



2013



DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Patricia Alexandra Pereira Marques
A mulher, o útero e a narrativa
O vírus do papiloma humano (VPH) e as representações sociais do cancro do colo do útero

A mulher, o útero e a narrativa

O vírus do papiloma humano (VPH) e as representações sociais do cancro do colo do útero

Patricia Alexandra Pereira Marques

2013



DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

A mulher, o útero e a narrativa

O vírus do papiloma humano (VPH) e as representações sociais do cancro do colo do útero.

Dissertação apresentada à Universidade de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Antropologia Médica, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Ana Luísa Santos (Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra) e a coorientação da Doutora Marta Maia (CRIA-IUL)

Patrícia Alexandra Pereira Marques

2013

Índice

Índice de figuras, gráficos e tabelas _____	iv
Resumo _____	v
Abstract _____	vi
Siglas e acrónimos _____	vii
Agradecimentos _____	viii
1. Introdução _____	1
1.1. Enquadramento teórico _____	3
1.2. O vírus do papiloma humano (VPH) _____	6
1.3. Da infeção com VPH ao desenvolvimento de CCU _____	8
1.4. Fatores de risco, prevenção e diagnóstico _____	9
1.5. Epidemiologia do cancro do colo do útero _____	12
1.6. Objetivos _____	16
2. Metodologia _____	17
3. Discussão de resultados _____	21
3.1. Acesso aos serviços de saúde _____	23
3.2. Importância da informação em saúde e o reducionismo da medicina convencional _____	30
3.3. O corpo feminino e as suas representações _____	40
3.4. O biopoder do discurso médico _____	45
3.5. O cancro e as suas representações _____	49
4. Considerações finais _____	57
5. Referências bibliográficas _____	63
Apêndice _____	73
Guião das entrevistas _____	75

Índice de figuras, gráficos e tabelas

Figura 1 – Vírus do papiloma humano _____	7
Figura 2 – Evolução da infeção por VPH e do CCU _____	9
Gráfico 1 – Taxas de incidência e mortalidade (padronizadas para a idade) por tumor maligno do colo do útero no mundo em 2008 por 100 mil habitantes _____	13
Gráfico 2 – Os 20 países da Europa com maiores taxas de incidência (padronizadas para a idade) de tumor maligno do colo do útero em 2008 e as suas taxas de mortalidade (padronizadas para a idade) para o mesmo ano por 100 mil habitantes _____	13
Gráfico 3 – Taxas de incidência e mortalidade (padronizadas para a idade) por tumor maligno em Portugal em 2008 _____	14
Tabela 1 – Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno do colo do útero por 100 mil habitantes em Portugal (NUTS – 2002) _____	15
Tabela 2 – Taxa de mortalidade por grupo etário por tumor maligno do colo do útero em Portugal (NUTS – 2002) nos anos de 2008 a 2010 por 100 mil habitantes _____	15

Resumo

O vírus do papiloma humano (VPH) é o agente infeccioso sexualmente transmissível mais disseminado em todo o mundo e está intimamente ligado ao desenvolvimento do cancro do colo do útero (CCU). Apesar deste carcinoma ter um desenvolvimento prolongado e facilmente detetável com meios de rastreio acessíveis, como a citologia cervico-vaginal, continua a ser uma das principais causas de morte nas mulheres. Esta investigação baseia-se na análise do discurso feminino sobre o VPH e a sua relação com o CCU, com os seguintes objetivos: avaliar a relação entre as mulheres e os profissionais de saúde e com o próprio sistema de prestação de cuidados, identificar o conhecimento, perceber sentimentos, medos, crenças e representações sobre o VPH e o CCU. Os dados foram retirados de entrevistas a dez mulheres com diferentes idades, vivências e origens sociais e económicas. A análise da prática discursiva dos testemunhos revela lacunas no conhecimento do VPH, da sua relação como o CCU e do próprio rastreio, denunciando problemas na prestação de cuidados de saúde, na comunicação e na informação. A análise crítica dos conteúdos das entrevistas faz transparecer as representações históricas, sociais e culturais subjacentes à doença, podendo servir de obstáculo à prevenção, com conseqüente aumento da incidência e mortalidade por CCU. Pode-se então concluir que há urgência na transdisciplinaridade entre a comunidade científica, em prol da promoção da saúde.

Palavras-chave: antropologia médica; cancro do colo do útero; citologia cervico-vaginal; representações; transdisciplinaridade.

Abstract

The human papilloma virus (HPV) is the sexually transmissible infectious agent most widespread worldwide and is closely linked to the development of cervical cancer. Despite this long development carcinoma is easily detectable with accessible means of screening, such as Papanicolaou test, it's still one of major death causes of women. This investigation is based on the analysis of female speech about HPV and its relationship to cervical cancer, with the following aims: to assess the relationship between women and healthcare professionals and the healthcare system itself, to identify the knowledge, to perceive feelings, fears, beliefs and representations about HPV and cervical cancer. Data from this study were drawn from interviews with ten women of different ages, experiences and social and economic backgrounds. The analysis of the discursive practice of the testimony reveals lack of knowledge of HPV, its relationship to the cervix cancer and the screening itself, exposing problems in the provision of health care, communication and information. A critical analysis of the interviews content shows historical, social and cultural representations behind the disease, which may serve as a barrier to prevention, with a consequent increase in the incidence and mortality from cervical cancer. In conclusion there is urgency in transdisciplinarity among the scientific community, for the promotion of health.

Keywords: medical anthropology; cervical cancer; Papanicolaou test; representations; transdisciplinarity.

Siglas e acrónimos

ADN	Ácido desoxirribonucleico (<i>deoxyribonucleic acid</i> – DNA)
ARS	Administração Regional de Saúde
CCU	Cancro do colo do útero
DGS	Direção Geral de Saúde
DST	Doença sexualmente transmissível
ECN	<i>European Cancer Network</i>
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
IDM	<i>Informed Decision Making</i>
IPO	Instituto Português de Oncologia
NIC	Neoplasia intraepitelial cervical
OMS	Organização Mundial de Saúde (<i>World Health Organization</i> – WHO)
PNS	Plano Nacional de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
Teste PAP	Teste Papanicolaou
UNFPA	<i>United Nations Population Fund</i>
VIH	Vírus da imunodeficiência humana (<i>human immunodeficiency virus</i> – HIV)
VPH	Vírus do papiloma humano (<i>human papillomavirus</i> – HPV)

Agradecimentos

À Professora Doutora Ana Luísa Santos o meu muito obrigada por ter tido a amabilidade de aceitar orientar o presente trabalho e por todo o apoio dado sempre que foi necessário.

À Doutora Marta Maia quero agradecer a ajuda dada através do seu conhecimento que possibilitou a melhoria e aperfeiçoamento do meu.

Um agradecimento especial a todos os docentes do mestrado em Antropologia Médica pela experiência e conhecimento que me transmitiram.

A todas as mulheres que se disponibilizaram participar nesta investigação o meu agradecimento especial pelo altruísmo demonstrado que possibilitou a elaboração deste humilde trabalho de investigação.

Ao meu cunhado João agradeço o inextinguível préstimo para a conclusão do presente trabalho, pelo apoio técnico prestado e por toda a disponibilidade sempre demonstrada.

Um eterno agradecimento aos meus pais por terem possibilitado o meu caminho até aqui.

Cristina Duarte, amiga para todas as ocasiões, muito obrigada pelo apoio dado em mais esta etapa da minha vida.

À Carla, que apesar da distância está sempre comigo. Alexandra e Catarina um obrigada do tamanho do mundo.

Restante família e amigos a vossa existência é suficiente para poder encarar os meus desafios de forma mais luminosa e corajosa.

Por fim, tenho que agradecer ao meu marido por me obrigar a não desistir e por partilhar comigo esta viagem com todos os altos e baixos que a vida nos traz.

E mais importante que tudo, filha, a tua existência dá sentido à minha. Desculpa os momentos que não passei contigo.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Enquadramento teórico

“The interpretation of illness meanings can also contribute to the provision of more effective care” (Kleinman, 1988: 9)

Em 1946, a OMS define saúde como o “bem-estar físico, mental e social” e não só a ausência de patologia ou enfermidade (Carapinheiro, 1986, Levin e Browner, 2005). O objetivo desta definição seria a medicina convencional avançar para além da doença e da sua erradicação como principal prioridade. Apesar desta conceção, grande parte dos investigadores em saúde continuam concentrados nas características da patologia e das suas consequências (Levin e Browner, 2005). Como Carapinheiro (1986:11) refere *“as dificuldades subsistem na transposição desta definição abstrata e generalizável para uma expressão estratificada por classes sociais, sexo e idade”*, tornando a análise em saúde uma questão complexa.

A antropologia médica surge numa perspetiva complementar e enriquecedora para a abordagem dos problemas em saúde pública, visto que revela que um estado de saúde está intimamente ligado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural (Uchoa e Vidal, 1994). A saúde e a noção de risco, prevenção, tratamento, entre outros, são fenómenos construídos e culturalmente interpretados (Uchoa e Vidal, 1994). Interessa perceber e analisar os componentes individuais e subjetivos que determinam a saúde, mas mais importante, como Carapinheiro (1986) sugere, explicar a sua fenomenologia inserida em estruturas sociais mais amplas, onde todos os elementos farão sentido.

Atualmente, as noções de saúde e de doença são consideradas como fenómenos complexos interligando fatores biológicos, sociológicos, económicos, ambientais e culturais. Esta complexidade transparece na diversidade de discursos sobre saúde, cada um privilegiando diferentes fatores e com diferentes estratégias de intervenção (Uchoa e Vidal, 1994). Esta diversidade de discursos só poderá ser analisada de uma perspetiva transdisciplinar, ou seja, através de um processo de partilha de um enquadramento conceptual e metodológico, onde as equipas integram conceitos das suas próprias disciplinas de forma a poder desenvolver novos conceitos e perspetivas, que vão além das suas áreas de especialização, para assim resolver problemas em saúde pública e outros (Hiatt e Breen, 2008). A noção de interação surge como alvor de uma nova consciência, tal como Bruno Latour e os seus atores sociais a causar efeito na rede e para a rede social, em que natureza e cultura não podem ser pensadas como entidades

separadas e opostas (Latour, 1994; Latour, 2006; Silva e Alves, 2003), mas a partir de uma perspectiva integradora da natureza humana, em que as estruturas individuais são produto da sociedade e da história, modulando de uma forma interdependente as nossas decisões e comportamentos. Torna-se necessário a passagem a unidades de análise que colocam a saúde e a doença na ordem do mundo e da sociedade (Carapinheiro, 1986). É nesta base antropológica, sociológica e histórica que se definem novas categorias analíticas que conceptualizam a doença como *construção social* e o doente como *personagem social* (Carapinheiro, 1986).

Os trabalhos de antropologia médica, sobretudo aqueles realizados por investigadores como L. Eisenberg, Arthur Kleinman, Byron Good e Mary-Jo Delvecchio Good, vêm demonstrar que as crenças, os comportamentos e as expectativas face à saúde e à doença se reinscrevem num contexto mais amplo de normas e valores predominantes em determinada sociedade (Uchoa e Vidal, 1994). Surge, do trabalho dos cientistas sociais, a discussão sobre a noção de *disease*, *illness* e *sickness* como fenómenos relacionados mas com vivências distintas (Martinez, 2005).

A noção de *disease* ou patologia é explicada como “*as anormalidades de estrutura ou funcionamento de órgãos ou sistemas*” (Uchoa e Vidal, 1994: 500). Ocorre pela tradução dos profissionais de saúde, consoante a sua perspectiva e prática, do mal-estar individual transmitido pelo doente para um conjunto técnico e objetivo de saberes, ou seja, o técnico de saúde interpreta estes sintomas com uma nomenclatura e taxonomia próprias, designando o respetivo diagnóstico e conseqüente tratamento das alterações ao funcionamento do organismo (Kleinman, 1988). Segundo Jean-Charles Sournia (1985 in Costa, 2012: 44) “*a doença não tem existência em si, é uma entidade abstrata à qual o homem dá um nome. A partir das indisposições sentidas por uma pessoa, os médicos criam uma noção intelectual que agrupa os sintomas de que sofre o “doente”, os sinais que um observador pode constatar, as lesões anatómicas, por vezes, uma causa ou um germe causal, e a este conjunto aplicamos uma etiqueta chamada diagnóstico, do qual decorre um tratamento destinado a agir sobre os sintomas e, se possível, sobre a causa*”.

Por outro lado, a noção de *illness*, ou o mal-estar individual, surge como significado da experiência humana face aos sintomas e ao sofrimento intrínsecos à vivência de determinada patologia. Consiste na forma como o doente, o agregado familiar e a própria comunidade percecionam, reagem e respondem à morbidade da doença. A experiência de *illness* inclui todas as explicações, exposições e vivências do

desenrolar patológico do doente aos elementos da sua rede social. Engloba todas as decisões relacionadas com os tratamentos e consequências da sua morbidade, bem como a capacidade para lidar com os julgamentos, com as frustrações, com a depressão, com a revolta, com as expectativas e com os receios da morte (Kleinman, 1988; Martinez, 2005). Para Kleinman (1988), as orientações culturais de cada local, ou seja, os padrões de comportamento aprendidos para pensar e agir nas nossas vidas e que se replicam na estrutura social em que estamos inseridos, organizam o nosso senso comum para perceber e viver a *illness*, podendo afirmar que esta experiência é culturalmente variável, havendo formas “corretas” e formas “incorretas” de estar doente. As expectativas convencionais acerca da *illness* são alteradas e negociadas, consoante as diferentes situações sociais e pela própria rede de relações, divergindo também consoante as próprias experiências biográficas. A experiência de *illness* é o que o doente e o agregado familiar transportam para o profissional de saúde, que também ele foi socializado numa forma coletiva de vivenciar essa experiência (Kleinman, 1988). O que Kleinman (1988) defende é partilhado por White *et al.* (2012) que consideram que mulheres de diferentes culturas têm perceções de *illnesses* que são em parte pessoais e em parte partilhadas pelos membros da sua comunidade. Baseadas em intuições, experiências pessoais, história local e circunstâncias sociais, estas perceções podem ser representativas “do que está correto” acerca de um estado de saúde de uma pessoa ou de um grupo de pessoas, numa determinada altura. Do ponto de vista da saúde pública, estas representações, perceções ou modelos de doença evoluem em exposição a novas informações e experiências, influenciando também a noção do risco pessoal, bem como as interpretações dos sintomas e da procura de bem-estar. De uma forma geral, estes modelos têm múltiplas funções na vida quotidiana, como a atribuição de significados, manter ou recuperar o equilíbrio emocional, atribuir responsabilidade para o sofrimento e regular as relações interpessoais entre o doente e a sua rede social (White *et al.*, 2012). Segundo Angel e Thoits (1987 *in* Martinez, 2005: 797) “*enquanto as características clínicas de uma patologia não sofrem variações culturais, a experiência fenomenológica da doença é altamente variável*”.

A noção de *sickness* surge de forma mais abrangente e transversal da dinâmica da doença, relacionando fatores macrossociais como políticos, económicos, institucionais, entre outros (Kleinman, 1988; White *et al.*, 2012). A forma como a doença é experienciada (*illness*) e designada por patologia pela comunidade científica (*disease*) é produto da subjetividade da própria construção social (*sickness*), tornando-a

numa pesquisa complexa e de difícil validação (Silva e Alves, 2003). A autoatribuição do estado de “doente” sofre variações não só de sociedade para sociedade mas também na posição ocupada na estratificação social e na própria subjetividade do clínico que procede ao diagnóstico (Silva e Alves, 2003). Para Martinez (2005) a problematização dos conceitos de saúde, *disease* e *illness*, e evitar a tendência para vê-los como fenómenos distintos e contraditórios, pode trazer uma melhor compreensão da sua inter-relação e da forma como as mulheres negociam estas fronteiras.

Estas noções anteriores servem de base à análise da forma como as representações culturais, históricas e sociais, juntamente com fatores comunicacionais, económicos e políticos, interferem nas experiências, nos pensamentos e nas motivações, e induzem comportamentos e atitudes que podem servir de obstáculo aos métodos de rastreio e consequente desenvolvimento de uma doença como o CCU.

1.2. O vírus do papiloma humano (VPH)

Uma autópsia a uma múmia egípcia do século XII a.C., realizada na década de setenta, permitiu a constatação da existência do vírus através de uma verruga na planta do pé (McCaffery, 1974; Soave *et al.*, 2013). Apesar das descrições médicas sobre verrugas genitais e da pele na literatura clássica grega e romana, a associação entre a origem viral das verrugas e a transmissão sexual só foi identificada no século XIX (Soave *et al.*, 2013). Em 1842, Rigoni-Stern coloca a hipótese do cancro cervical estar associado ao contacto sexual (Soave *et al.*, 2013). Em 1907, o VPH foi descoberto, mas a sua relação com o cancro cervical só foi percebida muito mais tarde, em 1976, pelos trabalhos do Dr. Harald zur Hausen (DeVita e Rosenberg, 2012; Soave *et al.*, 2013). Em 1985 foi desenvolvida a vacina contra a infeção pelo vírus, mas só em 2000 se aprovou o seu uso pela Food and Drug Administration (FDA) (DeVita e Rosenberg, 2012). Em Portugal, a vacina passou a fazer parte do plano nacional de vacinação a partir de 2008 (Ventura, 2008).

O VPH é um agente infeccioso pertencente à família *Papillomaviridae* (Rock *et al.*, 2000; Soave *et al.*, 2013). É constituído por genoma de ADN circular de cadeia dupla contendo aproximadamente 8 000 pares de bases e uma cápside, icosaédrica composta por duas moléculas proteicas: a L1 e a L2 (figura 1) (Fernandes *et al.*, 2013; Rock *et al.*, 2000; Soave *et al.*, 2013; Ventura *et al.*, 2008).

