

# **“De Papanicolaous y femineidades: construcciones de género y medicalización del cuerpo femenino entre mujeres de Salvador, Bahia, Brasil”**

Resultado de investigación finalizada

GT 11: Género, Desigualdad y Ciudadanía

Mg. Ana María Rico

## **Resumen**

A pesar de ser prevenible y curable, el Cáncer de Cuello de Útero (CCU) constituye un importante problema de salud pública en Brasil. La enfermedad traza perfiles de morbimortalidad que reflejan desigualdades regionales, de clase, de raza-etnia y generacionales, afectando grupos que requieren políticas sanitarias que consideren los aspectos socioculturales involucrados en la problemática.

Este estudio se orientó a comprender significados y prácticas preventivas del CCU entre mujeres de Salvador, Bahia, destacando la influencia de discursos relativos a género que caracterizan al cuerpo femenino como *locus* de la femineidad, objeto de cuidado y factor de riesgo. Así, esta enfermedad y su prevención requieren ser analizadas en el marco del proceso de medicalización, orientado a la regulación de la sexualidad femenina.

Palabras clave: Cáncer de cuello de útero - Género - Medicalización

## **1. El problema: cáncer de cuello de útero e inequidades en salud**

A pesar de ser una enfermedad prevenible y tratable, el cáncer de cuello de útero (CCU) aún es un importante problema de salud pública, con más de 80% de los casos en países en desarrollo (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2005). Para su aparición, la transmisión sexual del Virus del Papiloma Humano (VPH) es una condición necesaria pero no suficiente. Otros factores de riesgo también están asociados con la sexualidad, como la multiplicidad de compañeros sexuales, el uso prolongado de anticonceptivos orales, el inicio sexual precoz y la co-infección por otros agentes infecciosos. Otros factores de riesgo se vinculan con el nivel socioeconómico, la no realización del examen de Papanicolaou y con el rango etario de 30 a 60 años.

En Brasil, la incidencia comienza entre los 20 y 29 años y el mayor riesgo se encuentra entre los 45 y 49 años. A su vez, la mortalidad es más significativa a medida que aumenta la edad, debido al prolongado período que media entre la transmisión sexual del VPH, la enfermedad y la muerte por CCU (Brasil, 2011a).

En el país es el segundo tumor más diagnosticado en mujeres, después del de mama (Ferlay et al., 2010), con un riesgo estimado de 17 casos cada 100.000 mujeres para 2012 (Brasil, 2011b). Son verificadas diferencias regionales en la carga de la enfermedad<sup>1</sup>, colocando al CCU como una enfermedad paradigmática de la inequidad en salud. Afectando las regiones menos desarrolladas o más desiguales y a las mujeres de menor nivel socioeconómico y con dificultades de acceso a los servicios

---

<sup>1</sup> En 2009, las tasas de mortalidad específicas por CCU ajustadas por la población mundial por estado variaron entre 1 y 15 muertes cada 100.000 mulheres (Brasil, 2011b).

de salud, la enfermedad traza perfiles de morbimortalidad evitables e injustos que requieren ser revertidos.

Con excepción del cáncer de piel, el CCU tiene el mayor potencial de prevención y cura cuando es diagnosticado precozmente. Una reducción de 80% de la mortalidad puede ser alcanzada a través de la detección de la enfermedad entre mujeres asintomáticas y el tratamiento de lesiones con potencial de malignidad o carcinoma *in situ*. A pesar de las innovaciones tecnológicas recientes, el Papanicolaou es la estrategia de tamizaje poblacional en torno de la cual se organiza la mayoría de los programas de prevención. En Brasil, el Programa Nacional de Control del Cáncer de Cuello de Útero y de Mama define que la población-objetivo (mujeres de 25 a 59 años) debe realizarlo cada tres años después de dos exámenes anuales normales (Brasil, 1996).

Para lograr el impacto esperado, la cobertura del tamizaje debe alcanzar el 80% o más de la población-objetivo (IARC, 2005). Precisamente, la cobertura insuficiente del Papanicolaou es el principal obstáculo para la prevención del CCU en países en desarrollo (Arrossi, Paolino & Sankaranarayanan, 2010; Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2010). A pesar de los avances verificados en Brasil<sup>2</sup>, el acceso al examen continúa siendo problemático en las áreas más pobres, como sugieren las tasas de mortalidad ascendentes en zonas rurales del Norte y Noreste del país (Schmidt et al., 2011). En relación a la dimensión de “raza/color”<sup>3</sup>, es necesario destacar la mayor vulnerabilidad de las mujeres negras al CCU, cuyo riesgo de muerte y prevalencia de no realización de Papanicolaou son superiores a los de las blancas (Bairros et. al, 2011; Albuquerque et al, 2009; Amorim, Barros, César, Carandina & Goldbaum, 2006; Cesar et al., 2003). En este sentido, la articulación de la desigualdad socioeconómica con la raza explica la desventaja de la población negra, tornando la raza/color un marcador fundamental de inequidad en salud en el país (Santos, Guimarães & Araújo, 2007).

