



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA - ISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Ana María Rico

**“SIGNIFICADOS E PRÁTICAS DE PREVENÇÃO DO CÂNCER
CERVICOUTERINO ENTRE MULHERES DE
BAIRROS POPULARES DE SALVADOR, BRASIL
E BUENOS AIRES, ARGENTINA”**

**Salvador
2016**

Ana María Rico

**“SIGNIFICADOS E PRÁTICAS DE PREVENÇÃO DO CÂNCER
CERVICOUTERINO ENTRE MULHERES DE
BAIRROS POPULARES DE SALVADOR, BRASIL
E BUENOS AIRES, ARGENTINA”**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do grau de Doutora em Saúde Pública.

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Jorge Alberto Bernstein Iriart

**Salvador
2016**

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

R541s

Rico, Ana María.

“Significados e práticas de prevenção do câncer cervicouterino entre mulheres de bairros populares de Salvador, Brasil e Buenos Aires, Argentina” / Ana María Rico.-- Salvador: A.M. Rico, 2016.

197 f.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Alberto Bernstein Iriart.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Câncer Cervicouterino. 2. Gênero. 3. Sexualidade. 4. Prevenção. 5. Mundos Morais Locais. I. Título.

CDU 616



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

ANA MARÍA RICO

Significados e práticas de prevenção do câncer cervicouterino entre mulheres de bairros populares de Salvador, Brasil e Buenos Aires.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 27 de maio de 2016.

Banca Examinadora:

Prof. Jorge Alberto Bernstein Iriart - Orientador - ISC/UFBA

Prof. Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos – ISC/UFBA

Profa. Leny Alves Bomfim Trad – ISC/UFBA

Profa. Daniela Riva Knauth – FAMED/ UFRGS

Profa. Alinne de Lima Bonetti - UNIPAMPA

**Salvador
2016**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que me acompanharam e que contribuíram para a realização deste trabalho:

Ao Professor Dr. Jorge Iriart, agradeço a confiança e o entusiasmo, tão necessário nestes dias. Espero que o resultado esteja à altura do esperado.

À Prof^a. Dra. Daniela Knauth, pela disposição de sempre e pelas importantes contribuições realizadas em cada ocasião.

À Prof^a. Dra. Alinne Bonetti, pelo exemplo inspirador como docente, e pela participação na banca.

Ao Prof. Dr. Marcelo Castellanos, pelos cuidadosos aportes feitos ao longo do meu percurso no ISC. Muito obrigada pela companhia!

À Prof^a. Dra. Leny Trad, pelos aportes realizados nas disciplinas ministradas, e pela participação na banca.

Às mulheres que participaram do estudo agradeço a confiança e a generosidade, já que sem elas este trabalho não teria sido possível. Gracias especiales a Liliana e Tina, pelos dias e as conversas compartilhadas no meu reencontro com o bairro.

Especial gratidão a Marcelo, Marinalva, Ana, João e Maria, por me acolherem no bairro, na sua casa e na sua família. Vocês foram muito importantes para a realização deste trabalho. Sigamos enfrente com nossa amizade e nossas parcerias!

Às instituições de saúde que me permitiram realizar observações e aos profissionais que me receberam nestas, esperando retribuir a sua generosidade. À RIEpS, Sandra Bernabó, Laura Brandt y Mariana Kielmanovich, gracias pela ajuda e pelo reencontro em espaços tão significativos. Adán, valeu pelo compartilhado, acá y allá.

Às colegas e amigas do ISC pelas nossas conversas e atividades saudáveis: Patrícia, Carla, Paloma, Sandra, Mariana e Emanuelle. A Cecília, um enorme

gracias pela generosidade e pelo acolhimento nos últimos tempos. Aos “gringuitos”, pela amizade de sempre. Yeimi, Davide, Andrés, Sonia, Yadira, Diana e também Leo, Gisel, Juana e Vera, sempre presentes apesar da distância.

A mis amigos y amigas de allá, gracias por acompañarme siempre. A Victoria y a Melisa, por inspirarme. Ustedes saben cómo las admiro. Y claro, gracias por Helena!

Al PPCC, por la pasión por el tema, el trabajo y el compromiso que aún me inspiran. Gracias, Silvina, Rosa, Laura, María Laura, Adriana, Mariné y Meli otra vez!

A Edileuza, do MUSA, pelo carinho de sempre e a ajuda até o último momento. Às Musas Greicie, Estela, Ceci, Fran, Cecília, Lilian, Vania, Manu e Mariana, pelo exemplo de compromisso acadêmico e militante.

A Tereza, Sérgio, Thomas, Gabriel e Ariel, por ser minha família baiana.

Con mi familia, toda la gratitud del mundo es poca. A ustedes les debo lo que soy y lo que sueño. A Olga y Tito (mamá y papá), Ale (la mejor hermana), los abuelos, la madrina, Félix, “rrrrracias”!

A Paulo, por tantos “aquí e agora”: passados, presentes e futuros. Obrigada por estar comigo e por me cuidar sempre. Quero mais!

A esta terra, que sinto minha casa, y a la tierra de donde vengo, que también lo es.

A todos y a todas, aquele abraço y gracias, totales.

SUMÁRIO

Apresentação	1
Introdução	7
Artículo 1: “La mujer es quien se cuida’: migración, género y cuidado de la salud sexual y reproductiva entre migrantes peruanas en un asentamiento de la Ciudad de Buenos aires, Argentina”	13
1. Introducción	15
1.1 Contextualizando la migración peruana en la Argentina	20
2. Metodología	23
2.1 Caracterización de las participantes	24
2.2 Análisis de datos	26
3. Consideraciones éticas	27
4. Contextualizando la problemática habitacional en la Ciudad de Buenos Aires: villas y asentamientos	27
4.1 Llegando al asentamiento: un “barrio cerrado” en el centro de la ciudad	29
5. Resultados	33
5.1 Transformaciones de las relaciones familiares en el contexto migratorio: tensiones entre dependencia y cuidado	33
5.2 El cuidado de la salud en el contexto migratorio: entre las prácticas tradicionales y la biomedicina	44
5.3 Del cuidado de la salud al cuidado reproductivo	50
6. Consideraciones finales	59
7. Referencias	63
Artículo 2: “De contagios e higiene: significados y prácticas preventivas del cáncer cervicouterino entre inmigrantes peruanas en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina”	71
1. Introducción	73
2. Metodología	78
2.1 Caracterización de las participantes	79
2.2 Análisis de datos	79
3. Consideraciones éticas	80
4. Resultados	80
4.1 “Le sacaron todo”: cáncer cervicouterino, amenaza a la femineidad y miedo de saber	80
4.2 Género y concepciones sobre las causas del cáncer cervicouterino	85
4.3 “Es algo normal, es algo femenino”: papanicolaou y monitoreo de la salud sexual	96
5. Consideraciones finales	104
6. Referencias	109
Artigo 3: “Gênero e moral sexual na prevenção do cancer cervicouterino em um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil”	117

1. Introdução.....	118
2. Metodologia.....	121
2.1 Caracterização das participantes.....	122
2.2 Caracterização do bairro	123
3. Considerações éticas.....	125
4. Resultados	126
4.1 <i>Sexualidade feminina e moral sexual</i>	126
4.2 <i>Papanicolaou, cuidado e limpeza</i>	134
4.3 <i>Sexo de Deus e mulheres direitas: cuidado e religiosidade</i>	148
4.4 <i>Chás, saberes femininos e autonomia</i>	155
5. Considerações finais.....	160
6. Referências	164
Considerações finais.....	171
Apêndice A. Tabela resumo entrevistadas Buenos Aires.....	172
Apêndice B. Tabela resumo entrevistadas Salvador	172
Apêndice C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Argentina.....	172
Apêndice D. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Brasil.....	172
Apêndice E. Roteiro de entrevista Argentina	172
Apêndice F. Roteiro de entrevista Brasil.....	172
Apêndice G. Fotografias do bairro em Buenos Aires.....	172
Apêndice H. Fotografias do bairro em Salvador	172

RESUMO

Apesar de ser evitável e curável se for detectado de forma oportuna, o câncer cervicouterino (CCU) ainda constitui um importante problema de saúde pública. Refletindo a iniquidade em saúde, a doença concentra-se em países de baixa e média renda, afetando especialmente mulheres de setores sociais desfavorecidos. Os programas de prevenção na Argentina, no Brasil e no Peru organizam-se em torno ao Papanicolaou. Porém, a cobertura insuficiente do exame, praticado de forma oportunística, dificulta a diminuição do impacto da doença.

Problemas de cobertura do Papanicolaou vinculam-se a barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde e a elementos socioculturais referentes aos significados da doença e sua prevenção; questões que devem ser consideradas para elaborar estratégias preventivas eficazes destinadas aos grupos mais expostos à enfermidade.

O objeto desta tese é compreender como as práticas preventivas do câncer cervicouterino estão inseridas em contextos morais específicos que condicionam as formas com que as mulheres se vinculam com a sexualidade e a feminilidade. Com o propósito de analisar os valores que subjazem à prevenção do câncer cervical abordamos, em dois cenários específicos, 21 mulheres de um bairro popular de Salvador e 15 migrantes peruanas morando em um assentamento de Buenos Aires. Trata-se em ambos os casos de mulheres de baixa renda, fator de risco agravado em Salvador pela ausência de instituições de saúde locais. Em Buenos Aires, o fator migratório constituiu o indicador de maior vulnerabilidade à doença.

A abordagem qualitativa de pesquisa permitiu nos aproximarmos às redes semânticas que sustentam os significados e as práticas preventivas do CCU. Utilizou-se como técnica principal de produção de dados a entrevista semiestruturada, complementada com observações e conversas informais registradas em um diário de campo. Também foram realizadas observações e entrevistas com profissionais de instituições de saúde próximas aos cenários estudados. Os dados obtidos são apresentados através de três artigos empíricos. O primeiro mostra que o gênero, como organizador das assimetrias de poder entre homens e mulheres, interfere nas trajetórias migratórias e nos modelos de atenção à saúde sexual e reprodutiva de mulheres peruanas residentes em Buenos Aires. Os resultados indicam que embora a migração não modifique estereótipos de gênero, ela propicia transformações na organização

familiar que impactam no cuidado da saúde. Articulado com práticas tradicionais, o acesso à atenção biomédica é valorizado como uma “oportunidade” a ser aproveitada. Indica-se a necessidade de transcender noções que equiparam a saúde sexual feminina à reprodução. O segundo artigo aborda os significados e as práticas preventivas do câncer cervicouterino entre essas mulheres, salientando que valores de gênero perpassam o modelo explicativo da doença, as práticas preventivas, e as concepções do corpo feminino e do risco perante a enfermidade, evidenciando que tanto o sistema médico andino como o biomédico contribuem para a legitimação de assimetrias de gênero. O terceiro artigo procura mostrar as valorações morais que subjazem aos significados e às práticas preventivas do CCU em um bairro popular em Salvador. Destaca-se a valorização negativa da sexualidade e a afirmação do cuidado e da limpeza como atributos femininos. Perante dificuldades de acesso à atenção biomédica, práticas tradicionais e religiosas apresentam-se como substitutos, permitindo que mulheres que não realizam o Papanicolaou se considerem “direitas” diante do risco de serem assinaladas como incorretas em função de práticas sexuais e de cuidado julgadas negativamente pela moral sexual dominante. Conclui-se que os significados e as práticas preventivas do câncer de colo do útero estão inseridos em contextos morais locais, refletindo valores e expectativas sociais relativos à feminilidade e à sexualidade. Estes conteúdos singulares devem ser contemplados para o desenho de estratégias preventivas eficazes orientadas a grupos específicos, transcendendo a oferta padronizada e descontextualizada do Papanicolaou.

Palavras-chave: Câncer cervicouterino - Gênero - Sexualidade - Prevenção - Mundos morais locais

ABSTRACT

Although cervical cancer can be prevented and cured if detected on time, it remains a major public health problem. As it reflects inequity in health, this illness spreads in low and middle-income countries, majorly affecting women in lower social strata. Prevention programs in Argentina, Brazil and Peru are organized with the Pap-smear as central technique; hence the insufficient coverage of the exam, executed in an opportunistic way, difficulties the diminution of the burden of the disease.

Pap-smear coverage difficulties are related to limited accessibility to health services and sociocultural elements linked to the illness meanings and its prevention; all these topics need to be taken into consideration in order to better elaborate efficient prevention strategies directed to the illness most exposed groups.

The goal of this thesis is to analyse how cervical cancer prevention practices are rooted in specific moral contexts which affect the way women relate with sexuality and femininity. Two specific groups were studied, investigating how values relate to cervical cancer prevention: 21 women in a popular settlement in Salvador and 15 Peruvian immigrants living in one in Buenos Aires. In both cases women belong to low income groups, being that risk factor increased in Salvador by the lack of local public health institutions. In Buenos Aires, the migrational factor was the one that represented the highest vulnerability indicator for this illness.

The qualitative approach in this investigation lead us to a closer look to the semantic networks which meanings and cervic cancer preventive practices are based on. Research was done mainly through semi-structured interview, with the addition of observations and informal conversations which were registered in a field diary. We also did observations and interviews with professionals at health institutions located close to the investigated settlements. The results are presented through three empiric articles. The first one shows that gender, as it organizes asymmetry of power between men and women, interferes with migration and sexual and reproductive health attention models amongst Peruvian women who are settled in Buenos Aires. Results indicate that although migration does not modify gender stereotypes, it sets base for familiar organization transformations which do impact self care. Access to biomedical attention is linked to traditional practices, as well as recognized as an “opportunity” to take advantage of. This indicates the need of traspassing ideas which put feminine health as a synonyme of reproduction. The second article is dedicated to cervical cancer meanings

and preventive practices amongst those women, showing that gender values permeated the explicative model of the illness, preventive practices and concepts about feminine body and risk of developing the illness, exposing that the Andean medical system as well as the biomedical one contribute to legitimate gender asymmetry. The third article's goal is to show which moral values are base for meanings and preventive practices related to cervical cancer in a popular settlement in Salvador. It highlights the negative valuation of sexuality and affirmation of care and cleanliness as feminine attributes. In a situation of lack of access to biomedical attention, traditional and religious practices appear as substitutes, allowing women who have not had the Pap-smear done to consider themselves as "straight women" against the possibility of being pointed at as improper due to sexual and care practices which are negatively judged by dominant sexual morale. The conclusion is that meanings and preventive practices related to cervical cancer are rooted in local moral contexts, reflecting social values and expectations regarding femininity and sexuality. These singular contents need to be taken into consideration in order to design effective preventive strategies targeted to specific groups, transcending the standardized and decontextualized offer of Pap-smear.

Key words: Cervical cancer - gender - Sexuality - Prevention - Local moral worlds

Apresentação

O trabalho que aqui é apresentado forma parte da minha motivação pessoal e profissional, que foi se forjando ao longo da minha trajetória e das minhas experiências no campo da saúde em geral, e especificamente no da saúde da mulher, tanto na Argentina como no Brasil. A minha aproximação à problemática do câncer do colo do útero (CCU) foi se produzindo gradualmente, mas sem perder de vista seu atrelamento a condicionantes que, infelizmente, fazem parte do que, em nossas sociedades, implica *ser mulher*.

Desde meu primeiro espaço profissional, o Programa de Recuperadores Urbanos de la Ciudad de Buenos Aires, onde trabalhei em terreno com catadores/as de lixo nos anos posteriores à crise de 2001, me deparei com os problemas que se acrescentam à pobreza e à luta pela sobrevivência entre mulheres populares: a preocupação pela família, que as coloca em último plano postergando o cuidado de si; situações de violência e temores específicos em função do seu sexo, e a exposição a doenças que afetavam não apenas a saúde física, mas o seu sentido da feminilidade, faziam parte do cotidiano destas mulheres, que acompanhei até 2006.

Posteriormente, a Residência Interdisciplinar de Educação em Saúde significou a minha primeira incursão na área da saúde. Entre 2006 e 2009 atuei como residente em um Hospital Geral da cidade de Buenos Aires e no Centro de Atención Básica que dependia deste. Isso representou uma oportunidade única para me aproximar à população usuária e aos serviços de saúde “desde dentro”, transitando corredores técnicos e outros espaços pouco acessíveis a quem não faz parte do corpo médico, em diálogo com o olhar da minha formação disciplinar, a Sociologia. Ao longo desses anos aprofundi meu envolvimento com temas de saúde da mulher, participando na elaboração e implementação de projetos e atividades de educação em saúde sobre diversas problemáticas que afetavam às mulheres.

Essas experiências ganharam aprofundamento e foco com minha inserção no Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino, onde atuei como responsável da área de Monitoramento e Avaliação. Desde a minha primeira aproximação à temática ficou clara a injustiça que esta doença – evitável e curável através de tecnologias disponíveis e de baixo custo – representa, atingindo especialmente a mulheres em condições de vulnerabilidade socioeconômica. Desde a perspectiva da gestão, trabalhei nos estados argentinos mais afetados pela enfermidade, onde percebi os frequentes desencontros entre gestores, equipes de saúde e usuárias, mas também vivenciei a capacidade transformadora de ações desenhadas com base no conhecimento, no diálogo e na participação da “população-

alvo”. “Pesquisas operativas” realizadas por cientistas sociais com populações específicas permitiram atingir melhores resultados, potencializando articulações efetivas entre os atores envolvidos na prevenção e na assistência à doença.

Esse interesse me levou a realizar, já no Brasil, a minha dissertação de mestrado sobre significados e práticas preventivas do CCU entre mulheres de setores populares em Salvador. A problemática tinha uma clara relevância para a Saúde Coletiva, em função da urgência de tornar socialmente possível a prevenção de mortes injustas de mulheres por uma doença cujo enfrentamento é tecnicamente viável. O fato de que os avanços técnicos não se traduzem em abordagens adequadas à realidade das mulheres mais vulneráveis à doença torna não apenas pertinente, mas necessária uma abordagem que evidencie os aspectos socioculturais envolvidos no processo de saúde-doença-cuidado, com o especial aporte da perspectiva de gênero. Ademais de ratificar que – além dos condicionantes estruturais que interferem na acessibilidade aos serviços – a prevenção do câncer cervical está atravessada por valores morais e de gênero, a pesquisa também foi uma oportunidade para refletir sobre o meu papel como pesquisadora, especialmente em função da minha inocultável condição de estrangeira. Essa condição possibilitou um tipo particular de aproximação às informantes, configurando um tipo de relação que, eu imaginava, no meu país teria sido diferente. Explicações detalhadas por parte das entrevistadas, por vezes próximas das traduções, assim como precauções delas e também próprias, talvez tivessem sido desnecessárias em um cenário mais familiar. Acredito também que não sendo estrangeira poderia ter conseguido acessar a grupos mais vulneráveis, questão que foi uma das limitações dessa empreitada.

