

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MINTER/DINTER – UNIVASF**

**SUED SHEILA SARMENTO**

**EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO UTERINO:  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DO SEXO DE  
JUAZEIRO-BA**

Vitória - ES

2010

**SUED SHEILA SARMENTO**

**EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO UTERINO:  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS PROFISSIONAIS DO SEXO DE  
JUAZEIRO-BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia na linha de pesquisa em Psicologia Social e Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Zeidi Araujo Trindade  
Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Célia Regina Rangel Nascimento.

UFES

Vitória - ES

2010

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

S246e Sarmento, Sued Sheila, 1976-  
Exame preventivo do câncer de colo uterino : representações sociais de  
profissionais do sexo de Juazeiro - BA / Sued Sheila Sarmento. – 2010.  
82 f. : il.

Orientadora: Zeidi Araujo Trindade.  
Coorientadora: Célia Regina Rangel Nascimento.  
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do  
Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Esfregaço vaginal. 2. Representação Social.  
3. Prostitutas. I. Trindade, Zeidi Araújo, 1946-. II. Nascimento, Célia Regina  
Rangel. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências  
Humanas e Naturais. IV. Título.

CDU: 159.9

---

A meu esposo, Sandro, minha vida, meu amor, pela compreensão das horas difíceis  
e apoio incansável.

A minha família, que, mesmo distante, sempre acreditou e incentivou esta minha  
conquista.

A minha amiga/irmã: Michelle, por tudo que passamos juntas.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por sua presença constante em minha vida;

A minha mãe e pai, pelas pessoas excepcionais que são, por tudo que fizeram para dar estudo e educação a nós, seus filhos;

A meu esposo, Sandro, companheiro de todas as horas, minha vida, pela paciência, apoio e incentivo, AMO VOCÊ;

A meus irmãos, que mesmo distantes, sempre se fizeram presentes e participantes da minha vida;

A minha amiga/irmã Michelle, por todos os conselhos e incentivos constantes;

A minha amiga Susanne, pelo apoio, força e companheirismo;

A minhas amigas/colegas Margaret, Fátima e Rafaela, por acreditarem em mim;

A meu amigo Daniel, pelos “socorros” prestados;

A minha orientadora Zeidi Trindade, pela paciência, palavras de incentivo e por acreditar neste trabalho;

A minha co-orientadora Célia Regina, pela disponibilidade, boa vontade e sabedoria;

À Pastoral da mulher marginalizada e suas participantes, pela receptividade, carinho e aceitação;

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram com este trabalho,

Muito obrigada!

A alegria está na luta, na tentativa, no sofrimento envolvido. Não na vitória propriamente dita. (Mahatma Gandhi)

SARMENTO, SUED SHEILA. **Exame Preventivo do Câncer de Colo Uterino: Representações Sociais das Profissionais do Sexo de Juazeiro - BA**, Vitória, 2010, 82p Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo.

## **RESUMO**

O câncer de colo uterino é considerado um problema de saúde pública no Brasil, por ter um peso importante na morbidade e mortalidade de mulheres brasileiras. O teste de *Papanicolaou*, também conhecido como exame preventivo, é um dos principais meios utilizados para rastrear as alterações causadas por essa neoplasia, sendo a sua realização enfatizada em programas de saúde pública. Tendo em vista um aumento das taxas de incidência e mortalidade por câncer de colo de útero, apesar do aumento gradual da acessibilidade aos métodos de prevenção para esta patologia, questiona-se sobre o motivo da não realização deste procedimento por parte da população, em especial pelas profissionais do sexo, visto que estas mulheres estão expostas a maiores fatores de risco para esta patologia. Partindo desta preocupação, esse trabalho teve como objetivo identificar as representações sociais das profissionais do sexo, acerca do exame preventivo do câncer de colo uterino. Tratou-se de um estudo de caráter descritivo e abordagem qualitativa. Esse trabalho teve por base a idéia de que a prevenção para as mulheres em situação de prostituição ocorre através dos processos que vivenciam em seu cotidiano, incluindo as experiências de vida familiar e social. A maneira como elas compreendem e significam esses processos, contribui na orientação de suas práticas de saúde, dentre elas, a realização do exame preventivo do câncer de colo uterino. O *locus* do estudo foi o município de Juazeiro – BA. A amostra foi composta por 14 mulheres e determinada ao longo da pesquisa. A coleta de dados foi realizada utilizando as seguintes técnicas: associação livre de palavras, imagens mentais e entrevista semi-estruturada, aplicadas individualmente, e na mesma ordem para todas as participantes. Os dados coletados foram analisados segundo a Análise de Conteúdo de Bardin, tendo como base a teoria das Representações Sociais. A análise dos dados da associação livre resultou nas seguintes categorias de respostas: o adoecimento do corpo, sentimentos aflorados, consequência/prevenção, família, procedimento e avaliação do exame. Os resultados das entrevistas foram

organizados nas categorias: 1) o exame e a sua importância, a qual foi subdividida em duas subcategorias: a) prevenção e b) diagnóstico; 2) motivos que dificultam a adesão ao exame, que foi dividida nas subcategorias: a) acolhimento inadequado, b) falta de incentivo/proibição do parceiro, c) dificuldade no enfrentamento do exame. A partir da técnica de imagens mentais verificou-se que o exame preventivo é considerado pelas mulheres, principalmente, como um procedimento invasivo. A análise das respostas evidenciou a importância da realização do exame preventivo tanto para a prevenção de doenças, quanto para seu diagnóstico, principalmente o do câncer de colo uterino. Observamos também, que as mulheres percebem o exame como uma situação que gera sentimentos negativos que, na maioria das vezes, relacionam-se à vergonha, ao medo de doer, à possibilidade de positividade do resultado e ao desconhecimento do ritual do exame. As profissionais do sexo de Juazeiro – BA representam o exame preventivo como algo necessário, importante, permeado de sensações desagradáveis, as quais podem dificultar/retardar a adesão ao mesmo. Muito se tem ainda a fazer pela saúde das mulheres no aspecto educacional, em especial no que diz respeito aos profissionais da área da saúde, para que estes sejam sensibilizados quanto aos aspectos subjetivos envolvidos no câncer e nos procedimentos inerentes ao processo de sua prevenção.

**PALAVRAS CHAVES:** Exame Preventivo, Representação Social, Profissional do Sexo



SARMENTO, SHEILA SUED. **Preventive Examination of Cervical Cancer: Social Representations of Sex Workers of Juazeiro - BA**, Victoria, 2010, 82p Masters' Dissertation, Graduate Program in Psychology, Federal University of Espirito Santo.

## **ABSTRACT**

The cervical cancer is considered a public health problem in Brazil, for having an important role in morbidity and mortality among Brazilian women. The Pap test, also known as preventive test, is one of the main methods used to track changes caused by this cancer, its application being emphasized in public health programs. In view of the increasing incidence and mortality rates due to cervical cancer, despite the gradual increase in accessibility to methods in preventing this disease, one wonders about the reason for not performing this procedure on the part of the population, especially by sex workers, since these women have greater risk factors for this disease. Based on this concern, this study aimed to identify the social representations of sex workers, regarding the preventive examinations for cervical cancer. It was a study of descriptive and qualitative approach. This work was based on the idea that prevention for women in prostitution occurs through the processes they experience in their daily lives, including family and social life experiences. The way they understand and signify these processes contributes to the guidance of their health practices, among which the implementation of preventive examinations for cervical cancer. The locus of the study was Juazeiro - BA. The sample comprised 14 women and determined throughout the study. Data collection was performed using the following techniques: free association of words, imagery and semi-structured interview, applied individually, and in the same order for all participants. The collected data were analyzed using Bardin content analysis, based on the theory of Social Representations. Data analysis of free association resulted in the following answer categories: the body falling ill, feelings manifested, consequence / prevention, family, procedure and evaluation of the examination. The results of the interviews were organized into categories: 1) the examination and its importance, which was subdivided into two subcategories: a) prevention and b) diagnosis, 2) reasons which hinder adherence to the examination, which was divided into subcategories: a) inappropriate reception, b) lack of incentives / partner forbiddance, c) difficulty in coping with the examination. From the imagery technique it was found

that the screening test is considered by women, mainly as an invasive procedure. The analysis of answers highlighted the importance of performing the screening test both for the prevention of diseases, and for its diagnosis, especially cervix cancer. We also observed that women perceived the exam as a situation that generates negative feelings which, most often, are related to shame, fear of pain, the possibility of positive results and lack of understanding the ritual of the examination. The sex workers of Juazeiro - BA represent the screening test as something necessary, important, permeated with unpleasant sensations, which may hinder / delay adherence to it. Much has still to be done for the health of women in its educational aspect, especially with regard to health professionals so that they are sensitized about the subjective aspects involved in cancer and procedures inherent in the prevention process.

**KEYWORDS:** Vaginal Smears, Social Representation, Prostitutes.

## LISTA DE FIGURAS

- Quadro 1** - Distribuição do grupo estudado de acordo com os dados demográficos. Juazeiro/BA, 2010 (N=14)
- Quadro 2** - Respostas das entrevistadas referentes ao TALP diante do estímulo *exame preventivo*.
- Quadro 3** - Categorias de análise frente ao estímulo *Exame Preventivo*.
- Quadro 4** - Categorias de análise e suas frequências.
- Quadro 5** - Discursos originados a partir da análise frente ao estímulo indutor de imagem mental acerca da expressão *Exame Preventivo*
- Quadro 6** - Categorias de análise do exame preventivo para o câncer de colo uterino a partir da entrevista semi-estruturada.

## **LISTA DE ABREVIACÕES**

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BA – Bahia

CEP – Comitê de tica em Pesquisa

d.C – Depois de Cristo

DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis

DNA – cido Desoxirribonucléico

HPV – Papiloma Vírus Humano

INCA – Instituto Nacional do Câncer

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MS – Ministério da Saúde

ONGs – Organizações não Governamentais

PAISM – Programa de Assistência Integral  Saúde da Mulher

PE - Pernambuco

RS – Representação Social

SUS – Sistema nico de Saúde

TALP – Teste de Associação Livre de Palavras

UNIVASF – Universidade Federal do Vale do São Francisco

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	14
2 MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 CÂNCER DE COLO UTERINO .....	17
2.2 PROSTITUIÇÃO .....	19
2.3 INTERFACES DO EXAME PREVENTIVO E SUA RELAÇÃO COM AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE PROSTITUIÇÃO .....	23
2.4 REPRESENTAÇÕES DO CORPO FEMININO .....	25
3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	30
4 OBJETIVOS .....	33
4.1 OBJETIVO GERAL .....	33
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	33
5 PERCURSO METODOLÓGICO .....	34
5.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO .....	34
5.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	34
5.3 PARTICIPANTES.....	35
5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	35
5.4.1 Associação Livre de Palavras .....	36
5.4.2 Imagens Mentais .....	36
5.4.3 Entrevista Semi-estruturada.....	36
5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	36
5.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS .....	37
6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS .....	39
6.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	39
6.2 ELEMENTOS GERADOS POR ASSOCIAÇÕES LIVRES.....	42
6.2.1 O Adoecimento do Corpo .....	43
6.2.2 Sentimentos Aflorados .....	45
6.2.3 Conseqüência/Prevenção .....	46
6.2.4 Família.....	47
6.2.5 Procedimento .....	48
6.2.6 Avaliação do Exame.....	48
6.3 DESCRIÇÃO DAS IMAGENS MENTAIS .....	49

6.3.1 Um Procedimento Invasivo.....	50
6.4 ELEMENTOS DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO EXAME PREVENTIVO CONTIDOS NAS ENTREVISTAS .....	51
6.5.1 Categoria 01 – O Exame e a sua Importância.....	52
6.5.1.1 Subcategoria 01 – Prevenção .....	53
6.5.1.2 Subcategoria 02 –Diagnóstico.....	54
6.5.2 Categoria 02 - Motivos que dificultam a adesão do exame .....	56
6.5.2.1 Subcategoria 01 – Acolhimento inadequado .....	57
6.5.2.2 Subcategoria 02 - Falta de incentivo/Proibição do parceiro .....	59
6.5.2.3 Subcategoria 03 - Dificuldade no enfrentamento do exame .....	60
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	63
REFERÊNCIAS.....	65
APÊNDICES.....	74
APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	75
APÊNDICE 2 - ESTÍMULO INDUTOR: ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS.....	77
APÊNDICE 3 - ESTÍMULO INDUTOR: IMAGENS MENTAIS .....	78
APÊNDICE 4 - FORMULÁRIO - ENTREVISTA .....	79
ANEXOS .....	81

## 1 INTRODUÇÃO

Câncer é a nomenclatura utilizada para as doenças que advém do desordenado e ilimitado crescimento das células de um tecido ou órgão (ACS, 2009). As neoplasias encontram-se entre as causas principais de mortalidade, estando abaixo apenas das causas cardiovasculares e das causas externas. Assim sendo, se levarmos em conta somente a mortalidade por doença, encontraremos as neoplasias como a segunda causa de morte natural (PEREIRA, 2001).

Ainda hoje, o câncer é visto como sinônimo de morte, como algo que deve ser escondido, compreensão que se relaciona ao estigma gerado pela doença. Ser portador desta patologia pode gerar discriminação e rejeição social, não apenas no âmbito familiar, mas também na vida social. O portador, além de viver a situação da doença em si, precisa enfrentar o descrédito social.

Este descrédito pela sociedade pode ser explicado pelo medo que temos do sofrimento prolongado causado pela doença, o qual surge desde o seu diagnóstico e perpassa por todo o seu percurso, independente de como a doença se encerrará, se com a cura ou óbito. Em nossa sociedade, quando alguma situação ou doença, como no caso, o câncer de colo uterino desencadeia a perda da capacidade produtiva do ser humano, a falta de apoio social é percebida de forma mais contundente pelo doente (MARIOTTI, 2006).

O câncer de colo uterino é considerado um importante problema de saúde pública e por se tratar de um câncer de alto potencial de prevenção e cura, torna-se de grande relevância a abordagem acerca dos seus métodos preventivos.

Programas com o objetivo de reduzir a mortalidade e a incidência do câncer de colo uterino foram criados na América do Norte e Europa, a partir da década de 1950, com a inserção do exame citopatológico do esfregaço cérvico vaginal, procedimento de baixo custo, de fácil execução e de alto poder de resolutividade (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde brasileiro determinou em 1998 que o exame para o diagnóstico precoce do câncer de colo uterino deveria ser realizado por mulheres na faixa etária de 25 a 60 anos, também podendo ser feito naquelas que já tivessem uma vida sexual ativa, mesmo estando fora dessa faixa etária. Devendo a sua periodicidade ser a cada três anos, caso os dois primeiros exames realizados

anualmente tivessem seus resultados dentro da normalidade (BRASIL, 2004).

As profissionais do sexo se encontram em um grupo social bastante fragilizado e carente de ações sociais específicas o que as expõe a maior risco e vulnerabilidade social, de saúde e, particularmente para as doenças sexualmente transmissíveis. Em função disso, a partir da década de 90, com a mudança ocorrida no perfil epidemiológico brasileiro em relação ao HIV que se caracterizou pelo aumento do contágio na população feminina e na população mais pobre, este grupo passou a ser alvo de uma maior preocupação. A dificuldade de acesso as redes de atendimento social e a situação de exclusão imposta a elas ampliam ainda mais sua demanda por cuidados. (OLTRAMARI; CAMARGO, 2004; PASSOS e FIGUEIREDO, 2004).

Para que possamos promover uma maior participação na promoção de saúde e prevenção de agravos para os grupos que se encontram socialmente excluídos, dentre os quais, as mulheres em situação de prostituição, necessitamos da elaboração/implementação de estratégias de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (IST/AIDS) adequados à sua realidade (SIMON et al., 2002).

Assim, a problemática em questão, se agrava no cotidiano dessas mulheres que vivenciam a multiplicidade de parceiros, fator associado à neoplasia de colo uterino, levando-se em consideração o fato de que na maioria das vezes elas deixam de se prevenir com o uso do preservativo.