## 2. La investigación

Estudios realizados en países en desarrollo señalan que, más allá de las barreras de accesibilidad, otros factores dificultan la participación de las mujeres en el tamizaje para CCU, tales como: sus conocimientos y representaciones sobre la enfermedad y el Papanicolaou; las prácticas de cuidado de la salud sexual; las actitudes de los compañeros, la vergüenza y el miedo del dolor, entre otros (Wood, Jewkes & Abrahams, 1997; Fylan, 1998; Agurto, Bishop, Sanchez, Betancourt & Robles 2004; Bingham et al., 2003, Ashing-Giwa et al., 2004). Esto evidencia que, además de las limitaciones estructurales, las políticas preventivas deben contemplar la dimensión simbólica del problema.

Con el propósito de conocer las prácticas preventivas y los significados que mujeres vulnerables a la enfermedad otorgan al cáncer cervical, en 2011 fue realizada una investigación cualitativa con 15 mujeres del barrio de Liberdade, de Salvador, Bahia, cuya población es predominantemente negra y de bajos ingresos (Bahia, 2012).

La selección de las informantes, mayoritariamente negras y con edades entre 24 y 68 años, pretendió contemplar la máxima heterogeneidad posible en relación a renta, situación conyugal, composición familiar y nivel de instrucción. En relación a la situación conyugal, ocho de ellas tenía compañero. Del resto, tres eran solteras, tres, separadas y una, viuda. La composición del hogar era variada: sólo una vivía sola, nueve vivían con una o dos personas y las restantes tenían familias de hasta siete integrantes. En lo que refiere a los ingresos familiares, dos mujeres declararon que no tenían

<sup>2</sup> Con la Política Nacional de Atención Oncológica y el Pacto por la Salud, el control del CCU pasó a formar parte de los planes de salud estatales y municipales, verificándose un aumento de los municipios que realizan Papanicolaou por la expansión de la Estrategia de Salud de la Familia (INCA, 2010). La enfermedad también fue incluida, junto con el cáncer de mama, en el Pacto por la Vida.

<sup>3</sup> Debemos aclarar que la pertinencia esta categoría deriva del hecho de no considerarla como una realidad biológica, sino como un concepto que remite a la construcción social de la diferencia (Wade, 1997).

renta fija y el resto recibía hasta tres salarios mínimos<sup>4</sup>. Seis de ellas se declararon como jefas del hogar. Las actividades desarrolladas son de tipo informal: ellas venden cosméticos, prestan servicios de belleza o trabajan como empleadas domésticas o camareras. La participante más joven está buscando su primer empleo y las otras cinco son amas de casa.

Como técnica de producción de datos se utilizó la entrevista semi-estructurada, complementada por el registro de observaciones y entrevistas informales en diario de campo. Los temas abordados fueron: cuidado de sí y de la familia; cuidados de la salud sexual; significados del CCU y del Papanicolaou; prácticas de cuidado y relaciones de género. Para el análisis de los datos producidos se adoptó a técnica de análisis de contenido temática (Bardin, 1977).

### 3. Algunos posicionamientos iniciales: cuerpo femenino y medicalización

Al abordar nuestro tema en el marco de los procesos socioculturales de salud-enfermedad-cuidado, partimos de la premisa de que el cuerpo no puede ser considerado como una realidad ahistórica y universal. A pesar de la polisemia del significante “cuerpo”, la condición humana es corporal, ya que “el hombre es indiscernible del cuerpo que le otorga espesura e sensibilidad de su ser en el mundo” (Le Breton, 2010, p.9). Sin negar su sustrato material, consideramos que lo social no puede ser desconocido en la configuración del cuerpo – así como de la salud, la enfermedad y el riesgo.

En investigaciones sobre los mecanismos de poder en Occidente, Foucault destacó la tendencia de objetualización del cuerpo que acompañó a la configuración de la subjetividad moderna, mediante:

“un proceso gradual de disciplinamiento de los cuerpos, a través de una ‘tecnología política del cuerpo’ y de una microfísica del poder que implica variadas técnicas, procesos y disposiciones que someten el cuerpo, tornándolo al mismo tiempo objeto de un saber.” (Maluf, 2001, p.94)

Las economías de poder se desarrollaron de dos formas interligadas. Una de ellas, la biopolítica de la población, enfocó los procesos biológicos del “cuerpo-especie”, como la natalidad, la mortalidad y la salubridad. La segunda se centró en el “cuerpo como máquina”, buscando aumentar la utilidad y docilidad del cuerpo individual. En este proceso, la medicina se constituyó como uno de los “agentes de ligación” de la subjetivación disciplinar (Foucault, 1991).