A pesquisa de doutorado se apresentou, assim, como uma oportunidade para tentar aprofundar o conhecimento desses grupos. O objetivo proposto foi realizar uma pesquisa de caráter comparativo, tendo como populações de estudo mulheres argentinas e brasileiras de camadas populares nas cidades de Buenos Aires e Salvador, à luz dos diferentes graus de cobertura do Papanicolaou em países em que a carga da doença continua sendo notória. No caso de Salvador, diante da experiência anterior – realizada em um bairro popular mais central da cidade, que conta com uma significativa rede de serviços de saúde e com uma vida comunitária característica, organizada em torno da identidade negra –, consegui acessar a um bairro afastado da periferia, sem essa rede comunitária e sem presença de serviços sanitários o que, complementado pela minha chegada independente destes últimos, facilitou que meu contato com as potenciais participantes não tivesse o viés que o acesso através de

instituições da saúde pode ter representado na pesquisa precedente. Minha entrada no local de estudo foi favorecida por um jovem morador e a sua mãe, que me apresentaram as primeiras informantes. Sendo que minha condição de estrangeira era evidente, o fato de chegar ao lugar através de residentes conhecidos no bairro foi particularmente oportuno na etapa inicial do trabalho de campo. Assim mesmo, o fato de contar com a casa deles para dar um tempo entre uma visita e outra propiciou interessantes conversas informais e, de passagem, uma oportunidade única para conhecer a dinâmica do bairro. Dinâmica fácil de apreciar olhando, como toda a vizinhança faz, pela janela que aponta ao corredor externo da casa ou então pela porta, que permanece aberta enquanto a grade fica fechada. Ademais, esta família e sua casa foram fundamentais em algumas situações em que experimentei franco temor, e nas que ser mulher e estrangeira me tornavam particularmente vulnerável. Nesses casos percebi quão importante é contar com o nome de um homem para chamar em voz alta, e que o entorno perceba que você não está sozinha. Posteriormente, procurei ampliar meus contatos através de outras informantes até conseguir interagir com algumas mulheres menos “certinhas” que me resultavam particularmente instigantes, trás ouvir as reiteradas críticas da vizinhança. Apesar de que não consegui realizar entrevistas formais com algumas delas¹, mantive conversas e compartilhei momentos com elas que me permitiram me aproximar da versão menos “correta” do bairro.

Já a chegada a Buenos Aires, onde esperava ter minha inserção em campo facilitada pelo fato de me encontrar “em casa”, me reservava uma surpresa: o lugar onde realizaria o trabalho de campo tinha mudado de forma considerável. A população não apenas tinha aumentado, mas a sua composição tinha se modificado visivelmente, passando a contar com uma alta concentração de migrantes. Atendendo à vulnerabilidade que o fator migratório pode implicar em relação às condições de vida e de saúde, e às particulares dinâmicas de gênero que uma cultura diferente podia configurar, optei por mergulhar nesta nova possibilidade que o campo propiciava.

O contato com migrantes peruanas me levou, conseqüentemente, a me debruçar sobre uma problemática específica, não prevista no planejamento da pesquisa: a das migrações e a saúde. Dessa maneira, encontrei um rico campo de estudos que evidencia as dificuldades dos migrantes para a efetivação do direito à saúde, assim como suas formas próprias de cuidado, que às vezes entram em conflito com as modalidades dominantes nas

¹ Uma delas, conhecida no bairro por se prostituir, era particularmente difícil de encontrar apesar de termos marcado encontros em várias oportunidades. Ela raramente estava na casa dela e eu nunca consegui falar ao número de telefone que ela me deu: segundo uma amiga dela, era impossível falar com ela simplesmente porque quando ela tinha um celular o vendia para comprar droga.

sociedades de acolhida. Por sua vez, me deparei com uma subárea no campo das migrações particularmente instigante: a das migrações e gênero, que denuncia a invisibilidade das mulheres nos fluxos de população ao tempo que reivindica a centralidade do gênero como organizador destes movimentos.

Se a questão migratória se fez presente desde a minha chegada, na medida em que me inseria no assentamento fui percebendo que, longe de se tratar apenas de mais um dado, esta questão requeria ser considerada como eixo da análise. Práticas de cuidado, relações de autoridade entre gerações e entre homens e mulheres, relações ao interior do bairro e fora deste com uma vizinhança que os estigmatiza estavam permeadas por este elemento, que acabou se impondo ao longo do processo investigativo. Por sua vez, meu interesse em compreender os significados e as práticas deste grupo de mulheres peruanas tornou necessário conhecer a realidade socioeconômica e sanitária, a história das políticas de saúde e controle populacional, assim como as fortes tradições culturais do país, que conferem um tom particular às ações e concepções referentes às formas de cuidado. Neste sentido, os saberes e práticas tradicionais adquiriram particular relevância, assim como a sua interação com o modelo biomédico, dominante na cidade de destino. A importante presença de práticas tradicionais em Salvador, especialmente entre as mulheres procedentes do interior do estado, revelou assim mesmo, modalidades de cuidado à saúde que também não tinha previsto para esse cenário.

Meu acesso ao assentamento foi facilitado por trabalhadores/as da saúde que atuam no lugar como parte das suas atividades extramuros. Eles/as me apresentaram algumas delegadas do bairro, que me levaram até as primeiras potenciais participantes. Mais na frente, visando contrabalançar o viés que o ingresso a campo pode ter implicado na seleção das informantes, os contatos foram realizados através das participantes e posteriormente também contatei mulheres por conta própria no comedor comunitário do assentamento. Cabe destacar que meu conhecimento do lugar data do ano 2003, sendo que entre 2006 e 2009 atuei lá como residente do Hospital Geral da zona. Isto me permitiu apreciar as permanências e as mudanças ocorridas nos últimos anos, ao tempo que já conhecia sua história e alguns moradores mais antigos. Ademais, meus contatos com membros da equipe de saúde do hospital e do centro de atenção básica facilitaram meu acesso a documentos e informações que contribuíram para aprofundar a minha familiaridade com o lugar e sua longa história de encontros e desencontros com os serviços de saúde. Assim mesmo, entrevistas realizadas por mim nesses

anos com moradoras do bairro que reencontrei nesta pesquisa também foram utilizadas neste trabalho.

A imersão em um espaço já conhecido, não mais como parte da equipe de saúde, mas como pesquisadora implicou um exercício de reflexividade particularmente interessante. De volta na Argentina e no assentamento, esperava me sentir logo “em casa”. Porém, as mudanças que eu não tinha acompanhado eram notórias: as construções tinham aumentado em quantidade e altura, os carrinhos dos catadores de lixo nas portas das casas praticamente tinham sumido e de várias casas assomavam *splits* de ar condicionado. Claro que tinha continuidades: apesar das melhoras observadas, a pobreza e a precariedade das vivendas continuavam sendo evidentes, os prédios e lojas vizinhos continuavam engradados, a viatura persistia no único portão de entrada ao assentamento e as esporádicas incursões da polícia também continuavam.

Nesse contexto, minha sensação de estar voltando ao familiar se desestruturou, mas me deparei com outra surpresa: o fato de que minha experiência como estrangeira no Brasil me ajudaria a criar empatia com minhas informantes. Enquanto as acompanhava nas suas atividades, conversávamos sobre nossas vidas fora dos nossos países, sobre as diferenças entre estes, sobre como mantínhamos contato com nossas famílias e sobre a importância das visitas – não só para reencontrar nossos seres queridos, mas também porque elas nos traziam produtos dos que sentíamos falta. Ao conversar sobre seus problemas e sobre seus cuidados da saúde sexual, eu não tinha como evitar lembrar a ocasião em que, diante de um problema ginecológico e sem cobertura de saúde no Brasil, tive que buscar alternativas para solucioná-lo. Com a diferença, claro está, de que apesar de ser estrangeira, eu sou branca, de classe média e me encontro no Brasil por um projeto acadêmico; questões que, no entanto, não impediram que eu fosse tratada com malícia pela ginecologista a quem acudi em um momento de particular vulnerabilidade. Também através dos seus relatos reconheci a importância que as redes sociais construídas têm para mim na Bahia, já que as orientações fornecidas por nativos e outros estrangeiros resultam chaves na hora de me enfrentar aos serviços de saúde e à sua lógica burocrática – tão universal e singular ao mesmo tempo. Em suma, o vaivém entre o familiar e o desconhecido acompanhou a minha (re)inserção no campo, fazendo da minha presença, simultaneamente nativa e estrangeira, objeto de reflexões e *insights*.

Apesar de que os dois locais de pesquisa estão atravessados por condições de vida que tornam difícil a sobrevivência, onde a violência e o tráfico fazem parte da realidade cotidiana dos moradores, e onde o acesso a serviços de saúde condiciona as modalidades de

cuidado, cada cenário tem características próprias, que espero conseguir transmitir ao longo dos artigos. Enquanto no assentamento o Peru se fazia presente em Buenos Aires, trazendo não apenas seus sotaques, suas cores e seus cheiros, mas também machismo, violência, conservadorismo e segredo em torno à sexualidade, que podem contrastar com o estilo portenho², em Salvador – capital provinciana, como me advertiram desde que cheguei – o clima do bairro é de flerte, “shortinho e dancinha” e de trocas sexuais evidentes, apesar de ocorrer em um entorno onde a moral sexual, a religião e os boatos estão sempre prontos para julgar esses comportamentos. Neste sentido espero, com a desculpa da prevenção do câncer cervical, transportar os leitores aos diferentes contextos morais locais que dão nuances singulares às vidas das mulheres que participaram do estudo e às suas práticas de cuidado da saúde.

² Ou, pelo menos, a versão mais “politicamente correta” deste.

Introdução

O objeto desta tese é mostrar como as práticas preventivas do câncer cervicouterino (CCU) estão imersas em contextos morais específicos que não devem ser desconhecidos pelas ações preventivas impulsionadas por serviços e políticas sanitárias referentes à doença. As significações conferidas ao câncer cervical, e as medidas colocadas em prática visando sua prevenção, refletem as formas em que as mulheres se vinculam com a sexualidade, o corpo, a feminilidade e os homens em contextos singulares; questões geralmente negligenciadas por estratégias preventivas centradas na oferta do Papanicolau de forma padronizada e descontextualizada.

O Papanicolau ou citologia cervical constitui o eixo das políticas preventivas do CCU na Argentina, no Brasil e no Peru, países onde a doença continua sendo um importante problema de saúde pública que reflete as iniquidades em saúde neles existentes. Este exame representa uma técnica de prevenção secundária eficaz do câncer cervical quando faz parte de estratégias de rastreamento que têm uma adequada cobertura populacional. Porém, nestes países estas estratégias não atingem os níveis de cobertura desejados, sendo a sua implementação caracterizada como insuficiente e oportunística. Insuficiente, porque não consegue atingir as mulheres em maior risco de desenvolver câncer do colo do útero, como aquelas que se encontram em situações socioeconômicas desfavoráveis, e porque, em função do viés reprodutivo que privilegia as mulheres em idade fértil, negligencia aquelas que se encontram fora dessa etapa vital, reforçando o risco de adoecerem por CCU. Oportunística, porque ao invés de promover a busca ativa dessas mulheres, espera-se que elas recorram aos serviços de saúde em procura do exame.

Problemas referentes à organização dos serviços e à acessibilidade geográfica e econômica condicionam a possibilidade de que mulheres de setores desfavorecidos realizem o Papanicolaou e utilizem os serviços de diagnóstico e tratamento necessários de forma oportuna, perdendo-se assim a chance de que elas se submetam a intervenções menos invasivas em caso de que o câncer cervicouterino ou lesões precursoras sejam detectados. Desta maneira, a falta de instituições de saúde próximas à residência das mulheres, os horários de atenção inadequados a sua rotina e responsabilidades, o agendamento tardio das consultas, as demoras no atendimento, a falta de vagas, a demora na entrega dos resultados, a falta de profissionais do sexo feminino e problemas relacionados com a forma de trato e a privacidade podem desestimulá-las de realizar o exame. Ademais, a migração também pode

agravar a vulnerabilidade em saúde das mulheres que empreendem esses movimentos, haja vista da existência de dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

Além desses condicionantes estruturais e organizativos, fatores de caráter sociocultural intervêm na adoção de práticas preventivas e, se não forem considerados, podem operar como entraves para a prevenção do câncer cervicouterino. Por exemplo, significados conferidos à doença decorrentes da associação desta com o câncer em geral reforçam a sua caracterização como um mal inevitável e fatal, tornando inviável a noção de prevenção. A interpretação da ausência de sintomas como um signo de saúde pode não resultar benéfica quando se trata de uma doença como o câncer cervical, que se caracteriza por um longo período assintomático e pela aparição de sinais apenas na fase avançada. Medos da dor e pudores relativos à exposição de corpo na consulta ginecológica podem desalentar a realização do Papanicolaou. A introjeção do viés reprodutivo dos serviços tende a reforçar a noção de que o cuidado à saúde sexual se limita a essa fase vital, desestimando a prática do exame justamente entre mulheres que se encontram na faixa etária com maior risco diante da doença, ao tempo que reforça concepções que restringem a saúde da mulher à saúde reprodutiva. Ademais, a associação do câncer cervicouterino com a transmissão sexual pode desalentar a prática da citologia cervical, pela negativa de algumas mulheres de reconhecer-se afetadas por uma doença associada à promiscuidade, à infidelidade ou à falta de cuidado, além de sustentar, entre mulheres sexualmente inativas, a ideia de que a realização do Papanicolaou seria desnecessária. Por sua vez, algumas mulheres podem tender a não realizar o exame pela oposição dos seus companheiros a que lhes sejam realizadas explorações ginecológicas, especialmente quando outro homem é responsável pelo procedimento.

Diante deste amplo leque de fatores que interferem na prevenção do câncer cervicouterino, o desenho e a implementação de estratégias preventivas eficazes requerem reconhecer as formas em que suas destinatárias se vinculam com a doença e com a sua prevenção, atendendo à lógica que lhes confere sentido: os significados e as práticas acionadas fazem sentido em contextos morais locais específicos, em função dos princípios, das noções do sentido comum, das crenças religiosas e de outros elementos que configuram o mundo que é vivido por estas mulheres. Neste contexto se enquadram os valores dominantes que prescrevem e delimitam o certo do errado, e o permitido do proibido. Assim, os significados e as ações preventivas das mulheres dialogam com o que é socialmente esperado em relação à feminilidade, à sexualidade e à responsabilidade, dentre outros aspectos que transcendem a dimensão técnica da temática.

Com o propósito de compreender os valores que se colocam em jogo na prevenção do câncer cervical em dois cenários específicos, abordamos mulheres de um bairro popular de Salvador e migrantes peruanas morando em um assentamento de Buenos Aires. Em ambos os casos se trata de mulheres de baixa renda, fator que indicaria maior risco diante da doença, agravado em Salvador pela ausência de instituições de saúde locais. Em um contexto de maior acessibilidade geográfica aos serviços de saúde como Buenos Aires, o fator migratório constituiu um indicador de maior vulnerabilidade ao CCU. Procurou-se, nos dois locais de estudo, contatar mulheres com diferentes trajetórias no que diz respeito da prevenção do câncer cervicouterino, em especial em relação à realização do Papanicolaou. Assim mesmo, buscou-se explorar diferenças geracionais, de situação conjugal ou religiosas para compreender as diferentes modalidades de cuidado adotadas pelas participantes.

Apesar de que não pretendemos negar o componente orgânico da saúde e a doença, nosso trabalho visa descrever práticas e interpretar significados relacionados a esses fenômenos. Por esse motivo, centramos nossa atenção no papel da cultura (Geertz, 1978) nas formas em que as mulheres estudadas lidam com o cuidado da saúde feminina e com o câncer do colo do útero. Nesse sentido, adotamos uma perspectiva de análise qualitativa que se propõe elaborar interpretações construídas a partir das explicações fornecidas por nossas informantes. Deste modo, as interpretações aqui propostas têm como base os dados produzidos ao longo do trabalho de campo, em diálogo com a perspectiva teórica e a literatura revisada.

A técnica principal de produção de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada, sendo esse material complementado com as diversas observações e trocas informais realizadas com as participantes e com outras pessoas, que foram registradas em um diário de campo. O trabalho de campo foi realizado em períodos de quatro meses em cada cidade, realizando frequentes visitas ao lugar e entrevistas com as informantes em dias e horários da semana diversos. Visando uma aproximação à dinâmica de atenção biomédica, também foram realizadas entrevistas com profissionais de instituições de saúde próximas a ambos os locais do estudo e em Salvador também foram realizadas observações de consultas associadas à saúde da mulher.

Guiam nosso estudo alguns supostos e conceitos que convêm explicitar: a princípio, queremos enfatizar que, apesar de que nosso tema de interesse remete a um problema de saúde feminino pelo fato óbvio de que apenas corpos de fêmeas podem ser atingidos pelo câncer do colo do útero, não é por realizar um “estudo sobre mulheres” que adotamos a

perspectiva de gênero como central. O que pretendemos é que o trabalho reflita a potencialidade que o gênero, como ferramenta analítica, tem de apontar para as relações mais do que para as diferenças (Connell, 2009); particularmente, para as relações assimétricas de poder vigentes entre homens e mulheres que, invocando características supostamente inatas derivadas da distinção biológica, impõem categorias sociais aos corpos sexuados que não apenas os diferenciam, mas também lhes atribuem hierarquias, papéis e valores diferentes (Scott, 1990; Heilborn, 1997). Assim, apesar de nos interessarmos por uma doença feminina, recorreremos ao gênero para sinalizar a vulnerabilidade das mulheres diante da enfermidade como efeito de relações sociais de poder que, estabelecendo definições culturais do feminino e do masculino que se constituem e retroalimentam mutuamente, condicionam as suas formas de cuidado da saúde e as suas formas de se vincularem com a sexualidade, entre outras questões.

Cientes de que pelo seu atrelamento gênero e sexualidade tendem a serem confundidos, consideramos que, apesar das inter-relações existentes entre estas categorias, cabe distingui-las. Esta última remete a fenômenos específicos que também merecem particular atenção no nosso trabalho. Também confrontada com elementos biológicos, como o sexo ou o instinto, além dos contatos sexuais, a sexualidade compreende elementos – como crenças, comportamentos, identidades e relações – que a tornam uma construção social que configura significados e práticas diversas nas diferentes épocas e culturas, sendo passível de variações inclusive ao longo da vida dos indivíduos (Weeks, 2001; Loyola, 1999; Vance, 1995).

Outro aspecto a ter em consideração é que, já que o processo saúde/doença/cuidado supõe representações e práticas orientadas a explicar e lidar com os danos à saúde, ao interior de uma sociedade ou entre sociedades distintas é possível encontrar também diferentes modelos ou sistemas médicos. Com estas categorias alude-se aos conjuntos conformados por modelos explicativos, curadores, tecnologias e práticas características (Luz, 2005; Menéndez, 1992) que convivem, ao interior de uma sociedade, sob relações de hegemonia e subalternidade (Menéndez, 1994). Considerando as diversas modalidades de cuidado adotadas pelas participantes, resulta pertinente atender aos papéis que os diferentes modelos e práticas de cuidado reservam às mulheres, propiciando, condicionando ou inclusive diminuindo sua autonomia em relação ao cuidado da sua saúde.

