traçar o seguinte organograma:



O exame de Papanicolau consiste na coleta de material do colo uterino para exame em laboratório. É um exame simples e barato, porém algumas mulheres ainda resistem em realizá-lo por medo ou vergonha. Além de diagnosticar a doença, o exame serve principalmente para determinar o risco de uma mulher vir a desenvolver o câncer. Por isso, todas as mulheres que são ou foram sexualmente ativas e que tenham colo de útero devem fazer o exame, pelo menos uma vez ao ano. Em geral, se o resultado do exame for negativo por três anos consecutivos, a periodicidade dele passa a ser de três em três anos. No entanto, a recomendação é que a frequência de realização do exame seja estabelecida pelo médico, de acordo com os resultados. Considerem-se os seguintes fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de colo de útero: início precoce da atividade sexual, número elevado de parceiros sexuais, antecedentes de doença sexualmente transmissível e falta de higiene pessoal (INCA, 2007).

É importante ressaltar que Papilomavírus Humano (HPV) tem sido frequentemente associado ao câncer do colo do útero. A transmissão do HPV ocorre através do contato sexual, e os homens são transmissores do vírus para as mulheres. Por isso, no planejamento de ações de controle do câncer do colo do útero, torna-se imprescindível abordar a questão da transmissão do HPV, com ênfase nos métodos preventivos de transmissão, atingindo homens, mulheres e grupos com comportamento de risco (DALCUCHE, 2006). Segundo o Ministério da Saúde, o uso de preservativos consegue barrar de 70% a 80% das transmissões do HPV (BRASIL, 2008). Todavia, embora seja menos comum, a transmissão do HPV também pode ocorrer com o uso comum de roupas íntimas, toalhas, vasos sanitários e banheiras. O HPV acarreta o desenvolvimento de verrugas, com aspecto de couve-flor e de tamanhos variáveis, nos órgãos genitais (Figura 3).



Figura 4. Verrugas decorrentes de HPV

Fonte: <http://www.aids.gov.br/dst/>

Luiz Antonio Santini ressalta que, apesar de a vacina anti-HPV poder revolucionar a prevenção do câncer do colo do útero, ela precisa ser avaliada com mais cuidado. Vale lembrar que a comercialização dessa vacina foi liberada no Brasil em agosto de 2006, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

O HPV é um vírus quase universal na população humana, transmitido por via sexual, e sua infecção, em geral, transcorre sem a manifestação de sintomas e regride espontaneamente, sem tratamento. A vacina anti-HPV apresenta cerca de 98% de efetividade contra os dois principais subtipos cancerígenos do HPV (16 e 18), se utilizada em mulheres não expostas, isto é, antes da iniciação sexual, sem que jamais tenham tido contato com vírus. Caso não seja aplicada nessa fase, a efetividade reduz-se a apenas 17% (SANTINI, 2007).

Santini (2007) questiona se, com a vacina anti-HPV, as jovens vacinadas não poderiam vir a criar uma falsa sensação de proteção quanto à necessidade de sexo seguro, dado que as mudanças nos hábitos de vida têm uma forte influência na prevenção. Logo, nem mesmo a implantação da vacina exclui a necessidade de manutenção do exame preventivo regular. Isso porque algumas informações apontam para mais de 1.600 reações adversas, incluindo três mortes por trombose. Porém trata-se de informações que precisam ser mais bem estudadas, visando esclarecimentos sobre as reações adversas à vacina anti-HPV.

Sabe-se, hoje, que a maioria dos casos de neoplasia cervical tem como causa infecção persistente com certos tipos de HPV, considerados de alto risco, sendo que há

mais de 70 tipos dele. Estima-se que 95% dos casos da doença sejam decorrentes de infecção com cerca de quinze tipos de HPV de alto risco (70% pelos tipos 16 e 183). Esse conhecimento é importante, porque contribuiu para o desenvolvimento de novas estratégias capazes de prevenir a doença, sobretudo duas vacinas profiláticas contra o HPV (ELUF NETO, 2008).

O câncer do colo uterino é uma doença que depende quase cem por cento das ações de prevenção tanto para evitar a transmissão do vírus quanto para obter tratamento com maior possibilidade de cura. Segundo o Ministério da Saúde, o uso de preservativos consegue barrar de 70% a 80% das transmissões. Entretanto, a possibilidade de o vírus se alojar em outros locais, como o ânus, o períneo e na região pubiana, impede a total eficácia do preservativo (BRASIL, 2008).

Apesar de os estudos apontarem para resultados favoráveis no uso da vacina contra o HPV, duas questões fundamentais permanecem sobre a introdução da vacina. A primeira delas refere-se ao alto custo da vacina, que deve ser feita em três doses. A segunda está assentada no receio de que, com a introdução da vacina na rede pública, embora isso ainda não tenha acontecido, haja uma diminuição nos investimentos para o rastreamento do câncer do colo do útero e conseqüentemente uma redução da cobertura (PAULA NETO, 2008). Logo, para que uma descoberta importante, como a da vacina anti-HPV, necessária ao controle do câncer uterino, não esvazie a prática dos cuidados com a prevenção, é imprescindível informar a população feminina sobre a faixa etária mais apropriada, os tipos de HPV que ela previne, a dosagem (são três), além do fato de que o seu período de eficácia é de sete anos, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

No que se refere à vacinação, a idade recomendada para ela é de 11 a 12 anos, mas o período pode ir dos 9 anos de idade até os 26 anos. Assim, as mulheres com idade superior 26 anos estariam desprotegidas, sobretudo aquelas que se encontram na faixa etária de maior incidência da doença, acima dos 35 anos de idade. A situação ideal é receber a vacina ainda virgem, para aumentar a sua eficácia. Porém mulheres não virgens podem tomar a vacina e, estando infectadas por algum tipo de HPV, estarão protegidas de outros tipos. Os estudos indicam que a vacina pode reduzir as taxas de incidência e de mortalidade por câncer do colo do útero, de modo que hoje esse assunto é uma preocupação (PAULA NETO, 2008).

1.2 Perfil Epidemiológico Brasileiro

Segundo informações do Ministério da Saúde, em 2004, as neoplasias ocupavam a terceira posição no Brasil. Esse processo patológico se insere num contexto brasileiro de mudança do perfil epidemiológico, no qual a elevada incidência de mortalidade por doenças infecciosas se modifica, predominando os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças crônico-degenerativas (ARAÚJO, 1992).

Para Possas (1989), no Brasil, a queda da mortalidade por doenças infecciosas não tem sido acompanhada pela erradicação de sua morbidade. Com isso, o ressurgimento de antigas doenças pode induzir à possibilidade da deterioração das condições sanitárias do país e reafirmar a inexistência de uniformidade na transição epidemiológica brasileira, em função da coexistência de novos problemas, com o reaparecimento de outros considerados erradicados (WALDMAN, SILVA & MONTEIRO, 2000). Assim, conceituar epidemiologia não parece ser uma tarefa fácil. Rouquayrol (2006, p. 321) explica o termo da seguinte forma:

Ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação das doenças, e construindo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de rotina, em consonância com as políticas de promoção da saúde.

No que se refere aos indicadores de morbimortalidade, o cenário brasileiro demonstra que, na década de 1930, as doenças infecciosas eram responsáveis por cerca de 46% das mortes em capitais brasileiras. A partir desse período tem-se verificado a redução progressiva desse tipo de morbimortalidade, sendo que em 2003 essas doenças responderam por cerca de 5% (BARBOSA, 2003, p. 293). Contudo, as doenças cardiovasculares, que respondiam por apenas 12% em 1930, estão, atualmente, entre as principais causas de morte, correspondendo a quase um terço dos óbitos. Essas são seguidas pelos cânceres e, em terceiro lugar, pelas mortes ocasionadas por acidentes e violência.

Conforme o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a estimativa de ocorrência foi de mais de 18 mil casos de câncer do colo do útero (18.680) em todo Brasil para o

de 2008, como mostra a Tabela 1, que apresenta as estimativas para o ano 2008 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

TABELA 1. Estimativas para o ano de 2008 das taxas brutas de incidência de câncer no Brasil

Mulheres				
Localização primária neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa bruta(%)	Casos	Taxa bruta (%)
Mama feminina	49.400	50,71	17.400	76,04
Colo do útero	18.680	19,18	5.620	24,49
Cólon e reto	14.500	14,88	5.450	23,80
Traqueia, brônquio e pulmão	9.460	9,72	3.070	13,49
Estômago	7.720	7,93	2.380	10,30
Leucemias	4.320	4,44	1.340	5,89
Cavidade oral	3.780	3,88	1.140	4,83
Pele (melanoma)	2.970	3,03	930	3,69
Esôfago	2.650	2,72	620	2,30
Outras localizações***	62.270	63,93	22.530	98,39
Subtotal	175.750	180,43	60.480	264,11
Pele (não melanoma)	59.120	60,70	14.140	61,73
Todas as neoplasias	234.870	241,09	74.620	325,77

Fonte: www.inca.gov.br

- * Os números da tabela são arredondados para 10 ou múltiplos de 10.
- ** Menor que quinze casos.

Segundo a Tabela 1, o número de casos novos de câncer do colo do útero esperados para o Brasil no ano de 2008 é de 18.680, com um risco estimado de dezenove casos a cada cem mil mulheres, ocupando o segundo lugar dentre os demais tipos de câncer em mulheres.

A seguir a Tabela 2 apresenta a estimativa para o ano 2008 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária,* na região Centro-Oeste.

TABELA 2. Estimativa para o ano de 2008 das taxas brutas de casos novos por câncer, em mulheres, na região Centro-Oeste

Mulheres				
Localização primária neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa bruta (%)	Casos	Taxa bruta (%)
Mama feminina	2.630	38,17	700	50,92
Colo do útero	1.350	19,44	330	24,24
Cólon e reto	760	10,88	220	16,40
Traqueia, brônquio e pulmão	620	8,80	130	10,51
Estômago	410	6,01	90	7,10
Leucemias	290	4,19	80	5,76
Cavidade oral	220	3,27	60	4,61
Pele (melanoma)	120	1,84	40	2,92
Esôfago	120	1,87	30	2,06
Outras localizações	3.130	45,35	660	48,49
Subtotal	9.650	139,82	2.340	171,92
Pele (não melanoma)	4.400	63,84	1.030	75,40
Todas as neoplasias	14.050	203,41	3.370	247,01

Fonte: www.inca.gov.br

- * Os números da tabela são arredondados para 10 ou múltiplos de 10.
- ** Menor que quinze casos.

A incidência na região Centro-Oeste para o câncer do colo do útero é a segunda maior, tal como acontece na estimativa para o Brasil, repetindo inclusive o percentual do risco, também estimado em dezenove casos a cada cem mil mulheres. Com essas informações, obtém-se um panorama do perfil epidemiológico do Brasil, no qual as neoplasias estão entre as três primeiras causas de incidência e morte. E, dentre as neoplasias que atingem as mulheres, o câncer do colo do útero ocupa a segunda posição no Brasil e no Centro-Oeste.

1.3. Goiânia e o Câncer do Colo do Útero

Ao observar o comportamento do câncer do colo do útero, fica evidente o seu avanço com a idade, sendo que a partir dos 40 anos o número de casos aumenta significativamente. Esse fato ressalta a necessidade de ações preventivas, como tentativa

de controlar a ocorrência da doença, ou pelo menos fazer com que ela seja diagnosticada na fase inicial para aumentar as possibilidades de cura.

A detecção precoce significa que quanto mais cedo for diagnosticado o câncer maiores serão as chances de cura, a sobrevida e a qualidade de vida da paciente, além de ser mais favoráveis à relação efetividade–custo. As estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA), em 2008, foram de 5.570 casos em Goiás, dos quais 1.720 devem acontecer em Goiânia (INCA, 2008).

O contexto aqui abordado está circunscrito à capital do Estado de Goiás, próxima de Brasília (206 km), capital federal. Fundada em 1933, Goiânia foi planejada e projetada para uma população de 50.000 habitantes. A região metropolitana é formada por vinte municípios, com população total de dois milhões de habitantes, sendo que a da capital, em 2007, possuía mais de um milhão de habitantes (1.244.645), (SEPLAN, 2007)⁵.

A prestação de serviços de saúde no Estado de Goiás se tornou referência, com 466 hospitais em diversas especialidades, 18.789 leitos hospitalares que, em número *per capita*, está acima da média nacional. Seguindo a trajetória do Estado de Goiás, a capital consolidou-se nos últimos anos como centro de excelência em medicina, tornando-se referência nacional e internacional em diversas áreas médicas como: oftalmologia, neurologia, cardiologia, oncologia, tratamento de queimaduras, entre outras. Em 2007, a cidade contava com 104 hospitais e 6.280 leitos, conforme os dados da Seplan (2007).

Assim, o município de Goiânia tornou-se referência na área de saúde, inclusive na assistência prestada às neoplasias. A cidade conta com os serviços do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) funcionando há dezoito anos, que quantifica, monitora e avalia as neoplasias (MOURA, 2006). Segundo informações da Associação de Combate ao Câncer em Goiás (ACCG), Goiânia possui ainda, desde 1967, um hospital especializado no tratamento de todos os tipos de câncer, o Hospital Araújo Jorge (HAJ), com cerca de 190 leitos. Por ser um centro de referência no Brasil, o HAJ atende não só à população local e do interior, mas também à de outros estados.⁶

Mediante os dados sobre o desenvolvimento de Goiânia como centro de referência em saúde e em especial para o tratamento de câncer, é possível inferir que a cidade acompanhou as mudanças epidemiológicas acontecidas no Brasil. Assim, vale

⁵ Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento do Estado de Goiás.

⁶ Essas informações são da Associação de Combate ao Câncer em Goiás e estão disponíveis em: <http://www.accg.org.br/accg/araujojorge.htm>.

ressaltar que alguns desafios estão presentes nas mudanças acarretadas pela transição epidemiológica. O primeiro é o financiamento das ações de atendimento à saúde, quando são focalizadas em práticas de curas e não em ações de prevenção e promoção da saúde.

Apesar da busca da exaustiva busca por informações sobre as taxas de mortalidade e incidência do câncer do colo do útero, além das consultas nos *sites* do Ministério da Saúde, do INCA e visitas ao RCBP e à ACCG em Goiânia, os registros referem-se apenas até o ano de 2005. Assim, no Quadro 1, a seguir, apresenta-se o comportamento do câncer uterino, em mulheres, no período que vai de 1997 a 2005, em todas as regiões brasileiras, referindo-se à taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas segundo as regiões geopolíticas.

QUADRO 1. Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas nas regiões brasileiras (1997-2005)

Região	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total	4,26	4,44	4,67	4,59	4,82	4,61	4,68	4,76	4,81
Norte	4,16	4,55	5,24	4,59	4,96	5,55	5,42	5,91	5,97
Nordeste	3,22	3,49	3,49	3,86	4,06	4,28	4,33	4,41	5,08
Sudeste	4,31	4,34	4,61	4,72	4,88	4,41	4,36	4,50	4,21
Sul	5,80	6,31	6,26	5,47	6,01	5,44	5,54	5,36	5,36
CENTRO-OESTE	5,17	4,86	5,92	4,85	4,85	4,39	5,41	5,19	5,02

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

O Quadro 1 demonstra que a taxa de mortalidade de câncer uterino na região Centro-Oeste oscilou entre a 2^a, a 4^a e 5^a posição em relação às outras regiões brasileiras. Durante o período de 1997 a 2000 ocupou a segunda posição, em 2001 e 2002 caiu para o 4^o lugar, em 2003 e 2004 subiu para a 3^a posição e em 2005 voltou a cair e a ocupar o 4^o lugar. O quadro mostra uma tendência de queda a partir de 2003, mas não se pode afirmar que manteve a tendência, por falta das informações dos outros anos.

O Quadro 2, na sequência, refere-se à taxa de mortalidade específica por câncer do colo do útero no Estado de Goiás e em Goiânia, no período de 1997 a 2005.

QUADRO 2. Taxa de mortalidade específica por câncer do colo do útero no Estado de Goiás e em Goiânia (1997-2005)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
GOIÁS	5,47	5,52	5,53	4,98	5,18	4,35	5,51	5,02	4,31
GOIÂNIA	7,86	6,26	8,70	5,25	6,36	3,72	7,00	6,63	6,04

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

Assim como na região Centro-Oeste, o Estado de Goiás e a capital Goiânia também apresentam variações nas taxas de mortalidade do câncer uterino. No Estado a taxa de mortalidade aumenta nos anos de 1997 a 1999, diminui em 2000 e volta a aumentar um pouco em 2001, cai um pouco mais em 2002, aumenta em 2003 e volta a cair em 2004 e mantém a tendência de queda em 2005. No entanto, as taxas de variações são relativamente baixas, sendo a do ano de 2005 a menor. Em Goiânia também se observam oscilações nas taxas de mortalidade, entretanto, verifica-se que a cidade possui taxas maiores que o Estado e a região Centro-Oeste, com exceção do ano de 2002, cuja taxa é mais baixa no período em questão nos três locais. Esse fato pode ter coincido com a 2ª campanha nacional de prevenção ao câncer uterino do Programa Viva Mulher, que visava atrair as mulheres para a realização do exame preventivo. Em 2003, a taxa volta a subir, mas diminui nos dois anos seguintes, mas são mais altas que a da região e a do Estado. Essas informações podem estar associadas ao fato de a capital ter se tornado referência na prestação de serviços em saúde e especificamente no tratamento de neoplasias, atraindo mulheres de toda região para realizar o tratamento.

O Quadro 3 apresenta a taxa de mortalidade específica do câncer do colo do útero em mulheres, na capital Goiânia por faixa etária, no período de 1997 a 2005.

QUADRO 3. Taxa de mortalidade específica do câncer do colo do útero em Goiânia, GO (1997-2005)

	0 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais
1997	0,64	7,78	4,87	34,41	51,30	39,56	80,26
1998	*	5,46	4,79	19,74	36,69	68,09	78,93
1999	0,62	6,46	11,01	30,54	49,67	86,18	51,81
2000	0,31	2,09	12,39	11,73	19,74	30,79	77,97
2001	0,31	3,03	13,27	13,58	19,12	51,49	92,20
2002	*	2,00	3,85	10,95	40,76	7,07	*
2003	*	1,97	9,95	31,88	32,39	34,12	50,59
2004	0,31	1,89	12,85	20,00	27,16	31,76	62,03
2005	0,31	5,56	9,04	21,30	26,34	12,24	29,69

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

*Não há registros.

Quando se comparam as taxas de mortalidade por faixa etária, verifica-se que, de 30 a 49 anos – faixa que é priorizada pelo Programa VIVA MULHER –, apesar de

em alguns anos ela ser elevada, é a partir dos 50 anos de idade que ela é muito mais elevada. Logo, observa-se que a situação é mais grave na faixa de idade acima dos 50 anos, o que significa que, quanto maior a idade, maior o risco de morrer por câncer do colo do útero. Isso evidencia a necessidade de controle do desenvolvimento do câncer do colo do útero a partir dos 50 anos. Portanto, o Programa deve atingir prioritariamente a faixa etária acima dos 50 anos e não mais a dos 35 aos 49 como estabelecido inicialmente.