Considerando esta centralidad de la medicina, y en función de nuestro tema de interés, resulta necesario reflexionar sobre las tendencias de medicalización de la vida. Esta es concebida por Conrad (2007) como un proceso a través del cual experiencias, problemas y dimensiones de la vida originalmente fuera de la jurisdicción médica pasan a ser definidos y tratados como problemas médicos. Los cuerpos femeninos fueron objetos privilegiados de este proceso, que opera sobre diversos aspectos de la vida de las mujeres – control de la natalidad, embarazo, parto, menstruación y menopausia, entre otros. La medicalización contribuye a la “naturalización y normalización de los comportamientos sexuales y reproductivos de las mujeres” (Costa, Stotz, Grynszpan & Souza, 2006), llevando a que las concepciones y experiencias corporales femeninas estén fuertemente influenciadas por el discurso médico. En este contexto, Foucault destaca la “histerización del cuerpo de la mujer” como uno de los elementos estratégicos de la creación-regulación de la sexualidad femenina, caracterizada como el:

“triple proceso por el cual el cuerpo de la mujer fue analizado (...) como cuerpo integralmente saturado de sexualidad; por el cual, este cuerpo fue integrado, bajo el efecto de una patología que le sería intrínseca, al campo de las prácticas médicas; por el cual, en fin, fue puesto en

<sup>4</sup> Al momento, el salario mínimo era de R\$ 545.

comunicación orgánica con el cuerpo social (...), con el espacio familiar (...) y con la vida de los niños (...): la Madre, con su imagen en negativo que es la “mujer nerviosa”, constituye la forma más visible de esta histerización.” (Foucault, 1979, p.99)

Así, con base en la concepción positiva del poder foucaultiana, consideramos que las creencias y prácticas en salud construyen representaciones de género, asumiendo que las experiencias corporales y de cuidado femeninas no pueden ser separadas de los discursos y prácticas que las constituyen (Courtenay, 2000).

#### 4. Cuerpo femenino y cuidados: ¿cosa de mujeres?

A pesar de que, para nuestra sorpresa inicial, todas las entrevistadas afirmaron realizar el Papanicolaou, ellas parecen tener más consciencia sobre la existencia del CCU que información biomédica sobre esta enfermedad. Ellas imaginan que se trata de una dolencia grave “que come a la persona por dentro”, reflejando la vigencia de las representaciones del cáncer en general (Sontag, 2005). Otras participantes la asocian con la promiscuidad y el “mal uso” del cuerpo, evidenciando el entrelazamiento entre sexualidad, género y valores morales.

Las entrevistadas refieren que el cáncer cervical afecta las “partes íntimas”, consideradas “frágiles” y “sensibles”. Esa caracterización del cuerpo de la mujer sustenta la distinción realizada entre mujeres y hombres, en relación a la predisposición a las enfermedades y también a sus prácticas de cuidado:

“Ellos (los hombres) son principalmente los transmisores de las ETS, no es cierto? Porque ellos muchas veces tienen, pero no se manifiesta, no? Pero basta tener un contacto con una mujer que acaba manifestándose. Entonces así, las mujeres somos muy así, ‘puerta abierta’, por decirlo en lo popular mismo, para cualquier tipo de enfermedades.” (Marlene, 36 años)

“El hombre tiene miedo (de ir al médico). La mujer tiene, pero sabe que tiene que ir, va. Ella tiene en la consciencia que tiene que ir. Si no va es peor. Si no va al ginecólogo hoy, mañana va a estar llena de miomas y ahí? Después si tiene alguna cosa que provocó una infertilidad, no va a poder más parir.” (Janine, 28 años)

Gran parte de las estrategias poblacionales de prevención se enfoca en el cuerpo de las mujeres, en sus funciones “típicamente femeninas” de madres y cuidadoras (Howson, 1999). El último fragmento refleja, precisamente, esta asociación entre prevención, femineidad y capacidad reproductiva. En este sentido, Lupton (1994) destaca el papel de la ginecología en la legitimación de la concepción de que la sexualidad y la reproducción serían esferas propiamente femeninas. Esta construcción cultural, erigida sobre la diferencia aparentemente natural entre los sexos, legitimaría la atribución a la mujer del papel de cuidadora en el ámbito doméstico. Esta visión es reforzada por los servicios de salud, cuyas acciones están orientadas a la mujer como “*madre, esposa y ama de casa y, principalmente, como cuidadora de la familia*” (Schraiber, 2005, p.51). En el caso del CCU, el hecho de que el Papanicolaou sea practicado en el contexto gineco-obstétrico refuerza la vulnerabilidad de las mujeres de edad avanzada o sin hijos, mostrando la necesidad de problematizar la concepción de femineidad subyacente a las acciones preventivas de esta enfermedad<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Siguiendo a Scott (1990), cabe explicitar que este análisis no se pretende de género por el mero hecho de tratar sobre las mujeres y sus problemas. Siendo que el género remite a relaciones sociales desiguales entre hombres y mujeres, debe sustentar análisis sobre la manera en que esta distribución asimétrica de poder afecta a los diferentes grupos a partir de una

