

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES RESIDENTES NO NORDESTE BAIANO SOBRE AS LESÕES DO COLO UTERINO

Vanessa Simões Sandes Walois

Professora mestre na Faculdade Sete de Setembro, Paulo Afonso, Brasil
vanessa.sandes@hotmail.com

Érika Santos Nunes

Professora Doutora da Universidade do Estado da Bahia, Paulo Afonso, Brasil

RESUMO

O modelo biomédico, ainda hegemônico, distancia o encontro de culturas durante a abordagem a mulher acometida por lesões do colo uterino. Este estudo objetivou compreender as representações sociais de mulheres rurais da cidade de Paulo Afonso – Bahia sobre o acometimento por lesões do colo uterino assim como pelo câncer cervical. Trata-se de um estudo de campo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, tendo a entrevista individual semiestruturada como técnica para coleta de dados. As participantes foram mulheres residentes em comunidades rurais, acima de 18 anos, que apresentassem lesões do colo uterino ou câncer cervical e que estivessem cadastradas e recebendo cuidados nas Unidades de Atenção Básica em Saúde no município. A entrevista foi dividida em dois momentos, o primeiro onde a entrevistada respondeu a questões de identificação geral e o segundo no qual procedeu-se a entrevista propriamente dita. A coleta dos depoimentos foi finalizada após ter sido atingida a saturação dos dados, quando os relatos começavam a se repetir regularmente. Nos discursos foi possível perceber que as principais representações relacionadas a patologia são tristeza, medo e raiva. Quando questionadas sobre o exame Papanicolau a grande maioria expressou sentimento de vergonha. O câncer do colo uterino e suas lesões causam grande mudança na rotina da mulher, além disso o sentimento de desconfiança passa a sombrear a relação conjugal. Entender essas questões subjetivas auxiliam na proximidade da relação profissional de saúde / paciente melhorando as perspectivas e o entendimento entre os diálogos no que tange o enfrentamento da doença.

Palavras-chave: Representações Sociais. Câncer do colo uterino. HPV

ABSTRACT

The biomedical model, still hegemonic, avoids the link between different cultures during the assistance to the woman who suffers from lesions in the cervix. This paper aimed to understand the social representations of women in the countryside

of the city of Paulo Afonso, state of Bahia, about the incidence of lesions in the cervix and the of cervical cancer. It is an exploratory-descriptive field research with qualitative approach that used the individual semi-structured interview as tool for collecting data. The participants were women who live in countryside communities, over 18 years old, that presented lesions in the cervix or cervical cancer, that were registered and in treatment in the Basic Health Care unities of the city. The interview was divided in two parts; in the first one, the interviewee answered general identification questions, and in the second one, the testimonies of the women were collected. The data gathering was completed when all data needed was effectively collected. In the participants' speeches, it was possible to verify that the main feelings about the pathology are sadness, anger and fear. When questioned about the pap smear test, most of them expressed embarrassment. The cervical cancer and its lesions cause great changes in the woman's life, besides, the feeling of mistrust begin to affect the conjugal relationship. To understand these subjective questions help in the approximation of the relationship between the health care professional and the patient, improving the perspectives and the understanding of their dialogues during the fight against the disease.

Key words: Social representations, cervical cancer, HPV.

1 INTRODUÇÃO

De um modo geral, a formação cultural influencia no cotidiano das pessoas em diversos aspectos como suas crenças, comportamentos, percepções, linguagem, estrutura familiar, dieta, modo de vestir, imagem corporal, conceitos de tempo e espaço, atitudes frente à doença e outras desventuras, podendo todos, apresentar implicações para a saúde e para a sua assistência. Nesse sentido os estudos das representações sociais colaboram para evidenciar que o processo saúde-doença também é incrementado por elementos culturais, sociais e econômicos, sendo compreendido e vivenciado de maneiras diferentes pelos vários atores que dele participam (BARBOSA; FRANCISCO, 2007).

O modelo biomédico, ainda enraizado nos consultórios, muitas vezes tem se legitimado unicamente pela ciência, estabelecendo uma relação de superioridade com o cliente, promovendo um distanciamento entre ambos, inviabilizando o diálogo inter-cultural e correndo o risco da avaliação do “ser doente” perpassar por abordagens meramente tecnicistas (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).

