

CORPO E SIGNIFICADO PARA UM GRUPO DE MULHERES QUE REALIZARAM O PAPANICOLAOU

BODY AND MEANING FOR A GROUP OF WOMEN WHO UNDERWENT PAP TEST

Edemilson Antunes de Campos¹

Lidiane Mello de Castro²

Francine Even de Sousa Cavalieri³

Resumo: O objetivo deste artigo é compreender os significados do corpo feminino para um grupo de mulheres que fizeram o Papanicolaou. Para tanto, realizou-se uma pesquisa qualitativa, com abordagem etnográfica e roteiro de entrevistas semi-estruturadas, com mulheres em idade reprodutiva, moradoras do Jardim Keralux, localizado na Zona Leste do município de São Paulo, Brasil. O Papanicolaou faz parte do processo de medicalização do corpo da mulher e está prenhe de significados, que permitem às mulheres darem um sentido à prevenção do câncer do colo do útero. Busca-se contribuir para a compreensão da experiência do exame de Papanicolaou e dos aspectos socioculturais que operam na prevenção do câncer do colo do útero.

Palavras-chave: Corpo feminino; Gênero; Papanicolaou; Significados.

Abstract: The purpose of this article is to understand the meanings of the female body for a group of women who did the Pap test. Therefore, a qualitative research was carried out, with ethnographic approach and script of semi-structured interviews, with women of reproductive age, living in Jardim Keralux, located in the East Zone of the city of São Paulo, Brazil. The Papanicolaou is part of the process of medicalization of the woman's body and is pregnant with meanings, which allow women to give meaning to the prevention of cervical cancer. The aim is to contribute to the understanding of the experience of the Pap smear and the sociocultural aspects that operate in the prevention of cervical cancer.

Keywords: Female Body; Gender; Papanicolaou; Meanings.

1 Introdução

O câncer do colo do útero é considerado um problema de saúde pública e chama atenção das autoridades médicas e sanitárias, responsáveis pelas políticas de saúde em vários países e, particularmente, no Brasil. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, em 2016, há um risco estimado de 15,85 casos novos de câncer colo do útero a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2015).

¹ Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR). Livre Docente da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brasil. E-mail: edicampos@usp.br

² Doutoranda em Ciências pela Escola de Enfermagem (EE) da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brasil. E-mail: lidianeoz@usp.br

³ Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brasil. E-mail: francineevensc@gmail.com

Nesse quadro, as mulheres entre 25 e 64 anos são orientadas a fazer, pelo menos uma vez ao ano, a coleta de material para o exame citopatológico, o chamado exame de Papanicolaou, com o objetivo de ajudar no diagnóstico precoce da doença e, conseqüentemente, em seu tratamento (BRASIL, 2011).

Embora seja o único tipo de câncer para o qual existe um exame clínico que permite sua prevenção, detecção precoce e tratamento, no Brasil, não há reduções significativas na morbimortalidade das mulheres em idade reprodutiva, acometidas pelo câncer cervical (OLIVEIRA; GUIMARÃES; FRANÇA, 2014).

As pesquisas da área de ciências sociais e saúde têm evidenciado o modo como os aspectos socioculturais influenciam na adesão das mulheres ao Papanicolaou (DUAVY et al., 2007; PAULA; MADEIRA, 2003; CRUZ; LOUREIRO, 2008). Destacam-se os estudos sobre o modo como as complexas relações de gênero influenciam a prevenção do câncer do colo do útero (BRENNAN et al., 2001; LÖWY, 2013). O conceito de gênero é social e historicamente construído, e define de forma assimétrica as relações entre homem e mulher, particularmente, aquelas relativas ao corpo e à sexualidade (HEILBORN, 2003). Assim, a exposição da genitália feminina e a manipulação das zonas erógenas do corpo feminino pelo profissional de saúde podem gerar vergonha e constrangimento, por se tratar de ações consideradas moralmente incorretas, levando as mulheres, muitas vezes, a não realizarem o Papanicolaou, principalmente, quando o profissional é do gênero masculino.

