
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA SOBRE LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER CERVICOUTERINO¹

Maria Cristina de Melo Pessanha Carvalho², Ana Beatriz Azevedo Queiroz³, Márcia de Assunção Ferreira⁴

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação - Representações sociais de mulheres portadoras de lesões precursoras do câncer cervicouterino: um novo olhar pela enfermagem ginecológica, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em 2009.

² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEAN/UFRJ. Enfermeira do Hospital Federal de Ipanema e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: mcrismelo4@hotmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: anaqueiroz@oi.com.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAN/UFRJ. Pesquisadora 1D CNPq. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: marciadeaf@ibest.com.br

RESUMO: Objetivou-se identificar as representações sociais de mulheres em idade reprodutiva acerca das lesões precursoras do câncer cervicouterino e analisar suas repercussões frente ao seu tratamento e prevenção. Pesquisa qualitativa, com base na Teoria das Representações Sociais, realizada em um hospital público do município do Rio de Janeiro, com 30 mulheres em idade fértil, no ano de 2009. Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada. Aplicou-se análise lexical através do software Alceste 2010, organizando-se os resultados em cinco classes temáticas: doença que vem do sexo: do homem/companheiro; cura: cuidado médico e tratamento convencional; doença que vem da rua; necessidade de mudanças de hábitos de vida; e o desespero da descoberta das lesões. Concluiu-se que as representações sociais das mulheres com alterações cervicais aludem a interações acerca da vivência da sexualidade, repercutindo no uso social de seu corpo, com implicações para a vida conjugal.

DESCRIPTORES: Enfermagem oncológica. Saúde da mulher. Neoplasia intraepitelial cervical.

THE SOCIAL REPRESENTATIONS OF WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE ON CERVICAL CANCER PRECURSOR LESIONS

ABSTRACT: The aim was to identify the social representations of women of reproductive age regarding cervical cancer precursor lesions and analyze their consequences in relation to treating and preventing them. It is qualitative research, based in the Theory of Social Representations, and was undertaken in 2009 in a public hospital in the city of Rio de Janeiro, with 30 women of reproductive age. The data was collected through semi-structured interviews. Lexical analysis was applied using the Alceste 2010 software, the results being organized into five thematic classes: disease coming from sex: from the man/partner; cure: medical care and conventional treatment; disease which comes from the street; need for changes in living habits; and the despair of the discovery of the lesions. It is concluded that the social representations of the women with cervical changes refer to interactions relating to the experiencing of sexuality, impacting the social use of their bodies, with implications for their married lives.

DESCRIPTORS: Oncologic nursing. Woman health. Cervical intraepithelial neoplasia.

REPRESENTACIONES SOCIALES DE MUJERES EN EDAD REPRODUTIVA SOBRE LESIONES PRECURSORAS DEL CÁNCER CERVICAL UTERINO

RESUMEN: Se objetivo identificar las representaciones sociales de mujeres en edad reproductiva acerca de las lesiones precursoras del cáncer cervical uterino y analizar sus repercusiones frente a su tratamiento y prevención. Investigación cualitativa, basada en la Teoría de las Representaciones Sociales, realizada en un hospital público de La ciudad de Rio de Janeiro, con 30 mujeres en edad reproductiva, en el año de 2009. Los datos ha sido recolectados mediante entrevista semi-estructurada. Se aplicó análisis lexical a través del software Alceste 2010, se organizando los resultados en cinco clases temáticas: enfermedad que viene del sexo: del hombre/compañero; cura: atención médica y tratamiento convencional; enfermedad que viene de la calle; necesidad de cambios de hábitos de vida; y desespero de la descubierta de las lesiones. Se concluyó que las representaciones sociales de las mujeres con alteraciones cervicales aluden a las interacciones acerca de la vivencia de la sexualidad, repercutiendo en el uso social de su cuerpo con implicaciones para la vida conyugal.

DESCRIPTORES: Enfermería oncológica. Salud de la mujer. Neoplasia intraepitelial del cuello uterino.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero constitui um grave problema de saúde pública no Brasil, por se tratar de uma doença com um dos maiores índices de mortalidade na população feminina.¹ A identificação das alterações cervicais do câncer cervicouterino destacam-se como fator relevante na prevenção e detecção precoce da doença, no combate da morbimortalidade por esse tipo de neoplasia. As Lesões Precursoras do Câncer de Colo do Útero (LPCCUs) definem-se pela presença de modificações do epitélio original, constituindo as lesões pré-cancerosas que podem evoluir para este tipo de tumor.²

As LPCCUs atingem diretamente o corpo da mulher, que traz em si valores e significados fundamentais para a identidade feminina, já que é através dele que as relações de feminilidade, sexualidade, gênero e questões sociais se expõem e ganham amplitude. Este processo de elaboração sofre influência de experiências prévias dos sistemas de referências e dos valores dos sujeitos e implica na mobilização dos afetos que, em articulação, contribuem para formar representações sobre a realidade, pois as representações sociais assumem papel importante na elaboração de maneiras coletivas de ver e viver o corpo a partir da difusão de modelos de pensamento e de comportamento relacionados a ele.³

Em se tratando dessa patologia, há que se considerar não somente a existência da ferida ou de uma lesão no colo do útero, mas também as manifestações de um universo subjetivo sobre o corpo feminino, que produz representações e que, por sua vez, interfere na maneira como as mulheres pensam e agem frente à patologia, inclusive mudando suas trajetórias de vida, com reflexos em seu contexto social e interferindo em suas expectativas futuras, como por exemplo, poder gestar.