Pesquisando usuárias de Unidades de Saúde do interior de São Paulo, Oliveira e Pinto (2007, p. 37) verificaram que “a prevenção para as mulheres significa algo que impeça o aparecimento da doença, ou seja, alguma ação que evite, interceda, ou até mesmo estacione o processo de adoecimento”, essa compreensão, de acordo com as autoras, contribuía para que as mulheres buscassem as Unidades de Saúde para realizar o exame Papanicolau.

Verifica-se, portanto, a importância de se conhecer o significado que os próprios usuários dos serviços de saúde dão aos procedimentos e práticas de cuidados com a saúde para que os programas preventivos sejam efetivos. Neste sentido, esta pesquisa procurou investigar as representações sociais das profissionais do sexo, acerca do exame preventivo do câncer de colo uterino e os aspectos mais relevantes no que diz respeito ao conhecimento e aos fatores que influenciam os comportamentos preventivos dessas mulheres.



Para compreender as formas de conhecimento e realização do exame preventivo do câncer de colo uterino por mulheres em situação de prostituição, nos pautamos na concepção de que o conceito de prevenção para essas mulheres ocorre através dos processos que vivenciam em seu cotidiano, incluindo as experiências de vida familiar e social. A maneira como elas compreendem e significam esses processos, contribui na orientação de suas práticas de saúde, dentre elas, a realização do exame preventivo do câncer de colo uterino.

Espera-se que os resultados deste estudo possam auxiliar os programas de prevenção voltados a este grupo específico, bem como contribuir para o planejamento de ações do controle do câncer do útero mais eficazes e coerentes com as necessidades dessa população.

## 2 MARCO TEÓRICO

### 2.1 CÂNCER DE COLO UTERINO

O carcinoma de colo uterino é considerado um dos tipos de câncer mais comum entre a população feminina, estando em segundo lugar, com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, segundo os dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) (BRASIL, 2007). Em nosso país, encontra-se na quarta posição como causa de morte em mulheres, sendo o mais comum nas áreas com menos desenvolvimento socioeconômico (CAETANO et al., 2006, p.100).

As taxas de mortalidade por câncer do colo do útero continuam elevadas no Brasil e, do ponto de vista temporal, vem aumentando: em 1979, a taxa era de 3,44/100.000, enquanto em 1998 era de 4,45/100.000, correspondendo a uma variação percentual relativa de 29% (BRASIL, 2002).

Embora seja uma patologia de fácil prevenção e diagnóstico, tendo já uma forma de tratamento bastante eficaz, estima-se que em 2010 o Brasil teve 18.430 casos novos de câncer de colo uterino. Caracterizando-se desta forma, como um problema de saúde pública em nosso país, necessitando assim de um olhar mais direcionado dos profissionais de saúde, em especial da enfermagem, em todas as fases do processo que envolve essa patologia, desde a prevenção até o tratamento (BRASIL, 2009).

Quando levamos em consideração que o câncer de colo uterino do tipo invasivo só se instala após várias lesões intra-epiteliais cervicais, as quais podem ser detectadas e tratadas; e os vários programas de rastreamento existentes para esta patologia, torna-se fácil compreendermos o porquê deste tipo de câncer ser considerado um dos que apresentam melhores condições para prevenção e cura (BRASIL, 2008).

O câncer de colo uterino tem como um fator facilitador para a sua prevenção, além da localização anatômica da região cérvico-uterina, cujo acesso é relativamente simples, os seus aspectos epidemiológicos, etiológicos e evolutivos, os quais permitem que esta neoplasia seja diagnosticada em sua fase pré-maligna ou inicial. (SILVA, 2001).

O *Papillomavírus* humano (HPV) é um dos fatores de risco para o câncer de colo uterino, assim como a multiplicidade de parceiros, grande número de filhos,

início precoce de atividade sexual e infecções ginecológicas repetidas. (CAVACANTI et al., 1996; MUÑOZ et al., 2003).

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde em 1999 mostrou que, naquele ano, em média 17.000 mulheres brasileiras tiveram diagnosticada a presença do vírus HPV e mais de 3.000 delas morreram vítimas do câncer de colo uterino (COSTA, 2000).

À medida que a população se apropria das informações acerca dos fatores de risco para o câncer de colo uterino, eleva-se a sua participação em ações de prevenção, quer estas ações sejam primárias ou secundárias.

Um dos métodos mais conhecidos e de extrema importância para se rastrear e diagnosticar precocemente esta patologia é o exame de *Papanicolaou*, também conhecido por colpocitológico, ou citológico, ou citopatológico; o qual se caracteriza pela retirada de células originárias da ectocérvice e da endocérvice que são extraídas por raspagem do colo do útero e em seguida são encaminhadas para análise de um citologista. “A coleta do exame é realizada durante uma consulta ginecológica de rotina, após a introdução do espéculo vaginal. Normalmente, não é doloroso, mas um desconforto variável pode acontecer, de acordo com a sensibilidade individual de cada paciente” (BRASIL, 2004, p. 33).

Lopes (1999) enfatiza a importância de levarmos em consideração que esta patologia e tudo que se relaciona a ela, desde sua prevenção até tratamento, interfere diretamente na vida das mulheres e está intimamente ligada a cultura de cada uma, indo assim refletir no modo como ela representa a doença, sua prevenção e tratamento, bem como em suas escolhas de realizar ou não o exame. O autor aponta que, podemos perceber esta influência cultural, através do medo em realizar o procedimento, medo em ir receber o resultado, desconhecimento de seu próprio corpo e de sua sexualidade, assimetria de poder na relação com os parceiros e a associação do exame com a proibição do ato sexual.

Existem várias estratégias primárias e secundárias que objetivam prevenir a população feminina desta patologia, realizando o seu diagnóstico precoce antes que as lesões iniciais se tornem invasivas; para tal podemos nos utilizar das técnicas de rastreamento como a colpocitologia oncótica ou teste de Papanicolaou, colposcopia, cervicografia e, mais recentemente, os testes de detecção do DNA do vírus Papiloma humano em esfregaços citológicos ou espécimes histopatológicos. Dentre todos estes, o exame colpocitológico ou teste de Papanicolaou é tido como o mais

eficiente para ser utilizado em ações coletivas para rastreamento e prevenção do câncer de colo uterino (PINHO; MATTOS, 2002). Este procedimento consegue alcançar 98% de sensibilidade para detectar as células neoplásicas, mas mesmo com essa elevada taxa de eficiência existe ainda um quantitativo considerável de mulheres na faixa etária de risco - de 35 a 49 anos, que nunca realizaram o exame preventivo, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), tornando-se assim vulneráveis a esta patologia (DAVIM et al., 2005).

## 2.2 PROSTITUIÇÃO

Historicamente, a prostituição é tão antiga quanto o próprio homem e nenhuma das civilizações existentes deixaram de tê-la em seu meio (TORRES; DAVIM; COSTA, 1999). A humanidade sempre demonstrou grande interesse por questões ligadas à sexualidade ao sexo. Esta temática era debatida amplamente na antiguidade, bem como a prostituição, verificando-se variações na forma como esta é reconhecida e aceita pela sociedade dependendo da época e dos interesses ligados à questão (ALMEIDA; DAHER, 2003).

Ao longo da história, em especial na Europa, iremos encontrar a presença marcante da deusa da fertilidade – mulheres tidas como sacerdotisas e representantes desta deusa, em especial nas seitas que se caracterizavam por serem politeístas. Estas mulheres participavam de rituais religiosos onde se prestava culto a esta deusa e nestes acontecimentos elas recebiam presentes e alimentos em troca da intermediação que realizavam com a deusa para que os homens que participavam destas celebrações obtivesse sucesso político e econômico. A “... prostituição sagrada (...) é destinada a assegurar a fertilidade da terra, dos animais, etc. Ela não era apenas um rito de fecundidade. Simbolizava a união com a divindade...” (MOLINA; KODATO, 2005, p. 10).

Por volta do século V d.C., em Roma, as práticas sexuais eram determinadas pelos imperadores, sendo assim eram tão variadas quanto suas fantasias permitiam, não levando em consideração nenhuma regra ou moral (BOTELHO, 2003). Com a ascensão do cristianismo, nesse mesmo século o combate ao modo de vida do Império Romano atinge também as questões sexuais. Nesta época, questões relativas à sexualidade eram consideradas pecaminosas, os que eram adeptos do cristianismo defendiam o celibato e a domínio do poder

masculino frente às mulheres. Para as prostitutas foi uma época de “castigos” – estas eram banidas da igreja se ainda exercessem a profissão e sofriam preconceitos (BOTELHO, 2003). Bauer (2001), afirma que o cristianismo reforçava a concepção de que era proibido sentir prazer através do ato sexual, sendo este considerado útil apenas para a perpetuação da espécie, isto porque o ato sexual era tido como algo pecaminoso. Durante toda a Idade Média, o sexo era considerado uma forma de contaminar o corpo, o qual deveria manter-se limpo, purificado.

A instituição do casamento surge, então, com o intuito de reforçar estas concepções, ela vem para dentre outras coisas, normatizar as relações sociais em especial as sexuais, direcionando o sexo com objetivos reprodutivos, além de dar empoderamento aos homens para o controle completo sobre as mulheres, seus corpos, as heranças entre as famílias, ou seja, o total controle econômico e político sobre elas e sua vida (MOLINA; KODATO, 2005).

A prostituição é uma atividade que vai de encontro a esses ideais:

“Envolta em mistérios, atrações, rejeições e sanções sociais a prostituição feminina, ocorre em trânsito paralelo aos ideais de paixão, amor romântico, casamento e família, na vertente que consagra as relações heterossexuais monogâmicas como normais e adequadas aos papéis masculino e feminino” (REIS, 2006, p.1).

As “profissionais do prazer”, como eram conhecidas as prostitutas, tinham um papel fundamental na manutenção da ordem social vigente, tornando-se assim “necessárias”; pois os homens realizavam com estas todas as suas fantasias e desejos, desta forma a sociedade mantinha suas moças de família donzelas e as senhoras casadas não corriam risco de adquirir doenças e de se verem desvirtuadas, como era o pensamento na época. As prostitutas eram tidas como um objeto e como tal, passível de venda, troca, aluguel; seus serviços eram muito utilizados em especial pelos mais jovens, os quais não tinham nenhuma vergonha disto, pois havia uma “autorização moral” que respaldava essa prática (MOLINA; KODATO, 2005).

No decorrer de muitos anos as mulheres sofreram a pressão de regras rígidas impostas pela sociedade, as quais as restringiam a meras cuidadoras do lar e procriadoras. Não tinham liberdade para externarem sua sexualidade, nem exercê-la de forma completa, eram obrigadas a seguir as regras sociais existentes, dentre estas, um comportamento sexual tradicional, sem excessos nem desvios, contribuindo desta maneira com um ato sexual e reprodução saudável.

Devido a vivência da sexualidade feminina ser cerceada de tabus e mitos, durante muito tempo tudo que se relacionava com sexo era considerado como um grande pecado (FARIA; NOBRE, 1997); contribuindo assim para a limitação desta neste modelo binário, determinado socialmente em masculino versus feminino. A mulher caberia ficar restrita à dedicação ao lar e à família para ser considerada uma mulher de “bem”. Assim: “Ao utilizar seu corpo como instrumento de trabalho e viver livremente a sua sexualidade a prostituta é tida como deformadora do papel feminino, dos ideais de boa mãe e dona de casa” (REIS, 2006, p.1).

É importante considerar que a sexualidade possui várias dimensões como a humana, a biológica, a psicológica etc. Assim o sexo pode estar relacionado a busca do prazer pelo prazer, a necessidade e desejo de ter filhos, a forma de comunicação com outras pessoas, ou parte inerente de relação já estabelecida ou se estabelecendo entre os seres humanos, “podendo cada uma destas necessidades estar presentes ou não, em cada pessoa, em cada circunstância ou momento vivido” (CEARÁ, 2002).

Não podemos resumir o exercício da sexualidade apenas ao ato sexual, nem ao fato da mulher possuir a capacidade de sentir desejo sexual, nem de ter prazer com a relação; viver a sexualidade, é simplesmente estar vivo; é inerente ao ser humano, está intrínseco, é biológico, faz parte de sua constituição (SOUTO; SOUZA, 2004).

O termo prostituição vem do latim *prosto*, que quer dizer “estar às vistas, à espera de quem quer chegar ou estar exposto ao olhar público... é a prática sexual remunerada habitual e promíscua” (FRANÇA, 1994, p. 145). O termo *profissional do sexo*, de acordo com Moraes (1996), *apud* Oltramari e Carmargo (2004, p. 317) “surgiu a partir dos Encontros Nacionais das Prostitutas. A cidade do Rio de Janeiro, em 1987 foi sede do 1º destes encontros”. Gaspar (1988), *apud* Oltramari e Carmargo (2004, p. 317) relata que esta expressão “refere-se àquela pessoa que tem relações sexuais de forma impessoal, por dinheiro ou em troca de qualquer outro bem”.

No Brasil vamos ter notícias acerca das primeiras prostitutas já muito cedo, no período colonial e com estas, os debates a respeito de sua existência e prática, para cá elas vieram da Europa e tiveram aceitação satisfatória pela sociedade (ALMEIDA; DAHER, 2003).

Neste mesmo período, aquela prostituta que ocupava um lugar diferenciado na hierarquia da prostituição passou a ser conhecida como “francesa”. A “francesa”, não necessariamente era oriunda da França, este “título” era dado para qualquer uma que tivesse um nível destacado na hierarquia da categoria (GRUMAN, 2006). Nesta profissão as mulheres se preocupam muito com a aparência física, pois o corpo é o seu maior atributo na luta diária em conquistar cada vez mais clientes (REIS, 2005).

Por ser uma profissão cheia de estigmas e preconceitos, algumas prostitutas tenta esconder seu tipo de trabalho, mesmo afirmando que consideram a prostituição um trabalho, escondendo da família e amigos sua verdadeira profissão, levando assim uma vida dupla; em outras famílias, em especial naquelas que dependem da ajuda financeira da prostituta, a aceitação acaba ocorrendo (Ibdem).

Apesar de ser uma profissão sem nenhuma garantia, que na maioria das vezes apenas oferece condições sub-humanas a quem resolve exercê-la, muitas mulheres, principalmente por necessidades econômicas fazem esta escolha (BOTELHO, 2003). Segundo o autor “atualmente, mulheres cada vez mais jovens, na esperança de melhorar de vida e de obter um maior acesso à aquisição de bens de consumo e sobrevivência, iniciam-se nessa prática” (BOTELHO, 2003, p. 51).

A identidade social da prostituta origina-se baseada em esta não seguir as regras e normas ditadas pela sociedade para que as mulheres exercessem sua feminilidade, segundo a narrativa histórica acerca da prostituição. Por este comportamento “desregrado” a sociedade cria suas discriminações, estigmas e preconceitos relativos à prostituição, dentre eles, o de que a prostituta era a única responsável pela propagação das doenças sexualmente transmissíveis (GUIMARÃES; MERCHAN-HAMANN, 2005).

Estigma muito presente no Brasil colonial, desvalorizando o sexo feminino. Esta representação da prostituta, pelos ricos e poderosos, criadores das regras e normas sociais, permanece ainda hoje para a maioria das pessoas.

As prostitutas ainda são um grupo social altamente excluído, apesar de toda evolução cultural ocorrida nas últimas décadas, elas ainda são alvo de inúmeros preconceitos (NICOLAU et al., 2005).

### 2.3 INTERFACES DO EXAME PREVENTIVO E SUA RELAÇÃO COM AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE PROSTITUIÇÃO

Nos anos 30, o Dr. George Papanicolau descobriu o valor de examinar as células esfoliadas do colo uterino para a malignidade (SMELTEZER; BARE, 2005). Segundo Pinho e Júnior (2003, p. 98) no Brasil este teste “surgiu em meados da década de 70 e se ampliou com o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983”.