É assim que o objetivo deste artigo é o de compreender os significados do corpo feminino construídas por mulheres que realizaram o exame de Papanicolaou e, por essa via, analisar a importância dos aspectos socioculturais na prevenção do câncer do colo do útero.

2 A pesquisa etnográfica com mulheres que realizam o exame de Papanicolaou

Para dar conta dos objetivos propostos, realizou-se uma pesquisa de campo, em 2012 e 2013, com mulheres em idade reprodutiva, moradoras do Jardim Keralux, localizado no distrito de Ermelino Matarazzo, na Zona Leste da Cidade de São Paulo⁴. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP,

⁴ Esse artigo é resultado parcial da Tese de Livre Docência apresentada na Escola de Artes, Ciências e Humanidades, da Universidade de São Paulo (EACH/USP). (CAMPOS, 2015). O artigo também se baseia no artigo: Representações e significados do corpo feminino na prevenção do câncer do colo do útero de Campos, Castro e Cavalieri (2016).

processo número: 1044/2011 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, de São Paulo, processo número: 370/2011.

A metodologia escolhida para realização desta pesquisa foi a etnografia, que tem como objetivo compreender cientificamente uma dada realidade sociocultural, a partir do ponto de vista “nativo” (CAMPOS, 2013; NAKAMURA, 2009; VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Trata-se de um método utilizado, tradicionalmente, pela Antropologia, com o objetivo de compreender o ponto de vista dos sujeitos da pesquisa, a partir dos significados que determinadas práticas sociais têm para aqueles que as vivenciam.

Nessa perspectiva, realizou-se um itinerário etnográfico no sentido estabelecido por Geertz (1989), a saber, uma “descrição densa”, na qual se busca compreender os significados que dão sentido aos atos cotidianos, tornando-os inteligíveis para aqueles que os praticam. Buscou-se desvendar as representações do corpo feminino quando da realização do exame Papanicolaou.

A pesquisa etnográfica realizada neste trabalho priorizou o contato direto do pesquisador com as mulheres em idade reprodutiva, moradoras da periferia da cidade de São Paulo. Elas mobilizam um conjunto de significados sobre o corpo, a saúde e o cuidado de si. Essas representações ligam-se diretamente ao contexto sociocultural no qual estão inseridas, operando com os códigos sociais e culturais que atuam no processo saúde-doença.

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

O dia-a-dia do Jardim Keralux revela um bairro, cuja paisagem é composta por casas simples, ou inacabadas, ou em processo de construção, e que servem de local de moradia, ao mesmo tempo, para a própria família e para a de seus filhos, quando estes vêm a se casar.

A família é uma referência simbólica fundamental, no interior da qual se reproduz, assimetricamente, as relações de gênero, que marcam o contexto sociocultural no qual as mulheres estão inseridas. Assim, enquanto ao homem cabe prover o sustento

da família, à mulher cabe cuidar dos filhos, administrar o dinheiro, organizar a casa e prover o cuidado de sua saúde e de sua família.

A escolha desse local deveu-se ao fato de que é um bairro, cuja população é considerada vulnerável para o acesso das redes de proteção à detecção precoce e tratamento do câncer cervical. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o único acesso ao serviço de saúde daquela população, majoritariamente atendida pelo sistema público.

Nesta pesquisa, foram entrevistadas 09 (nove) mulheres, sendo que, todas são migrantes da região Nordeste do Brasil e moram em São Paulo há pelo menos 10 anos. Todas são mães de pelo menos um filho, uma delas é dona de casa, enquanto as demais também trabalham em locais próximos ao Jardim Keralux, desempenhando funções que não exigem uma formação técnica ou superior. Todas elas fazem o Papanicolaou periodicamente, pelo menos, uma vez por ano. A seguir, apresenta-se o quadro 1 com os dados sociodemográficos das mulheres entrevistadas:

Nome	Id	Nat.	Religião	Est. Civil	Filhos	Profissão	Freq. Papanicolaou
01 Yolanda	37	PI	Católica	Solteira	01	Auxiliar Serviços Gerais	Duas vezes ao ano
02 Vânia	32	BA	Católica	Solteira	01	Operadora de Máquinas	Duas vezes ao ano
03 Mari	45	BA	Católica	Viúva	01	Dona de Casa	Uma vez ao ano
04 Mafsa	31	BA	Católica	Casada	01	Ajudante de Cozinha	Uma vez ao ano
05 Eliana	36	RN	Evangélica	Casada	02	Auxiliar Serviços Gerais	Uma vez ao ano
06 Márcia	38	PE	Evangélica	Solteira	01	Ajudante Geral	Uma vez ao ano
07 Sandra	45	SP	Não info.	Casada	05	Auxiliar de Limpeza	Uma vez ao ano
08 Silvia	31	BA	Católica	Casada	02	Auxiliar de Limpeza	Duas vezes ao ano
09 Marcela	44	PE	Evangélica	Casada	04	Auxiliar de Limpeza	Uma vez ao ano

Quadro 1: Dados sociodemográficos das mulheres entrevistadas

Fonte: Campos (2015)

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas com o objetivo de identificar, por meio da inferência, os núcleos de sentido e as significações sobre o Papanicolaou e suas implicações sobre a vida social, visando uma síntese interpretativa, permitindo compreender as representações sobre o corpo feminino dessas mulheres, moradoras da periferia da Cidade de São Paulo. As entrevistas foram individuais e semi-estruturadas, e aconteceram, entre os anos de 2012 e 2013. Todas concordaram em participar da pesquisa e assinaram o TCLE e são tratadas, aqui, por nomes fictícios, como forma de garantir o anonimato e o sigilo de suas informações.

3 Uma antropologia do corpo e o exame de Papanicolaou

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

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

Embora, os Cadernos da Atenção Básica: Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama (BRASIL, 2013, p. 62,63) também estabeleçam que a mulher tenha o direito à informação, de modo que o profissional deve “explicar o propósito do exame citopatológico e as etapas do procedimento”, e que “a mulher deve ser colocada na posição ginecológica adequada, o mais confortável possível”, para que o exame seja feito de maneira “suave” e com “delicadeza”, as mulheres entrevistadas têm uma interpretação própria da experiência do exame de Papanicolaou:

Agora, para fazer o exame [de Papanicolaou], eu tenho vergonha. Ah! eu tenho vergonha de abrir as pernas, sei lá. Tenho vergonha, não sei o porquê. Eu não sei se é porque eu sou ignorante, mas que eu tenho vergonha, eu tenho (Marcela, entrevistada 9).

Ou ainda: “*Eu acho ruim fazer [o Papanicolaou]; eu acho ruim fazer o papa porque dói, dói bastante*” (Vânia, entrevistada 02). Ou mesmo: “*Só acho um pouco chato de fazer [o Papanicolaou]. É constrangedor*” (Maísa, entrevistada 04).

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

Desde a obra clássica de Mauss (2003) *As técnicas do corpo*, os usos que fazemos de nosso corpo é concebido como socialmente construído. Para o autor, cada sociedade impõe ao indivíduo um uso determinado de seu corpo. Nas palavras de Mauss (2003, p. 401), as técnicas do corpo: “São as maneiras pelas quais os homens, de sociedade a sociedade, de uma forma tradicional, sabem servir-se de seus corpos”.

Logo, os usos do corpo são aprendidos social e historicamente, a partir da educação, transmitida de geração para geração.

O corpo e tudo o que é relacionado à natureza, é uma construção cultural. Como define Douglas (1991, p. 138): “o corpo é um símbolo da sociedade”. Logo, o corpo pode ser lido como uma linguagem, adquirida socialmente. Ou, como define Le Breton (2013, p. 18) “o corpo é uma construção simbólica e não uma realidade em si”.