As neoplasias, de maneira mais incisiva, exibem características diferenciadas em relação a outras enfermidades, pois, além dos aspectos relacionados ao físico como dor e mutilações, provocam forte impacto psicológico, resultando em sentimentos de variáveis naturezas como medo, dúvidas, angústia, ansiedade, vergonha, entre outros. Esses aspectos tornam a abordagem ao paciente muito mais complexa. Quando uma mulher é acometida por lesões do colo uterino ou pelo câncer cervical, tenta na medida do possível adaptar-se à situação. Esse diagnóstico tem diferentes repercussões na vida dela e dos seus familiares, com consequências nas dimensões biopsico-espirituais e nas formas de enfrentamento a doença (ROSSATO et al, 2013).

No Brasil o câncer do colo uterino ocupa lugar de destaque nas taxas de morbi-mortalidade entre a população feminina o que a torna uma doença temida entre as mulheres. A partir do seu diagnóstico abre-se caminho para um tratamento incerto, doloroso e prolongado que além de fragilizar os planos futuros também interfere nas suas relações sociais. É a partir desse contexto, utilizando como aporte teórico as representações sociais de Serge Moscovici (1978), que este trabalho propõe-se a descrever as representações de mulheres rurais da cidade de Paulo Afonso – BA sobre o acometimento por lesões do colo uterino e câncer cervical.

Serge Moscovici desenvolveu o conceito de Representação Social, conceito este aplicável não só à Psicanálise, mas a todas as outras áreas do conhecimento. Em sua obra, o autor redefine os problemas e os conceitos da psicologia social a partir do fenômeno das representações sociais, insistindo sobre sua representação simbólica e seu poder de construir o “real”. Uma das finalidades das representações sociais é tornar familiar algo até então desconhecido, com a possibilidade de classificarmos e dar nome a novos acontecimentos e ideias, assimilando esses fenômenos a partir de uma gama de ideias, valores e teorias que já existem e são aceitas no meio social (VIEIRA; QUEIROZ, 2006).

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, tendo a entrevista individual semiestruturada como técnica para coleta de dados. Como referencial teórico-metodológico foi adotada a teoria das representações sociais de Serge Moscovici (1978), por se constituir em uma forma de conhecimento elaborado no decorrer das interações que se estabelecem socialmente, no dia-a-dia, por intermédio da linguagem. Essa teoria evidencia como um grupo representa e constrói uma realidade (VIEIRA; QUEIROZ, 2006).

As participantes foram mulheres residentes em comunidades rurais, acima de 18 anos, que apresentassem lesões do colo uterino ou câncer cervical e que estivessem cadastradas nas Unidades de Atenção Básica em Saúde no município de Paulo Afonso – BA. A escolha desta população justifica-se pela maior precariedade de acesso aos serviços de saúde nessas comunidades. A cidade apresenta 14 comunidades rurais a saber: Sítio do Lúcio, Sítio do Tará, Serrote, São José, Salobro, Salgadinho, Rio do Sal, Riacho, Nambebé, Juá, Arrastapé, Várzea, Malhada Grande e Lagoa do Rancho.

No município todas as pacientes acometidas por lesões do colo uterino ou câncer cervical são encaminhadas para o Centro de Atenção a Mulher (CAAM) recebendo nesta unidade tratamentos de baixa complexidade e aconselhamento. Rotineiramente as mulheres portadoras de lesões são atendidas e foi neste momento que, as mulheres residentes em comunidades rurais, foram convidadas à participação da pesquisa. A coleta de dados foi realizada através do relato oral das participantes utilizando-se um roteiro semiestruturado, dessa forma foi possível durante a conversação a inserção de outras questões não consideradas previamente.

As entrevistas, com duração média de 50 minutos, foram realizadas no período de 16 de novembro de 2016 a 05 de dezembro de 2016 compreendendo um universo amostral de 16 participantes. Inicialmente foi estabelecido um ambiente de confiança com a mulher participante a fim de explicar os propósitos da pesquisa e solicitar inicialmente a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A entrevista foi dividida em dois momentos, o primeiro onde a entrevistada respondeu a questões de identificação geral e o segundo no qual procedeu-se a entrevista propriamente dita abordando questões que desvelassem as representações existentes no “ser” portadora de lesões do colo uterino e câncer cervical.