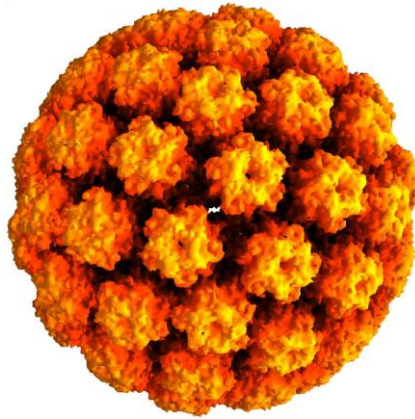


Figura 1 – Vírus do papiloma humano. (Fonte: <<http://www.virology.wisc.edu/virusworld/images/hpv-yellow-orange.jpg>> Acedido em 25-07-2013)

Os vírus infetam as células basais replicando-se por dois processos: por replicação episomal nas células epiteliais em diferenciação (pele e mucosas) com propagação para as células vizinhas ou por integração do genoma viral no ADN dos queratinócitos (células epiteliais mais diferenciadas) dando origem ao início da carcinogénese (Fernandes *et al.*, 2013; Ventura *et al.*, 2008).

Estão reconhecidos aproximadamente 150 tipos de VPH e 120 totalmente sequenciados, dos quais cerca de 40 infetam, preferencialmente, o trato anogenital (vulva, vagina, colo do útero, pênis e zonas perianais) (Fernandes *et al.*, 2013; Soave *et al.*, 2013). Este tipo de vírus divide-se de acordo com o seu potencial oncogénico, ou seja, em “baixo risco” e “alto risco” (Fernandes *et al.*, 2013; Ventura *et al.*, 2008). Os vírus de “baixo risco” estão essencialmente associados à formação de verrugas genitais ou condiloma benigno e lesões da orofaringe (Fernandes *et al.*, 2013; Rock *et al.*, 2000; Roldão, 2007; Ventura *et al.*, 2008). Estima-se que cerca de 90% destas lesões sejam da responsabilidade do genótipo 6 e do genótipo 11, não existindo distinção entre sexos (Fernandes *et al.*, 2013; Rock *et al.*, 2000; Roldão, 2007; Ventura *et al.*, 2008). São aproximadamente 15 os vírus de “alto risco” que podem infetar o trato anogenital, como os tipos 16, 18, 31, 33, 45, sendo os tipos 16 e 18 responsáveis por 70% a 75% dos cancros do colo do útero (Fernandes *et al.*, 2013; Ho *et al.*, 1998; Norwitz e Schorge, 2003; Rock *et al.*, 2000; Roldão, 2007; Soave *et al.*, 2013; Ventura *et al.*, 2008). Estudos indicam que se as mulheres fossem vacinadas contra os tipos de VPH de alto risco antes da primeira atividade sexual, significaria uma redução de cerca de 70% no risco de CCU (Medeiros e Ramada, 2011; Roldão, 2007).

1.3. Da infeção com VPH ao desenvolvimento de CCU

O VPH é considerado o agente sexualmente transmissível mais disseminado em todo o mundo (Fernandes *et al.*, 2013; Ho *et al.*, 1998; Rock *et al.*, 2000; Ventura *et al.*, 2008). A infeção por VPH é mais frequente nos mais jovens e nos primeiros anos de atividade sexual (figura 2) (Fernandes *et al.*, 2013; Ho *et al.*, 1998; Ventura *et al.*, 2008). Estima-se que na população sexualmente ativa, 50% a 80% será infetada pelo VPH ao longo da sua vida (Fernandes *et al.*, 2013; Ventura *et al.*, 2008). A infeção genital por VPH é predominantemente, mas não exclusivamente, uma doença sexualmente transmissível (DST) (Fernandes *et al.*, 2013; Soave *et al.*, 2013). Não é necessária a penetração vaginal ou anal, podendo ocorrer a infeção através do contacto epitelial direto (pele ou mucosas), podendo transmitir-se também por contacto orogenital (Fernandes *et al.*, 2013; Ventura *et al.*, 2008). Apesar de raro, a infeção pode ainda ocorrer por via vertical, através do parto (Ventura *et al.*, 2008).

O VPH é responsável por um número elevado de infeções, que têm em média a duração de doze a dezoito meses, sendo na generalidade assintomáticas e de regressão espontânea (Fernandes *et al.*, 2013). No entanto, cerca de 10% das mulheres infetadas não conseguem eliminar efetivamente o vírus. São estas infeções que persistem que podem provocar lesões epiteliais e posteriormente cancro cervical (Fernandes *et al.*, 2013; Soave *et al.*, 2013).

Numa fase inicial desenvolve-se uma displasia celular, ou seja, células com tamanhos e formas irregulares chamada de neoplasia intraepitelial cervical (NIC), considerando-se um estado pré-cancerígeno (Fernandes *et al.*, 2013; Michaud e Torg, 2002). Se estas células displásicas não forem detetadas e tratadas e o crescimento celular anormal continuar, poderá transformar-se em cancro invasivo (Fernandes *et al.*, 2013; Michaud e Torg, 2002). As infeções pelo VPH, as alterações citológicas no colo do útero, as lesões pré-cancerígenas e mesmo o cancro numa fase inicial são habitualmente assintomáticas e só com o evoluir da doença podem surgir sintomas como perdas hemáticas vaginais, coitorragias, algias pélvicas, corrimento, disúria, hematúria, retorragias, obstipação devido ao envolvimento da bexiga e do reto e obstrução linfática com consequente edema dos membros inferiores (Roldão, 2007; Ventura *et al.*, 2008). O desenvolvimento de CCU é geralmente lento e prolongado, isto é, desde a infeção persistente até ao surgimento de lesões de alto grau e cancro invasivo

pode levar anos ou mesmo décadas, sendo a idade média de incidência entre os 45 e os 55 anos (figura 2) (Ventura *et al.*, 2008).

Está estabelecido, sem qualquer dúvida, que o VPH é o agente causal da carcinogénese cervical, sendo a sua prevalência de 99,7%, nos carcinomas do colo do útero (Fernandes *et al.*, 2013; Roldão, 2007). Contudo, apesar da infeção por VPH ser uma causa necessária para o desenvolvimento de CCU, não significa necessariamente que este surja, ou seja, é a associação da infeção com determinados fatores que propiciam o desenvolvimento de cancro invasivo (Fernandes *et al.*, 2013; Soave *et al.*, 2013; Ventura *et al.*, 2008).

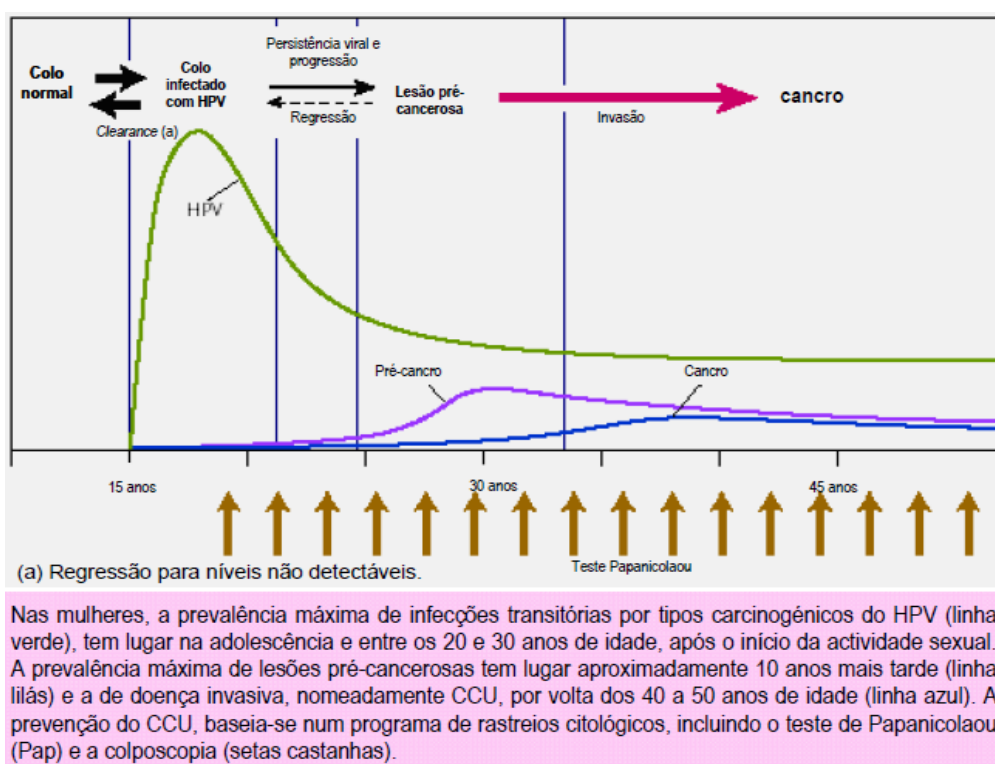


Figura 2 – Evolução da infeção por VPH e do CCU. (Adaptado de Ventura *et al.*, 2008: 10)

1.4. Fatores de risco, prevenção e diagnóstico

A comunidade científica tem publicado nos últimos anos vários estudos que relacionam o desenvolvimento patológico do CCU com vários fatores de risco:

- Bio-imunológicos – engloba as infeções por VPH, as infeções bacterianas e fúngicas, a predisposição genética, entre outras (Fernandes *et al.*, 2013; Roldão, 2007; Ventura *et al.*, 2008);

- Fatores ambientais e tabagismo – recentes estudos relacionam os químicos cancerígenos presentes no fumo do tabaco com a sua concentração no muco uterino (Daling *et al.*, 1996; Fernandes *et al.*, 2013; Michaud e Torg, 2002; Plummer *et al.*, 2003; Rock *et al.*, 2000; Roldão, 2007; Ventura *et al.*, 2008);
- Fatores farmacológicos – como o uso prolongado de corticosteroides, imunossuppressores, hormonas e anticoncepcionais orais¹ (Fernandes *et al.*, 2013; Roldão, 2007; Ventura *et al.*, 2008);
- Fatores nutricionais – como a desnutrição e a alimentação deficitária em ácido fólico e vitamina A (Fernandes *et al.*, 2013; Rock *et al.*, 2000);
- Fatores socioeconómicos e políticos – como o deficiente acesso aos cuidados de saúde, ausência de programas de vacinação e respetivos rastreios (Rock *et al.*, 2000; Roldão, 2007; Ventura *et al.*, 2008);
- Fatores culturais, religiosos e comportamentais – vários estudos têm comprovado a relação direta entre a suscetibilidade a lesões por VPH e a idade precoce do início da atividade sexual, os múltiplos parceiros sexuais, a multiparidade e os múltiplos parceiros sexuais do próprio companheiro² (Burk *et al.*, 1996; Fernandes *et al.*, 2013; Michaud e Torg, 2002; Panobianco, 2013; Rock *et al.*, 2000; Roldão, 2007; Soave *et al.*, 2013; Ventura *et al.*, 2008).

Em 2006 a World Health Organization (WHO) e a United Nations Population Fund (UNFPA) estabeleceram diretrizes para os programas nacionais de controlo do CCU, que pressupõem as seguintes dimensões: prevenção primária e secundária, diagnóstico e tratamento e, por fim, cuidados paliativos (Ventura *et al.*, 2008).

A prevenção primária engloba o conjunto de estratégias de forma a influenciar alterações comportamentais que previnam a infeção por VPH e dos cofatores que aumentam o risco do CCU, como por exemplo os programas de educação sexual e reprodutiva bem como a vacinação (Fernandes *et al.*, 2013; Rock *et al.*, 2000; Ventura *et al.*, 2008). As vacinas do VPH foram as primeiras a serem desenvolvidas com o objetivo de prevenir um cancro (Fernandes *et al.*, 2013). Atualmente existem dois tipos de vacinas no mercado: a bivalente (proteção contra o VPH 16 e 18) e a tetravalente

¹ Apesar de não haver muitos estudos neste âmbito, há autores que comprovam que o seu uso prolongado duplica a possibilidade de desenvolver cancro uterino (Roldão, 2007).

² Segundo um estudo realizado na Índia com 300 mulheres, que comprova o aumento em sete vezes da probabilidade de desenvolver cancro do colo do útero, em mulheres cujos companheiros mantinham relações sexuais com outras mulheres (Michaud e Torg, 2002).

(proteção contra o VPH 16, 18, 6 e 11) (Fernandes *et al.*, 2013; Soave *et al.*, 2013).

A prevenção secundária consiste na deteção precoce de lesões pré-malignas, englobando os programas de rastreio organizados, a formação especializada dos profissionais de saúde e a informação para as mulheres alvo. Atualmente existem vários métodos de rastreio de CCU como a citologia cervico-vaginal ou teste de Papanicolaou (PAP), a colposcopia, a cervicografia ou testes de deteção de ADN do VPH (Fernandes *et al.*, 2013; Rock *et al.*, 2000; Ventura *et al.*, 2008).

O diagnóstico e tratamento englobam todo o acompanhamento da mulher com rastreio positivo, com o objetivo de assegurar o tratamento adequado, que vai desde o tratamento das lesões pré-cancerígenas ao tratamento do cancro invasivo (Ventura *et al.*, 2008).

Por fim, os cuidados paliativos consistem no acompanhamento da doente e dos seus familiares em casos avançados e terminais da doença, isto é, engloba todos os cuidados terapêuticos relacionados com a dor, efeitos secundários dos tratamentos, o acompanhamento psicológico dos doentes e respetivos familiares e a humanização dos cuidados (Ventura *et al.*, 2008).

Em 1927 o médico grego George Papanicolaou introduz uma nova técnica de rastreio precoce do cancro cervical (Rock *et al.*, 2000). A citologia cervico-vaginal ou teste de Papanicolaou (PAP) viria a ser confirmada, em 1945, pela então recém-criada “American Cancer Society”, como um meio eficaz para o despiste da neoplasia cervical. Atualmente o teste PAP é aceite pelos médicos ginecologistas como uma técnica eficaz, simples, indolor, pouco onerosa e aplicável a programas de rastreio massificados, situando-se na primeira linha da rastreabilidade do CCU (Roldão, 2007). Devido ao período de latência do VPH e à ausência de sintomas nas fases iniciais, recomenda-se vivamente programas organizados de rastreio do CCU (Ventura *et al.*, 2008).

Em Portugal existem recomendações de rastreio pela Resolução do Conselho de Ministros n.º129/2001 de 17 de Agosto, pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia e pela Secção Portuguesa de Colposcopia e Patologia Cervico-Vulvovaginal (2004) no sentido de reduzir a taxa de incidência e mortalidade de CCU (Ventura *et al.*, 2008). No entanto, apesar das recomendações oficiais, o rastreio em Portugal é essencialmente oportunista, realizado em consultório privado ou nos centros de saúde. Com base em dados internacionais, onde se enquadram os nacionais, verifica-se que mais de 50% das mulheres com CCU nunca fizeram uma citologia, mais de 10% fizeram-na há mais de cinco anos e em cerca de 40% houve citologias falsamente negativas ou erros no

seguimento das alterações encontradas (Ventura *et al.*, 2008). No que diz respeito a Portugal, os estudos nem sempre são consensuais, como é o caso de um estudo realizado na União Europeia em 2002, que afirmava que apenas 19,2% das mulheres teriam feito uma citologia nos últimos três anos, enquanto o estudo realizado pelo Observatório Nacional de Saúde em 2005, referia que esse valor era de 57,8% (Ventura *et al.*, 2008). Outro estudo considerou que 40% das mulheres portuguesas teriam efetuado o rastreio de forma oportunista, 8% de forma sistemática e 52% sem qualquer tipo de rastreio (Ventura *et al.*, 2008).

1.5. Epidemiologia do cancro do colo do útero

Apesar de o CCU ser uma patologia de desenvolvimento prolongado e de existirem métodos de rastreio eficazes, como o teste de Papanicolaou, continua a ser uma das neoplasias mais frequentes no mundo, sendo mesmo a principal causa de morte por cancro nas mulheres em países em vias de desenvolvimento (International Agency for Research on Cancer - IARC, 2010).

Globalmente e segundo dados do Globocan 2008, o cancro cervical é o terceiro cancro mais frequente nas mulheres e o sétimo mais frequente na totalidade de carcinomas que atingem homens e mulheres. Em 2008 houve cerca de 530 000 novos casos diagnosticados no mundo e destes cerca de 85% ocorreram nos países em vias de desenvolvimento. Estima-se que ocorreram cerca de 275 000 mortes por cancro cervical, das quais 88% se verificaram nos países em vias de desenvolvimento (IARC, 2010).

É de referenciar que os países com maiores taxas de incidência e mortalidade pertencem à África subsariana, Ásia Meridional, América Latina e Caraíbas (gráfico 1).

O CCU é o terceiro cancro mais frequente nas mulheres da Europa, com 54 517 casos em 2008 e uma taxa de incidência de 10,6/100 000 habitantes (IARC, 2010). É também o sétimo cancro com maior taxa de mortalidade com 3,9/ 100 000 habitantes e 24 874 mortes, em 2008 (IARC, 2010). É importante referir que os países com maiores taxas de incidência e mortalidade são a Roménia, a República da Macedónia, a Bulgária, a Sérvia, a Moldávia e a Lituânia (gráfico 2).