Por fim, dado o nosso interesse pela interpretação de signos, significados e práticas em contextos específicos (Bibeau, Corin, 1995), o conceito de mundo moral local nos levou a

considerar como elementos diversos, como o sentido comum, as crenças religiosas e o parentesco, conformam particulares “contextos de crença e comportamento (...), intersubjetivos e constitutivos do fluxo vivido da experiência” (Kleinman, 1994: 172). Neste sentido, esperamos mostrar que os significados do CCU, as práticas preventivas da doença e os usos sociais do Papanicolaou estão atrelados aos valores que permeiam os âmbitos da experiência cotidiana das participantes do estudo.

Procurando transmitir da maneira mais fiel possível a riqueza das interpretações das nossas informantes, optamos por preservar o idioma original das falas, tecendo nossos argumentos na mesma língua para dar unicidade ao texto. Esclarecimentos sobre algumas expressões em espanhol são realizados em notas de rodapé. Desta forma, os artigos referentes às mulheres peruanas em Buenos Aires são apresentados em espanhol, enquanto o referido às mulheres de Salvador é apresentado em português.

A abordagem do câncer cervical entre migrantes peruanas me levou a realizar uma contextualização mais abrangente das práticas de cuidado à saúde sexual e reprodutiva destas mulheres, sendo que tanto a história das políticas de controle populacional do Peru como a vida pós-migração das participantes resultaram de particular relevância e interesse. Desta maneira, a parte do estudo realizada na Argentina é apresentada em dois artigos. O primeiro, intitulado “*‘La mujer es quien se cuida’: migración, género y cuidado de la salud sexual y reproductiva entre mujeres peruanas en un asentamiento de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina*”, mostra que o gênero, como organizador das assimetrias de poder entre homens e mulheres, atravessa tanto os diferentes modelos de atenção à saúde sexual e reprodutiva implementados por mulheres peruanas na sociedade de destino como suas trajetórias migratórias.

O segundo artigo, intitulado “*De contagios e higiene: significados y prácticas preventivas del cáncer cervicouterino entre inmigrantes peruanas en la ciudad de Buenos Aires, Argentina*”, aborda as assimetrias e os valores de gênero que perpassam o modelo explicativo multicausal do câncer cervical e as práticas preventivas dessas mulheres, assim como suas concepções sobre o corpo feminino e o risco diante da doença, evidenciando que tanto o sistema médico andino como o biomédico contribuem para a legitimação de desigualdades e hierarquias de gênero.

O terceiro artigo corresponde à parte do estudo realizada no Brasil. Intitulado “*Gênero e moral sexual na prevenção do câncer de colo do útero em um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil*”, procura mostrar as valorações morais que subjazem às diversas práticas

preventivas do câncer cervical acionadas pelas participantes, destacando a valorização negativa da sexualidade e a afirmação do cuidado e da limpeza como atributos femininos, assim como o risco que algumas mulheres enfrentam de serem assinaladas pelo entorno como “incorretas”, em função de práticas sexuais e de cuidado julgadas negativamente pela moral sexual e pelos padrões de gênero dominantes.

Retomando o interesse comparativo que guiou o início da pesquisa, os achados do estudo serão abordados nas considerações finais apontando as similitudes e diferenças encontrados nos significados e nas práticas de cuidado da saúde sexual e os relativos ao câncer cervical nos dois cenários de estudo, em função dos dados produzidos a partir das interações com nossas informantes brasileiras e peruanas.

Artículo 1: “La mujer es quien se cuida’: migración, género y cuidado de la salud sexual y reproductiva entre migrantes peruanas en un asentamiento de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina”

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue comprender los significados y prácticas asociados al cuidado de la salud sexual y reproductiva entre migrantes peruanas radicadas en un asentamiento de la Ciudad de Buenos Aires. Se trata de un estudio cualitativo basado en el análisis de entrevistas semiestructuradas con 15 mujeres de 19 a 66 años. Los resultados indican que si bien la migración no modifica estereotipos de género atribuidos a las mujeres, propicia transformaciones en la organización familiar que impactan en el cuidado a la salud. Con grados diversos de articulación con prácticas tradicionales, el acceso a la atención biomédica es valorado como una “oportunidad” a ser aprovechada. La asociación entre cuidado y anticoncepción/reproducción incentiva la búsqueda de atención biomédica, aunque indica la necesidad de promover acciones que incorporen, desde una perspectiva de derechos, cuestiones relativas a la salud sexual femenina en términos más amplios.

Palabras-clave: Salud sexual y reproductiva - Mujeres - Migraciones - Género - Modelos médicos

“Women are the ones who look after themselves’: migration, gender and sexual and reproductive health care amongst Peruvian migrants in a popular settlement in Buenos Aires City, Argentina”

ABSTRACT

This study aimed to understand the meanings and practices related to feminine sexual and reproductive health amongst Peruvian immigrants established in a popular settlement in Buenos Aires City. This is a qualitative study based on the analysis of semi-structured interviews with 15 women between 19 and 66 years old. Results indicate that although migration doesn't modify gender stereotypes ascribed to women, it propitiates familiar organization changes that impact on health care. Along with different levels of connection with traditional practices, access to biomedicine is considered an “opportunity” to be taken advantage of. Association between health care and birth control is an incentive to seek for medical attention, although it indicates the need of health politics promotion which should include, framed on a rights perspective, feminine sexual health issues, which are more extensive.

Key words: Sexual and reproductive health - Women - Migration - Gender - Medical models

“A mulher é quem se cuida’: migração, gênero e cuidado da saúde sexual e reprodutiva entre migrantes peruanas em um assentamento da Cidade de Buenos Aires, Argentina”

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi compreender os significados e práticas associados ao cuidado da saúde sexual e reprodutiva entre migrantes peruanas radicadas em um assentamento da Cidade de Buenos Aires. Trata-se de um estudo qualitativo baseado na análise de entrevistas semiestruturadas com 15 mulheres de 19 a 66 anos. Os resultados indicam que embora a migração não modifique estereótipos de gênero atribuídos às mulheres, ela propicia transformações na organização familiar que impactam no cuidado à saúde. Com graus diversos de articulação com práticas tradicionais, o acesso à atenção biomédica é valorizado como uma “oportunidade” a ser aproveitada. A associação entre cuidado e contracepção/reprodução incentiva a busca de atenção biomédica, embora indique a necessidade de promover ações que incorporem, desde uma perspectiva de direitos, questões referentes à saúde sexual feminina em termos mais abrangentes.

Palavras-chave: Saúde sexual e reprodutiva - Mulheres - Migrações - Gênero - Modelos médicos

1. Introducción

A la luz de la intensificación de la circulación de capitales, bienes y personas en el marco del proceso de globalización económica, el mundo aparenta estar cada vez más integrado. En este contexto, las migraciones internacionales tienden a aumentar y a diversificarse en sus modalidades. Las transformaciones globales en la organización del trabajo y el desmonte de los derechos laborales hacen que mientras se contraen actividades tradicionalmente asociadas a la ocupación masculina – en la industria y la construcción –, aquellas vinculadas a las mujeres – especialmente en el servicio doméstico y de cuidado – continúan requiriendo de ellas. Esta reconfiguración de los mercados laborales es un elemento crucial para interpretar el cambio en la composición por género de los flujos migratorios internacionales, en los cuales la presencia femenina actualmente representa casi la mitad de los 191 millones de personas que residen fuera de su país de nacimiento (UNFPA, 2006).

Si bien los flujos de población entre países dependientes y desarrollados continúan teniendo gran importancia, situaciones económicas adversas y barreras para el ingreso de inmigrantes en Europa y Estados Unidos están tornando los movimientos intrarregionales un fenómeno de considerable magnitud. A su vez, la proximidad geográfica y cultural entre países de América Latina implica ventajas como menores costos de traslado, facilitación del contacto con el grupo familiar y mayores expectativas de inserción en la sociedad de destino. Además, la demanda de trabajo femenino de baja calificación en países de América del Sur contribuye a la feminización de la migración intrarregional (Mora, 2009).

La Argentina ha sido tradicionalmente un país de recepción de migrantes, adquiriendo la inmigración latinoamericana mayor peso desde mediados del XX³ (Rizzolo, 2012; Novick, 2008; Novick, 2005). Actualmente, los migrantes regionales predominantes en Argentina provienen del Paraguay, Bolivia y Perú (Cerrutti, 2005). En comparación con los dos primeros países, este último tiene una historia migratoria más reciente en el país, iniciada en la década del '90. A su vez, el aumento de la proporción de los migrantes regionales se produjo en forma simultánea con otras dos tendencias: su concentración en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y su creciente feminización (Magliano, 2009; Courtis, Pacecca, 2010; Rosas, 2010; Rizzolo, 2012).

³ Una revisión de los estudios disponibles sobre migraciones evidencia los diversos objetos abordados, a medida que el área se fue consolidando en la Argentina: las características demográficas y ocupacionales de los migrantes (Cerrutti, 2005; Bruno, 2008; Cerrutti, 2009; Del Águila, 2010), las políticas migratorias (Novick, 2005; Courtis, Pacecca, 2007; Novick, 2008; Gaudio, 2011; Novick, 2012), las prácticas culturales e identitarias de determinadas comunidades (Giorgis, 2000; Serafino, 2010; Del Águila, 2011; Del Águila, 2014; Barelli, 2014), la distribución espacial de los migrantes y las modalidades de gestión estatal del espacio (Mera, 2008; Laborde, 2011; Gallinati, Gavazzo, 2011; Mera, 2012) y el papel de las redes migratorias (Rivero Sierra, 2006), entre otros.

Las migrantes peruanas, foco de este estudio, se concentran en zonas empobrecidas de la Ciudad de Buenos Aires (CABA), en consonancia con el patrón de segregación espacial que caracteriza a la misma (Cerrutti, 2005; Cerrutti, 2009). Con frecuencia son pioneras en el movimiento migratorio y jefas de familia (Cerrutti, 2005; Courtis, Pacecca, 2010). Éstas tienden a ocuparse en actividades de servicios, principalmente como trabajadoras domésticas, en un marco de inserción laboral precaria y mal remunerada (Canevaro, 2008; Courtis, Pacecca, 2010).

La irrupción del enfoque de género en estudios sobre migraciones ha evidenciado importantes ausencias en los modelos tradicionales de abordaje de la cuestión: si el foco en las migraciones laborales ha ignorado la esfera de la reproducción social (subyaciendo la homologación migrante-hombre-trabajador), los análisis centrados en las familias y redes migratorias han desconocido la desigualdad de poder al abordarlas como unidades homogéneas sin registrar la existencia de actores dominantes y subordinados en su interior. A partir de esas críticas, la aplicación de la perspectiva de género al campo de las migraciones internacionales no solo ha denunciado la invisibilización de las mujeres, sino que ha evidenciado el carácter estructurante del género en la movilidad internacional (Grieco, Boyd, 1998)⁴.

En un contexto que condiciona el acceso y la efectivización de los derechos de los migrantes a una ciudadanía plena, el acceso de estos grupos al derecho a la salud tampoco es una excepción. Una escasa proporción de los migrantes está afiliada a algún prestador de salud (ya sea obra social, mutual, empresa prepaga de salud o servicio de emergencia), situación que afecta especialmente a quienes provienen de Perú, Bolivia y Paraguay (Cerrutti, 2009: 54). Según la Encuesta Anual de Hogares de 2002⁵ los migrantes regionales realizaron consultas médicas en menor proporción que los nativos (57,4% versus 64,7%) en la Ciudad de Buenos Aires, siendo la hipótesis de la selectividad migratoria⁶ válida apenas para los migrantes recientes (Cerrutti, 2005b: 20).

⁴ Las migraciones femeninas han cobrado visibilidad en la producción argentina sobre movimientos internacionales, a través de estudios sobre la inserción y la trayectoria laboral de mujeres migrantes (Recchini de Lattes, 1988; Recchini de Lattes, Mychaszula 1991; Cacopardo, 2002; Cacopardo, Maguid, 2003; Canevaro, 2008; Courtis, Pacecca, 2010). Varias investigaciones trascienden la pretensión “compensatoria” (Stang, s/d) de visibilizar el componente femenino de los movimientos internacionales y, recurriendo al género como perspectiva analítica, examinan las identidades de género y las transformaciones ocurridas en las dinámicas familiares y de pareja a partir de la migración (Magliano, 2007; Rosas, 2010a; Rosas, 2010b; Ferraris, Rosas, 2011; Gaudio, 2012; Rosas, 2012; Magliano, 2013) o abordan críticamente las políticas migratorias desde dicho enfoque (Magliano, 2009; Magliano, Domenech, 2009; Magliano, Romano, 2009).

⁵ Relevada por la Dirección General de Estadística del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

⁶ Ésta implica que quienes emprenden desplazamientos internacionales suelen contar con buenas condiciones de salud (entendidas como selectividad positiva en relación a la salud), ya que de otra forma no hubieran decidido emigrar.

Los efectos del proceso migratorio sobre la salud han sido estudiados en relación a padecimientos paradigmáticos de la inequidad en relación al proceso de salud-enfermedad-atención. A través de investigaciones etnográficas Goldberg (2010, 2013a, 2013b, 2014), ha analizado el vínculo entre la tuberculosis y un tipo particular de inmigración de bolivianos a la Argentina, mostrando que su incorporación al sector clandestino de la industria textil, bajo condiciones de trabajo semi-esclavas, genera modos de vida y trabajo de profunda vulnerabilidad social y riesgo para su salud. Sin embargo, las alusiones a la vulnerabilidad en relación a las migraciones no se limitan a los casos en que la movilidad internacional adquiere modalidades de ilegalidad y explotación. Un estudio sobre migración internacional, derechos humanos y salud sexual y reproductiva en regiones fronterizas de América Latina caracteriza la migración como un factor de riesgo debido a la posible incorporación, por parte de los migrantes, de prácticas sexuales que pueden llevarlos a contraer infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH (Martínez-Pizarro, Reboiras-Finardi, 2010; UNFPA, 2006: 16). Más allá de esas situaciones particulares, la vulnerabilidad de los inmigrantes es postulada de forma general, destacando las consecuencias físicas y psíquicas de la adaptación a un nuevo medio social (Goldberg, Martin, Silveira, 2015; Cerruti, 2011).

El entrecruzamiento entre migración y vulnerabilidad en salud es especialmente destacado en relación a las mujeres migrantes⁷, consideradas “las más afectadas y las que tienen menor capacidad de reacción o de autoprotección (*ante el*) estrés de la migración, la ruptura con las redes sociales previas, los factores culturales y religiosos, el escaso acceso a los servicios sanitarios y la discriminación en el sistema de salud” (Castellanos, 2005: 53-54).

Si los estudios que abordan la salud de los migrantes en general son escasos, también lo son aquellos que enfocan la salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes en Argentina, evidenciando la necesidad de incrementar el conocimiento sobre estos problemas y sus formas de lidiar con ellos. De cualquier manera, los desarrollos disponibles nos proveen algunas pistas al respecto. Una investigación sobre países de América Latina señala que, en comparación con las nativas, las mujeres migrantes tienen menor propensión a acudir a

⁷ La asociación entre migración femenina y vulnerabilidad trasciende ampliamente al campo de la salud. De hecho, según Magliano y Romano (2009) ésta representa uno de los ejes del modelo tecnocrático de gestión de las migraciones internacionales de la actual agenda política internacional sobre el tema, junto al binomio migración femenina-desarrollo. La crítica a este modelo radica en que a través de la asociación entre vulnerabilidad femenina y migración, condensada en el fenómeno de la trata y del tráfico de personas, “Estas concepciones, que ubican a las mujeres migrantes como sujetos frágiles y débiles, proclives a la exclusión, explotación y marginación social (...) responden a una visión pasiva de su participación en los movimientos migratorios internacionales. La creencia de que no deciden sobre su propia movilidad y que son más propensas a ser ‘abusadas’ y ‘explotadas’ hace que sean descritas como víctimas (...) (*configurando*) otra forma de estigmatización y segregación social. Estas posturas que asocian a la mujer migrante a los ‘grupos vulnerables’ por el hecho de ser mujer, haciendo hincapié en su pasividad y debilidad a la hora de explicar sus desplazamientos, no toman en cuenta las distintas estrategias desplegadas por las propias mujeres migrantes para modificar sus trayectorias de vida” (Magliano, Romano, 2009: 119).

servicios de salud reproductiva, utilizan menos métodos anticonceptivos y experimentan mayor cantidad de embarazos no deseados (Mora, 2003). En compensación, las redes sociales de migrantes propiciarían estrategias para facilitar el acceso a la atención médica (Jelin, Grimson, Zamberlin, 2005: 42) y operarían como factor de contención en el proceso de salud-enfermedad-atención (Aizenberg, Rodríguez, Carbonetti, 2005). Dificultades en relación al cuidado de la salud sexual y reproductiva entre mujeres migrantes también se asocian con las diferencias entre sus actitudes y prácticas reproductivas y las dominantes en la sociedad de destino (Wang, 2010; Cerrutti, 2011; Aizenberg, Rodríguez, Carbonetti, 2005). Sin embargo, la migración también puede operar cambios positivos en relación al cuidado de la salud sexual de las mujeres, en función de factores como la gratuidad de la atención, la mayor apertura en relación a cuestiones vinculadas a la sexualidad en la Argentina, así como la distancia de la familia y los códigos restrictivos que rigen para las mujeres sobre el tema en su país de origen (Cerrutti, 2005b; Cerrutti, 2011; Wang, 2010).

Considerando la potencial vulnerabilidad en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes en la Argentina y la necesidad de contribuir al conocimiento sobre el tema, este estudio propone indagar los significados y prácticas de cuidado de la salud entre mujeres peruanas residentes en un asentamiento de la Ciudad de Buenos Aires. Focalizando en el cuidado de la salud sexual y reproductiva, se propone analizar la influencia del proceso migratorio en el tránsito de estas mujeres entre diferentes modelos de atención⁸, así como entre el riesgo y la posible mejora de sus condiciones de vida y de salud, en un contexto signado por la tensión entre la inserción y la segregación. A su vez, entendiendo al género como un organizador social de las asimetrías de poder entre hombres y mujeres y, consecuentemente, de las definiciones culturales de lo que sería “naturalmente” femenino o masculino apelando a características supuestamente innatas vinculadas al sexo biológico (Scott, 1990), enfocaremos la operatoria del mismo sobre las trayectorias migratorias así como sobre los significados y prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva de las participantes.