A coleta dos depoimentos foi finalizada após ter sido atingida a saturação dos dados, quando os relatos começavam a se repetir regularmente, pois na pesquisa qualitativa o critério numérico não é prioridade. Foi identificado princípio de saturação a partir do 11º relato. A partir deste ponto foram colhidos mais cinco relatos confirmando a saturação. Para garantir o anonimato das entrevistadas neste estudo, o nome da participante foi substituído pela letra “M” acrescida de número ordinal para simbolizar a sequência de mulheres abordadas (M1, M2).

Para proceder a análise e interpretação dos depoimentos, optou-se pela técnica de Análise Temática de Bardin (1979)⁶ que favorece o descobrimento dos núcleos de sentido que compõem

a comunicação e a frequência, contribuindo para melhor compreensão do texto do discurso. A autora desdobra essa modalidade em três fases: a primeira etapa ou pré-análise constitui a fase de organização dos depoimentos após realização de leitura flutuante e a constituição do corpus; a segunda etapa constitui a fase de exploração aprofundada do material a fim de se obter núcleos temáticos de análise; e a terceira etapa, que constitui o tratamento dos dados⁴. A partir destas etapas nasceram os núcleos de sentidos abordados na pesquisa: “Impressões e barreiras à realização do Papanicolau”, “A descoberta das lesões do colo uterino” e “Sentimentos diante do adoecer”.

A pesquisa preservou os direitos das participantes de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que aborda as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia sob o parecer do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 61999915.8.0000.0057.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mulheres abordadas neste estudo tinham idade entre 27 e 52 anos, sendo que 9 delas tinham idade entre 35 e 46 anos, com níveis de escolaridade e social diversos. Nenhuma das entrevistadas havia concluído nível superior (100%), assim como nenhuma delas era analfabeta, 8 apresentavam ensino médio completo (50%) e as outras apresentavam ensino médio incompleto (37,5%) ou ensino fundamental completo (12,5%).

A presença de lesões mais intensamente enquadradas na faixa entre 35 e 46 anos contrapõe dados encontrados em outros estudos. Em trabalho realizado por SILVA et al (2016) com 14 mulheres atendidas na rede pública do Pará a faixa etária de maior vulnerabilidade foi a faixa entre 45 a 64 anos. Porém nesse mesmo estudo houve concordância em relação ao nível de escolaridade das participantes.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2009) a faixa etária de maior incidência de lesões e câncer cervical é dos 20 aos 29 anos, com risco progressivo até a faixa etária entre 45 e 49 anos. Nesse estudo, embora realizado com mulheres residentes em ambientes rurais, reflete os padrões de prevalência nacionais.

Quanto ao estágio das lesões no colo uterino, uma apresentava adenocarcinoma, três apresentavam carcinoma in situ, quatro apresentavam lesão de alto grau (HSIL) e nove apresentavam lesão de baixo grau (LSIL). Durante a abordagem foi nítida a falta de conhecimento em relação à gravidade ou amenidade da lesão. A maioria das mulheres não compreendiam os significados científicos do seu diagnóstico gerando nestas tensões e nervosismo. A partir da conversação com as participantes emergiram as áreas temáticas desse trabalho.

• Impressões e barreiras à realização do Papanicolau

Em relação às impressões diante da realização do exame Papanicolau, a grande maioria das mulheres entrevistadas revelou sentimento de vergonha e violação a sua privacidade devido à exposição da sua região genital e passividade ao julgamento do observador. Nas falas abaixo é possível a identificação dessa representação:

Eu nunca gostei desse exame, faço porque tem fazer, mas sinto uma vergonha danada. Mas eu falo pra todas pessoas pra fazer. (M1)

Eu morro de vergonha e só faço esse exame se for com outra mulher. Se for com homem meu marido não deixa. Se eu for num médico homem pra fazer o preventivo nem digo a meu marido. Digo que era mulher. (M8)