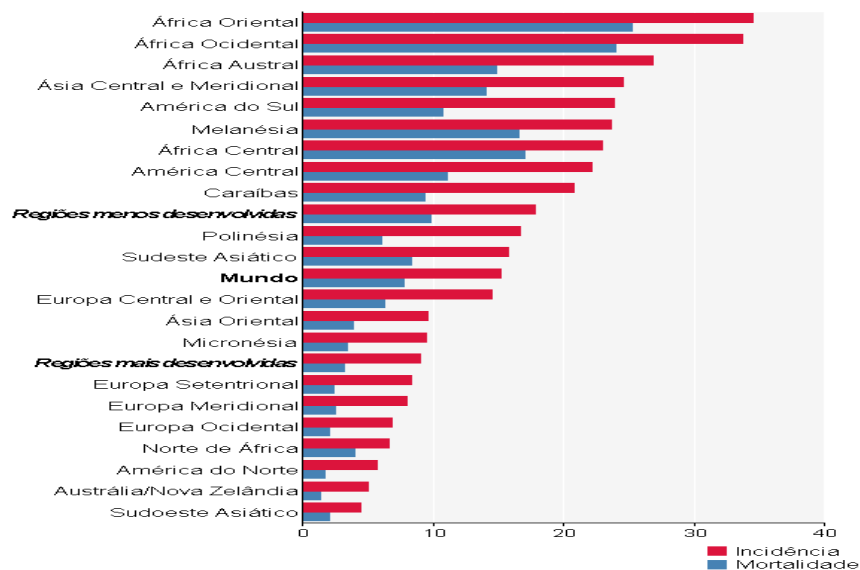


Gráfico 1 – Taxas de incidência e mortalidade (padronizadas para a idade) por tumor maligno do colo do útero no mundo em 2008 por 100 mil habitantes. (Fonte: <<http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/cervix.asp>> Acedido em 23-07-2013)

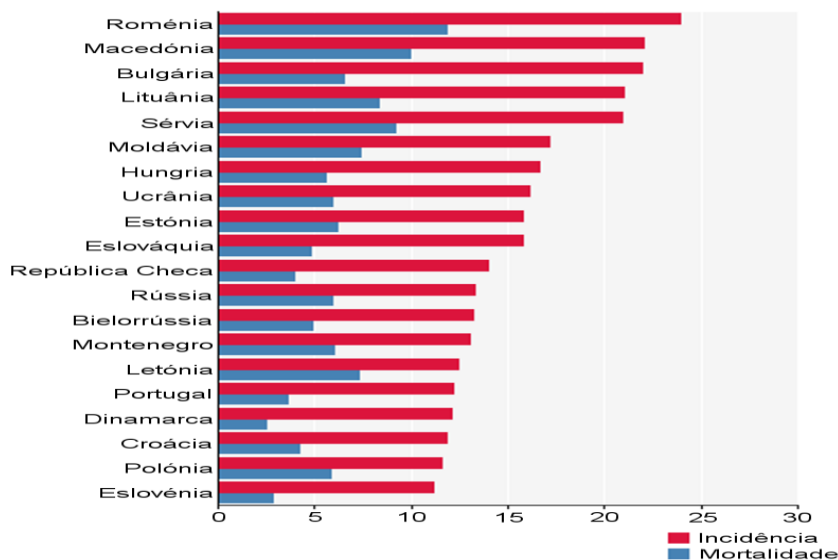


Gráfico 2 – Os 20 países da Europa com maiores taxas de incidência (padronizadas para a idade) de tumor maligno do colo do útero em 2008 e as suas taxas de mortalidade (padronizadas para a idade) para o mesmo ano por 100 mil habitantes. (Fonte: <http://globocan.iarc.fr/bar_site.asp?selection=4152&title=Cervix+uteri&sex=2&statistic=2&populations=4&window=1&grid=1&orientation=0&color1=4&color1e=&color2=5&color2e=&submit=%A0Execute%A0> Acedido em 23-07-2013)

É de referir que Portugal se situa nos vinte países da Europa com maiores taxas de incidência e mortalidade por CCU (gráfico 2) considerando-se que resultam da

inexistência de um Programa de Rastreio organizado a nível nacional (Ventura *et al.*, 2008). Segundo dados do Globocan 2008 a seguir ao cancro da mama e ao cancro colorretal, o cancro do colo do útero foi o terceiro cancro mais frequente nas mulheres portuguesas com 949 casos e uma taxa de incidência de 12,2/100 000 habitantes (gráfico 4) (IARC, 2010). Com 346 mortes e uma taxa de mortalidade de 3,6/100 000 habitantes, foi o quinto carcinoma causador de morte nas mulheres em Portugal, em 2008 (gráfico 3) (IARC, 2010).

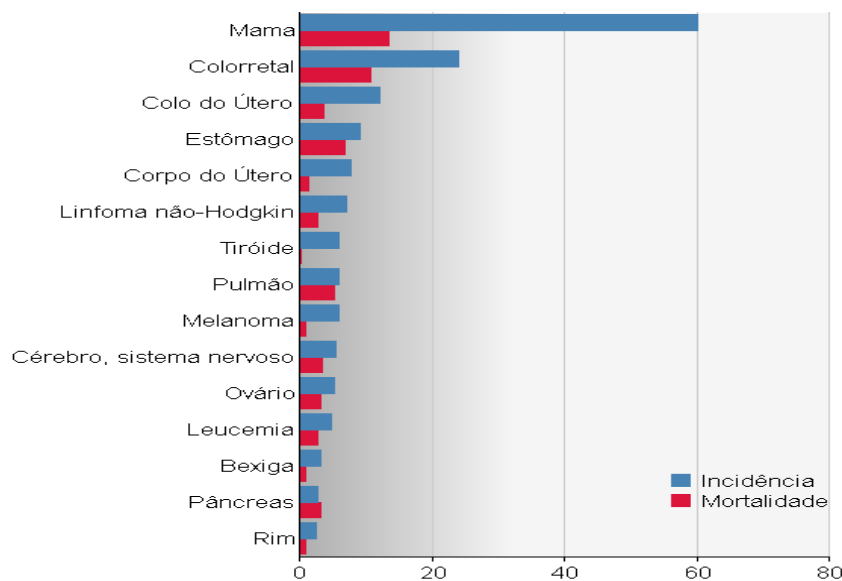


Gráfico 3 – Taxas de incidência e mortalidade (padronizadas para a idade) por tumor maligno em Portugal em 2008 por 100 mil habitantes. (Fonte: <<http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=620>> Acedido em 23-07-2013)

Em 2010, Portugal teve uma taxa de mortalidade de 3/100 000 habitantes (tabela1), mais relevante a partir dos 35 anos (tabela 2).

Tabela 1 – Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno do colo do útero por 100 mil habitantes em Portugal (NUTS – 2002).

Ano	Taxa de mortalidade padronizada
2002	3,30
2003	3,30
2004	3,00
2005	3,10
2006	2,60
2007	3,40
2008	3,50
2009	3,70
2010	3,00

Fonte: Portal do Instituto Nacional de Estatística – INE <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003805&contexto=bd&seITab=tab2> Acedido em 23-07-2013

Tabela 2 – Taxa de mortalidade por grupo etário por tumor maligno do colo do útero em Portugal (NUTS – 2002) nos anos de 2008 a 2010 por 100 mil habitantes.

Grupo etário	Taxa de mortalidade padronizada		
	2008	2009	2010
≤ 24	0,00	0,00	0,00
25-34	0,60	1,10	0,60
35-44	3,40	3,20	2,80
45-54	8,20	7,10	4,70
55-64	6,20	7,70	5,70
65-74	7,90	11,10	9,80
≥75	13,40	12,70	13,10

Fonte: Portal do Instituto Nacional de Estatística – INE <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003777&contexto=bd&seITab=tab2> Acedido em 23-07-2013

1.6. Objetivos

Este trabalho consistirá na análise da prática discursiva da mulher sobre o VPH e a sua relação com o CCU. Este estudo é de carácter qualitativo e procura:

- ✓ Analisar a relação entre as mulheres e os profissionais de saúde e com o próprio sistema de prestação de cuidados;
- ✓ Identificar o nível de conhecimento e veículos de informação sobre o VPH e o CCU;
- ✓ Perceber se as diferentes representações sociais, culturais e históricas sobre a infeção influenciam os mecanismos de prevenção e tratamento;
- ✓ Percepcionar sentimentos, medos, tabus, crenças, valores e expetativas subjacentes à vivência com a patologia.

2. METODOLOGIA

A amostra do estudo foram dez mulheres, com idades compreendidas entre os 23 anos e os 60 anos.

Para a recolha de dados procedeu-se a entrevistas semi-estruturadas e para tal foi usado um guião (ver apêndice) que serviu de fio condutor ao diálogo. Este tipo de abordagem consiste numa relação de intersubjetividade entre entrevistada e entrevistadora de forma a ser bem sucedida na pesquisa qualitativa e proporcionar o encontro social, a empatia, permitindo à entrevistada expressar os seus pensamentos, perspetivas e sentimentos.

Depois de esclarecimentos sobre o estudo e garantia de anonimato (substituição dos nomes das entrevistadas) e sigilo, a entrevista foi gravada após o consentimento da informante. As entrevistas foram transcritas na sua totalidade e posteriormente sujeitas a análise.

Numa primeira fase das entrevistas foram retirados os seguintes dados das mulheres:

- ✓ **Idades** – 20-30 anos (2), 30-40 anos (4), 40-50 anos (1), 50-60 anos (3);
- ✓ **Residência** – Carqueijo/Mealhada/Aveiro (4), Coimbra (2), Mealhada/Aveiro (1), Figueira da Foz/Coimbra (1), Malaposta/Anadia/Aveiro (1), Anobra/Condeixa-a-Nova/Coimbra (1);
- ✓ **Estado civil** – casada (4), solteira (2), divorciada (3), união de facto (1);
- ✓ **Filhos** – com filhos (6), sem filhos (4)
- ✓ **Habilitações literárias** – 4ª classe (4), ensino secundário incompleto (1), 12º ano (1), licenciatura (2), mestrado (2);
- ✓ **Profissão** – reformada (1), empregada fabril (1); empregada doméstica (1), trabalhador por conta própria (2), assistente operacional (1), técnica de diagnóstico e terapêutica (2), técnica superior de saúde (1), professora (1);
- ✓ **Diagnóstico do VPH** – diagnosticadas e tratadas com lesões por VPH (3), sem diagnóstico confirmado (7).

3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

3.1. Acesso aos serviços de saúde

Depois da constituição do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979, pela lei 56/1979, os serviços de saúde em Portugal passam a ser caracterizados pelos princípios constitucionais da universalidade, gratuidade e generalidade (Carapinheiro, 2010; Serapioni e Sesma, 2011). O SNS reconhecia, na altura, a direção unificada do sistema de saúde, a gestão descentralizada e participada e o caráter supletivo do setor privado (Serapioni e Sesma, 2011). No entanto, o nosso sistema de saúde tem-se confrontado com várias formas de desigualdade, quer de direitos, quer de oportunidades, colocando em causa a equidade em saúde (Carapinheiro, 2010). Questões como o subfinanciamento; a concentração dos recursos humanos e tecnológicos nos hospitais e a deficiente coordenação entre os cuidados primários e secundários; a falta de incentivos para os médicos trabalharem no público e a desigualdade de acesso face ao poder do privado, põem em causa os princípios constitucionais do nosso sistema de saúde (Serapioni e Sesma, 2011). Apesar de os discursos políticos oficiais sobre saúde continuarem aliados à garantia constitucional de saúde, pesam as questões financeiras, como a própria sustentabilidade do SNS, o aumento das despesas em saúde, a redução de custos, a melhoria da eficiência e da qualidade dos serviços prestados e os próprios regimes de financiamento (Carapinheiro, 2010). As medidas tomadas nos últimos anos, como a *Lei de Base de Saúde* em 1990, o *Estatuto do Serviço Nacional de Saúde* em 1993, o *Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010*, o *PNS 2011-2016*, entre outras, surgiram no sentido de introduzir novas metas e intervenções a diferentes níveis, incluindo os cuidados primários, com o objetivo de contrariar a diferenciação no acesso aos cuidados de saúde (Serapioni e Sesma, 2011). Todavia, o Observatório Europeu sobre as Políticas e Sistemas de Saúde evidencia, sobre os projetos de reformas, o limitado grau de implementação devido a múltiplos fatores: a falta de participação dos indivíduos, a descontinuidade das políticas de saúde, a inércia da burocracia, entre outros (Serapioni e Sesma, 2011).

Segundo o relatório da Direção Geral de Saúde (DGS) (Ventura *et al.*, 2008) a Região Centro seria uma exceção ao restante território por ter um rastreio do CCU de base populacional a funcionar nos centros de saúde há mais de quinze anos, inicialmente coordenado pelo Instituto Português de Oncologia (IPO) e nos últimos anos pela Administração Regional de Saúde (ARS). No entanto, a sua cobertura, como se

verificará nos testemunhos das entrevistadas, não está a ser homogénea e transversal a todas as mulheres.

Após a identificação das entrevistadas, procurou-se perceber o acesso aos cuidados de saúde de uma forma geral e posteriormente o acesso à saúde ginecológica.

“Pouco, já há dois anos que não vou, não vou com muita frequência. Só quando eu penso que tenho mesmo que ir fazer análises, mas quando ando bem, não vou, só faço aquele exame à mama...”

(Luísa, 52 anos)

“Vou tão pouco, só quando é preciso, quando estou doente. Não marco consultas de rotina, só o meu marido porque tem uma doença de risco [hipertensão], que vai lá para a médica lhe passar as receitas.”

(Ana, 60 anos)

“Vou de três em três meses ao Centro de Saúde, sou diabética.”

(Lília, 53 anos)

“Quando eu estou doente.”

(Paula, 54 anos)

“Vou de vez em quando. Sei lá, é mesmo assim...”

(Margarida, 33 anos)

“Sei lá, umas duas ou três vezes por ano, se calhar nem tanto. Só quando estou mesmo doente, a não ser consultas de especialidade.”

(Joana, 29 anos)

“Vou à médica de família duas a três vezes por ano.”

(Isabel, 34 anos)

“Pelo menos de meio em meio ano vou ao Centro de Saúde.”

(Sónia, 33 anos)

“Duas vezes por ano mais ou menos.”

(Carolina, 41 anos)

“Vou ao Centro de Saúde quando estou realmente com algum problema, mas de resto não vou.”

(Vitória, 23 anos)

Tal como no estudo de Markovic *et al.* (2005), na maioria dos testemunhos anteriores transparece a ideia de uma procura dos cuidados de saúde apenas para efeitos curativos e não preventivos. A exceção a esta forma de pensar diz respeito aos

problemas de saúde crónicos, como a hipertensão ou a diabetes, ou outras consultas de especialidade. Percebe-se a importância dada por algumas utentes à consulta aberta para situações de urgência e à renovação das receitas médicas, denunciando uma prestação de cuidados primários maioritariamente oportunista.

“Vou-lhe ser sincera... não temos meios de transporte e pagar um táxi, nos dias de hoje, é impossível. Depois, ir para lá e ficar por lá todo o dia e ainda por cima ver algumas caras de mau humor, é verdade que não tenho paciência e enquanto eu me sentir bem e não for realmente preciso...”

(Luísa, 52 anos)

“Acho que a maior parte dos Centros de Saúde funciona como pode, mas mal. Acho que existe um manifesto desequilíbrio entre o número de médicos e o número de utentes, visto muitas vezes existir grandes esperas na marcação de consultas e por vezes sinto que alguns médicos tentam "despachar" o doente sem dar a devida atenção ao que sentem e como sentem, às vezes por incúria ou por terem um grande número de doentes à espera para serem vistos. Penso também que os horários devam ser alargados até às 19h, nem que fosse duas ou três vezes por semana, para que as pessoas trabalhadoras tivessem melhor acesso, com um consequente alívio nas marcações e menos esperas para as pessoas já debilitadas e doentes.”

(Isabel, 34 anos)

Uma rede de transportes deficitária, questões financeiras, dificuldade de marcação da consulta e o tempo de espera no dia da consulta são apontados pelas utentes como dificuldades de acesso. O horário de funcionamento dos Centros de Saúde é referido pelas utentes que trabalham, sobretudo as que trabalham há menos tempo e no privado, como um entrave à consulta de rotina. Estas mulheres denunciam os obstáculos colocados por algumas entidades patronais ao acesso à saúde preventiva. Questões como o atendimento, a confidencialidade, a privacidade, o tempo de espera, entre outros, influenciam a relação do utente com os serviços de saúde e com os seus profissionais. Percebe-se em alguns testemunhos o descontentamento e a descredibilização, referida por Carapinheiro (2010), das utentes face ao primeiro contacto com o sistema de saúde, os cuidados primários. A relação com os profissionais de saúde revela a desvalorização dos saberes comuns das utentes e da exclusão da sua participação (Carapinheiro, 2010).

Alguns dos testemunhos seguintes revelam a mesma postura em relação às consultas de ginecologia.

“Já há muitos anos que deixei de ir. Vou ser sincera, depois que o meu ex-marido foi embora, fui aí uns três ou quatro anos e depois deixei de ir, como estava tudo bem, sinto-me bem, não vejo necessidade...”

(Luísa, 52 anos)

*“Não vou ao ginecologista, mas fiz uma citologia o ano passado na médica de família. Tive uns caroços no pescoço e ela mandou fazer todos os exames, inclusive a citologia, para saber qual era a causa. **Ela marcou a citologia? Não, ela disse só se eu sentisse alguma coisa de anormal. Porque não faz citologias com maior regularidade? Se eu não pedir à médica ela não marca, não é como o cancro da mama em que eles chamam todos os anos e eu vou e faço o rastreio.**”*

(Ana, 60 anos)

“Fui o ano passado depois de uma credencial passada pela médica de família, agora não sei quando volto.”

(Lília, 53 anos)

“Vou ao planeamento familiar todos os anos, ao Centro de Saúde.”

(Paula, 54 anos)

“Vou uma vez por ano, sempre fui a uma médica privada, porque a minha mãe também ia, mas ultimamente tenho ido ao Centro de Saúde e tenho feito os exames lá.”

(Isabel, 34 anos)

“Ando a ser seguida de ano a ano no hospital, na consulta de planeamento familiar.”

(Vitória, 23 anos)

“Vou uma vez por ano, que é o que aconselham. Vou ao planeamento familiar ao Centro de Saúde.”

(Sónia, 33 anos)

“De seis em seis meses por obrigatoriedade da doença [portadora de VPH]. Na consulta de patologia cervico-vulvar, no público, entretanto tive alta e estou a ser seguida no privado, numa consulta de ginecologia, onde faço sempre uma citologia. Só quando as lesões se agravam é que volto ao público.”

(Margarida, 33 anos)

“Uma vez por ano e depois só para mostrar os exames [portadora de VPH]. Mas de consulta, regra geral, uma vez por ano.”

(Joana, 29 anos)

“Uma vez por ano, na consulta de patologia cervico-vulvar [portadora de VPH].”

(Carolina, 41)

Das entrevistas realizadas apreende-se que são sobretudo as mulheres mais novas, que por se encontrarem em idade reprodutiva e inscritas em consultas de planeamento familiar, que mantêm rastreios regulares em oposição às mulheres mais velhas que menosprezam essa necessidade. Percebem-se, dos testemunhos das mulheres mais velhas, com menos habilitações literárias e com residência em aldeias nos arredores de Coimbra, as dificuldades em aceder a rastreios do CCU. Estas mulheres relativizam a importância da citologia regular, quer seja por desconhecimento, pela ausência de sintomas, por comodidade ou por atribuírem ao médico a responsabilidade dos seus próprios cuidados de saúde.