Incorporar estudios sobre migraciones al campo de la Salud Colectiva a través de análisis del contexto sociocultural de los inmigrantes puede contribuir a identificar situaciones de vulnerabilidad y riesgo para la salud de dichos grupos, enfatizando las desigualdades

⁸ Los modelos de atención médica son instrumentos metodológicos de carácter heurístico, contruidos a partir de características estructurales que abarcan dimensiones teóricas, técnicas, ideológicas y socioeconómicas referidas tanto a los “curadores” como a los conjuntos sociales involucrados en su funcionamiento. Menéndez postula la existencia de tres modelos de atención: el modelo médico hegemónico, el modelo médico alternativo subordinado (que abarca las prácticas “tradicionales” y no occidentales) y el modelo médico basado en la autoatención (Menéndez, 1992: 101).

sociales que pueden incidir en el acceso a los servicios públicos de los inmigrantes (Goldberg, Martin y Silveira, 2015: 230).

Siendo que los programas de salud deben fundamentarse en el conocimiento de las formas de pensar y actuar de las poblaciones sobre las que pretenden intervenir, es fundamental conocer “el contexto donde se enraízan las concepciones sobre las enfermedades, las explicaciones ofrecidas y los comportamientos frente a éstas”⁹ (Uchôa, Vidal, 1994: 503) de grupos considerados de especial interés. Así, reconocer el pluralismo de cuidados y las diversas experiencias culturales de los inmigrantes puede contribuir a la reformulación de acciones que propicien su acceso a la salud en la sociedad de destino (Goldberg, Martin y Silveira, 2015: 231).

Para abordar las prácticas y significados otorgados al cuidado de la salud femenina entre las mujeres estudiadas será clave comprender los mundos morales locales específicos (Kleinman, 1994) en que transcurren sus vidas. Acuñado por Kleinman en referencia a la construcción de la experiencia de la enfermedad por sujetos en contextos específicos, este concepto alude a “contextos de creencia y comportamiento (...) (que son) *particulares, intersubjetivos y constitutivos* del flujo vivido de la experiencia. Ellos no son simplemente reflejos del macro-nivel socioeconómico y de fuerzas políticas, aunque sean fuertemente influenciados por esas fuerzas” (Kleinman, 1994: 172)¹⁰. Según el autor, diversos elementos proveen coherencia a estos mundos morales locales, tales como “los aparatos simbólicos del lenguaje, la preferencia estética, el parentesco y la orientación religiosa, la retórica de las emociones y el raciocinio de sentido común, que, con certeza, derivan de tradiciones culturales de nivel social que son re-trabajadas en diversas medidas en contextos locales” (Kleinman, *ibid*)¹¹. Así, intentaremos comprender cómo el cuidado de la salud sexual y reproductiva es vivido y significado por migrantes peruanas en un asentamiento popular en Buenos Aires en diálogo con los valores que permean sus mundos específicos. En este sentido, daremos especial atención a las relaciones y ámbitos de su experiencia cotidiana (la familia, el entorno femenino y el barrio), considerando su interacción con procesos sociales de mayor alcance que imponen inevitables condicionamientos, destacando la condición migratoria y las asimetrías de género.

⁹ Traducción mía a partir del original en portugués.

¹⁰ Traducción mía a partir del original en inglés. Las cursivas son del autor.

¹¹ Traducción mía a partir del original en inglés.

1.1 Contextualizando la migración peruana en la Argentina

Las migraciones internacionales constituyen uno de los procesos centrales de la historia argentina. Las políticas migratorias, actuantes desde la formación del Estado nacional, trascienden lo meramente demográfico para influir en términos políticos, económicos y sociales (Novick, 2005). La extensa historia inmigratoria del país puede ser periodizada sintéticamente con una primera corriente ultramarina entre finales del siglo XIX y comienzos del XX. El Estado oligárquico liberal de la época promovió un desarrollo capitalista dependiente impulsado por la afluencia de capital y mano de obra extranjera. Evidenciando la importancia de la variable inmigratoria para el modelo agroexportador, la ley Avellaneda fue sancionada en 1876 con el objetivo de promover la radicación de trabajadores europeos (Novick, 2008). Inaugurando la invisibilización de la migración femenina en la legislación migratoria argentina, la ley apenas consideraba a las mujeres como acompañantes de migrantes varones (Magliano, 2009: 81). En efecto, el pico del período de la inmigración de masas, evidenciado en el Censo Nacional de Población de 1914, registró que un tercio de los habitantes del país era de origen extranjero, con sobrerrepresentación de italianos y españoles de sexo masculino en edad de trabajar (Rizzolo, 2012). Posteriormente, entre el fin de la Segunda Guerra Mundial y los años '50, se registró una nueva corriente migratoria europea, de menor magnitud.

La inmigración desde países limítrofes tampoco es novedosa en la Argentina, aportando desde fines del siglo XIX hasta 2010 alrededor del 3% de la población del país. Sin embargo, su presencia se tornó más evidente desde la década del '60, al detenerse los flujos europeos. Mientras hasta ese entonces los migrantes limítrofes tendían a ocuparse en economías regionales fronterizas, en el marco del proceso de industrialización sustitutivo de importaciones comenzaron a dirigirse hacia destinos urbanos, donde las posibilidades de empleo en la construcción, industria y servicios no estaban signadas por la estacionalidad. Su confluencia con la migración interna consolidó al Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) como el principal destino de los flujos de población (Rizzolo, 2012; Courtis, Pacecca, 2010).

La última dictadura cívico-militar, iniciada en 1976, dio por agotado el modelo industrializador y promovió la apertura y liberalización de la economía. Interesada en las cuestiones poblacionales por motivos geopolíticos, derogó la Ley Avellaneda y puso en vigencia la Ley General de Migraciones y Fomento de la Inmigración¹² en 1981. La

¹² Conocida como "ley Videla".

prohibición a los extranjeros indocumentados de desarrollar actividades remuneradas y acceder a los servicios de salud y educación obligaba a los funcionarios a denunciar situaciones irregulares (Novick, 2005: 6-7). Sin embargo, la vigencia de dicha ley no logró modificar la dinámica migratoria existente al punto de que, vista la continuidad de los flujos poblacionales y las dificultades para regularizarlos, gobiernos posteriores implementaron diversos programas de regularización migratoria¹³ (Baer et al, 2012). Si bien desde el retorno de la democracia, en 1983, hubo varios intentos de modificar y/o derogar la ley Videla, la nueva Ley de Migraciones (N° 25.871) se sancionó recién en 2004. A diferencia de la anterior, de carácter restrictivo y con un rol estatal de control, la normativa actual consagra el derecho a migrar como derecho humano, define al Estado como su garante y objetiva la regularización migratoria. En lo que se refiere a los derechos a la educación y a la salud, éstos deben ser garantizados independientemente de la situación migratoria, obligándose a los funcionarios a orientar a los inmigrantes para regularizar su condición (Novick, 2005). A su vez, las alusiones a la migración femenina en la nueva normativa se limitan a los apartados sobre trata y tráfico de personas. Sin desconocer la importancia de ese fenómeno, ello indicaría “continuidades sustanciales en términos de construcciones de género: las mujeres continúan siendo pensadas casi con exclusividad como sujetos débiles, pasivos, vulnerables y hacia allí se encamina la mayoría de las respuestas políticas” (Magliano, 2009: 87).

En el marco del proceso de integración regional se otorga a los ciudadanos de los países miembros del Mercosur un trato diferenciado con un criterio de admisión basado en la nacionalidad, facilitando la obtención de residencias – criterio extendido a los Estados asociados (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) –. A pesar de que aún resulta difícil hacer un balance definitivo sobre los alcances de la nueva legislación, normas que se oponen a la nueva ley y funcionarios que se resisten a cumplirla obstaculizan que su “generoso espíritu” se convierta en realidad (Novick, 2008: 149).

A pesar de la vigencia de leyes más o menos restrictivas, los migrantes limítrofes continúan siendo parte constitutiva de la dinámica demográfica argentina. En 1991 éstos ya representaban el 50% de la población no nativa del país, fenómeno que continuó en aumento hasta alcanzar el 70% en el censo de 2010 (Rizzolo, 2012; Novick, 2005). A su vez, la composición del stock migratorio de países de la región sufrió modificaciones en las últimas décadas, debido a la disminución del número de migrantes chilenos y uruguayos y a la

¹³ En 1984, a través del Decreto 780/84, se regularizó la situación de 149.556 inmigrantes; en 1992, por el Decreto 1033/92, fueron 224.471 personas y en el último programa de normalización documentaria “Patria Grande”, implementado en 2006, se inscribieron 423.697 personas (Baer et al, 2012: 82). Se estima que, en el marco de este último programa, se otorgaron 98.000 residencias temporales y 126.000 permanentes entre 2006 y 2010 (Mármora, 2012)

consolidación de la migración proveniente de Bolivia, Paraguay y Perú (Cerrutti, 2005; Novick, 2005). En 2010 se registró un aumento en el número de habitantes extranjeros, revirtiendo la tendencia decreciente de las décadas anteriores. Este crecimiento obedece al ingreso sostenido de inmigrantes provenientes en su mayoría de países limítrofes y del Perú¹⁴ (Rizzolo, 2012).

A diferencia de los movimientos de Bolivia y Paraguay, la migración peruana hacia Argentina es relativamente novedosa. A partir de los años '90, factores de los países de origen y acogida hicieron de la Argentina uno de los principales destinos de dicha emigración. En el Perú, la crisis político-económica aceleró el llamado “éxodo”: la inestabilidad de las instituciones democráticas, la violencia política, las frecuentes reformas constitucionales y las crisis presidenciales se conjugaron con condiciones de empleo que no permitían alcanzar niveles de ingresos adecuados. En la Argentina, los potencialmente altos salarios en dólares derivados régimen de convertibilidad ejercieron una fuerte atracción. Pasado ese momento inicial, y a pesar del deterioro del mercado laboral argentino, el flujo poblacional continuó¹⁵. Tanto es así que, por su magnitud y por la celeridad de su crecimiento, la migración desde dicho país constituye uno de los fenómenos migratorios más significativos de las últimas décadas en el país (Cerrutti, 2005: 23). La consolidación de las redes migratorias y la persistencia de condiciones de trabajo precario en el país de origen¹⁶ explicarían la permanencia de dicha corriente migratoria, inclusive posteriormente a la crisis de 2001 y el fin de la convertibilidad de la moneda argentina (Canevaro, 2008).

Una característica significativa de la migración peruana en la Argentina es su concentración en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y en la Ciudad de Buenos Aires (Cerrutti, 2005). Ésta estaría vinculada a su condición de migrantes recientes: con redes sociales relativamente nuevas y poco extendidas, los peruanos tienden a radicarse en la Ciudad de Buenos Aires debido al acceso a servicios y empleo que ésta representa. A su vez, su concentración en viviendas colectivas, inquilinatos y casas tomadas en barrios de clase

¹⁴ De aquí en adelante denominaremos a esta corriente de migrantes “migración regional”.

¹⁵ Cerrutti destaca que si bien “al comenzar el nuevo milenio el número de personas nacidas en el Perú que residían en la Argentina estaba por debajo de cualquier otro grupo de migrantes de países limítrofes, su crecimiento en términos relativos durante la última década fue notable: entre 1991 y 2001, la población peruana en la Argentina más que se cuadruplicó, pasando de 15.939 a 88.260 personas” (Cerrutti, 2005: 8).

¹⁶ Dicha realidad del mercado de trabajo parece persistir en el Perú actual, como refleja una de nuestras entrevistadas: “A mí me da pena, mi país está así, qué voy a hacer. La cuestión de regresar en la situación que está... Claro, uno capaz regresa en casa, todo, tienes todo a la mano. Pero después para estar trabajando más de ocho horas para conseguir un sueldo de... una miseria. En cambio acá la oportunidad se da pues, no? Tienes esa oportunidad de trabajar bien. Trabajas pocas horas, vienes, descansas y ya tienes tu sueldo fijo, disfrutas con la familia, no sé, un momento con tu hija, con tu pareja, en cambio allá capaz te acapara todo el trabajo y no tienes espacio para nada. Y es el estrés de todos los días.” (Leila, 25 años, casada, una hija, 5 años en Arg.)

media y media baja empobrecida fue consolidando el patrón de segregación espacial de la ciudad (Cerrutti, 2005; Cerrutti, 2009).

2. *Metodología*

Siendo que nuestro interés radica en la descripción de prácticas y la interpretación de significados, aunque no negamos el componente orgánico de la salud y la enfermedad proponemos enfocarnos en el papel de la cultura en las formas en que los sujetos y grupos interactúan con éstas. Así, adoptamos una perspectiva de análisis cualitativa de carácter semiótico, entendiendo a la cultura como una tela de significados que, a la vez que es construida por los sujetos, también los amarra (Geertz, 1978: 15). A partir de la conceptualización de la cultura como texto, Geertz nos recuerda que la investigación antropológica no puede ambicionar “inscribir” la verdad de un “discurso social bruto”, sino apenas una pequeña parte que nuestros informantes nos pueden ayudar a comprender (Geertz, 1978: 30). En este sentido, proponemos una interpretación, entre tantas posibles, fundamentada a partir de los datos producidos a través de interacciones en campo, mediante inferencias realizadas en diálogo con la perspectiva teórica y los objetivos de la investigación, atendiendo particularmente al contexto sociocultural, conscientes de que no disponemos más que de interpretaciones ajenas como materia prima para elaborar las propias.

Para ayudarnos a construir nuestras interpretaciones, utilizamos como técnica principal de producción de datos la entrevista semiestructurada, complementada por el registro de observaciones y entrevistas informales en un diario de campo. A pesar de que no se pretendió determinar *a priori* las categorías de análisis relevantes, el diálogo con las participantes se inició con ayuda de una guía de entrevista que contemplaba dimensiones consideradas pertinentes a partir de la revisión de la literatura y presunciones propias. Ésta incluyó, entre otros, los siguientes temas: prácticas de cuidado de sí; prácticas de cuidado de la salud sexual (trayectoria sexual, reproductiva y anticonceptiva); prácticas de cuidado de hombres y mujeres.

La investigación fue realizada en un asentamiento informal de la Ciudad de Buenos Aires, que está estratégicamente ubicado en la zona centro-norte. A pesar de que más adelante describiremos el escenario de la investigación con mayor detalle, destacamos que el mismo representa un claro ejemplo de segregación espacial: mientras por una parte posibilita el acceso de sus habitantes, en su mayoría de origen migrante y pobre, a diversos recursos (entre ellos, efectores públicos de salud de distintos niveles de complejidad), por la otra suscita

resistencias y rechazo por parte de la vecindad, que asocia el asentamiento a situaciones de inseguridad y a la devaluación inmobiliaria del barrio.

2.1. Caracterización de las participantes

Participaron del estudio 15 mujeres peruanas residentes en el local referido. Considerando que el tiempo de residencia y las diferencias generacionales influirían en las cuestiones de nuestro interés, procuramos diversidad a ese respecto. El número de participantes no fue determinado *a priori*, sino que fue determinado por el criterio de saturación de la información, basado en el presupuesto de que existe un número limitado de puntos de vista sobre determinado tema en un determinado medio social. Así, fueron realizadas entrevistas hasta verificar la reincidencia y complementariedad de las informaciones.

La distribución por edad de las informantes es de dos mujeres de hasta 25 años (siendo la más joven de 19 años), nueve entre 26 e 50 y cuatro con más de 51, contando la mayor 66 años. Nueve de estas mujeres están casadas o unidas, cinco están separadas y una es viuda.

En lo que refiere a su historia migratoria, dos entrevistadas llegaron hace menos un año a la Argentina. Seis lo hicieron entre dos y seis años antes, cuatro vivían allí hace entre siete y 11 años y tres residen en el país hace 12 años o más, siendo la migrante más antigua una mujer que llegó a la Argentina hace 19 años. En relación al tiempo de residencia en el asentamiento, cinco de las participantes llegaron allí hasta hace tres años, ocho viven hace entre cuatro y siete años y las dos restantes residen en el asentamiento hace ocho años o más, siendo que la migrante más antigua vive hace 10 años en el lugar. Cinco participantes residen en el asentamiento desde que llegaron a la Argentina por tener familiares que las esperaban allí a su llegada.

En relación al nivel educativo, se verifica la calificación escolar de la migración peruana radicada en la Argentina (Cerrutti, 2005; Courtis, Pacecca, 2010)¹⁷: mientras tres entrevistadas no finalizaron la enseñanza primaria, dos alcanzaron algún grado del nivel medio, ocho lo completaron y dos llegaron al superior, aunque sin lograr finalizarlo. El contraste entre las tres primeras participantes y las demás puede obedecer a la discontinuidad en la escolarización de la población peruana rural, vinculada con la ausencia de

¹⁷ Uno de los rasgos distintivos de la migración peruana a la Argentina su alto nivel de instrucción formal, en contraposición a los migrantes bolivianos y paraguayos: “mientras la proporción de personas que al menos completaron la escolaridad secundaria es del 65,5 por ciento entre los peruanos, entre los paraguayos y bolivianos es significativamente inferior (19,1 por ciento y 34,2 por ciento, respectivamente)” (Cerrutti, 2005: 16).

establecimientos secundarios en dichas regiones¹⁸ o con la incorporación precoz al mercado laboral, elementos que contribuyen a la deserción escolar (Courtis, Pacecca, 2010: 170).

Mientras una participante, que está separada, vive solamente con su única hija, siete conviven con hasta otros tres familiares y las otras siete viven en hogares con hasta otras cuatro personas. Esta conformación se limita al núcleo familiar, siendo que en siete casos se verificó que dos o más familias conviven en la misma vivienda. Algunos grupos domésticos alquilan cuartos o pisos en casas de otras familias.

Para tener una noción de sus condiciones de vida, vale resaltar que ningún grupo doméstico relevado posee ingresos mensuales superiores a tres salarios mínimos¹⁹: seis familias tienen ingresos de hasta un SM, cinco tienen rentas de hasta dos SM y tres perciben hasta tres SM, siendo que una entrevistada no declaró ingresos.

Consultadas sobre si reciben algún beneficio social, ocho informantes responden que no perciben ningún subsidio del Estado; las otras siete entrevistadas declaran ser beneficiarias de la Asignación Universal por Hijo²⁰, de nivel federal, o de los programas Ciudadanía Porteña²¹ y Ticket Social²², ejecutados por la Ciudad de Buenos Aires.

En relación a la religión, apenas una informante afirma que no profesa ninguna; otra se define como protestante, seis se declaran evangélicas y las siete restantes se declaran católicas; sin embargo, en los dos últimos casos se evidencian diferentes grados de participación, en una escala que abarca desde la participación esporádica en los cultos como parte de las obligaciones familiares hasta la participación regular en los mismos.

¹⁸ De hecho, varias de nuestras informantes relataron haber vivido temporariamente con otros familiares en ciudades mayores del Perú durante su juventud para realizar sus estudios secundarios.