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

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

4 A medicalização do corpo feminino

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

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

Exemplo disso é a obra de Vieira (1999, 2002) sobre a medicalização do corpo feminino, na qual sublinha a maneira como o corpo da mulher se transforma em objeto de saber e prática médicos, a partir da condição social de gênero, de maneira que “a

medicalização desse corpo particulariza-se nas implicações específicas da reprodução humana, relacionada à sua condição orgânica” (1999, p. 67).

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

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

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

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

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

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

O médico passa a ter um papel social mais amplo, como educador e guardião da moral e dos costumes, e o corpo feminino passa a ser controlado e normatizado, principalmente, pelo saber médico.

Boltanski (2004) afirma, por sua vez, que os membros das camadas populares se apropriam dos termos médicos, que passam a fazer parte de seu repertório para se referir aos episódios de doença, à sua saúde e ao seu corpo.

É nessa linha que podemos compreender o modo como as mulheres entrevistadas se referem ao seu corpo e à necessidade de realizar o exame de Papanicolaou: “*Eu faço [o Papanicolaou], porque as mulheres aparecem falando lá no Keralux que têm mioma, câncer, a gente escuta falar. Minha mãe mesmo também tinha*

mioma, mas tiraram por baixo e ela não precisou nem operar. Mas, eu nunca tive mioma” (Marcela, entrevistada 09).

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

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

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

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

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

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

Embora o exame de Papanicolaou faça parte da rotina das mulheres entrevistadas, Yolanda também relata o sentimento de “vergonha” e “constrangimento” ao fazê-lo: “*Faço o exame com receio, porque não é fácil. Você tem que deitar ali, tem que tirar a roupa. Só que depois você relaxa, porque é uma coisa que é natural. Precisa fazer o Papanicolaou*”.

A literatura da área de Ciências Sociais e Saúde aponta o modo como a “dor”, a “vergonha” e o “medo” fazem parte das percepções das mulheres quando da realização

do exame de Papanicolaou, revelando o modo como os aspectos físicos e morais são importantes para elas aderirem à prática do exame preventivo de câncer cérvico-uterino.

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

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

A dor como realidade social é simbolizada, ainda, mediante os distintos lugares sociais dos indivíduos. Dentro de uma mesma sociedade, os indivíduos são portadores de condições sociais diferenciadas, de acordo com as clivagens sociais, entre elas, as de gênero, de classe e etnia, qualificando a realidade da dor. Pode haver maior ou menor tolerância à dor, conforme aquilo que do indivíduo se espera, segundo seu lugar social (SARTI, 2001, p. 9).

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

Nas palavras de Sarti (2001, p.10)

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

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

Com isso, evidencia-se uma qualificação do profissional de saúde, a partir das percepções das mulheres, de maneira que ter a “mão leve”, qualifica o profissional

como atencioso, sensível e acolhedor, em oposição à “mão pesada”, que faz dele desatencioso, insensível à dor e ao sofrimento. Trata-se, assim, de um modo cultural de avaliação do cuidado, que aponta para a necessidade da relação e do vínculo entre os sujeitos – profissional e usuária-, envolvidos na realização do exame.

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

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

A humanização em saúde sinaliza para uma prática de cuidado centrada na relação e no vínculo entre profissional e usuário, no reconhecimento do “Outro” e de suas especificidades pessoais e socioculturais, de maneira que se alie a competência técnica à ética das relações, para oferecer um cuidado respeitoso e de qualidade (RIOS, 2009).

O vínculo entre o profissional e a usuária do sistema de saúde é fundamental, particularmente, no momento da realização do Papanicolaou. Assim, a valorização do vínculo com o profissional também indica um modo de avaliação do cuidado, em um sentido moral, que envolve a atenção oferecida durante o exame. Com efeito, a técnica do exame clínico adquire uma dimensão profunda e significativa. Pois, fazer o Papanicolaou com a mesma profissional, torna o exame menos desconfortável tanto do ponto de vista físico como moral.