É um exame usado há mais de 40 anos, sendo capaz de detectar a neoplasia de colo uterino em sua fase inicial, ou seja, pré-maligna, quando a probabilidade de cura torna-se maior com a utilização de medidas simples, de baixo custo e fácil acesso. No entanto, está sujeito à ocorrência de erros, tanto durante a coleta do material como na interpretação de seus resultados (CAETANO et al., 2006).

Vale Salientar que a colpocitologia oncótica, ou teste de *Papanicolau*, não diagnostica a infecção pelo HPV e nem o seu tipo, mas é um teste de rastreamento, ou seja, sugere alguma alteração celular que indique a presença destes vírus (LAPIN; DERCHAIN; TAMBASCIA, 2000).

Outros tipos de exame diagnósticos disponíveis para a detecção precoce desse tipo de neoplasia incluem: a citologia em meio líquido e os testes para detecção do HPV por captura híbrida. Este último é capaz de identificar 13 tipos de vírus considerados de alto risco oncogênico e cinco tipos de baixo risco (Caetano et al, 2006). Mesmo com os diversos métodos utilizados na detecção precoce desse tipo de câncer, o exame citopatológico, ainda é o mais empregado, principalmente, em mulheres assintomáticas.

É bem conhecido o fato de que o prognóstico do câncer de colo uterino depende muito da extensão da doença no momento do diagnóstico. Caetano et al (2006) afirmam que as taxas de mortalidade e incidência são elevadas no Brasil em parte em função da demora em se estabelecer um diagnóstico. Além de que, de acordo com os autores, as ações de rastreamento desta patologia tem uma cobertura nacional baixa, e apenas este exame preventivo faz parte dos procedimentos cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No que se refere a não submissão das mulheres ao exame preventivo, a literatura sobre a temática cita os seguintes aspectos: ausência de problemas



ginecológicos; ausência da consulta médica no ano anterior; vergonha ou medo em relação ao exame; sentir-se saudável; ausência de solicitação médica; não achar necessário; dificuldade de acesso; desconforto frente ao procedimento; dificuldades de marcação de consulta ou insuficiência de vagas (PINHO et al., 2003). Assim, ainda é grande o número de mulheres que não realizam o exame anualmente.

Em relação aos fatores associados à neoplasia de colo uterino, a literatura faz menção a esses diversos fatores: ao uso de pílulas, parceiros múltiplos, e a idade precoce durante a primeira relação sexual, pois quanto mais jovem for a mulher maior a possibilidade de lesão do colo uterino, não-írgens, multiparidade, gravidez em idade precoce, tabagismo, infecções por HPV, populações urbanas, classes sociais menos favorecidas e países em desenvolvimento (CAETANO et al., 2006). Neste caso, verifica-se que a parceria sexual múltipla aumenta a probabilidade de exposição a agentes transmitidos sexualmente, dentre eles o HPV. As mulheres que exercem a atividade de prostituição estão, portanto, entre o grupo vulnerável a esta patologia.

Para Silva (2000), as mulheres que vivem em situação de prostituição são agentes sociais que através de recursos internos e externos prestam determinados serviços a clientes, sendo seu trabalho caracterizado como prestação de serviço. Pires e Miranda (1998, p. 152) afirmam que essas mulheres “apresentam o agravante de sua condição “marginal” na sociedade”. Para Esposito e Kahhale (2006), há também o fato da imagem da prostituta no Brasil ser atrelada à falta de valorização da mulher, associada, geralmente, à aquisição de doenças venéreas. Muitas vezes, não são contempladas com ações governamentais que venham a favorecer suas principais reivindicações, como melhor qualidade de vida, o que as tornam excluídas das estratégias oferecidas nos serviços de saúde, e assim, não encontrando uma atenção especial no atendimento oferecido; “essa desvalorização interfere tanto em sua vulnerabilidade, quanto no diagnóstico precoce e na assistência recebida” (ESPOSITO; KAHHALE, 2006, p. 329).

Muitas das mulheres que vivenciam essa situação estão condicionadas por elementos majoritariamente de ordem social, dentre eles “a miséria, o desemprego e as deficiências do meio familiar, a pobreza, o abandono pelo marido, a expulsão do lar devido à gravidez indesejada, aos filhos fora do casamento, etc” (YLL, 2003, p. 2).

Na ótica de Simon et al (2002), há necessidade de implementar estratégias de prevenção de IST/AIDS direcionadas para os diversos segmentos, evitando a segregação dos socialmente excluídos, dentre eles, as mulheres que vivenciam a prostituição. Isso permitirá maior participação na promoção da saúde e prevenção de agravos.

Para Oltramari e Camargo (2004), as mulheres relacionam a fidelidade como um fator de prevenção, como se a fidelidade significasse um risco a menos em desenvolver as doenças sexualmente transmissíveis. Sendo este comportamento valorizado na nossa sociedade, por não ser considerado um “comportamento promíscuo”.

Para Pinho e Júnior (2003), a razão para a constância do quadro de morbimortalidade por câncer de colo do útero esbarra, provavelmente, na ineficiência dos programas de prevenção e controle desse tipo de câncer em alcançar as mulheres de risco para a doença, e de garantir um seguimento e tratamento adequado aos casos detectados. Estes mesmos autores, ainda defendem o fato de que o êxito no rastreamento do câncer cérvico-uterino dependerá, acima de tudo, da reorganização da assistência clínico-ginecológica às mulheres nos serviços de saúde, em especial quando se trata de mulheres em situação de prostituição; da capacitação dos profissionais de saúde, da qualidade e continuidade das ações de prevenção e controle da doença e também do estabelecimento de intervenções mais humanizadas e eqüitativas, respeitando as diferenças culturais entre as mulheres, e focalizadas em eliminar as barreiras e iniquidades no acesso e utilização dos serviços preventivos.

A partir da apropriação dos conhecimentos sobre a finalidade e a importância do teste de Papanicolau, as mulheres em situação de prostituição podem passar a realizar o exame colpocitológico com uma periodicidade mais regular, tornando-lhes um grupo de menor risco para o desenvolvimento do câncer cervical.

## 2.4 REPRESENTAÇÕES DO CORPO FEMININO

Segundo Capra *apud* Mariotti (2006), desde todos os tempos que mulher e natureza caminham lado a lado. Antes de o patriarcado ser instituído nas sociedades, todas as maneiras pelas quais as mulheres se apresentavam e se

expressavam eram tidas como manifestações da Deusa. Com ele (patriarcado), criou-se a idéia de que a natureza feminina deveria ser passiva e para tal necessitava de que o homem a dominasse.

Diante disto, podemos ficar nos questionando sobre de quem é a responsabilidade da educação de nossas crianças? Imaginamos ser primeiramente dos pais, visto que estes repassam suas representações para seus filhos, baseados em suas experiências culturais e educacionais, como Moscovici *apud* Mariotti (2006, p. 19) afirma “é o familiar ou conhecido que mantêm o conservadorismo, até que haja mudanças mais profundas”.

Uma educação baseada no patriarcalismo está presente em todas as áreas embora estejam ocorrendo algumas modificações em decorrência da maneira como várias mulheres estão se posicionando; mas ainda assim acontece inclusive na área da saúde, visto, por exemplo, quando a mulher demonstra *vergonha* ser examinada por um homem.

Com o surgimento do Cristianismo e a difusão de Adão e Eva como os primeiros seres humanos “pecadores”, sendo Eva/mulher a personificação do pecado, contribuindo desta maneira com a alteração na representação da mulher que se tinha na antiguidade, quando encontrávamos a feminilidade representada pelo cálice sagrado, relacionando-o diretamente ao útero feminino. Para a igreja católica esta representação da mulher era altamente ameaçadora, pois por sermos as únicas capazes de gerarmos uma vida nova, ela acreditava que o seu domínio – unicamente masculino, estava em perigo. Assim, para que esse domínio masculino não corresse nenhum risco, a feminilidade foi demonizada e representada pelo pecado, por tudo que não é pecado, sujo, impuro. (BROWN, 2005).

Popularmente falando, em nosso país, o útero é chamado de *mãe-do-corpo*, mostrando a importância dada a este órgão, onde acontecerá o desenvolvimento de um novo ser. Encontraremos além do útero, outro órgão feminino com representações ao longo da história, a vagina; como podemos observar em escritos muçulmanos datados do século XII e XV, os quais faziam uma analogia entre a vagina e uma “ventosa insaciável ou que nunca estava satisfeita”. A menstruação é outra característica feminina cheia de mistérios e tabus, como por exemplo, que se o homem tivesse contato com esse sangue, correria o risco de ficar estéril e de perder o seu poder sobre a sociedade (LINS, *apud* MARIOTTI, 2006, p. 34).

Podemos perceber então que a vergonha tem origem quando Adão e Eva tomam conhecimento de suas partes pudendas, demonstrando sentirem-se constrangidos, fazendo com que as escondessem, e desde então, qualquer acontecimento que se relacionasse com os genitais era motivo de vergonha.

Tenório (1996), afirma que as mulheres apreenderam essa representação, quando encontramos atualmente mulheres que se referem aos genitais de forma pejorativa, como algo sujo, impuro e como tal, motivo de vergonha. A mesma autora encontra em pesquisa realizada, participantes definiram os órgãos genitais como sendo: “sujos, exalando mau cheiro, frágeis, e assim não deviam ser tocados” (TENÓRIO, *apud* MARIOTTI, 2006, p. 34). Ela ainda afirma que esta representação que algumas mulheres têm das partes íntimas de seu corpo, é de responsabilidade da igreja, pois esta enxerga a sexualidade feminina como errado, pecado, proibido. Segundo a visão do cristianismo, a mulher deveria ser “pura e casta”, para ter algum respeito e ser considerada digna pela sociedade; apenas nestas condições era permitido gerar “bons frutos”. Agora, para que estes “bons frutos” realmente viessem, era necessário que qualquer relação com os prazeres carnis, ou seja, sexuais, fossem deixados de lado, descartados, abandonados (TENÓRIO, *apud* MARIOTTI, 2006, p. 35).

A doença fragiliza o ser humano e o torna mais vulnerável, seja pela possibilidade do sofrimento, da dor, ou de uma maior proximidade da morte. Mandu e Silva (1997) realizaram uma pesquisa acerca da percepção das mulheres a respeito da saúde e doença, onde os participantes definiram saúde “como ausência de necessidades”, e doença “como carência e dor”, “estar bem para poder trabalhar”, percebemos dessa forma como estas mulheres representam a saúde e a doença (MANDU; SILVA, 1997, p. 236).

Também encontraremos na literatura a figura de um caranguejo como representação do câncer, pois algumas pessoas relacionam as pernas do caranguejo com as veias de um tumor (GALENO, *apud* SONTAG, 1984).

Ainda encontraremos outras representações relativas ao câncer, como por exemplo “sentença de morte”, independente de seu local inicial. Este tipo de representação reforça o sofrimento do doente, em especial quando o indivíduo acometido pela doença se sente culpado pelo surgimento da doença, assim o receio e o adiamento em se realizar o exame e obter um possível diagnóstico positivo para o câncer podem encontrar aí uma justificativa.

O câncer é tido como uma doença crônica, geralmente de evolução lenta que independente do seu estágio no momento do diagnóstico causa um abalo significativo na vida do doente e de seus familiares, todos se sentem fragilizados e com suas vidas ameaçadas pela doença, causando desta forma um sofrimento intenso e prolongado.

Este medo ao qual nos referimos anteriormente em que as pessoas sentem na possibilidade de terem um diagnóstico positivo para o câncer, também está presente no tocante ao câncer de colo uterino, influenciando as mulheres na não realização do exame e/ou demora em fazê-lo, a grande maioria, só buscando assistência médica quando a doença já se encontra em um estágio avançado; além de outros fatores, como as questões socioeconômicas, à responsabilidade pela subsistência dos filhos, e aos aspectos culturais (DEJOURS, 2000).

Diante do exposto, podemos dizer que são vários os fatores que devemos levar em consideração quando tratamos da adesão dessas mulheres aos programas de prevenção e tratamento para o câncer de colo uterino, em especial no tocante as doenças que são assintomáticas, até que ocorra seu agravamento. É no decorrer da evolução destas doenças, dentre elas o câncer de colo uterino, que estas mulheres poderão sofrer com o medo do desconhecido, da morte, com os preconceitos, além de dos estigmas relacionados a estas doenças, os quais podem surgir durante este período.

O termo estigma tem sua origem na Grécia e vem sendo usado ao longo da história quando falamos de marcas ou seqüelas de uma doença, traços de anormalidade ou o que difere dos padrões estéticos considerados normais para determinada sociedade (GOFMAN, 1988)

Até momentos que antecedem a coleta do exame preventivo, a mulher pode apresentar-se apreensiva, preocupada e estas preocupações podem estar relacionadas com representações sobre o exame, sobre o corpo, comportamento e sexualidade. Assim, é necessário que o profissional de saúde crie condições favoráveis e satisfatórias para que essa mulher permita a exposição de sua vulva e a sua exploração clínica. Que ela consiga se sentir o menos desconfortável e constrangida possível na mesa de exames, na posição que deve ser a ginecológica ou a litotômica, ou seja, deitada, com as pernas fletidas e afastadas, para que o profissional da saúde consiga visualizar a vagina e desta forma, introduzir o espéculo ou instrumento que funcionará como um afastador para as paredes

vaginais, a fim de observar o seu interior, visualizar o colo do útero e proceder à coleta do material para o exame.

Apesar de sabermos que este é um procedimento que pode trazer constrangimento para muitas mulheres durante algum momento de sua realização. Devemos buscar estratégias para minimizarmos estas situações de modo que não se tornem um impedimento para realização do exame preventivo para o câncer de colo uterino, no mínimo, uma vez a cada dois anos, além de não nos esquecermos da importância do seguimento destas mulheres, dando continuidade aos procedimentos necessários que envolve o retorno para saber o resultado e depois a seqüência a ser dada nos encaminhamentos que venham a ser necessários, e todas estas etapas estarão repletas de representações, em especial se o resultado trouxer alguma alteração.

### 3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Na Psicologia Social, a noção de Representações Sociais (RS) ocupa um lugar particular. Vale ressaltar que devido aos aspectos que a caracterizam serem muito complexos, Serge Moscovici (1961) psicólogo social, seu criador, optou não defini-la com precisão. Observou que as teorias existentes não conseguiam explicar a realidade em outras dimensões. Buscou, assim, entender mais profundamente de que maneira os grupos populares ressignificavam a Psicanálise.

Assim, para ele, as representações sociais podem ser entendidas como:

Um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, aos mitos e sistemas das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum (MOSCOVICI, 1961, p. 181).

Desta forma, podemos dizer de maneira generalizada que o conceito de Representação Social aborda um acontecimento socialmente compartilhado ou um objeto em uma atividade mental através de uma imagem e um significado. “Sua tarefa é elaborar a permanente tensão entre um mundo que já se encontra constituído e seus próprios esforços para ser um sujeito” (JOVCHELOVITCH, 1994, p. 74). Podemos dizer assim, que o indivíduo não está condenado a reproduzir a realidade social e nem ser abstraído dela. Encontramos em Jodelet (1989, p. 283), a seguinte definição, a partir de seu estudo sobre a saúde mental em uma comunidade francesa:

[as representações são] um conjunto organizado de opiniões, de atitudes, de crenças e de informações se referindo a um objeto ou a uma situação. Ela é determinada de uma só vez pelo sujeito ele-mesmo (sua história, o que foi vivido), pelo sistema social e o ideológico no qual ele está inserido e pela natureza das ligações que o sujeito mantém com o sistema social.

As representações sociais têm por objetivo dar sentido às coisas, permitindo compreender, explicar, interpretar, e dar significações; sendo uma forma de assimilar e pensar a realidade diária; classificando as informações, os acontecimentos, os indivíduos, tornando-se assim um sistema de referência. Jodelet, (1989) afirma que são modalidades de pensamentos orientados em direção à comunicação, à compreensão e à organização do meio social, material e ideal. Os achados

conflitantes, a existência de conteúdos contraditórios nas RS é aceito, já que estes enriquecem a compreensão do fenômeno; o que as torna ainda mais interessantes.