Como afirmado anteriormente, não se dispõem das taxas de mortalidade nos anos de 2006 a 2008, segundo o RCBP de Goiânia. Porém, pela Tabela 3, a seguir, têm-se as estimativas de incidência da enfermidade para o ano de 2008, com base nas taxas brutas de incidência por 100.000 e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária*, no Estado de Goiás e na capital Goiânia.

TABELA 3. Estimativas de incidência de casos de câncer para o ano de 2008 no Estado de Goiás

Mulheres				
Localização primária neoplasia maligna	Estimativa dos casos novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama feminina	1.040	34,73	340	50,49
Colo do útero	570	19,08	160	23,26
Cólon e Reto	290	9,79	120	17,97
Traqueia, brônquio e pulmão	290	9,59	70	10,98
Estômago	160	5,49	40	6,62
Leucemias	120	3,92	40	5,81
Cavidade oral	110	3,80	30	5,15
Pele (melanoma)	40	1,48	20	2,96
Esôfago	50	1,84	**	2,02
Outras localizações	870	29,14	380	55,87
Subtotal	3.540	118,57	1.210	177,91
Pele (não melanoma)	2.230	74,60	510	75,30

Fonte: www.inca.gov.br

- Os números da tabela são arredondados para 10 ou múltiplos de 10.
- ** Menor que quinze casos.

De acordo com a Tabela 3, também para o ano de 2008 o câncer do colo do útero ocupa a segunda posição dentre os demais tipos de câncer que podem atingir as mulheres, excetuando-se a somatória das demais localizações, assim como acontece no

Brasil e na região Centro-Oeste, demonstrados nas Tabelas 1 e 2, respectivamente. Logo, percebe-se que enfrentar essa enfermidade depende muito de investimentos em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa da vida saudável, o que envolve compreender o comportamento cultural da sociedade quanto ao processo saúde-doença (BRASIL, 2005), ou seja, lidar com informações, crenças e ações individuais e coletivas inseridas num determinado contexto social, econômico, político e cultural. Dessa forma, este estudo tenta descortinar o universo de significados construídos pelas mulheres enfermas sobre o câncer do colo do útero.

CAPÍTULO 2

REVISANDO A TEORIA

Segundo a exposição histórica anteriormente apresentada, as mulheres inserem-se numa sociedade que possui características peculiares, definidas por um determinado modo de vida, como no caso da modernidade, por exemplo. Nesse sentido, alguns teóricos, em suas reflexões, tecem considerações acerca de como é a vida numa sociedade moderna e, em especial, do significado e das consequências de suas distintas dimensões, incluindo o processo saúde-doença.

Nesse contexto, é oportuno considerar a interconexão entre sociologia e saúde, abordando-se fundamentalmente os conceitos sociológicos que permitem pensar o processo saúde-doença, em que se reitera a importância de estudos relacionados à percepção de risco. Tais estudos são fundamentais para a compreensão de diversos campos do conhecimento, em especial o da sociologia da saúde, ainda que utilizados preponderantemente em referência às questões ambientais (GIDDENS, 1991, 1997; BECK, 1997, 2006).

2.1. A Vida em Uma Sociedade Moderna: os Sistemas Peritos

Para Giddens (1991), a modernidade é um estilo de vida europeu proporcionado pelo surgimento da sociedade urbano-industrial, pós-período feudal, que se alastrou para outros lugares, tornando-o em certa medida mundial. Esse modo de vida, próprio da modernidade, segundo o autor, tem como uma de suas características a desorientação, que, além de acarretar a não compreensão de todos os acontecimentos de forma plena, também não permite ter controle sobre eles.

O estilo de vida da modernidade em Giddens (1991) implica viver sujeito às situações dúbias como: risco e confiança; vulnerabilidade e segurança. Os indivíduos são lançados em experiências sobre as quais não possuem controle, gerando uma sensação de insegurança. No caso do processo saúde-doença, tanto o tratamento quanto o profissional representam as instituições sociais que prestam serviços em saúde, o saber especializado. Com isso, ao analisar as instituições sociais modernas, Giddens (1991) aponta a existência de mecanismos de desencaixe dos sistemas sociais que são

dependentes da confiança. Desse modo, as relações estabelecidas entre indivíduos na era moderna pressupõem confiança, tanto em pessoas quanto em instituições.

Contribuindo para o entendimento da sociedade moderna, Giddens (1991) demonstra que as relações da era moderna encontram-se numa situação de redefinição do tempo e do espaço, pois, apesar de esses mecanismos estarem separados, eles se apresentam conectados, numa esfera organizacional. O desencaixe dessa estrutura permitiria ao indivíduo desembaraçar-se dos poderes das tradições e valores da comunidade em que se encontra, durante o processo de constituição de sua identidade. Com isso, o indivíduo teria liberdade para escolher o tipo de vida que se deseja viver, estando submetido somente às normas legais do Estado. Para o autor, desencaixe é “o deslocamento das relações sociais de contextos locais de interação e sua reestruturação através de extensões indefinidas de tempo-espaço” (GIDDENS, 1991, p. 29). Um dos desencaixes destacados são os sistemas peritos.

Na base dessas ações, o autor também discute a noção de confiança presente nas instituições da modernidade, que representam os sistemas especialistas. Os indivíduos leigos precisam legitimar o conhecimento perito, algo que não pode conferir por si próprio. Essa legitimação depende da fé desses sujeitos leigos em tais sistemas. Fé que assume a forma de “confiança”. Todavia, há um elemento imprescindível para a sustentação dessa fé. Trata-se das necessárias experiências prévias capazes de assegurar que tais sistemas funcionem conforme se espera deles. Nesse caso, o reconhecimento da ciência aparece como legitimador do caráter de confiabilidade dos sistemas peritos.

A racionalidade gera competência especializada que, por sua vez, cria e estimula a necessidade de si mesma. Assim, ocorre uma proliferação de especialistas com a função de nos orientar diante das manifestações da ambivalência (incerteza) dos tempos atuais. Na sociedade moderna, atual, a ação mediada se estende às diversas dimensões do viver cotidiano. Até mesmo aspectos específicos da ordem existencial passam a ser mediados por objetos técnicos e serviços especializados. Mas em meio às tentativas de resolver os problemas, outros surgem.

A confiança se dá em relação aos chamados “sistemas peritos”, que são “sistemas de excelência técnica ou competência profissional que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que vivemos hoje” (GIDDENS, 1991, p. 35). Para a pessoa leiga, a confiança é, em parte, um artigo de “fé” em sistemas peritos, que independe do conhecimento do modo de funcionamento de tais sistemas. “A confiança pode ser definida como crença na credibilidade de uma pessoa ou sistema, tendo em

vista um dado conjunto de eventos, em que essa crença expressa uma fé na probidade ou amor de um outro, ou na correção de princípios abstratos (conhecimento técnico)” (GIDDENS, 1991, p. 41).

A partir disso, o autor faz uma tênue distinção entre confiança e fé, categorias utilizadas por ele para compreender a modernidade. Elas não possuem o mesmo significado. Confiança não é o mesmo que fé na credibilidade de uma pessoa ou sistema, mas sim o que deriva dessa fé. O autor ressalta ainda que a fé tem um elemento pragmático – uma avaliação baseada na experiência positiva em relação a tais sistemas –, que se alia a forças reguladoras, responsáveis por controlar qualidade, manter vigilância de padrões de produção, licenciar produtos, autorizar vendas, prestações de serviços etc.

Para Giddens (1991), na confiança está embutida a ideia de risco, de modo que o indivíduo que confia num sistema perito tem cada vez mais noção de que ele pode não apresentar o resultado esperado ou desejado, característica esta que é da modernidade. A confiança pressupõe, também, a existência de um risco, porque está vinculada às incertezas, seja em relação às ações de indivíduos ou operações de sistemas, em que a condição fundamental da confiança é a falta de informação plena pelos indivíduos.

Os sistemas peritos são sistemas de desencaixe porque, além do distanciamento entre tempo e espaço, asseguram aos indivíduos probabilidades quanto ao seu funcionamento. As expectativas são proporcionadas pelo controle exercido sobre tais sistemas, por meio de avaliações realizadas a respeito do conhecimento técnico, que comprovam viabilidade e eficiência deles. De acordo com a definição de Giddens (1991, p. 35), sistemas peritos são:

[...] sistemas de excelência técnica ou competência profissional que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que vivemos hoje. A maioria das pessoas leigas consulta profissionais – advogados, arquitetos, médicos, etc., – apenas de modo periódico ou irregular. Mas os sistemas nos quais está integrado o conhecimento dos peritos influenciam muitos aspectos do que fazemos de uma maneira contínua.

Os profissionais em saúde, representantes dos sistemas peritos, possuem conhecimento técnico/especializado e pressupõem que os indivíduos enfermos confiam nos seus serviços. Essa confiança baseia-se na experiência de que tais sistemas geralmente funcionam da maneira esperada, mesmo existindo os riscos.

Dessa forma, observa-se que os indivíduos estão em constante interação, em função da dependência que se tem, por exemplo, dos sistemas peritos. O processo saúde-doença é determinante quanto à interação entre indivíduos e especialistas, pressupondo a constituição de uma relação baseada na confiança. Diante desse entendimento, Giddens (1991) destaca a mudança ocorrida nas relações sociais para esclarecer que os indivíduos estão em constante interação uns com os outros, mesmo que não se conheçam. Essa interação é o que o autor denomina “estranhamento polido”, no qual um olhar é sinal de reconhecimento do outro e distancia a possibilidade de uma ação agressiva, estabelecendo-se a confiança no outro.

A sociedade moderna convencionou que são as informações fornecidas pelos exames que identificam os indivíduos portadores de uma doença, o que ressalta a crença nesses resultados, sem os quais o diagnóstico médico fica pouco confiável. Portanto, a crença está no conhecimento técnico dos sistemas peritos. No caso da confiança em sistemas abstratos, conforme o autor, ela muitas vezes independe do contato com os “responsáveis por eles”. “A natureza das instituições modernas está profundamente ligada ao mecanismo da confiança em sistemas abstratos, especialmente confiança em sistemas peritos” (GIDDENS, 1991, p. 87).

Giddens (1991) faz uma diferenciação entre a confiança em sistemas abstratos e em pessoas (representantes dos sistemas). A primeira até oferece segurança, mas não uma relação de intimidade, como pode acontecer na segunda acepção. “A confiança em sistemas abstratos não é psicologicamente gratificante como a confiança em pessoas o é” (GIDDENS, 1991, p. 116). Essa confiança em pessoas ou do “haja-como-de-hábito”, para o autor, é um corolário da relação construída entre os sujeitos envolvidos numa determinada relação, pressupondo uma disposição em conquistar e confiar uns nos outros.

No caso do processo saúde-doença, a confiança em pessoas parece ser mais adequada, pois o sujeito já debilitado pela doença apresenta-se frágil e a sensação de segurança torna-se fundamental para sua reabilitação. Desse modo, o contato que o paciente (ator leigo) estabelece com o médico (representante do sistema perito), dependendo da frequência, pode criar uma confiança em certa medida baseada na intimidade, mas que gera uma expectativa quanto ao comportamento do representante do sistema perito. Para o autor, essa confiança deve ser renovada e isso acontece de duas maneiras: “na fidedignidade dos indivíduos específicos envolvidos e no conhecimento aos quais o indivíduo leigo não tem acesso efetivo. Uma atitude de “aja-

como-de-hábito” tende a ser particularmente importante onde os perigos envolvidos são visíveis” (GIDDENS, 1991, p. 89).

2.2 O Surgimento do Conceito de Risco

Como em sociedades pré-modernas os riscos eram pessoais, desenvolveu-se a conotação de aventura e ousadia. Já na sociedade reflexiva, eles extrapolam as realidades individuais e até mesmo as fronteiras territoriais e temporais. Produzidos numa região, podem geralmente afetar outras. Um acidente nuclear, por exemplo, não fica comportadamente imóvel no local do acidente, uma vez que a contaminação espalha-se de diversas formas, contaminando o ar, o solo, as águas, atingindo um contingente populacional significativo. Além disso, revelam-se como riscos que extrapolam também as fronteiras temporais: não apenas as gerações do presente, mas até as futuras podem estar “em risco”.

Mesmo nas sociedades de modernidade clássica havia os riscos que afetavam as coletividades, mas, de maneira geral, eles eram produtos do parcimonioso suprimento de algo, como, por exemplo, o surgimento de epidemias decorrentes da falta de tecnologias de higienização. Atualmente, os teóricos do risco dizem que esses derivam, sobretudo, dos excessos de produção industrial, caracterizado pelas diversas formas de poluição causadoras de uma imensa cavidade na camada de ozônio.

A definição de risco como conceito moderno aflora em oposição ao de fatalidade e destino, que pressupõe a possibilidade de dominar o futuro. À época das expedições marítimas europeias, a noção de risco serviu para descrever penhascos submersos que cortavam os navios, emergindo daí seu uso moderno de risco como possibilidade, mas não como evidência imediata. Dessa forma, a palavra se associa com perigo e incerteza de obstáculos, nem sempre bem delimitados, o que possibilita pensar o futuro como passível de controle.

A ambiguidade inaugural do conceito de risco, que associa o possível e o provável, a positividade e a negatividade, propiciou a introdução de novos significados para risco. Dentre eles a fortuna, a sorte e a chance, palavras que também denotam incerteza quanto aos resultados. Para Giddens (1991, p. 38), risco é:

[...] um termo que passa a existir apenas no período moderno. A noção se originou com a compreensão de que resultados inesperados

podem ser uma consequência de nossas próprias atividades ou decisões, ao invés de exprimirem significados ocultos da natureza ou intenções inefáveis da Deidade. “Risco” substitui em grande parte o que antes era pensado como fortuna (fortuna ou destino) e torna-se separado da cosmologia. A confiança pressupõe consciência das circunstâncias de risco, o que não ocorre com a crença [...] surge, essencialmente, de uma compreensão do fato de que a maioria das contingências que afetam as atividades humanas é humanamente criada, e não meramente dadas por Deus ou pela natureza.

Sendo assim, esse conceito pressupõe a exposição dos indivíduos a algum evento, com possibilidade de causar algum tipo de dano ou ganho, apontando para a imprevisibilidade do futuro. Portanto, na sociedade moderna os riscos representam, em certa medida, as escolhas dos sujeitos sociais e não uma determinação sobrenatural, como fora antes da modernidade. A ideia de risco se apresenta como uma ameaça, nem sempre imediata, como é o caso da doença para a saúde. Dessa forma, os indivíduos buscam redirecionar suas vidas diante dos acontecimentos futuros, pelo fato de não haver certezas diante do que acontecerá, sobretudo dos perigos decorrentes do uso de tecnologias.

Com as mudanças em ritmo acelerado provocadas pela modernidade nas instituições sociais em função do emprego da tecnologia, originaram-se riscos inesperados. De modo que, para minimizar os efeitos dos riscos ou mesmo diminuir sua incidência aos quais os indivíduos estão sujeitos, a sociedade moderna criou sistemas abstratos nos quais os indivíduos devem confiar, e assim risco e confiança são categorias que se entrelaçam (GIDDENS, 1991).

A percepção de risco é um fenômeno que está inserido num determinado contexto coletivo, no qual os comportamentos estão associados ao conhecimento, aos aspectos afetivos e biológicos. Entretanto, enfrentar ou não situações de riscos depende muito do contexto sociocultural nos quais os indivíduos se encontram, bem como das experiências de vida que possuem. A partir disso, os pensamentos e conhecimentos são constituídos, permitindo que os sujeitos sociais submetam-se ou não aos riscos.

Segundo Giddens, o risco está diretamente vinculado à ideia de perigo, embora ambos sejam diferentes, o que o leva a distinguir entre o risco calculado e o risco inconsciente (do perigo).

Perigo e risco estão intimamente relacionados, mas não são a mesma coisa. A diferença não reside em se um indivíduo pesa ou não conscientemente as alternativas ao contemplar ou assumir uma linha

de ação específica. O que o risco pressupõe é precisamente o perigo (não necessariamente a consciência do perigo). Uma pessoa que arrisca algo corteja o perigo, onde o perigo é compreendido como uma ameaça aos resultados desejados. Qualquer um que assume um “risco calculado” está consciente da ameaça ou ameaças que uma linha de ação específica pode pôr em jogo. Mas é certamente possível assumir ações ou estar ou estar sujeito a situações que são inerentemente arriscadas sem que os indivíduos envolvidos estejam conscientes do quanto estão se arriscando. Em outras palavras, eles estão inconscientes dos perigos que correm. (GIDDENS, 1991, p. 42).

Como se observa, trata-se de conceito que possui diversas dimensões, pois pode se caracterizar a partir de diferentes perspectivas. Tanto pode ser uma série de condições, manifestando um potencial de risco, como uma atividade, um estilo de vida ou inovações tecnológicas, quanto um agente de risco, um meio de exposição com capacidade de produzir efeitos adversos. Logo, todo risco representa perigo, mas nem sempre o perigo é reconhecido, pois os riscos estão disseminados nos estilos de vida próprios da modernidade. A sociedade moderna, apesar de se constituir em organizações que oferecem proteção aos indivíduos, frequentemente, se descobre ameaçada por riscos, inclusive, riscos à saúde, tanto no plano do coletivo quanto individual.

No campo dos comportamentos, a racionalidade apresenta-se como uma forma de definir a valorização da postura de processador de informação, que levará, mais modernamente, à valorização das ciências cognitivas. A arena da saúde em nossos dias não é mais pensada apenas na perspectiva do gerenciamento dos riscos no que se refere às populações, mas como autogerenciamento, que necessita das informações baseadas no conhecimento especializado.

Nessa esfera delimitam-se os contornos da educação em saúde e da postura preventiva, fornecendo para as pessoas informações necessárias para que elas sejam capazes de orientar suas ações cotidianas, considerando sempre a busca da saúde plena. Diante dessa perspectiva, observa-se o surgimento de uma das mais robustas metáforas sobre os comportamentos frente a essa realidade: correr riscos. Em algumas situações específicas, correr riscos representa uma escolha consciente dos indivíduos, mesmo que seja em relação ao processo saúde-doença.

Contudo, muitas vezes, no cotidiano, as pessoas somente percebem o risco e a gravidade de uma enfermidade quando são por ela acometidas. Se antes não havia perigo, nem de adoecimento, com a doença, isso pode até ser percebido como sendo

risco de morte, uma vez que se trata de um câncer. Assim, a postura das pessoas perante uma enfermidade grave nem sempre vem acompanhada da percepção de que são susceptíveis de adoecerem, acarretando, em demasia, um comportamento negligente quanto às possibilidades de prevenção, no caso, fazer consultas médicas e exames de rotina periodicamente.

No campo da saúde pública e da prevenção, por exemplo, a difusão das noções de fatores de risco por peritos é intermediada pelas dicas veiculadas nos meios de comunicação de massa, fazendo emergir pacientes que adotam ações de prevenção. No entanto, nem sempre essas ações em saúde estão necessariamente fundamentadas em prescrições de seus respectivos médicos. O reflexo disso está no consumo indiscriminado de medidas consideradas protetoras, como, por exemplo, a frequência da automedicação, sem indicação médica.