La literatura sobre las barreras para el tamizaje también llama la atención sobre el desconocimiento y las actitudes negativas hacia los órganos sexuales entre mujeres latino-americanas de sectores populares (Duavy, Batista, Jorge & Santos, 2007; Alvarez, 1998). Una “simbología del cuerpo (en que) los fluidos corporales, que se articulan con diferentes representaciones de lo puro y lo impuro, de las obligaciones y prohibiciones, etc., y que demarcan diferentes concepciones del cuerpo en la cultura” (Maluf, 2001:91) también fue encontrada entre nuestras entrevistadas:

“Ehh... en una relación sexual, después del acto sexual, es obligación de la mujer hacer su aseo, el aseo de su cuerpo.” (Eva, 39 años)

“... el jabón íntimo es muy bueno para nosotras. El jabón íntimo nos libra de picazón, de... olor, no? (...) Yo uso, mi hija usa. (...) Porque... son cosas que va limpiando, que va sacando, no? El olor, las bacterias...” (Ivonne, 42 años)

La utilización de jabones íntimos y cremas vaginales sin prescripción médica es una práctica habitual entre las entrevistadas, sobre todo después del período menstrual. Así como las representaciones de la vagina y la menstruación remiten a la impureza (Parker, 1991; Lupton, 1994), la consulta ginecológica y el Papanicolaou remiten a la higiene:

“Preventivo<sup>6</sup> también... ese último que hice gracias a Dios estaba todo limpio, todo rosa...” (Janine, 28 años)

“A mí me gusta estar siempre limpia. Con el médico acompañándome, diciéndome lo que tengo, lo que no tengo. (...) ... Yo no me la paso en el médico pero cuando saco para el médico, hay que ver la limpieza que hago! (...) A mí me gusta, me gusta hacer mi limpieza general.” (Ivonne, 42 años)

Según Le Breton (2010), el cuerpo generalmente transcurre en la invisibilidad y el silencio: en la vida cotidiana no es percibido, al punto de que el estado de salud puede ser definido como “la inconsciencia que el sujeto tiene de su cuerpo” (Canguilhem, apud Le Breton, 2010, p.122). Sólo las interrupciones forzadas de las actividades habituales – por el dolor o la enfermedad – lo devolverán a escena. La incertidumbre causada por la experiencia de alteridad en relación al propio cuerpo requiere operaciones de simbolización para reintroducir el sentido amenazado. En este contexto, Lupton (1994) destaca la capacidad de la biomedicina para lidiar con la enfermedad: “La medicina occidental está así dirigida al control del cuerpo, preservándolo de sumergirse en el caos y el desorden de la enfermedad y el malestar.” (p.87)

De hecho, varias informantes relataron haber procurado atención ginecológica por síntomas diversos. Una entrevistada de 60 años relató que una amiga fue al médico porque tenía pérdidas, recibiendo entonces un diagnóstico de cáncer. Por su vez, María acudió al ginecólogo después de experimentar síntomas atípicos, debiendo ser cauterizada. Sin embargo, las más jóvenes relataron haber hecho el primer Papanicolaou en consultas de rutina al iniciar la actividad sexual. Entre las mujeres de mayor edad, el primer examen fue realizado durante el seguimiento del embarazo, reforzando la asociación de la citología con la etapa reproductiva. Sin embargo, la mayoría de las informantes enfatiza la importancia de las consultas ginecológicas regulares, independientemente de los malestares.

---

perspectiva relacional. En términos de Connell (2009), en lugar de centrarse en la diferencia, el género se orienta hacia las relaciones.

<sup>6</sup> “Preventivo” es la denominación habitual del Papanicolaou en Brasil.