No seguimento desta problemática, Rebecca Martinez (2005) releva no seu trabalho uma questão muito pertinente e à qual não se tem dado a devida atenção. Para a autora, as mulheres com lesões iniciais de cancro cervical têm uma ausência, até então, de *illness*. Isto porque o diagnóstico é realizado através de meios tecnológicos que procedem à sua precoce rastreabilidade sem que tenham sentido qualquer tipo de doença ou mal-estar. Sendo este um cancro de desenvolvimento prolongado e assintomático, em que as lesões podem mesmo regredir ao estado normal, as mulheres são colocadas nas *fronteiras da saúde, patologia e doença*. A ambiguidade que envolve o diagnóstico do CCU e a importância da tecnologia médica como poder torna-se determinante num diagnóstico que a mulher ainda não experienciou, tornando a abordagem do cancro do colo do útero numa problemática complexa. Para a análise das noções de saúde e da doença importa *“resgatar a relação do indivíduo sociedade ao silêncio a que foi votada nas lógicas sociais dominantes, na sequência da metáfora “saúde, silêncio dos órgãos”* (Carapinheiro, 1986: 11).

Apesar dos últimos PNS reconhecerem a importância crucial do envolvimento e da intervenção da população nos seus próprios cuidados de saúde, está patente nos testemunhos a diferença entre os discursos oficiais e a prática participativa. Esta continua confinada às referências legislativas e às intenções documentais (Serapioni e Sesma, 2011). Os testemunhos reforçam o estudo de Liliana Lobo (2008 *in* Serapioni e

Sesma, 2011), demonstrando que a participação destas mulheres nos seus cuidados de saúde é pouco satisfatória por várias razões: falta de informação e desconhecimento das atividades dos Centros de Saúde; falta de confiança nas suas próprias capacidades; percepção de não ter força para alterar serviços controlados pelo poder profissional; inadequada estrutura organizacional dos cuidados de saúde.

Uma das questões analisadas no discurso das entrevistadas foi a forma como são percecionadas as diferenças entre a assistência de cuidados sanitários no público e no privado:

“Só recorro ao público, não vou pagar 50 ou 60 euros no privado e além disso já tenho 60 anos.”

(Ana, 60 anos)

*“Nem a conheço [médica de família], vou ao Dr. Pedro [médico de clínica geral, reformado e conhecido da população]... assim para não ir para ali e estar lá toda a vida [Centro de Saúde], enquanto não for realmente preciso, ele passa credenciais e as análises... **E em relação aos exames ginecológicos?** Ele dizer diz, mas do dizer ao fazer. Enquanto eu me sentir bem não me mandem ao médico. Quando era casada tinha o médico dos CTT, aí fazia análises de meio em meio ano, de ano a ano fazia uma citologia. Agora tenho na minha cabeça que não tenho marido, não preciso nada de ir ao ginecologista...e realmente ter doença não tem nada a ver com ter marido ou não.”*

(Luísa, 52 anos)

*“**Costuma recorrer aos médicos privados?** Não, já alguns anos que não, por razões financeiras, mas agora até estou sem médica de família.”*

(Sónia, 33 anos)

“Acho que no privado fazem mais tipos de exames do que no hospital. Aqui temos que esperar, lá fazem logo tudo, fazem a palpação da mama, fazem logo a citologia e a ecografia, enquanto aqui temos que estar à espera.”

(Vitória, 23 anos)

“Ah... pois... sim, no cuidado, na forma de estar, é totalmente diferente, obviamente, por muito que não se queira é sempre diferente...”

(Margarida, 33)

“É claro que é muito diferente ir a um consultório particular, não tem nada a ver, tem muito mais privacidade, a comunicação é muito diferente e o tratamento. Eu não sinto muito isso porque tenho os

colegas a verem-me, mas se for uma pessoa normal é diferente, tem as coisas mais contabilizadas, é tudo a correr, muitos menos meios, o que é contraditório, mas tem menos meios... Vais a um consultório privado usas um espéculo dos descartáveis, vais aqui [no Hospital Central] e usas um daqueles de ferro que vai para uma taça...”

(Carolina, 41anos)

“Vou ao privado por uma questão de disponibilidade de horário, porque não tenho disponibilidade para ir ao Centro de Saúde e porque é a médica que sempre me acompanhou.”

*“Agora até tenho mandado as citologias por lá [no Centro de Saúde].
Nota diferença do público e do privado? Noto, porque no Centro de Saúde é o meu médico de família e não há tanto à-vontade ou preocupação de querer saber mais pormenores. Não há um acompanhamento tão próximo como eu sinto com ela, e não tem a ver com ele ser homem, penso que será mesmo do sistema. Penso que será mais a despachar, uma coisa mais de rotina, o mínimo indispensável.”*

(Joana, 29 anos)

Nos discursos das mulheres entrevistadas transparecem as diferenças entre a assistência do privado e do público. Em relação a esta questão, poderia dividir-se as mulheres em dois grupos: as que tem acesso aos consultórios privados e as que unicamente são assistidas no público. Percebe-se, na prática discursiva do primeiro grupo, percepções de uma melhor relação médico e paciente, melhor comunicação e consequente melhor tratamento em oposição à assistência nos serviços públicos.

Em relação às mulheres infetadas por VPH, todas acentuam as diferenças entre o atendimento nos serviços privados e os públicos, admitindo que se sentem mais confortáveis nas consultas no privado. No entanto, todas foram tratadas no setor público, e quando questionadas sobre a possibilidade de serem tratadas no setor privado ou por outro tipo de medicina alternativa, todas responderam que não colocaram essa hipótese. As mulheres com VPH que estavam a ser seguidas em consultas por médicos privados atribuem ao médico privado a decisão do tratamento no público, transparecendo a promiscuidade entre o público e o privado, e a centralização dos cuidados mais exigentes, sobretudo os que necessitam de mais tecnologia, nos hospitais públicos.

“Quando a minha médica me disse que tinha lesões por VPH, encaminhou-me logo para a consulta na maternidade.”

(Joana, 29 anos)

O segundo grupo que não tem acesso ao privado, quer seja por dificuldades financeiras (agravadas pela crise instalada) ou por mudanças na sua vida pessoal, denuncia uma rede de prestação de cuidados deficitária, em que predominam as filas de espera, e que por falta de profissionalismo dos técnicos de saúde ou por falta de recursos humanos das próprias instituições, não permite espaço à criação de uma relação de empatia com as utentes, transformando-se inevitavelmente numa barreira às práticas de rastreio.

3.2. Importância da informação em saúde e o reducionismo da medicina convencional

Para se definir medidas, estratégias e intervenções adequadas no sentido da promoção, prevenção e rastreio, em relação ao CCU, torna-se essencial a avaliação atual e exata do conhecimento desta doença.

Segundo dados recentes, do Ministro da Saúde, 80% das raparigas de quinze anos já terão sido vacinadas em Portugal (Medeiros e Ramada, 2011). Apesar da vacinação contra os VPH de alto risco, como já foi referido, se traduzir num decréscimo do risco de desenvolvimento do CCU, esta não oferece proteção total. Além disso, a intenção de vacinação está dependente de vários fatores, incluindo o nível de conhecimento, as crenças da população acerca do VPH e do CCU e a própria educação em saúde prestada pelos profissionais de saúde (Medeiros e Ramada, 2011).

Os vários estudos, sustentados sobretudo pela epidemiologia, fazem perceber a efetividade da realização da citologia cervico-vaginal na diminuição da incidência e mortalidade por CCU. A lógica interna de uma rede de rastreio eficaz pressupõe uma interdisciplinaridade de abordagens que a tornem acessível, transversal e compreensível à população feminina.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem definido literacia em saúde como o conjunto de *“competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para terem acesso, compreenderem e usarem a informação de forma a promover e a manter uma boa saúde”* (WHO, 2013). Na 7.^a conferência global de promoção em saúde, realizada no Quênia pela OMS em 2009, discutiu-se o facto da literacia em saúde não se reduzir a saber ler, a saber ler panfletos, a marcar consultas ou mesmo ao reconhecimento da terminologia médica. Surge uma nova abordagem que vai além da perspetiva educacional e comunicacional centrada no comportamento individual, mas sim num conceito mais abrangente, incluindo fatores sociais, políticos e ambientais como cruciais nas decisões individuais e na

consciencialização coletiva dos determinantes em saúde. A alfabetização ou educação em saúde é conseguida através de métodos centrados na participação, interação e crítica em detrimento da simples difusão de informação. Esta perspetiva reconhece as questões de poder como mediador do acesso à informação e ao seu uso, como é exemplo a promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres (WHO, 2013). Este empreendimento terá, sem margem para dúvidas, vantagens pessoais e sociais uma vez que permite a ação efectiva da comunidade, reforçando a sua capacitação para atuar na promoção em saúde (WHO, 2013).

Também a European Cancer Network (ECN) tem desenvolvido nos últimos anos, através de equipas multidisciplinares compostas por profissionais ligados à saúde e à oncologia, estudos na área da comunicação de informação sobre métodos de rastreio do cancro cervical. Estes estudos, que fazem parte da European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening, permitem delinear estratégias que promovam a efetividade da informação prestada. Estes estudos transparecem a importância crucial da informação e a forma como ela é prestada à população alvo, evidenciando questões relevantes, como (Giordano *et al.*, 2008):

- ✓ Comunicação de informação médica ser regulada por princípios éticos como a autonomia, a beneficência e a justiça;
- ✓ Uso da abordagem da *informed decision-making (IDM)*, que permite uma melhor compreensão sobre a doença, os riscos, a própria realização do teste com as suas limitações;
- ✓ Consciencialização, formação científica e ética dos profissionais de saúde bem como o desenvolvimento das suas capacidades comunicativas, tendo em conta os fatores culturais, sociais e comportamentais, como vitais para a transmissão da informação ligada aos métodos de rastreio;
- ✓ Importância da informação prestada pelos meios de comunicação, pelas campanhas de rastreio e pela internet;
- ✓ Importância da transmissão de informação correta sobre o VPH e a sua relação direta com o desenvolvimento do cancro cervical.

Apesar das diretrizes internacionais e nacionais, as falas femininas analisadas nesta investigação revelam lacunas e confusão no conhecimento do VPH, da sua relação com o CCU e do próprio rastreio. O terceiro grupo de perguntas consistia na avaliação

do conhecimento do VPH, dos seus sintomas, da forma de transmissão e prevenção, terminando com o objetivo de perceber quais as fontes de informação destas mulheres.

*“Não sei, nunca ouvi falar. **Qual o objetivo da citologia?** Não sei para que serve. [Depois da explicação] Ah, já sei o que é, já ouvi falar das feridas. Quando eu vou ao planeamento eles fazem isso [citologia], mas nunca tinha pensado para que servia... Se não fazem e depois têm feridas, é pior. É uma coisa que eu, graças a Deus, nunca deixei, vou sempre. Eu conheço uma moça que nunca tinha ido e depois teve de andar a queimar...”*

(Paula, 54 anos)

“Sei que é um vírus transmitido por contacto sexual e sei que se não for tratado pode causar cancro.”

*“Não sei quais os sintomas. **Como se previne o CCU?** Agora a conversar consigo, imagino que seja pela citologia, mas na verdade não sabia muito bem que era para isso que servia.”*

(Ana, 60 anos)

*“**Sobre o vírus do papiloma humano? Não, nunca ouvi falar. Nem na televisão? Não, não conheço. Já ouviu falar em citologia?** Citologias já fiz. A primeira vez que fiz, fiz umas poucas repetidas, tinha um...como é que se chama aquilo? Não sei o nome, fui a Coimbra e tiraram-me qualquer coisa porque ali [no Centro de Saúde] não tiravam, até foi para estudo. **Seriam lesões do VPH?** Deviam ser, se calhar. **Não lhe explicaram?** Nada, nada, só disseram que tinha que ir tirar em Coimbra; quando cheguei, perguntaram-me se tinha pensos e eu disse que ninguém me tinha dito nada. Tiraram-me umas coisinhas pequeninas para analisar...mas agora o nome... e que eram para não evoluírem e que mandavam o resultado, mas já foi há um ano... é porque não...”*

(Lília, 53 anos)

“Isso é o cancro do colo do útero.”

“Penso que é através das relações.”

*“Os sintomas são sangramento, corrimento, se calhar alguma dor... Pode levar à esterilidade. **Quais os fatores que facilitam a infeção com o vírus?** Se é através da relação... não sei...”*

(Sónia, 33 anos)

*“Isso, pelo que me dá a entender, é o cancro do colo do útero. **Sabe como se transmite? E os sintomas?** Por acaso, não... também não. Tentando ter o máximo de cuidado, usando meios contracetivos.”*

(Vitória, 23 anos)

“Sei que é um vírus que causa cancro.”

“Por contacto sexual e os sintomas, não sei... não sei... sexo sem proteção... cuidados de higiene.”

“Como se previne o CCU? Pela citologia... Não sabia que o teste Papanicolaou era a mesma coisa.”

(Isabel, 34 anos)

No seguimento das recomendações e orientações das organizações de saúde sobre promoção e educação em saúde, têm sido publicados inúmeros estudos, acompanhando o desenvolvimento médico sobre o VPH e a sua relação com o CCU, com o objetivo de tentar perceber o nível de conhecimento das mulheres (Baer *et al.*, 2000; Dell *et al.*, 2000; Hall *et al.*, 2008). Os testemunhos apresentados corroboram alguns desses estudos, pois revelam o desconhecimento das mulheres sobre a infeção por VPH e a sua relação com o cancro cervical, desvalorizando o seu risco, bem como a confusão em relação à citologia.

As mulheres com fraco entendimento da necessidade de rastreio do VPH e do risco de CCU têm tendência a ser diagnosticadas em fases tardias do desenvolvimento cancerígeno e têm dificuldade em dar um consentimento informado sobre o tratamento (Mazor *et al.*, 2012). O cancro, pela sua complexidade e frequência, torna-se alvo primordial para a prevenção primária e secundária, em que os níveis baixos de literacia em saúde influenciam negativamente o seu controlo, bem como a perceção de risco e a necessidade de rastreio (Mazor *et al.*, 2012).

Estudos recentes indicam que os pacientes com menos capacidade para obter, processar e perceber informação básica em saúde, ou seja, pacientes com baixa literacia, têm menos capacidade para entender a sua doença, originando elevados níveis de ansiedade e stresse psicossocial, noção mais negativa do seu estado de saúde, maior risco de hospitalização, mais custos em saúde, piores resultados médicos e conseqüente maior risco de morte (Mazor *et al.*, 2012). No entanto, no discurso de algumas mulheres, percebe-se que a ausência de informação funciona como uma proteção, como se a mulher escolhesse não pensar demasiado nestas questões. Parece que determinados comportamentos, face a problemas de saúde, são construídos a partir de universos socioculturais muito próprios, ou seja, o testemunho posterior, entre outros, revela que a mulher como que se ausenta das decisões relacionadas com o seu próprio desenvolvimento patológico, delegando-as nos profissionais de saúde.

“Li muito pouco e fiz questão de não me informar demasiado e penso que talvez tenha sido por isso que não racionalizei demasiado. Pronto, fiz um tratamento e a coisa passou assim.”

(Joana, 29 anos)

Como se verifica nos testemunhos seguintes, são sobretudo as mulheres diagnosticadas com VPH que se encontram mais bem informadas, transparecendo a ideia de uma melhor aprendizagem após o diagnóstico e tratamento (Panobianco *et al.*, 2013), em oposição às mulheres que desconhecem a terminologia médica, denunciando falhas na procura e na transmissão da informação.

“É um vírus que se transmite por via sexual e que provoca o aparecimento de pequenos papilomas em especial na área genital.”

“Pode provocar cancro do colo do útero.”

“Numa grande maioria das vezes é assintomático, noutras vezes é prurido e o aparecimento dos papilomas.”

*“Através de cuidados nas relações sexuais com o uso de meios anticoncepcionais físicos, isso em relação ao papiloma, em relação ao cancro, essencialmente pela realização de uma citologia regular. **Antes do diagnóstico já tinha esta informação sobre o VPH?** Tinha porque sempre estudei com alunos de medicina e eles tinham uma parte que era sobre doenças sexualmente transmissíveis e estudei sempre com eles.”*

(Carolina, 41anos)

“É o papiloma vírus que está presente na maioria das mulheres e que só se manifesta quando está numa fase ativa e causa lesão.”

“Eu tive mais conhecimento do vírus porque ocorreu comigo, antes ouvia falar, é aquela velha história da outra a quem acontece, mas contigo nunca. Não dás a mesma importância que dás a um VIH, por exemplo. O VPH acaba por ser um bicho papão, mas pensas que não é assim tão mau e os outros é que têm, e apesar de estar na área desvalorizas um pouco.”

“São as lesões que o vírus provoca, que numa fase mais avançada provocam o cancro.”

“Por via sexual não protegida.”

“Não tem sintomas. Da minha experiência, numa fase inicial, pré-cancerígena, não tem sintomas, penso que apenas terá sintomas quando surge uma neoplasia e não ao vírus propriamente dito.”

(Margarida, 33 anos)

“É o vírus do papiloma humano.”

“A quem é detetado tem uma maior probabilidade de ter cancro.”

“Sexualmente, através das relações sexuais.”

“Os sintomas... sinceramente, não sei. Eu já fui acompanhada com o VPH, mas não tive sintomas.”

“Por acaso não sabia que não dava sintomas numa fase inicial.”

