

## SIGNIFICADOS E PRÁTICAS PREVENTIVAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO ENTRE MULHERES DE BAIROS POPULARES DE SALVADOR, BAHIA

Ana María Rico\*

### Resumo

O câncer do colo do útero (CCU) é uma doença evitável e tratável. No entanto, ele continua atingindo as mulheres no Brasil, traçando um perfil de morbimortalidade evitável e injusto que requer ser modificado. No intuito de aprimorar as estratégias preventivas, é necessário compreender os significados e as práticas preventivas das mulheres em maior risco e analisar criticamente os critérios que orientam as ações preventivas. Analisar-se-ão dados obtidos através de entrevistas semiestruturadas com 15 mulheres residentes em um bairro popular de Salvador, Bahia. Este trabalho propõe analisar os significados e práticas preventivas do CCU entre estas mulheres, dando especial ênfase à dimensão geracional. Esta abordagem permite refletir sobre a concepção de “mulher” que subjaz às políticas preventivas e às ações dos serviços de saúde que, pelo fato de estarem dirigidas às mulheres em idade reprodutiva, tendem a negligenciar as mulheres de maior idade, que são justamente aquelas com maior risco de adoecer.

**Palavras-chave:** Câncer do colo do útero. Prevenção. Gerações.

### Abstract

Cervical cancer is a preventable and treatable disease. However, it still affects women in Brazil by establishing an avoidable and unfair profile of morbidity and mortality that requires to be modified. In order to improve preventive strategies, it is necessary to understand the meanings and preventive practices of women at higher risk and to critically analyze the criteria that guide prevention actions. This work will analyze data obtained through semi-structured interviews with 15 women from a popular neighborhood in Salvador, Bahia, Brazil. This paper proposes to analyze the meanings and practices associated with cervical cancer among these women, with special emphasis on generational dimension. This approach helps to reflect on the concept of “woman” that underlies policies and preventive actions of health services that, because of the fact that they aim at women on reproductive age, tend to overlook older ones, who are precisely those with greater risk of becoming ill.

**Keywords:** Cervical cancer. Prevention. Generations.

---

\* Socióloga pela Universidade Nacional de Buenos Aires e Doutoranda em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

## Situando o problema: significados e práticas preventivas do câncer do colo do útero

Apesar de ser uma doença evitável e tratável, o câncer do colo do útero (CCU) ainda é um importante problema de saúde pública. Trata-se do terceiro tumor mais frequente entre as mulheres no mundo, ocorrendo mais de 80% dos casos em países em desenvolvimento (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER – IARC, 2005). No Brasil, é o segundo tumor mais diagnosticado em mulheres, depois do de mama<sup>1</sup>. Diferenças na carga da doença verificam-se também no interior do país<sup>2</sup>, evidenciando a exemplaridade do CCU em relação à iniquidade em saúde. Atingindo as regiões mais pobres e desiguais, e afetando as mulheres de menor nível socioeconômico e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a doença traça perfis de morbimortalidade evitáveis e injustos que requerem ser revertidos.

Para o desenvolvimento do câncer cervical, a transmissão sexual do Papilomavírus Humano (HPV) é condição necessária, mas não suficiente (IARC, 2005). Vários co-fatores de risco também estão associados com a sexualidade, tais como: a multiplicidade de parceiros sexuais, o uso prolongado de contraceptivos orais, a multiparidade, a iniciação sexual precoce e a coinfeção por outros agentes infecciosos. Já outros se vinculam com as condições de vida das mulheres, como o baixo nível socioeconômico e a não realização do exame de Papanicolaou. Por fim – e introduzindo nosso tema de interesse atual –, a pertença à faixa etária de 30 a 60 anos também é considerada cofator de risco (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2001).

A incidência do câncer do colo do útero no Brasil evidencia-se a partir dos 20 a 29 anos e o maior risco encontra-se na faixa etária de 45 a 49 anos. Entretanto, a mortalidade resulta mais significativa à medida que aumenta a idade devido ao prolongado período que

compreende a transmissão sexual do HPV, o adocimento e a morte por CCU (BRASIL, 2011b).

Com exceção do câncer de pele, o câncer cervicouterino tem o maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente. Uma redução de 80% da mortalidade pode ser alcançada através da detecção da doença entre mulheres assintomáticas entre 25 e 65 anos mediante o exame de Papanicolaou e o tratamento das lesões com potencial de malignidade ou carcinoma *in situ*. Apesar das inovações tecnológicas recentes em relação ao rastreamento do CCU, o Papanicolaou continua sendo a estratégia em torno da que se organiza a maioria dos programas de prevenção, o brasileiro dentre eles. No país, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher define como população-alvo as mulheres de 25 a 59 anos, que devem realizar o Papanicolaou a cada três anos após dois exames consecutivos normais anuais (BRASIL, 1996).

Para alcançar o impacto esperado, a cobertura do rastreamento deve atingir 80% ou mais da população-objetivo (IARC, 2005). Precisamente, a cobertura insuficiente do Papanicolaou entre a população mais vulnerável é o principal obstáculo enfrentado pelos programas de prevenção da doença nos países em desenvolvimento (ARROSSI; PAOLINO; SANKARANARAYANAN, 2010; BRASIL, 2010). Apesar dos avanços verificados no Brasil<sup>3</sup>, persistem dificuldades em relação às mulheres em maior risco. Avaliações recentes destacam importantes melhoras na cobertura do exame: em 2008, 84% das mulheres entre 25 e 59 anos relatou ter feito pelo menos um Papanicolaou nos três anos anteriores (SCHMIDT et al., 2011). Porém, as taxas ascendentes de mortalidade por CCU em zonas rurais do Norte e Nordeste contrastam com a tendência descendente nacional, evidenciando que o acesso ao exame continua sendo problemático nas áreas mais pobres do país.