Eu me sinto como se tivesse fazendo uma coisa estranha. Não sei dizer [...]. É muito constrangedor. (M14)

A vergonha é maior ainda quando tem mais alguém na sala junto da enfermeira. As vezes tem um estudante [...], aí [...] meu Jesus, fico nervosa. (M15)

O sentimento de vergonha está diretamente relacionado com a impessoalidade do procedimento que envolve a exposição do corpo e da sexualidade, esse fato faz com que a mulher se sinta constrangida e não motivada a realizar o exame periodicamente. Este desconforto físico e psicológico que muitas vezes a mulher relata no momento do exame reflete as relações estabelecidas entre usuárias e os profissionais da saúde. É fundamental romper a visão tradicional, ainda influenciada pelo modelo biomédico, e introduzir ações na visão integral, no sentido de girar luzes refletivas para o entendimento de aspectos além do físico-corporal, como os aspectos psicológicos, de compreensão do meio em que a mulher vive, da cultura, dos aspectos econômicos e sociais (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2008).

O exame Papanicolau é fundamental para a prevenção e descoberta das lesões do colo uterino, sendo sua realização extremamente importante para o diagnóstico precoce do câncer cervical. Em trabalho

realizado por SILVA et al (2008), numa comunidade tradicional do Pará, foi observado que metade das mulheres abordadas no trabalho relacionavam o exame Papanicolau à prevenção do câncer cervical. Neste trabalho, de forma pertinente, foi observado que muitas das mulheres entrevistadas (62,5%) atribuíram ao Papanicolau a função primária de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) enquanto a prevenção do câncer do colo uterino era representada como coadjuvante. Uma parcela muito pequena (duas entrevistadas) não conseguiu externar a importância do exame.

Eu sei que você tem que fazer todo ano. Mas eu deixo pra vim quando aparece um corrimento. (M2)

Eu faço o exame porque quero saber se não tem nenhuma inflamação, nenhuma ferida. (M6)

Eu faço o exame porque nós precisamos cuidar da saúde. (M7)

Um dia eu estava namorando com meu marido e na relação começou a doer. Eu... fui deixando porque pensei que não era nada porque não tinha nenhum corrimento, nem nada. Deu nisso [...]. Era pra ter vindo antes. (M4)

Comecei a sentir uma dor no pé da barriga. Ai depois apareceu um corrimento. Ai eu vim fazer o exame. Deu raiva de não fazer antes. (M12)

Eu acho que faz tempo que esse “negoço” começou em mim. Mas você vai deixando, deixando, [...], quando piora aí você vai. (M13)

Em mulheres que apresentam baixo nível de escolaridade associada a baixa renda há segundo Antunes (2004) maior vulnerabilidade para se contrair uma doença sexualmente transmissível, uma vez que apresentam baixo poder de argumentação e de negociação com o parceiro. A recorrência dessas doenças aumenta a frequência de realização do Papanicolau para pesquisa de microbiotas favorecendo a associação do exame a quadros inflamatórios e infecções.

Também foi inferido das falas que, além do sentimento de vergonha e constrangimento, algumas mulheres atribuíram a não realização do Papanicolau e o cuidado precoce em relação ao câncer, ao fato de estarem numa situação mais vulnerável quando comparada a grupos de mulheres com maior estabilidade financeira.

Eu não tenho com quem deixar meu menino. Agora vou ter que cuidar de mim. Mas demorei pra fazer o exame porque tenho essa dificuldade. O posto avisou que eu tinha que fazer. Eu que demorei a voltar. (M4)

[...] dinheiro é difícil. Você faz o exame... mas tem outras coisas... tem os remédios, tem que viajar porque aqui não tem a assistência pra o meu caso. Começa tudo com o exame... e sua vida muda. Se já era difícil... (M5)

Não tenho transporte, nem dinheiro, eu só tenho um salário, um, um só. Me diga se você pensa no exame e se proteger? Só quando você vê que piorou. Ai você vai porque você tem medo. (M9)

A dificuldade no acesso aos serviços de saúde está intimamente relacionada às camadas mais empobrecidas da população, situação constante nas áreas rurais do país, constituindo uma barreira à realização do exame. O nível de renda se torna um fator determinante na utilização e consumo desses serviços (SANTANA; MAR, 2008).