É assim que a representação da experiência do Papanicolaou como uma prática de cuidado à saúde articula as dimensões: física e moral do corpo feminino, que fazem parte dos aspectos culturais que operam na prevenção do câncer colo do útero.

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

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

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

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

5 A medicalização da vida sexual e reprodutiva: moralidades, sociabilidades e prescrições

Além de revelar o diagnóstico precoce do câncer cérvico-uterino, o exame de Papanicolaou também torna visível o leque de relações nas quais as mulheres estão envolvidas, particularmente, na sua vida sexual e reprodutiva, que passa a ser normatizada.

Isso fica evidente na narrativa de Márcia, entrevistada 06, sobre a vida sexual com seu marido:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aqui, a lógica de gênero passa a operar, uma vez que foi necessária uma “*negociação*” com seu marido, que no início “*era contra*”. A lógica de gênero reforça a ideia que a anticoncepção é uma responsabilidade da mulher. Ela não queria ter outro filho naquele momento, pois estava “*construindo*”, demonstrando que seu projeto de

vida era a construção da casa, o que acaba convencendo seu marido, que se acostuma e se adapta à situação.

Posteriormente, vemos o modo como a lógica médica opera de maneira fundamental, incidindo sobre a concepção de Márcia da necessidade do uso de preservativos nas relações sexuais. Ela distingue a importância do uso da pílula, que evita a gravidez e do preservativo, que “*previne as doenças*”, entre elas a AIDS. Com efeito, a vida sexual e reprodutiva passa a ser normatizada e regulada pelo saber médico, que aciona a lógica de gênero, que faz parte da vida do casal.

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

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

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

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

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

Essa concepção corrobora com os achados de Leal (2001), em sua pesquisa com mulheres de grupos populares da cidade de Porto Alegre e da zona rural do Rio Grande do Sul. Para a autora, a “gravidez é sempre tomada como um *risco*, um evento que pode vir a ocorrer ou não e que está sempre sujeito a um universo de possibilidades aleatórias” (LEAL, 2001, p. 22, grifo da autora).

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

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

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

Yolanda tem uma forma própria de compreender o risco de se contrair uma DST. Com efeito, o risco não se resume a uma categoria epidemiológica, mas também deve ser entendido a partir dos códigos sociais e culturais fazem parte do contexto no qual ela está envolvida. Essa representação remete às análises de Mary Douglas (1992) em seu estudo sobre a noção de risco. Para a autora (1992, p. 31, tradução minha): “um risco não é apenas a probabilidade de um evento, mas também a provável magnitude de seus resultados, que depende do valor que lhes são atribuídos”.

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

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

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

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

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

É assim que o exame Papanicolaou permite visualizar que a vida sexual e reprodutiva desse grupo de mulheres é vivenciada a partir dos valores morais próprios ao contexto sociocultural no qual elas estão inseridas.

6. As impurezas do corpo feminino

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

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

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

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

Embora não haja nenhuma recomendação, por parte dos profissionais de saúde, as mulheres entrevistadas relatam que fazem a depilação e evitam a menstruação antes de realizar o exame de Papanicolaou. É isso que também nos diz Sandra, entrevistada07:

Só faço a depilação para fazer a coleta. É o jeito de a gente ser. Todas nós, mulheres, quando vamos fazer um Papanicolaou, fazemos a depilação, porque acho que é chato chegar lá toda amontoada, suja, cheia de cabelos para fazer um exame desses. Sempre, eu e minhas filhas, todas fazemos. É hábito, é higiene.

As narrativas de Silvia e Sandra são emblemáticas e reveladoras da maneira como elas vivenciam a experiência do exame de Papanicolaou e, por essa via, das representações do corpo feminino. Mas, o que a depilação dos pelos pubianos e a menstruação revelam sobre o modo como as mulheres entrevistadas concebem o próprio corpo feminino?