Estudos realizados em países em desenvolvimento apontam que diversos fatores dificultam a participação

<sup>1</sup> Para 2008, estimou-se para o Brasil uma taxa de mortalidade por CCU de 10,9 óbitos por cada 100.000 mulheres e uma taxa de incidência de 24,5 de novos casos por cada 100.000 mulheres (FERLAY et al., 2010).

<sup>2</sup> Em 2009, as taxas de mortalidade específicas ajustadas pela população mundial variaram entre 1 e 15 óbitos por cada 100.000 mulheres (BRASIL, 2011a).

<sup>3</sup> Com a Política Nacional de Atenção Oncológica e com o Pacto pela Saúde, o controle do CCU passou a formar parte dos planos de saúde estaduais e municipais, verificando-se um aumento dos municípios que realizam Papanicolaou pela expansão da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2010). A doença também foi incluída, junto com o câncer de mama, no Pacto pela Vida (BRASIL, 2009).

das mulheres no rastreamento para CCU, tais como: seus conhecimentos e representações sobre a doença e o Papanicolaou; a acessibilidade aos serviços de saúde; as experiências e a qualidade do atendimento recebido; as práticas de cuidado da saúde sexual; as atitudes dos parceiros, o medo da dor e os pudores relacionados à exposição do corpo, dentre outros (AGURTO et al., 2004; ASHING-GIWA et al., 2004; BINGHAM et al., 2003, FYLAN, 1998; WOOD; JEWKES; ABRAHAMS, 1997). Isto evidencia que, além da dimensão técnica do problema, as políticas preventivas devem contemplar sua dimensão simbólica, através da análise da interação entre as informações fornecida pelos programas, as ações oferecidas pelos serviços de saúde e as concepções e as práticas de cuidado da população.

#### **A pesquisa realizada e o recorte analítico proposto**

Durante o ano de 2011, no contexto do mestrado em Saúde Coletiva na área de Ciências Sociais em Saúde pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, foi realizado o trabalho de campo de uma pesquisa de caráter sócio-antropológico que tinha como propósito compreender os significados que as mulheres mais vulneráveis à doença conferem ao câncer cervical, assim como conhecer suas práticas preventivas<sup>4</sup>. Para tal, foram entrevistadas 15 mulheres residentes no Distrito Sanitário da Liberdade, cuja população é predominantemente negra e de baixa renda (BAHIA, 2012).

A seleção das informantes tentou contemplar a máxima heterogeneidade possível segundo categorias de interesse, como: renda familiar, religião, nível de instrução, situação conjugal, composição familiar e idade (sendo que neste trabalho priorizaremos as três últimas). Como técnica de produção de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, complementada com observações e entrevistas informais que foram registradas em diário de campo. A modo de guia, foi utilizado um roteiro de entrevista que abordou os temas: cuidado de si e da família; cuidados da saúde sexual; significados do CCU e do Papanicolaou; práticas de cuidado e relações de gênero. Para a análise dos dados produzidos adotou-se a técnica de análise de conteúdo temática, visando detectar unidades de sentido que

permitissem compreender significados de natureza sociológica e cultural (BARDIN, 1977).

As mulheres entrevistadas foram distribuídas em três faixas etárias, já que essa classificação permitiria criar grupos internamente homogêneos e diferentes dos outros no que diz respeito à etapa do ciclo da vida que elas estavam atravessando: sendo quatro as mulheres com idades entre 24 e 35 anos, sete entre 36 e 55 e as quatro restantes com mais de 56, tendo a mais velha 68 anos. Em relação à situação conjugal, oito das entrevistadas têm marido ou parceiro (seis, das quais duas são de idade avançada, moram com eles, e duas moram em casas separadas). As restantes não têm parceiro, sendo três solteiras, três separadas e uma viúva, se encontrando várias delas na última faixa etária. A composição do lar destas mulheres é variada: enquanto só uma, de 36 anos, mora sozinha, nove moram com apenas uma ou duas pessoas (podendo ser parceiro, filho, mãe ou avó). Aquelas que moram em lares de entre cinco e sete integrantes têm famílias numerosas conformadas pelos filhos, o parceiro, os pais e, em um caso, as irmãs adultas.

No que concerne aos ingressos familiares, duas mulheres declaram não terem renda fixa, três moram em lares com rendimentos de até um salário mínimo, outras seis contam com ingressos totais que chegam aos dois salários mínimos e as quatro restantes declaram ingressos familiares de até três salários mínimos. Três entrevistadas (uma por cada grupo etário) recebem o subsídio do Programa Bolsa Família e outras três estão aposentadas. Indagadas sobre o principal provedor do lar, seis das entrevistadas afirmaram serem elas quem contribui com a maior parte dos ingressos familiares. Sendo que todos os lares chefiados por mulheres não superam os dois salários mínimos, concordamos com Alda Britto da Motta em que as “chefias de família, tradicionalmente atribuídas aos homens [...], sempre que passam a ser exercidas por mulheres vêm significando, frequentemente, casos ou modelos de empobrecimento e desvalia” (1998, p. 78). Por outra parte, deve-se se destacar que três destas mulheres chefes de família, duas das quais têm idade avançada e estão aposentadas, moram com um filho adulto sem emprego fixo. Estes são exemplos de famílias em que o velho (a velha, de fato), longe de ser uma figura negligenciada dentro do núcleo familiar, ocupa uma posição central na reprodução doméstica. Evidencia-se deste modo uma

<sup>4</sup> A pesquisa foi realizada com apoio da CAPES e da CNPq.

das duas faces da solidariedade entre gerações, pela qual diante da falta de emprego, os filhos adultos retornam à casa dos pais (ou, como nestes casos, das mães), que lhes brindam apoio através de pequenas, porém estáveis, fontes de renda e/ou da moradia própria (MOTTA, 1998).