Nas falas foi possível perceber que embora o sistema de saúde do país ofereça gratuitamente um programa de *screening* e tratamento para mulheres com lesões e câncer cervical, a resolubilidade dos processos e agilidade nos agendamentos para atendimento a esse público, torna a espera pelo cuidado angustiante. As barreiras constituem fatores que levam a mulher a adiar a prevenção do câncer cervical. Dentre as barreiras mais citadas nesse estudo estão a superposição de tarefas, ausência de noção sobre a relevância do Papanicolau e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Nos relatos, um em particular, chamou atenção:

Eu já sou mais velha, casada, tenho uma família [...], pensei que não ia acontecer comigo. Nunca pensei. (M13)

Esse relato demonstra a segurança que muitas mulheres têm quando se encontram numa relação estável. Essa segurança conjugal, de estar com um único parceiro, acaba levando-a a perceber-se como fora do grupo de risco para desenvolvimento de lesões do colo uterino ou câncer cervical. Esse tipo de julgamento age como barreira à realização do exame e favorece o diagnóstico tardio da doença.

Segundo Duavy et al (2007) a união estável possui associação com o uso esporádico ou não uso do preservativo, constituindo-se um fator de risco para o desenvolvimento de lesões do colo uterino e câncer cervical. Nesse mesmo estudo e em trabalho realizado por Antunes et al (2004) verificou-se também que há maior incidência de carcinoma de pênis nos parceiros fixos de pacientes com carcinoma cervical, provavelmente ocasionado pelo não uso do preservativo.

Pensando na possibilidade de estratégias eficazes no *screening* para prevenção do câncer cervical, é preciso considerar que as influências econômico-histórico-culturais podem refletir-se na maneira como as mulheres enfrentam o exame preventivo. Apesar dessas influências já terem sido identificadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) como barreiras para uma melhor

adesão da mulher à realização do Papanicolau, pesquisas que relatam sentimentos e representações ao se submeterem ao procedimento ainda são escassas. Se esses sentimentos forem compreendidos, os significados atribuídos ao exame podem servir de embasamento para planejar e adequar as orientações de prevenção (THUM et al, 2013).

• A descoberta das lesões do colo uterino

Durante a realização do Papanicolau, normalmente, a possibilidade de lesões do colo ou câncer cervical é sugestionada à paciente no momento da coleta da amostra. Ao ouvir esta notícia, a mistificação do câncer como doença fatal, leva a angústia e sentimentos negativos. Em face do medo do resultado, muitos estudos apontam que em virtude desse sentimento uma grande parcela das mulheres, que realizam o preventivo, não retornarem para saber seus resultados (SILVA, 2008; SARAIVA; FILHA ; DIAS, 011).

Os relatos demonstraram, porém, neste trabalho, que após a realização do exame preventivo todas as participantes entrevistadas retornaram as suas unidades para buscar os referidos exames, visto que, foram informadas da possibilidade de estarem doentes e da necessidade de acompanhamento e tratamento precoce.

Quando a enfermeira falou que tinha uma feridinha no meu colo fiquei preocupada. Mas ela disse: “fique calma, vamos ver o resultado do preventivo”. Graças a Deus meu exame deu lesão inicial. (M10)

Assim que a médica viu meu colo ela disse que ia fazer biópsia. Já sabia que não vinha coisa boa. Biópsia é pra coisa séria. Fiquei com medo, voltei chorando pra casa. Quando recebi o resultado chorei de novo. (M4)

Eu senti uma coisa assim [...], sabe quando o coração dói [...]. Eu não esperava, fiquei triste, desesperada, com medo e com raiva. Eu achei que podia morrer logo logo. (M5)

Num primeiro momento, após receber o diagnóstico clínico-laboratorial, as representações do câncer e do acometimento por lesões do colo uterino encontram-se ancoradas em sentimentos de morte, medo, pavor e desespero, mesmo algumas mulheres sabendo que têm grande possibilidade de cura. Nesses casos a emoção se sobrepõe à razão (VIEIRA; QUEIROZ, 2006).