¹⁹ En la Argentina, llamado “Salario Mínimo, Vital y Móvil”. El artículo N° 116 de la Ley N° 20744 de Contrato de Trabajo (1976) define el SMVM como la menor remuneración que el trabajador debe recibir por la jornada legal de trabajo, de modo de garantizarle alimentación, vivienda, asistencia de salud, transporte, recreación, seguridad social y otros derechos. El valor de SMVM es determinado por el Consejo de Empleo, Productividad y Salario Mínimo Vital y Móvil, con participación tripartita de representantes de los trabajadores, empleadores y del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. El SMVM establecido a partir del 01/01/15 fue de \$ 4.716 (equivalente a R\$ 1471 o U\$S 553, según la cotización oficial de la misma fecha).

²⁰ Se trata de un derecho de los hijos menores de 18 años de personas desempleadas, que trabajan en la economía informal y tienen ingresos iguales o menores al Salario Mínimo, Vital y Móvil, de trabajadoras domésticas y de beneficiarios de determinados programas sociales. La transferencia de renta, realizada a uno de los padres, privilegiando la madre, es realizada por cada hijo menor de 18 años, hasta un máximo de cinco hijos, priorizando los hijos discapacitados y de menor edad. La percepción de la AUH requiere la comprobación anual de escolarización y controles de salud de los niños. (<http://www.anses.gov.ar/prestacion/asignacion-universal-por-hijo-92>)

²¹ El Programa Ciudadanía Porteña, vigente desde 2005, objetiva disminuir la inequidad en la Ciudad de Buenos Aires, otorgando una renta mínima a hogares en situación de pobreza o indigencia, con énfasis en aquellos con mayor vulnerabilidad social, caracterizada por la presencia de mujeres embarazadas, menores de 18 años, discapacitados y ancianos. Es titular del beneficio la mujer, sea ésta jefe del hogar o la conyugue del jefe. La transferencia de renta está condicionada al cumplimiento de obligaciones en materia de educación obligatoria y de salud materno-infanto-juvenil. (<http://www.buenosaires.gov.ar/desarrollosocial/ciudadaniaportena>)

²² El programa Ticket Social propone garantizar el acceso a productos de primera necesidad a familias en situación de pobreza y/o inseguridad alimentaria residentes en la Ciudad de Buenos Aires. El beneficio, vigente desde 2008, consiste en una transferencia de dinero a través de una tarjeta magnético para que las familias adquieran los productos permitidos (alimentos, productos de limpieza, higiene personal y combustible para cocina) en establecimientos adheridos. (<http://www.buenosaires.gov.ar/desarrollosocial/ciudadaniaportena/ticket-social>)

El trabajo de campo fue realizado entre enero y abril de 2015. Todos los encuentros transcurrieron en las casas de las participantes, excepto dos casos en que las entrevistas fueron realizadas en espacios públicos próximos para garantizar la intimidad necesaria para este tipo de intercambio. Las entrevistas, que fueron grabadas y transcritas a continuación, tuvieron una duración media de una hora.

2.2 Análisis de datos

El análisis partió de la lectura reiterada de las transcripciones de las entrevistas. Alternando lectura fluctuante y focalizada se buscaron patrones reiterados y particularidades, a la luz del marco teórico y las presunciones subyacentes. Como base para orientar el análisis se elaboró una matriz de datos a partir de las principales dimensiones de interés. El programa informático de procesamiento de datos no estructurados QRS NVivo® versión 7.0.281.0 fue utilizado para organizar el material.

El análisis textual del material obtenido fue contextualizado a partir de elementos culturales que forman parte de sistemas de creencias y valores de contextos específicos. En este sentido, se buscó construir conocimiento de tipo etnográfico, procurando realizar inferencias culturales e inserciones contextuales pertinentes (Bibeau, Corin, 1995). A partir de las interpretaciones “de primera mano” de las participantes del estudio, la interpretación antropológica propone interpretaciones “de segundo nivel”, procurando trazar redes semánticas que brinden una relativa coherencia a los signos, significados y acciones encontrados, en correlación con los valores culturales y la organización social en que los sujetos están insertos. Buscando identificar “los nudos organizativos del sistema o las categorías centrales que sirven de pivote a la arquitectura general (...) (*se realizan*) presuposiciones culturales, colocando las diversas porciones o fragmentos de cultura en relación con el resto y completar, de cualquier manera, los vacíos.” (Bibeau, Corin, 1995: 25)²³. Así, se procuró construir gradualmente una red de signos, significados y prácticas que ganara coherencia y consistencia a la luz del contexto, comprendiendo, en este caso, tanto la sociedad de origen de las mujeres como la de destino. En busca de la construcción de sentido, se intentó articular las interpretaciones de las participantes y las propias aspirando a lidiar de la mejor manera posible con el siempre presente riesgo de la violencia interpretativa, y la consiguiente “imposibilidad de hablarle a las personas de su propia cultura en palabras que

²³ Traducción mía a partir del original en inglés.

ellas comprendan sin distorsionar el mundo de los otros con quienes se tornó más o menos familiar” (Bibeau, Corin, 1995:15)²⁴.

3. Consideraciones éticas

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto de Saúde Coletiva de la Universidad Federal de Bahia, Brasil (N° 130-14 CEP/ISC), y la investigación fue realizada atendiendo a las normas establecidas por la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud sobre investigación con seres humanos. Debido a la falta de obligatoriedad, el proyecto de investigación no fue inscripto en el Registro Nacional de Investigaciones en Salud, (Resolución 1480/2011 del Ministerio de Salud de la Nación).

Las informantes firmaron un Término de Consentimiento Informado, documentando su participación voluntaria en la investigación. Se evita la referencia específica al local de estudio y se da nombres ficticios a las participantes con vista a garantizar su anonimato.

4. Contextualizando la problemática habitacional en la Ciudad de Buenos Aires: villas y asentamientos

Para comprender las condiciones de vida de las mujeres en el local de estudio, debemos considerar la compleja situación habitacional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Si bien ésta es la ciudad más rica de la Argentina, además de ser históricamente su centro político y cultural, una proporción no desdeñable de su población vive en condiciones que distan de los parámetros considerados apropiados. Este fenómeno es consecuencia de la articulación entre la configuración espacial de la ciudad y procesos históricos y sociales, en los cuales ciudadanos nativos, migrantes internos y externos, Estado y agentes privados del mercado inmobiliario disputan los usos y la propiedad del suelo urbano (Gallinati, Gavazzo, 2011: 38).

Las características del mercado inmobiliario, el omiso papel regulador estatal y los procesos económicos que provocaron el empobrecimiento de grandes sectores de la población promovieron el aumento y la diversificación de los asentamientos informales²⁵ en la CABA. Según datos del Instituto de Vivienda de la Ciudad de Buenos Aires, en 2005 las personas que vivían en villas y núcleos habitacionales transitorios ascendían a 129.029, siendo las villas la modalidad predominante, seguidas por los asentamientos o tomas de tierras (Cravino, del Río,

²⁴ Traducción mía a partir del original en inglés.

²⁵ El término “asentamientos informales” comprende diferentes modalidades de ocupación de tierras, tales como villas, tomas de tierras y núcleos habitacionales transitorios (Cravino, del Río, Duarte, 2008).

Duarte, 2008). Entre los inmigrantes regionales, los niveles de precariedad son muy superiores a los de la población porteña en general: “30% de la población proveniente de estos países en 2010 habitan en algún tipo de vivienda ‘inadecuada’ – ranchos, casillas, piezas en hoteles/pensiones o casas con alguna condición deficitaria –, situación que solo afecta a un 6,5% de la población de la Ciudad” (Mera, Vaccotti, 2013: 188).

Estas modalidades de habitación informal están fuertemente asociadas con una inclusión similar en el mercado de trabajo. La condición migratoria irregular limita las oportunidades laborales a empleos precarios con bajos salarios, sin cobertura de seguridad social. Además, los migrantes se insertan en las ramas de actividad con los porcentajes de empleo no registrado²⁶ más elevados, como la construcción, el trabajo doméstico y la industria textil. Excluidos del marco legal, se ven inmersos en situaciones de alta vulnerabilidad y explotación laboral (Baer et al, 2012). A su vez, la gravedad de su situación habitacional es sobredimensionada por un discurso estigmatizante al que subyace una jerarquización étnica que los ubica en posiciones simbólicamente degradadas (Mera, Vaccotti, 2013: 183)²⁷.

Para comprender la singularidad del asentamiento donde fue realizado este estudio, cabe señalar algunas particularidades de esta modalidad de residencia. Éste conjuga características propias de las villas, que son la manifestación más habitual de ocupación irregular de tierras en la CABA, con otras de los asentamientos propiamente dichos (Cravino, del Río, Duarte, 2008). Las “villas de emergencia” o “villas miseria” son ocupaciones de tierra urbana caracterizadas por tramas irregulares y de difícil acceso para vehículos; con viviendas de diferentes grados de precariedad; caracterizadas por una elevada densidad poblacional; de localización geográfica próxima a centros de producción y consumo, en zonas de difícil acceso a la propiedad inmobiliaria; asentadas en tierras de propiedad fiscal; cuyos habitantes sufren estigmatización y tienden a crear organizaciones para canalizar sus reivindicaciones²⁸. Los “asentamientos” son tomas colectivas de terrenos sin uso, inundables o basurales, mayormente de propiedad privada, en vistas a negociar su propiedad con el Estado; son considerados como respuestas al problema habitacional de carácter más

²⁶ Se entiende como empleo no registrado todo aquel trabajo asalariado al que no se realizan los descuentos jubilatorios ante la seguridad social.

²⁷ La inserción en el mercado laboral e inmobiliario está atravesada por otras formas de discriminación y obstáculos simbólicos que, bajo la forma de procesos de segregación-discriminación-estigmatización dificultan tanto la situación habitacional como la inclusión plena en la ciudad de los migrantes (Mera, Vaccotti, 2013).

²⁸ Las villas adquirieron importancia durante la década del ‘40, en el marco de un modelo de industrialización sustitutiva de importaciones que no absorbió plenamente las masivas migraciones internas. En la CABA se registra una notable variación de su población. Mientras a comienzos de la década del ‘60 sus habitantes representaban el 1,4% de la población de la Ciudad, en 1976 pasaron al 7,2%, descendiendo en 1980, con la política de erradicación de la última dictadura militar, al 1,2%. Luego del retorno de la democracia, pasan de 1,7% en 1991 a 3,9% en 2001 (Cravino, del Río, Duarte, 2008).

definitivo, por lo que las viviendas tienden a ser mejoradas con el paso del tiempo; sus pobladores procuran distanciarse de las estigmatizaciones asociadas a la villa, buscando amenizar sus relaciones con el entorno con el propósito de obtener legitimidad para obtener la titularidad de la tierra²⁹.

4.1 Llegando al asentamiento: un “barrio cerrado”³⁰ en el centro de la ciudad

Nuestro local de estudio articula características de los dos modelos descriptos. Ubicado en un área estratégica de la ciudad y lindante con una importante estación de ferrocarril, el terreno no cuenta con la extensión que caracteriza a los asentamientos más representativos. Por este motivo, a medida que avanzó su poblamiento fue aumentando la concentración de población en las siete hectáreas que comprende. Antes de su ocupación era utilizado como playa de maniobras del ferrocarril. Actualmente algunos talleres y depósitos son ocupados por los habitantes con peores condiciones de vivienda y por un comedor comunitario a cargo de una organización social de base. Tampoco se trata de una ocupación de tierras privadas, sino de terrenos del Estado nacional, actualmente a cargo de la ADIFSE (Administración de Infraestructuras Ferroviarias Sociedad del Estado).

Es posible identificar tres etapas de ocupación hasta llegar a su configuración actual. La primera se extiende desde los años '60 hasta inicios de los '90 del siglo pasado, y se caracteriza por el asentamiento de trabajadores del ferrocarril que recibieron permisos para ocupar parte del terreno y construir viviendas transitorias. Muchos de ellos eran migrantes internos oriundos de la zona de influencia del trazado del tren (Cormick, 2014). Con la década de los '90, bajo una gestión neoliberal basada en el ajuste fiscal y la reforma del Estado, se inicia un proceso privatizador de servicios públicos en el país. Tras la privatización del ferrocarril en 1993³¹, familias de ex-trabajadores del tren se instalaron de forma definitiva en el lugar. Mientras tanto, la corriente migratoria interna proseguía por el quiebre de las

²⁹ Los primeros asentamientos surgieron en el área metropolitana de Buenos Aires durante la última dictadura militar (1976-1983), que promovió la desindustrialización con el consecuente aumento del desempleo, los empleos precarios y empobrecimiento de la población, junto a la política de erradicación de villas en la Ciudad de Buenos Aires (Cravino, del Río, Duarte, 2008).

³⁰ En documentos relevados sobre el asentamiento, otra de las denominaciones encontradas del lugar fue “el country”, en referencia irónica a los barrios cerrados de clase alta, que en Argentina son llamados de esa forma. Una expresión similar en portugués sería la de “condominio de lujo”. Este término es especialmente utilizado, en forma crítica, por las asociaciones vecinales contrarias al asentamiento.

³¹ El Contrato de Concesión fue firmado el 15 de enero de 1993 y fue aprobado por el Decreto N° 504 del 24 de marzo de 1993. (*Resolución 469/2013. Red Nacional Ferroviaria. Rescindense Contratos de Concesión.* <http://www.cronista.com/economia politica/Resolucion-4692013---Red-Nacional-Ferroviaria.-Rescindense-Contratos-de-Concesion.-20130605-0093.html> Consultado el 03/03/2014).

economías regionales y la dolarización de la economía estimulaba los flujos poblacionales de países de la región (Marshall, Orlansky, 1993).

Avanzados los '90, se inicia la segunda etapa en la historia del poblamiento del lugar, precipitada a comienzos de la década siguiente. En un contexto de desempleo récord en la historia argentina, la cancelación de los trenes que transportaban diariamente a los “cartoneros”³² desde los cordones más alejados del conurbano bonaerense hacia la CABA llevó a la instalación de los mismos en el lugar. El local fue poblándose más densamente con la ocupación de vagones abandonados, galpones y espacios libres con casillas de chapa, madera y cartón con piso de tierra, y con la construcción de las primeras viviendas de material.

Finalmente, de 2007 a 2011 se produjo un tercer movimiento poblacional de magnitud³³. Éste estaría asociado a la acuciante necesidad de vivienda de familias de sectores populares, consecuencia del histórico déficit habitacional de la ciudad. La imposibilidad de acceder a la vivienda a través del mercado inmobiliario formal³⁴ consolidó la dinámica informal urbana³⁵. Con participación de las redes migratorias, el sub-alquiler de habitaciones en lotes e inmuebles ocupados se torna la alternativa habitacional más común entre los migrantes (Gallinati, Gavazzo, 2011)³⁶. A pesar del costo que ello implica en términos de condiciones habitacionales, vivir en el barrio representa una solución al problema habitacional y mayores posibilidades de acceso a servicios públicos y oportunidades laborales (Cerrutti, 2009).

El lugar constituye un claro ejemplo del patrón de asentamiento concentrado de la población migrante regional. Esta característica se consolidó en los últimos años, con el crecimiento vertical de las construcciones, paralela al aumento de la población migrante. La concentración favorece intercambios que exceden los económicos, propiciando la creación de

³² Expresión equivalente a la de “catadores de lixo” en portugués.

³³ Fue durante esta fase que inicié un contacto regular con la población del lugar, a través de las actividades semanales realizadas en el marco del proyecto de Salud Comunitaria del hospital en cuya área programática se encuentra el asentamiento. Dicha actividad se extendió entre los años 2006 y 2009. Considerando dicha inserción previa, el material producido durante el trabajo de campo para este estudio será complementado con datos producidos durante esa época.

³⁴ El acceso al alquiler de una vivienda en la Ciudad de Buenos Aires requiere la presentación de garantías de propietarios de inmuebles residentes en la propia Ciudad), recibo de suelo y dinero en efectivo. De esta forma, el acceso al mercado inmobiliario formal resulta prohibitivo no solo para la mayoría de los migrantes de la región, sino para amplios sectores de la población, que no disponen del capital económico, social y simbólico requerido (Mera, Vaccotti, 2013:194).

³⁵ En las villas y asentamientos, el mercado inmobiliario informal funciona a través de transacciones que no se ajustan a las normas legales y cuyos actores operan por fuera de las regulaciones económicas legales. En estas operaciones no participan agentes intermediarios típicos como las agencias inmobiliarias sino que lo hacen especialmente las redes sociales barriales, entre las que se cuentan las de migrantes (Mera, Vaccotti, 2013).

³⁶ En el caso que nos ocupa, Rosas destaca que “aunque el capital cultural de los migrantes peruanos es muy importante, sus precarias inserciones laborales en el mercado de trabajo argentino, el no poder cumplir con los requisitos para alquilar viviendas, así como los prejuicios que circulan en la sociedad receptora hacia ellos, constituyen algunos de los factores que vuelven particularmente complicado y sufrido su ‘afincamiento’, especialmente durante los primeros tiempos.” (Rosas, 2010a: 152)

lazos de solidaridad entre coterráneos. Son frecuentes las fiestas organizadas por peruanos, con participación de bandas musicales propias y comidas típicas. También hay pequeños comercios o puestos de venta ambulante que ofrecen productos típicos. Como contrapartida, el aumento y la concentración de migrantes generan el rechazo de los vecinos de la zona, que asocian estos fenómenos con el aumento de la inseguridad y la desvalorización de sus inmuebles³⁷.

Las familias que arribaron al local en esta etapa final fueron marcadas por frecuentes experiencias de desalojo. Ejemplo de ello son las historias de Jimena y Susana, quienes llegaron al lugar en esas circunstancias 2010 y 2005 respectivamente:

“El caso es que nosotros vivíamos alquilando pero en esa casa que estábamos alquilando... Cuartos eran nada más. Pero la señora como que nos robó. O sea, nos cobraba un alquiler, pero resulta que ahí nos enteramos que la casa no era de ella, era como tomada, así. Entonces, justo un día antes de Navidad de ese año nos echaron. Vino la policía y nos echó a todos. (...) El caso fue que mi tía nos dijo que bueno, que vengamos acá a su casa, a ‘SU’ casa (*enfaticando*) pero mientras conseguíamos algo. Si no era acá, afuera. Y como no teníamos dónde irnos, nos vinimos acá. Estuvimos viviendo un tiempo acá pero en la casa de mi tía. Bueno, mi mamá seguía buscando, así, pero no encontraba, viste, con chicos... Mi hermana era chiquita en ese tiempo y no conseguíamos. Y justo salió esto de este terreno, así era, chiquito. Compramos, que el señor no nos cobraba tan caro... En ese tiempo, porque ahora está recaro todo (*risas*). (...) Y bueno, y nada, hicimos acá y al final nos quedamos acá. A la fuerza nos quedamos (*risas*).” (Jimena, 19 años, unida, 2 hijos, 17 años en Arg.)