As atividades desenvolvidas pelas entrevistadas são de tipo informal – a exceção de uma das mais jovens, que é técnica de enfermagem. Duas delas trabalham como atendentes de bares de propriedade familiar, outras duas trabalham como empregadas domésticas, uma vende produtos cosméticos e outra presta serviços de beleza feminina dentro do bairro. Duas aposentadas provedoras do lar complementam sua renda mediante a venda de geladinho e de bolos elaborados por elas. Por fim, a entrevistada mais nova está procurando o seu primeiro emprego, e as cinco restantes são donas de casa.

Considerando a forte inter-relação encontrada entre gênero e saúde, o objeto de estudo foi analisado no marco do processo de medicalização do corpo feminino. Este é entendido como o processo através do qual dimensões da vida, experiências e problemas originalmente fora da alçada médica passam a ser definidos e tratados como problemas médicos (CONRAD, 2007). Processo que, enquanto representa uma promessa de autonomia e controle sobre o próprio corpo para as mulheres, também pode propiciar a passividade e a dependência destas ao poder médico (LUPTON, 1994). Em termos gerais, encontrou-se uma grande valorização do Papanicolaou por parte das mulheres entrevistadas, porém, sem estar acompanhada pelo conhecimento sobre a sua utilidade para a prevenção do câncer cervical. O exame é concebido como uma forma de cuidado da saúde sexual em termos gerais e como uma dentre as muitas práticas médicas que fazem parte do “ser mulher”. Por sua vez, as concepções das informantes sobre o CCU e sobre o Papanicolaou estão atravessadas por alusões ao corpo feminino como objeto de cuidado, como fator de risco (pela relação com a sexualidade) e como objeto de usos socialmente corretos ou incorretos, estes últimos associados à liberdade sexual feminina, que é concebida em termos de promiscuidade.

Neste trabalho, propomos abordar o material empírico produzido a partir de uma perspectiva focada nas relações entre grupos de idade, atrelada à de gênero.

Para tal, tentaremos refletir a partir das seguintes perguntas iniciais:

- *Qual é a concepção de “mulher” presente no discurso da bio-medicina?*
- *Como ela se operacionaliza nas políticas preventivas do CCU?*
- *É essa concepção coerente com o quadro da doença apresentado pelas evidências epidemiológicas, com as práticas dos serviços de saúde e, por fim, com as concepções das mulheres estudadas?*

### **Feminilidade e bio-medicina: a mulher-mãe**

O processo de medicalização tem o corpo feminino como um dos seus objetos privilegiados, operando sobre diversos aspectos da vida das mulheres, tais como: menstruação, parto, controle da natalidade, fertilidade, gravidez e menopausa, dentre outros (CONRAD, 2007). Vale, então, perguntar-nos: de que corpo, de que mulher trata a bio-medicina?

Alexandra Howson (1999) adverte que, se grande parte das estratégias populacionais de prevenção foca-se no corpo feminino, elas estão dirigidas especialmente às mulheres no seu caráter de mães e cuidadoras do grupo doméstico. Assim mesmo, Deborah Lupton (1994) destaca o papel da ginecologia na legitimação da concepção de que a sexualidade e a reprodução seriam esferas mais próprias das mulheres do que dos homens. Estudos realizados em serviços de atenção básica à saúde no Brasil salientam a vigência do modelo materno-infantil no Programa de Saúde da Família (PSF), cujas ações estão voltadas especialmente para a mulher em idade reprodutiva (ANDRADE; FRANCH, 2012). Segundo uma pesquisa sobre o cotidiano das práticas do PSF de Recife, a mulher é percebida “exclusivamente como mãe, esposa e dona-de-casa e, principalmente, como a cuidadora da família e mediadora entre o domicílio e os serviços” (SCHRAIBER, 2005, p. 51). Assim, por estarem focados nas mulheres em idade reprodutiva, estes serviços contribuem para reforçar a clássica imagem da mulher usuária como mãe e cuidadora. De maneira coerente com estas caracterizações, nossas entrevistadas relatam que elas são as responsáveis pelo cuidado do grupo familiar ao longo de diversas etapas da vida:

– Não, minha avó... Porque assim, morava eu, minha avó, meu avô, meu primo. E todo mundo ficava muito em casa. [...] Às vezes ela... sabe, porque minha avó tinha pressão alta e a pressão alta dela era emocional. Às vezes ela tava aqui conversando com você... Não tava sentindo nada e simplesmente quando botava a pressão estava 18, 20. Aí a gente botava num taxi e corria, isso. Aí chegava lá, já ficava na emergência. Aí botavam um remedinho sublingual e aí no outro dia ela vinha pra casa. Sempre foi assim. [...] Ou às vezes quando ela tinha consulta, eu acompanhava ela..." (Janine, 28 anos, mora com o namorado e o avô).

*Perg:* E quando seus filhos moravam com vocês, aí... pro cuidado da saúde deles e tal, quem se ocupava era... eram vocês dois, era só você, como é que era?

*P:* Só eu. Sempre foi assim. Eu que me preocupava pra colégio, pra levá pra médico, pra tudo, entendeu? Ele [o parceiro] se preocupava lá do modo dele. Mas, dizer assim, "Ah, eu vou pegá, vou levá, deixe aí que eu vou com você", não." (Patrícia, 60 anos, mora com seu parceiro).