A objetivação e a ancoragem, segundo Moscovici (1961) são os dois processos pelos quais se dará a construção de uma representação social, demonstrando sua elaboração e funcionamento e estando intimamente interligados. Para o processo pelo qual tornamos concreto e visível uma realidade, correlacionando o conceito a uma imagem dá-se o nome de objetivação. E o processo pelo qual classificamos, encontramos um lugar para encaixar o que nos é estranho, em uma categoria mais familiar, chamamos de ancoragem.

Uma Representação Social pode ser analisada a partir de várias dimensões, dentre elas: a atitude, a informação, e o campo de representação segundo Moscovici (1961). À medida que se exprime um posicionamento, uma orientação geral, positiva ou negativa, relacionada ao objeto da representação, tem-se a dimensão da atitude. Manifesta-se como uma dimensão mais "primitiva" que a informação e o campo de representação. Quando acontece à soma de conhecimentos oriundos de um objeto social, a sua quantidade e a qualidade mais ou menos estereotipada, banal ou original, tem-se a dimensão da informação. Quando se dá a organização do conteúdo e as propriedades propriamente qualitativas, imaginativas da representação, tem-se a dimensão do Campo de Representação.

Segundo Abric (1994), as representações são sociais, devido sua origem ocorrer dentro de grupos de uma determinada cultura, de diferentes classes sociais, mergulhados em relações sociais e práticas específicas a seu grupo. Estas variáveis delimitam os tipos de representações construídas e os seus comportamentos decorrentes, por isso o autor atribui **quatro funções** essenciais às representações sociais, sendo: funções de **saber**, que permitem compreender e explicar a realidade; funções **identitárias**, **que** definem a identidade e permitem a salvaguarda da especificidade dos grupos; funções de **orientação**, que guiam os comportamentos e as práticas; e funções **justificatórias**, que permitem justificar, *a posteriori*, as tomadas de posição e os comportamentos.

Por ser uma proposta teórica que vai além do modelo mecanicista, ultimamente, as Representações Sociais tem ganhado força no campo da saúde, a fim de encontrar mais flexibilidade e fidelidade à realidade, o que é recomendado por Tavares e Teixeira (1998). As representações sociais podem ser caracterizadas como um caminho que permeia várias disciplinas relacionando-se desta forma com



a ciência interdisciplinar (SPINK, 1993). No que tange à Enfermagem, esta teoria ao abordar as investigações psicossociais auxiliam na obtenção de respostas sobre os complexos problemas enfrentados no nosso dia-a-dia, em especial por dar ênfase à contextualização dos fenômenos sobre os quais recai a nossa prática profissional. Desta forma os conhecimentos estudados à luz da representação social são formas de interpretarmos a realidade.

A Representação Social auxilia a enfermagem a ter uma nova visão, facilitando desta forma, que consigamos visualizar as percepções do ser humano no que diz respeito a sua realidade (MACHADO *et al*, 1997).

É por este motivo que esta teoria foi escolhida para fundamentar este estudo, pois para encontrarmos respostas às nossas indagações sobre como as profissionais do sexo pensam o exame preventivo, deveríamos escolher uma teoria que nos permitisse encontrar “significações imaginárias”, como coloca Arruda (2002).

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

- Identificar as representações sociais das profissionais do sexo acerca do exame preventivo do câncer de colo uterino.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar o entendimento das profissionais do sexo sobre a necessidade da realização do exame preventivo;
- Apreender os possíveis motivos para a não realização do exame preventivo;
- Avaliar os níveis de conhecimento das profissionais do sexo acerca da importância do exame preventivo;
- Compreender como as representações sociais sobre o exame preventivo influenciam as práticas preventivas.

## 5 PERCURSO METODOLÓGICO

### 5.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

Este estudo caracterizou-se por ser descritivo, visto que objetiva descrever as características de determinada população ou fenômeno, proporcionando assim maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito (GIL, 2002).

Para um aprofundamento na complexidade da temática que foi escolhida, elegeu-se a abordagem qualitativa. Este método de estudo permite-nos uma melhor compreensão e interpretação dos fenômenos a partir de seus significantes e contextos, supondo, pois, uma visão mais abrangente dos problemas e uma maior dinamicidade entre pesquisadores e situação pesquisada (GIL, 2002). Minayo (2004) corrobora que a abordagem qualitativa possibilita, ainda, a melhor estratégia de apropriação da subjetividade e dos contextos envolvidos na problemática das relações entre os agentes investigados e pesquisadores. A abordagem qualitativa permite a observância da palavra (falada, escrita, simbólica) que expressa os comportamentos humanos, incluindo a análise dos significados das ações e relações humanas.

Assim sendo, os procedimentos utilizados priorizaram o relato dos participantes, buscando compreender a lógica intrínseca dessas falas, sua retórica e as contradições encontradas, com o intuito de ter acesso à elaboração das representações sociais sobre o exame preventivo do câncer de colo uterino.

### 5.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Juazeiro - BA, situado na região submédica do Vale de São Francisco, distante 800 km de Recife-PE e 500 km de Salvador-BA. Minha aproximação com o município deu-se durante o desenvolvimento de estágios práticos de disciplinas da graduação, as quais leciono.

A região caracteriza-se por grande comércio e circulação de pessoas as quais atuam na fruticultura e hortigranjeiros, como também em seu transporte. Outros tipos de atividades também são encontrados nesta área, podendo-se

destacar um significativo número de mulheres em situação de prostituição, fato este que pode estar relacionado à alta rotatividade de pessoas na região.

Diante do contexto de exclusão que é imposto à mulher em situação de prostituição, Organizações não governamentais (ONGs) que desenvolvem trabalhos voltados à valorização desses sujeitos sociais vêm recebendo destaques, dentre elas a Pastoral da Mulher Marginalizada.

A citada instituição tem em seus cadastros 250 mulheres que vivem esta situação e vem realizando um trabalho social ao longo dos últimos 30 anos, direcionado a essas mulheres e inserido-as nessa realidade, desenvolvendo ações focadas na expansão da autonomia desses sujeitos sociais.

### 5.3 PARTICIPANTES

O número de participantes – 14 – foi determinado ao longo da pesquisa, utilizando o critério de saturação. Estas foram selecionadas através dos seguintes critérios de inclusão: idade maior que 18 anos, trabalhar como profissional do sexo há no mínimo um ano, e ser atendida pela Pastoral da Mulher Marginalizada no município de Juazeiro – BA.

As participantes foram selecionadas pela coordenação da Pastoral da Mulher em Juazeiro/BA, na medida em que se enquadravam nos critérios de inclusão descritos anteriormente. Após a realização do convite, foi agendado um contato prévio entre as participantes e a pesquisadora, com o objetivo de serem prestados esclarecimentos sobre a pesquisa e ser solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Para garantir o anonimato das participantes, optamos por identificá-las através de pseudônimos que retratam personagens profissionais do sexo, vividos por atrizes famosas em programas televisivos.

### 5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Com o intuito de colher e poder realizar o cruzamento de dados significativos, escolhemos as seguintes técnicas: associação livre de palavras, imagens mentais e entrevista semi-estruturada, aplicadas de forma individual e igualitária para todas as participantes.

5.4.1 Associação Livre de Palavras: o teste de associação livre de palavras (TALP) foi elaborado partindo da expressão indutora: EXAME PREVENTIVO (Apêndice 2), solicitando-se às participantes que falassem cinco palavras referentes a esta expressão. Esta técnica possibilita às pessoas pesquisadas, através de estímulos indutores, evocarem respostas de conteúdos afetivos e cognitivo-avaliativos, largamente usados nos estudos que procuram apreender as representações sociais, isto por permitir uma análise qualitativa de dados. A caracterização espontânea desta técnica favorece o pesquisador na coleta dos elementos que irão constituir o conteúdo da representação, explicando assim o seu sucesso e a sua utilização de forma sistemática no estudo das representações sociais por vários pesquisadores (ABRIC, 2000).

5.4.2 Imagens Mentais: foi solicitado às pessoas que dissessem qual imagem se formava quando imaginavam o exame preventivo, isto porque por meio deste instrumento poderíamos chegar à síntese do que pensavam, dando uma imagem ao conceito e facilitando a compreensão do processo de objetivação.

5.4.3 Entrevista Semi-estruturada: este instrumento fornece o espaço necessário para que o entrevistado sinta-se à vontade para discorrer sobre a temática como quiser e o quanto achar necessário, sendo este orientado por questões norteadoras para que não ocorra um desvio do objeto de pesquisa, abordando além de questões que mostrarão as características do grupo, principalmente itens sobre o tema proposto (Apêndice IV).

## 5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O pedido de autorização para realização da pesquisa foi entregue à coordenação local da Pastoral da Mulher, para prestar informações sobre a pesquisa. Após a permissão dada, as mulheres foram contatadas pela própria Pastoral e esclarecidas sobre o estudo, marcando-se então a entrevista para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

Foi entregue um termo de consentimento livre esclarecido (Apêndice I), no qual se elucidava o objetivo da pesquisa. Este trabalho foi feito de acordo com os preceitos éticos referentes à pesquisa com seres humanos elencados na Resolução

196/96 do Conselho Nacional de Saúde que norteia as práticas em pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996). Dentre eles inclui-se o anonimato e o sigilo, bem como o afastamento espontâneo da participante, a qualquer momento e por quaisquer motivos.

Os aspectos éticos aqui explanados estão explícitos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em conformidade às orientações do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). O estudo foi registrado no CEP – UNIVASF sob o número 07540000441-10, tendo sido aprovado em 13 de abril de 2010. O termo de consentimento livre e esclarecido foi entregue e explicado às participantes, para que estas pudessem consentir ou não a sua participação com as garantias que são preconizadas pela Resolução 196/96. Obtivemos autorização prévia da instituição e respeitamos a adesão voluntária de cada participante.

Todos os indivíduos pesquisados gozavam de plena capacidade civil para dar seu consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, no período de 15 a 30 de abril 2010, obedecendo a um agendamento, conforme as conveniências quanto à data e à hora de cada pessoa a ser entrevistada em visitas *in loco* (pastoral da mulher), onde foram aplicados os instrumentos propostos. Após as participantes aceitarem e assinarem o termo de consentimento livre esclarecido deu-se início à aplicação dos instrumentos, sendo o Teste de Associação Livre de Palavras o primeiro a ser aplicado, seguido do instrumento indutor de imagens mentais, finalizando com a entrevista semi-estruturada. O tempo médio para a coleta de dados com cada participante foi de 20 minutos.

## 5.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram categorizados e referenciados com a literatura pertinente, com o intuito de realizar as discussões e analisar os resultados desta pesquisa de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2004).

Por análise de conteúdo entendem-se várias técnicas de análise das comunicações que procuram adquirir, através de sistemáticos procedimentos, a descrição do conteúdo das mensagens, fazendo parte deste tipo de análise tudo que vem explicar e sistematizar o conteúdo. Desta forma, a análise de conteúdo permite

a realização de deduções de forma lógica e justificada, relacionada ao surgimento das mensagens levadas em consideração.

A escolha desta abordagem deu-se por ela estudar tendências, valores, crenças e conteúdos que se encontram em destaque sobre temas específicos. Ela é constituída de três etapas: análise prévia, na qual é realizada a leitura dos discursos; exploração exaustiva de todo material, nos permitindo condições para efetuar a classificação e as descrições em categorias, que serão agrupadas baseadas em seus significados; e por último o tratamento dos dados obtidos e a sua interpretação, realizado através de um recorte, aglutinação e ranqueamento; encontradas as suas unidades de significação, realiza-se a interpretação delas.

## 6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

No quadro abaixo encontraremos os dados sociodemográficos das participantes, tais como: idade, raça, nível de escolaridade, dentre outros e a seguir algumas considerações acerca da relação destes dados com o câncer de colo uterino e as profissionais do sexo.

### 6.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**Quadro 1** - Distribuição do grupo estudado de acordo com os dados demográficos.

Juazeiro/BA, 2010 (N=14)

Variáveis		<i>f</i>	%
Idade	18 – 25 anos	03	21,4
	26 – 35 anos	06	42,9
	36 – 45 anos	03	21,4
	46 – 55 anos	02	14,3
	<b>TOTAL</b>	14	100
Raça	Negra	02	14,3
	Branca	01	7,2
	Parda	11	78,5
	<b>TOTAL</b>	14	100
Escolaridade	Fundamental Incompleto	05	35,7
	Fundamental Completo	08	57,1
	Médio Completo	01	7,2
	<b>TOTAL</b>	14	100
Com quem Coabita	Marido/companheiro	04	28,6
	Filhos	05	35,7
	Outros	05	35,7
	<b>TOTAL</b>	14	100
Religião	Católica	05	35,7
	Nenhuma	09	64,3
	<b>TOTAL</b>	14	100



<b>Renda</b>	<b>Independente</b>	08	57,2
	<b>Dependente</b>	06	42,8
	<b>TOTAL</b>	14	100

Fonte: Pesquisa de Campo 2010.

Em relação às características das participantes, observamos que entre as entrevistadas a idade variou entre 18 e 55 anos, sendo que a faixa etária mais freqüente entre as mulheres entrevistadas foi entre 25-35 anos, estando dentro da faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde (MS), para a realização do exame preventivo (BRASIL, 2009).

Em relação à escolaridade, a parcela majoritária tinha apenas o ensino fundamental – cinco delas com o fundamental incompleto e oito com o fundamental completo e apenas uma com o ensino médio completo.

Para Davim et al. (2005) mulheres que não frequentaram a escola ou que não concluíram seus estudos, estão mais suscetíveis ao acometimento do câncer de colo uterino, por desconhecerem este assunto e por terem menos acesso às informações e serviços de saúde.

Estudos como o de Molina e Kodato. (2003) apontam como fator significativo o fato de mulheres com maior escolaridade apresentarem maior conhecimento sobre questões de saúde, tais como métodos de prevenção e oportunidades de diagnóstico, devido à maior informação, formação de atitudes adequadas e melhores oportunidades de acesso aos serviços de saúde.

Foi identificada uma predominância de mulheres solteiras, dez em sua totalidade, cinco residem com seus filhos e têm relacionamentos esporádicos, cinco residem com seus pais, amigas ou sozinhas, classificados no quadro como “outros” e quatro residem com o marido e filhos, as quais classificaram seu relacionamento como união estável.

Um aspecto relevante, segundo a literatura pertinente, é a tendência de mulheres solteiras, sem parceiros fixos estarem mais predispostas para o desenvolvimento do câncer de colo de útero, devido principalmente a constante troca de parceiros sexuais (DAVIM, et al., 2005).

O estudo revelou que a maioria das mulheres pesquisadas, oito delas, não exercia nenhum outro tipo de atividade remunerada para sobreviver e que

contribuíam com uma parte da renda familiar ou eram totalmente responsáveis pelo sustento da casa. Essa característica assemelha-se aos estudos de Oltramari e Camargo (2004), no qual as profissionais do sexo entrevistadas alegaram ser também responsáveis pelo sustento familiar. As demais, seis delas, dependem parcialmente da ajuda financeira de marido, filhos ou pais.

Quanto à prevalência das IST's – Infecções Sexualmente Transmissíveis, entre as entrevistadas, apenas três delas afirmaram já ter tido algum tipo de IST ao longo da vida, sendo que duas referiram-se a aquisição da IST conhecida como condiloma e uma, sífilis.

Este fato pode estar relacionado ao uso do preservativo nas relações sexuais, referido pela maioria das entrevistadas, encontrando esta afirmação em 10 das entrevistadas. Devemos levar também em consideração o trabalho desenvolvido pela Pastoral da Mulher, no qual as entrevistas foram realizadas, que inclui em sua atuação palestras sobre esses temas e a distribuição de preservativos às profissionais do sexo pelo Centro de Informações de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), HIV e AIDS (CIDHA), da cidade de Juazeiro – BA.