“No me querían aceptar en los hoteles con mis hijos. Estuve dos o tres días en la calle. Dos o tres noches pernocté en la calle con ellos, con mis cositas. Una mujer me dijo que viniera acá, se acercó... Una persona que de casualidad me vio y me preguntó por qué estaba con los chicos en la calle. Yo estaba con M, mi nieto, que es sietemesino, enfermo. Yo le digo: ‘Señora, ¿adónde voy con mi perrito, mi lorito, los niños?’ Al ver los chicos me cerraron todas las puertas. Teníamos lo que nos dieron para el desalojo, del gobierno. Ahí me comentó sobre aquí y me vine a ver lo que hoy es mi casa. En mi desesperación, compré. Agarré un camión y me vine. (...) No había luz ni agua. Vivíamos en un vagón (*señala detrás de la puerta abierta al fondo y muestra que el vagón todavía está ahí*). Compramos un pedazo. Era un vagón. Estábamos todos amontonados. Como no entrábamos, yo dormía sentada con un plástico abajo de la lluvia con mi yerno. Lo principal eran los chicos. No había baño, cloaca, luz. Agua, poquitito, de noche, la juntábamos en tachos.” (Susana, en entrevista realizada en 2008)

Para muchos migrantes residentes en el barrio su radicación representa una experiencia de hábitat urbano inédita: “Tanto en el caso de los habitantes originarios como en el de los nuevos, oriundos de zonas urbanas o rurales, habiendo sido breve o extensa su previa estancia en otro lugar de Ciudad de Bs.As. (típicamente, casas de familiares o conocidos y pensiones), la llegada a este lugar a menudo representaba su primera experiencia en un asentamiento urbano” (Domínguez, 2003). Como veremos más adelante, varias entrevistadas padecen el contraste entre sus condiciones de habitación en el Perú y en el asentamiento.

En 2007 llegaron allí 200 personas de las provincias de Misiones y Corrientes y del Paraguay, afectadas por una relocalización masiva en la zona donde actualmente opera la represa Yacyretá, para llevar a cabo un litigio con el Estado. Así, en esta etapa también es posible detectar la presencia de movimientos organizados de ocupación. En entrevistas

³⁷ Ver, a modo de ejemplo, las publicaciones del 28/7/11 (<http://asentamientoenchacarita.blogspot.com.ar/2011/07/deja-que-los-perros-ladren-sancho-es.html>) y del 30/7/11 (<http://asentamientoenchacarita.blogspot.com.ar/2011/07/esto-es-emergencia-habitacional.html>) en un blog vecinal contrario al asentamiento.

realizadas en 2008 y 2009 corroboré dicha modalidad con mujeres peruanas que llegaron al local a partir de 2006. En ese entonces Ángeles relató su llegada en 2006 con sus dos hijos pequeños. Tras reencontrarse con su marido, alquilaron una pieza en la zona. Alertados por compatriotas de que una fracción del asentamiento sería tomada, decidieron sumarse. Ella recuerda:

“Entramos, rompimos el candado, por las malas. Éramos un montón de gente. Se privilegiaba para la parte de adelante a los que eran del barrio y nosotros nos agarramos el fondo. Era todo escombros, lleno de ratas. Limpiamos todo. Estábamos So., Sa., H., L....” (Ángeles, en entrevista realizada en 2008)

A pesar de carecer de datos oficiales de población, diversas fuentes muestran su tendencia ascendente. Según registros analizados por Mc Cormick (2014), en 1999 habitaban el lugar unas 60 familias. Un informe de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires de 2008 señalaba que habitaban el asentamiento aproximadamente 450 grupos familiares (Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, 2009). En 2011 un relevamiento realizado por el hospital en cuya área de responsabilidad se encuentra el barrio concluyó que residían allí más de 2400 personas, cuya mayoría estaba representada por peruanos³⁸. El informe alertaba que el factor inmigratorio, en combinación con la pobreza y las inequidades de género, obstaculizaba el acceso a la salud en general y a la salud sexual y reproductiva en particular (Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud, 2012). Evidenciando el impactante aumento de la cantidad de habitantes, datos de 2011 estimaron que 1400 familias residían en el lugar (Proyecto de ley, 1740-D-2011) y una nota periodística de 2012 informaba que residían allí más de 1.500 familias, en su mayoría provenientes de países limítrofes³⁹.

En relación a las condiciones estructurales del asentamiento⁴⁰, y a pesar de que las viviendas tienden a ser mejoradas con el paso del tiempo – con el incremento de las construcciones de material, a las que se fueron añadiendo pisos hasta llegar a un máximo de cinco –, la mayoría presenta condiciones de saneamiento básico insatisfecho, careciendo de acceso a la red cloacal y al agua segura. Las conexiones a la red eléctrica son irregulares, con el consecuente riesgo que ello implica. Debido a la expansión del área construida, el acceso de servicios de emergencias y camiones de agua y atmosféricos es dificultoso. De tierra o rellenos de escombros, los pasillos internos suelen inundarse cuando llueve debido al desborde de los pozos ciegos. La existencia de una única entrada al local, así como las

³⁸ El informe señala que “los porcentajes se reparten entre un 48% de argentinos y 52% de migrantes de países latinoamericanos, siendo en su gran mayoría de nacionalidad peruana (41%)” (Bernabó et al., 2012)

³⁹ Ver: <http://www.pcr.org.ar/nota/lucha-popular/la-esperanza-pelea-contra-el-hambre-2012>

⁴⁰ Ver fotos en apêndic G.

características de pasillos y viviendas obstaculizan la circulación de personas. Las construcciones conllevan riesgos de derrumbe y las situaciones de hacinamiento son frecuentes. Asimismo, escasean los espacios de recreación y los residuos dispersos propician la presencia de plagas y roedores.

Siendo que los asentamientos suelen ser considerados por sus habitantes como respuestas definitivas al problema habitacional, la tendencia es hacia la negociación con el Estado de intervenciones emergenciales, mejoras de las condiciones de habitabilidad a mediano plazo y, finalmente, de la propiedad de la tierra ocupada (Cravino, del Río, Duarte, 2008). En este sentido, la conformación de un cuerpo de delegados por manzana, en articulación con instituciones y organizaciones de la zona, viabilizó incipientes mejoras, como la instalación de conexiones a la red eléctrica y de volquetes para la disposición de residuos, la extensión de las conexiones a la red de agua y de cloacas, el acceso al agua potable a través de camiones cisterna y el desagote de pozos ciegos con camiones atmosféricos, así como la presentación de un proyecto de ley con vistas a la urbanización del barrio⁴¹.

5. Resultados

5.1 Transformaciones de las relaciones familiares en el contexto migratorio: tensiones entre dependencia y cuidado

Considerando el papel estructurante del género sobre los movimientos migratorios, y la centralidad de la experiencia migratoria en las trayectorias de las entrevistadas, estos elementos constituirán los ejes estructurantes de nuestro análisis de las dinámicas familiares y del cuidado de la salud de las mujeres que participaron del estudio.

Una de las cuestiones más llamativas al iniciar los contactos con las participantes del estudio fue el peso femenino en la decisión de migrar. De hecho, cuatro entrevistadas, separadas y con hijos a cargo, migraron a la Argentina por decisión propia. A éstas debemos añadir las madres de dos participantes jóvenes, que emigraron luego de separarse de sus compañeros, y el de la hija de una de las entrevistadas de mayor edad, que también emigró después del fin de su matrimonio con el padre de su primer hijo. La literatura confirma esta tendencia, señalando que uno de los rasgos distintivos de la migración hacia la Argentina es

⁴¹ El Proyecto de Ley para iniciar la urbanización del local fue presentado en la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Expediente 1733 P 2012) (Blog nuestro barrio acceso en 11 de diciembre de 2014) y en la Honorable Cámara de Diputados de la Nación (Expediente 1740-D-2011) (Honorable Cámara de Diputados de la Nación, Proyecto de ley, 1740-D-2011.
<http://www1.hcdn.gov.ar/proyxml/expediente.asp?fundamentos=si&numexp=1740-D-2011>, consultado en 11 de diciembre de 2014).

su índice de masculinidad decreciente (Rizzolo, 2012; Magliano, 2009)⁴² destacando, en el caso peruano, la migración independiente de mujeres, comparada con la migración familiar característica de otros movimientos (Cerrutti, 2005)⁴³.

La centralidad de la mujer se vislumbra también en la frecuente jefatura femenina del hogar. Considerando las entrevistadas que son jefas de hogar y aquellas cuyas familias son sustentadas por otras mujeres (madres de entrevistadas jóvenes o hijas adultas de entrevistadas mayores), se percibe que más de la mitad de los grupos domésticos que formaron parte del estudio cuenta con jefatura femenina. Esto condice con la tendencia al aumento de las mujeres responsables por la provisión económica de sus familias, que está tornándose un rasgo característico entre migrantes en la región (Tapia, 2010; Tapia, 2011; Castellanos, 2005).

Sin embargo, la interpretación de estas cuestiones en términos de autonomía femenina debe ser relativizada a la luz del papel del género como organizador de las relaciones sociales y, entre ellas, las que dan lugar a las migraciones: si bien las mujeres pueden ser el principal sostén del hogar, ello no necesariamente representa un cambio positivo si obedece a la ausencia o desocupación del cónyuge y si implica menores ingresos y mayor vulnerabilidad del hogar (Rosas, 2010a: 156)⁴⁴. Además, aunque las mujeres pueden liderar movimientos migratorios, ello ocurre en el marco de relaciones familiares que refuerzan su responsabilidad por el funcionamiento del grupo doméstico inclusive a distancia, y las familias continúan ejerciendo controles a través de las redes sociales (Magliano, 2007). En este contexto se despliegan fenómenos como la maternidad a distancia y la familia transnacional, con un papel clave del envío femenino de remesas⁴⁵. Estos arreglos, verificados entre nuestras participantes cabeza de migración, ocurren en función de complejas tramas de ayuda mutua articuladas por mujeres, tornando fundamental el papel de otras familiares para viabilizar simultáneamente la

⁴² Este fenómeno también es registrado, tanto a escala intrarregional como hacia Europa, en estudio sobre migraciones de mujeres andinas realizado por Herrera (2013).

⁴³ En una dirección similar, Courtis y Pacecca señalan que la significativa feminización de las migraciones contemporáneas hacia la Argentina, en primer lugar, “muestra ritmos diferenciales según orígenes nacionales. En segundo lugar, a la hora de hablar de feminización en sentido cualitativo – lo cual alude a cierta autonomía de la migración de las mujeres o, al menos, a patrones de migración no asociados a los de los varones –, los escenarios difieren para mujeres paraguayas y peruanas, por un lado, y bolivianas, por el otro” (Courtis, Pacecca, 2010: 167).

⁴⁴ Asimismo, el hecho de emigrar acompañando al cónyuge o no ser cabeza de migración tampoco debe asociarse linealmente al carácter pasivo de estas mujeres. Como advierte Mallimaci (2012), el discurso de la feminización centrado en las mujeres pioneras, estratégico durante la incursión inicial del género en el estudio de las migraciones, ha tendido a subestimar los aspectos productivos y económicos que también caracterizan los proyectos migratorios de mujeres no pioneras.

⁴⁵ En relación a las remesas, se destaca la mayor propensión de las mujeres migrantes a enviarlas, independiente de variables como la situación laboral o el nivel salarial: “a diferencia de la migración internacional masculina, la femenina cuenta con una mayor participación de la red familiar y, como resultado, los retornos femeninos son mayores” (Grande-Martín, Del Rey-Poveda, 2012: 6). En términos simbólicos, la maternidad a distancia y la gestión de la familia transnacional son facilitadas por las nuevas tecnologías (Zapata Martínez, 2009, Stefoni, 2013).

migración y la reproducción familiar (Tapia, 2010; Tapia, 2011). La familia se revela central en la migración de estas mujeres también en lo que refiere a sus proyecciones a futuro. En este sentido, Leila refiere, como motivo para residir en el país, las posibilidades educativas que la Argentina representa para el futuro de su hija, de apenas 5 años:

“Yo, si sigo estando acá es por mi hija. Por darle un mejor estudio, un mejor espacio. Veo las oportunidades acá para estar en la secundaria, en la universidad. Yo estoy pensando en otras cosas, no?” (Leila, 25 años, casada, una hija, 5 años en Arg.)

Asegurar el bienestar familiar se encuentra entre los principales motivos de la decisión migratoria de las mujeres (Courtis, Pacecca, 2010; Tapia, 2010). Para nuestras entrevistadas, el acceso gratuito de sus hijos a la educación y la atención sanitaria, posibilitado por la migración hacia la Argentina, es especialmente valorizado. Presenciar el comienzo del ciclo lectivo durante el trabajo de campo me permitió asistir, por ejemplo, a relatos orgullosos de varias habitantes del asentamiento acerca de sus hijos/as que iniciaban sus estudios, especialmente cuando los/as mismos/as alcanzaban el nivel universitario.

En relación a la familia que queda en el país de origen, entre los factores fundamentales al momento de decidir la migración de una mujer se encuentra la capacidad del hogar de prescindir de ella, dependiente de la existencia o no de otras en condiciones de reemplazarla. Inclusive en las ocasiones en que el traslado ocurre en el contexto de una separación conyugal, como en varios casos de nuestro estudio, éste implica la negociación y delegación de la crianza de los/as hijos/as a otra/s mujer/es de la familia. Como sintetizan Courtis y Pacecca, qué mujeres parten depende de qué mujeres se quedan. Así, la decisión de migrar representa un proyecto más familiar que individual que difícilmente contestará los papeles de género dominantes, siendo la familia uno de los espacios donde más se hace sentir la subordinación de género (Courtis, Pacecca, 2010: 173)⁴⁶.

Sin embargo, los roles de género y los arreglos familiares pueden experimentar algunas transformaciones con el proceso migratorio. Los efectos de la migración sobre estas relaciones no son inevitables ni unidireccionales, siendo necesario evaluar su alcance para cada grupo en su contexto particular (Rosas, 2012)⁴⁷. Entre algunas entrevistadas, el nuevo

⁴⁶ Tapia (2010) y León-Gin (2014) apuntan que si bien la migración implica la posibilidad de redefinir las relaciones de género al interior de las familias, no deja de ser habitual la retradicionalización de los papeles en relación a la maternidad, a pesar de su modalidad transnacional.

⁴⁷ Magliano y Romano afirman que asociar directamente la migración con la democratización de las relaciones de género es una expresión de “colonialidad de género” escasamente compatible con la realidad de las mujeres migrantes en contextos específicos. En su análisis de la agenda internacional sobre las migraciones de mujeres, las autoras develan la operatoria ideológica según la cual las migraciones femeninas desde países menos desarrollados hacia otros desarrollados son asumidas como el tránsito entre la dominación y la liberación, a partir de una “noción de que ‘lo patriarcal’, lo ‘tradicional’ y la ‘opresión’ es patrimonio de los países de origen de las mujeres migrantes, que casualmente forman parte de la ‘periferia’, mientras que la ‘libertad’, la ‘independencia’ y la ‘autonomía’ componen el horizonte a alcanzar a partir de la migración hacia los países ‘centrales’ que son ‘modernos’ y ‘desarrollados’” (Magliano, Romano, 2009: 123).

contexto contribuye, de forma no menor, al control de prácticas conyugales violentas. Al respecto, Ángeles cuenta que su marido la golpeó en distintas oportunidades cuando vivían en el Perú. Sin embargo, en la Argentina éste modificó su comportamiento porque “tiene miedo de ir a la cárcel”, ya que mientras “en Perú no se le da importancia a la violencia, acá no es así”⁴⁸. Si el maltrato masculino hacia las mujeres es visto como un asunto privado, en virtud de lo cual la intervención de autoridades extra domésticas se considera una intromisión (Mannarelli, 2001; Movimiento Manuela Ramos, 2003; Salcedo, Motta, 2004), el nuevo contexto de vida propicia un tratamiento diferente de dicho fenómeno. Como elementos favorables, además de un marco legal que en principio le resultaría favorable en caso de ser accionado, Ángeles ostenta, a nivel local, estrechos contactos con el Servicio Social del hospital de referencia del barrio.

La migración femenina suele implicar la separación entre la mujer y sus hijos/as hasta la reunificación en la sociedad de destino. Durante ese período, éstos/as quedan al cuidado de familiares – de preferencia, abuelas u otras mujeres de la rama materna – (Tapia, 2010; Courtis, Pacecca, 2010). Entre nuestras entrevistadas ese lapso varió entre uno y once años. En ese marco, las relaciones entre nietos/as y abuelas también registran transformaciones, asimilándose a la relación madre-hijo/a. Uno de los casos ejemplares en este sentido es el de Alba:

“Mis nietos, los crié yo de bebito. Les puse el apellido yo y de mi esposo. Mi hija se fue y me dejó con el niño y ya creció él, hasta el día que le traje a la Argentina. (...) Y de ahí el niño me dice ‘mi mamá’, y a mi esposo ‘papá’. A mi hija también le dice ‘mamá’, porque él sabe que es su mamá; pero dice que no, que yo soy su mamá.” (Alba, 48 años, casada, vive con esposo, hija y dos nietos, 7 años en Arg.)

En relación a la forma de llegada al país, verificamos la importancia de las redes migratorias conducidas por mujeres en el “efecto llamada”⁴⁹. En este sentido, las historias de emigración gracias a familiares mujeres que ya residían en la Argentina son tan frecuentes como los relatos de reunificación conyugal. Las redes de mujeres que actúan como apoyo durante y después de la migración incluyen, entre otras, a las que desde el país de destino colaboran con información, trámites, financiando el viaje, asistiéndolas con la vivienda al llegar y ayudándolas a encontrar empleo (Courtis, Pacecca, 2010). El caso de Marina, de 45 años, es paradigmático: ella llegó a la Argentina con ayuda de dos hermanas que habían emigrado al país previamente. Una de ellas la recibió al llegar y más tarde la otra le cedió una

⁴⁸ Este trecho corresponde a una entrevista realizada con Ángeles en 2008. Profundizaremos en el control sobre las mujeres como uno de los ejes de la dominación masculina entre los hombres peruanos (Coe, 2004; Fuller, 2005; Fuller, 2012; Rosas, 2010a; Rosas, 2012) a lo largo del texto.

⁴⁹ Este término alude al fenómeno de las migraciones facilitadas por la existencia de familiares en el país de destino (Tapia, 2010).

habitación en su casa para que viva allí con sus hijos. Sus hermanas también fueron claves para la obtención de empleo y para su inserción en el lugar, develándole la lógica del asentamiento, explicándole, entre otras cuestiones, cómo moverse en el intrincado espacio físico y cómo obtener recursos como la ayuda alimentaria en el comedor comunitario. Entre las participantes más jóvenes fue frecuente la ayuda de sus madres y entre las de mayor edad, la de sus hijas. Ejemplo del primer caso es Leila quien, al descubrir su embarazo a los 20 años, emigró a la Argentina con su pareja con ayuda de su madre, quien la había dejado en el Perú a 10 años antes:

L: Personalmente, como te digo, bueno, así, vine con la barriguita. Se me complicó estando allá y... huyendo de todo me vine para acá.

P: Pero tu mamá ya estaba acá.