Outro sentimento bastante evidente foi a raiva do parceiro. Em cinco das pacientes, com diagnóstico confirmado de infecção por Papiloma Vírus Humano (HPV) associada a lesão, ao ter

conhecimento de que esse vírus é uma DST que pode levar ao desenvolvimento do câncer, muitas mulheres vincularam sua doença a infidelidade do parceiro. A descoberta da doença associada a possibilidade de infidelidade conjugal levou a maior parte das mulheres a relatarem sofrimento intensificado, desilusão e desconfiança.

Como, tinha uma lesão? Eu só tinha um parceiro na vida toda. E a médica me disse que o câncer tem haver com o HPV, que pega no contato durante o sexo. (M9)

Me senti uma mulher boba, que sempre acreditou no marido. Nunca desconfiava dele. Nunca me protegi. Agora quem vai pagar por isso sou eu. (M11)

Atualmente tem chamado particular atenção nas consultas para tratamento de lesões do colo uterino e câncer cervical o fato de que muitas mulheres descrevem uma preocupação não somente com o impacto que o HPV pode ter em sua saúde ou sexualidade, mas também com as repercussões do vírus no relacionamento afetivo com seu parceiro a partir de então. Estar com HPV interfere no relacionamento de ambos, sobretudo porque produz um conflito advindo da questão “quem contaminou quem”. A mulher que afirma sua fidelidade passa a conviver com a desconfiança (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

•Sentimentos diante do adoecer

Ouvir a notícia de estar com câncer ou com uma lesão do colo uterino que pode evoluir, é encarada por várias mulheres como situação ameaçadora⁶. É justamente o medo de morrer que faz com que a dor seja valorizada e muito temida. Isto foi observado quando algumas mulheres relataram:

Minha lesão é de alto grau. Eu sei que não é o câncer ainda... mas pode virar. E eu fico aflita só de pensar no tratamento porque eu sou nova. Não quero perder o útero. (M3)

Eu devia ter prestado atenção na minha saúde. Agora eu tenho medo. Tenho medo que o câncer chegue em outro canto. Tenho medo. É morte. (M4)

Eu tive que fazer biópsia. Tive que fazer uma conização. Eu não desejo pra ninguém o que eu estou passando. Fico desesperada só de pensar que podia ter morrido dessa doença se tivesse esperado mais tempo pra procurar o médico. (M14)

A ideia de morte aciona inúmeras emoções e sentimentos angustiantes. Em muitas mulheres o principal medo não se vincula a morte em si, mas a morte com dor. Esse medo age como condicionante e antecipa o sofrimento frente a doença. Em pacientes com quadro confirmado de câncer o registro de

“sentença de morte” acompanha a doença, e não raro, causa profunda tristeza, agonia e desalojamento. A percepção que se tem da doença é que esta configura algo incontornável. Dessa forma o registro que fica não é simplesmente o medo de morrer, mas sim o de morrer de câncer, dado o seu estigma e representações negativas construídas ao longo dos séculos (BARBOSA; FRANCISCO, 2007).

O acometimento por doenças como lesões e câncer cervical causa grande impacto tanto nas mulheres doentes como em seus familiares, pois na maioria das vezes constitui uma situação inesperada e de difícil enfrentamento. Os sentimento de tristeza e angústia são os mais relatados, visto que, para essas mulheres há a preocupação com as dificuldades que poderão surgir da vivência e do compartilhamento do processo de adoecimento.