Para Passos e Figueiredo (2004), as mulheres que vivenciam a situação de prostituição representam uma população de alto risco para as IST's visto que lidam com diversos parceiros e com histórias sexuais desconhecidas.

Oltramari e Camargo (2004), também citam que historicamente o preservativo sempre esteve relacionado às doenças sexualmente transmissíveis e que o seu uso ainda se constitui como um fato ligado à desconfiança, pois ainda continua sendo eleito quando se quer evitar as IST's e o anticoncepcional para se evitar a gravidez. De certa forma, essa maneira de agir, ainda presente nas relações pessoais, sustenta-se na confiança entre parceiros, valores ainda prioritários para os relacionamentos conjugais estáveis, sendo seu uso mais enfatizado por mulheres que não têm parceiros fixos.

Quando questionadas acerca da realização do exame preventivo, dez delas haviam realizado o exame mais de uma vez, enquanto duas haviam realizado apenas uma vez e duas nunca haviam realizado o exame na vida, evidenciando uma proporção considerável de mulheres que realizam o exame com a frequência recomendada, e que estão dentro da faixa etária preconizada pelo MS (25 a 49 anos).

Algumas pesquisas trazem a preocupação acerca da prevalência da realização do *exame preventivo* na população brasileira (CHUBACI E MERIGUI, 2005). Estes estudos, mesmo apresentando resultados relativamente satisfatórios em relação à cobertura do exame, mostram que o índice de realização poderia ser maior, pois percebemos o quanto ainda é grande o percentual de mulheres vulneráveis para o câncer de colo uterino e que ainda não realizaram este exame, realidade na qual a amostra deste estudo está inserida.

## 6.2 ELEMENTOS GERADOS POR ASSOCIAÇÕES LIVRES

As palavras apresentadas pelas participantes para o estímulo *exame preventivo* encontram-se no quadro abaixo:

**Quadro 2** – Respostas das entrevistadas referentes ao TALP diante do estímulo *exame preventivo*.

ESTÍMULO	PROFISSIONAIS DO SEXO
<b>EXAME PREVENTIVO</b>	Doença, bom, vergonha, medo, chato, saúde, vida, importante, cuidado, sexo, resultado, anticoncepcional, prevenção, ansiedade, nervosismo, obrigatório, segurança, saber das doenças, gonorréia, condiloma, mancha, ferida, dst, exame, responsabilidade, família, filhos, marido, bico de pato, coleta, amor à vida, preocupação, coragem, vantagens, informações.

Fonte: Pesquisa de Campo 2010.

Pode-se observar a variedade de informações para as categorizações temáticas, referentes ao conteúdo das representações. Encontramos 35 termos diferentes, referente ao estímulo *exame preventivo*, os quais foram categorizados como mostra o quadro a seguir:

**Quadro 3** – Categorias de análise frente ao estímulo *Exame Preventivo*.

Termo indutor	EXAME PREVENTIVO					
Categorias	Adoecimento do corpo	Sentimentos aflorados	Conseqüências/ Prevenção	Família	Avaliação do exame	Procedimentos
<b>Palavras evocadas</b>	<b>Doenças (f: 3)</b> Ferida (f: 1) <b>Mancha (f: 5)</b> Gonorréia (f: 1) Condiloma (f: 1) Dst (f: 1) Anticoncepcionais (f: 1)	<b>Vergonha (f: 8)</b> <b>Medo (f: 6)</b> Ansiedade (f: 2) Nervosismo (f: 3) Obrigação (f: 2) Segurança (f: 1) Responsabilidade (f: 1) Amor à vida (f: 1) Preocupação (f: 1) Coragem (f: 1)	Saúde (f: 2) Vida (f: 2) Cuidado (f: 2) Prevenção (f: 2) Vantagens (f: 1) Informações (f: 1) <b>Saber das doenças (f: 7)</b>	<b>Filhos (f: 2)</b> Família (f: 1) Marido (f: 1)	Bom (f: 1) Chato (f: 1) <b>Importante (f: 2)</b>	Exame (f: 1) Resultado (f: 1) Coleta (f: 1) <b>Bico de Pat (f: 3)</b>

Fonte: Pesquisa de Campo 2010.

A seguir podemos observar as categorias criadas e suas frequência de evocação:

**Quadro 4** – Categorias de análise e suas frequências

CATEGORIAS	FREQUÊNCIA
<b>Adoecimento do corpo</b>	<b>13</b>
<b>Sentimentos aflorados</b>	<b>26</b>
<b>Conseqüências/ Prevenção</b>	<b>17</b>
<b>Família</b>	<b>04</b>
<b>Avaliação do exame</b>	<b>04</b>
<b>Procedimentos</b>	<b>06</b>

Fonte: Pesquisa de Campo 2010.

### 6.2.1 O Adoecimento do Corpo

Nesta categoria, originada a partir dos elementos da associação livre de palavras, percebemos a preocupação e o interesse das mulheres em saber de suas condições de saúde, pois a maioria destas enxergam o exame preventivo como uma

forma de cuidar de si, como encontramos nas palavras: “Doenças”, “Ferida”, “Manchas”.

Embora reconheça que é importante a prevenção para manter uma vida saudável, uma parcela considerável destas mulheres relacionam a busca por assistência à saúde a partir do aparecimento de alguma sintomatologia como observamos a seguir: “Dst”, “Gonorréia”, “Condiloma”.

Estas mulheres acreditam que o exame deve ser realizado para que através deste seja diagnosticada alguma doença, mostrando com isso que não conhecem a real finalidade deste procedimento e não valorizando a sua função preventiva. Tal conhecimento é influenciado pelas campanhas veiculadas pela mídia, as quais em sua maioria são bem vagas, e também pelos serviços de saúde e seus profissionais, em que são bastante superficiais ao repassarem informações sobre este exame para as mulheres que procuram o seu serviço (BRITO et al., 2007).

De acordo com Brito et al. (2007), em nosso país, as ações educativas visando o controle do câncer de colo uterino têm sido feitas de maneira pontual, tendo sua origem em iniciativas locais. Várias campanhas para a realização do exame preventivo têm sido veiculadas no intuito de alertar e chamar a população feminina, mas, frequentemente estas campanhas ocorrem apenas em períodos determinados.

Oliveira e Almeida (2009) alertam que o fato das mulheres não possuírem as informações adequadas e necessárias acerca do exame preventivo e sua importância, pode se configurar com um elemento dificultador relevante para os serviços de saúde, visto que poderá atrapalhar todo o processo para que o câncer de colo de útero possa ser rastreado precocemente em toda a população feminina. De acordo com as autoras, é a partir da apropriação de informações adequadas e necessárias sobre esta patologia e sua prevenção, que as mulheres buscam os serviços de saúde e direcionam sua atenção para questões voltadas à prevenção.

Com a realização da associação livre de palavras percebemos que as mulheres procuram o serviço de saúde quando detectam algum problema com sua saúde e que entendem o câncer do colo uterino como uma doença que deve ser temida e bastante ameaçadora, que pode acometer qualquer uma. Na busca por assistência, a mulher deixa clara a sua preocupação com o “adocimento do corpo”.

### 6.2.2 Sentimentos Aflorados

O sentimento mais evidenciado, que aparece nas falas de nove das quatorze participantes, foi a “vergonha”. Sentimento este que podemos justificar pela falta de informações e pelos inúmeros tabus existentes sobre questões relativas à sexualidade feminina e à prostituição.

Percebemos que aliado ao sentimento de vergonha pela exposição do corpo, algumas mulheres relatam também desconforto durante o tempo em que permanecem na posição ginecológica.

Silva (2008) aponta que a o fato de nós, mulheres, termos vergonha de expor nosso corpo é natural, inerente a construção social e cultural do “ser mulher”; atitude esta que vem se modificando no decorrer da história, embora ainda nos dias de hoje encontremos mulheres que sintam-se constrangidas diante da necessidade de expor seu corpo durante a anamnese a ser realizada pelo profissional de saúde. Se levamos em consideração que o procedimento exame preventivo, para que possa ser realizado, impõe a necessidade de a mulher ser colocada na posição ginecológica, ou litotômica, e que ambas são posições que expõe o corpo da mulher, o qual por muitas mulheres é considerado sagrado, torna-se mais fácil entendermos o porquê deste sentimento estar presente no decorrer de toda a realização do exame (SILVA, 2008).

Para as mulheres, este sentimento relaciona-se diretamente ao fato do exame preventivo ser um procedimento impessoal e invasivo nos mais variados aspectos, sejam eles relacionados à exposição do corpo, a sexualidade ou aos tabus que permeiam esta temática.

Em função disso, Ferreira e Oliveira (2006) enfatizam que no intuito de minimizar estes sentimentos desconfortáveis, a exposição do corpo feminino pelos profissionais de saúde durante a realização do exame, deverá ser apenas a necessária, devendo estes oferecer a máxima privacidade para a paciente, e evitar a presença desnecessária de pessoas na sala durante a realização da coleta.

Para La Taille (2002), a vergonha pode ser traduzida como um conjunto de representações de si mesmo que, em sua maioria se relacionam a valores e o objetivo de se buscar valores positivos, é uma das grandes motivações para as condutas humanas. Podemos observar que a variedade de palavras relacionadas à vergonha, e a riqueza de significado destas relações, por si só, falam

favoravelmente acerca da importância deste sentimento na vida das mulheres entrevistadas e nos relacionamentos que estas possuem com as outras pessoas. O nervosismo e o medo são sentimentos mencionados pelas participantes e estão presentes antes, durante e após a realização do exame preventivo para o câncer de colo uterino.

“O medo é uma sensação de sofrimento e angústia que surge quando estamos diante de um perigo real ou imaginário (DUAVY et al 2007, p 739)”. Este sentimento pode estar atrelado ao procedimento em si, como o medo da dor durante a coleta, bem como no tocante ao diagnóstico de alguma patologia (DUAVY et al 2007). É passível de entendimento que a mulher diante deste exame, apresente este sentimento, pois a ansiedade para se obter um resultado, quer seja ele favorável ou não, é imensa, e durante este período de espera, o medo permeia seu imaginário.

O medo também foi expresso pelas mulheres entrevistadas no estudo de Peloso, Carvalho e Higarashi (2004), no referido estudo o medo está relacionado tanto com a técnica de coleta propriamente dita, quanto com a possibilidade iminente de um diagnóstico de câncer. Estas mulheres vivenciam uma situação de dualidade, pois apesar de reconhecerem a importância e necessidade de realização do exame, também apresentam um receio enorme do diagnóstico do mesmo.

O câncer, de um modo generalizado, é uma patologia crônico-degenerativa que ainda acarreta muito medo à população. Desta forma, a maioria da população feminina mostra mais tranquilidade, sente-se mais segura e protegida depois da realização do exame preventivo, pois o exame é o meio de confirmação positiva ou negativa desta doença tão temida por todos.

Todos estes fatores podem gerar sentimentos que irão interferir com a realização do exame, gerando conflito nas mulheres e favorecendo a não realização/adiamento do exame preventivo para o câncer de colo uterino.

### 6.2.3 Conseqüência/Prevenção

Algumas mulheres relataram que sempre faziam os exames preventivos. Acreditam que a procura por este exame seria suficiente para afastar a possibilidade do adoecimento, ou seja, o exame seria a garantia de saúde de que precisavam. Nestes casos, o exame é representado como uma forma de garantir a prevenção, como se pode observar nas sete palavras relacionadas a esta representação como

consta no quadro 3 e nas palavras citadas a seguir: “Saúde”, “Vida”, “Cuidado”, “Prevenção”, “Exame”, “Vantagens”, vale salientar que elas apresentaram ordem de evocação diferentes, em seus discursos e que várias delas se repetiram.

No estudo de Chubaci e Merighi (2005), no qual os autores estudaram a vivência de mulheres japonesas e brasileiras descendentes de japoneses quanto ao exame precoce do câncer cérvico-uterino, encontramos algumas diferenças entre os motivos pelos quais as mesmas se submetem ao exame: o caráter preventivo do exame para doenças ginecológicas e a recomendação médica foram os motivos citados que levam as brasileiras descendentes de japoneses a se submeterem ao exame, enquanto que as campanhas de prevenção e o *check up* são os motivos citados que levam as japonesas a realizarem o procedimento.

Conforme as palavras citadas, verificamos que a motivação para a realização do exame estava associada à prevenção do câncer ginecológico. Desta forma, percebemos que mesmo ocorrendo desconfortos frente ao exame, como mencionados na categoria “sentimentos aflorados”, o medo das doenças sexualmente transmissíveis, ou mesmo do câncer de colo uterino, as impulsionaram a tentar a realização do procedimento.

No estudo de Barbeiro et al. (2009), no qual os autores descrevem os problemas enfrentados pelas mulheres para a realização do papanicolau, verificou-se que 50% das participantes, afirmaram realizar o exame por prevenção, ratificando assim, o encontrado também em nosso estudo.

#### 6.2.4 Família

Percebemos que a família também pode ser considerada como um motivo para que estas mulheres busquem realizar o exame preventivo para o câncer de colo uterino, pois nas evocações foram frequentes as referências a pessoas da família, como observamos com as palavras: “Filhos”, “Família”, “Marido”.

Souza e Fioravente (2003) mostram em seu estudo sobre os fatores associados à realização do exame preventivo papanicolau em Minas Gerais, que algumas particularidades relativas ao ciclo de vida feminino podem causar influências nas atitudes de prevenção destas mulheres para com o câncer de colo uterino. Os dados desta pesquisa mostram uma proporção maior de mulheres que realizaram o exame preventivo entre aquelas que eram mães (69%), enquanto que



as nulíparas – mulheres que não tem filhos – apresentaram índice de realização menor, (55%). O estudo também mostra que as mulheres que possuem família constituída – cônjuge e filhos – apresentaram uma frequência considerável de realização do exame, (72%).

Oliveira et al. (2006, p 328), também vêm corroborar esta informação com seu estudo sobre os motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolau. Seus resultados indicaram que “as mulheres que não tem um companheiro apresentaram um maior potencial para não realizarem o exame preventivo”.

O conjunto dos dados permitiu concluir que, para estas mulheres, a realização deste procedimento é um ato de amor a sua família, marido e/ou filhos, pois cuidando de sua saúde, evitando seu adoecimento, estão cuidando também de sua família.

#### 6.2.5 Procedimento

Nesta categoria, as participantes evocaram palavras que demonstram associação com o exame em si, como podemos perceber em “Exame”, “Coleta”, “Bico de Pato”, “Resultado”.

Estas mulheres enxergaram o procedimento, como ele acontece, o material utilizado e o seu resultado.

#### 6.2.6 Avaliação do Exame

No que diz respeito à avaliação do exame, observamos que as mulheres apresentaram divergência nas palavras evocadas, como podemos ver a seguir: “Bom”, “Chato”, “Importante”.

A avaliação tanto negativa, quanto positiva do exame pode estar relacionada aos sentimentos aflorados durante a sua realização e com as representações sociais que estas mulheres possuem acerca do procedimento. Estando a avaliação positiva, relacionada diretamente com a consequência/prevenção, pois apesar de todo incômodo/desconforto gerado por este exame os seus benefícios sobressaem-se, fazendo com que as mulheres apresentem uma boa avaliação deste procedimento.

### 6.3 DESCRIÇÃO DAS IMAGENS MENTAIS

Solicitamos às participantes que descrevessem a imagem que lhes viesse à mente diante do estímulo exame preventivo. Esta técnica foi selecionada por favorecer um registro das ações temporais e dos acontecimentos reais. Segundo Loizos (2001) as imagens podem servir como um desencadeador para evocar memórias que a entrevista por si só não conseguiria. A imagem vai tornar concreto, visível, real, o(s) conceito(s) que estas mulheres possuem acerca da temática, fazendo assim a sua objetivação.