L: Mi mamá estaba, porque sino no venía porque sino dónde me iba a quedar?! (riendo) No, por ahí ella me dijo que hay oportunidades acá de estar un poco mejor... Ehhh... 'Para las mamás hay ayuda, pa los hijos también hay beneficios'. La verdad yo desconocía todo, no sabía nada. (...) Dije, ah, bueno, si la mamá me propone eso, voy. Y mi marido vino conmigo. (...)

P: Cuando vinieron, vinieron ya directo a encontrar a tu mamá?

L: Sí. Sí, en eso por lo menos, nos juntamos con la familia acá, con mi mamá... (...) Entonces ya había gente, no? Ya había con quién estar y todo." (Leila, 25 años, casada, una hija, 5 años en Arg.)

El caso de Margarita es representativo de las mujeres de más edad. Diez años después de que su hija emigrara a la Argentina dejándola a cargo de su hijo, ella emigró también, para acompañarla en su segunda separación y ayudarla con su nuevo hijo:

"Mi hija siempre: 'Mamá, yo te necesito'. Me necesitaba porque no tenía con quién dejar al chico. Como en Perú yo no tenía esposo, y tenía nada más al hijo mayor, criándolo al nene entonces... bueno, yo qué hago acá? Me dice: 'Mamá, los abuelos murieron. Tú no querías venir por los abuelos. No tienes a nadie ya. (...) Yo tengo que trabajar', me decía (...) 'Así que yo quiero tenerla, mamá'. 'Y bueno', le digo. (...) 'Está bien, hija. Lo que tienes que hacer: él (*el padre del niño*) te da tu plata. Tú trabajas. Yo te voy a apoyar para que trabajes tranquila. Y olvídate'." (Margarita, 66 años, viuda, vive con su hija y dos nietos, 6 años en Arg.)

Tratándose de países próximos, con mayores posibilidades de retorno o de circularidad (Tapia, 2011), no todo flujo migratorio es considerado definitivo por quienes lo emprenden. De hecho, tres de nuestras entrevistadas aún no decidieron radicarse definitivamente en la Argentina o esperan regresar a su país. Estas mujeres conservan sus propiedades en el Perú y tienen sus compañeros u otros/as hijos/as allí, que también las reclaman. Es el caso de algunas de las participantes de mayor edad que, como Margarita, fueron llamadas por sus hijos/as para cuidar de sus nietos mientras trabajan fuera del hogar, o de aquellas que se encuentran en la Argentina por motivos de salud, con el propósito de realizar tratamientos o cirugías de alto costo en el Perú⁵⁰. En este nuevo contexto, las relaciones de autoridad entre madres e hijas/as, tradicionalmente respetadas durante toda la vida en función de una relación jerarquizada en

⁵⁰ Encontré este fenómeno también entre entrevistadas paraguayas que residen en el asentamiento, quienes no fueron incluidas a los fines de este estudio. Cabe destacar que tanto en el Perú como en el Paraguay la asistencia a la salud es paga inclusive en el sector público.

función de la autoridad del saber y la experiencia de vida (Barros, 1987), se ven especialmente afectadas. Al respecto, cabe traer un fragmento de mi diario de campo:

“Marina se extrañó cuando me referí a la casa de mi familia como ‘la casa de mis padres’. A raíz de eso, ella habló de las diferencias que percibe entre ‘ustedes los argentinos’ y ‘nosotros los peruanos’. Comenta que a pesar de ser adulta y de haber emigrado con su propia familia, ella se refiere siempre a la casa paterna como ‘mi casa’ y cuenta que la autoridad de los mayores no deja de tener una fuerte impronta, a pesar del paso del tiempo y de la distancia.” (Notas de campo, 11/4/15)

En este sentido, un estudio sobre relaciones familiares pre y posmigratorias de peruanos en Buenos Aires señala que la autoridad doméstica en el país de origen es ejercida, en el contexto de familias extensas, por padres, madres o suegros, que actúan como jefes o como los principales decisores del hogar (Rosas, 2010a). Esto es particularmente notorio entre la población rural del país, ya que los padres “no han delegado su poder a instancias no familiares, lo que hace juego con el escaso desarrollo de la cultura pública y es indicativo del tipo de vínculos familiares. La familia, y sobre todo los padres, son una fuente de autoridad” (Mannarelli, 2001: 18). Por su parte, Fuller destaca que este es un indicador de una problemática más profunda del Perú, característica de un Estado no secularizado que conserva fuertes rasgos patrimoniales. Esto configura instituciones frágiles y derechos ciudadanos más formales que reales. “En la práctica, las relaciones sociales se rigen por criterios tales como el rango, dependencia personal y reciprocidad. Así, uno de los rasgos más marcados del Perú moderno es la tensión entre los poderes patrimoniales y la ampliación de la cultura pública” (Fuller, 2005: 108). En el nuevo contexto, la posibilidad de recurrir a la autoridad pública, representada por funcionarios de salud o de educación, contribuye a contener modalidades de ejercicio del control al interior de la familia, especialmente la violencia física conyugal y entre padres e hijos⁵¹.

Esta trama de relaciones en que la referencia del poder radica en la familia resulta particularmente opresiva para las mujeres rurales, para quienes el matrimonio suele aparecer como alternativa a la rigidez paterna, aunque sin garantías de que la arbitrariedad no se reedite en el nuevo hogar (Mannarelli, 2001: 18). La historia de Susana resulta ilustrativa en este

⁵¹ La violencia tampoco parece infrecuente en las relaciones entre padres e hijos. Varias participantes relataron situaciones de ese tipo durante su infancia rural, marcada por una crianza rígida de padres pobres y analfabetos, y algunas replican esa lógica, con algunas modificaciones, en el país de acogida. De los varios ejemplos colectados, rescato el caso de Susana, quien recordó su crianza en el campo, donde castigos físicos y oraciones religiosas eran proferidos simultáneamente por su padre. Ella cuenta que en su pueblo los “chicotes” (especie de látigo de cuero) utilizados para castigar a los niños son bendecidos en la iglesia. Ella misma los ha utilizado, así como los cintos o los cables, para castigar a sus hijos cuando eran pequeños y aún aconseja su uso, aunque con moderación, en sus nietos: una tarde me mostró el chicote que su hijo utilizaba para castigar a sus nietos. Por considerar que era de un tamaño excesivo para niños tan pequeños, Susana se lo quitó y le sugirió que utilizase uno menor. Actualmente, el chicote está colgado detrás de la puerta de entrada de su casa, considerando que podría resultarle útil en caso de alguna emergencia. Evidenciando las tensiones existentes entre las sociedades de origen y de destino en relación a la aceptación y la sanción de esas prácticas, mientras algunas entrevistadas caracterizan la crianza de las nuevas generaciones en la Argentina como excesivamente “liberal”, en otros casos el nuevo contexto es valorizado como una forma de moderar los excesos cometidos en relación a los hijos, considerados más habituales en el Perú.

sentido. Ella se casó a los 17 años para salir de la casa de sus padres pero acabó separándose de su marido cuando estaba cursando su quinto embarazo:

“Las chicas, a veces tontas... Yo decía, ‘Me quiero ir de la casa’. No soportaba la presión de mis papás. No soportaba la presión. ‘Ay, si me voy de mi casa... Me voy a buscar un marido y yo me voy a ir’, decía (*risas*). Para qué? Para arrepentirme! Sí, es así. A veces una ve las cosas lindas, bonitas, pensando que una va a tener el marido, vas a tener de todo, no vas a trabajar... No, no es así. Todo fue al revés. Tuve que trabajar más. Hubiese preferido tener que trabajar más para mis padres que para (...) hacerme cargo de los hijos. Pero no lo pensé yo así, no lo pensé. No... no había una persona que me diga, que me hable. Mis padres eran humildes, eran pobres campesinos. Si mis padres hubieran sido personas pudientes, unas personas que me explicaban, yo hubiese entendido, hubiese dicho ‘Ah, no, voy a estudiar, no, soy muy chica, para qué voy a tener?’” (Susana, 59 años, separada, vive con dos hijas solteras, 17 años en Arg.)

El caso de Jimena, más actual, muestra que formar tempranamente una familia propia en el país de destino tampoco parece suficiente para comenzar una vida independiente. Un estudio sobre la experiencia migratoria como transición dentro del curso de vida analizó la formación de núcleos familiares heterosexuales entre migrantes peruanas de generaciones recientes en el AMBA, en comparación con mujeres no migrantes. Se encontró que la generación migrante más joven se ha unido y procreado a edades más tempranas que la que permaneció en el Perú y que las migrantes anteriores. Se concluyó que, “más allá del componente afectivo, muchas uniones conyugales de las migrantes peruanas jóvenes pueden comprenderse como una estrategia, material y afectiva, para (...) un rápido tránsito a la vida adulta” (Ferraris, Rosas, 2011: 110). Hace menos de dos meses Jimena se mudó a un cuarto alquilado, también dentro del asentamiento, con sus dos hijos y su pareja, igualmente peruano y vecino del barrio. Sin embargo, su cotidianeidad continúa estando pautada por su madre, que se ocupa de su manutención y la de sus hijos. Acerca de su relación frente a su nueva vida, ella relata:

“J: Y ahora... más o menos... como hace poco que me fui a vivir con mi pareja, como que... parece que no le gustó, algo así. (*risas*)

P: Claro.

J: Estaba todo bien pero como que yo me fui y... No sé lo que es, la verdad. Porque... porque yo estaba con él pero yo seguía acá viviendo (*con su madre*) porque estábamos juntando (*dinero*) con él. En realidad, la mamá (*refiriéndose a su madre*) nos dijo para techar arriba y hacer el segundo piso y vivir arriba. Pero al final, está todo tan caro entonces no nos alcanzaba, y así seguía pasando el tiempo, pasando el tiempo y nada. (...) Y ahora que me fui, como que las cosas están un poco... (...) Ponele, hoy vine (*a la casa materna, donde nos encontrábamos*) como a las 10 y algo, hace un rato. Y que ‘No venís’, que ‘no viniste ni siquiera a ver a tu hermana’... ‘Pero son las diez de la mañana recién!’ (*risas*) Y estoy todo el día acá igual, recién me voy a la noche. Ehhh, no sé, como que le molestó. Porque ponele, estoy todo el día acá, recién voy a la noche. Y después allá él (*su pareja*) me dice ‘Estás todo el día’... Lo mismo! Sí, no sé qué hacer! (*risas*) Es un lío pero bueno.” (Jimena, 19 años, unida, 2 hijos, 17 años en Arg.)⁵²

Tensiones, acomodamientos y disputas en torno a la autoridad familiar también son corrientes entre las mujeres de edad más avanzada. En varias ocasiones registré situaciones de

⁵² De hecho, realicé la entrevista con Jimena en la casa de su madre, mediando su autorización para que conversase con su hija. Ella estuvo presente al inicio del encuentro, siguiendo la conversación de cerca, al punto de realizar algunas recriminaciones. Por ejemplo, cuando Jimena me dijo que no profesaba ninguna religión, su madre exclamó, en tono de reproche: “Cómo que ninguna? No sos más evangélica, vos?” Cuando quedamos a solas el tono de la entrevista cambió notoriamente y Jimena se mostró más a gusto para conversar. Más tarde fue su pareja quien interrumpió el encuentro. Aunque no ingresó a la casa de su suegra, quedó evidente la tensión relatada por Jimena.

dependencia en relación a sus hijos/as. Por ejemplo, ellas no disponían de las llaves o no tenían autorización para recibir visitas cuando estaban solas en casa. Para entrevistarlas, debí presentarme ante sus hijos/as y explicarles los motivos de mi interés en conversar con ellas. Realicé varias visitas durante los fines de semana para que éstos/as estuvieran presentes, ya que en esos momentos no trabajaban. La inseguridad y el desconocimiento del lugar por parte de sus madres eran esgrimidas por sus hijos/as como las causas de la situación, ilustrando el “proteccionismo cercenador” de los más jóvenes sobre “sus” mayores, ejercido especialmente sobre las mujeres (Britto da Motta, 2010).

Estas circunstancias fueron particularmente notables en el caso de una mujer mayor que, siempre vestida con ropas típicas andinas y que apenas hablaba español, solía encontrar por las tardes acompañando a Susana, cuando ésta instalaba su puesto en la entrada del asentamiento. Cuando su hija salía de casa, ella quedaba fuera, de pie, conversando en quechua con Susana hasta que su hija regresaba y volvían a su casa⁵³. Varias mujeres comentaban que se aburrían sin tener otra cosa que hacer que cuidar a sus nietos, sin poder salir y sin siquiera poder asistir sus novelas y programas favoritos, que no eran transmitidos por la televisión argentina. Este malestar hacía que ellas sintiesen más falta aún de sus hogares en Perú, donde gozaban de mayor autonomía. Ello se agravaba entre las mujeres rurales, cuya sensación de encierro, al estar restringidas a un pequeño ambiente en un asentamiento con fama de ser inseguro en una metrópoli desconocida, parecía incrementarse por el contraste con su modo de vida. Los estudios sobre relaciones generacionales suelen abordar la convivencia de diversas generaciones en un único hogar enfatizando las demandas a las que se enfrenta la “generación pivote” (Delbes, Gaymu, 1993), compuesta por mujeres de mediana edad que, en función de la vigencia de una división sexual del trabajo tradicional, deben ocuparse al mismo tiempo de los cuidados de sus hijos y sus padres (Britto da Motta, 1998: 75). Sin embargo, en el presente caso, las mujeres mayores son llamadas a migrar por sus hijos/as justamente para cumplir con la función de cuidadoras de la generación más joven ya que, a pesar de su edad, aún tienen condiciones de realizar tareas domésticas. En ciertos momentos, algunas de estas madres, cuestionadas en su autoridad, reaccionan violentamente:

“A veces un poquito que se me porta mal (*refiriéndose a su hija*). Como yo converso con la nieta. ‘Tu mamá es muy buena. Muy buena’. ‘Pero abuela, tú la gritas, le pegas’. (...) ‘¿Sabes por qué le pego a tu mamá? Porque es atrevida. Y a mí no me va a venir con atrevimientos’, le digo. ‘A mí no me va a venir a contestar. Mhh? Por eso yo le pegaba a tu mamá’, le digo. Y le pegué, ¿sabes qué? Porque me contestó, no sé qué me dijo. (...) ‘No me contestes’, le digo, ‘¿Qué te creés, que porque tú eres prácticamente mi marido, me mantienes, me vistes, tú vas a hacer lo que tú quieres? No, hijita, mientras que tú no tengas

⁵³ Pese a mis tentativas de entrevistarla, y a pesar de la aceptación inicial de su hija, no logré hacerlo: tras varias tardes de conversaciones informales en el puesto de Susana, e inclusive pese a la “recomendación” de Susana, ella me dijo que su hija no le permitía que conversase conmigo, sin precisar el motivo.

un marido a cargo que te haga respetar, tú me tienes que respetar a mí cada día. (...) Yo tengo mi casa en Perú. Yo no tengo por qué estar viendo estos papelones. No. A mí no me tienen por qué faltar el respeto’, le digo. ‘Yo te puedo querer mucho, pero eso sí, midete en lo que tú me vas a contestar’.” (Margarita, 66 años, viuda, vive con su hija y dos nietos, 6 años en Arg.)

Además de las evidentes tensiones en relación a la autoridad al interior del hogar en el contexto migratorio, este relato muestra la importancia otorgada a la figura del hombre dentro de la familia. Su presencia garantizaría no solamente la provisión económica (Fuller, 2012; MMR, 2003), sino también la posibilidad de que una mujer sea respetada dentro y fuera del hogar, debido a que son los varones quienes transmiten reconocimiento social a sus cónyuges (Fuller, 2005; Mannarelli, 2001). La experiencia de Leila puede ser entendida en términos semejantes. Luego de la partida de su madre a la Argentina, ella había quedado a cargo de su padre y sus tías. Sin embargo, con la consolidación de su noviazgo, su familia pareció desentenderse de ella:

“... porque yo tenía ya una relación con él hace tres años. (...) Y prácticamente en ese momento yo estaba... yo estaba a cargo de mi papá. Y con mis tías. Pero ya bueno... ya a mi marido lo conocían. Era una forma de... mi papá ya un poco que se desligaba de mí porque ya prácticamente como tenía novio, ya estaba con alguien, no quería saber mucho de mí.” (Leila, 25 años, casada, una hija, 5 años en Arg.)

A partir de un estudio sobre las jerarquías de género en el ámbito rural peruano, Mannarelli sintetiza crudamente esta realidad: “Las mujeres tienen poco valor si están solas. Esta situación no solo las limita materialmente sino que además produce un estigma” (Mannarelli, 2001: 16), ya que siendo que el ideal de vida está signado por la pareja conyugal, la mujer sola es percibida como una potencial rival por las mujeres que tienen pareja (Pinzás, 2001: 75). Ese tipo de valoraciones pone de manifiesto “el poco valor de la individualidad, así como la existencia de una mirada muy crítica sobre el comportamiento sexual y conyugal de las mujeres” (Mannarelli, 2001: 16). En situaciones en que no se cuenta con el hombre de la casa, la autoridad familiar se dirime en términos generacionales. A pesar de carecer de la visibilidad de otros marcadores sociales como el género o la clase, el factor generacional constituye un ordenador social de relevancia (Bourdieu, 1983)⁵⁴. Lejos de su país y de sus hogares – unidades domésticas y productivas a la vez –, las mujeres “antiguas”⁵⁵ se tornan económicamente dependientes de los/las más jóvenes, y su vejez, en principio respetada como fuente de sabiduría, se transfigura en pérdida de poder social. Así, en el nuevo contexto

⁵⁴ “En la división lógica entre los jóvenes y los viejos, se trata del poder, de la *división* (en el sentido de repartición) de los poderes. Las clasificaciones por edad (pero también por sexo, o, claro está, por clase...) acaban siempre por imponer límites y producir un *orden* donde cada uno debe mantenerse, en relación al cual cada uno debe mantenerse en su lugar” (Bourdieu, 1983: 112). La traducción a partir del portugués es mía. Las cursivas son del autor.

⁵⁵ Término frecuentemente utilizado por las entrevistadas para referirse no solo a sus padres y madres, sino también a generaciones anteriores, especialmente para destacar los conocimientos y prácticas ancestrales vinculadas a las culturas originarias, de fuerte presencia en el Perú. Como cierta vez me comentó Susana, “Por suerte, nosotros en el Perú no tuvimos indios. *Tuvimos Incas*’ (enfatisando la última frase con tono de orgullo)” (notas de campo, 16/4/15).

migratorio su autoridad deja de ser evidente, requiriendo ser afirmada cuando es puesta en cuestión o bien exigiendo la resignación de dicha posición de preminencia. En este sentido, la migración puede debilitar la posición de estas mujeres en sus familias, quienes se perciben dependientes de sus hijos/as para lidiar con el mundo extra-doméstico (Grieco, Boyd, 1998).