(Joana, 29 anos)

É importante referir as diferenças de conhecimento e de vocabulário entre as mulheres que trabalham na área da saúde e as restantes. Apesar de uma das portadoras de VPH reconhecer que só depois do diagnóstico é que aprofundou o assunto, percebe-se uma maior apetência para procurar, reconhecer e interpretar, de forma mais correta, a informação que lhe foi dada sobre o VPH. Esta questão vai de encontro ao estudo de Medeiros e Ramada (2011), realizado na Universidade do Porto, que analisou as diferenças de conhecimento sobre o VPH e o cancro cervical na população universitária feminina e masculina, incluindo as diferenças de conhecimento entre estudantes da área de saúde e restantes. Este estudo revela que são os alunos provenientes de cursos na área das ciências da saúde que detêm maiores níveis de consciência da existência do VPH e do conhecimento da sua forma de transmissão, dos seus fatores de risco e da relação com o CCU (por exemplo: 79,3% das estudantes femininas de cursos de saúde têm consciência da existência do VPH e apenas 14,1% das estudantes femininas de outros cursos já ouviram falar do VPH). Esta realidade dos alunos de cursos não ligados à saúde, segundo o estudo, é transponível para a maioria dos jovens, uma vez que os meios de informação serão os mesmos, sugerindo que a informação não está a ser apreendida da melhor forma.

Além do desconhecimento sobre o VPH, alguns destes estudos transmitem a necessidade das mulheres de adquirirem informação explícita, exata e detalhada sobre o vírus e o cancro cervical, incluindo os factos, prevenção, transmissão, tratamento, consequências físicas e psicossociais bem como a melhoria da capacidade de transmissão de informação e comunicação com os parceiros e com os profissionais de saúde (Anhang *et al.*, 2004; Hall *et al.*, 2008; Waller *et al.*, 2005).

“Sobretudo em panfletos, nas salas de espera do Centro de Saúde e da minha ginecologista privada que me recomendou a vacina apesar de já ter 30 anos e explicou-me porquê.”

(Isabel, 34 anos)

“Através da comunicação e da médica. Ela distribuiu panfletos ou explicou o que era o vírus? Panfletos não, aquilo que ela me explicou é como se fazia o exame [citologia] e a palpação da mama.”

(Sónia, 33 anos)

“A relação é boa, ela explica aquilo que acha necessário, tive uns caroços no pescoço e ela mandou fazer todos os exames, inclusive a citologia, para saber qual era a causa.”

“Principalmente na televisão, quando vão médicos aos programas.”

(Ana, 60 anos)

“O médico realmente informa, mas a decisão depois fica comigo. Ele até me disse num exame que tinha um pouco de anemia, mas eu vim para casa e comecei a fazer comida...”

(Luísa, 52 anos)

“A médica nunca me explicou para que servia... às vezes temos as coisas e não sabemos.”

(Paula, 54 anos)

“Tinha noção de o que era o VPH? Vagamente, não tinha consciência da gravidade, da proporção que poderia ter tomado... A maneira como ela [médica] disse fez-me achar que não era assim tão grave, que iríamos fazer exames e que iria ser encaminhada, mas que estava tudo bem. Ela transmitiu-me sempre muita segurança e muita tranquilidade. Não fui investigar à internet, procurei informar-me com amigas, mas nunca dei a proporção que se calhar outras pessoas dariam, talvez graças à médica.”

(Joana, 29 anos)

“Eu vou ao ginecologista para ver como é que está o útero, porque a minha avó já teve uns problemas, não sei se será a mesma coisa. Como tenho esses antecedentes, a médica faz sempre uma citologia e uma ecografia endovaginal.”

“Ouvi falar nisto quando deu uma publicidade na televisão, na altura da vacinação. Até pensei fazer a vacina, mas era muito cara e não fiz.”

(Vitoria, 23 anos)

“Eu própria, apesar de ouvir falar assim por alto, só quando a minha ginecologista me aconselhou a vacinação é que pensei nele, vacinei-me, mas ela também não me explicou em que consistia, o risco de aparecer, nada.”

“Eu acho que muitas vezes os médicos não explicam muito bem a doença e o seu porquê ao doente, e, por experiência própria, há

falhas na explicação das tomas dos medicamentos, quantas vezes por dia e a que horas.”

(Isabel, 34 anos)

Em todos os testemunhos a relação com os médicos foi descrita como boa, mas em nenhum testemunho (com exceção das mulheres com VPH) foi referida a transmissão ou a procura de informação sobre o VPH, a citologia ou o CCU. Esta questão aclara a ausência ou a carência de informação rigorosa e alguma passividade das próprias utentes, que inevitavelmente origina conceções erradas, influenciando negativamente os comportamentos em saúde.

Na tentativa de perceber melhor a ausência e a confusão, de algumas mulheres, em relação ao VPH e ao CCU, realizou-se uma diligência ao Centro de Saúde da Mealhada com o objetivo de analisar a literatura fornecida às utentes. O confronto com a total ausência de informação levou-me a procurar ajuda junto dos profissionais de saúde.

*“Não temos panfletos, nem literatura nenhuma. Quando surgiu a vacinação tínhamos alguns, até com a Júlia Pinheiro, mas agora não mandam nada, acho que o assunto está um pouco esquecido. Normalmente o que fazemos é prestar informação às jovezinhas, na consulta de planeamento. Fornecemos a pílula, mas tentamos que percebam a importância do uso do preservativo. **E a informação sobre o VPH, acha que percebem, que ficam elucidadas?** Eu acho que sim, pelo menos parecem. No entanto, admito que nem sempre temos tempo para prestar a informação ideal, são muitas doentes e nem sempre elas percebem tudo o que dizemos.”*

(Enfermeira do Centro de Saúde)

Os estudos de Vallikad (2006) e Behbakht *et al.* (2004), que podiam ser transponíveis para a realidade de algumas mulheres entrevistadas para esta tese, referem a relação direta entre a ausência de rastreio e a presença de barreiras culturais, cognitivas e financeiras. A ausência de sintomas e o desconhecimento do seu significado, o aconselhamento médico desadequado, os problemas económicos, a ausência de suporte familiar e atitudes fatalistas surgem nos discursos das mulheres como obstáculo à prevenção do CCU.

Segundo Heusser *et al.* (2012), a medicina convencional caracteriza-se por um paradoxo. Por um lado, os extraordinários avanços científicos no século XIX e século XX que foram cruciais para os cuidados médicos no mundo ocidental atual e, por outro lado, a crescente insatisfação dos pacientes com a medicina moderna. Esta medicina

baseada na evidência científica, centrada nos aspetos físicos, técnicos e estatísticos das doenças, negligencia os aspectos psicossociais e as necessidades individuais dos pacientes, e tem contribuído para uma maior procura das chamadas medicinas alternativas. Deve-se essencialmente a uma melhor relação entre o paciente e o profissional, uma participação mais ativa nas decisões, uma melhor compreensão e atenção às necessidades pessoais e espirituais numa perspetiva holística do indivíduo. Um estudo na Suíça demonstrou que, em relação à prestação de cuidados de saúde: 69% dos cidadãos queriam mais humanismo, 58% mais acesso à medicina tradicional, 27% mais medicina de família e apenas 21% mais tecnologia (Heusser *et al.*, 2012).

“De certa forma só funcionamos por objetivos e com a sensação que controlamos tudo, pois é assim que escondemos as nossas fragilidades. Mas se analisarmos bem, nunca olhamos realmente para o nosso interior... Eu nunca consegui fazer isso sem estranhar, sentir medo do desconhecido, resistir e pensar que afinal só podia acreditar na ciência.”

“Em certas alturas da nossa vida sentimo-nos perdidos. Quando os problemas surgem é que nos apercebemos da importância da espiritualidade... A minha personalidade é muito parecida com a da minha mãe, a tendência para a depressão, e há coisas que eu não quero para mim... Por isso é que procurei alternativas, em vez de me encher com antidepressivos, procurei outro caminho.

(Margarida, 33 anos)

O testemunho anterior de Margarida evidencia a procura de uma resposta mais satisfatória no campo das medicinas alternativas, sem recorrer aos medicamentos da medicina convencional. A Margarida é uma profissional ligada à área da saúde, no entanto, partilhou comigo a vontade de resolver os seus problemas através da medicina integrativa. Segundo a sua explicação, a medicina integrativa tem como base a medicina tradicional chinesa. Consiste num conjunto de atividades diversas, como: terapia energética, retiros espirituais, partilha de experiências com outras pessoas, massagens, alimentação natural e saudável, com o objetivo de favorecer a integração, o equilíbrio e a harmonia entre a mente e o corpo. No caso do VPH e do CCU, a abordagem em saúde pública continua a apoiar-se em termos biomédicos. A literatura e os meios de informação concentram-se essencialmente nos seus factos biológicos e respetivos tratamentos, levando a uma medicalização da experiência da mulher no rastreio e no diagnóstico positivo, reforçando a ideia de uma experiência isolada e individual, reduzindo a responsabilidade masculina a uma questão sexual e reprodutiva (Hall *et al.*, 2008).

O reducionismo da medicina convencional influenciou fortemente a formação e a educação dos seus profissionais. O ser humano é visto apenas como a soma das partes em oposição a uma visão holística do indivíduo, em que a psique e a espiritualidade não podem ser consideradas ontologicamente uma vez que não há outras forças a atuar no organismo sem ser as físico-químicas e em que o paciente é escrutinado ao nível dos marcadores biológicos, da genética e da biologia molecular (Heusser *et al.*, 2012). No entanto, e como afirma Rochefort (1996: 205) referindo-se ao trabalho de Arthur Kleinman será importante reconhecer “*os perigos de fechar o nosso sistema médico numa jaula de ferro de racionalidade técnica*”. Para que a promoção e prevenção em saúde sejam realmente efetivas, será necessário substituir a crença fundamentalista na racionalidade e a objetivação da ciência pela transdisciplinaridade, numa perspetiva holística, interpenetrando várias abordagens sem menosprezar a vivência psicológica individual, o meio social e as representações culturais (Silva e Alves, 2003). Importa pois incluir de uma forma central, e não só adicional, na formação dos profissionais de saúde da medicina alopática, disciplinas que valorizem a perspetiva psicossocial e existencial, para que haja uma cultura de qualidades como a compaixão, empatia e responsabilidade para com as necessidades do paciente, com o objetivo de melhorar a comunicação e satisfação do paciente (Heusser *et al.*, 2012).

Uma das questões abordada no trabalho de Wray *et al.* (2007) diz respeito à ausência de educação em saúde pública no que diz respeito a comportamentos individuais de prevenção, limitando a exposição das pessoas a informação relevante e sobretudo a familiarizar-se com os cancros do foro ginecológico. Como Maia (2010) refere, em Portugal não existe educação sexual nas escolas, nem atividades preventivas na área da sexualidade de uma forma organizada. O caminho passará sem dúvida pela educação, ou seja, a educação sexual na escola, na família e na própria comunidade com objetivos promocionais de saúde.

“Eu acho que, de formação base, e não estou a falar associado à nossa profissão... todas nós, quando temos o período, sabemos que temos que ir ao médico e temos que fazer um exame, mas nem sempre associamos aquele exame à prevenção do CCU. Encaramos a citologia como algo que tem que se fazer, que é constrangedor, mas para que serve? Nem sempre fazemos essa associação de ideias. Ainda agora tive uma situação de uma amiga que teve uma lesão pré-cancerígena, mas houve desvio do exame no público e só porque engravidou é que se detetou e nessa altura já era um cancro “in situ”. Felizmente o problema resolveu-se e correu tudo bem, mas depois disso, ela esteve quatro anos sem ir ao ginecologista, numa

situação destas... e quando eu a confrontei, ela disse-me a rir que o médico sabe que eu às vezes me porto mal, ou seja, não valoriza, não tem noção nenhuma, uma mulher com trinta e tal anos, com três filhos, o marido é bancário, ela tem uma formação menor mas mesmo assim, com um historial destes... Eu penso que a informação existe mas as pessoas filtram o que querem, ou é por conforto ou não sei, preferem ser ignorantes.”

(Margarida, 33 anos)

Torna-se assim de suma importância que a literatura, os profissionais de saúde, os folhetos, as campanhas e os meios de comunicação social adaptem a sua linguagem ao público-alvo tendo em conta as suas diferenças sociais e culturais (Hall *et al.*, 2008; Wood *et al.*, 1997). Será necessária uma nova abordagem, pluridisciplinar, incluindo a perspetiva social, cultural e ambiental em detrimento da ideia do modelo biomédico como única forma de comunicação (Hall *et al.*, 2008). Como Lutz *et al.* (2009 in Erwin *et al.*, 2010: 694) referem uma “*intervenção culturalmente relevante reflete a partilha de perspetivas, crenças, práticas, experiências de vida e a história do grupo alvo*”.

A importância do discurso médico que envolve a dinâmica de prevenção da infeção por VPH e o desenvolvimento do CCU e a forma como as mulheres o percebem, negociam, aceitam ou lhe resistem, é reveladora do impacto da linguagem como prática social, mediadora de comportamentos, produtora de significado, conhecimento, verdades e crenças (Braun e Gavey, 1999).

3.3. O corpo feminino e as suas representações

Tendo em conta que, à luz dos conhecimentos atuais, o ser humano é perspectivado em toda a sua dimensão biopsicossocial, não se pode abordar a infeção por VPH, o cancro cervical e as suas representações, descurando o peso da história. Compreender a historicidade do corpo feminino e da sua sexualidade permite respostas a comportamentos e medos subjacentes a algumas práticas atuais, sobretudo quando relacionadas com o corpo.

O corpo da mulher e a sua feminilidade têm sido, desde a Antiguidade, alvo de atenção e discussão. O discurso marcadamente masculino e religioso tem expressado ao longo dos tempos valores sobre a mulher e o seu papel, reforçando a definição aristotélica da mulher como “*macho imperfeito*” (Martins, 2000: 4). Aristóteles, e mais tarde Galeno, consideravam que a diferença entre o homem e a mulher baseava-se numa noção de calor vital, ou seja, o homem estava no topo da cadeia dos seres vivos, pela

sua natureza quente e seca, seguido da mulher, hierarquicamente inferior por ser considerada mais fria e húmida. O corpo feminino era expressão da imperfeição pelos seus órgãos sexuais invertidos e pela incapacidade de ter calor suficiente para exteriorizá-los como o homem, sendo este o padrão de perfeição (Guimarães, 2011; Martins, 2000). Nesta visão, os órgãos femininos eram considerados menos desenvolvidos que os dos homens, considerava-se o corpo feminino uma versão inferior do corpo masculino “*num eixo vertical de infinitas graduações*” (Guimarães, 2011: 151).

As características femininas eram vistas por analogia, a mulher não tinha uma vagina mas sim um pénis invertido, e os ovários eram os testículos femininos. Estas perspetivas serviram para legitimar a ideia da mulher como inferior, submissa e restrita ao papel de reprodução (Guimarães, 2011; Martins, 2000). É a partir dos séculos XVIII e XIX, com a expansão territorial e económica, que a problematização sobre as diferenças entre os seres humanos e as desigualdades sociais ganha novos contornos, suscitando debate. O desenvolvimento tecnológico, científico e intelectual, sobretudo no século XIX, marca um ponto de viragem em que o método racional serviria para explicar qualquer verdade e este pragmatismo tornaria todo o conhecimento acessível. É neste contexto que se intensificam as teorias para provar as diferenças sexuais, seja com base em estudos científicos ou formulações filosóficas, como as de Rousseau, que tinham como objetivo provar a inferioridade e a fragilidade feminina, reduzindo-a a um papel mais próximo da Natureza, o de mãe, esposa e dona de casa (Martins, 2000). A partir desta altura toda a vida política, económica e cultural passou a apoiar-se no facto de existirem dois sexos estáveis, incomensuráveis e opostos (Guimarães, 2011).

A sociedade atual está organizada com base nas diferenças sexuais, de tal forma que existir é antes de mais ser homem ou ser mulher. O meio onde estamos inseridos encarrega-se da construção de determinadas expectativas, como a maneira de vestir, os comportamentos, os discursos, os gestos, entre outras. Estas normas, anteriores a nós, regem uma determinada sociabilidade para a vida corpórea e qualquer falha dessa idealização normativa poderá corresponder a uma determinada marginalização (Guimarães, 2011). Criou-se uma imagem positivista da mulher cujo corpo cumprisse as funções sociais do casamento, da maternidade e da educação dos filhos, em oposição à imagem da mulher que não controla os seus desejos e se entrega a comportamentos desviantes, ultrapassando a fronteira entre a normalidade e a patologia (Martins, 2000). O corpo feminino foi definido como “*o outro*”, como fonte de contaminação, perigo e

destruição, mas no entanto seria o pilar moral ligado às funções sociais como o casamento e a maternidade, negando os desejos da sua corporalidade e sexualidade (Bush, 2000). É este conjunto de saberes que nos oferece chaves representativas da mulher e que engloba não só as demonstrações científico-filosóficas, mas tal como Foucault definiu também *as ficções, reflexões, narrativas, regulamentos institucionais, decisões políticas* (Foucault, 1987 in Martins, 2000: 4).

Os progressos do século XX permitiram alterações legais e sociais nos direitos de cidadania e laborais das mulheres. Hoje são profissionais de sucesso, competindo com os homens para os mesmos cargos, no entanto, mantêm os mesmos papéis sociais de sempre, o de cuidadora da família, da casa e ainda o de manter-se atraente e saudável (Back *et al.*, 2012; Silva e Lima, 2012).

Os depoimentos seguintes revelam que muitos dos conceitos atuais relacionados com a sexualidade feminina transmitem crenças, mitos e preconceitos de outrora:

“Foi muito complicado arranjar força para seguir em frente, quando eu sentia e sinto que sou um pilar de força para o núcleo familiar, os meus pais, irmão e marido.”

(Margarida, 33 anos)

“Além desta última citologia, quando tinha feito este exame pela última vez? Já não me lembro a última vez, provavelmente quando os meus filhos nasceram. Nunca tive muito tempo para pensar nisso, com o trabalho, os filhos, etc...”

(Ana, 60 anos)

“Não sei se por ingenuidade, timidez, por ter uma maneira de ser que penso mais em agradar ao parceiro, não o contrariar, é como ele quiser... admito que sempre fui um bocado irresponsável em relação ao uso do preservativo. Claro que tomo a pílula, mas nem sequer pensava realmente nas doenças que podia apanhar, levada pelo calor do momento, não por falta de conhecimento, não pensava racionalmente. Para além de, muitas vezes, desconhecer a vida sexual da outra pessoa.”