Entre los motivos, son recurrentes las afirmaciones de que apenas los médicos pueden traer certeza sobre el estado de su salud sexual, mediante la visualización del interior de sus cuerpos:

“Vos no ves. Vos estás vendo acá tu pelo, tu dedo, pero ahí dentro no estás viendo. Sólo ellos (los médicos) y Dios pueden decirte cómo estás.” (Amelia, 68 años)

En este contexto de valorización del monitoreo médico es frecuente la realización de consultas y exámenes de rutina, que las mujeres llaman “*check-ups*”. Estos permitirían conocer el estado de salud y también la detección precoz de enfermedades. Ecocardiogramas, rayos X, exámenes de sangre y materia fecal, mamografías, ultrasonido y Papanicolaou componen un paquete de exámenes que las mujeres consideran necesario realizar por lo menos una vez al año. El hecho de que muchas de ellas desconozcan la finalidad de esas prácticas, y de que las realicen con una frecuencia superior a la recomendada - nuestras entrevistadas declararan realizar el Papanicolaou anualmente o cada seis meses -, evidencian que su realización deriva de factores diferentes de la mera información sobre su utilidad. Factores que estarían asociados a una suerte de deber femenino de monitoreo que, incentivado por el discurso preventivo, llevarían a la frecuente realización de exámenes:

“Hacia el preventivo... Hacia un montón de exámenes. Había exámenes que ni sabía el nombre, pero los hacía.” (Leila, 47 años)

“Que antes una pensaba que tenía que ir al médico cuando estaba enferma, no? Pero hoy no. Yo siempre que puedo estoy en el médico. (...) Siempre que puedo hago un... un ultrasonido, una transvaginal, el preventivo que es esencial, yo hago.” (Marlene, 36 años)

Más allá de esas prácticas, muchas entrevistadas relatan usar anticonceptivos con diversos fines y varias relataron haber pasado por intervenciones como ligaduras de trompas, raspados de útero, cauterizaciones e histerectomías. En este encuadre medicalizado del cuerpo femenino, el Papanicolaou parece ser uno entre los varios procedimientos que forman parte de lo que es “ser mujer”:

“... el preventivo siempre fue una cosa de primer... de primer mundo, de muchos años y va a ser siempre. Ahora, no hay que dejar de hacerlo. Hay que hacerlo. No hay otra. Mientras exista la mujer, habrá preventivo. (...) Hay mujer, hay preventivo.” (Ivonne, 42 años)

En relación a las personas que influyeron en la realización del examen, varias entrevistadas mencionaron que familiares o amigas, con quienes tuvieron las primeras conversaciones sobre sexualidad, las incentivaron a hacerlo, evidenciando la influencia del entorno femenino en el cuidado de la salud sexual que otorga al tamizaje un fuerte carácter relacional (Howson, 1999). Por otra parte, encontramos que el apoyo de los compañeros también propicia la realización del examen entre estas mujeres.

Muchas de las participantes de la investigación asocian explícitamente el Papanicolaou al desarrollo femenino. El caso de Rita, nuestra entrevistada más joven, es particularmente ilustrativo: si bien ya había realizado el examen antes de iniciar la actividad sexual, ella traza una marcada diferencia entre la primera citología y la próxima, vinculándolas con distintas etapas de su vida. Según sus palabras, el examen que hizo cuando era “una nena<sup>7</sup>” aún virgen era “más rápido, más simple”. Por el contrario, el que realizaría en breve, debido a que ya se había tornado “mujer”, “ese ya es uno

---

<sup>7</sup> “Uma menina”, en portugués.

completo”. El primer Papanicolaou “normal” representa, así, un momento significativo dentro do proceso por el cual “una va entrando en el cuerpo de mujer”.

Inspirando-se en el método genealógico de Foucault, Butler (2003) afirma que el género no es un sustantivo, sino que tiene un efecto sustantivo performativamente producido:

“El género es la estilización repetida del cuerpo, un conjunto de actos repetidos al interior de una estructura reguladora altamente rígida, que se cristaliza en el tiempo para producir la apariencia de una sustancia, de una clase natural de ser...” (p.59).

La asociación mujer-Papanicolaou fue analizada por Bush (2000) en su estudio del discurso del tamizaje masivo de CCU, concluyendo que las prácticas médicas no serían apenas una forma de control del cuerpo femenino, sino una base para la construcción de la femineidad. Femineidad que no sería producida apenas en forma discursiva, sino a partir de prácticas reiteradas, en consonancia con el carácter performativo de género ya mencionado. Cabe recordar que, según Butler (2001):

“La construcción no sólo ocurre en el tiempo, sino que ella misma es un proceso temporal que actúa a través de la reiteración de normas; el sexo es producido (...) en el curso de esa reiteración. Como un efecto sedimentado de una práctica reiterativa en el ritual, el sexo adquiere su efecto naturalizado.” (p.163)

Podríamos, a la luz del proceso de medicalización del cuerpo femenino, pensar el primer Papanicolaou “de verdad” de Rita y su realización excesiva entre las demás entrevistadas como uno entre los varios actos que contribuyen a la construcción performativa de la femineidad, actualizada por la reiteración de prácticas.