O cálculo de risco está intimamente relacionado à segurança, basicamente, no equilíbrio entre confiança e risco aceitável, o que minimiza os perigos e, desse modo, os riscos associam-se às possibilidades de controle sobre eles. No campo da saúde, encontram-se individualizados, pois se espera que as pessoas adotem comportamentos visando à eliminação dos riscos e assim alcancem a saúde plena. Se na saúde os riscos são individualizados, fica implícito que os profissionais da área, representantes dos sistemas peritos, também assumem riscos em relação ao paciente.

A aceitabilidade à condição de risco, que se impõe na modernidade por leigos e peritos, é bastante discutida por Giddens (1991), de maneira otimista quanto à adaptação desses indivíduos a esse novo “estilo de vida”, tanto dos leigos quanto dos peritos. Os leigos estão convencidos da responsabilidade da ciência em resolver os problemas da sociedade moderna. Entretanto, mesmo com o otimismo de ambos, os riscos aos quais estão submetidos não se extinguem.

Ainda tratando dessa categoria dentro da modernidade, Beck (1997, p. 17) diz que “o conceito de sociedade de risco designa um estágio da modernidade em que começam a tomar corpo as ameaças produzidas até então no caminho da sociedade industrial”. Para o autor, a modernidade está associada ao desenvolvimento científico e industrial e tem como consequência inevitável a produção de riscos, pois viabiliza a exposição dos indivíduos a riscos jamais vistos em sociedades anteriores, a ponto de se constituírem em ameaças permanentes. Isso porque, por mais desenvolvida que seja a sociedade, ainda não se produziu nenhuma forma de conhecimento capaz de garantir o controle sobre os riscos produzidos. Em geral, trata-se de perigos que extrapolam as

possibilidades de cálculo sobre eles, até porque os avanços tecnológicos dilatam o conhecimento, mas ao mesmo tempo as incertezas também são ampliadas.

Para Beck (1997), a sociedade em que se vive, produto da sociedade industrial, é caracterizada pelo fato de os riscos que ela produz extrapolarem os limites das fronteiras, sejam de países ou de classes sociais. Essa sociedade, em que o risco deixa de ser apenas local e se alastra por diferentes áreas do globo, é por ele denominada “sociedade de risco”. Desse modo, é inquestionável a presença de riscos na vida moderna, podendo, inclusive, serem globalizados, tanto na intensidade quanto na disseminação, com importantes dimensões pessoais.

A globalização impõe a toda sociedade um desafio: o pensar baseado na complexidade dos fenômenos, que se entrelaçam na realidade da vida moderna. Problemas de saúde estão circunscritos nas ciências da saúde, mas em função do dinamismo moderno passam a se relacionar com outras esferas, como a economia, a cultura, a política. A primeira característica da sociedade de risco é a globalização e refere-se, sobretudo, “ao entrelaçamento de eventos sociais e relações sociais que estão à distância de contextos locais” (GIDDENS, 1991, p. 21).

Essa articulação de relações sociais, transpondo extensas fronteiras de tempo e espaço, torna-se possível porque a circulação de pessoas, de produtos e de informação passou a ser facilitada pelos avanços nos meios de transporte. Porém, a condição principal da globalização refere-se aos desenvolvimentos na mídia eletrônica.

A segunda característica é a individualização. Ela é essencial, por ser algo bastante particular, posto que a ética liberal, base da modernidade simples, está assentada no individualismo. Esse processo, segundo Beck (1997), é relativo à destradicionalização, que pressupõe a libertação das amarras da tradição.

A terceira e também última característica da sociedade de risco é a reflexividade, ou seja, “a suscetibilidade da maior parte dos aspectos da atividade social, à revisão crônica à luz de novas informações ou conhecimentos” (GIDDENS, 1991, p. 20). É bastante peculiar à reflexividade da sociedade de risco a atitude corrente diante da ciência. Conforme Beck (1997), a ciência passa por um processo de humanização, o que significa que até ela (a ciência) passou a estar sujeita a erros.

Tal reflexivização da ciência aconteceu em dois momentos. O primeiro ocorreu com a modernização da tradição, propiciando a possibilidade de aplicação do método científico à natureza, às pessoas e à sociedade. O segundo com a modernização reflexiva, em que a ciência passou a ser confrontada com seus próprios resultados.

Refere-se a uma passagem que se realizou, primeiramente, dentro da própria ciência, em que os questionamentos e críticas foram sendo feitos pelos mesmos agentes que a desenvolveram. Depois saiu do âmbito da crítica pelos ares, para tornar-se um movimento social voltado à análise das aplicações práticas da ciência.

Para Beck (1997), a sociedade de risco está se consolidando à medida que os mecanismos de controle, criados pelas instituições sociais organizadas, para garantir a proteção social, não conseguem dominar os riscos sociais, políticos, econômicos e individuais. Logo, a sociedade encontra-se desprotegida dos riscos produzidos. Nesse contexto, analisando as mudanças ocorridas, o autor aponta como questão principal na sociedade reflexiva a distribuição dos riscos, sendo que a força motriz da sociedade de risco é a segurança. Diante disso, é compreensível a expansão de agências governamentais, constituídas por especialistas e comissões técnicas, com a finalidade de controlar e avaliar os riscos produzidos por essa sociedade.

Na sociedade reflexiva os riscos são caracterizados por serem cumulativos, isto é, os novos são incorporados aos antigos, e por isso alguns são enfrentados pelos indivíduos, baseados na informação e na racionalidade que propiciam sobreviver a eles. Outros são negligenciados pelos indivíduos e ainda há aqueles aos quais a sociedade fica inevitavelmente vulnerável.

Assim, a questão de risco é inerente ao lugar onde ocorrem e em que condições. Giddens (1991) usa a expressão “ambiente de risco” para se referir à essa situação. Desse modo, constatar a existência de riscos na sociedade moderna não elimina a existência destes nas sociedades precedentes, em que os indivíduos viviam à mercê de perigos relacionados às possíveis catástrofes naturais, como terremotos, por exemplo. Esse era o “ambiente de risco” das sociedades pré-modernas e na reflexiva esse “ambiente de risco” é criado e recriado constantemente, em virtude do uso intenso da tecnologia.

Além disso, de acordo com Giddens (1991), os riscos são desigualmente distribuídos entre segmentos sociais “privilegiados” e os “despossuídos”. A possibilidade de adoecer está relacionada, por exemplo, ao nível de escolaridade e de informação, à qualidade de vida, ao acesso a serviços de saúde. Nesse sentido, alguns indivíduos são mais suscetíveis de adoecer do que outros, assim como alguns têm mais possibilidades de restabelecer sua saúde.

Observa-se que independentemente do tipo de dano causado aos membros de uma sociedade, seja em função de desastres ambientais (terremotos), desequilíbrios

sociais (aumento da violência, tráfico, mortes), ou desajustes biológicos (diarreia, pneumonia e desnutrição infantil), alguns segmentos sociais estão mais expostos e, conseqüentemente, são mais vulneráveis tanto na ocorrência quanto na intensidade dos danos causados. Dentro dessa perspectiva, a compreensão sobre os riscos presentes na sociedade atual pode ser mais bem compreendida se associada ao conceito de vulnerabilidade.

2.3 Sobre o Conceito de Vulnerabilidade

Vulnerabilidade pressupõe uma disposição de as pessoas serem prejudicadas, por algum acontecimento externo qualquer, acompanhado da ideia de risco, que se refere à probabilidade de esse acontecimento encontrar essas pessoas. Viver em uma sociedade moderna (de risco) implica estar exposto à ocorrência de eventos causadores de diversos tipos de danos. Em geral, todos os seres humanos são vulneráveis à ocorrência de fenômenos físicos, sociais e biológicos (desastre ecológico, violência, doenças). Todavia, como já foi dito anteriormente, a exposição dos indivíduos, bem como os níveis de riscos e a intensidade da vulnerabilidade encontram-se desigualmente distribuídos na sociedade atual.

Segundo o *Novo Aurélio, Dicionário da Língua Portuguesa* (FERREIRA, 1999), o significado de vulnerabilidade refere-se à fragilidade de um assunto ou de alguém, pelo qual pode ser ferido. A vulnerabilidade dos sujeitos sociais aos perigos acarretados pela vida numa sociedade de risco está associada às práticas da vida cotidiana adotadas por eles que os tornam mais ou menos expostos. No entanto, os comportamentos associados à maior vulnerabilidade não podem ser entendidos como decorrência imediata da vontade dos indivíduos, mas relacionam-se ao grau de consciência que eles têm dos possíveis prejuízos decorrentes desses comportamentos e ao poder de transformação efetiva destes, por meio da conscientização sobre tais danos.

A maneira como cada indivíduo se comporta é determinante para a vulnerabilidade, tendo em vista que se trata de um aspecto decorrente da responsabilidade de cada um sobre a exposição consciente de sua vida a riscos, que em alguns casos, como certas doenças, podem ser irreversíveis e irremediáveis. Tal atitude, perante determinadas situações, acarreta alterações durante a vida, pois esta é influenciada pelo contexto sociocultural em que se insere. Portanto, a vulnerabilidade pessoal se depara e até se confunde com a da própria sociedade, e o fato de os

indivíduos estarem em tal estado não significa passividade diante dos perigos da vida em uma sociedade caracterizada pelos riscos por ela produzidos.

Contudo, a confiança que os indivíduos depositam em sistemas peritos e naqueles indivíduos que os representam gera segurança, mas, sobretudo, a possibilidade de calcular os riscos e vantagens sobre os acontecimentos (GIDDENS, 1991). A possibilidade de se prevenir está na capacidade do indivíduo de se antepor a acontecimentos indesejáveis, o que permite fazer escolhas certas. Isto é complexo, porque, para superar as dúvidas e incertezas dos riscos, é preciso um conhecimento que considere de um lado as objetividades e de outro as subjetividades. Para Giddens (1991), a confiança deve sempre ser renovada, tanto entre os que fazem parte dos sistemas abstratos quanto entre os indivíduos leigos, que, diante da falta de acesso ao saber produzido, confiam no mistério que ele envolve.

2.4 A Modernidade Reflexiva

Ao analisar as transformações sociais acarretadas pela modernidade, Giddens (1991) demonstra que a reflexividade passa a ter uma dimensão diferente nesse contexto. Isso implica dizer que, apesar de o conhecimento ser reflexivo, não é certo que ele impeça a sua revisão, tal como era na sociedade tradicional. A principal transformação ocorrida da modernidade clássica para a modernidade reflexiva quanto aos riscos refere-se justamente à compreensão de que os riscos modernos são pautados pela incerteza. À racionalidade da regularidade justapõe-se a perspectiva do caos. Explica Giddens (1991, p. 45-46):

A reflexividade da vida social moderna consiste no fato de que as práticas sociais são constantemente examinadas e reformadas à luz de informação renovada sobre estas próprias práticas. [...] Todas as formas de vida social são parcialmente constituídas pelo conhecimento que os atores têm delas. [...] O que é característico da modernidade não é uma adoção do novo por si só, mas a suposição da reflexividade indiscriminada – que, é claro, inclui a reflexão sobre a natureza da própria reflexão.

O conceito de reflexividade é um exemplo de que o conhecimento é constantemente reexaminado, em busca de procedimentos que sejam os mais seguros possíveis quanto ao êxito do tratamento. As informações disponíveis sobre a saúde, que permitem traçar o perfil epidemiológico da população e, como consequência, as ações

de prevenção, promoção e atendimento à saúde exemplificam a aplicação de um saber reflexivo. Isso porque esses dados são buscados com o intuito de oferecer mais segurança à população, diminuindo os riscos aos quais ela está submetida, independente de suas vontades. Logo, o conhecimento técnico especializado, que informa os indivíduos sobre os riscos e os cuidados necessários propiciando mais segurança, não é garantia de que os indivíduos “leigos”⁷ aplicarão em suas ações cotidianas esse conhecimento.

Para Giddens (1991), a “modernização reflexiva” permitiu à sociedade se autodestruir e em seguida se recriar, mas sem a necessidade de uma reflexão sobre como romper com um tipo de sociedade e a partir de então criar uma nova. Essa ideia de que a modernização reflexiva acontece de maneira automática, sem reflexão, é apontada em Giddens (1997, p. 17), que diz:

Este conceito não implica (como pode sugerir o adjetivo “reflexivo”) reflexão, mas (antes) autoconfrontação. A transição do período industrial para o período de risco da modernidade ocorre de forma indesejada, despercebida e compulsiva no despertar do dinamismo autônomo da modernização, seguindo o padrão dos efeitos colaterais latentes. Pode-se virtualmente dizer que as constelações da sociedade de risco são produzidas porque as certezas da sociedade industrial [...] dominam o pensamento e ação das pessoas e das instituições na sociedade industrial. A sociedade de risco [...] surge na continuidade dos processos de modernização autônoma, que são cegos, e surdos a seus próprios efeitos e ameaças. De maneira cumulativa e latente, estes últimos produzem ameaças que questionam e finalmente destroem as bases da sociedade industrial.

No conceito de sociedade de risco, presente no livro *Modernização reflexiva* (GIDDENS et al., 1997), em que Beck e Giddens escrevem, o indivíduo torna-se um ser reflexivo em autoconfrontação com suas próprias ações e, a partir daí, começa a refletir e a criticar a si mesmo de maneira racional, levantando possibilidades de riscos futuros. Assim, por meio da reflexividade dos indivíduos é possível prevenir os riscos, com base na capacidade que eles possuem de evitarem situações indesejáveis. Os dois autores citados são fundamentais para a compreensão dessa temática do risco numa sociedade moderna na qual a vida é incontestavelmente um risco.

Segundo Beck (1997), a modernidade pode ser classificada como simples ou reflexiva. A simples representa a ruptura com a forma de vida nos antigos regimes feudais, o que permitiu criar novas instituições na sociedade moderna. Tomando ainda a

⁷ Leigo refere-se ao indivíduo que não possui um saber especializado sobre um assunto.

primeira acepção adotada, Beck (1997) atesta que a simples se desenvolvia de tal maneira que se podia antever a evolução do capitalismo, sem quaisquer preocupações com os altos riscos produzidos por ela.

Com base nisso, Beck (2006) enfatiza haver, nessa sociedade, o aspecto da imprevisibilidade, um processo de reencantamento imposto pelos riscos da sociedade industrial, em virtude da falta de controle. Tais riscos, com origem no triunfo da ordem instrumental racional, constituem as vitórias do industrialismo, da ciência. Dessa forma, o que acarreta mudança na sociedade moderna simples é o dinamismo da sociedade industrial, haja vista que as vitórias do capitalismo produzem diversas mudanças. Em decorrência desse processo, nota-se que o motor das transformações na modernidade reflexiva está nos efeitos e riscos colaterais não percebidos, que confrontam com a sociedade moderna.

No que diz respeito à modernidade reflexiva, Giddens (1991) e Beck (1997) compartilham das mesmas ideias e opiniões. Para ambos, esta é uma etapa na qual a modernidade simples e o progresso gerado se transformam num processo de autodestruição, que ameaça as bases da sociedade industrial. Assim, segundo os autores, a modernização reflexiva criou riscos produzidos pelo progresso, que são desigualmente distribuídos.

As obras de Giddens (1991, 1997) e Beck (1997, 2006) instituem que, ao contrário do que o nome sugere, a reflexividade é um processo imediato que não é percebido, pois ocorre de maneira automática, trazendo incertezas e ambivalências. Isso porque o que era confiável e seguro na modernidade simples torna-se arriscado e perigoso. Além disso, na reflexiva também há rupturas com as novas formas e instituições criadas pela própria sociedade moderna.

Ainda em concordância com essa temática, Beck e Giddens (1997) atestam que as sociedades modernas vivenciam um estágio de alta modernidade, na qual se observa como característica dominante um elevado grau de reflexividade. Isto é, existe, essencialmente, uma necessidade de refletir sobre si mesma. Isso acontece em razão das maneiras como tais sociedades se desenvolveram, criando problemas e dilemas tão fundamentais que permitem questionar qualquer conhecimento. Assim, do mundo das certezas permanecem apenas as incertezas sobre o futuro, as dúvidas. Logo, é a “modernização reflexiva”, determinada por grandes mudanças sociais, que irá apontar o nível de insegurança e de perigo produzido pela “sociedade de risco”.

Portanto, na atual fase do desenvolvimento da sociedade moderna, os riscos sociais, políticos, econômicos e individuais tendem, cada vez mais, a evadir do controle das instituições da sociedade industrial, que garantem proteção a ela. Isso ocorre de tal modo que o produto mais essencial da sociedade de risco está no fato de as instituições da sociedade industrial se transformarem em agentes produtores e legitimadores de ameaças, que escapam ao seu controle. E, em decorrência da globalização, as mudanças na vida cotidiana das pessoas têm alcance mundial, desenvolvendo-se ao mesmo tempo.

2.5 Categoria de Interpretação: Representações Sociais

Para interpretar e analisar as falas das mulheres com câncer uterino será adotado o conceito de representação social, cuja teorização tem sido empregada nos campos da saúde, do meio ambiente, entre outros. No caso deste trabalho, o conceito é utilizado com o intuito de apreender a forma como se apresenta a percepção das mulheres sobre si mesmas ao se identificarem como portadoras do câncer do colo do útero.

A teoria das representações sociais é uma vertente sociológica da Psicologia Social surgida na Europa com a publicação, em 1961, do livro *La psychanalyse: son image et son public*, de Serge Moscovici. A perspectiva desenvolvida por Moscovici permaneceu confinada no Laboratório de Psicologia Social da École de Hautes Études en Sciences Sociales, em Paris, e em outros laboratórios espalhados pela França.

A princípio causou um impacto efêmero, mas a exaltação do momento de sua reaparição no início dos anos 1980 de maneira mais consistente lhe garantiu maior respaldo com o passar do tempo. Esse desencontro entre o êxito da teoria e o período de sua elaboração contribuiu para reforçar a ideia de que algumas teorias surgem antes do seu tempo, como foi o caso das representações sociais que contradiziam o paradigma dominante da época, na Psicologia e nas Ciências Sociais (ARRUDA, 2002).

Esse conceito tem sua origem sociológica na teoria desenvolvida por Durkheim sobre as representações coletivas. Para ele, o estudo das representações individuais era diferente do estudo das representações coletivas, por considerar que o primeiro refere-se a um campo de domínio da Psicologia e o segundo ao campo de domínio da Sociologia. A distinção entre representações individuais e coletivas era possível porque, segundo Durkheim (1999), as representações coletivas não poderiam ser reduzidas a representações individuais. O pressuposto teórico dessa linha de pensamento considera

a sociedade como um conjunto de fatos sociais, impostos ao indivíduo enquanto manifestações características da vida coletiva.

Portanto, “representações sociais” é um conceito filosófico e refere-se à reprodução de percepções que ficam guardadas na memória. As Ciências Sociais definem-nas como sendo categorias de pensamento capazes de expressar a realidade, justificando-a ou questionando-a, conforme Minayo (2006), que propõe esta modernização ao substituir o conceito de representação coletiva, elaborado por Durkheim, pelo de representação social. As representações seriam, assim, mais sociais que propriamente coletivas, dada a sua dinâmica interna própria aos grupos sociais e não apenas imposta a eles coercitivamente, como enfatizou Durkheim. A teoria de Moscovici buscou adequar as Ciências Sociais ao mundo moderno.