(Isabel, 34 anos)

Os últimos testemunhos evidenciam a dificuldade que a mulher tem em concentrar-se nela própria, estabelecendo como prioridades o seu marido, filhos, pais, irmãos, companheiros ou o próprio trabalho em detrimento das suas próprias necessidades, incluindo as de saúde. O estudo de Manhart e Koutsky (2002) refere não haver evidências da eficácia total do preservativo na prevenção da transmissão por VPH. No entanto, o seu uso reduz o risco de desenvolver verrugas genitais, NIC II, NIC

III e CCU invasivo (Manhart e Koutsky, 2002). No testemunho de Isabel transparecem as diferenças entre o nível de conhecimento e a prática efetiva do uso do preservativo, que revelam alguns mitos e equívocos envolvendo a sexualidade patentes também noutros estudos como o de Panobianco *et al.* (2013). Os significados culturais da reprodução e da saúde sexual têm impacto na compreensão dos homens e das mulheres no seu próprio estado de saúde e influenciam as noções de risco e os comportamentos em saúde (Dudgeon e Inhorn, 2004). As crenças masculinas acerca da passividade e prazer sexual podem impedir a possibilidade de negociação do uso de preservativo (Dudgeon e Inhorn, 2004). Por vezes, estes comportamentos de risco sexual, podem resultar da falta de preparação dos pais na construção de uma sexualidade saudável dos seus filhos, ou seja, as dificuldades de diálogo entre pais e filhos podem originar crenças que influenciam as suas atitudes futuras no que diz respeito à sexualidade (Panobianco *et al.*, 2013). Os homens, pais, companheiros ou maridos, são atores importantes a influenciar, positivamente ou negativamente, indiretamente ou diretamente, a saúde reprodutiva e sexual da mulher (Dudgeon e Inhorn, 2004).

“Nunca tive abertura suficiente para falar com os meus pais sobre estas questões. Sempre fui muito envergonhada e penso que eles também nunca tiveram muito à vontade para falar abertamente sobre sexo. O meu pai chegava ao cúmulo de mudar de canal quando dava alguma cena mais quente.”

(Isabel, 34 anos)

A sexualidade, para além de ser um fenómeno natural, é profundamente suscetível às influências culturais, sociais e históricas. É a sociedade e a cultura que designam se determinadas práticas sexuais são apropriadas ou não, morais ou imorais, saudáveis ou doentias (Guimarães, 2011).

“Como se transmite o VPH? Imagino que seja como essas infelizes que andam por aí, hoje com uns e amanhã com outros...”

(Ana, 60 anos)

“O que sentiu no momento do diagnóstico? A primeira reação é... como é que isto me foi acontecer a mim. Ainda por cima eu só tinha tido um namorado, como é que é possível? E depois era saber lidar com a situação com ele.”

“Na altura quando descobri, andava a estudar, só tinha tido um namorado. A minha postura foi um bocadinho diferente da minha mãe... a minha mãe desesperou, mas o que fez foi sair de casa e falar com um médico amigo e informar-se. Eu iniciei a minha sexual

muito tarde com um único parceiro mais velho do que eu e que efetivamente tinha uma vida promíscua para trás. Ainda por cima havia aquela coisa... ah, podias até ter sido tu e não eu, principalmente porque nos homens é assintomático e ele veio fazer exames e não tinha nada, havia aquela situação de estar a estudar em Coimbra, sozinha e foi um namoro que terminou após 7 anos.”

(Carolina, 41 anos)

“A verdade é que um deslize ou um comportamento menos correto todos nós temos, mas não tinha que me estar a culpar toda a vida por causa disso. A associação com a promiscuidade sexual era uma das coisas que me revoltava imenso, caramba, se eu sou promíscua, valha-me Deus, senti... que era preciso ter azar. Eu acho que o principal problema é que isto é normalmente assintomático nos homens, podem ter uns condilomas e umas coisas assim, mas só raramente... como é que tu sabes e como é que eles sabem...”

“É verdade que a promiscuidade irritou-me, eu quando fui à consulta com o meu marido uma das perguntas da médica foi quantos parceiros tinha tido e está no meu relatório...”

“Eu acho que hoje já falo mais abertamente sobre isso, já não tenho aquele estigma associado à promiscuidade que tinha numa fase inicial, mas penso que as pessoas que não têm tanto conhecimento têm sem dúvida esse estigma social. Se me sentir à vontade com a pessoa já falo sobre isso, mas sei que do lado de lá nem sempre reagem da mesma forma.”

(Margarida, 33 anos)

“Tive duas colegas que já fizeram tratamentos depois de mim e uma delas colocou logo as coisas nesses termos de promiscuidade... ah, porque é sexualmente transmissível e depois o meu marido...”

(Joana, 29 anos)

A associação entre a atividade sexual e o desenvolvimento de CCU foi reconhecida no final do século XIX pela importância dada às diferenças entre a baixa incidência de cancro cervical em freiras contrastando com a alta incidência em prostitutas (Braun e Gavey, 1999). Esta noção seria reforçada nos últimos anos pelos estudos epidemiológicos, identificando vários fatores sexuais de risco (como o número de parceiros sexuais e a idade da primeira relação sexual), bem como a noção da infeção por VPH como agente necessário ao desenvolvimento de CCU (Burk *et al.*, 1996; Ho *et al.*, 1998). Diversos estudos feministas têm discutido a forma como as doenças sexualmente transmissíveis têm sido usadas, sobretudo desde o século XIX, para reforçar a noção entre uma boa e má sexualidade (Braun e Gavey, 1999). Publicações recentes sobre as representações do cancro cervical em países desenvolvidos são

dominadas pela discussão das reações das mulheres à noção publicitada que o CCU é causado por um vírus transmitido por via sexual (Szarewski, 2011; White *et al.*, 2012). As mulheres, sobretudo as que mantêm uma relação estável, expressam sentimentos de descrença, ansiedade, vergonha e raiva sobre a infecção que associam a promiscuidade (White *et al.*, 2012), optando por manter o diagnóstico num contexto privado.

As políticas preventivas e a abordagem médica que evidenciam esta dicotomia entre comportamento sexual adequado e responsável e o comportamento sexual desviante poderão ter um efeito estigmatizador da mulher e ser contraproducente nos objetivos de rastreio do VPH e do CCU (Braun e Gavey, 1999).

3.4. O biopoder do discurso médico

É sobretudo a partir do século XVIII que a medicina ganha legitimidade social sobre a saúde, através da construção de diversos saberes, responsáveis por verdades científicas sobre a vida, a morte, o corpo e as doenças (Birman, 1991).

Mais especificamente, a problematização do corpo feminino não estará completa sem a análise da constituição da medicina feminina e sem perceber de que forma estes saberes delimitam o seu objeto, a mulher, bem como o impacto que teve na sua representação. É no século XIX, que, nas faculdades europeias, se implementam as especialidades de ginecologia e obstetrícia, delimitando o corpo feminino à objetivação, escrutínio, pesquisa e intervenção médica, reduzindo a mulher à sua corporalidade e materialidade, excluindo-a de qualquer vontade ou ação (Martins, 2000). Gradualmente, os médicos tornam-se os únicos com acesso ao corpo feminino e à sua verdade. Como especialistas da mulher, tornam-se naquela época, devido à originalidade dos seus métodos e ao rigor dos seus discursos, a autoridade científica sobre o sexo feminino. Naquela época a especificidade feminina passa a ser definida por um discurso marcadamente objetivo e imparcial, sustentado pela evolução das ciências biológicas como a anatomia, a fisiologia e outras. Surge assim a imagem moderna do médico, com *status* privilegiado, respeitado, sábio e a quem se pode confiar segredos e problemas (Martins, 2000). Os médicos passam a ter um papel crucial na saúde pública através da regulamentação e formação da atividade médica, na constituição de instituições de saúde e no desenvolvimento de regras de controlo sanitário e higiénico (Birman, 1991).

É de salientar a importância do discurso médico e os seus mecanismos na regulação e definição de feminilidade como forma de controlo, normalização e

homogeneização dos corpos, ou como diria Michel Foucault, através da sua noção de “biopoder”, *é dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado* (Foucault, 2004: 117).

Portanto o saber sobre o corpo feminino e a constituição da medicina da mulher integra um campo mais vasto de saber-poder, ou como definiu Foucault, um *projeto biopolítico*, questionando a natureza ideológica dos seus saberes, da força cultural e das relações de poder que se criam a partir da delimitação dos seus objetos e dos enunciados sobre as suas verdades, em que o carácter inerte e passivo se torna condição para a produção de conhecimento, sobretudo em ciências biológicas (Foucault, 2008 *in* Martins, 2000).

Pode-se afirmar que o corpo feminino é produto de certos conhecimentos e discursos, sendo a medicina científica uma importante fonte desses discursos e conhecimentos, contribuindo para a perspetiva e função corporal (Lupton, 2012). Segundo Martins (2000: 8) *“a medicina da mulher construiu uma representação corpórea e extremamente sexualizada do seu objeto, apropriada e divulgada por outros saberes, contribuindo significativamente para a fixação de uma imagem que até nossos dias tem grande inserção social: “mulher-corpo”*.

Os testemunhos seguintes transparecem a forma como a medicina convencional contribuiu para os sentimentos e as perspetivas das mulheres, sobretudo face aos seus procedimentos:

“Sinto-me à vontade com a médica. Nos exames, estou descontraída, estou bem. Sempre senti que as pessoas eram profissionais. Só uma vez que não gostei porque tinha muitos estagiários a observar, sei que têm que aprender... Acho que era uma coisa psicológica, mas não me senti à vontade. Não me sinto desconfortável na consulta, mas na verdade acho que tem a ver com o facto de serem sempre ginecologistas mulheres, não sei se sentiria da mesma forma se fosse homem.”

(Isabel, 34 anos)

*“Sim, acho que se fosse um homem, eu pessoalmente não me sinto à vontade. Nunca tive nenhum, mas acho que não me sentia à vontade, não sei... **Porquê?** Sei lá, porque é estranho estar ali com as pernas abertas e um homem a mexer... sei lá, se for o meu marido ou meu namorado, é uma coisa.. agora um homem que eu nunca vi na vida. E depois tanta coisa que vemos na televisão, que se aproveitam. É um desconforto, também não posso fazer comparações, mas acho que fechava tanto as pernas... sei lá, é desconfortável.”*

(Sónia, 33 anos)

“Ainda agora vinha no carro com uma secretária clínica com quem partilho transporte e é outra história em relação à citologia, dizia-me que já não ia ao ginecologista há cinco anos porque é constrangedor. A verdade é que existem muitas mulheres que ainda não vão ao ginecologista com regularidade e pessoas que lidam com estas coisas diariamente.”

(Margarida, 33 anos)

“Fala abertamente sobre o assunto? *Não, porque é uma situação muito íntima, é a mesma coisa que dizer às pessoas que tens hemorróidas, não vais dizer. Eu tenho uma colite nervosa diagnosticada aos doze anos e até aos trinta anos dizia que tinha problemas de estômago, porque não era bonito dizer que tinha problemas de intestinos. É ridículo e com o avançar da idade as coisas começam a ser encaradas de outra maneira.”*

“É como em tudo, não é confortável, há pouco tempo estava cheia de dores de barriga e fui lá cima à minha médica. Ela disse-me que me via e depois disse como é que queres que te faça uma ecografia endovaginal de cuecas... É aquela coisa, e estava à vontade e entre amigas, mas é a parte íntima.”

(Carolina, 41 anos)

“É boa, por acaso são médicas, mas nunca tive problemas com ginecologistas homens. Já fui seguida por homens numa outra fase da minha vida e nunca tive problemas e até acho que são muito profissionais e até mesmo mais sensíveis que algumas ginecologistas mulheres, sobretudo no público. Acho que elas são um pouco mais a despachar, como que descredibilizam a sensação, até porque já sabem como é, e que não é assim tão mau e são muito mais práticas, é lógico que é preciso traquejo mas também alguma sensibilidade.”

(Margarida, 33 anos)

“Sinto-me à vontade, eu acho que se fosse homem sentir-me-ia mais retraída, sempre foi assim, não me sinto tão à vontade... se bem que os homens são mais atenciosos que as mulheres, não me sinto muito à vontade com os homens.”

(Vitoria, 23 anos)

Tal como nos estudos de Wiesner-Ceballos *et al.* (2006) e Wood *et al.* (1997), algumas das entrevistas realizadas às mulheres evidenciam as representações sociais da citologia ginecológica, transparecendo sentimentos de ansiedade, desconforto em relação à realização do exame; a exposição vaginal ou o “abrir das pernas” como sendo constrangedor e invasivo de um espaço corporal oculto, íntimo e protegido. Ao longo dos anos, a informação da comunidade científica, das campanhas de prevenção e da própria comunidade criaram a dinâmica citologia/cancro, surgindo uma complexa rede

de saberes racionais e fatores emocionais, visto o cancro cervical estar associado à vivência sexual e à própria morte (Wiesner-Ceballos *et al.*, 2006).

Tal como nas conclusões de Bush (2000), as mulheres que fazem citologias regularmente encaram o procedimento como “*fazer parte de ser mulher*” evidenciando a importância do poder médico na regulamentação e vigilância do corpo e da sua sexualidade, em que o comportamento feminino se torna espectável, aspirando a um ideal. A racionalização e a mensuração da sexualidade feminina pela prática médica contribuíram para a forma como as mulheres perspetivam e vivenciam determinados eventos da sua vida como a menarca, gravidez, menopausa (Bush, 2000), podendo acrescentar também os diagnósticos, as práticas de rastreio e os próprios tratamentos.

“... porquê a ti, o que fizeste e o que não fizeste, o que falhou e o que não falhou e depois é uma grande revolta...”

“[Em relação ao tratamento das lesões do VPH] Senti-me como se fosse um bocado de carne que tinha de ser inspecionado e tratado...”

(Margarida, 33 anos)

“Quando eu descobri a situação já estava em NIC grau 3, já estava um pouco avançada e foi complicada. Tive de fazer logo uma cirurgia e vários tratamentos, ou seja, é uma situação um bocadinho delicada.”

“Sinto-me à vontade com a citologia, incomoda-me mais as biópsias...”

(Carolina, 41 anos)

“Só mais tarde é que tomei consciência do que é. Quando cheguei à maternidade para fazer os tratamentos é que aquilo abalou um pouco, pensei, já estou noutra fase que não se resolve com cremes e com comprimidos.”

“O facto de ir à maternidade e fazer uma intervenção, porque é sempre uma intervenção, e ver outras pessoas que vão para o mesmo...”

(Joana, 29 anos)

O estudo de Blomberg *et al.* (2009) explora a experiência da mulher após a citologia positiva. As mulheres descrevem o processo de transformação de *ter um cérvix* que não era *sentido*, nem *ouvido*, nem *visto* para um corpo que se torna conhecido por mediação e manipulação médica. A tecnologia, mesmo a mais simples, como a que

permite o rastreio de lesões por VPH, surge com uma dimensão ontológica, com a capacidade de transformar um corpo *silencioso*, que julgamos saudável, num corpo potencialmente doente, que se *faz ouvir*. A consciencialização dos corpos surge através da dor, do desconforto, da doença, em oposição a um corpo até então discreto (Lipton, 2012). Estas questões tornam-se pertinentes por colocarem em causa as fronteiras entre a saúde e a doença.

As narrativas femininas vão no sentido dos resultados do estudo de Blomberg *et al.* (2009) em que as experiências corporais são descritas como parte integrante do processo em que as mulheres reconceptualizam a sua saúde, doença e riscos na sua vida passada, presente e futura.

3.5. O cancro e as suas representações

“A doença pertence não só à história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também à história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades.” (Le Goff, 1991: 8)

As ciências sociais e humanas assumem, atualmente, um papel preponderante na discussão dos mais diversos domínios da saúde e da doença. A história da saúde, dos seus profissionais e das ciências biomédicas têm sido alvo de estudo por parte de antropólogos, historiadores e sociólogos. Também as doenças, sobretudo as de grande impacto social, passam a *“personagens da História”* sujeitas a reflexão (Costa, 2012). Segundo Carapinheiro (1986: 10) *“a História Social das doenças nas sociedades Europeias tem revelado que, em cada época, uma doença domina a realidade da experiência e a estrutura das representações.”*

As representações sociais surgem como enraizadas na realidade social e histórica, ao mesmo tempo que contribuem para a construir (Herzlilch, 1991: 32 *in* Gomes *et al.*, 2002). São consideradas como sistemas abertos e heterogéneos, continuamente refeitos, ampliados e problematizados pelas interações entre os indivíduos e com o próprio meio (Alves e Rabelo, 1998 *in* Gomes *et al.*, 2002). Para analisar de que forma as representações sociais podem influenciar as práticas em saúde, importa resgatar a noção de doença como facto e encará-la como experiência.

Será importante realçar a noção de *“construção social da doença”* em Carapinheiro (1986) como categoria analítica mais capacitada para a desmontagem dos

múltiplos lugares comuns que existem na nossa consciência social dos fenómenos da doença, da saúde e da morte.

Tendo em conta estas noções e assumindo uma perspectiva Foucauldiana, não se pode refletir sobre a vivência da infeção com VPH e do cancro cervical sem analisar o cancro como produto da historicidade, sem essa viagem à origem, que o eleva à categoria mítica, representativa da angústia, medo, fragilidade e impotência da condição humana (Foucault, 2008; Le Goff, 1991).