A obra de Mary Douglas (1991) e suas análises sobre os rituais de purificação oferece uma pista importante para responder a essas questões. Para essa autora (1991, p. 14)

a impureza é, essencialmente, desordem. A impureza absoluta só existe aos olhos do observador (...) A impureza é ofensa contra a ordem. Eliminando-a, não fazemos um gesto negativo; pelo contrário, esforçamo-nos positivamente por organizar o nosso meio.

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

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

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

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

Ambas acionam um sistema moral que concebe os pelos como algo impuro; algo que não pode estar presente durante a coleta de material para o exame. Seguindo a

linha aberta por Douglas (1991), os pelos pubianos são considerados “matéria fora do lugar”, particularmente, durante a realização do exame de Papanicolaou, pois são considerados como “sujeira”, o que reforça a ideia de que a cultura fornece a ordem de sentido, na qual vai se estabelecer o sistema de crenças e de classificação social, que define os limites entre o puro e o impuro.

Embora os Cadernos de Atenção Básica, (BRASIL, 2013), recomendem a não realização do exame de Papanicolaou durante a menstruação, pois isso pode prejudicar o diagnóstico citopatológico, para as mulheres entrevistadas, o sangue menstrual é considerado impuro, devendo, por isso, ser evitada a realização do exame nesse período.

Leal (2001) observa que o corpo feminino é concebido, nos grupos populares, a partir dos movimentos de abertura e fechamento, que indicam seu bom funcionamento, de modo que o sangue menstrual é, em alguns momentos, considerado sujo, um fluído que deve ser eliminado, que opera a limpeza do corpo. As representações do sangue indicam, portanto, que ele pode ser concebido ora como um sinal fertilidade da mulher, ora como algo sujo, um resto que deve ser evacuado (DOUGLAS, 1991). Essa representação da menstruação também aparece na narrativa de Marcela, entrevistada 09, quando indagada sobre a preparação do exame

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

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

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

O aspecto molhado, úmido do sangue, reforça a representação de algo sujo, que deve ser evitado durante o exame.

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

A depilação é entendida pelas mulheres entrevistadas como um ato de limpeza, pois os pelos representam o corpo impuro, que deve ser evitado no momento do exame de Papanicolaou. Embora, o corte dos pelos pubianos não tenha nenhum efeito técnico, elas acreditam que ajudam os profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que se sentem “*mais à vontade*” durante a coleta do material para o exame citopatológico.

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

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

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

Essas interdições relativas à impureza e à pureza do corpo feminino visam garantir às mulheres organizar sua experiência, diante da obrigação de fazer um exame,

considerado constrangedor. Elas asseguram uma inteligibilidade à experiência da coleta do material para o exame citopatológico e, por essa via, revelam uma lógica classificatória que permite a construção simbólica da experiência do exame de Papanicolaou, dentro de uma ordem capaz de mantê-lo sob controle.

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

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

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

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

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

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

A seguir, no quadro 2, é possível visualizar o modo como Papanicolaou sinaliza para uma representação do corpo feminino, a partir da oposição entre o que é considerado puro e impuro:

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

Quadro 2: Representações do corpo feminino
Fonte: Campos (2015)

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

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

7 Considerações finais

Este artigo procurou mostrar, por meio de uma pesquisa qualitativa de abordagem etnográfica, o modo como um grupo de mulheres, moradoras da periferia da Cidade de São Paulo, explicam e vivenciam a experiência do Papanicolaou, ao mesmo tempo em que constroem significados sobre seu corpo.

O Papanicolaou desnuda o corpo da mulher, permitindo visualizar o corpo feminino como um campo de experiências simbólicas, cujos significados são

construídos a partir dos códigos sociais e culturais partilhados no contexto sociocultural no qual as mulheres vivenciam suas experiências de vida.

Assim, se, de um lado, o corpo da mulher é medicalizado pela experiência do Papanicolaou, de outro, ele também é significado a partir das crenças em suas impurezas e seus movimentos internos. As mulheres acionam um mecanismo de estranhamento de si mesmas, que isola os aspectos considerados impuros do corpo feminino e, por essa via, mantém o controle do Papanicolaou, dentro de uma ordem moral que organiza e dá sentido à experiência vivida.