Só minha família que sabe que eu estou assim. Não falei pra amigos e nem pra meus parentes. Tive vergonha de dizer que tinha câncer [...] e pior ainda, que era no útero. (M16)

No começo foi muito estranho [...] ninguém falava disso em casa. E foi assim até eu começar a conversar com minha filha. Não quero que seja assim pra ela. (M7)

... é muito complicado. Meu esposo trabalha no trecho e eu cuido das coisas aqui. Agora as coisas estão diferentes porque eu não consigo fazer só. Tem consulta, tem que viajar, tem que cuidar da casa, dos “minino”, e de mim. Entede? Fico angustiada. Dá uma agonia que não passa. (M4)

A minha preocupação é se vai dar tudo certo. Eu não tenho muita renda. E eu sei que vou passar por uns tratamentos. (M11)

No contexto da vida rural, tanto o impacto causado pela doença, quanto o surgimento de sentimentos negativos vivenciados pelos familiares, podem ser potencializados por possíveis dificuldades encontradas para a efetivação do tratamento, as quais se relacionam, dentre outras, às dificuldades de acesso aos serviços de saúde e às limitações econômicas da família, às distâncias geográficas e à necessidade de deslocamento (FERREIRA, 2009).

Outro fato que também chama a atenção é a associação entre a doença e a imagem de guerra, metáfora fortalecida pela ciência quando usa expressões como bombardeamento de células. Essa imagem é clássica nos estudos de representações sociais do câncer e leva a doente a sentir-se distante da possibilidade de reordenar sua vida (OLIVEIRA; FERNANDES; GALVÃO, 2005; QUEIROZ; PESSOA; SOUSA, 2005; SOUZA; GOMES, 2012).

Quando a médica falou que meu resultado deu carcinoma parecia que o mundo tinha desabado. Eu chorei, chorei. Fiquei em depressão. Não acreditei. (M5)

É um sentimento tão ruim [...] porque você escuta que fulana teve câncer... e as pessoas dizem... coitada. (M11)

Eu sofri muito quando soube que tava doente. Eu pensei que o mundo tinha me castigado. Ai depois descobri que o HPV foi que me castigou. Eu não sabia das coisas. Agora converso com minhas filhas e também minha vizinha. Mesmo triste [...] eu preciso que elas me ajudem a ter força. Isso mexe muito com a mulher. (M2)

Eu saí de lá sem chão. Eu podia morrer. [...] você sofre. Você não acredita que é com você. (M4)

Observou-se a partir dos relatos que o sentimento diante de lesões e câncer cervical encontra-se ancorado principalmente no medo. Medo de descobrir a doença, medo de estar doente, medo das consequências da doença, medo de como a família vai participar do cotidiano da doença. Além do medo também foi observado sentimentos de desespero, pavor, incapacidade e sofrimento.

Essas representações transitam na sociedade através das interações que se estabelecem cotidianamente, pela convivência com pessoas que testemunham as consequências da patologia, mas também através dos meios de comunicação, estes últimos bem disseminados principalmente entre as mulheres mais jovens. Perante o diagnóstico da doença e face às representações negativas é natural a negação inicial da patologia. Esta etapa de negação consiste numa fase temporária, em relação a qual a pessoa se recupera gradualmente, sendo substituída por uma aceitação parcial. Geralmente essa negação inicial ocorre pela informação abrupta que é dada às pacientes, sem que esta tenha passado por uma conversa prévia, introdutória, de esclarecimento, considerando suas vivências, seus conhecimentos e seus valores (VIEIRA; QUEIROZ, 2006).

4 CONCLUSÃO

A mulher doente é sobretudo um ser social e necessita que seus sentimentos, representações, expectativas e apreensões sejam consideradas na abordagem à saúde. Muitos estudos já vêm criticando a abordagem biomédica dada às pacientes, na qual suas informações culturais são irrelevantes para as práticas preventivas e terapêuticas. Conhecer suas representações pode colaborar com novas estratégias de controle e conscientização quanto ao cuidar de si.

Neste estudo foi possível perceber que quando questionadas sobre a importância do Papanicolau e os sentimentos durante a realização do exame para descoberta de lesões e/ou câncer cervical, grande parte das mulheres demonstraram o sentimento de vergonha, nervosismo, sensação de

julgamento e de invasão de privacidade. Essas representações agem como barreira no diagnóstico precoce favorecendo a descoberta de lesões em estágios mais avançados nessa população. Além disso também foi possível perceber que uma grande parte delas procura os serviços de saúde quando percebem-se acometidas por alguma afecção.

As mulheres vivenciam em seu cotidiano situações que acabam dificultando o acesso aos serviços de saúde e isso acaba colocando a prevenção em segundo plano. Baixo poder aquisitivo, a responsabilidade de cuidar dos filhos, a dificuldade de deslocamento foram barreiras relatadas com frequência.