Os primeiros relatos médicos sobre o cancro datam de 3500 a.C., e chegaram até nós através de papiros egípcios, escritos mesopotâmicos, persas e indianos (Le Goff, 1991). Mas é a **Hipócrates** (séc. IV a.C.) que se atribui os termos “karkinos” e “karkinoma” (cancro e carcinoma), que o romano **Aurelius Cornelius Celsus** (28 a.C. - 50 d.C.) traduziu para o latim de *cancer* (caranguejo), mantendo-se até hoje a designação de cancro. Esta analogia direta com o caranguejo representa a tenacidade, a projeção e o caráter destruidor do tumor lembrando a força das pinças, a marcha retrógrada e a voracidade deste animal (Costa, 2012; Le Goff, 1991). Mais tarde **Galeno** (131- 203 d.C.) considerou que o corpo humano seria composto por quatro humores: o sangue, a bÍlis amarela, o plasma e a bÍlis negra, cujo desequilÍbrio estaria na origem do cancro (Costa, 2012; Le Goff, 1991). O *Tratado dos Tumores* de Galeno permanece inalterado durante a Idade Média, reforçando a ideia do cancro como doença generalizada com manifestações locais, tratáveis com alimentação adequada, medicamentos ou sangrias em detrimento da cirurgia (Le Goff, 1991). **Ambroise Paré** (1509?-1590) reforça a posição de Galeno, da “*diátese melancólica*”, colocando a origem das metástases no desequilÍbrio do humor negro. Só no século XVII, **Tulp** (1599-1650), traz alguma luz com as suas descrições anatómicas de alguns cancros. Menos exatas são as teorias de **Descartes** (1596-1650), que posteriormente à descoberta do sistema linfático, atribui à linfa coagulada a origem dos carcinomas. Na mesma centúria, **Sennert** (1572-1637) contribuiu para ideia dos tumores como doenças infecciosas, obrigando a uma reestruturação dos cuidados de saúde em locais próprios, com conseqüente recusa e exclusão dos cancerosos dos hospitais (Le Goff, 1991). Até ao século XVIII prevalece a noção de cancro como doença generalizada, cujas manifestações locais seriam alvo de intervenção médica com aplicação de drogas cáusticas ou de intervenção cirúrgica (Le Goff, 1991). É o caso de Ana de Áustria (1601-1666), rainha de França, que se torna um exemplo emblemático da vivência de um cancro de mama. A rainha é tratada pelo seu médico com emplastos à base de

cicuta, pó de pedra cinzenta e pó de escamónea, mas o seu estado piora levando a rainha-mãe a sofrer de erisipela e consequente gangrena. Os tecidos mortificados sujeitos às constantes incisões cirúrgicas colocam a regente num estado agonizante e profundo sofrimento que nem a administração de narcóticos aliviam. O estado de enfermidade é de tal violência que leva a rainha a afirmar: “*Sofro muito, será que não morrerei em breve?*” (Costa, 2012; Le Goff, 1991). Só no século XVIII é que o cirurgião inglês **John Hunter** (1728-1793) afirma que a causa não será da linfa coagulada, mas de uma linfa segregada pelos tecidos inflamados, tornando os tumores como parte integrante do organismo à semelhança dos tecidos normais. O advento do Iluminismo e a convergência de saberes e práticas permitem a introdução de novas perspectivas sobre a origem, a formação, os constituintes e a disseminação, como a noção de cancro profissional de **Percival Pott** (1714-1788), cuja origem estaria em determinadas substâncias cancerígenas, a noção de lesão tecidular, considerando-o como doença local, e a noção de metástase, de **Claude-Anthelme Récamier** (1774-1852) (Le Goff, 1991). O desenvolvimento científico nos séculos seguintes, como a descoberta dos raios X em 1895 e a radioatividade em 1898, o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas, a pesquisa de novas terapêuticas, o desenvolvimento da biologia molecular, da física, da química, permite o surgimento da imagem moderna do cancro (Costa, 2012; Le Goff, 1991). Segundo Marie-José Imbault-Huart (*in* Le Goff, 1991), o cancro é conhecido e estudado desde a Alta Antiguidade e a sua história social é indissolúvel da própria história científica e da evolução do diagnóstico e das terapêuticas usadas. A doença cancerosa é até aos anos 50 do século XX uma doença como tantas outras, que reforça a posição de impotência da comunidade médica e a indiferença da sociedade, e é só a partir desta altura que ele se torna a *encarnação do mal absoluto e a obsessão de todo corpo social* (Imbault-Huart *in* Le Goff, 1991: 166). Citando Marie-José Imbault-Huart (*in* Le Goff, 1991: 165) o cancro é “*para o nosso final de século XX, o que foi a lepra para o século XV, a loucura para o século XVI, a tuberculose e a sífilis para o século XIX: o arquétipo da nossa impotência no controlo da doença e da morte.*”

Atualmente, a palavra cancro, também designada de neoplasia, abrange mais de 200 patologias do foro oncológico (Costa, 2012). Cada uma com diferentes causas, características, evolução, manifestações e tratamentos. Do ponto de vista médico, trata-se de um processo mórbido de origem genética causada por mutações no ADN, que provocam o crescimento celular descontrolado. Inicia-se quando surgem células

anormais a partir de outras normais, como consequência de algum mecanismo de alteração celular, ainda não totalmente compreendido. As células adquirem características proliferativas locais e posteriormente invasivas, dando origem a metástases noutras partes do corpo, podendo ocorrer a morte (Costa, 2012). E apesar de o cancro ser hoje altamente conhecido, descrito, diagnosticado e tratado, continua a ser encarado como uma calamidade, invadindo e proliferando no espaço social, sinónimo de medos face ao verdadeiro desenvolvimento científico e tecnológico que possa proporcionar um tratamento eficaz. Então reaparece a crença no divino, na magia e no milagre, em que o homem moderno, que se quer governado pela lógica, pela razão e pela ciência, se remete a uma natureza dominada pelo instinto, percebendo-se que as descobertas científicas são inseparáveis de um contexto social e cultural, que a aceita, a recusa, a oculta ou glorifica (Le Goff, 1991).

“O cancro do meu pai foi sem dúvida o marco da minha mudança e posterior procura de enriquecimento espiritual... O papiloma surgiu pouco depois. Andei às turras à parede sem saber para onde me virar... Sabia que o cenário do meu pai era negro, mas sabia cientificamente que o estado anímico do doente era importante para a recuperação, bem como o percurso espiritual e acreditar realmente numa Força Maior que nos guia...”

(Margarida, 33 anos)

Segundo Carapinheiro (1986), se num determinado momento histórico, uma doença, como é o caso do cancro nos nossos dias, surge como misteriosa, de origem obscura e sem terapêuticas eficazes, mitologias sociais desenvolvem um trabalho ideológico de recuperação do fenómeno no quadro social da sua existência coletiva e atribuindo significados que a individualizam e caracterizam socialmente.

A prática discursiva das mulheres participantes neste estudo evidencia algumas destas questões.

“... com a mama, por exemplo, tenho o cuidado de, no banho, fazer a palpação. Ainda agora no exame apanhei um susto... Ela disse que tinha que repetir porque tinha o peito pequeno e eu perguntei se estava a encontrar alguma coisa, e ela disse não, não se preocupe... mas fiquei logo aflita.”

“Sabe, acho que depois da morte dos meus irmãos [por cancro de mama e cancro de estômago] fiquei tão traumatizada de andarem sempre em cima de mim, as pessoas passavam a vida a dizer vai ao médico... vai ao médico... que sinceramente ouvi tanto, tanto, que

pensei... eu não vou nada ao médico, e se eu vou ao médico e surge qualquer coisa, prefiro não saber.”

(Luísa, 52 anos)

“Porque não faz citologias com maior regularidade? Se não pedir à médica, ela não marca, não é como o cancro da mama em que eles chamam todos os anos e eu vou e faço o rastreio.”

(Ana, 60 anos)

As duas mulheres entrevistadas não fazem citologias regularmente e apesar de reconhecerem a sua importância, demonstram desconhecimento da sua eficácia e do seu objetivo, desvalorizando os efeitos negativos do cancro cervical. Wray *et al.* (2007: 2261) afirmam que, mesmo em países com programas de rastreio do CCU bem organizados, como a Austrália, o “*conhecimento acerca da prevenção do cancro e as barreiras culturais, económicas e sociais limitam a participação nos rastreios da mulher de baixo estrato socioeconómico e/ou pertencentes a minorias.*” No entanto, as mulheres entrevistadas estão bem consciencializadas e informadas acerca do cancro da mama, sendo presenças assíduas nos rastreios mamários. Ora, não se podendo discutir o desenrolar patológico dos dois cancros, em muito semelhantes, podemos afirmar que as diferenças percecionais e a maior visibilidade do cancro da mama se prendem: com as diferenças de taxas de incidência e mortalidade³; com o facto de ser um cancro maioritariamente hereditário, invadindo o espaço individual e social face à impotência contra a sua maldição (Carapinheiro, 2010); com a própria rede social em que as mulheres estão inseridas; com os meios de comunicação social; com as políticas de saúde; com fatores financeiros e económicos e com o funcionamento das próprias instituições de saúde.

Quando questionei a enfermeira do Centro de Saúde sobre as diferenças de informação sobre os dois cancros, afirmou:

“Completamente diferentes. As mulheres estão bem alertadas, existem unidades móveis para rastreio, o investimento é outro... toda a gente fala disso, em campanhas, na televisão, até a Fernanda Serrano escreveu um livro sobre isso. As mulheres acabam por se consciencializar melhor.”

(Enfermeira do Centro de Saúde)

³ Em Portugal a taxa de mortalidade por CCU (padronizada) foi de 3,0/100 000 habitantes em 2010. A taxa de mortalidade feminina por tumor maligno da mama (padronizada) foi de 20,1/100 000 habitantes.

Dados do INE, disponíveis em:

<http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003803&contexto=bd&selTab=tab2>

Uma das questões levantada por Wray *et al.* (2007), também patente nesta tese, diz respeito à forma como o papel dos fatores sexuais de risco, como a infecção com VPH e a sua associação com o CCU, é minimizado para proteger os *interesses femininos* e evitar a estigmatização, podendo contribuir para a dificuldade da mulher em revelar as próprias experiências com a infecção por VPH e com o CCU. Sem dúvida que são marcantes as diferenças de incidência e mortalidade e as diferenças sociais, anteriormente referidas, entre o CCU e o cancro da mama. No entanto, o VPH é uma das infecções mais disseminadas do mundo e, como já foi referido, encontra-se intimamente relacionada com o desenvolvimento do CCU. Podemos questionar-nos porque são tão poucas as experiências com cancros do foro ginecológico e de mulheres tratadas com VPH partilhadas nos meios de comunicação social em oposição ao cancro da mama. Na minha opinião, o silêncio sobre o CCU prende-se também com o estigma de falar sobre a intimidade do corpo feminino e a conotação com comportamentos sexuais considerados pouco próprios. Um dos casos mais mediáticos foi o de Michael Douglas, que revelou nos últimos anos ter um cancro da garganta provocado por VPH, assumindo que teria sido provocado por excesso de sexo oral, levando a crer as diferenças percepcionais entre homens e mulheres. Segundo Bourdieu (1998), regra geral os homens são mais infiéis e mantêm um maior número de parceiros sexuais ao longo da sua vida, enquanto as mulheres são encorajadas à sua restrição.

“Sempre ouvi falar muito mais de cancro da mama, não sei se por ser mais mortal, se por causa do estigma da "mudança física exterior" que ocorre na mulher e que pode afetar a sua auto-estima. Mas já há muitos anos que existe grande publicidade na televisão, em panfletos, revistas, alertando para sua prevenção. O cancro do útero é conhecido, mas não tão falado...”

(Isabel, 34 anos)

Clarke (2004) refere-se aos meios de comunicação social como parte importante na construção, manutenção e alteração das realidades sociais da sociedade moderna, ou seja, tal como as escolas, as igrejas e as diversas estruturas económicas e sociais, os meios de comunicação “*reforçam um sistema de valores, crenças e moralidade que suporta a ordem estabelecida e os interesses das classes dominantes*” (Waitzkin, 1989: 223 *in* Clarke, 2004: 541). Neste estudo percebe-se a importância dada pelos meios de comunicação social à medicina alopática e aos seus tratamentos em relação ao cancro da mama, da próstata e testículo em oposição à pouca relevância dada às causas ambientais, às desigualdades sociais, à etnicidade, aos tratamentos não alopáticos, aos

suportes espirituais, religiosos e sociais e até mesmo à prevenção individual. Pode-se concluir que os meios de comunicação social suportam a prevalência discursiva e financeira da medicina convencional e dos seus investimentos farmacêuticos e tecnológicos como parte da “indústria” do cancro.

A exploração dos significados dos discursos desta tese confirma a noção de Susan Sontag (1978) que descreve na sua obra *Illness as Metaphor* o cancro como doença “*maldita, estigmatizante, discriminatória e desmoralizadora*” (Costa, 2012: 24). O portador de cancro e a comunidade que o rodeia consideram a doença oncológica como patologia “*incurável*”, “*degenerativa*”, “*devastadora*”, “*invasiva*” e “*corrosiva*” bem como os seus tratamentos apelidados de “*mutilantes*”, “*venenosos*” e “*agressivos*” (Costa, 2012: 24), atribuindo-lhe um estatuto quase amoral, de castigo divino, em que os receios intimamente ligados ao sofrimento, à vergonha, à diminuição de capacidades e à morte o tornam em tabu (Costa, 2012; Le Goff, 1991).

“Vejo o cancro como uma doença que se tornou bastante conhecida e falada nos últimos tempos... Atualmente esta doença está largamente conhecida e difundida pelo público, através de vários meios de informação e as pessoas estão mais alerta. Existe mais conhecimento, evolução nos tratamentos e mais esperanças numa doença tratável e não totalmente mortífera e encarada como uma fatalidade. No entanto, quando ouço a palavra cancro penso logo numa doença má, que mata muita gente e que a pessoa com cancro tem uma doença que provavelmente a levará à morte.”

(Isabel, 34 anos)

“E pensamos... e se isto for mais alguma coisa e se desenvolver para mais alguma coisa, abala sempre e pensamos e se...”

“Em relação à outra colega, penso que tomei mais consciência da gravidade nessa altura do que na minha, porque ela reagiu completamente diferente de mim, ficou completamente em pânico, andou ali uns dias sem conseguir fazer nada, que eu pensei se calhar deveria ter entrado em pânico.”

(Joana, 29 anos)

“Em relação ao CCU tem algum receio? Atualmente já não tanto. Quando nasceu a minha filha, sim. Tive umas análises bastante alteradas e uma citologia e uma biópsia muito alterada e tive muito receio até sair o resultado... bastante mesmo... Tive aí um mês até sair o resultado... À partida sei que as coisas estão controladas mas há sempre algum receio a pairar no ar.”

(Carolina, 41 anos)

“É muito complicado, tu sentes... tu não tens cancro, não tens uma doença que te leve à morte de imediato... mas sentes tudo isso, como se antes tivesse tudo aquilo e ainda por cima estás ligada à área e culpas-te porque devias estar mais informada, culpas-te... porquê a ti?... Ainda por cima estas situações surgem numa altura de défice imunitário, eu já estava em baixo porque o meu pai estava a viver uma situação de cancro e associei tudo ao mesmo e em termos emocionais, para mim, foi mesmo muito mau. E o que é que eu fiz, tentei informar-me ao máximo e tentei canalizar as minhas energias para que a situação não avançasse, o facto de ser mais banal do que eu pensava ajudou-me a perceber que apenas tinha que ter alguns cuidados.”

(Margarida, 33 anos)

Os três últimos testemunhos pertencem a mulheres diagnosticadas com lesões de VPH, que transmitem sentimentos de revolta, ansiedade, preocupação e medo, fazendo a associação direta com a doença cancerosa, amenizada posteriormente após a procura de informação. No entanto, está presente nos testemunhos destas mulheres, que foram apanhadas desprevenidas e surpreendidas pela ausência de sintomas, um sentimento de insegurança e receio perante a imprevisibilidade da doença. Estes sentimentos estruturam, por um lado, o quadro da realidade social do cancro no nosso contexto histórico-social e, por outro, os elementos que caracterizam a identidade do doente canceroso, englobando todas as perceções, representações, pensamentos e experiências subjetivas e objetivas do doente, juntamente com as diferenças entre a “doença do doente” e a “doença do médico” (Carapinheiro, 1986).

Para avanços na pesquisa de uma problemática complexa como o cancro, será necessária uma ciência transdisciplinar, que integre o estudo da natureza biológica do cancro e as suas aplicações clínicas com os fatores sociais e comportamentais como influências na doença cancerígena. As condições sociais e políticas mais abrangentes, o impacto dos sistemas de saúde, os fatores comportamentais e psicológicos e finalmente os mecanismos biológicos de carcinogénese devem ser encarados como um processo complexo e multidirecional de interação (Hiatt e Breen, 2008).

“A complexidade do cancro na integralidade das suas dimensões biológica, humana e social, reforça a necessidade de articular as ciências da vida com as ciências sociais e humanas” (Costa, 2012: 24). Percebe-se mais do que nunca, que as grandes descobertas, não são, se é que alguma vez foram, de homens isolados, mas sim, duma pluridisciplinaridade, à qual se espera que o cancro confie o seu segredo e perca o estado maldito (Le Goff, 1991).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após as entrevistas com as dez mulheres participantes nesta investigação procedeu-se à análise da sua prática discursiva sobre o VPH e a sua relação com o CCU.

Os testemunhos analisados evidenciam as dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Apesar das diligências das organizações de saúde, os cuidados primários em Portugal continuam a ser procurados essencialmente para efeitos curativos e não preventivos. As dificuldades financeiras, os horários, as dificuldades de marcação de consulta, as filas de espera, a qualidade do atendimento, entre outras, fazem perceber o peso de fatores sociais, financeiros e organizacionais na realização do rastreio do CCU.

As diferenças percecionadas sobre os cuidados de saúde no setor privado e o setor público são marcantes nos testemunhos das mulheres que têm acesso a este tipo de cuidados. Estas mulheres sentem-se mais confortáveis na consulta privada, transparecendo uma melhor relação e comunicação entre médico e utente. No entanto, em relação a tratamentos que exijam mais tecnologia, percebe-se a promiscuidade entre público e privado, devido essencialmente à concentração de recursos humanos e tecnológicos nos hospitais centrais.

Os discursos de algumas mulheres evidenciam o desconhecimento acerca do VPH (incluindo os sintomas, fatores de risco, forma de transmissão e prevenção), da finalidade da citologia e da sua relação com o CCU. O reducionismo da medicina convencional e a concentração nos fatores biológicos do VPH, as dificuldades de comunicação entre profissionais de saúde e utentes e a própria passividade na procura de informação correta podem originar conceções erradas e influenciar negativamente os comportamentos em saúde. São sobretudo as mulheres com VPH e as profissionais de saúde que se encontram mais bem informadas, transparecendo a necessidade da procura de informação após o diagnóstico. O caminho passa pela educação sexual na família, na escola e na comunidade, e também na adaptação da linguagem tendo em conta as diferenças sociais e culturais do público-alvo.