É assim que os aspectos culturais operam no processo saúde-doença, de modo que o Papanicolaou passa a fazer parte da vida sexual e reprodutiva desse grupo de mulheres, moradoras da periferia da Cidade de São Paulo, reafirmando a crença na prevenção do câncer do colo do útero.

Referências

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativas 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

BRENNA, S. M. F. et al. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 909-914, ago. 2001.

CAMPOS, E. A. Olhando de perto: o método etnográfico na pesquisa em saúde. In: MELO, L.; GUALDA, D. M. R.; CAMPOS, E. A. (Org.). **Enfermagem, antropologia e saúde**. São Paulo: Manole, 2013, p. 90-104.

CAMPOS, E. A. **Lógicas do cuidado: um estudo socioantropológico sobre o exame de prevenção para o câncer do colo do útero**. 2015, 172 p. Tese (Livre Docência em Ciências Sociais e Saúde) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, 2015.

CAMPOS, E.A.; CASTRO, L.; CAVALIERI, F. Representações do corpo feminino na prevenção do câncer do colo do útero. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 5, 2016, Porto. **Atas do...** Porto: Universidade Lusófona, 2016, p. 167-176.

- CRUZ, L. M. B; LOUREIRO, R. P. A. Comunicação na abordagem preventiva do câncer de colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão as campanhas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo. v. 17, n. 2, p. 120-131, jun. 2008.
- DAVIS-FLOYD, R. **Birth as an American Rite of Passage**. 2.ed. Berkeley: University of California Press, 2003.
- DOUGLAS, M. **Risk and blame: Essays in Cultural Theory**. 1 ed. New York: Routledge, 1992.
- DUAVY, L. M. et al. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 733-742, jun. 2007.
- FONSECA, C. **Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares**. 2. ed. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2004.
- FOUCAULT, M. **Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1989.
- HEILBORN, M. L. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferença na saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Orgs.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.197-208.
- LEAL, O. F. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: Leal, O. F. (Org.). **Corpo e significado: ensaios de antropologia social**. 2.ed. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2001. p. 15-36.
- LE BRETON, D. **Antropologia do corpo e modernidade**. 1. ed. Petropolis-RJ: Vozes, 2013.
- LÖWY, I. Le genre du cancer. **Clio: femmes, genre, histoire**, Amsterdam, n. 37, p. 65-83, 2013. Disponível em: <<http://clio.revues.org/10986>>. Acesso em: 21 jul. 2017.
- MAUSS, M. As técnicas do corpo. In. MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. 1 ed. São Paulo: Cosac &Naify, 2003, p. 399-422.
- NAKAMURA, E. O lugar do método etnográfico em pesquisa sobre saúde, doença e cuidado. In: NAKAMURA, E.; MARTIN, D.; SANTOS, J. F. D. (Org.). **Antropologia para Enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2009, p.15-34.
- OLIVEIRA, M. V.; GUIMARÃES, M. D. C.; FRANÇA, E. B. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4535-4544, nov. 2014.
- PAULA, A. F.; MADEIRA, A. M. F. O exame citopatológico sob a ótica da mulher que o vivencia. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 88-96, set. 2003.
- RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p 253-261, jun. 2009.
- ROHDEN, F. Sexualidade e gênero na medicina. In: SOUZA, N. A.; PITANGUY, J. **Saúde, corpo e sociedade**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed UFRJ, 2006, p. 157-180.

SARTI, C. A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 3-13, jul. 2001.

VICTORA, C.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. 1. ed. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA E. M. A medicalização do corpo feminino. In: GIFFIN, K; COSTA, S. H. (Org.) **Questões da saúde reprodutiva**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999, p. 67-78.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

Recebido em: 26 de março de 2017.

Aceito em: 22 de maio de 2017.