Isto porque as LPCCUs podem afetar tanto a fase reprodutiva quanto a vivência da sexualidade feminina, sendo ambas importantes na vida de uma mulher. Tanto uma quanto a outra devem ser vividas de forma saudável e satisfatória, sendo a sexualidade uma categoria que transcende à biologia dos processos fisiológicos e patológicos, abarcando as vivências e a subjetividade feminina.⁴

Na abordagem às mulheres com vistas à prevenção das LPCCUs há que se investir no entendimento sobre a importância das influências históricoculturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas de saúde pública, justamente porque tais lesões envolvem a tríade corpo-sexualidade-

feminilidade. Estas influências incidem na maneira como as mulheres enfrentam o exame preventivo, e os significados por elas atribuídos aos exames e à patologia podem servir para o planejamento e adequação de orientações de prevenção.⁵

As LPCCUs se constituem em um constructo biológico, social e cultural, e são fonte de significações e representações no imaginário das mulheres, o qual sofre influências de seu meio social, valores, crenças e também da mídia. Por acometer o corpo feminino e afetar a sexualidade, tais lesões tornam-se relevante para as mulheres, mobilizando seus pensamentos e afetos, em especial quando as mesmas estão na fase reprodutiva, uma vez que doenças ginecológicas são objeto de preocupação para o pleno exercício da feminilidade, através da reprodução, pois muitas dúvidas emergem no sentido de saber se irão ou não poder engravidar, caso sejam acometidas por tal patologia.

Mediante experiências de cuidados com mulheres com essas alterações no colo uterino foram observados uma diversidade de comportamentos. Algumas mulheres demonstravam estarem muito comprometidas com os tratamentos, outras acreditavam já ter câncer e que iriam morrer. Essa diversidade nos fez optar por desenvolver um estudo que ressaltasse as representações sociais que essas mulheres têm frente a essa problemática, buscando desvelar quais conteúdos constituem tais representações e a partir daí entender suas atitudes de cuidado e tratamento, diante das vivências com as alterações cervicais.

Em face do exposto, quando se estuda as LPCCUs é fundamental que se compreenda e se investigue também as subjetividades que envolvem a complexidade dessa situação para a saúde da mulher, justamente por ser uma patologia fortemente relacionada com a vivência do corpo feminino e sua sexualidade. Tornam-se, assim, relevantes os estudos que não só abarquem essa problemática através da abordagem única e exclusivamente técnica e biologicista, mas que valorizem e destaquem o indivíduo social como sujeito pensante.⁶ Neste íterim se ressaltam as pesquisas de representações sociais, principalmente no campo da saúde pública, por evidenciar os saberes, os afetos, as condutas frente às enfermidades e o cuidado e seu tratamento, uma vez que a abrangência de questões psicossociais, e não apenas das que tangenciam a epidemiologia das doenças e as tecnologias ligadas aos processos de tratamento, torna-se importante para que se possa adequar não só as condutas e procedimentos, mas também as

ações de promoção à saúde frente à realidade de quem vivencia o problema.⁷

Os resultados de pesquisas no campo das representações sociais oferecem outra vertente para o profissional de saúde pensar sobre como cuidar, mediante estratégias para captar as usuárias, de acordo com seus valores e constituições do seu cotidiano, alicerçadas ao longo de suas vidas. Delineia-se como prática dos profissionais da enfermagem atuar de maneira diferenciada, atendendo às necessidades e expectativas dessas mulheres, não visando apenas tratá-las, mas cuidá-las, contemplando seus valores e sua inserção em uma produção subjetiva, social e individual em que se encontra o sujeito da doença.⁸

Nessa perspectiva, os objetivos dessa pesquisa foram identificar as representações sociais de mulheres em idade reprodutiva acerca das lesões precursoras do câncer cervicouterino e analisar suas repercussões frente às atitudes acerca do tratamento e prevenção deste tipo de câncer.

METODOLOGIA

Pesquisa de natureza analítica, com tratamento quantitativo dos dados, e análise qualitativa de conteúdo, do tipo lexical. Definiu-se como referencial teórico para este estudo a Teoria das Representações Sociais (TRSs), por esta valorizar os aspectos socioculturais e psicossociais que envolvem os objetos⁷ que, no caso desta pesquisa, trata-se de uma patologia restrita ao universo feminino. Buscou-se elucidar os conteúdos das representações sociais, aplicando-se a vertente processual da teoria.

Os objetos de pesquisa em Representações Sociais (RSs) são psicossociológicos, guardando relações entre o universo subjetivo e social dos sujeitos, pela importância que adquirem em seus cotidianos de vida. À luz da TRS, na formação das representações, as mulheres processam as informações advindas do universo científico com as que circulam nas conversações cotidianas e com os saberes de suas próprias experiências. Esta teoria aplica-se aos estudos sobre o universo de conhecimento do senso comum e investe em desvelar os saberes práticos que orientam os sujeitos e contribuem para os processos de formação de condutas,⁹ e isto justifica sua aplicação nesta pesquisa.