**M:** Dou remédio a todo mundo aí.

**Perg:** Então, assim, é você quem se ocupa da questão da saúde na família em geral, né?

**M:** É, agora mesmo vou... minha filha, eu disse a ela que eu vou levar ela pra ela ir marcá na próxima semana. Aí pedi ao médico passá exame... um check-up geral. [...] Mas agora mesmo eu vou marcá pra as duas [filhas]. Eu vou acompanhá porque às vezes esquece algum detalhe e aí eu fico... falo tudo, né? Aí é um relatório esse médico. Né? Às vezes até eu boto num papel pra não esquecer. [...] O daqui [o marido] eu obrigo ir pro médico. Eu levo... esse ano mesmo fez o... o... o exame da próstata. [...] Aí, ele já tá... ele já acostumado que ele já... "É, né? Tem que fazer, né? E aí, quando é?", "Nas férias". Aí nas férias ele já sabe que ele tem que fazê. É assim, eu pego no pé..." (Maria, 43 anos, casada, mora com o marido e três filhos).

A tradicional carga pelo cuidado, entendido como função feminina, se vê agravada pela coexistência de várias gerações nos setores populares: diante da falta de políticas sociais destinadas aos velhos, torna-se necessária a participação da família na gestão do cuidado, fato que, "mais uma vez, onera sobretudo as mulheres, sempre socialmente cobradas em atuações

'maternais'" (MOTTA, 1998, p. 75). Neste sentido, várias participantes da pesquisa relataram ter sofrido problemas de saúde e ter tido que realizar mudanças na própria vida em decorrência destes padrões organizativos domésticos que, reforçados pelos padrões de gênero vigentes, as colocam no papel de cuidadoras do grupo familiar extenso. Dentre os vários casos encontrados, destacamos o de Ivonne, por ser particularmente ilustrativo da carga que este papel representa para as mulheres de mediana idade, que devem se responsabilizar pelo cuidado dos integrantes mais jovens e dos mais velhos da família:

– Aí minha mãe teve um problema de saúde... eu... Fiquei assim, minha pressão subiu, comecei a cansar... Ela doente no hospital, né? A gente aqui, todo mundo aqui agoniado. [...] É, porque... eu mesmo tive que sair do salão [onde trabalhava]. Porque, primeiro por causa da minha mãe, né? Foi logo quando ela veio do hospital, teve umas duas vezes mesmo que eu estava lá no salão... aí meu marido ligou. 'Ô minha filha, cê vai vir que horas?' Eu disse 'É o que?' Ele, 'Ah, sua mãe não tá se sentindo bem'. Então eu ficava assim, trabalhando e com a cabeça aqui. Aí eu peguei e disse 'Olha, meu Deus, sabe de uma, eu vou sair'. Porque... aí junta o útil com o agradável. Eu fico dentro de casa, mais pra meus filhos e também pra ver, porque se ela sentir alguma coisa eu tou mais perto, né? Mudo a roupa, pego um carro ali, dá tempo eu levar pro hospital. E eu trabalhando? Se ninguém [se referindo a seus irmãos e irmãs] vem morá aqui com ela. Todo mundo lá nas suas casas. E eu ia dizer logo. Quando morresse por falta de socorro ninguém ia querer saber que tinha mais filho não. Nêgo ia logo dizer 'Cadê Ivonne, tava onde?' Porque ninguém larga seus maridos, ninguém larga suas casas pra ficar aqui com ela. Mas eu tive que sair do trabalho pra ficar aqui. [...] Eu também tenho dois filhos. Eu tenho que levar pro médico, tenho que cuidar da minha saúde também, já pensou? Eu também! Porque eu tenho que fazer o preventivo, tenho que fazer exame de sangue, tenho que fazer exame de coração... A médica vem me dizendo, a gente também tem que se cuidar. Eu mesma depois que eu tive meu filho eu fiquei com meu tempo assim, tão curto..." (Ivonne, 42 anos, mora com os filhos e a mãe, o parceiro mora separado).

Decorrente da convivência de diferentes gerações em uma mesma unidade doméstica torna-se visível a grande demanda que afeta a esta “geração pivô” (DELBES; GAYMU, 1993), composta por mulheres de meia idade que, atendendo a “uma divisão (que é, por definição tradicional, sexual) de trabalho, [devem prestar] cuidados ou apoio simultâneo tanto a filhos (nem sempre apenas) menores, como a pais de mais avançada idade” (MOTTA, 1998, p. 75).

Somado às condições que fazem com que as mulheres sejam com maior frequência cuidadoras do que sujeitos de cuidado, a literatura sobre obstáculos ao rastreamento do CCU informa que um dos grandes problemas vinculados à cobertura do Papanicolaou é que este é oferecido em forma oportunística a mulheres que não pertencem ao grupo de idade objetivo, pelo maior acesso destas ao sistema de saúde, associado ao fato de elas estarem em idade reprodutiva. O *screening* oportunístico, realizado como parte da rotina de consultas obstétricas, de planejamento familiar e de saúde materna, tende a negligenciar as mulheres de idade mais avançada tanto em países desenvolvidos quanto em países africanos e latino-americanos (AGUILAR-PÉREZ ET AL., 2003; AGURTO ET AL., 2004; ALVAREZ, 1998; FYLAN, 1998; WOOD; JEWKES; ABRAHAMS, 1997). O Brasil não é uma exceção: estudos realizados nas Regiões Sul e Nordeste indicaram que a cobertura do rastreamento é mais alta abaixo dos 40 anos, por estar focada nas mulheres em idade reprodutiva (BRENNAN ET AL., 2001; FERNANDES ET AL., 2009). Por sua vez, as mulheres de 60 anos ou mais tendem a se afastar das consultas ginecológicas, precisamente na faixa etária em que aumenta a incidência do CCU (AMORIM ET AL., 2006). Cabe destacar que, longe de deixarem de demandar atenção aos serviços, elas circulam com frequência pelas instituições de saúde, em decorrência de outras morbidades mais visivelmente “ligadas à idade”, como se observa a seguir:

A: *Uso remédio pras batida cardíaca.*

Perg: *Mmmhh. E tem que controlar, tem que ir pro médico por conta disso?*

A: *Tem, todo mês o médico me acompanha. [...] Todo mês eu vou, que ele me dá a receita pra eu comprar o remédio, faz o meu elétrico cardiograma... (Amélia, 68 anos, viúva, mora com um filho adulto desempregado).*

– *Dependo de remédio pra diabé, como hoje mesmo eu fui no médico... Pra marcar o médico, porque eu tomo remédio. Todo mês eu tenho que ir no posto pegar o remédio... (Patrícia, 60 anos, mora com o parceiro).*

No entanto, a presença habitual dessas mulheres nos serviços de saúde não é visualizada como uma oportunidade propícia para a realização do Papanicolaou, o que ocorreria no contexto de uma efetiva atenção integral à saúde da mulher que transcendesse o recorte reprodutivo desta. Como afirmam Márcia Andrade e Mônica Franch, em estudo sobre sexualidade e processos de envelhecimento na dinâmica do Programa Saúde da Família, o “espaço disponível para a emergência de um assunto como a sexualidade é muito restrito. As ações de saúde para esse grupo são voltadas, principalmente, à hipertensão e ao diabetes, e amiúde se limitam à prescrição de remédios, com pouco espaço para outras demandas (2012, p. 48).

Desta forma, gera-se um padrão de rastreamento reiterado entre mulheres expostas a menor risco pelo fato de serem mais jovens, configurando-se uma “lei do cuidado inverso” pela qual “as mulheres com maior risco para o desenvolvimento de lesões cervicais são aquelas com menor acessibilidade aos serviços e programas em saúde [...]. [Assim,] a disponibilidade do cuidado médico tende a variar inversamente com a necessidade da população assistida” (PINHO ET AL., 2003, p. 312). Este quadro pode ser compreendido no contexto das políticas de atenção à saúde da mulher<sup>5</sup>,

<sup>5</sup> Até a década de 80, a atenção à saúde da mulher estava voltada para os períodos da gravidez e do puerpério. Em 1983, no contexto da luta pela democracia, e pela conjunção da movimentação social em torno da saúde e dos movimentos de mulheres, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cuja formulação baseou-se no questionamento das matrizes conceituais dos programas de saúde materno-infantis e da fragmentação do sistema de saúde. Porém, tanto esta como outras políticas enfrentaram dificuldades para serem efetivadas no contexto neo-liberal. Em 1998, no marco da retomada governamental da atenção à saúde das mulheres, foi criado o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero - Viva Mulher. Após a I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres de 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Mulher, na tentativa de retomar a proposta do PAISM. Porém, “acompanhando a prática perversa da fragmentação, esta política abrangente é subdividida pelo Ministério da Saúde em diversas outras políticas e programas [...], criando preocupações sobre a recuperação do conceito e das práticas de integralidade” (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007, p. 22).

caracterizadas pela preeminência das matrizes conceituais dos programas de saúde materno-infantis (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007). O panorama torna-se mais complexo ao perceber-se que as próprias mulheres, apesar de descreverem a situação em termos de “negligência”, também se preocupam mais com sua saúde durante a etapa reprodutiva do que durante as fases vitais posteriores (AGURTO ET AL., 2004). Neste sentido, é necessário considerar que, em um contexto de forte medicalização do corpo feminino – definido, como vimos, em termos da identificação entre feminilidade e reprodução –, a população tende a reproduzir os vieses (e as omissões) propiciados pelos serviços. Como exemplo disto, devemos reparar no fato de que nossas entrevistadas mais idosas que não têm parceiro não se percebem como vulneráveis ao câncer do colo do útero. Ao associarem a doença com a atividade sexual, aquelas já não são sexualmente ativas percebem-se como isentas de risco, desconhecendo o longo período que media entre a transmissão sexual do HPV e o adoecimento por câncer cervical. O caso de Amélia exemplifica como a vivência das mulheres é interpretada como o encerramento da vida sexual (ANDRADE; FRANCH, 2012):

– *Não tenho contato com um homem, assim, não. Não tenho. Não tenho contato não, eu não tenho. Entendeu? Falar logo a verdade. Não tenho. Não tenho namorado, não tenho marido. Meu marido já faleceu... E aí pronto...*” (Amélia, 68 anos, viúva, mora com um filho adulto desempregado)

Contudo, não apenas as mulheres idosas sem parceiro percebem-se fora de risco diante do CCU, mas também o fazem aquelas que têm companheiros de longa data, em cuja fidelidade elas confiam, como ilustrado pela fala de Luísa:

*“E as mais velhas já... as mais velhas já sabe daqueles antigos, já sabe como é que se cuida pra não acontecerê.*

*Perg: E elas fazem o que, por exemplo, as mais velhas, já estão mais informadas?*

*L: Que a gen... já tem o companheiro da gente certo... Tem contrato com ele...*

*Perg: Como é isso... do companheiro certo?*

---

Neste sentido, as ações realizadas em relação ao controle do CCU devem ser ponderadas à luz da história da atenção integral à saúde da mulher no Brasil, que continua a ser uma importante pendência do Sistema Único de Saúde.