Assim sendo, as representações do exame preventivo foram objetivadas na imagem da posição ginecológica e a partir de suas justificativas, categorizadas como “**um procedimento invasivo**”, como demonstrado no quadro a seguir:

**Quadro 5** – Discursos originados a partir da análise frente ao estímulo indutor de imagem mental acerca da expressão *Exame Preventivo*

ESTÍMULO	EXAME PREVENTIVO
CATEGORIA	Um procedimento invasivo
<b>DISCURSOS</b>	<p>“... as pernas abertas naquela mesa horrível...”.</p> <p>“... daquele negócio que colocam na gente, o bico de pato, nossa é muito ruim...”.</p> <p>“... a posição que precisa ficar na mesa da doutora, de pernas abertas, dá uma vergonha...”.</p> <p>“... a sala da enfermeira...”.</p> <p>“... deitada na mesa de pernas abertas...”.</p> <p>“... vejo a figura daquele aparelho (bico de pato) e a doutora mandando relaxar, ela pensa que é fácil, ah, eu é que sei...”.</p> <p>“... ah, sei lá, fico tão nervosa, com muita vergonha, só quero que termine logo pra eu ir embora, pois não é fácil ficar de pernas abertas na frente da doutora...”.</p> <p>“... a cara da doutora, pela cara dela já fico imaginando se to com alguma doença ou não...”.</p>

	“... ah, acho que a figura que mais vem a cabeça é a daquela mesa e da doutora...”
--	--

Fonte: Pesquisa de Campo 2010.

### 6.3.1 Um Procedimento Invasivo

Nos discursos acerca da imagem que está relacionada ao exame preventivo do câncer de colo uterino, a maioria das mulheres objetivam-no com a imagem da posição ginecológica – posição que é utilizada para a realização do referido exame, como mostrado nas falas das mesmas.

[...] as pernas abertas naquela mesa horrível [...] (Mirna).

[...] a posição que precisa ficar na mesa da doutora, de pernas abertas, dá uma vergonha [...] (Ninon).

[...] ah, sei lá, fico tão nervosa, com muita vergonha, só quero que termine logo pra eu ir embora, pois não é fácil ficar de pernas abertas na frente da doutora [...] (Céu).

[...] deitada na mesa de pernas abertas [...] (Capitu).

Vários sentimentos são observados nas mulheres que são submetidas ao exame preventivo para o câncer de colo uterino, pois ele é um procedimento que expõe a intimidade feminina e juntamente com esta, seus valores e suas crenças.

Estes sentimentos dificultam a aceitação deste exame por ele ser considerado invasivo, além de sua realização ser vista como uma experiência dolorosa, embaraçosa e desagradável (LAZCANO-PONCE et al., 1999; LEE et al., 2000).

Outro motivo encontrado para a não realização ou adiamento deste exame na população feminina de forma generalizada, além do sentimento de invasão/exposição, é a coleta ser realizada por um profissional de saúde do sexo masculino, o que causa maior constrangimento à paciente, fato este observado ao longo dos meus oito anos de experiência enquanto enfermeira assistencial da

Estratégia Saúde da Família. Com a implantação desta estratégia, a clientela é vinculada à unidade de saúde mais próxima da sua residência, diminuindo com isso as possibilidades das mulheres em realizar este procedimento com um profissional de sua escolha.

#### 6.4 ELEMENTOS DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO EXAME PREVENTIVO CONTIDOS NAS ENTREVISTAS

**Quadro 6** - Categorias de análise do exame preventivo para o câncer de colo uterino a partir da entrevista semi-estruturada.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	f	EXEMPLOS DE DISCURSO
<b>O exame e a sua importância</b>	<b>Prevenção</b>	<b>02</b>	[...] acho que ele é para prevenir as doenças que podem acontecer no útero das mulheres [...].
	<b>Diagnóstico</b>	<b>07</b>	[...] é através desse exame que a gente fica sabendo se ta tudo bem dentro do útero da gente [...].  [...] é bom, porque se der alguma doença, se tratar logo tem cura [...].
<b>Motivos que dificultam a adesão ao exame</b>	<b>Acolhimento inadequado</b>	<b>04</b>	[...] ah, não gosto de ir fazer não, lá onde faço me atendem muito mal, até parece que tenho uma doença contagiosa, vou porque tem que fazer mesmo [...].  [...] sei lá, não falam nada com a gente, mandam só subir naquela mesa, e abrir as pernas [...].

	<b>Falta de Incentivo/Proibição do Parceiro</b>	<b>02</b>	[...] ah, ele não quer que eu faça não, acho que tem medo que dê alguma doença e eu descubra que ela andou aprontando e quebre o pau lá em casa [...].
	<b>Dificuldade no enfretamento do exame</b>	<b>04</b>	[...] detesto ter que fazer, morro de vergonha e dói um pouco[...]. [...] fico agoniada, louca pro resultado chegar logo e saber de uma vez se to ou não com alguma coisa [...].

Fonte: Pesquisa de Campo 2010.

Baseada na literatura das representações sociais procurou-se reconhecer as representações que surgiram a partir dos discursos das participantes. As respostas foram organizadas em categorias e subcategorias.

#### 6.5.1 Categoria 01 – O Exame e a sua Importância

Nesta categoria procurou-se reunir as falas das mulheres acerca da importância que este procedimento tem para suas vidas. Nestes discursos percebemos que elas avaliam a sua realização como o cuidado inerente à saúde da mulher, ou seja, um cuidado sob sua responsabilidade, sendo reconhecida entre elas a necessidade de realização.

O exame preventivo para o câncer de colo uterino é muito importante na luta contra esta neoplasia, pois é através da realização que se obtém o diagnóstico precoce dela. Vale salientar que este exame faz parte do universo destas mulheres, pelos mais variados motivos; rapidamente se transforma em um objeto psicossocial, através da incorporação deste conhecimento novo pelo indivíduo que o compartilha com seu grupo de pertença.

Sobre este tema, Pinho e Júnior (2003) referem que a capacidade para perceber a gravidade e a susceptibilidade à doença, são características intimamente relacionadas ao quantitativo de importância direcionada e à realização do exame preventivo para o câncer de colo uterino.

Nesta categoria foram desveladas as subcategorias prevenção e diagnóstico como elementos que compõem as representações sociais que as mulheres têm acerca do exame preventivo do câncer de colo uterino e o porquê de sua realização.

#### 6.5.1.1 Subcategoria 01 – Prevenção

Esta subcategoria traz os discursos das entrevistadas que acreditam no exame como um meio para se prevenir doenças como podemos observar nas falas abaixo:

[...] sei que ele serve pra se evitar o câncer do útero [...] (Capitu).

[...] acho que ele é para prevenir as doenças que podem acontecer no útero das mulheres [...] (Hilda Furacão).

A partir da análise do entendimento das profissionais do sexo sobre a necessidade da realização do exame preventivo, ressaltamos que a incorporação do saber reificado acerca da finalidade do exame preventivo, encontrados nos discursos acima, foi a base para a formação de uma representação social que dá a ele um significado importante para a saúde da mulher.

O exame preventivo para o câncer de colo uterino é de considerável importância, pois é através deste procedimento que as chances de detecção de lesões pré-invasivas, ou seja, na fase inicial da doença; caracterizando-se desta forma em um instrumento ímpar na luta para a diminuição da mortalidade feminina por esta patologia (PELOSO; CARVALHO; HIGARASHI, 2004).

Em um estudo de Telles et al. (2008), que identificava o conhecimento de mulheres em idade fértil sobre a importância do papanicolau, os principais motivos para a sua realização foram: a prevenção de doenças (82%), a indicação de algum profissional de saúde (4%) e as campanhas veiculadas pela mídia (2%).

Davim et. al. (2005), em um estudo que objetivou identificar o conhecimento de mulheres quanto à importância, à frequência do exame de papanicolau, bem como seus cuidados antes de realizá-lo e causas que levam mulheres a não se submeterem a tal exame, enfatizam que mesmo com a maior parte de sua população estudada entendendo que o exame de papanicolau tem um caráter

preventivo, o fazem somente com o intuito de diagnosticar alguma alteração ginecológica, ou seja, não colocam em prática o conhecimento apreendido sobre o mesmo, a sua visão preventiva do procedimento, só buscando realiza-lo quando já apresentam alguma sintomatologia; quando sabemos que este exame deve ser realizado rotineiramente, independente da presença ou não de sinais e sintomas de alguma afecção ginecológica.

De acordo com pesquisa de Peloso, Carvalho; Higarashi (2004), saber sobre a importância de se realizar o exame preventivo para o câncer de colo uterino não é o suficiente para que as mesmas se submetam a ele. Para resultados efetivos, "é preciso uma disposição e uma convicção pessoal, uma vontade interior capaz de sobrepujar a insegurança e outros bloqueios e que possibilite o ato voluntário de ir ao encontro da prevenção" (p.322). Devemos ressaltar os profissionais de saúde têm um papel importante no que diz respeito ao exame preventivo do câncer de colo uterino, papel este de aplicar de forma eficiente as políticas públicas existentes para a área e de divulgar através de ações educativas na comunidade na qual estão inseridos, afinal de contas, são os agentes quem têm as possibilidades e oportunidades de prestar estes serviços à população (PELOSO, CARVALHO; HIGARASHI, 2004).

#### 6.5.1.2 Subcategoria 02 –Diagnóstico

Nesta subcategoria incluíram-se as falas das mulheres que tratavam do exame preventivo como meio de diagnóstico de afecções, evidenciando em seus relatos o reconhecimento da importância da realização do exame, sendo que o caráter diagnóstico foi a principal razão para a necessidade de realização dele.

Encontramos aqui as representações do exame preventivo relacionadas com o diagnóstico de patologias, quer seja antes do adoecimento, quer durante a suspeita dele, ou ainda com este já estabelecido. As respostas surgiram baseadas na história e motivação que cada uma teve para a sua realização.

[...] fiz e acusou uma doença, umas verrugas, aí a doutora me mandou pra um médico pra ele tratar [...] (Nazaré).

[...] é importante fazer porque pode descobrir alguma inflamação [...] (Shirley).

[...] acho ele muito importante, pois serve pra mostrar pra gente se ta tudo bem [...] (Vivian).

[...] é bom, porque se der alguma doença, se tratar logo tem cura [...] (Céu).

Os depoimentos indicam os níveis de conhecimento das profissionais do sexo acerca da importância do exame preventivo. Observamos que quando as mulheres referem-se ao diagnóstico, elas não se direcionam especificamente ao câncer de colo uterino, mas sim ao diagnóstico de qualquer outra doença do trato genital feminino.

Nas falas acima, as entrevistadas reportaram a finalidade do exame preventivo como voltado ao diagnóstico de doenças, inflamações, sendo poucas as que fizeram referência a sua principal finalidade que é a detecção precoce do câncer de colo uterino.

[...] sei que ele serve pra se evitar o câncer do útero [...] (Betina).

[...] é através desse exame que a gente fica sabendo se ta tudo bem dentro do útero da gente [...] (Bebel).

A análise dos relatos permite-nos inferir que as pesquisadas apresentaram um conhecimento relativamente baixo acerca da principal finalidade do exame preventivo do câncer de colo uterino, relacionando-o fundamentalmente com o diagnóstico de doenças ginecológicas.

Pinho e Júnior. (2003), enfatizam o fato de o exame preventivo, além de seu caráter em detectar lesões cervicais, também contribui na resolutividade de queixas ginecológicas, como corrimentos vaginais e urinários e infecções sexualmente transmissíveis, fatores que não o excluí de sua função na prevenção secundária.



É sabido que a identificação precoce do câncer de colo uterino aumenta substancialmente a probabilidade de cura. Por ser uma neoplasia de fácil prevenção, sua detecção em estágio inicial pelo exame preventivo periódico é um dos fatores que contribui para a redução das taxas de mortalidade por este tipo de câncer (TELLES et al., 2008).

Mesmo com todas as ações preventivas realizadas pelo Ministério da Saúde, através de divulgação e coleta do exame para detecção precoce do câncer cérvico uterino em todo país, ainda observamos que ele é desvalorizado por grande parte das mulheres brasileiras, especialmente no que tange a sua finalidade, estas mulheres demonstram sim uma supervalorização da sintomatologia como indicativos de que algo está fora da normalidade (BRASIL, 2009).

Torna-se imprescindível que a população feminina seja corretamente orientada acerca deste exame, sua finalidade e importância, pois foi este saber científico que contribuiu para o surgimento do saber do senso comum, relacionando este procedimento como uma prática de saúde. Ainda podemos ressaltar que mesmo esta patologia podendo ser prevenida, em nosso país ainda é alta a sua incidência e mortalidade, fatos que podemos relacionar ao desconhecimento da finalidade deste exame.

Estes resultados permitem-nos refletir acerca da importância da temática e de uma melhor forma de contribuirmos para uma maior compreensão a respeito do nível de conhecimento e efetiva prevenção do câncer de colo uterino pelas mulheres, visto que a possibilidade de prevenção primária e secundária desta neoplasia vem crescendo nas últimas décadas, e este fator também é influenciado pelas representações sociais que possuem acerca deste procedimento.

#### 6.5.2 Categoria 02 - Motivos que dificultam a adesão do exame

Pinho e Júnior (2003) analisaram alguns pontos relacionados às medidas de prevenção e controle do câncer cervical quanto à efetividade do teste de papanicolau e afirmaram que:

[...] os principais motivos relatados pelas mulheres para a não realização deste procedimento foram: o medo em relação ao câncer, a vergonha, o sentimento de embaraço, o desconforto físico, a invasão de privacidade e da integridade corporal, as barreiras financeiras, a localização dos serviços de saúde, o transporte e principalmente, barreiras organizacionais como a burocracia no tempo gasto na marcação das consultas, da espera para

atendimento e greve dos serviços públicos (PINHO; JÚNIOR, 2003, p. 107-108).

Categorizamos a seguir os discursos com os quais podemos apreender possíveis motivos para a não realização do exame preventivo para o câncer de colo uterino. Encontramos uma variedade de motivos, os quais evidenciamos nas subcategorias a seguir. Essas respostas permitem compreender melhor as representações sociais encontradas.

#### 6.5.2.1 Subcategoria 01 – Acolhimento inadequado

Muitos dos sentimentos gerados nas mulheres pelo exame preventivo estão vinculados ao profissional que realiza o exame, como pode ser evidenciado na fala a seguir:

[...] sei lá, não falam nada com a gente, mandam só subir naquela mesa, e abrir as pernas [...] (Rosa Palmeirão).

Percebe-se a falta de profissionais de saúde devidamente qualificados para lidar com este público. Assim, a importância de oferecer um acolhimento adequado a estas mulheres para que possam realizar este exame deve ser ressaltada, pois é a partir de uma interação com respeito e confiança que o vínculo cliente/profissional de saúde estabelece-se e conseqüentemente uma maior procura pelos serviços ofertados por este, dentre eles o exame preventivo para o câncer de colo uterino.

No estudo de Brito et al. (2007), no qual foram discutidos e descritos os sentimentos e as expectativas vivenciadas por 28 mulheres quanto à citologia oncológica em uma unidade do Programa de Saúde da Família em Parnaíba – PI, percebeu-se que as participantes da pesquisa apresentavam-se preocupadas com o atendimento prestado pelos profissionais de saúde, e em como estes se comunicavam com elas. Os autores alertaram que uma relação satisfatória entre cliente/profissional torna-se imprescindível, pois havendo interação entre ambos, o repasse das informações necessárias acontecerá de maneira eficiente, contribuindo assim na assimilação destas informações por parte das mulheres e refletindo diretamente nas suas práticas de saúde preventiva. Estes ainda trazem que:

[...] além do incentivo para a realização periódica do exame preventivo para o câncer de colo uterino, constante no relacionamento cliente/profissional, precisa-se que ambos sejam capazes de reconhecer os vários sentimentos

que estão envolvidos na realização deste procedimento. O profissional de saúde deve aproveitar para durante a realização do exame, tentar romper com preconceitos, diminuir o medo da doença e do possível desconforto que o procedimento pode gerar; além de manter a cliente informada sobre todas as etapas do processo de prevenção do câncer de colo do útero (BRITO et al, 2007, p. 389).