O cenário foi uma instituição pública federal localizada no município do Rio de Janeiro, destacado como referência em serviço de patologia cervical. Participaram 30 mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: diagnóstico

confirmado através de colposcopia e exame histopatológico de LPCCU; estar em processo de tratamento na referida instituição; ter mais de 18 anos; e estar na faixa etária do período reprodutivo e em condições de fertilidade. Foram excluídas as mulheres que ainda aguardavam confirmação diagnóstica, as menores de 18 anos, as sem condições de fertilidade e as que se recusavam a participar. A opção por tais critérios ocorreu em virtude de que as RS são formadas de acordo com os referentes psicossociais que as orientam, cabendo ao pesquisador eleger as variáveis que podem incidir na construção de tais representações. No caso do objeto desta pesquisa, considerou-se que o pensar e o agir das mulheres com LPCCU diferenciam-se, principalmente, pela fase da vida em que as mulheres se encontram no que se refere à reprodução, uma vez que a patologia em tela, objeto da representação, pode afetar esta condição. Nesse sentido, a faixa etária variou entre 20 e 45 anos.

Os dados foram produzidos no período de fevereiro a junho do ano de 2009, por meio de entrevistas semiestruturadas, com duração de aproximadamente 60 minutos, sendo registradas eletronicamente.

Os textos das entrevistas foram transcritos na íntegra e identificadas de acordo com os códigos que traduziam o número da entrevista, em ordem sequencial, de acordo com sua realização e a idade das mulheres. Todo o *corpus* de texto foi submetido ao processamento do software Alceste 2010, o qual realiza análise lexical de conteúdo mecanizada através da técnica de análise hierárquica descendente de conteúdo textual, ou seja, “opera uma abordagem pragmática do texto centrada na co-ocorrência lexical [...] numa unidade contextual do texto”.^{10:89}

Este programa aplica técnicas quantitativas de agrupamento de palavras, através de seus léxicos, identificando as informações que são essenciais, presentes em um texto, pela significância estatística das palavras medidas pela frequência de aparição, em qui-quadrado (X^2). O valor do X^2 indica a importância que a palavra tem na construção da classe lexical gerada pelo programa, orientando a seleção dos segmentos de texto mais significativos organizando-os em classes, os quais indicam o sentido atribuído pelo sujeito ao objeto investigado. Desse modo, o pesquisador empreende a análise qualitativa do conteúdo presente nos trechos selecionados pelo programa, representativos de cada classe lexical.

Cada entrevista corresponde a uma Unidade de Contexto Inicial (UCI) que, por sua vez, gera

Unidades de Contexto Elementar (UCEs), recortadas pelo *software*, à luz das classes, as quais correspondem às unidades de análise de texto, representadas por recortes de conteúdos presentes nas entrevistas. No processo de análise do material, o programa apresentou um bloco chamado de dendograma, e organizou os léxicos quantitativamente relevantes em cinco classes, por sua incidência nos discursos. Tais classes agruparam as UCEs que, após a leitura analítica e interpretativa do pesquisador, foram nominalmente identificadas pelos sentidos que tais léxicos e UCEs agrupados remeteram. Após esta organização, em processo de análise e interpretação, as classes e suas UCEs tiveram seus conteúdos discutidos à luz do referencial teórico adotado na pesquisa.

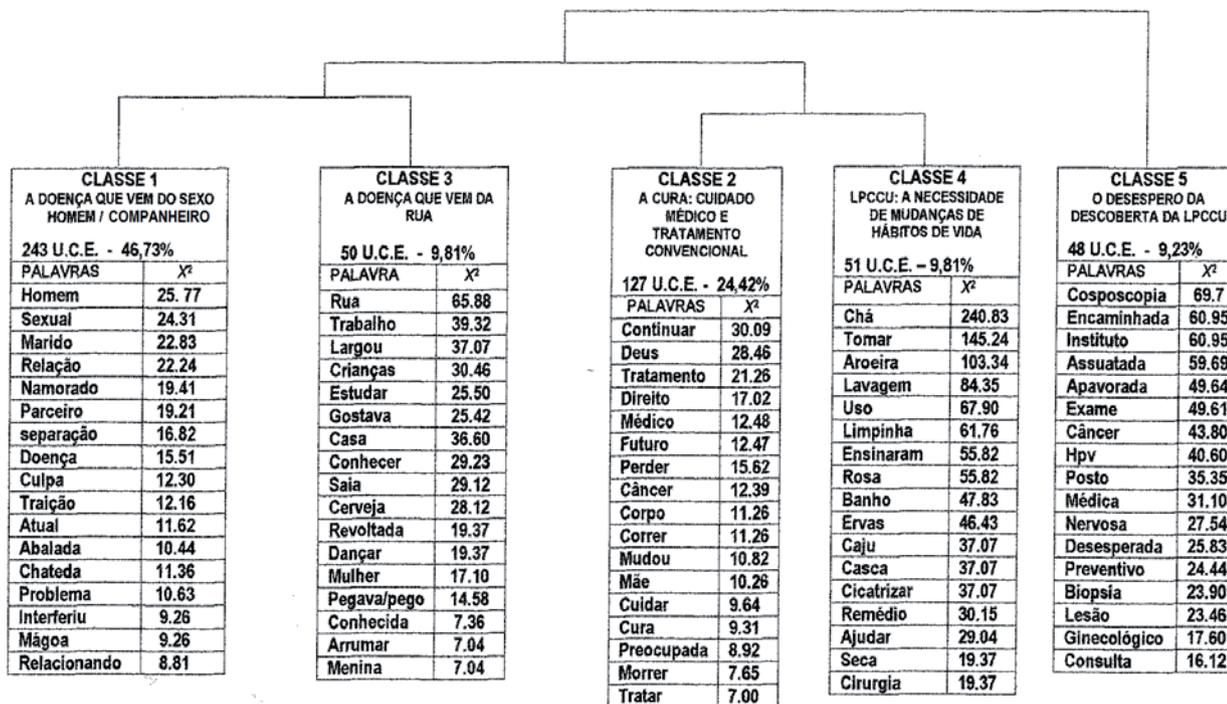
Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa teve o atendimento da Resolução n. 196/96, que envolve pesquisa com seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob Protocolo n. 02/2008. Todos