*L: Ó, e... já tem o nosso companheiro marido, já casou. Pronto. A gente já tem o nosso marido pra... ter sexo com ele... E as muderna não... as adolescente hoje fazem o que querem, já pega seus namorados, não, não, não, não pensa não, faz as coisa errada. [...] É por isso que pega muitas doença, muitas coisa, porque não se cuida, aí acontece. Então... é como eu digo, que... é difícil pra uma pessoa que tem seu marido, seu parceiro... já antigo [estalando os dedos] pra... pegá uma doença assim.”* (Luísa, 58 anos, casada, mora com o marido, quatro filhos e uma neta).

Eva, que é mais nova das informantes anteriores, também compartilha a opinião de que são as mulheres jovens as quem têm maior susceptibilidade de adoecer por CCU. Isto se deveria a que o escasso controle das famílias levaria à falta de responsabilidade pelo cuidado de si e ao exercício de uma sexualidade considerada precoce e arriscada:

*“Então se o... a, a família não estrutura, não conversa, dá shortinho, dá dinheiro pra ir pra show de pagode, mas as mães não param pra conversá... Os filhos como é...? Iniciou a vida sexual. Era proibido antes, já era errado. Hoje é tudo muito... liberado. E aí torna-se vida sexual antecipada, doenças mais cedo, não é? [...] E agora eu descobri também, porque tenho uma amiga na faculdade que ela trabalha em laboratório e ela diz pra mim que tem crescido. Mulheres novas o índice de... câncer de colo de útero. Pela promiscuidade. O mau uso que você faz do seu corpo.”* (Eva, 39 anos, separada, mora com duas irmãs adultas e três filhos pequenos).

Por fim, resulta particularmente interessante a postura da participante mais nova. Sem discordar da posição das outras entrevistadas, Rita traça uma distinção entre as mulheres jovens, diferenciando as “de dentro de casa” daquelas que levam vidas “arriscadas” fora dela. Baseando-se na tradicional associação entre feminilidade e espaço doméstico, ela explica que as jovens que rompem com aquele padrão teriam as maiores probabilidades de contrair a doença: “[...] porque muitas vezes as meninas dentro de casa se conserva mais, tá ali sempre, não é de... expor sempre tá ali procurando médico, tá procurando se cuidar. E muitas dessas mulheres num tão nem ligano. Então pra mim em termos de idade que a gente sempre vê hoje é que as meninas novinhas tá a mesma coisa. E que não...

*nem se liga também.* (Rita, 24 anos, solteira, mora com os pais, três irmãos mais velhos e uma sobrinha bebê).

Longe do que poderia ser esperado, as posturas de Rita e das entrevistadas do grupo de idade jovem não contestam as das informantes mais velhas. Priorizando uma leitura de gênero escassamente crítica dos valores tradicionais sobre uma explicação focada na questão geracional ou relativa aos grupos etários, elas escapam ao confronto. Nesse sentido, cabe lembrar, seguindo Karl Mannheim, que “[a] juventude não é progressista nem conservadora por índole, porém é uma potencialidade pronta para qualquer nova oportunidade” (1961, p. 41). Assim, a disposição juvenil para a mudança pela contestação do *status quo* será suprimida ou mobilizada atendendo ao contexto social em que os jovens se inserem. Neste caso, é plausível compreender a postura de Rita em função da sua inserção em uma família popular ampliada, em que a solidariedade entre as várias gerações presentes é marcante para a reprodução do grupo doméstico. Neste sentido, devemos considerar que:

[se] no interior de cada grupo geracional ou de idade, constroem-se representações, identidades e situações sociais que se confrontam com as de outros grupos ou categorias sociais [a]o mesmo tempo, essas relações realizam-se em articulação com condições identitárias definidas a partir de outras dimensões relacionais, principalmente a de gênero e a de classe social. (MOTTA, 2010, p. 234).

Por sua vez, seguindo Chauí, Myriam Lins de Barros afirma que persiste:

[uma] construção social da idéia da mulher como um ser culturalmente definido como dependente. A mulher é vista assim como um ser para os outros – o amor, o espírito de sacrifício e a generosidade são qualidades intrínsecas do ser mulher. [...] Na relação hierarquizada entre mãe e filha ocorre a perpetuação desse modelo de mulher através da autoridade do saber e da experiência de vida. (1987, p. 61).

Ademais, a relação entre avôs e netas, baseada em intercâmbios pautados mais na cumplicidade do que na autoridade, também enfatiza a transmissão de princípios sociais, com destaque para os valores de gênero vigentes (PEIXOTO, 2000). Nesse contexto, o livre exercício da sexualidade dificilmente será avaliado em termos positivos, sobretudo no caso das integrantes mais jovens da família.

### **Algumas reflexões em aberto sobre velhice e sexualidade: agenda de quem?**

Como vimos, a prevenção do CCU está atravessada por questões associadas à sexualidade, tanto pela transmissão sexual do HPV, quanto pela organização dos serviços de saúde focados na mulher em idade reprodutiva e por sua interferência na percepção de risco das mulheres entrevistadas em relação à doença. Por este motivo, tentaremos aprofundar a reflexão sobre este tema, no que diz respeito à prevenção do câncer cervical entre mulheres idosas.

Concordamos com Andrade e Franch em que a visão ocidental sobre “[a] sexualidade na velhice tem sido recorrentemente atrelada a imagens negativas, a partir das idéias de degenerescência física, de perda do vigor sexual e da capacidade reprodutiva” (2012, p. 43), levando a uma negação deste fenômeno por parte dos serviços de saúde, que as autoras definem como a “assexualização dos idosos”. Porém, segundo Guita Debert e Mauro Brigeiro (2012), nos últimos anos está acontecendo um movimento diferente: a gerontologia, se apresentando como porta-voz autorizado das demandas da população idosa pela legitimidade científica (LENOIR, 1998), estaria apostando em uma tendência contrária: a “erotização da velhice”, no intuito de

legitimar a inclusão da velhice no curso da vida sexual. O discurso dos especialistas inclui a sexualidade como um dos pilares do “envelhecimento ativo”, modelo de gestão do envelhecimento mais generalizado no mundo contemporâneo. Além de argumentarem sobre a possibilidade de se praticar o sexo até o fim da vida, gerontólogos e sexólogos descrevem-no como uma atividade benéfica para o envelhecimento bem-sucedido. (DEBERT; BRIGEIRO, 2012, p. 37).