Por otra parte, al ser consultadas sobre si alguna vez se habían sentido en riesgo de enfermar de cáncer cervical, las entrevistadas evalúan su susceptibilidad en función de criterios vinculados a la sexualidad y permeados por valores de género. Las mujeres de edad avanzada o sin pareja justifican la negativa en base a su inactividad sexual. A su vez, las participantes con compañero fijo o cuya religión valoriza la fidelidad conyugal consideran que no viven de forma “arriesgada”. Como contrapartida, otras entrevistadas afirman que ninguna mujer está exenta de la posibilidad de enfermar porque, aún realizando o Papanicolaou, “Todas estamos en la línea de riesgo”. Así, la prevención se tornaría relativa frente a una enfermedad cuyo componente de acaso y fatalidad refleja la influencia de las significaciones del cáncer en general (Sontag, 2005). Evidenciando el peso del discurso preventivo, ellas resaltan la importancia de realizar la citología cervical para que, en caso de que se produzca la enfermedad, eso no se deba a la propia “displuencia”. Así, a pesar de no ser una garantía segura contra el CCU, el Papanicolaou representaría una prueba de madurez y responsabilidad, brindando a las mujeres que lo realizan la tranquilidad que parece constituir su principal valor.

En función de esta valorización del cuidado preventivo de la salud sexual, las participantes coinciden en que las mujeres que “no se interesan”<sup>8</sup> son las que tienen mayores chances de contraer CCU. Entre ellas estarían las mujeres que no visitan regularmente al ginecólogo, las que parieron sin acompañamiento médico adecuado del embarazo, las que tienen varios compañeros, las usuarias de drogas y las que abortan con frecuencia. La juventud, mencionada por las entrevistadas de edad más avanzada, no sería un factor de riesgo en sí mismo pero estaría asociada al “estilo de vida” atribuido a las jóvenes. Este es caracterizado por la falta de responsabilidad en el cuidado de sí y por el ejercicio de una sexualidad considerada precoz y arriesgada. Recurriendo a la tradicional asociación entre

---

<sup>8</sup> “Que não ligam”, en portugués.

femineidad y espacio doméstico, la entrevistada más joven diferencia, entre las mujeres jóvenes, las “de dentro de casa” de aquellas que llevan vidas arriesgadas “en la calle”, siendo las últimas quienes tendrían más probabilidades de contraer la enfermedad.

Además, la asociación entre masculinidad e infidelidad hace que las mujeres con compañeros considerados poco confiables (que “se pierden con mujeres de la calle”) tengan más posibilidades de enfermar de CCU. En este sentido, cabe destacar la asociación entre Papanicolaou e infidelidad, que se presentó de forma recurrente entre las entrevistadas. El examen es visto como una forma de verificar la fidelidad de los hombres, produciendo alivio los resultados normales y preocupación por posibles traiciones el resultado contrario. Si bien las participantes diferencian “tipos” de compañeros (el “fijo” o “de confianza”, el “culpable” y el “sospechoso”), la infidelidad está siempre presente porque ningún hombre es “santito” y nunca se sabe lo que hace “fuera de casa”. Así, la infidelidad es asociada a la “naturaleza masculina”, cuya intensidad y libertad sexual forman parte de la construcción de género brasileña (Parker, 1991). Sin embargo, llama la atención que no serían los hombres los principales responsables de colocar a sus parejas en riesgo. En última instancia, detrás de todo hombre siempre hay una mujer:

“Porque los hombres hoy en día... una no debe confiar en ellos. (...) Una cree que sólo... que sólo lo tiene dentro de casa, pero no. Entendés? Una sabe que no es así porque... no es contra las mujeres... Pero es que ellas hoy en día... están ahí, están lanzándose mismo... Y todavía dicen, ‘Me gusta más el hombre casado que el soltero’. Entendés? Entonces una tiene que prevenirse.” (Patrícia, 60 años)

Braun & Gavey (1999) analizaron el discurso dicotómico sobre las enfermedades de transmisión sexual que, a través de la distinción entre mujeres sexualmente “buenas” y “malas”, contribuye al juzgamiento y al control de la sexualidad femenina. Mientras el primer grupo se caracterizaría por la responsabilidad, la monogamia y la ausencia de ETS, el segundo estaría asociado a la irresponsabilidad, la promiscuidad y a esas enfermedades. Además, si entre los hombres las ETS son consideradas un producto “natural” de su comportamiento sexual, entre las mujeres son experimentadas como un castigo por conductas impropias. Frente a esta restringida posibilidad de elección, y alejándose de esas “otras” moralmente cuestionables, las mujeres que se ven como “buenas” según los valores morales dominantes se excluyen del riesgo frente al CCU. En este sentido, las consideraciones de las entrevistadas sobre el riesgo parecen responder a una “teoría del peligro/riesgo sexual” coherente con el “sistema jerárquico de valor sexual”, por el cual las prácticas sexuales son estratificadas y valorizadas en función de su proximidad respecto del padrón heterosexual, monogámico, marital, reproductivo y no comercial (Rubin, 1984).