os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo o sigilo absoluto e o anonimato dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o processamento dos textos, o *corpus* foi dividido em 906 UCEs, sendo que o programa selecionou para análise 520 UCE, correspondendo a 70,40% de aproveitamento do *corpus*.

As cinco classes do *corpus* indicaram que a produção verbal dos sujeitos, ilustrando as RSs, que foram elaboradas a partir da convivência com as LPCCUs, apresentou as seguintes temáticas: classe 1 - doença que vem do sexo: do homem/companheiro; classe 2 - cura: cuidado médico e tratamento convencional; classe 3 - Lesões precursoras de câncer do colo uterino: a doença que vem da rua; classe 4 - Lesões precursoras de câncer do colo uterino: necessidade de mudanças de hábitos de vida; e classe 5 - Desespero da descoberta das lesões precursoras de câncer do colo uterino.



Legenda: χ^2 - qui quadrado.

Figura 1 - Dendograma de classificação hierárquica descendente efetuada pelo Programa *Software Alceste*

Identifica-se a existência de uma ligação significativa entre as classes 1 e 3, no que se refere ao surgimento do problema, e de que maneira ele se instalou na vida das mulheres entrevistadas, ou seja, a origem das LPCCUs. No entanto, a classe

1 demonstra que a lesão vem do sexo, especialmente da figura masculina, do seu parceiro, mas não necessariamente como consequência de uma traição. Diferente da classe 3, em que a origem está na traição do marido, no sexo promíscuo, centrada

na figura da mulher da rua. Observam-se com isso dois pólos de uma mesma origem centrada no sexo masculino, demarcando as condutas para tomada de atitudes imediatas, tais como afastamento do parceiro e busca rápida da cura.

A classe 4 ilustra que, ao se depararem com o problema, as mulheres tomam a consciência de que necessitam mudar seus comportamentos e cuidarem mais de si; enquanto a classe 5 traz os sentimentos negativos mobilizados em face da descoberta do problema de saúde e as consequências que o mesmo pode trazer para suas vidas.

Por conta da proximidade temática entre as classes 1 e 3 e 2 e 4. Tais classes estão apresentadas e discutidas nesta ordem.

Classe 1 - Doença que vem do sexo: do homem/companheiro

A classe 1 é composta de 243 UCEs (46,73%), cujos conteúdos revelam a crença de que as LPCCUs têm raiz no ato sexual, tendo como a figura principal o homem como transmissor da doença. As mulheres entendem que o homem seja o transmissor do problema. É ele quem as contamina, através da relação sexual, levando-as a adquirirem as alterações cervicais. Apesar disso, há um sentimento de conformação com a situação.

Homem geralmente nunca sabe. Via aquelas verrugas do lado dele, mas verruga aparece em qualquer um. Meu marido tinha verrugas nos dedos também, mas ele nem imaginava. Não significou traição não, ele veio de outro casamento também, nem a ex-mulher dele também sabia (E1, 44 anos).

As mulheres classificam as LPCCUs como um problema advindo do homem, mas não um problema que veio de uma traição, podendo surgir como uma casualidade. Nesse contexto, não é uma doença de culpabilização do companheiro na atualidade. Reconhecem que o homem, como meio transmissor, é mais propenso ao sexo, tendo tido anteriormente outras parceiras ou outros relacionamentos sexuais, que pode ser a causa do problema.

Então, ele tem o vírus, e depois, ao longo de um tempo, é que se manifesta, e meu marido é um homem que tinha vida sexual ativa anteriormente, realmente (E8, 45 anos).

A figura masculina aparece como o principal vetor transmissor da doença, e mostra como esta representação se assenta nos discursos sexistas produzidos na cultura. Explica-se a doença através da aceitação de que o homem, o qual, historicamente, sempre teve maior ligação com o sexo e

prazer sexual, exerça práticas que atendam as necessidade inerente ao seu gênero.¹¹ Denota-se, ainda, que a situação de subordinação das mulheres tenha grande influência sobre sua saúde.¹² Sendo assim, essas questões podem estar vinculadas ao discurso médico, quando este aponta a relação sexual como a forma de contágio. O discurso científico concretiza esta realidade, já que o fato de as concepções a respeito de saúde/doença possuírem características próprias de acordo com o contexto cultural do indivíduo que compõe a sociedade, pois a doença é vista como um fenômeno psicossocial historicamente construído.¹³

É importante perceber como se articula esse processo de construção de representações destas mulheres, mediante um modelo médico paradigmático e que passa a fazer parte de seus cotidianos, sendo capaz de definir e interferir em suas relações afetivoconjugais.