Assim, o exercício da sexualidade na velhice passa a ser estimulado por determinados agentes no marco do discurso da promoção da saúde que, em articulação com a categoria “Terceira Idade”, impulsiona o modelo de envelhecimento ativo.

Esta incorporação da velhice ao curso de vida sexual propõe várias inovações na forma em que a sexualidade é significada pelo/as idosos/as, como o deslocamento da sexualidade da área genital para diversas “zonas erógenas” do corpo (DEBERT; BRIGEIRO, 2012, p. 41), e se baseia na recomendação de terapias e tecnologias diversas que contribuem para um enfoque medicalizante da sexualidade idosa (ANDRADE;



FRANCH, 2012). No entanto, apesar da abrangência desse novo campo em expansão, a prevenção do câncer cervical entre as mulheres idosas não parece ter espaço, mesmo diante das evidências epidemiológicas da sua maior incidência nas etapas mais avançadas da vida. Defrontamos assim com o paradoxo de que, em um contexto de crescente medicalização em que a sexualidade incorpora à velhice como foco de investimentos de todo tipo, o câncer do colo do útero continua sem ser, em termos de Remi Lenoir (1998), um “problema social”: ele carece do reconhecimento que o defina como tal, sem contar com grupos socialmente interessados e com influência suficiente para inseri-lo na agenda dos problemas sociais relevantes do momento. Neste sentido, Andrade e Franch interpretam que

o fato de se deixar as mulheres idosas de fora do citológico [...] pode ser interpretado como uma compreensão, por parte do Estado, de que essas mulheres encerraram não apenas sua carreira reprodutiva, como também sua vida sexual, não precisando, deste modo, de consultas ginecológicas periódicas (2012, p. 48).

Refletindo sobre os motivos desta questão, lembramos, seguindo essas autoras, que a velhice feminina se encontra em uma situação de dupla desvantagem, decorrente da articulação entre a condição de gênero e a de geração. Diante de uma atividade sexual feminina restrita ao casamento, e com frequência orientada exclusivamente para a reprodução, o discurso emergente sobre a sexualidade idosa parece destoar mais entre as mulheres, já que entre os homens, se bem nem sempre julgada positivamente, essa prática gozava de relativa tolerância.

Aliás, segundo Debert e Brigeiro, apesar das promessas desse novo modelo de sexualidade na velhice,

os velhos [...] não parecem interessados nos esforços da gerontologia e da sexologia de alargar as potencialidades da sexualidade humana e sequer mencionam a desgenitalização do corpo ou a inversão dos scripts masculinos e femininos anunciada por essas disciplinas como um ganho que a experiência de envelhecimento traz. (2012, p. 49).

Assim, apesar da retórica emergente da sexualidade idosa, parece que por enquanto ela não chegou a configurar-se como um “problema do/as velhos/as”, sem contar com a base necessária para articular demandas elaboradas em nome deles/as sobre o tema, e inviabilizando, por sua vez, a definição da prevenção do câncer cervical entre as idosas como um problema

legítimo. Deve-se lembrar, seguindo Motta, que o tempo dos indivíduos, expresso pela idade,

é socialmente construído, e institucionaliza-se, isto é, adquire significado mais diretamente social como grupos de idade – jovens, adultos, velhos – ou como legitimidades para realizar, ou não, tal ou qual ação social. O tempo das gerações tem um sentido eminentemente social e histórico (MOTTA, 1999, p. 205).

Nesse sentido, cabe perguntar-nos se já chegou a hora de as velhas aspirarem a obter permissão social para o exercício da sua sexualidade e para o cuidado do seu corpo em função dela.

Como já comentado acima, a dimensão geracional está articulada de forma complexa com outros sistemas de relações, com destaque para o gênero e a classe social. Sendo que

gênero e idade/geração são dimensões fundantes de análise da vida social [...] uma análise da condição social atual de velho [ou, em nosso caso, de velha] [seria inviável] sem esse conhecimento sobre os diferenciais de gênero e de classe social que a constituiriam internamente e lhe dariam específicos sentidos. (MOTTA, 1999, p. 207).

Entre as mulheres, e especialmente entre as de setores populares, socializadas para o âmbito doméstico e afetadas por um maior controle social, familiar e sexual, a velhice pode representar um momento de autonomia e atividade até então desconhecidas, em que a inatividade sexual pode até ser positivamente valorizada. Segundo Motta, “[e]ste padrão encontra-se em franco desmonte, mas norteou a vida das mulheres que hoje são velhas” (1999, p. 210). Cabe perguntar-nos se não será mais na frente, quando esse padrão ainda vigente for superado por “novas velhas” com trajetórias de vida diferentes, que será possível tornar legítimas as demandas de intervenções sobre problemas ligados à sexualidade das mulheres idosas. Para tal, o acolhimento destas inquietações, hoje sem resposta, pelo feminismo como porta-voz do problema a ser construído, pode ser de grande relevância. Feminismo que, embora tendo reconhecido e tendo se enriquecido com aportes de específicos grupos de mulheres, até o momento não explorou os diferenciais de idade e de geração como efeitos de relações de poder passíveis de serem modificados, reconhecendo as mulheres idosas como um grupo com problemas e demandas específicos que requerem de um olhar e de um investimento analítico, sempre político, por parte do movimento.