Para que a adesão destas mulheres ao exame preventivo ocorra de forma satisfatória, torna-se imprescindível que suas expectativas sejam alcançadas e até mesmo superadas pelo profissional de saúde, que irá realizar o procedimento, contribuindo assim para a empatia e confiança tão importante nesta relação profissional/cliente. Uma assistência humanizada, promovendo interação entre ambos, atuando com sensibilidade e intuição além do preparo técnico-científico, irá contribuir para que uma assistência de qualidade seja prestada a estas mulheres durante o exame preventivo do câncer de colo uterino (MERIGHI, 2002).

A maioria das mulheres prefere escolher para este momento tão delicado um profissional do sexo feminino, esta escolha pode ter relação com o fato de partilharem as mesmas necessidades de gênero. Esta preferência de escolha foi mencionada pelas participantes da pesquisa de Ferreira e Oliveira (2006) como um fator positivo para a realização do exame preventivo do câncer de colo uterino.

[...] uma relação cliente-profissional bem estabelecida, torna-se necessária ao considerarmos que é a partir da empatia e da confiança estabelecida nesta relação que estas clientes se apresentarão mais tranqüilas durante a realização do exame, facilitando sua adesão ao procedimento. Assim sendo, o profissional de saúde, deve procurar acolher estas mulheres de forma humanizada, fazendo com que elas sintam-se respeitadas e confiantes, contribuindo para que elas tenham uma atitude favorável frente ao exame preventivo (BARBEIRO et al, 2009, p. 418).

Encontramos também outras dificuldades, além das relacionadas ao atendimento do profissional de saúde, que também acabam por desestimular as mulheres a buscarem de forma espontânea os serviços de saúde, ficando claro que é imprescindível aos serviços organizarem-se para atenderem, promovendo uma atenção humanizada e qualificada a sua clientela, como podemos observar nos discursos abaixo:

[...] é uma complicação conseguir marcar esse exame no postinho, nunca tem vaga [...] (Lady katy).

[...] só faço porque minha filha fica no meu pé, é ruim pra marcar, demora pra receber o resultado, isso quando recebe [...] (Tieta).

Todas estas dificuldades no acesso e atendimento podem influenciar de forma negativa, desestimulando estas mulheres a procurarem os serviços de saúde; nos quais elas relatam que por diversas vezes, tiveram de pernoitar nas filas e/ou ter amizades dentro destes serviços para conseguir atendimento.

#### 6.5.2.2 Subcategoria 02 – Falta de incentivo/proibição do parceiro

Nesta subcategoria, agrupamos alguns depoimentos que trazem a idéia que o exame preventivo para o câncer de colo uterino é um empecilho para as suas “obrigações sexuais” com o marido/companheiro. Isso ocorre por serem orientadas pelos profissionais de saúde a não manterem relação sexual em até 48hs antes da realização do exame, pois o esperma altera a leitura do material colhido, idéia esta que lhes é inculcada pelo próprio marido/companheiro, reforçando a idéia machista de poder do homem sobre a vida da mulher.

[...] meu companheiro não gosta que eu faça não, fala que não precisa, que eu to inventado coisa pra não ter relação com ele [...] (Ninon).

[...] ah, ele não quer que eu faça não, acho que tem medo que dê alguma doença e eu descubra que ele andou aprontando e quebre o pau lá em casa [...] (Ester de La Mare).

Apesar dos avanços, vivemos atualmente ainda em uma sociedade patriarcal. Encontramos facilmente homens reprimindo mulheres, independente da relação de parentesco estabelecida, seja ela esposa, mãe, irmã ou filha; no que diz respeito aos cuidados em saúde, os mesmos não incentivam suas “mulheres” a exercerem de forma plena, exteriorizando desta forma a influência cultural e perpetrando o domínio sobre as mulheres (SILVA et al. 2008).

A relevância direcionada à opinião dos parceiros no que se refere à realização ou não do exame pode ser associada ao sistema de relações de gênero

assimétrico. As mulheres sofrem pressão para ter atitudes submissas e não possuem liberdade necessária para decidirem sobre seu próprio corpo, o tratamento que desejam realizar, sua sexualidade e seus valores e princípios quando estão em evidência questões sexuais (ALVAREZ, 1998).

[...] a atitude adequada frente ao exame preventivo pode ser dificultada pela submissão aos maridos. Assim, os profissionais de saúde precisam ampliar o foco de suas atividades educativas sobre este procedimento, buscando atingir não apenas a população feminina, mas os casais, tendo por objetivo a conscientização dos parceiros, com isso estimulando e facilitando estas mulheres para práticas favoráveis ao exame (FERREIRA; OLIVEIRA, 2006, p. 10).

#### 6.5.2.3 Subcategoria 03 – Dificuldade no enfrentamento do exame

Nesta subcategoria, incluíram-se as falas das mulheres que consideraram a vergonha e o medo como um dos maiores motivos para o adiamento ou a não realização do exame preventivo.

Identificamos que os tabus mais relevantes referentes à realização do exame preventivo são o medo de sentir alguma dor e a vergonha, como podemos observar nos discursos abaixo:

[...] detesto ter que fazer, morro de vergonha e dói um pouco  
[...] (Tieta).

[...] fico agoniada, louca pro resultado chegar logo e saber de uma vez se to ou não com alguma coisa [...] (Vivian).

Para algumas mulheres, a prática do exame está associada a questões de desconforto e a sentimentos relacionados a algo assustador, que traz medo, sofrimento, nervosismo e vergonha.

Percebemos que os sentimentos de vergonha e medo, tanto na realização do exame, quanto no recebimento do resultado, podem ser externados e vivenciados por cada mulher de forma diferente. Eles podem ser externados como uma sensação de impotência, desproteção e perda do domínio sobre o próprio corpo, fato que a posição ginecológica proporciona. Tudo isto pode ter origem no uso do instrumental médico-hospitalar, que na maioria das vezes lhes é desconhecido, pela introdução do espécúlo e também a utilização do foco luminoso em suas partes íntimas (AMORIM, 1997).

A formação de uma representação social dá-se no dia-a-dia das pessoas, através da assimilação das idéias circulantes em seu grupo social. Podemos notar que a maioria das mulheres participantes do estudo sofreu influência do seu grupo social no tocante à vergonha e ao medo da realização do exame, isto é, elas já possuíam uma idéia pré concebida de que durante a coleta do exame preventivo iriam se sentir envergonhadas e sentiriam dor.

No que diz respeito ao medo, observamos sua relação com o exame propriamente dito, e a expectativa da mulher em ter algum problema de saúde, conforme discurso a seguir:

[...] ah, fico empurrando com a barriga, tenho muito medo do que pode dar [...] (Bebel).

Observamos que estes sentimentos podem influenciar a decisão destas mulheres, fazendo com que algumas adiem a realização do exame. Alguns estudos apontam que a falta de conhecimento a respeito desta patologia e o fato deste exame não ser elencado como prioritário para estas mulheres, também são referidos como motivos que dificultam a realização deste, influenciando nas decisões futuras das mulheres em participarem ou não de ações de prevenção (LOPES; SOUSA, 1997; MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

Outro sentimento encontrado é a culpa, quando estas se sentem culpadas por algo, acreditam que o adoecimento venha a ser punição/castigo por este erro cometido, fato este bastante associado à religiosidade, a qual é levada em consideração na tentativa de se explicar o que não é de clara compreensão, ou é de difícil aceitação. A literatura faz referência aos aspectos da representação das doenças ao longo da história, concebidas como maldições ou castigos divinos. (SEVALHO, 1993).

Diante do exposto, percebemos que as representações sociais podem orientar as mais variadas práticas.

Esse compartilhamento de idéias entre as mulheres participantes do estudo tem repercussão positiva para o combate a esta neoplasia. Mesmo constatando que as participantes têm conhecimento da importância da realização deste exame, visto que ele é representado como um exame de quem se cuida, os profissionais de saúde precisam investir cada vez mais nas ações preventivas.

[...] percebemos que as mulheres aderem aos programas de prevenção não apenas por este procedimento está disponível nos serviços de saúde. Para que esta adesão se dê forma satisfatória é preciso que se garanta a estas mulheres uma assistência integral e preventiva, torna-se necessário deixar de lado os pré-julgamentos das atitudes e concepções do outro, oferecendo a estas mulheres um acolhimento e um serviço de prevenção fomentada em ações e orientações que não tenham por base apenas o procedimento técnico (FERREIRA, 2009, p.381)

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exame preventivo para o câncer de colo uterino é um dos métodos de rastreamento para esta patologia considerado de alta sensibilidade, seguro e de custo relativamente baixo; o mesmo tem por objetivo detectar o mais precoce possível as lesões que são precursoras das formas iniciais do câncer de colo de útero e sua realização se dá através da coleta e análise de células oriundas da ectocérvice e endocérvice do colo uterinas.

Buscar analisar as representações sociais das profissionais do sexo acerca do exame preventivo do câncer de colo uterino reflete o quanto a temática em questão é instigante, além de contribuir efetivamente para as reflexões quanto à atenção à saúde da mulher.

Ao longo desta pesquisa, estivemos mais intimamente ligadas com os sentimentos que envolvem as profissionais do sexo durante a coleta do exame preventivo para o câncer de colo uterino, entramos em contato com as suas maneiras de pensar, sentir e agir, além de verificamos que, embora estas mulheres o representem como um procedimento realizado para a prevenção de doenças, poucas fazem referência específica ao câncer de colo uterino.

Salientamos que as profissionais do sexo deste estudo trocavam informações com o seu grupo de pertença, especialmente no que se refere à gravidade desta patologia que lhes causa muito receio.

Mesmo após a constatação que muitas das participantes sabem da importância do exame Papanicolau, visto que é representado como um exame de quem se cuida, a Enfermagem precisa estimular o cuidado preventivo como uma maneira de aumentar cada vez mais o quantitativo de mulheres que buscam assistência a saúde, especialmente para a realização do exame preventivo, principalmente quando falamos das mulheres profissionais do sexo, visto que elas se encontram marginalizadas e excluídas das políticas públicas e sociais, dentre estas a de saúde.

Também foi citado o nervosismo, principalmente enquanto esperam o resultado do exame. Diante deste fato podemos refletir que apesar do conhecimento superficial sobre o câncer, algumas mulheres entendem que a partir desse exame, uma mudança de vida pode ser desencadeada, pois pode acontecer de ser detectada alguma alteração maligna.



Os estudos das Representações Sociais possibilitam olhar, entender e interpretar fenômenos sociais de uma maneira inovadora, auxiliando na compreensão do por que as pessoas agem desta forma. A representação social destas mulheres acerca do exame preventivo como um procedimento que irá protegê-las, não só do câncer de colo uterino, mas também de outras doenças graves, contribui para o cuidado em saúde, auxiliando na prevenção do surgimento de tais enfermidades. Observamos que as palavras prevenção e cuidado sempre surgiram nos depoimentos, enfatizando a certeza de que o exame não é apenas um teste de rotina, mas uma prática de cuidado com ela mesma.

Podemos concluir que as explicações científicas sobre este exame já foram incorporadas pelo senso comum, espaço onde circulam as Representações Sociais. Essas mulheres precisam fazer o exame preventivo do câncer de colo uterino e, somente elas detêm o poder sobre esta decisão a partir de seus conhecimentos prévios e da compreensão adquirida nas informações divididas/recebidas pelo seu grupo de pertença, através da mídia, das equipes de saúde, e de outras fontes a que têm acesso.

Acreditamos que os dados apresentados contribuem para ampliar o conhecimento sobre os significados que as profissionais do sexo atribuem ao exame preventivo e as práticas que desenvolvem em relação a ele, destacando dificuldades e sentimentos envolvidos.

## REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean Claud. A abordagem estrutural das representações sociais. In : MOREIRA, Antônia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denise Cristina de. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 2000, p 27-38.

\_\_\_\_\_. L'organisation interne des représentations sociales: système central et système périphérique. In: GUIMELLI, C. (Org). **Struture et transformations des représentations sociales**. Lausanne: Delachaux et Nestlié, 1994. p.73-83.

ALMEIDA, Mariana Caldeira Brandt; DAHER, Frederico. **As características da prostituição feminina na rua Augusta, São Paulo – SP, e sua implicação no turismo**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2003. Disponível em < [http://www.puc-campinas.edu.br/pesquisa/i\\_semana\\_cientifica/tcc\\_resumos/15070E70-8250-43CA-9252-5DC102FC2.pdf](http://www.puc-campinas.edu.br/pesquisa/i_semana_cientifica/tcc_resumos/15070E70-8250-43CA-9252-5DC102FC2.pdf)>. Acesso 22 de julho de 2008.

AMARAL, R. G. et. Al. **Revisão rápida de esfregaços cervicais como método de garantia interna de qualidade**. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, Rio de Janeiro, v.39, n.2, p. 151-155, abr./jun. 2003.

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). **Learn about cervical cancer**. Bethesda, MD – EUA. Disponível em <[http://www.cancer.org/docroot/LRN/LRN\\_0.asp?sitearea](http://www.cancer.org/docroot/LRN/LRN_0.asp?sitearea)>. Acesso em 12 de dezembro de 2009.

ALVAREZ, Silvia Lamadrid. **Aspectos sócio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del câncer cérvico uterino**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, v.14, Supl. 1, p. 33-40, 1998.

AMORIM, Torcata. **Prevenção do câncer cérvico-uterino: uma compreensão fenomenológica**. 1997. 140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. 1997.

ARRUDA, Ângela. **Teoria das representações sociais e teorias de gênero**. Cadernos de Pesquisa Fundação Carlos Chagas, Rio de Janeiro, n. 117, p.127-147, nov. 2002.

BARBEIRO, F. M. S. et. Al. **Conhecimentos e práticas das mulheres acerca do exame papanicolau e prevenção do câncer cérvico-uterino**. Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 414-422, set/dez. 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. Ed. Lisboa: Ed. 70, 2004.

BAUER, Carlos. **Breve história da mulher no mundo ocidental**. São Paulo: Xamã: Edições Pulsar. 2001.

BOTELHO, Stella Maris Nogueira. “**Prostituição de adolescentes**”: uma imagem construída na adversidade da sociedade. 2003. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, SP, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama Viva Mulher. **Estimativas 2009**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativas/2010>>. Acesso em: 30 de janeiro de 2010.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama Viva Mulher. **Estimativas 2006**. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativas/2006>>. Acesso em: 30 de janeiro de 2008.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativas/2008>>. Acesso em: 14 de março de 2008.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília; 2004. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf)>. Acesso em 10 de outubro 2008.

\_\_\_\_\_, Prevenção do câncer do colo de útero: **Manual técnico dos profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Resolução n. 196 de 1996**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, out. 1996.

BRITO, Cleidiane Maria Sales de; NERY, Inez Sampaio; TORRES, Leydiana Costa. **Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da citologia oncótica.** Rev. Bras. Enfermagem, Brasília, v. 60, n. 4, p. 387-90, jul/ago. 2007.

BROWN, Dan. **O código da Vinci.** Rio de Janeiro: Sextante, 2005.

CAETANO, R. et. Al. **Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil.** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 99-118, jan/jul. 2006.

CAVALCANTI, S. M. B. et. Al. **Human papillomavirus infection and cervical câncer in Brazil: a retrospective study.** Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, v. 91, p.433-40. 1996.

CHUBACI, Rosa Yuka Sato; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. **Exame para detecção precoce do câncer cérvico-uterino:** vivência de mulheres das cidades de Kobe e Kawasaki - Japão e São Paulo - Brasil. Rev. Brás. Saúde Matern. Infant. v. 5, n. 4, p. 471-81, out./dez. 2005.

COSTA, V. **O inimigo do ventre.** Seasons, 2000; 8:6-7.

DAVIM, R. M. B. et. Al. **Conhecimento de mulheres de uma unidade básica de saúde de Natal/RN sobre o exame de Papanicolau.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 296-302. 2005.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Oboré, 2000.

DUAVY, L. M. et. Al. **A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino:** estudo de caso. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 733-742, maio/jun. 2007.