Classe 2 - Lesões precursoras do câncer Cervicouterino: doença que vem da rua

Esta classe compreendeu 50 UCEs (9,81%). Diferentemente da classe 1, a origem do problema, para estas mulheres em idade reprodutiva, vem da rua, de outras mulheres, mobilizando sentimentos de traição e revolta. O problema que vem da rua, vem do sexo, envolve outras mulheres, noitadas, bebidas e prostituição. Desta forma, a traição vincula-se às lesões, ocasionando uma árdua convivência com um problema, que foi trazido pelo parceiro, para dentro do lar.

Na minha cabeça significou isso: arrumou uma mulher fora, acabando botando nele, e passou para mim (E27, 29 anos).

Ele saía com mulheres na rua e de repente pode ter passado para mim. Ele aprontava muito na rua, saía com qualquer tipo de mulher (E15, 28 anos).

O contexto da traição, da doença da rua, traz à tona uma conotação pejorativa e de promiscuidade para a origem das LPCCUs. A novidade se estabelece quando descobrem que o seu problema vem de fora, de outras mulheres, para a sua intimidade, para o seu lar. Neste sentido, ancoram a origem da doença naquilo que está fora, na traição e em um sistema de pensamento pré-existente: a desconfiança e deslealdade. As imagens não se separam do potencial criativo dos sujeitos, acabam se reorganizando de uma nova forma.¹⁴ Objetivam e dão forma concreta à LPCCU, como a doença que vem da rua. Isto as leva a mudarem de tática para lidarem com a nova situação; olham mais para

si, cuidam mais de si e deixam, parcialmente, de se dedicarem aos seus parceiros. Pensam que se estes foram capazes de praticar a traição, devem se afastar deles, como, por exemplo, evitando ter relação sexual, já que, assim, estariam também se afastando da causa da doença. Contudo, trata-se de um processo que a intriga e compara com a situação que passa a ser apropriada.⁷

Se eu saio, não preciso esquentar a cabeça, almoço, isso tudo ele faz, lava a roupa, isso ele aprendeu devido à traição, que antes era roupinha passada, tenizinho lavado, e ele na rua solto. Agora mudou. Vou cuidar só de mim, ficar boa, não quero saber mais dele (E26, 30 anos).

Revoltadas com a atitude de seus companheiros, por terem lhes transmitido a doença, usam como armas a abstinência sexual e ainda colocam o parceiro para participar dos afazeres domésticos. Diferente da classe 1, em que a figura masculina foi a peça principal da origem das LPCCUs, nesta classe denota-se que o problema não só surgiu do homem, mas da sua promiscuidade, da rua, de outra mulher e de fora de casa. Para entenderem o problema, culpam outros (parceiro e outra mulher) que levaram o problema de fora para dentro de seu lar, trazendo desafetos. A projeção de ações que não são aceitas socialmente está relacionada a um sistema de defesa primário.¹⁵ Nesse contexto, dado a origem da doença, formam-se as representações desencadeando comportamentos que se configuram em estratégias para lidarem com a situação e não colocarem em risco sua vida: afastam-se de seus parceiros, aqueles que trouxeram a LPCCU para dentro de seus corpos. Sendo assim, o pensamento implica no julgamento e atribuição de valores acerca de uma representação.¹⁶

Por fim, as entrevistadas, diante da descoberta do problema, percebem a necessidade de mudar de estilo de vida livrando-se de costumes nocivos à sua saúde. O útero, para estas mulheres é ativo, propiciando a maternidade e a reprodução. Acreditam que a origem do problema veio do companheiro/parceiro e companheiro/sexo promíscuo. Optam pelo tratamento convencional, pois esperam a cura rápida, pois ainda almejam serem mães.

Classe 3 - Cura: cuidado médico e tratamento convencional

Esta classe compreendeu 127 UCEs (24,42%) e detectou que a prática do cuidado se insere na vida destas mulheres, quando estas se deparam com a LPCCU. Seguem o que é recomendado e

prescrito pelo médico, pois têm interesse na rápida cura do problema.

Mudei a maneira de pensar, de me cuidar. Se eu estou com problema, eu vou ver o que é. Vou procurar um médico e vou ver. Então, se ele deu o tratamento para você fazer, faz tudo direitinho que vai dar certo (E18, 42 anos).

Agora tenho cuidado de me alimentar, me tratar, fazer os acompanhamentos médicos, de dar continuidade ao tratamento, de não abandonar (E22, 44 anos).

Acreditam na cura da LPCCU e, por isso, seguem as orientações médicas, peregrinam em hospitais para realização de exames, preocupam-se em dar seguimento ao tratamento, não faltando às consultas e, ainda, mudam o estilo de vida para se cuidarem melhor.