Para a população deste estudo o câncer continua sendo uma enfermidade que provoca grande receio e temor na sociedade mesmo as participantes não compreendendo de fato como a evolução entre as lesões do colo uterino e o câncer acontece. As representações sociais sobre a afetação por lesões do colo uterino e câncer cervical estão ancoradas predominantemente em representações de medo, morte, sofrimento e desespero.

A mulher ao falar dá sentido ao seu cotidiano e necessita do respeito às suas crenças, tradições, valores e temores para que sua conduta frente a doença seja menos dolorosa física e espiritualmente. Dessa forma ele consegue direcionar comportamentos e novas formas de pensar e representar a doença.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Alberto Azoubel et al. Prevalência de colicitose em biópsias penianas de parceiros de mulheres com lesões genitais induzidas pelo HPV. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v. 26, n. 7, 2004.

BARBOSA, Leopoldo Nelson Fernandes; FRANCISCO, Ana Lúcia. A subjetividade do câncer na cultura: implicações na clínica contemporânea. **Rev. SBPH**. v.10, Rio de Janeiro. Jun. 2007.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

CASCAIS, Ana Filipa Marques Vieira; MARTINI, Jussara Gue; ALMEIDA, Paulo Jorge dos Santos. Representações sociais da pessoa estomizada sobre o câncer. **Rer. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2008, ot/dez; 16 (4): 495-0.

CRUZ, Luciana Maria Britto da; LOUREIRO, Regina Pimentel. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo uterino: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde Soc**, São Paulo, v.17, n.2, p.120-131, 2008.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques. Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolau segundo a percepção das mulheres. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2009, abr-jun; 13 (2): 378-84.

DUAVY, Lucélia Maria et al. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico uterino: estudo de caso. **Ciência & Saúde coletiva**, 12 (3): 733-742. 2007.

Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de prevalência e vigilância. **Estimativa 2010: incidência de câncer do Brasil**. Rio de Janeiro, INCA, 2009.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. 1.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

OLIVEIRA, Mariza Silva de; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; GALVÃO, Marli Terezinha Gimenez. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. **Acta Paul Enfermag**. 2005; 18(2): 150-55.

QUEIROZ, Danielle Teixeira; PESSOA, Sarah Maria Fraxe; SOUSA, Rosiléa Alves de. Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV): incertezas e desafios. **Acta Paul Enferm**. 2005; 18(2): 190-6.

ROSSATO et al. O adoecer por câncer na perspectiva da família rural. **Rev Enferm UFSM**. 2013. 3 (Esp.): 608-617.

SANTANA, Mary Elizabeth de; MAR, Dayse Farias. Representações sociais de mulheres amazônidas sobre o exame papanicolau: implicações para a saúde da mulher. **Esc. Anna Nery Rev Enferm**, 2008, dez; 12 (4):685-92.

SARAIVA, Alynne Mendonça; FILHA, Maria de Oliveira Ferreira; DIAS, Maria Djair. Saúde, envelhecimento e representações sociais. **R. pesq.: cuid. fundam**. online 2011. dez. (Ed. Supl.): 155-163.

SILVA et al. Representações sociais de mulheres amazônidas sobre o exame Papanicolau: implicações para a saúde da mulher. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2008, dez; 12 (4): 685-92.

SIQUEIRA, Karina Machado; BARBOSA, Maria Alves; BOEMER, Magali Roseira. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns des-velamentos. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2007. Julho-agosto; 15(4).

SOUZA, Maria das Graças Gazel de; Gomes, Antonio Marcos Tosoli. Sentimentos compartilhados por familiares de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico: um estudo de representações sociais. **Rev. Enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, 2012, abr/jun; 20(2): 14954.

THUM et al. Câncer do colo uterino: percepção das mulheres sobre a prevenção. **Cienc Cuid Saude.** 2008. Ou/Dez; 7(4): 509-516.

VIEIRA, Carolina Pasquote; QUEIROZ, Marcos de Souza. Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e atuação profissional. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 63-70, abr. 2006.