ESPOSITO, Ana Paula Gomes; KAHHALE, Edna Maria Peters. **Profissionais do sexo:** sentidos produzidos no cotidiano de trabalhos e aspectos relacionados ao HIV. Psico. Reflex. Crit., Porto Alegre, v.19, n.2. 2006.

FARIA, Nalu; NOBRE, Miriam. **Gênero e desigualdade.** São Paulo: Sempreviva Organização Feminina. 1997.

FERREIRA, Maria de Lourdes Marques. **Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres.** Esc Anna Nery Rev Enferm, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 378-84, abr/jun. 2009.

FERREIRA, Maria de Lourdes Marques; OLIVEIRA, Cristiane de. **Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer de mama.** Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 5-15, 2006.

FLORES, Y. et. Al. **Improving cervical câncer screening in México:** results from the morelos HPV study. Salud Pública de México, Cuernavaca, n. 45, supl. 3, p. 388-398. 2003.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Prostituição:** um enfoque político-social. Femina, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 142-148, fev. 1994.

GASPAR, Maria Dulce. **Garotas de Programa:** prostituição em Copacabana e identidades sociais. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1988

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo; Atlas; 2002. p 41-56.

GOFFMAN, Erving. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GOUVEIA, D. D. S. et. Al. **Capacitação em citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero.** Revista eletrônica de farmácia, Goiás, v.2, n.2, p. 96-98. 2005.

GRUMAN, Marcelo. **A prostituição judaica no início do século XX:** desafio à construção de uma identidade étnica positiva no Brasil. Revista Campos, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 83-99, 2006.

GUIMARÃES, Kátia; MERCHAN-HAMANN, E. **Comercializando fantasias:** a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 525-44, 2005.

JODELET, Denise. **Les représentations sociales.** Sociologie d'aujourd'hui. Paris: P.U.F., 1989.

JOVCHELOVITCH, Sandra (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 63-85.

LACZANO-PONCE, E. C. et. Al. **Barriers to early detection of cervical-uterine câncer in México**. Journal of Women's Health, New York, v. 8, p. 399-408. 1999.

LAPIN, Guilherme A.; DERCHAIN, Sophie F.M; TAMBASCIA, Júlia. **Comparação entre a colpocitologia oncológica de encaminhamento e da gravidade de lesões cervicais intra-epiteliais**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.34, n.2, p. 120-125. 2000.

LA TAILLE, Ives. **Vergonha, a ferida moral**. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2002.

LEE, MioK. C. **Knowledge, barriers, and motivators related to cervical cancer screening among Korean American women**. Cancer Nursing, New York, v. 23, p. 168-175. 2000.

LOIZOS, Peter. Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa. In: BAUER, Martim W; GASKEEL, George (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 137-155.

LOPES, R. L. M. **Prevenindo o câncer cérvico-uterino: um estudo fenomenológico sob a ótica da mulher**. Salvador: Ultragraph, 1999.

MACHADO. A.L et al. **Representações sociais em enfermagem: comentários sobre teses e dissertações**. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v.31, n.3, p. 486-97, dez. 1997.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira; SILVA da Borges Graciette. **A saúde-doença no olhar de mulheres**. Texto Contexto-Enfermagem, Florianópolis, v.6, n.1, p. 219-45, jan./abr. 1997.

MARIOTTI, Simone Rauchbach. **O perfil e as representações de mulheres com alterações do Papanicolau**. 2006.113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, Curitiba 2006.

MARTINS, Luís Felipe Leite; THULER, Luiz Claudio Santos; VALENTE, Joaquim Gonçalves. **Cobertura do exame Papanicolau no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 485-92, 2005.

MERIGHI, Mirian Aparecida Barbosa; HAMANO, Lina; CAVALCANTE, Lubiana Guilherme. **O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública.** Rev. Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v.36, n.3, p. 289-96, set. 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8. ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO. 2004.

MOLINA, Ana Maria Ricci; KODATO, Sérgio. **Trajetória de vida e representações sociais acerca da prostituição juvenil segundo suas participantes.** Temas psicol., São Paulo, v.13, n.1, p. 9-17. 2005.

MORAES, Aparecida Fonseca. **Mulheres da vila: prostituição, identidade social e movimento associativo.** Petrópolis: Vozes, 1996.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social.** Petrópolis: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_ **La psychanalyse, son image et son public.** Paris: P.U.F., 1961.

MUÑOZ, N. et. Al. **Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer.** N Engl J Med., [S.l.], v.348, n. 6, p. 518-27. 2003.

NICOLAU, A. I O. et. Al. **Perfil ginecológico de prostitutas de fortaleza – CE.** Relatório do PET/Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. 2005. 9 p.

OLIVEIRA, M. M. H. N. et. Al. **Cobertura e fatores associados a não realização do exame preventivo de Papanicolau em São Luiz, Maranhão.** Rev Bras Epidemiol., São Paulo, v. 9, n. 3, p. 325-34, 2006.

OLIVEIRA, Michelle Mandagará de; PINTO, Ione Carvalho. **Percepção das usuárias sobre as ações de prevenção do câncer do colo do útero na estratégia saúde da família em uma distrital de saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 7, n. 1, p. 31-38, 2007.

OLIVEIRA, Silvia Letícia; ALMEIDA, Ana Carla Hidalgo de. **A percepção das mulheres frente ao exame de papanicolaou: da observação ao entendimento.** *Cogitare Enferm*, Curitiba, v. 14, n. 3, p. 518-26, Jul/Set. 2009.

OLTRAMARI, Leandro Castro; CAMARGO, Brígido Vizeu. **Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a AIDS.** *Estudos de Psicologia*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 317-23. 2004.

\_\_\_\_\_. **Representações sociais de profissionais do sexo sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e contracepção.** *Psicol. Teor. Prat.*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 75-87, dez. 2004.

PASSOS, Afonso Diniz Costa; FIGUEIREDO, José Fernando de Castro. **Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP), Brasil.** *Rev. Panam. Salud Publica*, Washington, v. 16, n. 2, p. 95-101, 2004.

PELLOSO, Sandra Maria; CARVALHO, Maria Dalva de Barros; HIGARASHI, Ieda Harumi. **Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino.** *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v. 26, n. 2, p. 319-24, 2004.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

PINHO, A. A. et. Al. **Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no município de São Paulo.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 303-13, 2003.

PINHO, Adriana de Araújo; JÚNIOR, Ivan França. **Prevenção do câncer de colo de útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolau.** *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 3, n. 1, 95-112, jan/mar. 2003.

PINHO, Adriana de Araujo; MATTOS, Maria Cristina F. Iwama de. **Validade da citologia cérvico vaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero.** *J. Bras. Patol. Med. Lab.*, Rio de Janeiro, vol. 38, n. 3, p. 225-31. 2002

PIRES, Isabel Cristina Pinheiro; MIRANDA, Angélica Espinosa Barbosa. **Prevalência e fatores correlatos de infecção pelo HIV e sífilis em prostitutas atendidas em centro de referência DST/AIDS.** *Revista Brasileira de Ginecologia e*



Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 151-54. 1998.

REIS, Tatiana. **Prostituição Feminina: interação entre sexualidade, corpo, cor e desejo.** Universidade Federal da Bahia. 2005.

RODRIGUES, Dafne Paiva; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; SILVA, Raimunda Magalhães da. **Percepção de algumas mulheres sobre o exame de Papanicolau.** Esc. Anna Nery Ver. Enferm., Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 113-18, abril. 2001.

SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo central das representações sociais.** Petrópolis: Vozes, 1996.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. **Saúde Reprodutiva e Sexual: um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial).** Fortaleza, 2002, 294 p.

SEVALHO, G. **Uma abordagem histórica das representações sociais em saúde e doença.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 349-361, 1993.

SILVA, S. É. D. et. Al. **Representações sociais de mulheres amazônicas sobre o exame papanicolau: implicações para a saúde da mulher.** Esc Anna Nery. Rev Enferm., Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 685-92, dez. 2008.

SILVA, Roberto Sizenando. **Condutas em ginecologia: aspectos preventivos.** Belo Horizonte: Medsi, 2001.

SILVA, Andréa da. **O processo de trabalho de mulheres prostitutas de rua de Florianópolis e sua qualidade de vida.** 2000. 111 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SIMON, Cristiane Paulin; SILVA, Rosalina Carvalho da; PAIVA, Vera. **Prostituição juvenil feminina e a prevenção da Aids em Ribeirão Preto, SP.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 82-87. 2002.

SMELTEZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 10. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 2, p. 1458-62, 1496-197, 1511-13. 2005.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora.** Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SOUTO, Marise Dutra; SOUZA, Ives Emilia Oliveira. **Sexualidade da mulher após a mastectomia.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 402-10, dez. 2004.

SOUZA, Luiza de Marilac de; FIORAVENTE, Edwan. **Fatores associados à realização do exame preventivo papanicolau pelas mulheres do Estado de Minas Gerais em 2003.** Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílio – PNAD. Minas gerais. 2003

SPINK, Mary Jane P. **O conceito de representação social na abordagem psicossocial.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-08, Jul/Set. 1993.

TAVARES, Claudia Mara de Melo; TEIXEIRA, Enéas Rangel. Trabalhando com Representações Sociais na Enfermagem. In: GAUTHIER, J. H. M., et al. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.51-59.

TELLES, M. A. de F. **Conhecimento de mulheres em idade fértil sobre a importância do Papanicolau.** Rev. Enferm. UFPE, Recife, v. 2, n. 1, p. 103-11, 2008.

TENÓRIO, Inês Maria. **Representações sociais de mulheres: usuárias e profissionais de saúde sobre a prevenção do câncer ginecológico.** 1996. 162 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1996.

TORRES, Gilson de Vasconcelos; DAVIM, Rejane Marie Barbosa; COSTA, Teresa Neumann Alcoforado. **Prostituições: causas e perspectivas de futuro em um grupo de jovens.** Rev. latino-am. enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 9-15, 1999.

YII, Maria Encarna Sanahuja. **O cruel negócio da prostituição.** Folha feminista, n.43, 2003.

# APÊNDICES

## APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada “Exame preventivo do câncer de colo uterino: representações sociais das profissionais do sexo de Juazeiro-BA”, que tem como objeto de estudo Identificar as representações sociais das profissionais do sexo acerca do exame preventivo do câncer de colo uterino. Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido por mim, Sued Sheila Sarmiento, como atividade do Curso de Mestrado em Psicologia na área de concentração de Psicologia Social e Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob a orientação da sob orientação da Prof. Dr<sup>a</sup>. Zeidi Araújo Trindade.

A Sra. poderá participar ou não da pesquisa, bem como desistir em qualquer fase do estudo, sem qualquer prejuízo. Caso a Sra. aceite, todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais, de modo que os sujeitos serão identificados por nomes fictícios, garantindo o sigilo e o anonimato e assegurando a privacidade.

As informações poderão ser gravadas com o auxílio de um instrumento portátil em um local onde a Sra. poderá falar livremente sobre a sua experiência, caso aceite. A coleta dos dados será realizada de acordo com a sua disponibilidade e mediante a sua prévia autorização por escrito. Concordando em participar da entrevista, a Sra. poderá ouvir a fita e retirar ou acrescentar quaisquer informações. O material da gravação será por mim arquivado por 5 (cinco) anos e após esse período será destruído.

Ao participar desta pesquisa, a Sra. não terá nenhum tipo de despesa, bem como nada será pago por sua participação. Também não haverá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo possibilite maior compreensão acerca da Representação Social do Exame Preventivo, de forma a contribuir com subsídios para a discussão de ações possíveis de serem desenvolvidas nos serviços de referência deste serviço. Os resultados deste estudo serão publicados na dissertação e artigos científicos e divulgados em instituições especializadas.

Os aspectos acima mencionados respeitam a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa

através do telefone da instituição vinculada a pesquisadora (87) 3862-9319 ou no seu telefone particular (87) 8805-0170.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Confirmando ter compreendido todas as informações acima descritas e, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

---

Assinatura da entrevistada

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/200\_\_

---

Sued Sheila Sarmiento

Pesquisadora responsável

## APÊNDICE 2 - ESTÍMULO INDUTOR: ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MINTER/DINTER - UNIVASF

## ESTÍMULO INDUTOR:

Que palavras vêm na sua cabeça quando digo a expressão “Exame Preventivo”?

Diga-me 5 palavras (colocar na ordem que ela disser)

1<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

2<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

3<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

4<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

5<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Dessas palavras que você me disse, coloque na ordem da mais importante para a menos importante para você (escrever na ordem que ela disser)

1<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

2<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

3<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

4<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

5<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Escolha 2 palavras que melhor definem a expressão “Exame Preventivo” para você?

1<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

2<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Agora me diga por que a palavra 1 é importante. O mesmo para a palavra 2.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /200 \_\_\_\_

## APÊNDICE 3 - ESTÍMULO INDUTOR: IMAGENS MENTAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MINTER/DINTER - UNIVASF

Que imagem vem a sua cabeça quando digo a expressão “Exame Preventivo”? Antes da realização deste questionamento, as participantes serão treinadas para terem ciência do que está sendo solicitado, fazendo o mesmo exercício com futebol, novela. (justifique)

---

---

---

---

---

---

## APÊNDICE 4 - FORMULÁRIO - ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MINTER/DINTER - UNIVASF

**Projeto:**

“EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO UTERINO:  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS PROFISSIONAIS DO SEXO DE  
JUAZEIRO-BA”

**Idade:**

**Cor ou raça:** ( ) preta ( ) branca ( ) amarela ( ) parda ( )  
indígena

**Grau de escolaridade:**

( ) Nunca estudou ( ) Alfabetizada ( ) Antigo primário  
( ) Fundamental ou 1º grau incompleto ( ) Fundamental ou 1º grau completo  
( ) Ensino médio ou 2º grau incompleto ( ) Ensino médio ou 2º grau completo  
( ) Superior incompleto ( ) Superior completo

**Com quem mora?** ( ) Marido(esposa)/companheiro(a) ( ) Filhos ( ) outros

\_\_\_\_\_

**Religião**

( ) Católica ( ) Evangélica  
( ) Espírita ( ) Acredita em Deus, mas não tem religião  
( ) Ateu ( ) \_\_\_\_\_



**Condição financeira**

Vive às próprias custas, sem depender de ninguém?  Sim  Não

Se não:  parcialmente dependente  totalmente dependente

Quem ajuda você financeiramente?  Marido(esposa)/companheiro(a)  seu  
Pai / Mãe

parentes  amigos  outros \_\_\_\_\_

**Você sabe o que significa a sigla DST?**

Sim  Não

**Caso a resposta seja afirmativa, já teve algum tipo de DST?**

Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

**Você sabe o que são métodos contraceptivos?**

Sim  Não

**Caso a resposta seja afirmativa, faz uso de métodos contraceptivos?**

Sim  Não

**Quais?**

Anticoncepcional Hormonal Oral - ACHO  Camisinha masculina

Camisinha feminina

Método combinado  \_\_\_\_\_

**Você sabe o que é o exame preventivo?**

**Você acha importante a realização do exame preventivo? Por quê?**

**Você sabe qual a finalidade do exame preventivo?**

**Você já realizou o exame preventivo? Se nunca realizou, qual o motivo?**

**Se realizou, com que frequência você se submete ao exame preventivo?**

**Quando foi a última vez que você realizou o exame preventivo?**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/200\_\_

# ANEXOS

18/03/13

Andamento do Projeto

Andamento do projeto - CAAE - 0754.0.000.441-10

**Título do Projeto de Pesquisa**  
EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS PROFISSIONAIS DO SEXO DE JUAZEIRO/BA

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	11/03/2010 17:33:47	13/04/2010 17:19:40		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
3 - Protocolo Aprovado no CEP	13/04/2010 17:19:40	Folha de Rosto	09/2010	CEP
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	11/03/2010 17:33:47	Folha de Rosto	0754.0.000.441-10	CEPV
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	04/03/2010 14:55:20	Folha de Rosto	FR321732	Pesquisador

[Voltar](#)