Moscovici (2007) manteve o olhar sociológico segundo o qual a sociedade é sempre algo diferente e maior que a soma de suas partes. Esta equação foi bem explicitada através dos processos de objetivação e ancoragem, pois estes conceitos encontram alternativas similares no atual campo da sociologia. A objetivação pode corresponder ao conceito de situação (ou de campo), enquanto a ancoragem ao conceito de posição. O processo de objetivação supõe que o indivíduo está envolvido por uma conjuntura social e política com suas restrições e potencialidades materiais e culturais. Ao objetivar, o indivíduo faz corresponder o não familiar ao universo de imagens concretas de seu cotidiano, em outros termos, concretiza-se em função da situação efetivamente vivida (OLIVEIRA, 2007).

Já o processo de ancoragem estaria mais relacionado à posição social ocupada pelo indivíduo, que, por sua vez, cristalizaria toda sua história de vida, sua origem social, seu grau de escolaridade, seu passado. O conceito de “posição” remeteria, enfim, tanto ao conceito de reprodução econômica, definido por Marx (1982), quanto àquele de reprodução social (material e biológica do grupo) que, para Bourdieu,⁸ é função da estrutura de classes aliada ao capital cultural (OLIVEIRA, 2007).

O conceito de representação social, proposto por Moscovici na década de 1960, refere-se a “um conjunto de conceitos, proposições e explicações criados na vida cotidiana no decurso da comunicação interindividual” (apud OLIVEIRA, 2004, p. 181). Pode-se dizer que, para as representações sociais, a cognição não é uma atividade individual, pois se manifesta em palavras e condutas, devendo ser analisada a partir da

⁸ O *habitus*, desenvolvido por Bourdieu (1982).

compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. Isso ocorre porque todo indivíduo se desenvolve em uma realidade social com necessidades e significados culturais que moldam os próprios valores e que se expressam no cotidiano por meio de representações sociais construídas, no senso comum, nas interações e nas maneiras de viver das pessoas.

Segundo Moscovici (2007, p. 40), “todas as interações humanas, surjam elas entre duas pessoas ou entre dois grupos, pressupõem representações. [...] Sempre e em todo lugar, quando nós encontramos pessoas ou coisas e nos familiarizamos com elas, tais representações estão presentes”. Assim, os atos que envolvem o “tornar familiar ou dotar de sentido objetivo situações e objetos” criam formas de exprimir realidades e produzem conhecimento. O processo de produção de conhecimentos sobre a realidade é o fundamento primeiro e último do processo de representação.

Logo, a representação social encadeia ação, pensamento e linguagem nas suas funções primordiais de tornar o não familiar conhecido, a saber, possibilitar a comunicação e obter controle sobre o meio em que se vive, compreender o mundo e as relações que nele se estabelecem. Para Moscovici (2007, p. 27-28),

[...] a representação social é um *corpus* organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças às quais os homens tornam a realidade física e social inteligível, se inserem num grupo ou numa relação cotidiana de trocas, liberam o poder da sua imaginação.

Tal conceito, assim como outros, surgiu numa área e foi teorizado em outra. Originária da sociologia de Durkheim, conforme explicitado há pouco, a teoria da representação social é desenvolvida na psicologia social, por Serge Moscovici (2007), e em seguida aprofundada por Denise Jodelet (2001), que situa as representações sociais com relação às ciências humanas e aponta abordagens diferentes dentro do próprio campo da psicologia apresentando um demonstrativo do interesse prático da teoria, mediante um conjunto de aplicações, oferecendo um rico material para lidar com o simbólico, o subjetivo e as mentalidades.

Segundo Jodelet (2001, p. 22), “as representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Para a autora, a base dessa representação refere-se às condições da sua produção, ou seja, as

grandes responsáveis pela possibilidade de explicação, de interpretação do sentido que os grupos atribuem ao objeto representado.

Para Jodelet (2001), toda representação é representação de alguém e de alguma coisa. Esse alguém é um sujeito social e imerso em condições específicas de seu espaço e tempo, de modo que qualquer representação se refere a um objeto e tem um conteúdo. Nesse sentido, a proposta da autora é considerar como condições de produção das representações a cultura, a comunicação e linguagem (intragrupos, entre grupos e de massas), e a inserção socioeconômica, institucional, educacional e ideológica (OLIVEIRA, 2007). Vale assinalar que o esforço empreendido por Jodelet (2001) tornou-se um clássico, porque a autora incorpora às análises das representações sociais a dimensão etnográfica, buscando compreender a totalidade do grupo social em seu *habitat* natural, à maneira dos antropólogos.

Para Spink (1994, p. 121), que propõe a possibilidade de ancoragem das representações sociais através do resgate da sociologia, da história e do tempo longo que ela associa ao “imaginário social”, trata-se de unir os “fatores situacionais usualmente associados com o metassistema social – incluindo aí as determinações estruturais e as relações sociais – como também pelos diferentes tempos históricos que permeiam a construção dos significados sociais”. Vale ressaltar, nesse contexto, que diversos estudos demonstram os limites das análises em representações sociais quando o esforço socioantropológico não é levado a seu termo (OLIVEIRA, 2007).

Pensar a utilidade da representação social para a sociologia é entender que toda realidade social, todo conhecimento, enfim, toda representação social é um produto construído pelos sujeitos. Esse objeto construído socialmente não seria um dado da realidade, mas antes o resultado de uma postura teórica, de uma proposta metodológica e, é claro, da interpretação do pesquisador. Assim, seria somente no processo de interpretação das representações, que começa antes e termina após o levantamento dos dados, que “incide o resgate do contexto cultural, histórico, político para a produção das representações sociais, para a produção de sentido, para a comunicação” (ARRUDA, 2002, p. 18).

Dessa forma, a análise das representações sociais deve propiciar ao pesquisador a definição de sentidos delas, bem como definir as razões que levam um determinado grupo a fazer uma representação dessa ou daquela maneira e, com isso, evita-se incorrer nas generalizações decorrentes do uso em diversas áreas da noção de representação social. Ciente desse limite, “uma das tarefas do sociólogo pode ser a de

indicar de que modo essas representações estão enraizadas na realidade social e histórica, ao mesmo tempo em que contribuem para construí-la” (HERZLILCH, 1991, p. 32).

2.6. Estigma, Metáforas e o Câncer do Colo do Útero

A partir de suas reflexões teóricas, Goffman (2008) desenvolveu uma categoria de análise denominada estigma e, em sua obra, busca encontrar elementos que possam subsidiar a produção sociológica quanto ao conceito desse termo. Para ele, a definição de estigma está marcada não por um atributo pessoal, mas como uma forma de designação social que, perante a visão da sociedade, serve para desacreditar a pessoa que o possui.

Diz Goffman (2008, p. 13):

O termo estigma será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é nem honroso nem desonroso.

Goffman (2008) afirma que uma característica sociológica presente em muitos estigmas refere-se ao fato de um traço particular de um indivíduo poder afastá-lo do convívio social, pois essa característica o distingue dos demais indivíduos e os impede de perceber que aquele indivíduo possui outros traços. Nesse sentido, sua obra retrata a situação de indivíduos que, com algum traço particular, escapam aos padrões de normalizados da sociedade. Esses traços são deformações físicas, psíquicas ou de caráter, ou qualquer outra característica que torna os indivíduos diferentes para os outros e até inferiores, apesar de frequentemente lutarem para fortalecer e até construir uma identidade social.

As atitudes que nós, normais⁹, temos com uma pessoa com um estigma, e os atos que empreendemos em relação a ela são bem conhecidos na medida em que são respostas que a ação social benevolente tenta suavizar e melhorar. Por definição acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida. Construimos uma teoria sobre o estigma, uma ideologia para

⁹ Os que não se afastam negativamente das expectativas particulares em questão serão aqui chamados de *normais*, termo empregado também por Goffman (2008, p. 14).

explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social. (GOFFMAN, 2008, p. 15).

Nesse sentido, a doença em nossa sociedade pode ser uma característica do indivíduo capaz de distingui-lo dos demais, de inferiorizá-lo, em especial, quando se trata de uma enfermidade com grandes possibilidades de antecipar a morte desse sujeito doente, como é o caso do câncer. Nessa perspectiva, em *A doença como metáfora*, Sontag (2002) apresenta a utilização da doença como metáfora e propõe o abandono desta para se conseguir dar um tratamento adequado à doença, evitando, assim, a carga de culpabilidade tão fortemente vinculada a ela, que apenas aumenta o sofrimento do doente. Isso porque, além do fator biológico da enfermidade, o doente precisa conviver com os aspectos social e cultural, universos nos quais a doença está circunscrita e que a partir das informações disponíveis permitem aos indivíduos definir a doença. Vale mencionar o fato de a sociedade apresentar diferenças significativas entre os grupos sociais quanto ao sofrimento e às diversas reações às doenças.

Ainda que reconheça os aspectos físicos da doença, a principal preocupação de Sontag (2002) é com as “metáforas” que recobrem as enfermidades. Apesar de as considerar de maneira negativa, ela aponta para a dificuldade de eliminar tais fantasias num mundo repleto de símbolos e alegorias. A autora aponta a tuberculose e o câncer como duas doenças profundamente marcadas pelas metáforas.

No século XIX, a tuberculose era a doença ameaçadora que se apossava da vida das pessoas sem qualquer aviso e agora é o câncer que o faz, ao cumprir um papel de crueldade, enquanto a eficácia do tratamento não garantir a cura da totalidade dos casos. As noções da doença como mecanismo de punição têm uma longa história e são particularmente atuantes em relação ao câncer. Ao analisar os significados metafóricos dessas duas enfermidades, Sontag (2002) demonstra como eles sobrecarregam o indivíduo enfermo de culpa e vergonha, o que acarreta, em muitos casos, sérios prejuízos ao tratamento.

Sontag (2002) descreve o câncer como uma moléstia do endurecimento, da materialidade, dos tumores, capaz de destruir a vitalidade das pessoas e que pode manifestar-se em qualquer órgão. “O câncer é uma doença de crescimento, que tem uma evolução anormal e finalmente letal [...]. O paciente é “invadido” por células estranhas, as quais se multiplicam causando uma atrofia ou bloqueio das funções corporais” (SONTAG, 2002, p. 18-20). É ainda uma doença silenciosa e traiçoeira, cujo

aparecimento tardio dos sintomas, muitas vezes, não dá margem para a cura dos pacientes.

No caso do câncer, não é o fato de estar doente que é depreciativo, mas de a enfermidade ser um câncer, pois ele é considerado um mau presságio, é tido como uma “sentença de morte”.

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 solução não está em sonegar a verdade aos cancerosos, mas em retificar a concepção da doença, em desmitificá-la. (SONTAG, 2002, p. 11).

O tratamento do câncer muitas vezes é considerado pior do que a própria enfermidade. Tanto ele quanto a doença, para Sontag (2002), podem ser descritos por expressões de guerra, termos militares. A ocorrência de metástases é considerada invasão de células. “Na radioterapia, os pacientes são ‘bombardeados’ com raios tóxicos. E a quimioterapia é a guerra química usando venenos. “O tratamento objetiva matar as células cancerosas – sem matar o paciente”, diz Sontag (2002, p. 83-84).

O que se pode observar quanto às doenças é que elas estão ligadas a todos os acontecimentos da vida humana. Logo, a doença não é apenas um conjunto de sinais e sintomas indicando a necessidade de buscar ajuda profissional. Nesse sentido, a enfermidade deve ser percebida em suas dimensões sociais, sobretudo por ser capaz de ameaçar e modificar a vida do indivíduo enfermo. A representação social no processo saúde-doença evidencia que, apesar da inquestionável importância da medicina oficial, a doença é um fenômeno que ultrapassa e que a representação para além de um mero esforço para formular um saber refere-se às interpretações e sentidos conferidos pelos sujeitos sociais a partir de suas realidades, revelando as relações existentes entre o biológico e o social.

Goffman (2008) propõe a percepção do estigma como uma forma de classificação social pela qual uma pessoa identifica a outra segundo certos atributos considerados como positivos ou negativos. O estigma tem como uma de suas consequências o sofrimento causado às pessoas, no momento que elas são vítimas dos julgamentos, das privações, pois gera o seu isolamento da sociedade e, em certa medida, impede o indivíduo de buscar aprender uma nova maneira de integrar a sociedade constituída pelos indivíduos “normais”. Dessa forma, pode-se pensar o câncer como uma doença estigmatizada, que classifica o indivíduo a partir de um traço “negativo”: a

doença. Esta, por sua vez, impõe-lhe um estilo de vida muito diferente do estilo de uma pessoa considerada normal, por não estar doente. Além disso, o próprio tratamento – em geral, agressivo e forte – estabelece uma série de restrições alimentares, de atividades cotidianas, afora a incerteza da vida diante da enfermidade. Para Goffman (2008), os indivíduos estigmatizados são vítimas de preconceitos na sociedade em que vivem, por meio de olhares desconfiados e fala às escondidas.

Dessa forma, as percepções metafóricas que são formadas sobre a doença favorecem o surgimento do câncer como uma enfermidade estigmatizada, que cria estereótipos, concepções para o indivíduo que dele é portador. E o câncer é uma das doenças capazes de criar o estigma, por ser tão prontamente vinculado à morte. Nesse sentido, as pessoas com diagnóstico de câncer podem sofrer muito, porque se costuma associar a doença à fatalidade. Os olhares dos outros parecem indicar ao doente que a morte é inevitável. No caso do câncer do colo do útero, o estigma também pode estar presente na associação de que, independente do tipo de câncer, a certeza que se tem é a de que ele é sempre uma doença letal. Todavia, o câncer do colo do útero pode vencer esse estigma da fatalidade, ao se conseguir que as pessoas busquem os exames de prevenção. Ele pode ser fatal, se não houver os devidos cuidados por parte das mulheres e se as ações das políticas públicas em saúde não forem eficazes.

O câncer uterino pode apresentar, em sua trajetória, diversas situações de ameaça aos portadores da doença que são relacionadas à integridade psicossocial, à incerteza de que o tratamento promoverá a cura, à possibilidade da recorrência, à morte, entre outros. Viver a experiência de uma doença estigmatizante, como o câncer do colo do útero, permite construir um conjunto de significados, em decorrência da percepção que as mulheres têm sobre a doença.

Um fator que pode contribuir muito para a manutenção do estigma sobre o câncer uterino é a influência da cultura, pois parece ser automática a associação da enfermidade com a morte, estimulando o medo das pessoas em procurar ajuda ou de seguir com o tratamento após o diagnóstico, por exemplo. E esse imaginário social e cultural negligencia que a maioria dos casos de cânceres descobertos em fase inicial tenha um tratamento não tão agressivo e com garantia de cura na totalidade dos casos.

Vivenciar situações graves como o câncer pode acarretar uma série de associações simbólicas, que em certa medida vêm afetar intensamente a maneira como as pessoas percebem sua doença e o comportamento das outras pessoas diante da condição de enfermo. A representação do câncer como um mal expressa uma

desvalorização social e, a partir disso, percebe-se que a doença não é um acontecimento meramente biológico, mas também social, em que o doente se vê como um ser socialmente desvalorizado (HELMAN, 2003; LAPLANTINE, 1991).

A análise de Goffman (1985) sobre a relação do ator social e os outros é denominada representação, na qual está presente o conceito de "performance" e "fachada". A "fachada" é a expressão padronizada intencional e inconscientemente empregada na representação do indivíduo e se caracteriza pela abstração e generalidade. Para ele, o objetivo principal do ator é manter sua coerência e se ajustar de acordo com a situação.

Para Goffman (1985), o relacionamento humano é como uma máscara, em que cada ator social possui um eu apropriado para cada ocasião, mas que não pode ser revelado, pois poderia inibir ou distorcer o seu propósito. Nos relacionamentos que estabelece durante o processo de busca da cura para o câncer, os sujeitos sociais podem criar máscaras para não revelar a sua doença, para enfrentar o tratamento, ou mesmo para esconder a sua fragilidade, o seu medo, a sua insegurança perante a doença. Isso porque, segundo o autor, o "eu" só existe no momento em que, nos relacionamos com o outro, a performance existe para si e para o outro.

Nessa perspectiva, da interação social, pela qual os indivíduos constroem significados para as diversas esferas de sua vida, Ferreria (1998), faz um estudo com mulheres de uma vila de classe popular, de Porto Alegre, apontando as nuances quanto aos cuidados e noções com o corpo, de acordo com o contexto social de inserção da população. Para ela as práticas corporais são resultados das experiências sociais, que são compartilhadas cotidianamente pelo grupo social. Nesse mesmo trabalho, Ferreira (1998), refere-se ao medo que as mulheres têm de se descobrirem doentes, o que as impede de fazer a prevenção de câncer do colo do útero e de mama, pois, para elas, a medicina oficial representa a doença, a morte constatada em exames. "Uma prima minha, depois que fez este exame, foi achado uma 'doença ruim', sabe, né? Não durou dois meses a coitada. Por isto que eu digo, eu vou fazer exame? Nem pensar" (FERREIRA, 1998, p. 53).

2.7. O Câncer do Colo do Útero: Desigualdade de Gênero

Pensar a questão do câncer do colo do útero aponta para uma perspectiva de discussão assentada nas desigualdades de gênero, ainda que não se trate de um trabalho

centrado nesse assunto, uma vez que esta é uma doença específica do sexo feminino. Contudo, as concepções mais restritas sobre a saúde da mulher apresentam o corpo feminino apenas na sua função reprodutiva e a maternidade como sua principal expressão. Nesse sentido, a saúde da mulher está circunscrita à saúde materna e a ausência de enfermidade, ao processo de reprodução biológica. Logo, os direitos sexuais e as questões de gênero nem sempre estão presentes (COELHO, 2003).

Em conformidade com essa perspectiva, para o Ministério da Saúde, homens e mulheres, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Logo, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (BRASIL, 2004). Trata-se, assim, de pensar o processo de saúde-doença na perspectiva da epidemiologia social, considerando a atuação de fatores sociais, econômicos, culturais e históricos. Isso implica afirmar que o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região (LAURELL, 1982).

As desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular de maneira diferenciada. De acordo com os indicadores de saúde, as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos. O relatório sobre a situação da População Mundial (2002) demonstra que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, bem como que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do seu tempo é gasto em atividades não-remuneradas, o que diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Ao se considerar que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam um forte impacto nas condições de saúde destas últimas (ARAÚJO, 1998), torna-se imprescindível contemplar as questões de gênero como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas. O gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica que define a masculinidade e a feminilidade e os padrões de comportamento, aceitáveis ou não, tanto para homens quanto para mulheres (SCOTT, 1989).

Gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais. Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas. As desigualdades de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades sociais e a discriminação de classe, raça, casta, idade, orientação sexual, etnia, deficiência, língua ou religião, dentre outras. “A inclusão da mulher como sujeito diferenciado das políticas públicas é o único caminho possível para o alcance mínimo de equidade social, nas sociedades contemporâneas” (FEGHALI, 2000, p. 279). O desinteresse pelas questões femininas (sua vida, saúde e direitos) está circunscrito no campo da cultura machista, em que os governos são em geral comandados por homens que se consideram os únicos cidadãos e, portanto, os que têm direitos de cidadania (FEGHALI, 2000).