Ao longo da história sobre a saúde na sociedade ocidental, observa-se um processo de medicalização dos cuidados, que acabou por influenciar a reelaboração dos saberes populares, amparados na experiência concreta em comunhão com suas vivências com o profissional de saúde. Os saberes sociais sobre o cuidado à saúde foram, aos poucos, sendo postos em segundo plano, mas este saber tem bases explicativas próprias e não deve ser negligenciado, já que orienta os sujeitos em suas ações cotidianas.¹⁷⁻¹⁸ Em se tratando do campo da saúde da mulher, observa-se que o discurso biomédico manipula o corpo feminino e, através da medicalização e da intervenção médica, se definem quais condutas são mais adequadas ao seu cuidado.¹⁹

Neste ínterim, se ressalta que há uma concorrência entre o discurso médico-científico (reificado) e os saberes populares, e embora haja estudo que mostre que os usuários, antes de procurarem pelo serviço de saúde oficial, utilizam recursos populares para solucionarem seus problemas de saúde,²⁰ as mulheres desta pesquisa comunicaram justo o contrário, ao se referirem às práticas de cuidado em relação às LPCCUs: optam por escolherem as terapêuticas médicas e não as alternativas, evidenciando a crença na efetividade e eficácia do tratamento médico, o que vem ao encontro de seus anseios de maternidade.

Esses negócios de chá eu não uso não, eu tenho medo. Às vezes eu aplico uma pomadinha pra ficar limpinha, mas negócio de chá, de ervas, não. Tenho medo. Acho que essas coisas de ervas demoram muito, pois ainda quero ter filhos (E15, 28 anos).

Esta UCE mostra a importância de se compreender o contexto cultural no qual se estabelecem as práticas cotidianas de cuidado e seu papel na construção de representações acerca de suas

próprias vivências no circuito médico em relação à saúde/doença, e às expectativas das mulheres em relação ao seu corpo.

As mulheres são mais confrontadas com questões de saúde ao longo da vida, devido ao seu lugar na reprodução da espécie, na vida cotidiana e familiar.²¹ Desta maneira, estas mulheres com LPCCU fazem parte de um contexto que envolve questões sobre a maternidade e a reprodução, somadas aos sentimentos negativos quanto à sua feminilidade e sexualidade, interagindo com conflitos conjugais diante de tais lesões. Por isso seguem as prescrições médicas, preocupam-se em realizar o tratamento correto e por terem pressa de se libertarem da doença, pois assim não ficam impedidas de terem filhos e se relacionarem com seus parceiros.

As ações médicas, vistas como discurso e prática legítimos de tratamento, indicam marcas de progressão e mudança no percurso da doença, e as leva a se colocarem favoráveis ao seu seguimento, demonstrando, assim, duas dimensões das representações sociais: a informação e a atitude.⁷

Classe 4 - Lesões precursoras do câncer cervicouterino: necessidade de mudanças de hábitos de vida

Esta classe compreendeu 51 UCEs (9,81%), cujos conteúdos mostram o movimento das mulheres em busca de mudança no estilo de vida, após a descoberta da LPCCU. Esta classe, também apresenta a dimensão da atitude como uma das dimensões sobre as quais se estrutura a representação social, pois as mulheres em idade reprodutiva com LPCCU decidem modificar a maneira de se cuidar, alterando seus hábitos de vida, como forma de solucionar o problema.

Agora eu caminho, vou para a escola a pé, fecho mais a boca, tomo mais líquido, salada. Eu como bastante verdura, frutas (E26, 30 anos).

Mudam-se os costumes, principalmente deixando de lado hábitos nocivos à saúde como fumar, beber, comer inadequadamente, dentre outros. Essas mulheres acreditam que novas condutas irão beneficiar o processo de tratamento e cura da LPCCU com maior rapidez. É a corrida para a melhora de um problema que poderá levá-la a desenvolver uma doença mais séria. Buscam, ainda, cuidarem mais de si, pois o senso comum que perpassa pelo imaginário social das mulheres com LPCCU é associado a um sentimento de falta de cuidado e de atenção para consigo, sendo este tomado como motivo para terem o problema.

Hoje eu penso diferente: eu penso que antes de tudo, eu. Eu tenho que gostar mais de mim, você acaba deixando para lá, se abandonando. Vou ficar mais bonita (E25, 41 anos).

As práticas de cuidado do corpo são orientadas por representações que resultam de experiências sociais.²² Estas mulheres, ao vivenciarem situações de não cuidado do outro para consigo, revisam suas práticas cotidianas e estabelecem ações para protegerem a sua saúde. Desta forma, ao sentirem que sua feminilidade, juventude, capacidade de reprodução e sexualidade estão ameaçadas, reconhecem a necessidade de modificarem seus modos de pensarem e agirem em relação às suas saúdes e aos usos de seus corpos, segundo a noção de qualidade de vida que elas conhecem, relacionando-se o modo, condições e estilos de viver, pois quando se trata de saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção de padrões de conforto que a sociedade estabelece e as dimensões subjetivas da qualidade de vida.²³

Classe 5 - Desespero da descoberta das lesões precursoras do câncer cervicouterino

Esta classe está composta por 48 UCEs (9,23%) e indica o sentimento de desespero e preocupação que acomete as mulheres após a descoberta do problema. Os conteúdos das UCEs apontam que é no percurso médico-hospitalar que elas vivenciam a intranquilidade de estarem com LPCCU, pois a concepção de que a ferida é uma lesão maligna, que poderá levar a problemas de ordem sexual, reprodutiva, e até a morte, traz sentimentos de medo e pavor.