## **5. Algunas inquietudes, a falta de una conclusión**

A la luz de los elementos analizados, percibimos que los significados y prácticas asociados al CCU no deben ser abordados apenas en función de la accesibilidad y organización de los servicios de salud, sino que también deben considerar la influencia de valores de género, que confieren al tamizaje una carga moral que también requiere ser contemplada. El foco en la mujer-madre no sólo condiciona la efectividad de las intervenciones; éste también refuerza la vulnerabilidad de las mujeres con más probabilidades de enfermar de CCU. Para aumentar su efectividad y para promover la equidad, las políticas preventivas deberían encuadrarse, entonces, en el marco de una estrategia integral de atención a la salud de la mujer.

Encontramos también que la práctica del Papanicolaou y sus resultados son interpretados por las entrevistadas en términos que trascienden al cáncer cervical. Los significados asociados a la citología



informarían sobre la fidelidad conyugal, la “limpieza” y la responsabilidad femeninas, trayendo “tranquilidad” por el cumplimiento de una obligación asociada al hecho de ser mujer. A pesar de ser rutinaria, la realización del examen está lejos de ser una práctica natural. Por el contrario, se trata de una práctica socialmente naturalizada que, en el marco de la medicalización do cuerpo femenino, puede ser pensada como un acto que contribuye a la construcción performativa de la femineidad.

Finalmente, cabe reflexionar sobre las posibles implicaciones de la medicalización del cuerpo femenino frente a este problema. Si, por un lado, ella implica una promesa de autonomía y de control sobre el propio cuerpo – por la disponibilidad de una técnica costo-eficaz para evitar una enfermedad paradigmática de las inequidades en salud –, por el otro lado puede reforzar la dependencia femenina al poder médico (Lupton, 1994). Cabe recordar, siguiendo a Foucault (1999), que el poder no opera apenas en forma represiva sino con modalidades productivas y variadas cuya forma no sería el “control-represión”, sino el “control-estimulación”. En esta línea de análisis, la creciente demanda de tecnologías de control, así como la busca de monitoreo permanente de la salud sexual como parte de la construcción performativa de la femineidad requieren una reflexión cautelosa, considerando que el balance entre autonomía y sujeción en el cuidado de la salud femenina parece tornarse cada vez más delicado. En principio, el material examinado parece indicar que si el cuerpo apenas puede ser “visto” por los médicos y si el estado de salud de las mujeres sólo puede ser evaluado a través de exámenes periódicos y casi obligatorios cuyas funciones ellas desconocen, la balanza parecería estar inclinándose hacia la equiparación del cuidado y la vigilancia de sí.

## Referencias

- Agurto, I., Bishop, A., Sanchez, G., Betancourt, Z. & Robles, S. (2004). Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Preventive Medicine*, 39, 91-8.
- Albuquerque, K.M, Frias, P.G., Andrade, C.L.T., Aquino, E.M.L., Menezes, G. & Szwarcwald, C.L. (2009) Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 25(2), 301-309.
- Alvarez, S. (1998). Aspectos socio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cérvico uterino. *Cad. Saúde Pública*, 14(1), 33-40.
- Amorim, V.M.S.L., Barros, M.B.A., César, C.L.G., Carandina, L. & Goldbaum, M. (2006). Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, Sao Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 22(11), 2329-2338.
- Arrossi, S., Paolino, M. & Sankaranarayanan, R. (2010). Challenges faced by cervical cancer prevention programs in developing countries: a situational analysis of program organization in Argentina. *Rev. Panam. Salud Pública*, 28(4), 249-57.
- Ashing-Giwa, K.T., Padilla, G., Tejero, J., Kraemer, J., Wright, K., Coscarelli, A. et al. (2004). Understanding the breast cancer experience of women: a qualitative study of African American, Asian American, Latina and Caucasian cancer survivors. *Psycho-oncology*, 13(6), 408–428.
- Bahia. Secretaria da Saúde do Estado. Diretoria de Informação e Comunicação em Saúde; Secretaria Municipal de Saúde/Sub-coordenação de Informações em Saúde. (2012). Recuperado en febrero 2011 de <http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/deftohtm.exe?tabpop/populacao.def>
- Bairros, F.S., Meneghel, S.N., Costa, J.S.D., Bassani, D.G., Menezes A.M.B., Gigante, D.P. et al. Desigualdades raciais no acesso à saúde da mulher no Sul do Brasil. (2011). *Cad. Saúde Pública*, 27(12), 2364-2372.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.