No Brasil os estudos de gênero surgem nos anos 1970–1980, em torno da problemática da “condição feminina”. Acreditava-se, inicialmente, que havia um problema específico da mulher, o qual devia ser pensado unicamente por elas, já que os homens as haviam silenciado e reprimido durante longo período. Segundo Grossi (2000), a discussão de gênero determina tudo que é social, cultural e historicamente definido e está em constante processo de ressignificação, em virtude das interações concretas entre indivíduos do sexo feminino e masculino. Nesse sentido, a sexualidade é apenas uma das variáveis que configura a identidade de gênero, como os papéis de gênero e o significado social da reprodução.

As mulheres ocupam postos que envolvem cuidados nas dinâmicas de saúde, pois carregam essa marca desde casa. A família é um lugar de produção de saúde, ou melhor, de produção de cuidados de saúde. A questão da saúde, na contemporaneidade, é também um exemplo da distinção dos espaços feminino e masculino, em que as esferas públicas e privadas se misturam. Isso se torna visível ao se observar que mulheres são “cuidadoras” em casa e fora dela, independentemente da idade, e assim umas das características encontradas na área da saúde é o “cuidar” associado ao feminino e o “curar” representando ocupações masculinas. Esse cuidar carrega sentimentos de amor e carinho, que também se colam ao feminino e posicionam as mulheres como “cuidadoras” por natureza e por vocação (SCAVONE, 2005).

Toda discussão sobre as conquistas e as lutas femininas, sobretudo na segunda metade do século XX, está associada à construção do conceito de gênero. Pensar a questão da mulher significa, portanto, ir além da divisão dos papéis entre os sexos.

Antes, é preciso perceber as relações em que se estabelecem e que os determina. Entender gênero enquanto categoria de análise implica compreender melhor as relações sociais e culturais entre os sexos, uma vez que as relações entre os sexos são construídas socialmente, mas é preciso explicar como essas relações são construídas e por que são construídas desigualmente privilegiando o sujeito de sexo masculino.

[...] tem duas partes e diversas subpartes. Elas são ligadas entre si, mas deveriam ser distinguidas na análise. O núcleo essencial da definição repousa sobre a relação fundamental entre duas proposições: gênero é um elemento constitutivo das relações sociais, baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e mais, o gênero é uma forma primeira de dar significado às relações de poder. (SCOTT, 1994, p. 13).

Scott vai além das propostas que pensam gênero como construção social, bem como os conceitos que o apontam apenas como relações de poder assentado no domínio masculino, argumentando que há necessidade articular a noção de construção social com a noção de poder. Assim, a história das lutas femininas deve vincular-se à conquista de políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, que visam, sobretudo, proporcionar melhores condições de vida para as mulheres. A implementação de programas voltados para a atenção integral à saúde da mulher vigente no PAISM foi uma conquista em muito garantida pelos movimentos feministas. Essa atenção integral objetivava atender às necessidades de aspectos não físicos da vida das mulheres, o que resultou numa conquista de direito de amplo significado social.

Segundo Del Priore (1993), no período colonial, a mulher deveria se voltar para o casamento e a procriação. Logo, o útero era o órgão responsável pela reprodução humana. As mulheres que não se casavam eram vistas como uma ameaça ao bom funcionamento social, vendo-se nelas uma luxúria que estava personificada. Assim, o corpo e a sexualidade femininas não voltados para a procriação eram sinônimos de pecado, doença, perigo. “A condição mesma da ‘mulher solteira’ era o desgoverno dos sentidos e da imaginação. Sujeitas a ilusões e a paixões, tais mulheres, por estarem fora dos padrões correntes de comportamento, prenunciavam a morbidade” (DEL PRIORE, 1993, p. 181).

Para Del Priore (1993), todos os males femininos estavam associados ao órgão uterino. Este só era valorizado se a mulher casada gerasse filhos e, nesse sentido, a saúde da mulher estava marcada pela presença do homem, pois ela dependia deste para procriar. Dessa forma, o útero foi durante um certo período histórico estigmatizado, quando não atendia aos propósitos sociais da reprodução da espécie humana e como

consequência excluía as mulheres não enquadradas na maternidade. Ainda nessa perspectiva do corpo feminino e do prazer sexual voltado para a reprodução, também o texto *A medicalização do corpo feminino*, de Elizabeth Vieira (2002), aponta que a relação sexual pautada no prazer era permitida se a finalidade fosse a procriação.

A posição de inferioridade atribuída à mulher estava circunscrita no seu corpo e, até o fim do século XVIII, todos os outros seres vivos se sobrepunham às mulheres, pois até a medicina justificava por meio do corpo a inferioridade feminina. Logo, a relação de poder entre os sexos pode em parte ser explicada por essa questão.

A mulher, e por extensão seu corpo, podia ser definida como um ser cujas paixões detestáveis condenavam a uma condição de inferioridade tanto no plano social, quanto moral. A mulher tinha que ser salva dela mesma e só o conseguia sob condição de viver sob normas imperativas. (DEL PRIORE, 1999, p. 6).

Segundo Vieira (2002), o prazer é uma espécie de vício e as consequências dele era o surgimento de doenças. Com essa mesma perspectiva, Del Priore (1993) indica a doença como um dos males próprios de mulheres dadas à lascividade. Sendo o câncer do colo do útero uma enfermidade que majoritariamente se adquire na relação sexual, ela resgata a importância da questão de gênero, para compreender que até mesmo a relação sexual é antes uma relação de poder, na qual o homem representa a parte mais forte e que em geral não se mostra preocupado com a mulher, nem com a sua saúde.

É preciso ressaltar, porém, que a conquista de programas específicos à saúde da mulher depende da realização da adesão da mulher aos programas e ações de prevenção, apesar da complexidade que envolve o tema, pois, como adverte Ferreira (1998), a prevenção exige um saber que é muitas vezes vinculado à biomedicina, que em certa medida acaba por criar dificuldades para grupos de pessoas de baixa renda. Distantes desses saberes “oficiais” de prevenção, esses grupos criam o seu próprio saber associado a recursos de rituais e simpatias e dessa forma se afastam dos serviços prestados pela medicina. Refere-se a práticas populares que permitem às pessoas criar fantasias sobre a medicina oficial, além de afastá-las da atenção médica, da prevenção. Além disso, mesmo sendo a mulher “por natureza e vocação” cuidadora da sua saúde e de sua família, como aponta Scavone (2005), a rotina da prevenção é difícil, porque uma série de fatores como o medo da exposição, o estereótipo e a sua subordinação aos desejos e decisões masculinas acabam impedindo a mulher de cuidar da sua própria saúde.

Estudar a representação do câncer do colo uterino é ao mesmo tempo delicado e complexo, pois se trata da intimidade das pessoas, uma intimidade já muito fragilizada, sensível, muitas vezes marcada pelos estigmas ora da doença, ora da opressão imposta à mulher pela cultura machista, hoje já bastante disfarçada, diluída pelas conquistas femininas no mundo caracterizado como próprio dos homens.

Muitos discursos e compromissos são oficialmente assumidos pelos governantes quanto aos direitos e saúde das mulheres, entretanto, não são efetivamente executados. Hoje elas já ampliaram seu espaço social de atuação, têm uma importante inserção nos meios educacionais e no mercado de trabalho, contudo, ainda prevalece uma visão de que as mulheres devem ser subjugadas aos homens (DALCUCHE, 2006). E essa relação pautada na dependência, na subordinação feminina em relação aos homens, estabelece o poder da cultura machista sobre as mulheres, incluindo a relação sexual, na qual a mulher mais uma vez depende do seu parceiro até para decidir preservar ou não a sua saúde. Nesse sentido, o câncer do colo do útero é uma enfermidade marcada pelas diferenças de gênero, isto é, ele está contemplado nos programas de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde da mulher, mas isso não é suficiente, apesar de imprescindível.

CAPÍTULO 3

PESQUISA DE CAMPO

Dentre os interesses de saberes aqui presentes, delineou-se uma pesquisa com o propósito de apreender informações acerca do cotidiano das mulheres enfermas, nas relações que estas estabelecem com sua saúde, família, religião e instituições prestadoras de serviços em saúde. Para tanto, a opção foi pela abordagem qualitativa, tendo em vista o exposto por Minayo (2007, p. 21):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

Como técnica qualitativa, a entrevista semiestruturada foi escolhida como sendo a mais adequada para a realização desta pesquisa, por permitir verificar como as mulheres enfermas caracterizam a si mesmas a partir da experiência da doença. Uma característica desse tipo de pesquisa é facultar ao entrevistado falar de forma bastante livre sobre assuntos que vão surgindo como desdobramentos do tema central, sem ficar preso aos questionamentos formulados (MINAYO, 2007). Com base nisso, o roteiro de entrevistas elaborado (Anexo) visa facilitar e promover a comunicação entre o pesquisador e os pesquisados, além de, como já afirmado, ser utilizado como instrumento para apreender a percepção das entrevistadas. A entrevista, de acordo com Minayo (2007, p. 65):

Refere-se a informações diretamente construídas no diálogo com o indivíduo entrevistado e trata da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivenciam. [...] Constituem uma representação da realidade: idéias, crenças, maneira de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; maneiras de atuar; condutas; projeções para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos.

Trata-se de entrevistas realizadas com mulheres com diagnóstico de câncer do colo do útero e submetidas a algum tipo de tratamento. Tais entrevistas voltam-se para as representações criadas pelas mulheres sobre a doença, instigando-as a descrever suas percepções sobre o câncer uterino. Nesse sentido, a abordagem hermenêutica se pauta, essencialmente, na compreensão tanto dos atores sociais quanto do próprio investigador, que por sua vez compartilha com o ator observado o seu próprio mundo de significados, suas crenças e cultura, o que parece ser mais apropriado para a temática escolhida.

A hermenêutica, nesse contexto, aponta para uma perspectiva de análise, na qual se apreende um mundo dotado de sentido e constantemente ressignificado pelo sujeito, que é, ao mesmo tempo, o narrador da sua experiência, mas é também sujeito da sua história, pois ele está inserido num contexto sociocultural. Nessa perspectiva, considera-se que esse sujeito, ao narrar sua experiência, tem a possibilidade de criar, inventar, significar uma determinada situação, pois é o autor e ator da sua própria história.

Apesar de a doença ser a mesma, as experiências vividas por cada mulher com câncer do colo do útero apresentam particularidades, o que torna cada caso bastante singular, mesmo com todas as semelhanças. O método da hermenêutica permite, a partir das vivências relatadas, a compreensão das experiências singulares contextualizadas pelas interações social, cultural e econômica, que são muitas vezes alteradas pela doença. Como bem explica Minayo (2006, p. 347), a “hermenêutica busca as bases dos consensos e da compreensão na tradição e na linguagem [...]”.

Assim, para a hermenêutica, a compreensão da realidade expressa por um texto – um relato de experiência vivida – significa muito mais que a compreensão do outro, porque também implica a compreensão de si mesmo e de compreender-se no outro. Todavia, para se chegar a essa compreensão é preciso primeiro estranhar, o que leva o investigador a compreender a fala de outros sujeitos sociais.

Outras fontes, consideradas secundárias, também foram consultadas. Com isso, realizaram-se, além de (a) um levantamento bibliográfico e documental, a fim de aprofundar o conhecimento sobre os programas específicos de atenção à saúde da mulher, em especial, o programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero, também (b) consultas a dados estatísticos do Ministério da Saúde (DATASUS) e do Sistema de informações do câncer do colo do útero (SISCOLO), para a obtenção de um rastreamento da doença nos últimos dez anos, isto é, desde a implantação, em 1997, do

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama – VIVA MULHER.

A consulta às informações constantes nas fontes secundárias permitiu avaliar a gravidade e traçar o perfil do câncer uterino, por meio de seus componentes, como por exemplo, o etário. Tratando de probabilidades estatísticas, essas informações também podem evidenciar associações estatisticamente significantes e importantes para se conhecer a realidade da neoplasia.

Com base nesse entendimento, o modelo teórico adotado na pesquisa se caracteriza por ser um sistema de relações entre propriedades selecionadas e simplificadas, construído de forma consciente para descrever e explicar os fatos estudados, devendo romper com semelhanças fenomenais e construir analogias mais profundas. Ao pesquisador cabe, além de realizar a experiência e a observação, fazer perguntas e interpretá-las. A pesquisa bem construída permite ao pesquisador não só refletir sobre os resultados, até mesmo os negativos, que são produzidos, mas se interrogar sobre as razões dos fatos.

3.1 Descrevendo o Campo

As informações referentes a dados secundários são oriundas de consultas constantes às bases de dados disponíveis nos *sites* do Ministério da Saúde, do INCA, da ACCG, do RCBP e da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Além da busca virtual, também foi feito contato por telefone e pessoalmente na ACCG, RCBP e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Cabe ressaltar a dificuldade de acesso ao RCBP, o que pode ser justificado pelo fato de este estar localizado dentro do Hospital Araújo Jorge (hospital especializado no tratamento de câncer na cidade de Goiânia, que atende também a pacientes do SUS).¹⁰ Assinale-se também que nos *sites* as informações datam até o ano de 2005.

As consultas a dados estatísticos se estenderam até a realização da pesquisa de campo, mediante uma rede interpessoal de relacionamento. Isso porque a pesquisadora já conhecia duas mulheres que tiveram câncer uterino, as quais se comprometeram em conceder a entrevista e mediar a relação com outras possíveis entrevistadas. Portanto, a pesquisa não se deu em uma instituição específica, como um hospital ou clínica. As

¹⁰ Esse obstáculo foi superado depois de muita insistência na portaria. Já dentro do RCBP, a recepção foi boa e os funcionários se prontificaram a colaborar.

mulheres foram entrevistadas em suas residências, pelo fato de considerarem este o local mais apropriado.

Aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás (UFG), esta pesquisa foi formulada mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), visando preservar os direitos das participantes.

Como dificuldades recorrentes durante a realização da pesquisa, podem ser citadas aquelas oriundas do fato de muitas vezes o aparelho de tevê estar ligada nas residências, bem como de haver pessoas chamando ou conversando próximo do gravador etc.

Das sete mulheres originalmente previstas para serem entrevistadas, contou-se com seis (uma desistiu no momento da entrevista). Para a escolha das pessoas não foi levado em conta, como prioridade, a faixa etária ou o fato de a mulher estar em tratamento, mas a experiência da doença.

Das pessoas apresentadas pela rede interpessoal, duas residem em São Luís de Montes Belos, uma em Missianópolis e três em Paraúna, todas no Estado de Goiás, a uma distância aproximada de 150 km da capital (Goiânia).

Uma vez que nem todas as entrevistadas eram conhecidas da entrevistadora, a mediação feita pelas pessoas conhecidas foi fundamental para minimizar o estranhamento. O agendamento da entrevista por parte das mediadoras facilitou o acesso às residências, pois possibilitou uma aceitação mais amena, no sentido de não causar ameaças diante de uma presença estranha e desconhecida. Isso porque o acesso às residências das entrevistas era feito junto com as “mediadoras”. Para tanto, tomou-se como orientação o que escreve Bourdieu (1997, p. 697), com base em sua experiência como pesquisador:

Tomou-se por isso a decisão de deixar aos pesquisadores a liberdade de escolher entre pessoas conhecidas ou pessoas às quais eles pudessem ser apresentados pelas pessoas conhecidas. A proximidade social e a familiaridade asseguram efetivamente duas das condições principais de uma comunicação “não violenta”. De um lado quando o interrogador está muito próximo daquele que ele interroga, ele lhe dá, por sua permutabilidade com ele, garantias contra a ameaça de ver suas razões subjetivas reduzidas a causas objetivas; suas escolhas vividas como livres, reduzidas aos determinismos objetivos revelados pela análise. Por outro lado encontra-se também assegurado neste caso um acordo imediato e continuamente confirmado sobre os pressupostos concernentes aos conteúdos e às formas de comunicação: esse acordo se afirma na emissão apropriada, sempre difícil de ser produzida de maneira consciente e

intencional, de todos os sinais não verbais, coordenados com os sinais verbais, que indicam quer como tal o qual enunciado deve ser interpretado, quer como ele foi interpretado pelo locutor.

O consentimento de cada participante foi feito por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme estabelece a Resolução 196/96 (Brasil),¹¹ que regulamenta as diretrizes e normas envolvendo pesquisas com seres humanos. Para a coleta das informações, fez-se uso de gravador, sendo a duração das entrevistas em média de quarenta minutos. Apenas duas delas comportaram cerca de duas horas.

3.2 O Perfil das Entrevistadas

Como já afirmado anteriormente, as mulheres entrevistadas são de cidades diferentes, com idades entre 26 e 69 anos e escolaridade que vai desde o analfabetismo até curso formação superior. Quanto à religião, uma disse não ser adepta a nenhuma, mas mencionou ter convivido com o catolicismo na infância. Duas afirmaram ser evangélicas e três, católicas.

Quanto a sua forma de participação, todas as mulheres se mostraram à vontade. Em alguns momentos houve manifestação de emotividade, porém sem comprometimento do trabalho. Apenas uma entrevista foi realizada com certa dificuldade, em virtude de a entrevistada, em muitos momentos, desviar-se do assunto, relatando experiências de outras pessoas que ela conheceu durante o tratamento ou da sua cidade mesmo.

De acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que prevê sigilo quanto à menção aos nomes das entrevistas, ressalte-se que todas permitiram mencioná-los. Consequentemente, a identificação será feita por pseudônimos, que foram buscados na literatura brasileira, de acordo com a sequência da realização das entrevistas, como se descreve a seguir:

1ª entrevistada: Cecília Meireles

2ª entrevistada: Hilda Hilst

3ª entrevistada: Dora Ferreira

4ª entrevistada: Cora Coralina

¹¹ Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n.º 196/96. Decreto n.º 93.933, de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*1996;4(2):15-6.

5ª entrevistada: Rachel de Queiroz

6ª entrevistada: Clarice Lispector

Na sequência (Quadro 4), apresenta-se o detalhamento do perfil das entrevistadas.

QUADRO 4. Perfil das entrevistadas

	Idade	Escolaridade	Profissão	Religião	Filhos	Estado civil	Tratamento
Cecília Meireles	43	Ensino superior	Gestora pública	Não tem	0	Solteira	Cirurgia
Hilda Hilst	46	Ensino superior	Professora	Evangélica	2	Casada	Cirurgia
Dora Ferreira	47	Ensino médio	Comerciante	Evangélica	2	Divorciada	Cirurgia Radioterapia Quimioterapia
Cora Coralina	59	Ensino fundamental	Dona-de-casa	Católica	3	Viúva	Cirurgia Radioterapia
Rachel de Queiroz	69	Assina o nome (não estudou)	Dona-de-casa	Católica	3	Casada	Cirurgia Radioterapia Quimioterapia
Clarice Lispector	26	Ensino médio	Manicure	Católica	1	Casada	Cirurgia

O Quadro 4 mostra que o tipo de tratamento variou entre as entrevistadas. Conforme se apurou, Cecília Meireles e Hilda Hilst foram submetidas à cirurgia de retirada do útero. De sua parte, Clarice Lispector retirou o colo do útero apenas. Este caso tem uma peculiaridade, porque a entrevistada, logo após ter descoberto a doença e ter conhecimento de que seria submetida à cirurgia, também descobriu que estava grávida. O seu relato descreve um momento de muita dificuldade, o qual foi superado com o fato de o médico tê-la tranquilizado, porque seria necessário apenas retirar o colo. Assim, sua gravidez transcorreu normalmente e hoje possui uma de cinco anos de idade. Cora Coralina fez a cirurgia e algumas sessões de radioterapia. Dora Ferreira e Rachel de Queiroz passaram pela cirurgia de retirada do útero e também por sessões de rádio e quimioterapia.