As narrativas femininas demonstram que determinados comportamentos relacionados com o corpo feminino e com a sexualidade são produto da história, profundamente influenciados por fatores culturais e sociais. A mulher estabelece como prioridade as pessoas do seu núcleo familiar, o seu companheiro ou o seu trabalho em detrimento das suas próprias necessidades, incluindo as de saúde.

É de referir a importância da medicina científica, dos seus discursos, da tecnologia e da manipulação médica, na regulamentação, na vigilância e na consciencialização dos corpos e da sexualidade, e na forma como a mulher perspetiva e

sente os diagnósticos e os procedimentos médicos. As falas femininas evidenciam as representações sociais da citologia, estas mulheres vivem sentimentos de ansiedade, vergonha, desconforto, exposição e invasão da intimidade, sobretudo com ginecologistas homens, podendo ser uma barreira ao rastreio. A mulher com VPH experiencia sentimentos de descrença, estigma, angústia, vergonha e raiva após o diagnóstico. Estas mulheres revelam que estes sentimentos se devem, principalmente, à associação da infecção a comportamentos de promiscuidade.

As representações sociais do cancro estão patentes nas falas femininas. O cancro é descrito como uma doença fatal, imprevisível e associada ao estigma, ao tabu e ao medo da morte. As diferenças percepcionais entre o cancro da mama e o CCU são marcantes nos testemunhos, devendo-se não só às diferenças de prevalência destas duas formas de cancro, mas também com o próprio meio social onde estas mulheres se inserem, com as diferenças de investimento na prevenção, influenciadas por fatores económicos, financeiros e organizacionais das próprias instituições de saúde e ainda com o estigma de falar sobre um cancro que está associado a comportamentos sexuais considerados promíscuos. Isto faz com que as mulheres sejam presença assídua nos rastreios do cancro da mama, sendo isto considerado rotina.

A execução desta investigação contribui para a compreensão do processo saúde e doença para além do processo orgânico, ou seja, os discursos das mulheres entrevistadas fazem perceber os processos construtivos das perspetivas e vivências da saúde feminina. A saúde da mulher pode assim ser inserida em contextos mais amplos desde os geográficos, sociais, históricos e culturais.

Concluindo, percebe-se que no conceito atual de saúde já não cabe o reducionismo das alterações fisiológicas, bioquímicas e mentais, existindo sim uma relação íntima com a vivência psicológica, com o suporte relacional e com o meio social (Silva e Alves, 2003). As ciências da saúde reclamam por um novo olhar, integrando os conhecimentos da biologia, da física e da química com os da antropologia, da psicologia, da sociologia e da história, encarando a saúde e a doença como resultante de complexas interações da biofisiologia com a vivência psicológica individual, com o meio social e com as representações culturais interpretativas da nossa existência e sustentáculo do sentido que damos à vida (Silva e Alves, 2003). Nesta nova consciência, a dimensão do cancro do colo do útero já não pode ser considerada exclusivamente médica, mas também histórica, social, cultural e política.

Na sua definição de saúde, a OMS declarava, em 1946, que seria um direito universal independente da etnia, religião, crença política e condições económicas e sociais, no entanto as desigualdades sociais continuam a marcar desigualdades na saúde e na prestação de cuidados (Levin e Browner, 2005). Partilhando as palavras de Levin e Browner (2005), é importante que os dados e a análise deste trabalho sirvam a promoção e a justiça social da saúde para todos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anhang, R.; Wright Jr, T.C.; Smock, L.; Goldie, S.J. 2004. Women`s desired information about human papillomavirus. *Cancer*, 100: 315-320.
- Back, C.; Barbosa, J.V.; Quevedo, L.K.H.; Alexandre, I.J. 2012. O papel das mulheres na sociedade: diferentes formas de submissão. *Eventos Pedagógicos*, 3(2): 328-336.
- Baer, H.; Allen, S.; Braun, L. 2000. Knowledge of human papillomavirus infection among young adult men and women: implications for health education and research. *Journal Community Health*, 25: 67-78.
- Behbakht, K; Lynch, A; Teal, S.; Degeest, K; Massad, S. 2004. Social and Cultural Barriers to Papanicolaou Test Screening in an Urban Population. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 104(6): 1355-1361.
- Birman, J. 1991. Interpretação e Representação na Saúde Coletiva. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, 1(2): 7-22.
- Blomberg, K.; Forss, A.; Ternstedt, B.; Tishelman, C. 2009. From “silent” to “heard”: Professional mediation, manipulation and women`s experiences of their body after an abnormal Pap smear. *Social Science and Medicine*, 68: 479-486.
- Bourdieu P. 1998. *La domination masculine*, Paris: Seuil.
- Braun, V.; Gavey, N. 1999. “Bad girls” and “good girls”? Sexuality and cervical cancer. *Women`s Studies International Forum*, 22(2): 203-213.
- Burk, R.D.; Ho, G.Y.F.; Beardsley, L.; Lempa, M.; Peters, M.; Bierman, R. 1996. Sexual behavior and partner characteristics are the predominant risk factors for genital human papillomavirus infection in young women. *The Journal of Infectious Diseases*, 174: 679-89.
- Bush, J. 2000. “It`s just part of being a woman”: cervical screening, the body and femininity. *Social Science and Medicine*, 50: 429-444.

- Carapinheiro, G. 1986. A saúde no contexto da sociologia. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 1: 9-22.
- Carapinheiro, G. 2010. Equidade, Cidadania e Saúde: Apontamentos para uma Reflexão Sociológica. *Alicerces: Revista de Investigação, Ciência e Artes*, 3: 57-64.
- Clarke, J.N. 2004. A comparison of breast, testicular and prostate cancer in mass print media (1996-2001). *Social Science and Medicine*, 59: 541-551.
- Costa, R.M.P. 2012. *Luta contra o cancro e oncologia em Portugal. Estruturação e normalização de uma área científica (1839-1974)*, Porto: CITCEM e Edições Afrontamento.
- Daling, J.R.; Madeleine, M.M.; Mcknight, B.; Carter, J.J.; Wipf, G.C.; Ashley, R.; Schwartz, S.M.; Beckmann, A.M.; Hagensee, M.E.; Mandelson, M.T.; Galloway, D.A. 1996. The Relationship of Human Papillomavirus – related Cervical Tumors to Cigarette Smoking, Oral Contraceptive Use, and Prior Herpes Simplex Virus Type 2 Infection. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 5: 541-8.
- Dell, D.L; Chen, H.; Ahmad, F.; Stewart, D.E. 2000. Knowledge about human papillomavirus among adolescents. *Obstetrics and Gynecology*, 96: 653-656.
- DeVita, V.T.; Rosenberg, S.A. 2012. Two Hundred Years of Cancer Research. *The New England Journal of Medicine*, 366: 2207-2214.
- Dudgeon, M.R.; Inhorn, M.C. 2004. Men`s influences on women`s reproductive health: medical anthropological perspectives. *Social Science and Medicine*, 59: 1379-1395.
- Erwin, D.O.; Treviño, M.; Saad-harfouche, F.G.; Rodriguez, E.M.; Gage, E.; Jandorf, L. 2010. Contextualizing diversity and culture within cancer control interventions

for Latinas: Changing interventions, not cultures. *Social Science and Medicine*, 71: 693-701.

Fernandes, J.V.; Araújo, J.M.G.; Fernandes, T.A.A.M. 2013. Biology and natural history of human papillomavirus. *Open Access Journal of Clinical Trials*, 5: 1-12.

Foucault, M. 2004. *Vigiar e Punir*, Petrópolis: Editora Vozes.

Foucault, M. 2008. *A Arqueologia do Saber*, Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Giordano, L.; Webster, P.; Anthony, C.; Szarewski, P.D.; Arbyn, M.; Segnan, N.; Austoker, J. 2008. Improving the quality of communication in organized cervical cancer screening programmes. *Patient Education and Counseling*, 72: 130-136.

Gomes, R.; Mendonça, E.A.; Pontes, M.L. 2002. As representações sociais e a experiência da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5): 1207-1214.

Guimarães, T.F. 2011. A construção do corpo sexuado: uma reflexão sobre os significados de gênero e de como este se articula com o corpo. *Sociais e Humanas*, 4(2): 148-161.

Hall, B.; Howard, K.; Mccaffery, K. 2008. Do cervical cancer screening patient information leaflets meet the HPV information needs of women?. *Patient Education and Counseling*, 72: 78-87.

Heusser, P.; Scheffer, C.; Neumann, M.; Tauschel, D.; Edelhauser, F. 2012. Towards non-reductionistic medical anthropology, medical education and practioner-patient-interaction: The example of Anthroposophic Medicine. *Patient Education and Counseling*, 89: 455-460.

Hiatt, R.A.; Breen, N. 2008. The Social Determinants of Cancer: A Challenge for Transdisciplinary Science. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(2S): 141-150.

Ho, G.Y.F.; Bierman, R.; Beardsley, L.; Chang, C.J.; Burk, R.D. 1998. Natural History of Cervicovaginal Papilloma Virus Infection in Young Women. *The New England Journal of Medicine*, 338(7): 423-428.

International Agency for Research on Cancer. 2010. GLOBOCAN 2008 - Cancer fact sheets: Cervical Cancer. [Online]. [Lyon]. [Acedido em 17-04-2013]. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/cervix.asp>.

International Agency for Research on Cancer. 2010. GLOBOCAN 2008 – Europe estimated cancer incidence, all ages: female. [Online]. [Lyon]. [Acedido em 24-07-2013]. Disponível em: http://globocan.iarc.fr/summary_table_pop.asp?selection=63968&title=Europe&age_from=1&age_to=10&sex=2&type=0&window=1&sort=0&submit=%A0Execute%A0.

International Agency for Research on Cancer. 2010. GLOBOCAN 2008 – Europe estimated cancer mortality, all ages: female. [Online]. [Lyon]. [Acedido em 24-07-2013]. Disponível em: http://globocan.iarc.fr/summary_table_pop.asp?selection=63968&title=Europe&age_from=1&age_to=10&sex=2&type=1&window=1&sort=0&submit=%A0Execute%A0.

International Agency for Research on Cancer. 2010. GLOBOCAN 2008: Country fact sheet – Portugal. [Online]. [Lyon]. [Acedido em 24-07-2013]. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=620>.

Kleinman, A. 1988. *The Illness Narratives: suffering, healing and the human condition*, USA: Basic Books.

Latour, B. 1994. *Jamais Fomos Modernos: ensaio de Antropologia Simétrica*. Coleção Trans: Editora 34.

Latour, B. 2006. Como prosseguir as tarefas de detectar associações. *Revista de Sociologia*, 2: 11-27.

- Le Goff, J. 1991. *As Doenças têm História*, Mem Martins: Terramar.
- Levin, B.W.; Browner, C.H. 2005. The social production of health: Critical contributions from evolutionary, biological, and cultural anthropology. *Social Science and Medicine*, 61: 745-750.
- Lupton, D. 2012. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body*. London: Sage Publications.
- Maia, M. 2010. Rejet des discours préventifs et comportements sexuels à risque: enquête qualitative auprès d'homosexuels masculins, au Portugal. *Santé Publique*, 6(22): 657-664.
- Manhart, L.E.; Koutsky, L.A. 2002. Do condoms prevent genital HPV infection, external genital warts, or cervical neoplasia?: a meta-analysis. *Sexually Transmitted Diseases*, 29: 725-735.
- Markovic, M.; Kesic, V.; Topic, L.; Matejic, B. 2005. Barriers to cervical cancer screening: A qualitative study with women in Serbia. *Social Science and Medicine*, 61: 2528-2535.
- Martinez, R.G. 2005. "What's wrong with me?": cervical cancer in Venezuela- living in the borderlands of health, disease, and illness. *Social Science and Medicine*, 65: 797-808.
- Martins, A. P. V. 2000. *A Medicina da Mulher: Visões do Corpo Feminino na Constituição da Obstetrícia e Ginecologia no Século XIX*. Campinas, Tese de Doutorado em História, Universidade Estadual de Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.
- Mazor, K.M.; Roblin, D.W.; Williams, A.E.; Greene, S.M.; Gaglio, B.; Field, T.S.; Costanza, M.E.; Han, P.K.J.; Saccoccio, L.; Calvi, J.; Cove, E.; Cowan, R. 2012.

Health literacy and cancer prevention: Two new instruments to assess comprehension. *Patient Education and Counseling*, 88: 54-60.

McCaffery, M. 1974. Autopsy of a Mummy- Warts and All. *Canadian family Physician*, September: 89-91.

Medeiros, R.; Ramada, D. 2011. Knowledge differences between male and female university students about human papillomavirus (HPV) and cervical cancer: Implications for health strategies and vaccination. *Vaccine*, 29: 153-160.

Michaud, E.; Torg, E. 2002. *ABC da saúde da mulher*, Mem Martins: Edições Cetop.

Norwitz, E.; Schorge, J. 2003. *Compêndio de obstetrícia e ginecologia*, Lisboa: Instituto Piaget.

Panobianco, M.S.; Lima, A.D.F.; Oliveira, I.S.B.; Gozzo, T.O. 2013. Knowledge concerning HPV among adolescent undergraduate nursing students. *Text Context Nursing*, 22(1): 201-207.

Plummer, M.; Herrero, R.; Franceschi, S.; Meijer, C.J.L.M.; Snijders, P.; Bosch, F.X.; Sanjose, S.; Muñoz, N. 2003. Smoking and cervical cancer: pooled analysis of the IARC multi-centric case-control study. *Cancer Causes and Control*, 14: 805-814.

Rocheffort, D.A. 1996. Health and Social Context. *Health Affairs*, 15(4): 204-206.

Rock, C.L.; Michael, C.; Reynolds, R.K.; Ruffin, M.T. 2000. Prevention of cervix cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 33: 169-185.

Roldão, M. 2007. *Cancro do Colo do Útero: Radioterapia Externa e Braquiterapia*, Lisboa: Monitor.

Serapioni, M.; Sesma, D. 2011. A participação dos cidadãos nos sistemas de saúde dos países da Europa do Sul: Portugal, Itália e Espanha. Resultados preliminares de

um estudo comparativo. *Sociologia on Line: Revista da Associação Portuguesa de Sociologia*, 2: 599-629.

Silva, D.M.; Lima, A.O. 2012. Mulher, trabalho e família na cena contemporânea. *Contextos Clínicos*, 5(1): 45-51.

Silva, L. F.; Alves, F. 2003. *A saúde das mulheres em Portugal*, Porto: Edições Afrontamento.

Soave, D.F.; Celes, M.R.N.; Oliveira-Costa, J.P.; Silveira, G.G; Zanetti, B.R.; Oliveira, R.L.; Ribeiro-Silva, A. 2013. The Role of Human Papillomavirus in Pre-Cancerous Lesions and Oral Cancers. *In: Broeck, D. V. (ed.) Human Papillomavirus and Related Diseases – From Bench to Bedside A Diagnostic and Preventive Perspective*, Intech: 241-247.

Szarewski, A. 2011. Social and psychological aspects of cervical screening. *Expert Review in Obstetrics and Gynecology*, 6(1): 37-44.

Uchôa, E.; Vidal, J.M. 1994. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(4): 497-504.

Vallikad, E. 2006. Cervical Cancer: The Indian Perspective. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 95: S215-S233.

Ventura, M.T.; Freitas, M. G.; Francisca, A.; Leça, A.; Gonçalves, G.; Azevedo, J.; Mansinho, K.; Santos, L.A.; Rocha, L.; Gomes, M.C.; Ferreira, M.M.; Rocha, M.G.; Cale, M.G.; Valente, P.; Fernandes, T.M.A.; Meireles, A. 2008. Vacinação contra infecções por Vírus do papiloma humano (VPH). Relatório não publicado da Comissão técnica de vacinação: Direcção-Geral da Saúde.

Waller, J.; McCaffery, K.; Nazroo, J.; Wardle, J. 2005. Making sense of information about HPV in cervical screening: a qualitative study. *British Journal of Cancer*, 92(2): 265-270.

- White, H.; Mulambia, C.; Sinkala, M.; Mwanahamuntu, M.; Parham, G.; Moneyham, L.; Grimley, D.; Chamot, E. 2012. “Worse than HIV” or “not as serious as other diseases”? Conceptualization of cervical cancer among newly women in Zambia. *Social Science and Medicine*, 74: 1486-1493.
- Wiesner-Ceballos, C.; Vejarano-Velandia, M.; Caicedo-Mera, J. C.; Tovar-Murillo, S. L.; Cendales-Duarte, R. 2006. La Citología de Cuello Uterino en Soacha, Colombia: Representaciones Sociales, Barreras y Motivaciones. *Revista de Salud Pública de Colômbia*, 8(3): 185-196.
- Wood, K.; Jewkes, R.; Abrahams, N. 1997. Cleaning the Womb: Constructions of cervical screening and womb cancer among rural black women in South Africa. *Social Science and Medicine*, 45(2): 283-294.
- World Health Organization (WHO). 2013. WHO | Track 2: Health literacy and health behavior. [Online]. [Geneve]. [Acedido em 24-07-2013]. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en>.
- Wray, N.; Markovic, M.; Manderson, L. 2007. Discourses of normality and difference: Responses to diagnosis and treatment of gynaecological cancer of Australian women. *Social Science and Medicine*, 64: 2260-2271.

APÊNDICE

Guião das entrevistas

I. Identificação da entrevistada

1. Idade
2. Local de residência
3. Estado civil
4. Filhos
5. Nível de escolaridade
6. Profissão

II. Acesso aos serviços de saúde

1. Com que frequência vai ao médico?
2. Com que frequência vai ao ginecologista (recorre aos serviços de saúde públicos ou privados)?
3. Como é a sua relação com os profissionais de saúde, especialmente com o médico?

III. Nível de conhecimento do VPH e sua relação com CCU

1. O que é o VPH?
2. Qual a sua associação com o CCU?
3. Como se transmite e qual a sua sintomatologia?
4. Fatores de risco para a infeção com VPH?
5. Como se previne o CCU (para que serve uma citologia ou teste PAP)?
6. Quais os meios de informação que serviram de veículo para o seu conhecimento?

IV. Reação ao diagnóstico (apenas para mulheres infetadas)

1. Como soube que estava infetada com VPH (circunstâncias)?
2. O que sentiu no momento do diagnóstico?
3. Costuma falar abertamente sobre o assunto?