Aí eu entrei em desespero, comecei a chorar e perguntei a ele [médico] se a ferida era maligna (E16, 35 anos).

Fiquei preocupada, achei que era uma ferida grave, que estava tendo um câncer, fiquei apavorada, pensei logo que ia perder o útero, ficar sem vida sexual, essas coisas (E23, 29 anos).

Como muitas mulheres não sabem do que realmente se trata a doença, surgem dúvidas e conflitos quanto ao diagnóstico. O medo de morrerem e estarem com uma doença muito grave vem à tona quando vivenciam a situação de gravidade de outras mulheres que convivem no mesmo ambiente em que as ideias, as conversas e informações de doença ruim e morte circulam. Surge para as mulheres em idade reprodutiva, o medo de estarem com uma doença que está vinculada à finitude devido ao câncer. Existe o receio de perderem o útero, órgão

que pertence apenas às mulheres e que têm funções inerentes à natureza biológica.²¹ As LPCCUs são o conhecimento novo, o desconhecido que gera ansiedade e medo, buscam ancorar esse novo em algo que já lhes seja familiar, pois para se entender e lidar com o problema é necessário que se traga o desconhecido para um circuito familiar.⁷ Neste sentido, algumas mulheres incorporam a ideia de que necessitam de assistência, pois caso não o façam, a doença poderá evoluir e levá-las à morte. Esta classe remete a uma situação de risco de se ter uma doença grave, fazendo emergir um processo de simbolismos e significados. Diante do desconhecido, as mulheres em idade reprodutiva começam a pensar e a agir, adotando uma posição de defesa frente à ameaça de desenvolver um câncer, sem mesmo realizar sonhos como o da maternidade, como ilustra a classe 4, que traz mudanças no estilo de vida.

Neste ínterim, ressalta-se o papel da enfermagem na atenção às mulheres, com vistas a implementar ações que contribuam para que elas possam melhor entender os processos que a conduzem ao adoecimento, bem como a reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero ao promoverem “a construção da cultura de prevenção, a ampliação do acesso das mulheres aos serviços de saúde, a realização dos testes diagnósticos, e a captação e seguimento adequado das mulheres de risco”.^{24:344-5}

Os resultados obtidos com a análise de conteúdo lexical das classes geradas pelo Alceste mostram, claramente, a dimensão afetiva das RSs, na interação que as mulheres estabelecem entre as experiências subjetivas na vivência do problema e as relações que estabelecem com as percepções objetivas de sua vida cotidiana em família, com seus companheiros, implicando na forma como reconstróem os sentidos sobre sua relação conjugal, e as condutas para com eles e consigo,²⁵ o que contribui sobremaneira para se pensar ações educativas de cunho preventivo desta enfermidade e de promoção à saúde da mulher.

CONCLUSÃO

Os resultados mostraram conteúdos que compõem as RSs acerca das LPCCU, permitindo compreender como pensam e agem as mulheres diante de sua vivência com este problema de saúde e os diversos significados que são marcados em suas vidas. Em face de suas representações, evidencia-se o conhecimento de que as LPCCUs estão ligadas ao sexo, mas a novidade está no fato de atribuírem a sua origem à figura masculina, em duas vertentes de possibilidade: por um lado,

pela sua própria condição, o homem está exposto a múltiplas possibilidades de contágio pela vida sexualmente ativa socialmente aceitável, o que gera nas mulheres sentimento de conformismo frente à doença; por outro, quando a doença entra na sua vida através do homem, que a adquiriu de outra mulher, como fruto de traição conjugal, a doença reveste-se de um cunho pejorativo e de promiscuidade, gerando sentimento de revolta. Neste último caso, detecta-se que as mulheres assumem uma conduta de cuidado mais voltadas a si, diminuindo a dedicação aos parceiros, punindo-os com a abstinência e o trabalho doméstico. Observa-se, portanto, um redirecionamento de ações assentadas em mudança de comportamento frente à sua própria sexualidade.

Mediante informações que circulam e simbolismos que emergem acerca das vivências das mulheres com as alterações cervicais, são gerados pensamentos e ações para lidarem com a situação. A associação que fazem das lesões com feridas malignas as leva ao despertar para o autocuidado com mudanças nos hábitos de vida e à busca do tratamento médico convencional. Este tratamento evidencia e objetiva a emergência biomédica do corpo lesionado, mas ao mesmo tempo serve de veículo de proteção à manutenção da ordem feminina, de sua sexualidade e função reprodutiva no preparo para a maternidade, ameaçada pela doença. Sendo assim, o enfermeiro, como profissional de saúde, deve aprimorar seu olhar para a prática, voltada para um contexto social e cultural da doença em um corpo feminino, visando um melhor entendimento das atitudes destas mulheres frente às LPCCUs.