Todas as entrevistas encontram-se com seu respectivo tratamento concluído e seguem procedendo aos exames de rotina para acompanhamento de seu quadro.

Dora Ferreira descreveu que inicialmente fez a cirurgia para retirada o útero, em 2000. Passados sete anos, foi necessário passar por sessões de radioterapia e quimioterapia, porque, segundo ela, a doença teria voltado. Ao fazer seu relato, a entrevistada se emocionou muito, mas prosseguiu no seu depoimento.

Arguidas sobre o resultado do exame que identifica o estágio do câncer (NIC I, NIC II, NIC III, carcinoma invasor), as entrevistadas não puderam apresentá-lo. Hilda Hilst e Clarice Lispector afirmaram ter em seu poder, mas não se lembravam onde o teriam guardado.

Cecília Meireles, Hilda Hilst, Dora Ferreira e Clarice Lispector afirmaram que tiveram câncer uterino porque foram “contaminadas” pelo HPV. Nesse sentido, trata-se de dado que encontra correspondência nas estatísticas atuais sobre a doença, que apontam o HPV como o principal agente causador do câncer do colo do útero, sendo a maioria dos casos transmitida na relação sexual (BRASIL, 2008; NETO, 2008).

3.3 Percepções das Mulheres com Câncer Uterino: Representação da Doença

Buscando compreender a percepção das mulheres sobre o câncer do colo do útero, a partir da relação das enfermas com o processo saúde-doença, no que diz respeito ao seu significado em suas vidas, mediante suas falas, pôde-se fazer o levantamento de algumas categorias descritivas comuns.

Para tanto, deve-se lembrar que a representação social é dinâmica, móvel, e o sujeito do conhecimento é um sujeito ativo e criativo, que transforma aquilo que o mundo lhe oferece. A representação social não é cópia da realidade, como refere Moscovici, nem uma instância intermediária que transporta o objeto para perto/dentro do espaço cognitivo. Trata-se, antes, de um conjunto de conceitos, proposições e explicações criados na vida quotidiana no decurso da comunicação interindividual” (apud OLIVEIRA, 2004, p. 181).

Por essa razão, na representação social das mulheres sobre a doença busca-se um espaço no qual se encontrem refletidas as interações entre os sujeitos sociais e seu contexto de vida, seu grupo, instituições e outras instâncias.

A simples menção à palavra câncer causa medo, angústia, sofrimento. Afinal, está-se perante uma situação de perigo ou de risco a qual as pessoas têm de enfrentar. O

câncer identifica para o indivíduo uma posição de desconforto, porque com tal doença se encontra entre a vida e a morte. Trata-se de um “processo vivido pelos pacientes que já vislumbram o final da vida – situados em um lugar-tempo especial e aguardando a chegada de sua morte anunciada”, diz Menezes (2004, p. 16).

Nesse sentido, chama a atenção a forma como essas mulheres se referem à enfermidade. Como é uma doença estigmatizada, dificilmente as mulheres entrevistadas mencionavam a palavra câncer, com exceção de Hilda Hilst. As referências ao câncer uterino revelam as representações que as mulheres têm sobre a doença e sua situação de enfermas. As entrevistadas Cecília Meireles e Dora Ferreira empregaram a expressão CA, uma abreviação da palavra câncer. Cora Coralina, Rachel de Queiroz e Clarice Lispector, por sua vez, preferiram usar os demonstrativos *isso*, *aquilo*, seguidos de pausas, retomando a conversa sem referir-se a câncer.

Para Sontag (2002), a tuberculose e o câncer podem expressar tanto as fantasias sobre a contaminação quanto os sentimentos em relação à força, à fraqueza. Vale lembrar que no caso da tuberculose a doença implicou metáforas tanto de delicadeza quanto de tristeza e fraqueza. Já o câncer equivale à crueldade, àquilo que é insensível e predatório, que as pessoas temem. Dessa forma, a dificuldade para mencionar a palavra câncer parece algo bastante compreensível e até se justifica.

Não é pejorativo ou execrável o fato de estar doente, mas o é o nome “câncer”. 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 solução não está em sonegar a verdade aos cancerosos, mas em retificar a concepção da doença, em desmistificá-la. (SONTAG, 2002, p. 11).

Na primeira entrevista, o emprego feito por Cecília Meireles foi da sigla CA. Quando questionada, respondeu câncer rapidamente e deu continuidade à sua fala como se não tivesse sido interrompida. Veja-se este trecho de seu depoimento:

Eu conheço caso de pessoas daqui que tiveram dificuldade pra tá chegando lá, pra tá marcando uma consulta, pra tá iniciando esse tratamento, porque o que acontece...na hora que você fica sabendo, você tem o vírus do HPV, você pode ter um CA, a pessoa entra em desespero, aí você fica naquela fila de espera ainda, imagina...O que é CA? Câncer. Aí você imagina, eu tenho que esperar ainda por uma vaga. Como é que fica a cabeça da pessoa? Então desorienta... (CECÍLIA MEIRELES).

Cora Coralina, como referido anteriormente, emprega os termos “isso”, “problema”. Evita até mesmo usar a palavra doença.

Eu fiquei muito assustada, porque na minha família ninguém nunca teve esses problemas...isso [...] Eu fiquei tão assustada que nem contei para os meus filhos, porque tinha um ano que eles tinham perdido o pai.

O indivíduo com câncer carrega consigo a marca de uma doença mortífera. Essa visão, para Goffman (2008), denomina-se estigma, o que permite categorizar as pessoas de acordo com atributos positivos ou negativos. Assim, pode-se distinguir e classificar os indivíduos em “normais” e não “normais”, que são, no caso, os doentes. No entanto, essa condição estigmatizada da doença, que a relaciona à morte, é construída socialmente.

Na primeira metade do século XX a morte teria destronado o sexo como tabu [...] o sexo é incorporado ao discurso e à morte – especialmente a morte lenta e anunciada, em consequência de doença crônica degenerativa – torna-se objeto de tabu. [...]. Finalmente a partir do século XX surgem novas formas de relação com a morte: a morte é vergonhosa e suja. (MENEZES, 2004, p. 26-27).

Com exceção da entrevista de Cecília Meireles, as demais apontam o receio de morrer. Portanto, a representação primeira do câncer é a morte. Essa ideia está presente na fala de todas as entrevistadas, como se pode verificar:

Eu não aceitava a doença de maneira alguma e eu lutei muito contra a morte, porque eu não queria morrer, foi muito difícil mesmo. (DORA FERREIRA).

Anote-se que durante a sua fala, Dora Ferreira, se comoveu fortemente, vindo a chorar, mas retomou o diálogo após alguns minutos.

Eu pensava assim que eu iria morrer por causa da doença e que meus filhos ainda iam ficar, que eles precisariam ainda de mim... Eu tenho muito medo da morte e acho que todo ser humano tem... Dizer, olha você vai morrer e vai ser bom não tem profissional que... eu acho que ainda não tem capacidade de te tranquilizar cem por cento, porque você vai deixar tudo e ainda porque você não sabe como que é depois essa vida. Eu tenho pessoas que eu já vi morrer com câncer. A mãe da minha nora morreu com câncer, então eu [...]. (HILDA HILST).

Quando eu soube, a primeira coisa que veio à minha cabeça foi: “será que eu vou morrer”? Eu achei que eu ia morrer. Pensei: “agora eu morro mesmo”. O que vem na cabeça da gente é “eu vou morrer, morrer” [...]. (CLARICE LISPECTOR).

A gente fica com medo, tive muito medo de morrer. (CORA CORALINA).

Foi um baque muito grande, parecia que meu coração ia parar, eu pensava assim, será que eu vou resistir, será que eu vou superar esse tratamento? (RACHEL DE QUEIROZ).

Tais citações demonstram essa perspectiva da representação do câncer como sentença de morte. Segundo Sontag (2002), o câncer é sinônimo de morte no imaginário popular. O processo do morrer, como uma construção social, pode ser vivenciado de diversas formas, dependendo do contexto sociocultural em que o indivíduo está inserido. “O morrer não é então apenas um fato biológico, mas um processo construído socialmente, que não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais”, diz Menezes (2004, p. 24).

O câncer do colo do útero é um exemplo de que os significados atribuídos à morte ultrapassam a esfera biológica, uma vez que, detectado na sua fase inicial, há uma grande possibilidade de cura fase inicial. Mas como se vincula ao sofrimento e à morte, a rejeição à ideia de morrer e o medo desse enfrentamento se fazem presentes em todo diagnóstico de câncer, independente do órgão ou tecido que a doença afete. Essa relação estreita entre o câncer uterino e a morte aparece nas entrevistas e foi evidenciado na fala de duas entrevistadas. Isso porque, apesar de o médico tentar tranquilizá-las, elas ainda associam a doença à morte. Trata-se, além do mais, de uma percepção da doença que leva à morte independente de renda, escolaridade e religião.

Ele falou: “a senhora não precisa ficar assustada, porque a senhora não vai ser a primeira e nem a última e a senhora não precisa ficar assustada, porque o da senhora não é o brabo, o da senhora ainda é o manso”. Aí eu peguei e fiquei animada, mas como meu marido já tinha morrido, a gente não sabe... (CORA CORALINA).

Ele falou: “sua vida vai ser normal”. Mas às vezes eu ficava preocupada, eu ainda passei esses cinco anos assim, muito insegura, porque qualquer coisinha que sentia... você sempre aparece com uma cocceirinha nos órgãos genital e aí eu ficava desesperada. Eu não dormia à noite e eu já queria ir fazer o exame. Aí eu chegava e o médico falava assim: “não, você tã com medo à toa”. (HILDA HILST).

Nesse sentido, segundo Goffman (2008), os indivíduos doentes e, portanto, estigmatizados, são vítimas de preconceitos na sociedade em que vivem, diante de olhares desconfiados e fala às escondidas. Para o autor, o estigma deriva-se das

características que diferenciam o sujeito dos demais e o impedem de ter uma aceitação plena no grupo social, resultando daí a sua discriminação.

Meu marido comentou com um vizinho nosso, muito amigo, que eu já não seria mais mulher: “tirou o útero acabou”. Então eu tinha simplesmente um buraco [choro]. Isso me afetou muito. (DORA FERREIRA).

Eles pensavam assim: “tá com isso porque fez isso”. No fundo, no fundo, cobravam. Eu tenho um irmão que falava assim: “isso aí é porque ficou na cama”. Então na verdade relacionava a minha doença com cama, com sexo. (CECÍLIA MEIRELES).

Na entrevista de Dora Ferreira, a discriminação está associada à visão machista do corpo feminino, reafirmando a relação de poder presente nas questões de gênero, que, segundo Scott (1994), são relações, entre os sexos, construídas de maneira desigual e privilegiando o sujeito de sexo masculino. Na fala de Cecília Meireles, a discriminação aparece pelo fato de ser uma doença transmitida na relação sexual.

As referências feitas sobre o tratamento também apontam para a perspectiva do estigma como algo que classifica as pessoas. As entrevistas mostraram que, independente de fazer ou não o tratamento, há o receio desse processo de cura, dada a possibilidade de causar alterações no fenótipo da mulher, como a queda dos cabelos. E como consequência dessas alterações fenotípicas está a imagem construída pela mulher de si mesma, bem como aquela construída pelas outras pessoas.

Pra mim foi assustador pensar que eu poderia passar pela quimioterapia ou da radioterapia, que meu cabelo poderia cair, que eu não seria uma pessoa normal mais. Então aquilo foi um desespero para mim. (HILDA HILST).

Mesmo eu sabendo que o meu cabelo ia cair, o dia que fui lavar a cabeça que caiu foi muito difícil. Aí eu chorei bastante. Chorei gritado. Foi muito difícil. E eu não queria rapar a cabeça, porque a vaidade era maior... A gente tem que aceitar a ideia. Depois que aceita é mais fácil conviver. Engraçado que você se aceitando, as pessoas também te aceitam, não fica aquele negócio de olhar a careca. (DORA FERREIRA).

A doença é triste, mas o tratamento é pior que ela, a gente não sabe se vai resistir. (RAQUEL DE QUEIROZ).

A visão apontada pelas entrevistadas sobre o tratamento coincide com a ideia de que se refere a algo tão ruim quanto a doença, ou até pior, por ser tão agressivo ao

organismo. Nesse sentido, o tratamento é brutal e permite a construção de metáforas vinculadas a termos de guerra, como explicado por Sontag (2002, p. 82-84): “Como se considera que o corpo do paciente está sob ataque (“invasão”), o único tratamento é o contra-ataque.[...] O tratamento objetiva ‘matar’ células cancerosas”. Sendo assim, o sofrimento causado pelo tratamento só é suportado porque há um desejo intenso de livrar-se da doença, e a possibilidade de superar o câncer depende da realização do tratamento adequado, ainda que ele seja num primeiro momento tão devastador.

3.4 Vulnerabilidade e Risco no Câncer Uterino

Optou-se por trabalhar com os conceitos de risco e vulnerabilidade como categorias explicativas em todo processo de apreensão e percepção do universo representativo dessas mulheres. A razão para isso está no aspecto complementar da vulnerabilidade no que diz respeito ao conceito de risco.

Segundo Giddens (1991), a ideia de risco pressupõe a exposição dos indivíduos a algum evento, com possibilidades de causar dano ou ganho, acarretando a compreensão de que o futuro é incerto. O risco se apresenta como uma ameaça, nem sempre imediata, como o é a doença para a saúde.

Diante do contexto social já apresentado, em que o câncer uterino tem-se ampliado ou mantido taxas elevadas de ocorrência entre as mulheres brasileiras e ser uma doença exclusiva do sexo feminino, a princípio, todas são vulneráveis à incidência desta. Por essa razão, a percepção dessa vulnerabilidade pessoal pelas mulheres é tão importante quanto necessária para que possam prevenir a doença.

A noção de cada indivíduo acerca do risco a que está exposto, em geral, tem pouco a ver com o risco real. Mesmo aquelas mulheres com bastante informação sobre o câncer do colo uterino e sobre a necessidade de se adotar um comportamento que privilegie a prevenção, em alguns momentos, podem assumir o risco de não agir adequadamente, a fim de prevenir a doença, estejam elas conscientes ou não disso. Para isso concorrem outros fatores – sociais, econômicos e culturais –, que podem interferir num dado momento quanto aos cuidados com a saúde.

Programas específicos da saúde da mulher recomendam ações preventivas em relação à enfermidade. Mas tais programas negligenciam, muitas vezes, a realidade social que as mulheres vivenciam. Tome-se como exemplo as mulheres com estilo de

vida que não priorizam a promoção da saúde, que desconhecem ou possuem poucas informações sobre a enfermidade e, que, portanto, podem ser mais vulneráveis ao câncer do colo do útero.

Quanto à questão do processo saúde-doença no Brasil, duas perspectivas se apresentam, nas discussões realizadas. A primeira, que é a mais difundida na sociedade, refere-se à prática de atenção curativista, em que a procura por médicos e tratamentos é feita após a instalação da doença no corpo das pessoas. Com base nessa prática, aos profissionais cabe o papel de identificar o estágio de desenvolvimento do câncer e indicar o tratamento terapêutico mais adequado. A segunda perspectiva tem como ponto principal o comportamento individual, no qual se valorizam as ações de prevenção à doença. Assim, o conceito de vulnerabilidade individual e social passa a ser o ponto central nas discussões sobre prevenção e controle do câncer do colo do útero.

A vulnerabilidade pode se aplicar à adesão ou não das mulheres às campanhas de prevenção da neoplasia e aponta para um conjunto de fatores, os quais podem ampliar ou reduzir as possibilidades de uma pessoa desenvolver o câncer uterino. Nesse caso, os comportamentos individuais que indicam maior ou menor exposição ao risco são considerados.

A entrevista de Dora Ferreira aponta para a perspectiva na qual em algumas situações as pessoas acabam por aumentar a sua vulnerabilidade, ainda que inconsciente disso, porque a correria diária é tamanha que os cuidados com a saúde ficam meio que esquecidos.

Quando eu cheguei lá o médico falou que eu estava com início de câncer, então isso foi um tumulto muito grande na minha vida, e que o melhor que eu tinha a fazer era tirar o útero. E fizemos o acompanhamento durante três anos certinho e com três anos ele me deu alta. E aí eu fazia diretamente a prevenção. E aí com as minhas idas e vindas pra Goiânia fiquei praticamente dois anos. Eu...discuidei, discuidei esses dois anos. E aí eu voltei esse ano de 2007. Em janeiro e fui fazer uma cirurgia plástica e depois de dezesseis dias eu senti uma dor na perna. Fizemos a ressonância e foi confirmado que tinha voltado o câncer. (DORA FERREIRA).

Como referido anteriormente, numa perspectiva biológica, em geral, todas as mulheres são susceptíveis ao desenvolvimento do câncer do colo do útero, o que pode ser prevenido mediante o exame de Papanicolaou. Mas há de se considerar o comportamento individual, que é mutável, pois varia no decorrer dos diversos períodos da vida da pessoa, bem como a forte influência dos fatores sociais (família, amigos,

comunidade e a realidade sociocultural), pois o mundo social em que o indivíduo está inserido é fonte de informação, referência para a conduta, suporte emocional.

Portanto, para evitar a doença, o correto seria adotar um estilo de vida que priorizasse as ações periódicas de acompanhamento médico e prevenção. Mas colocá-lo em prática muitas vezes independe da vontade do sujeito social, pois, ainda que os indivíduos sintam desejo de fazê-lo, a sua realidade cotidiana (falta de tempo; dificuldade de acesso aos serviços de saúde; responsabilidade por outros indivíduos como filhos, cônjuge, custos financeiros) os impede.

Elementos como o medo, a incerteza e a reincidência da doença estão presentes na readaptação das mulheres que têm ou tiveram câncer ao seu cotidiano. Isso permite a inferência de algumas reflexões acerca da vulnerabilidade humana, como se pode observar nos trechos seguintes:

A gente sabe que a gente é exposta, você sabe que pode acontecer de novo... Hoje eu já tenho minhas netas. Então eu me preocupo muito. Tem algum problema aí, você já pensa: “ai meu Deus, será que não é um câncer?” (HILDA HILST).

A gente pensa: “se teve um na família, vai aparecer mais”. Então você fica uma pessoa insegura, você fica pensando qualquer coisa que sente um da família, você fica pensando será que ele é portador do câncer? (RACHEL DE QUEIROZ).

A incerteza e o medo das mulheres em relação ao câncer do colo do útero constituem um desafio ao longo de suas vidas, em decorrência da natureza crônica da doença, o que pode torná-las mais conscientes de sua vulnerabilidade. Nesse sentido, essa consciência pode fazer com que as pessoas adotem padrões ou estilos de vida diferenciados, como descrevem as falas a seguir:

Eu pus isso na minha cabeça, até para impor limites, eu preciso de limites, porque se você vai ter uma relação sexual tem que usar camisinha, no meu caso foi assim...e quero acreditar nisso até o resto da minha vida, pra mim nunca mais entrar numa de transar sem camisinha, porque não sou casada. De repente você não dá certo com um namorado, arruma outro e cada um que você vai trocando, você fica sem camisinha, aí não dá. (CECÍLIA MEIRELES).