- Bingham, A., Bishop, A., Coffey, P., Winkler, J., Bradley, J., Dzuba, I. et al. (2003). Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Pública de México*, 45(3), 408-16.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. (1996). *Diretrizes do rastreamento*. Brasília: INCA. Recuperado en febrero 2012 de [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoos\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_control\\_cancer\\_colo\\_uterio/deteccao\\_precoz](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoos_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_control_cancer_colo_uterio/deteccao_precoz)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datatus). (2011 (a)). Sistema de Informações sobre Mortalidade. Recuperado en septiembre 2011 de <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012. (2011 (b)). *Incidência do Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado en febrero de 2012 de <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
- Braun, V. & Gavey, N. (1999). “Bad girls” and “good girls”? Sexuality and cervical cancer. *Womens’s Studies International Forum*, 22(2), 203-13.
- Bush, J. (2000). It’s just a part of being woman: cervical screening, the body and femininity. *Social Science & Medicine*, 50(3), 429-444.
- Butler, J. (2001). Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. En G.L. Louro (org). *O corpo educado – pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte, MG, Brasil: Autêntica Editora.
- Butler, J. (2003). Problemas de gênero. Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Civilización Brasileira.
- Cesar, J.A., Horta, B.L., Gomes, G., Houlthausen, R.S., Willrich, R.M., Kaercher, A. et al. (2003). Fatores associados à não realização do exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 19(5), 1365-1372.
- Connell, R. (2009). *Gender in World Perspective*. Cambridge, UK: Polity.
- Conrad P. (2007) *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore, USA: John Hopkins University Press.
- Costa, T., Stotz, E.N., Grynszpan, D. & Souza, M.C.B. (2006). Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface*, 10(20), 363-380.
- Courtenay, W.H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*, 50, 1385-1401.
- Duavy, L.M., Batista, F.L., Jorge, M.S. & Santos, J.B. (2007). A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(3), 733-742.
- Ferlay, J., Shin, H.R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C. & Parkin, D.M. (2010). *Globocan 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10*. Lyon, Francia: IARC. Recuperado en septiembre de 2011 de <http://globocan.iarc.fr> accessed on day/month/year
- Foucault, M. (1979). *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Graal.
- Foucault, M. (1991). *Vigiar e Punir*. Petrópolis, RJ, Brasil: Ed Vozes.
- Foucault, M. (1999) *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Graal.
- Fylan, F. (1998). Screening for cervical cancer: a review of women’s attitudes, knowledge and behaviour. *British Journal of General Practice*, 48, 1509-1514.
- Howson, A. (1999). Cervical screening, compliance and moral obligation. *Sociology of Health & Illness*, 21(4), 401-425.
- Instituto Nacional do Câncer, Brasil. (2010). *Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil: INCA.
- International Agency for Research on Cancer. (2005). *Cervix cancer screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention v 10*. Lyon, Francia: IARC Press.
- Le Breton, D. (2010). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

- Lupton, D. (1994). *Medicine as culture: illness, disease and the body in western societies*. London, UK: SAGE.
- Maluf, S. (2001). Corpo e corporalidade nas culturas contemporâneas: abordagens antropológicas. *Revista Esboços*. Recuperado em abril de 2013 de <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/563>
- Parker, R. (1991). *Corpos, prazeres e paixões. A cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo, SP, Brasil: Best Seller.
- Rubin, G. (1984). Pensando o sexo: notas para uma Teoria Radical das Políticas da Sexualidade. Tradução em versão digital por Felipe B.M. Fernandes.
- Santos, S.M., Guimarães, M.J.B. & Araújo, T.V.B. (2007). Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. *Saúde Soc.*, 16(2), 87-102.
- Schmidt, M.I., Duncan, B.B., Silva, G.A., Menezes, A.M., Monteiro, C.A., Barreto, S.M. et al. (2011). Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, 6736(11), 60135-60139.
- Schraiber, L.B. (2005). Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. En W. Vilella & S. Monteiro (Orgs.). *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. (pp. 39-61). São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva –Abrasco; Fundo de População das Nações Unidas –UNFPA.
- Scott, J.W. (1995). Género: una categoría útil de análisis histórica. *Educación y Realidad*, 20(2), 71-99.
- Sontag, S. (2005). *La enfermedad y sus Metáforas y el Sida y sus Metáforas*. Buenos Aires, Argentina: Taurus.
- Wade, P. (1997). *Race and Ethnicity in Latin América*. London, UK: Pluto Press.
- Wood, K., Jewkes, R. & Abrahams, N. (1997). Cleaning the womb: constructions of cervical screening and womb cancer among rural black women in South Africa. *Soc Sci Med*, 45(2), 283-294.