Os resultados gerados nesta pesquisa apontam que se faz necessário que se tenha maior divulgação sobre do que se tratam as LPCCUs junto às mulheres, atrelando-se a estas discussões que envolvem a vivência da sexualidade, os usos sociais do corpo e as implicações disso para a vida conjugal. Busca-se com isso uma assistência qualificada e dotada de uma visão mais ampla do problema para atender às reais necessidades das mulheres com esta patologia, para que elas possam ter uma melhor compreensão da situação vivida e, desta forma, possam cuidar melhor de si mesmas e de suas famílias, contribuindo para a redução da morbimortalidade do câncer cervicouterino entre a população feminina.

Como limitações da pesquisa ressaltam-se o quantitativo de mulheres participantes e a circunscrição em um grupo específico: o de mulheres acometidas pelas LPCCUs em idade fértil. Haja vista

que as representações sociais são entendidas à luz dos grupos sociais que as engendram, a ampliação da pesquisa com outros grupos sociais pode gerar resultados importantes para uma discussão mais abrangente acerca do objeto e do cuidado de enfermagem voltados às mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012. Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro; 2012: [acesso 2012 Feb 12]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5
2. Bosch FX, You-Lin Q, Castellsagué X. The epidemiology of human papillomavirus infection and its association with cervical cancer. *Int J Gynecol and Obstetrics*. 2006; 94 (suppl. 1):8-21.
3. Kenny S, Camargo BV, Bertoldo RB. Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. *Psic.: Teor. Pesq.* 2009 Abr-Jun; 25(2):229-36.
4. Trindade WR, Ferreira MA. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. *Texto Contexto Enferm.* 2008 Jul-Set; 17(3):417-26.
5. Cruz LMB, Loureiro RP. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde Soc.* 2008; 17(2):120-31.
6. Coelho MS, Silva DMGV, Padilha MIS. Representações sociais do pé diabético para pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev Esc Enferm USP.* 2009 Mar; 43(1):65-71
7. Moscovici S. *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.
8. Rey FLG. As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer. *Psicologia: Teoria Prática.* 2006; 8(2):69-85.
9. Viana N. *Senso comum, representações sociais e representações cotidianas*. Bauru, São Paulo (SP): Edusc; 2008.
10. Lima LC. Programa Alceste, primeira lição: a perspectiva pragmatista e o método estatístico. *Rev Edu. Pública.* 2008 Jan-Abr; 17(33): 83-97.
11. Azevedo LT. Uma análise das relações de gênero na obra a hora da estrela de Clarice Lispector. *Rev Letra Magna.* 2008 Jan-Jun; 4(8):1-12.
12. Galvão EF. Gênero e saúde; representações e práticas na luta pela saúde da mulher. In: *Anais Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder*, 2008 Ago 25-28; Florianópolis-Brasil. Santa Catarina: Políticas de mulheres e políticas de gênero; 2008. ST 57.
13. Spink MJ. *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007.
14. Trindade, ZA, Santos MFS, Almeida AMO. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In: Almeida AMO, Santos MFS, Trindade ZA, organizadoras. *Teoria das Representações Sociais 50 anos*. Brasília (DF): Technopolitik; 2011. p. 101-21.
15. Joffe H. “Eu não, o meu grupo não”: representações sociais transculturais da aids. In: Guareschi P, Jovchelovitch S, organizadores. *Textos em representações sociais*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011. p. 297-322.
16. Bastos, LAM. *Corpo e subjetividade na medicina: impasses e paradoxos*. Rio de Janeiro (RJ): Editora UFRJ; 2006.
17. Veronese MV, Guareschi PA, organizadores. *Psicologia do cotidiano: representações sociais em ação*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007.
18. Ferreira MA, Alvim, NAT, Teixeira MLO, Veloso RC. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2007 Abr-Jun; 16(2):217-24.
19. Costa T, Stotz EM, Grynszpan D, Souza, MCB. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface - Comunic Saúde Educ.* 2006 Jul-Dez; 20(20):363-80.
20. Siqueira KM, Barbosa MA, Brasil VV, Oliveira LMC, Andraus LMS. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Jan-Mar; 15(1):68-73.
21. Queiroz ABA, Arruda A. Refletindo sobre a saúde reprodutiva e a situação de infertilidade. *Cad Saúde Coletiva.* 2006; 14(1):163-78.
22. Ferreira MA. Educação e saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Abr-Jun; 15(2):205-11.
23. Silva LM, Silva AO, Tura LFR, Moreira PMAS, Rodrigues RAP. Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012 Mar; 33(1):109-15.
24. Arzuaga-Salazar MA, Souza ML, Martins HEL, Locks MTR, Monticelli M, Peixoto HG. Câncer de colo do útero: mortalidade em Santa Catarina - Brasil, 2000 a 2009. *Texto Contexto Enferm.* 2011 Jul-Set; 20(3):341-6.
25. Pombo-de-Barros CF, Arruda AMS. Afetos e representações sociais: contribuições de um diálogo transdisciplinar. *Psic Teor Pesq.* 2010 Abr-Jun; 26(2):351-60.

Correspondência: Maria Cristina de Melo Pessanha Carvalho
Avenida Nossa Senhora de Copacabana, 827, ap. 402
22050-002 - Copacabana, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: mcrismelo4@hotmail.com

Recebido: 10 de Maio 2012
Aprovado: 8 de Junho 2013