Então quando eu comecei minha vida sexual, então eu já comecei fazendo o preventivo sempre, sempre. Aí numa dessas vezes que eu fiz deu que eu tava com...NICIII. Aí eu pensei: “meu Deus [...]”. (Clarice Lispector).

A descoberta da doença impele as mulheres a dedicarem mais atenção à sua saúde. Com isso, passam a adotar condutas de autocuidado, sempre com o objetivo de preservar a saúde e a sua vida.

3.5 Redes de Apoio

A cumplicidade da família para o enfrentamento da doença e do tratamento foi apresentada pelas entrevistadas como algo imprescindível. A família foi apontada como a grande força das mulheres entrevistadas, como seu apoio incondicional, apesar dos transtornos causados pelas alterações na dinâmica familiar.

O apoio da família foi fundamental, do esposo pra ajudar a superar o abalo psicológico que a gente passa, foi fundamental. (HILDA HILST).

Ele foi meu parceiro, foi tudo do início ao fim, porque eu não tinha ninguém aqui, só ele que me deu apoio mesmo. Foi ele. Nossa, acho que se não fosse ele... porque foi ele que segurou. (CLARICE LISPECTOR).

Meus filhos são mil, não são dez, são mil. Dessa última vez que tive que passar pela rádio e quimioterapia, o meu filho que mora em Anápolis, ele foi filho, ele foi pai, amigo, psicólogo, ele foi tudo. Ele é tudo pra mim, porque ele não me deixou um minuto sem apoio e sem a presença dele. Ele me levava para fazer a radioterapia, ficava lá o tempo todo, e eu fiquei morando com ele lá. E aqui, a minha família aqui em São Luís, que me deu todo apoio, os amigos, porque é muito importante o apoio dos amigos nessa hora. (DORA FERREIRA).

Dora Ferreira, além de falar do apoio incondicional dos filhos, também relata que foi abandonada pelo cônjuge após a descoberta da doença.

Da primeira vez em 2000 eu era casada [...] Na época eu achei que teria o apoio do meu esposo. Tive, até ele me levar para Goiânia fazer a cirurgia. Depois de oito meses nos separamos. Teve a separação, porque ele comentou que, até com um vizinho nosso, muito amigo, muito amigo, que eu já não seria mais mulher: “tirou o útero acabou”. Então eu tinha simplesmente um buraco [choro]. Então o marido não entende, às vezes, e não procura saber o que é. Então aí vem a gente sendo menosprezada por uma coisa que não tem nada a ver, porque tirou o útero. O útero é pra gerar, não tem nada a ver. (DORA FERREIRA).

A descoberta do câncer assusta não só a enferma, mas as pessoas que estão a sua volta – pais, irmãos, cônjuge e filhos –, que geralmente são seus acompanhantes no tratamento. Pode-se observar a preocupação da família nas falas que seguem:

A minha família na época achou ruim, chorava, achava que eu ia morrer... (CECÍLIA MEIRELES).

Quando a doutora contou, minhas filhas só choravam, aí eu disse: “você precisam me ajudar, tudo vai dar certo”. (RACHEL DE QUEIROZ).

A questão espiritual revelou-se uma fonte fundamental de apoio às mulheres entrevistadas. A religiosidade tem se mostrado uma importante aliada no enfrentamento das adversidades causadas pelas doenças, as quais carregam consigo a possibilidade da morte. Nesse sentido, segundo Rabelo (1998), a Antropologia reconhece a importância da fé e da religião na interpretação e tratamento das doenças. Para Halstead e Fernsler (2000), a espiritualidade é uma estratégia usada com frequência e muito útil para os sobreviventes de câncer.

A religião está presente em todas as falas e, de acordo com estas, é fonte incondicional de apoio, força para vivenciar a experiência da doença. Em algumas entrevistas a questão religiosa aparece de forma mais enfática, sobretudo aquelas em que as mulheres são evangélicas, fato esse que independe de escolaridade, de situação financeira. O texto de Minayo (1998, p. 69) reforça a importância da espiritualidade para cura de doenças: “A busca da cura através de meios sobrenaturais não é privilégio de nenhuma classe social no Brasil. Ela permeia todos os estratos de nossa sociedade, embora cada estrato tenha sua forma peculiar de dar significado a suas experiências e práticas”.

A interferência religiosa, no processo da doença, relaciona-se à crença de algumas entrevistadas quanto ao caráter de que passar por essa experiência é uma decisão divina, assim como viver ou morrer. E essa espiritualidade é capaz, segundo as entrevistadas, de guiar o saber médico. Trata-se de saber denominado por Giddens (1991) de sistemas peritos. Nesse sentido a crença no sistema perito (profissionais da saúde) está relacionada à crença que algumas entrevistadas têm no poder de cura espiritual. Durante a intervenção médica, o profissional é um instrumento da ação divina.

Deus não condenou a medicina, tanto é que quando a gente vai passar por um procedimento médico nós falamos assim: “ó Deus, você que vai tomar a mão do profissional, vai me tomar em suas mãos e guiar a mão do profissional”. (HILDA HILST).

As entrevistas apontam a crença das entrevistadas no poder espiritual sobre suas vidas e afirmam a importância da religião nesse processo:

Eu peguei e conformei, porque todo mundo tem, quer dizer, não é todo mundo, mas muita gente tem. Uns morrem e outros sobrevivem. Mas eu tô no caminho e Deus faz de mim o que tem que ser feito. Então, graças a Deus, Deus me curou. Isso [o câncer] tem de dois tipos: um brabo e um que tem cura. E Deus quis que o meu fosse o que tem cura. (CORA CORALINA).

Nas entrevistas de Hilda Hilst e Dora Ferreira, que são mulheres ligadas a Igrejas Evangélicas, a importância da Igreja e das orações para a cura durante todo o período, desde a descoberta do câncer até o fim do tratamento, aparece com mais frequência. Fica evidente, também, uma certa “negociação” com entidades espirituais, pois tudo emana dessa espiritualidade: a doença, o tratamento e a cura.

E eu fiz um propósito naquele momento... Como você já é conhecedora, eu sou evangélica, eu acredito muito nas providências de Deus e ali naquele momento, com aquele médico ainda em pé ao redor do meu leito eu fiz um propósito com Deus, que até ali eu tinha procurado a medicina e que a partir daquele momento que o meu Deus, Aquele que eu acreditava tanto nele, que ele tomasse as providências pra mim, que eu não queria ir para Goiânia fazer a quimioterapia. [...] E Deus me concedeu essa bênção de que eu chegasse ali e ele falasse pra mim que o câncer só tava naquele material já retirado. (HILDA HILST).

Tive muito apoio, apoio mesmo da igreja, dos pastores e principalmente de Deus, porque se não for Deus, se você não tiver no que se agarrar, a fé mesmo, porque é muito dolorido, é muito dolorido. Você tem que ter muita vontade de viver, muita. E eu tenho muita. Eu falava pra Deus que eu não aceitava a morte, eu queria viver e queria mesmo. Então isso eu declaro todos os dias: que eu quero viver cada dia melhor. Deus na vida da gente é uma força muito grande, é incondicional. (DORA FERREIRA).

Cecília Meireles disse não ter religião, mas acredita numa força positiva que atua sobre as pessoas e as fortalece.

A esfera espiritual – ora mais, ora menos – está presente em todas as falas, pois ela foi apontada pelas entrevistadas como sendo fundamental para suportar a experiência da doença e do tratamento, como fonte de conforto e resignação para enfrentar as adversidades causadas por esse processo do adoecimento.

3.6 Os Serviços de Saúde

De acordo com a definição de Giddens (1991, p. 35), sistemas peritos são “sistemas de excelência técnica ou competência profissional que organizam grandes

áreas dos ambientes material e social em que vivemos hoje”. Nesse sentido, os profissionais de saúde, com seus conhecimentos técnico-especializados vinculados aos serviços de saúde, são representantes legítimos dos sistemas peritos. Acredita-se que os indivíduos enfermos buscam os serviços de saúde por confiar neles, confiança essa baseada na experiência de que tais sistemas geralmente funcionam da maneira esperada, apesar dos riscos.

Observe-se, no Quadro 5, que entre consultas, exames e tratamento o atendimento foi feito misturando-se as esferas privada e pública.

QUADRO 5. Esferas de atendimento às pacientes

	Consultas e exames	Cirurgia	Radioterapia	Quimioterapia
Cecília Meireles	Convênio	Convênio		
Hilda Hilst	Convênio	SUS		
Dora Ferreira	Particular	Particular	SUS - HAJ	SUS – HAJ
Cora Coralina	SUS	SUS	SUS – Santa Casa	
Rachel de Queiroz	SUS	SUS	SUS - HAJ	SUS – HAJ
Clarice Lispector	SUS - HAJ	SUS		

As entrevistadas descreveram que, a partir da intensificação do tratamento, quando era necessário passar pelas sessões de rádio e quimioterapia, havia um médico para cada especialidade. Isto é, o médico que fez o diagnóstico acompanha todo o processo, mas não foi ele quem aplicou a rádio e quimioterapia.

Hilda Hilst realizou as consultas, exames e cirurgia em Iporá, GO, cidade vizinha à da sua residência. Clarice Lispector fez o exame de prevenção em sua cidade e foi encaminhada para o HAJ de Goiânia, mas optou por realizar a cirurgia onde residia. Cecília Meireles e Dora Ferreira desenvolveram todo o processo de prevenção e tratamento em Goiânia, sendo que Dora Ferreira transferiu o tratamento para o HAJ de Anápolis. Cora Coralina e Rachel de Queiroz procederam aos exames de prevenção onde moravam e com o diagnóstico da doença foram encaminhadas para o HAJ de Goiânia, onde fizeram o tratamento.

A realização dos exames de prevenção apareceu nas entrevistas como algo presente na rotina das entrevistadas, pois, segundo elas, tais exames sempre foram realizados com certa regularidade, mesmo antes da doença, com exceção de Raquel de Queiroz e de Cora Coralina.

Eu fui na ginecologista fazer exames rotineiros, aí fui e fiz o Papanicolaou. (CECÍLIA MEIRELES).

Na medida do possível eu até que fazia prevenção. (HILDA HILST).

Eu fazia exames de rotina e oito anos atrás num desses exames o Dr. pediu para eu ir pra Goiânia ver o que estava acontecendo, porque ele achou que não estava bem. (DORA FERREIRA).

Eu tenho casos de câncer na minha família, minha mãe morreu com câncer, minha vó e aí vai...Então quando eu comecei minha vida sexual, então eu já comecei fazendo o preventivo sempre, sempre. (CLARICE LISPECTOR).

Quanto à qualidade dos serviços em saúde prestados, as entrevistas demonstram satisfação, mas também algumas insatisfações. Apontaram o temor a diagnósticos equivocados, a receio de ficar na fila de espera para atendimento, a alguns profissionais que aparentam uma certa “frieza” em relação às pacientes e sua doença. Também relataram casos de explicações vagas sobre a doença, suas consequências e o tratamento adequado.

Cecília Meireles à época do tratamento tinha plano de saúde (Unimed). Desse modo, as consultas e os exames foram pagos pelo convênio. Mas a cirurgia foi realizada no Hospital Araújo Jorge (HAJ). Ela se diz satisfeita com o atendimento no hospital e diz que a saúde pública nesse aspecto é diferenciada, no sentido da qualidade dos serviços prestados. Todavia, ela relata que na sua cidade (São Luís de Montes Belos), onde fazia os exames preventivos no Posto de Saúde, não foi identificado o problema. “Na verdade eu sempre fiz aqui. Mas nunca deu nada. Aí eu fui a Goiânia e deu. E nessa época fazia mais de três anos que eu tava com o vírus. Só que aqui eu fazia os exames e não acusava nada” (Cecília Meireles).

Apesar da falha no diagnóstico dos postos de saúde da cidade onde residia, Cecília Meireles demonstra confiança nos serviços de saúde.

Hilda Hilst fez os exames de prevenção e a cirurgia de retirado do útero na cidade de Iporá, próxima à sua residência. Mesmo tendo convênio médico (Ipasgo), ela mencionou ter pago todo o material da cirurgia, porque na época o Ipasgo estava em greve e o médico disse que havia urgência em realizar o procedimento cirúrgico.

Naquele momento ele não poderia marcar a cirurgia, porque o meu plano médico iria entrar em greve. “Se você quiser eu faço a cirurgia pelo SUS e você me dá o material e assim nós fizemos, em Iporá mesmo”. (HILDA HILST).

Nesta entrevista fica evidente a confiança no médico local, tanto que Hilda Hilst optou por não buscar ajuda no Hospital do Câncer em Goiânia (HAJ).

Dora Ferreira relata que transferiu o tratamento iniciado no Hospital Araújo Jorge de Goiânia para o de Anápolis porque seu filho morava nessa cidade e isso facilitaria o processo de assistência e acompanhamento.

O tratamento lá é dez e os médicos do Araújo Jorge de Goiânia são os mesmos de Anápolis, então muito bom. A dificuldade que eu vejo no SUS é a dificuldade de entrar, mas quando entra é beleza, é vip, cem por cento. (DORA FERREIRA).

Clarice Lispector conta que ao fazer os exames de rotina verificou-se a necessidade de retirar o colo do útero. Em sua fala fica registrada a confiança em um médico de sua cidade, o que a fez abandonar o tratamento em Goiânia no HAJ.

Aí eu procurei o Dr. João. Ele disse que era preciso retirar o colo sim, mas que eu ficasse tranquila, que ele ia fazer a cirurgia e tudo daria certo, eu não ia perder o bebê. (CLARICE LISPECTOR).

Em outra fala, a entrevistada já se apresenta descontente com os prestadores de serviços em Goiânia, que não a informaram suficientemente sobre a doença.

Lá em Goiânia, não sei se é porque os médicos não têm intimidade com a gente, por mais que eles sejam bons, eles não conversam direito com você. Eles falaram que tinha que tirar, mas não falou que era só o colo. Aí eu pensei nunca mais ia poder ter filho. (CLARICE LISPECTOR).

Também há menção às dificuldades de acesso ao HAJ, pois relataram que fizeram o tratamento lá porque foram encaminhadas de suas cidades, pelos médicos, o que evitou a demora de atendimento, diminuiu o tempo de espera, o que evitou inscrever seu nomes na lista e agendar um atendimento.

E quando eles me encaminharam, eles disseram: “olha, você vai direto para o Araújo Jorge”. (DORA FERREIRA).

A médica disse que ia me encaminhar direto para o HAJ, para fazer o tratamento, e que as minhas filhas precisavam me acompanhar. (RACHEL DE QUEIROZ).

As falas das entrevistadas apontam para uma situação ambígua nos serviços de saúde. De um lado, a satisfação com os serviços prestados; de outro, algumas

dificuldades que, se não comprometem totalmente a qualidade deles, precisam pelo menos ser transpostas, para que a sociedade seja mais bem atendida.

Nesse sentido, como bem alerta Carvalho (2007), deve-se considerar o fato de a assistência à saúde no Brasil ser reflexo também de um desenvolvimento baseado na concentração de renda, de uma sociedade profundamente marcada pelas carências e desigualdades sociais. Para Canesqui (2007, p. 74-79), é preciso haver uma interdisciplinaridade entre as ciências sociais e a biomedicina.

Trata-se aqui de reconhecer a relevância da abordagem antropológica na apreensão do vivido, das experiências fundamentais dos indivíduos diante da enfermidade, procurando identificar os fatores culturais e sociais intervindo nas construções das experiências [...] Resta ainda para as ciências sociais desenvolver estudos sobre antigas e novas doenças [...] As doenças, o desvio e suas relações com a construção de identidade e estigmas, suas relações com a cultura, nas suas diversas acepções, marcam ainda a interlocução das ciências sociais com outras áreas do conhecimento biomédico.

Ressalte-se, nesse sentido, a necessidade de desenvolver trabalhos que visem promover a transdisciplinaridade entre as patologias e os processos socioculturais, uma vez que estes são elementares no processo de construção de uma sociedade voltada para a promoção e a prevenção da saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As preocupações com a ocorrência e a capacidade letal dos diversos tipos de câncer deram origem, em 1957, à criação de uma instituição específica para o seu enfrentamento dessa doença. Trata-se do Instituto do Câncer, que em 1961 se tornou o Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Dentro dessa perspectiva, os estudos sobre o desenvolvimento e o tratamento do câncer passaram a mostrar mais coesão e organização a partir dos anos 1980.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA), referência nacional nas áreas de prevenção, controle, pesquisa e ensino, objetivou a promoção e a vigilância em saúde como as principais diretrizes para o câncer, baseando-se, para isso, nos sistemas de informação para a implementação das suas ações. As informações são obtidas principalmente dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), vinculado ao INCA/MS, do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) (Ministério da Saúde) e do Sistema de Informações e Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO-1998). Ressalte-se que as informações desses sistemas não referem-se ao período atual, existe uma certa defasagem. As informações sistematizadas e disponibilizadas vão até o ano de 2005, o que, de certa forma, cria dificuldades para a implementação de ações mais eficazes de políticas públicas.

O câncer do colo do útero possui etiologia, diagnóstico, terapêutica e prevenção bem definidos, porque existe um conhecimento científico aprofundado sobre os fatores causais, as formas de detecção e tratamento da doença. Concorrem para isso os investimentos feitos que permitiram conhecer e prevenir a ocorrência dessa doença.

A fim de ampliar os cuidados com a saúde da mulher não só delimitado ao ciclo gravídico-puerperal, o Ministério da Saúde criou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, que pressupõe a integralidade dos serviços de saúde prestados. Dentre as principais diretrizes do PAISM estão a descentralização, a hierarquização e a regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, concomitante à construção do Sistema Único de Saúde (SUS). O PAISM, indubitavelmente, representou um avanço nas discussões sobre a saúde da mulher, mas

as ações de controle do câncer do colo do útero e de mama apresentavam ainda algumas falhas.

Para suprir as lacunas do PAISM foi criado também um programa nacional, VIVA MULHER, em 1997, especificamente para tratar as questões do câncer uterino e de mama, cujo controle, em geral, para o câncer do colo do útero é feito através do exame preventivo Papanicolaou e a mamografia para o câncer de mama. Vale lembrar que o desenvolvimento da doença é lento, pois o carcinoma invasor é precedido por lesões que são desenvolvidas em estágios, na forma de neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC), as quais se classificam em NIC I, NIC II, NIC III e carcinoma invasor. O tratamento é eficaz, principalmente nas lesões precursoras, porque o tratamento cirúrgico é curativo em cem por cento dos casos.

O Papilomavírus Humano (HPV), segundo o Ministério da Saúde, é o principal causador da doença (mais de 70% dos casos). É transmitido nas relações sexuais e o homem é o agente transmissor para a mulher.

Desde 2006, conta-se com vacinas que previnem alguns tipos de HPV, inclusive os de alto risco, sendo aplicadas em três e cujo período de eficácia é de sete anos. Recomenda-se, para aumentar a eficiência do procedimento, que a mulher seja vacinada ainda virgem, o que atinge a faixa etária dos 9 até os 26 anos.