## REFERÊNCIAS

AGUILAR-PÉREZ, José A. et al. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 100-106, 2003.

AGURTO, Irene et al. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Preventive Medicine*, San Diego, n. 39, p. 91-98, 2004.

ALVAREZ, Silvia Lamadrid. Aspectos socio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cérvico uterino. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1), p. 33-40, 1998.

AMORIM, Vivian M. S. L. et al. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2329-2338, 2006.

ANDRADE, Márcia A. R.; FRANCH, Mônica. "Eles não estão mais pra nada": sexualidade e processos de envelhecimento na dinâmica do Programa Saúde da Família. *Mediações*, Londrina, v. 17, n. 2, p. 41-56, jul./dez. 2012.

ARROSSI, Silvina; PAOLINO, Melisa, SANKARANARAYANAN, Rengaswamy. Challenges faced by cervical cancer prevention programs in developing countries: a situational analysis of program organization in Argentina. *Rev. Panam. Salud Pública*, v. 28, n. 4, p. 249-257, 2010.

ASHING-GIWA, Kimlin T. et al. The impact of cervical cancer and dysplasia: a qualitative, multiethnic study. *Psychooncology*, v. 13, n. 10, p. 709-728, 2004.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Diretoria de Informação e Comunicação em Saúde; Secretaria Municipal de Saúde. Sub-coordenação de Informações em Saúde. [online] Disponível em: <http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/deftohtm.exe?tabpop/populacao.def>. Acesso em: fev. 2012.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: 70, 1977.

BINGHAM, Allison et al. Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Pública de México*, Morelos, v. 45, n. 3, p. 408-416, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Revista Rede Câncer*, n. 9, 2009. Nota de capa: O desafio feminino do câncer. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/revistaredecancer/site/home/n9/revista\\_9](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/revistaredecancer/site/home/n9/revista_9). Acesso em: 30 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo*. Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Atlas da Mortalidade por câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2011a. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>. Acesso em: fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. *Diretrizes do rastreamento*. Brasília: INCA, 1996. [online] Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio/deteccao\\_precoce](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/deteccao_precoce). Acesso em: fevereiro 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). *Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM*. 2011b. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205..> Acesso em: set. 2011.

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

CONRAD, Peter. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: John Hopkins University Press, 2007.

COSTA, Ana Maria; BAHIA, Ligia; CONTE, Danielle. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para as mulheres no Brasil. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p. 13-24, jan./dez. 2007.

DEBERT, Guita; BRIGEIRO, Mauro. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 27, n. 80, p. 37-54, out. 2012.

DELBES, Christiane; GAYMU, Joelle. Les familles à quatre générations. *Informations Sociales*, Paris, v. 32, p. 8-12, 1993.

FERNANDES, José V. et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 851-858, 2009.

FERLAY, Jacques et al. *GLOBOCAN 2008 v. 1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC*

CancerBase No. 10. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2010. [online] Disponível em: <http://globocan.iarc.fr> accessed on day/month/year. Acesso em: set. 2011.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FYLAN, Fiona. Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge and behaviour. *British Journal of General Practice*, v. 48, n. 433, p. 1509-1514, 1998.

HOWSON, Alexandra. Cervical screening, compliance and moral obligation. *Sociology of Health & Illness*, v. 21, n. 4, p. 401-425, 1999.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER – IARC. *Cervix cancer screening*. Handbooks of Cancer Prevention. Lyon: IARC Press, 2005. v. 10.

LENOIR, Remi. Objeto sociológico e problema social. In: CHAMPAGNE, Patrick; LENOIR, Remi; MERLLIÉ, Dominique. *Iniciação à prática sociológica*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. p. 59-106.

LINS DE BARROS, Myriam. Autoridade e conflito. In: ????. *Autoridade e afeto: avós, filhos e netos na família brasileira*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987. p. 44-72.

LUPTON, Deborah. *Medicine as culture: illness, disease and the body in western societies*. London: Sage, 1994.

MANNHEIM, Karl. O problema da juventude na sociedade moderna. In: \_\_\_\_\_. *Diagnóstico do nosso tempo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1961. p. 47-64.

MOTTA, Alda Britto da. Reinventando fases: a família do idoso. *Cadernos CRH*, Salvador, n. 29, p. 69-87, jul./dez. 1998.

MOTTA, Alda Britto da. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 13, p. 191-221, 1999.

MOTTA, Alda Britto da. A atualidade do conceito de gerações na pesquisa sobre o envelhecimento. *Revista Sociedade e Estado*, Brasília, v. 25, n. 2, p. 225-250, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Hoja Informativa del Programa Mujer, Salud y Desarrollo* [online]. dez. 2001. Disponível em: [www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/cervicalcancersp.doc](http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/cervicalcancersp.doc). Acesso em: 30 jan. 2011.

PEIXOTO, Clarice Ehlers. Avós e netos na França e no Brasil. In: PEIXOTO, Clarice Ehlers; SINGLY, François de; CICHELLI, Vincenzo (Ed.). *Família e individualização*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000. p. 95-111.

PINHO, Adriana de Araujo et al. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19 (Sup. 2). p. 303-313, 2003.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, Wilsa; MONTEIRO, Simone (Org.). *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO; UNFPA, 2005. v. 1, p. 39-61.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, v. 6736, n. 11, p. 60135-60139, 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>. Acesso em: set. 2011.

WOOD, Katharine; JEWKES, Rachel; ABRAHAMS, Naeemah. Cleaning the womb: constructions of cervical screening and womb cancer among rural black women in South Africa. *Soc Sci Med*, v. 45, n. 2, p. 283-294, 1997.