Mesmo as mulheres não virgens podem receber a vacina. Além disso, as já infectadas por algum tipo de HPV ficam protegidas de outros tipos. A expectativa é que a vacina possa reduzir as taxas de incidência e de mortalidade por câncer do colo do útero.

As mudanças ocorridas no perfil epidemiológico brasileiro evidenciam que as doenças crônico-degenerativas estão entre as principais causas de morte. Na tentativa de acompanhar essas transformações, o sistema público de saúde propõe ações mais direcionadas a essa nova realidade. No caso da perspectiva da sociologia aplicada à saúde, é possível compreender o processo da doença como um fenômeno social, tendo em vista que ela afeta os sujeitos em suas relações pessoais e sociais.

Dessa forma, ao se empreender este estudo, o qual se insere na perspectiva da sociologia da saúde, buscou-se compreender o câncer do colo do útero sob a perspectiva das mulheres que vivenciaram a experiência dessa doença, bem como sobre as redes de apoio e os serviços de saúde.

Os teóricos escolhidos para tratar sobre a vulnerabilidade, o risco e os sistemas de saúde foram Giddens(1991, 1997) e Beck (1997, 2006). Para contextualizar o câncer

uterino com a discussão de gênero, optou-se por Scavone (2005), Del Priore (1993) e Scott (1989, 1994). O conceito de estigma presente na doença foi discutido com base nas ideias de Goffman (2008) e Sontag (2002). Os autores referências para a discussão da representação social são Moscovici (2007) e Jodelet (2001).

A abordagem escolhida para a apreensão das categorias de representação social criadas pelas mulheres sobre a doença foi a qualitativa. Empregou-se entrevista semiestruturada, cuja técnica permite alcançar os objetivos propostos por tal tipo de abordagem. As seis mulheres entrevistadas passaram pela experiência do câncer do colo do útero, todas elas com escolaridade, renda e faixa etária distintas.

O roteiro de entrevistas privilegiou alguns eixos: a doença e o tratamento, o risco e a vulnerabilidade, as redes de apoio e os serviços de saúde, apresentados às entrevistadas. Depois se procurou apreender nas falas as representações sociais criadas pelas mulheres sobre todo o processo de experiência do câncer uterino.

As entrevistas revelaram a coexistência tanto de aspectos positivos quanto negativos na experiência com a doença. Esta trouxe sofrimento, mas também provocou mudanças na vida dessas mulheres, proporcionando uma melhoria nas relações que estabeleciam com amigos, família e com o meio no qual estão inseridas. Descobriram o apoio incondicional das pessoas que estavam a sua volta, apesar de todo sofrimento. Os laços afetivos apresentaram-se mais fortalecidos, o que permitiu o suporte para o enfrentamento da doença e do tratamento.

Confirmou-se o estigma que a doença carrega nas falas das entrevistadas, quando elas mencionam a associação que as pessoas fazem da doença com a morte. Isso independente dos esclarecimentos feitos pelo profissional da saúde, sobre a alta possibilidade de cura com o tratamento. Por isso, a morte é vista como algo sempre presente diante desse tipo de doença.

Também o tratamento é marcado pelo estigma. Vale lembrar que as consequências do tratamento são exteriorizadas. A queda dos cabelos expõe as mulheres enfermas, de modo que os olhares identificam na pessoa a doença, o que gera discriminação, indicando que a mulher doente naquele momento é diferente das demais. No que diz respeito ao tratamento, há uma oscilação com maior frequência entre os aspectos positivos e negativos. Contudo, é enfrentado como um mal necessário, porque, apesar de causar sofrimento, é indispensável ao restabelecimento da saúde dessas mulheres.

O aumento das taxas do câncer uterino ou a sua elevação entre as mulheres brasileiras permite concluir que todas são vulneráveis à doença. Por isso, é imprescindível prevenir a doença.

Nesse sentido, o conceito de risco auxiliou na análise, na medida em que apontou para o seguinte fato: independente de renda e escolaridade, todas as mulheres são vulneráveis ao câncer do colo do útero. Mas nem todas as mulheres adoecem. Logo, o meio mais eficaz de diminuir a vulnerabilidade é a prevenção e a continuidade do tratamento.

Além de um comportamento individual que possibilite diminuir os riscos, é preciso também ampliar a oferta de serviços de saúde, para facilitar o acesso e visar a sua qualidade. Nesse sentido, as ações de políticas públicas em saúde, dos serviços de saúde disponíveis precisam ser complementares às ações individuais de prevenção.

A espiritualidade e a religião apareceram como importantes fontes de apoio para enfrentamento do câncer, ainda que despertem sentimentos distintos e ambíguos, como o medo da morte, do tratamento. A partir da experiência da doença, a família e a religião passam a ter um papel mais relevante na vida das mulheres entrevistadas, pois suas relações pessoais e sociais são afetadas pela enfermidade.

Em suma, a percepção das mulheres sobre o câncer uterino depende em certa medida do meio social, pois trata-se de uma doença que interfere em todas as instâncias de suas vidas: a física, a psicológica, a financeira e a social. Nesse sentido, a família e a espiritualidade se constituíram na principal base de apoio da mulheres durante todo o processo da doença, para o enfrentamento dos conflitos entre os limites impostos e a incerteza sobre a cura do câncer uterino.

Quanto aos serviços de saúde, estes foram apontados como satisfatórios, mas que podem e devem ser aprimorados. As principais questões apontadas foram: dificuldade de acesso ao Hospital escolhido, demora de atendimento e profissionais pouco receptivos. Isso condiz com as informações acerca das ações de políticas públicas para o câncer do colo do útero, as quais, se por um lado representam avanços indiscutíveis para a saúde da mulher, por outro ainda apresentam falhas que devem ser superadas. Na tentativa de corrigir as deficiências presentes nos serviços de saúde propõe-se que os profissionais busquem conhecer as percepções das mulheres sobre o câncer do colo do útero, para assim implementar efetivamente a humanização da saúde..

Como as representações direcionam a ação, presume-se, então, que as maneiras como os indivíduos se comportam, quanto à prevenção e os cuidados necessários com a saúde, estão no ponto central da subjetividade dos sujeitos sociais. Por conseguinte, pode-se dizer que tais comportamentos podem ser modificados por aqueles que vivenciam a experiência do câncer do colo do útero. Uma vez que crenças e valores norteiam o comportamento das mulheres perante a enfermidade, um estudo que aborda a percepção das mulheres sobre a experiência do câncer de colo uterino torna-se importante, porque pode subsidiar reflexões e ações mais eficazes e pautadas no conceito de integralidade.

A pesquisa revelou que o câncer do colo do útero é uma doença centrada na desigualdade de gênero, que tem um forte impacto nas condições de saúde das mulheres. Essa relação de subordinação feminina em relação aos homens estabelece o poder da cultura machista sobre as mulheres, incluindo a relação sexual, na qual a mulher mais uma vez depende do seu parceiro até para decidir preservar ou não a sua saúde. A rotina da prevenção é difícil, porque uma série de fatores como o medo da exposição, o estereótipo, o tempo para cuidar de si e não apenas da família e a sua subordinação aos desejos e decisões masculinas acabam impedindo a mulher de cuidar da sua própria saúde. Dessa forma a formulação de políticas públicas de saúde não pode prescindir das questões de gênero.

Ao evidenciar que as percepções das mulheres refletem um conhecimento marcado por dúvidas, insegurança e temores que resultam da suas próprias reflexões e vivências, este trabalho evidencia a necessidade de uma assistência que priorize a informação e o esclarecimento sobre a doença e o tratamento contemplando as demais dimensões da vida desses sujeitos. Para tanto, é preciso promover a ideia de um sistema de saúde humanizado, que apresente garantias de acesso a bens e serviços de saúde de qualidade, para a construção de sujeitos socialmente responsáveis. Isso pressupõe uma relação mais harmônica entre os profissionais e os pacientes acerca dos aspectos afetivo, social e cultural que circunscrevem a vida das pessoas. Nesse sentido, a interface entre a sociologia e a saúde é imprescindível para o alcance das propostas de humanização no contexto sociocultural do processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

- ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. *Sociologia da doença e da medicina*. Trad. Laureano Pelegrin. São Paulo: Edusc, 2001.
- ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. *Informe Epidemiológico SUS*, v. 1, p. 5-16, 1992.
- ARRUDA, Ângela. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cad. Pesquisas*, n. 117, p. 127-147, nov. 2002. ISSN 01001574. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>.
- BECK, Ulrich. *A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva*. Trad. Magda Lopes. São Paulo: Editora Unesp, 1997.
- BECK, Ulrich. *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Trad. Jorge Navarro Perez. Barcelona: Ed. Paidós, 2006. (Coleção Surcos 25).
- BOURDIEU, P.; PASSERON, J-C. 1982. *A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino*. Tradução Reynaldo Bairão. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.
- BOURDIEU, P. *A miséria do mundo*. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro/Brasil*. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 5 de dez. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde 2006. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 13 mar. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: INCA, 2006b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 de mar. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da mulher*, 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao>>. Acesso em: 15 de mar. 2008.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *DST-AIDS*, 2002. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS0352EE7CPTBRIE.htm>>. Acesso em: 20 de out. 2008.
- COSTA, A M.; AQUINO, E. L. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: COSTA, A M.; MERCHÁN-HAMANN, E.; TAJER, D. (Orgs.). *Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: Editora UnB, 2000.
- DALCUCHE, Marise Gnatta. *A experiência de mulheres com câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde: uma análise sociológica*. Curitiba, 2006. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.
- DEL PRIORE, M. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.
- DEL PRIORE, M. Viagem pelo imaginário do interior feminino. *Rev. Bras. Hist.*, São Paulo, v. 19, n. 37, 1999. Disponível: www.scielo.br. Acesso em: 11 set. 2008.
- ELUF NETO, José. A vacina contra o papilomavírus humano. *Revista Brasileira Epidemiologia*, v. 11, n. 3, 2008. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 17 set. 2008.
- FEGHALI, J. Gênero e controle social na saúde. In: COSTA, A M., MERCHÁN-HAMANN, E. e TAJER, D. (Orgs.) *Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*. Editora Universidade de Brasília, 2000.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- FERREIRA, Jaqueline. Cuidados do Corpo em Vila de Classe Popular. In: DUARTE, Luiz F. D; LEAL, Ondina F. (Orgs.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- FONSECA, Luiz Augusto M. A evolução das doenças neoplásicas. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 268-278.
- GIDDENS, Anthony. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: Editora Unesp, 1991.
- GIDDENS, Anthony. A vida em uma sociedade pós-tradicional. In: ANTHONY GIDDENS, Anthony; BECK, Ulrich; LASH, Scott. *Modernização reflexiva*. Trad. Magda Lopes. São Paulo: Editora Unesp, 1997.

- GROSSI, Miriam Pillar. Identidade de gênero e sexualidade. *Estudos de Gênero: Cadernos de área* n. 9. Goiânia: Editora da UCG, 2000.
- HALSTEAD, M. T.; FERNSLER, J. I. Coping strategies of long-term cancer survivors. *Cancer Nurs*, v. 17, n. 2, p. 94-100, 1994.
- HELMAN, Cecil G. *Cultura, saúde e doença*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, v. 1, p. 23-26, 1991.
- HOSPITAL Araújo Jorge. Disponível em: <<http://www.accg.org.br/accg/araujojorge.htm>>. Acesso em: 2 abr. 2008.
- INCA. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa de morbimortalidade por câncer de colo do útero, 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher>. Acesso em: 21 jun. 2008.
- INCA. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer do colo do útero, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/canceruterio>>. Acesso em: 19 out. 2007.
- JODELET, Denise. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.
- LAGO, T. G. *Políticas nacionais de rastreamento do câncer de colo uterino*. Campinas, 2004. Tese (Doutorado em Demografia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- LAPLANTINE F. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- MAEDA, M. Y. S. et al. Estudo preliminar do SISCOLO: qualidade na rede de saúde pública de São Paulo. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v. 40, n. 6, p. 425-429, 2004.
- MARX. K. *O capital*. Trad. Reginaldo Sant'Anna. 7. ed. Livro 2, v. 3. São Paulo: Difel, 1982.
- MENEZES, Rachel Aisengart. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Representações da cura no catolicismo popular. In: ALVES, P. C; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

MOSCOVICI, Serge. *Representações sociais*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOURA, Lenildo. Avaliação do registro de câncer de base populacional do município de Goiânia, Estado de Goiás. *Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 4, n. 15, p. 7-17, 2006.

NUNES, Everardo D. Nunes. *Sobre a sociologia da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.

OLIVEIRA, Márcio S. B. S. de. Representações sociais: uma teoria para a sociologia. *Estudos de Sociologia*, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE, v. 7, n. 12, p. 71-94, 2007.

OLIVEIRA, Márcio S. B. S. de. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 19, n. 55, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acesso em: 29 jan. 2008.

OSIS, Maria José MD. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p. 25-32, 1998.

PITTA, Aurea M. R.; MEIRA, Roseane. Comunicação Social em Saúde e Modelo Assistencial: do discurso médico hegemônico ao discurso da integralidade. *Saúde em Debate*, n. 32, CEBES: Florianópolis, jun. 1991.

POSSAS, C. *Epidemiologia e sociedade, heterogeneidade e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1989.

RABELO, M. C. M. Religião, ritual e cura: In: ALVES, P.C.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. Contribuições da epidemiologia. In: *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

SANTINI, Luiz Antonio. Uma vacina à procura de uma política. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 53, n. 4, p. 403-404, 2007. Disponível em: http://www.inca.gov.br/revistaredecancer/revista_rede_cancer_2/16_artigo.pdf. Acesso em: 14 dez. 2008.

SANTOS, Luis Henrique Sacchi dos. *Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil: uma análise dos anúncios televisivos das Campanhas oficiais de prevenção (1986-2000)*. Porto Alegre, 2002. 281 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SCAVONE, Lucila. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, v. 5, n. 8, p. 47-60, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acesso em: 29 set. 2008.

- SCOTT, Joan W. Preface a gender and politics of history. *Cadernos Pagu*, Campinas, SP, n. 3, 1994.
- SEPLAN. Secretaria de Planejamento do Estado de Goiás. Disponível em: <<http://www.seplan.go.gov.br/>>. Acesso em: 20 dez. 2007.
- SILVA JR., Jarbas B. et al. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. *Epidemiologia & saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- SONTAG, Susan. *Doença como metáfora*. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
- SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). *Textos em representações sociais*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 117-145.
- WALDMAN Eliseu A.; SILVA, Luiz J.; MONTEIRO, Carlos A. A trajetória das doenças infecciosas. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.
- ZEFERINO, L.; GALVÃO, L. Prevenção e controle do câncer de colo uterino: por que não acontece no Brasil. In: GALVÃO, L., DÍAZ, J. (Orgs.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec/Population Council, 1999.

ANEXOS

ANEXO A



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa Um Dilema Feminino: O Câncer do Colo do Útero.

Trata-se de pesquisa vinculada ao Departamento de Ciências Sociais (DCS) da Universidade Federal de Goiás (UFG) e tem como objetivo o estudo do câncer do colo do útero sob duas perspectivas: a) da mulher; b) dos profissionais de saúde. Ela será realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com os atores sociais já citados, sendo gravadas, posteriormente transcritas na íntegra e sujeitas à averiguação do entrevistado a qualquer momento do estudo.

Além do conhecimento que esta pesquisa irá gerar, o estudo poderá, em certa medida, apontar falhas e possibilidades nas ações de combate ao câncer do colo do útero.

A proposta deste trabalho prevê a garantia de respeito aos limites éticos e morais relacionados ao estudo com pessoas, os quais serão respeitados e mantidos durante todas as fases de realização da pesquisa.

Aos entrevistados serão asseguradas as condições de anonimato e sigilo. Em nenhum momento será utilizada qualquer forma de identificação que o exponha, como o uso de nomes ou iniciais. As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade proposta pela pesquisa. O material obtido será arquivado pelo pesquisador durante o período de sigilo, que é de no mínimo cinco anos.

Durante a entrevista é possível a ocorrência de algum tipo de desconforto, porém nenhum tipo de constrangimento faz parte do objetivo deste estudo. O entrevistado(a) terá assegurado o seu direito de recusar-se a responder qualquer questão que julgue constrangedora.

Qualquer informação complementar sobre a pesquisa poderá ser obtida com a orientadora responsável pelo estudo, Professora Doutora Marta Rovey de Souza, pelo telefone (62)3521-1460, e-mail: martary@gmail.com, no Departamento de Ciências Sociais no Campus 2 da Universidade Federal de Goiás, ou com Linamar Teixeira de Amorim, pelos telefones (64)3671-1268 ou (64) 81219128, e-mail: teixeiradeamorim@yahoo.com.br.

Cabe ressaltar que a participação na pesquisa é voluntária. Você poderá recusar-se a participar dela, ou interrompê-la a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento ou de prejuízo à sua pessoa. Contudo, lembramos que a sua participação é de muita importância para a realização desta pesquisa.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Um Dilema Feminino: o Câncer do Colo do Útero.

Pesquisador responsável:

Linamar Teixeira de Amorim

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar):

(64)3671-1268 ou (64) 81219128

Nome e assinatura do pesquisador _____

Linamar Teixeira de Amorim

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF/ _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo Um Dilema Feminino: o Câncer do Colo do Útero, como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) _____ sobre a pesquisa, os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantida a condição de não-identificação por nome e/ou iniciais, bem como qualquer outro tipo de exposição, mantendo o direito de sigilo e anonimato, estando a mim assegurado o direito de revisar a transcrição do meu depoimento para averiguação. Além disso, foi-me esclarecido que minha participação é voluntária e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause constrangimento.

Local e data

Nome e assinatura: _____

Cordialmente,

(Linamar Teixeira de Amorim)

ANEXO

1211107



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PROTOCOLO
078/2008

Goiânia, 12 de novembro de 2008

PARECER CONSUBSTANCIADO

I. IDENTIFICAÇÃO:

Título do projeto: “Um dilema feminino: O câncer do colo do útero”.

Pesquisador Responsável: Linamar Teixeira de Amorim

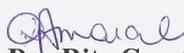
Pesquisador Participante:

Local de realização: FCHF/UFV

Área Temática: III

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, após análise das adequações solicitadas, **Aprovou**, o projeto acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/UFV, relatórios da pesquisa, encerramento, conclusão (ões) e publicação (ões) de acordo com as recomendações da Resolução 196/96.


Profa Dra Rita Goreti Amaral
Coordenadora do CEP/UFV

ANEXO C

PERFIL DA ENTREVISTADA

Nome: _____

Idade _____ Estado civil: _____

Quantas uniões/casamentos teve _____

Tem filhos _____ N° de filhos _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Tem convênio médico? () SIM () NÃO QUAL: _____

EIXOS DE ROTEIRO DA ENTREVISTA:

- 1) Como foi informada sobre a existência de exames de prevenção do câncer do colo do útero?
- 2) Fale os aspectos da relação com a sua família durante o tratamento.
- 3) Fale sobre as sensações e pensamentos que teve ao saber que estava com câncer.
- 4) Descreva a sua doença desde o início. Como descobriu? Como foi o tratamento?
- 5) Fale sobre as dificuldades ou facilidades de acesso aos serviços de saúde.
- 6) Ao saber da doença você sentiu que corria algum risco?
- 7) Por que você acha que adoeceu?