La contrapartida de la situación de aislamiento y dependencia de estas mujeres respecto a sus hijas/os en el nuevo lugar de residencia es que son justamente éstas/os quienes, por su conocimiento de la ciudad y de las formas de transitar el universo burocrático de las instituciones públicas (Jelin, Grimson, Zamberlin, 2005), garantizan su asistencia a la salud en un contexto en que ellas no saben orientarse. Intentando manejar las tensiones, y de maneras más o menos directivas según el caso, los/as hijos/as articulan autoridad y cuidado en relación a sus madres: así como ellas llegan a la Argentina, ellos/as se ocupan de gestionar los turnos, pero también deciden qué consultas deben ser realizadas y llevan el control de cuándo es necesario que ellas retornen al médico.

“M: En Perú me han dicho que tengo este mal, pero acá me van a trat... me van a ver el 17 una radiografía acá... para ver si me operan. Ese estudio y hay otro el 16, también. Así que me están tratando, porque mi hijo... me va a matricular. El hospital, ya estoy yendo al hospital para que me operen. (...) Ya hace... ya tengo más de un mes, no llevo? (*dirigiendo la pregunta a su hijo, que está desayunando mientras conversamos*)

Hijo: No, desde octubre.

P: *Cuando llegó (a la Argentina).*

Hijo: Cuando llegó, nomás, empecé, pero no, no te atendían como ahora y este mes, que ya te dan para todo, más seguido. Aparte era temporada de vacaciones.

M: Sí, pues.” (Marta, 64, compañero en Perú, vive con familia del hijo, 5 meses en Arg.)

“P: *Y el Papanicolaou?*

A: Sí, mi hija me ha llevado, me ha dicho... pero ya es tres años que he hecho acá.

P: *Cuando llegó.*

A: Sí, que llegué. Pero allá, en Perú, ya... diez años, ya, creo, cinco años que ya me he ido a controlarme allá. Pero acá mi hija me ha dicho ‘Mamá, vamos a controlar’. (...)

P: *Y el médico le dijo que estaba bien... y le dijo si tendría que volver o no...?*

A: No sé cuándo le ha dicho, mi hija me ha dicho ‘Voy a volver a sacar turno para ir a otra vez’. (...) Ahí tengo el papel que le ha dado a mi hija, no sé.” (Angélica, 63 años, separada, vive con la familia de su hija, 3 años en Arg.)

En el caso de las entrevistadas jóvenes, el cuidado de la salud sexual también forma parte de una delicada ecuación de poder dentro del núcleo familiar. La sexualidad de las jóvenes, custodiada de cerca por las madres, parece ser un tema importante, aunque no por ello dialogado. Las formas de lidiar con la cuestión varían entre la violencia, una visión naturalizadora de la sexualidad femenina ligada a la reproducción y la vigilancia sutil:

“P: *Y eso, en tu época, por ejemplo, alguien te daba esos consejos?*

M: No. No había ese consejo... sólo escuchaba, así, a las señoras grandes hablar, cuando viajaba... entonces yo analizaba, no? Esto estará bien? Eso estará...? Y a veces me metía y ahí me decían cosas.

P: *Pero en casa, por ejemplo, no se hablaba?*

M: No, no, no. No conocía ese consejo más antes. Sí, más bien encontraba reproches, gritos.” (María, 40 años, unida, vive con el marido y tres hijos, 4 años en Arg.)

“P: *Y cuando las hijas mujeres se desarrollaban cómo era la cosa? Quién les explicaba, quién les charlaba?*

M: Esteee... quizás con las amiguitas que juntaban, entre ellas. Yo, cuando ya venía así, nada. Lo único que buscaban era su barriguita. Buscaban su barriga y ahí se ponían tranquilas, ya, y si no tenían la barriga seguían “pichicoteando” nomás (*risas*). Así es, así es pasar con mis hijitas. Pero ya, una vez que tiene sus hijos ya se han doblado su rabito.” (Marta, 64, compañero en Perú, vive con familia del hijo, 5 meses en Arg.)

“Te soy franca. Cuando la chiquita ya iba creciendo, ya tú sabes que tampoco la hija no era... no es tan fea como la madre, no? Tenía más o menos su carita la mocosa, y me decían (...) ‘Ay, por ahí lo veo a uno que la está pretendiendo. Tené cuidado.’ (...) Lo único que ya a los 12, 13 años ya puede quedar en estado, cierto. (...) Ya una vez que comenzó a haber regla... Yo me hacía la loca. ‘Ay, hija’, le digo y le tenía el calendario, ‘Ay, yo no sé cuándo me voy a enfermar⁵⁶. No me acuerdo de la fecha. Estoy por viajar y no vaya a ser cosa que resulte... por no ponerme una toalla, algo’. (...) ‘Tú también apunta la tuya, mi hijita, porque no vaya a ser que estés en el colegio y te vayas a olvidar de poner una toalla y qué vergüenza’. ‘Ah, ya mamá!’ Entonces por ahí ya la controlaba su regla, viste? Porque tenía miedo, y decía ‘Ay, Dios mío, que no sea la mala suerte, que por ahí esté inquieta y yo ni sé.’ A veces pasaba un día y yo decía: ‘¿Qué? ¿No te tocaba enfermarte ahora?’ ‘No, mamá, hasta que me duela la barriga, me va a dar cólico’. ‘Ah’, le digo. Y así. (*risas*)” (Margarita, 66 años, viuda, vive con su hija y dos nietos, 6 años en Arg.)

Incluso actualmente parece ser habitual la falta de comunicación sobre el cuidado de la salud sexual y reproductiva entre madres e hijas. Jimena, que tuvo su primera hija a los 16 años, y Leila, cuya pubertad transcurrió cuando su madre ya se encontraba en la Argentina, recuerdan:

“Bueno, mi mamá nunca me comentó nada de nada de eso... Por ejemplo, yo no sabía que había ginecólogo, que te hacías ver y cualquier cosa... O el Papanicolau, yo no sabía nada de eso. Cuando quedé embarazada, recién. Porque mi mamá siempre me llevaba al pediatra (*risas*). Era grande y siempre me llevaba al pediatra.” (Jimena, 19 años, unida, 2 hijos, 17 años en Arg.)

“L: Esas cosas no las conversé directamente con mi mamá. Y, no había ese... cómo se dice, ese contacto, no? Claro, por teléfono no te vas a andar conversando... la charla de una hora de todo eso, no? (*risas*) No!

P: Claro. Y en esa época con quién conversabas?

L: No te digo que es algo que te queda, en el aire, no? Porque no sabés por dónde cubrir. (...) Y ni siquiera con mis tías mantenía ese tipo de confianza. (...) No, nada. No daba en ese tiempo... sino ya solo caía la responsabilidad de cada uno. Entonces yo era más joven, me cerraba con mis temas, no tenía ese... ese contacto, no? Como deben ser madre e hija, no? Conversar.” (Leila, 25 años, casada, una hija, 5 años en Arg.)

En la Argentina, las madres orientan a sus hijas frente a situaciones tan sensibles como llegar a Buenos Aires cursando un embarazo. Estos casos refuerzan la importancia de las redes sociales y de parentesco, fundamentales para acceder y transitar por el sistema de salud en el contexto migratorio (Jelin, Grimson, Zamberlin, 2005). Por ser sus madres y por encarnar la “figura de la migrante previa” de referencia (Courtis, Pacecca, 2010), sus orientaciones son clave en esa situación de particular incertidumbre:

“Yo realmente pasé un poco mal el embarazo. Más renegando que otra cosa... Mucho deprimiento, toda esa cosa.

P: Y aparte el cambio, venirte para acá...

L: Sí, me cambió totalmente. Al principio no sabía manejarme muy bien sola. (...) Pero los controles de mi hija los tenía que hacer. Yo me movía de acá para allá (*refiriéndose al asentamiento*) pero yo no conocía otro lugar. Mi mamá me hizo conocer el Fernández⁵⁷. Bueno, ‘Te bajás en ese lugar y bajaste y vas y sacas...’ Ehhh... bueno, me atendía ahí. Y dije ‘Bueno, voy’. Todos los días... cinco de la mañana. Esos turnos que te vas que tás toda la mañana ahí... (...) Y bueno... ahí hacía la fila, no? Para poder atenderme.” (Leila, 25 años, casada, una hija, 5 años en Arg.)

El nuevo contexto de vida implica, así, modificaciones en las relaciones familiares que conllevan delicados equilibrios entre cuidado y dependencia, que a su vez serán

⁵⁶ La expresión “enfermarse” es utilizada en el Perú para referirse a estar menstruada.

⁵⁷ Hospital público de la Ciudad de Buenos Aires.

complejizados en función de las diferentes modalidades de cuidado de la salud verificadas entre las participantes.

5.2 El cuidado de la salud en el contexto migratorio: entre las prácticas tradicionales y la biomedicina

En lo que concierne al acceso a los servicios de salud oficiales, las participantes de mayor edad relataron que no acostumbraban acudir a ese tipo de efectores antes de emigrar, siendo predominantes las prácticas tradicionales⁵⁸ de cuidado. En lo que se refiere a la salud sexual, incluyendo la atención al embarazo y parto, fue destacado en su país de origen el papel de las parteras y prácticas como el sobado o manteo⁵⁹, el uso de hierbas⁶⁰ en infusiones, baños y ungüentos y el resguardo⁶¹. Las barreras de accesibilidad geográfica⁶² y financiera no parecen poder separarse analíticamente de las de tipo sociocultural, especialmente en el ámbito rural. Curanderos, parteras y hierberos no solo comparten un mismo sistema explicativo sobre el proceso-salud-enfermedad-atención, sino que se trasladan, a pie o a caballo, hasta donde se encuentra la persona que requiere su intervención⁶³. En el Perú, los efectores públicos y privados se concentran en las zonas urbanas y en los lugares más accesibles del campo⁶⁴. Asimismo, la concentración de recursos humanos de salud en la capital y la costa urbana del país afecta especialmente al área gineco-obstétrica⁶⁵. Los puestos

⁵⁸ En términos de Menéndez, las llamadas “prácticas tradicionales” forman parte del denominado “modelo médico alternativo subordinado”, cuyas características son: una “concepción globalizadora de los padecimientos y problemas (las acciones terapéuticas suponen casi siempre a la eficacia simbólica y a la sociabilidad como condicionantes de la eficacia), tendencia al pragmatismo, ahistoricidad, asimetría en la relación curador-paciente, participación subordinada de los consumidores, legitimación comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas, identificación de una determinada racionalidad técnica y simbólica”, entre otras (Menéndez, 1992: 103).

⁵⁹ Estas prácticas contribuyen al acomodamiento del feto en el vientre materno para dejarlo en posición adecuada para el parto. Se realizan a través de movimientos efectuados desde el exterior, utilizando una manta o masajes con grasa animal. Son prácticas habituales en las zonas de procedencia de las entrevistadas, siendo mencionadas en publicaciones recientes (Calisaya, 2004; Salcedo, Motta, 2004; Camino, 2007).

⁶⁰ Las hierbas mencionadas fueron varias: llantén, matico, ruda, orégano, cola de caballo y boldo. También se bebe el agua del hervor del plátano y la papa.

⁶¹ El resguardo o cuarentena implica no mantener relaciones sexuales con posterioridad al parto, para garantizar la cicatrización interna. El tiempo indicado varió entre 40 y 60 días según nuestras participantes.

⁶² Susana recuerda: “En la sierra, hija, en la sierra, cuando yo estaba chica, así, joven, cuando yo era joven no había doctores. Había que ir al pueblo caminando, no había coches. Todo el día, toda la noche para llegar a un hospital. Sí, era así. Ahora hay, ahora hay posta, ahora hay doctor, hay sanitarios... allá le dicen sanitarios a los enfermeros.” La literatura también destaca avances recientes en este sentido, aunque aún distan de proveer asistencia de forma adecuada (Anderson, 2001; Yon, 2003).

⁶³ Las parteras, por ejemplo, se instalan en la casa de la mujer embarazada, propician el parto según dicta la tradición y también se ocupan de las tareas domésticas, elementos de los cuales el sistema biomédico difícilmente consigue dar cuenta (Anderson, 2001; Pinzás, 2001; Guzmán, 2002; Camino, 2007). A su vez, Anderson (2001) destaca resistencias a opciones como la cirugía (los “cortes”) y la propia hospitalización.

⁶⁴ En 2005, 97% de los efectores públicos se ubicaba en zonas urbanas y apenas 3% en zonas rurales (Alcalde-Rabanal, Lazo-González, Nigenda, 2011).

⁶⁵ “En 2009 la densidad promedio de profesionales por 1000 habitantes fue de 9.2 para médicos, 9.5 para enfermeras y 3.3 trabajadoras obstétricas. Sin embargo, Lima concentra 53.19% de los médicos, 40.23% de las enfermeras, 44.25% de los odontólogos y 41.47% de los técnicos y auxiliares de enfermería.” (Alcalde-Rabanal, Lazo-González, Nigenda, 2011: 250). En lo que refiere a los profesionales necesarios para resolver emergencias relacionadas a la salud reproductiva, la carencia de anestesiólogos a nivel nacional, y su presencia prácticamente inexistente en las provincias lleva a la imposibilidad de realizar

de salud son atendidos por promotores y enfermeros y, si hay médicos, se trata de recién graduados en servicio público obligatorio. Los servicios del primer nivel de atención no cuentan con las condiciones necesarias para resolver emergencias y carecen de sistemas de derivación eficaces. Esta situación aumenta la desconfianza de las mujeres en los servicios de salud, que no se muestran capaces de resolver las emergencias – especialmente las obstétricas y ginecológicas (Guzmán, 2002; Anderson, 2011) –, que en principio constituiría una ventaja del sistema biomédico frente al tradicional. Así, pese a la ampliación reciente de la cobertura, algunas mejoras en la capacidad operativa de los servicios y la sanción de normativas que apuntan a la adaptación intercultural de los efectores⁶⁶, “la situación de salud de las mujeres andinas y el acceso a los servicios de salud no tiene siempre como único o decisivo obstáculo lo que se ha denominado barreras culturales o la carencia de conocimientos biomédicos, siendo fundamentales la falta de capacidad resolutoria y competencia técnica” (Yon, 2003). En esas condiciones, las muertes por errores y falta de insumos no son infrecuentes (Anderson, 2001: 240), trazando un cuadro que nos permite aproximarnos al “miedo del hospital” relatado por varias participantes:

“Antes no... Así, daba luz en mi casa. Había partera. La partera me curaba en mi casa nomás, le daba algo y seguía. (...) Tenía miedo al hospital y... acá en mi casa la partera me atendía, me daba hierbitas... Así era en mi casa.” (Angélica, 63 años, separada, vive con la familia de su hija, 3 años en Arg.)

M: Ya, pues, me estoy tratando. Vamos a ver hasta qué punto voy a llegar del tratamiento. Porque yo tengo miedo el hospital. Sí, sí. Porque yo la he visto morir a mi suegra, tantas cosas que le hacían... Practicaban en su cuerpo de ella y... Pero yo digo, me tratará pero internar, no quiero internarme. Porque estar internada en el hospital, practican. No, no los doctores sino los practicantes que hacen esto. Tienen que practicar en otro cuerpo, ver qué es lo que tiene, ver enfermedad... (...) Antiguamente yo tenía mis hijos cuando iba a dar luz nomás. Ya solamente, sentía dolor, ya me iba, salía mi hijito. Un día, dos días, tenía antiguamente en el hospital. De ahí otros nueve meses, otra vez (*risas*). Yo me iba al hospital a botar mis hijitos, me daban de alta y ya. Así que nunca me he tratado de esas cosas, nunca.

P: *Y nunca tuvo problemas...*

M: Nunca tenía yo, eran partos normal. (...) Alguna vez, en los últimos hijos, ya me salía hasta algún dolor, pero nunca me he ido a ver, nunca.

P: *Un dolor de qué?*

M: Ya cuando estaba embarazada me salió un dolor del estómago, así, y tomaba remedios... remedios caseros, no me iba al hospital. (...) Pero parto normal, viste, los ocho... once. Once pero viven ocho. Y tres muertos nada más. Tres muertitos que se han muerto con enfermedad, un descuido... de falta alimentación. Y uno nació muertito, así, era, que ha muerto chiquito nomás.

P: *Chiquito, claro. Y esos remedios que tomaba cuando estaba con esos dolores, qué eran, caseros? Quién se los daba?*

M: Mi esposo se iba a buscar, las monjas le daban, así, unas botellas blancas. Qué sería, pues? Pero yo aparte tomaba mis hierbas, casero eran, ese amargor que venden, amargo y hay otros. Ruda, orégano, de la tierra que crece, eso tomaba. (...) No, no, no tenía problemas con mis hijos, con mis hijitas.” (Marta, 64, compañero en Perú, vive con familia del hijo, 5 meses en Arg.)

intervenciones quirúrgicas o de tener que recurrir a otros miembros del equipo de salud, aumentando el riesgo de las mismas (Guzmán, 2002).

⁶⁶ Una de ellas es la Norma Técnica para la Atención de Parto Vertical con adecuación intercultural, que según el Informe para el cumplimiento de la CEDAW es incumplida, así como la habilitación de prácticas relacionadas con el parto como el consumo de infusiones de hierbas y sopa por parte de las gestantes, y la provisión de personal de salud que hable la lengua local o de servicios de interpretación, pese a que el quechua es el idioma oficial en las zonas donde predomina, según dicta la Constitución peruana (Villena, 2010: 12).

El hospital, cuya imagen parece condensar a la biomedicina, es considerado la última instancia en el Perú, siendo accionado cuando se han agotado otras alternativas (Salcedo, Motta, 2004; Anderson, 2001, Yon, 2003). Las mujeres mayores relatan que iban allí apenas para dar a luz o por emergencias o complicaciones posteriores al parto. Sin embargo, tampoco es realista aludir al uso exclusivo de prácticas tradicionales. Los modelos “puros” operan analíticamente, mientras que en la realidad los sujetos y grupos domésticos generan procesos de articulación funcional para sobrevivir: en la práctica, el saber popular promueve, a través del pluralismo médico, articulaciones provisorias de concepciones y prácticas de diferentes saberes, incluido el biomédico (Menéndez, 1992, Menéndez, 1994, Menéndez, 2004)⁶⁷. Anderson (2011) postula que en el Perú coexisten diversos sistemas médicos, siendo frecuentes las mixturas e interacciones entre los mismos. Yon (2003) apunta las interacciones del sistema explicativo andino con el biomédico en ese país en función de la “coexistencia con el sistema biomédico y las instituciones públicas o privadas portadoras de otros sistemas explicativos (escuela, ONGs, etc.). Esto ocurre en el contexto del largo período de convivencia de la cultura andina y la cultura urbana, criolla o ‘mestiza’ (...), la migración, la diversificación de actividades económicas alternas al trabajo agrícola en la unidad doméstica, la expansión de los medios de comunicación, la educación, los servicios de salud, la presencia de proyectos de desarrollo de diversa índole en áreas rurales, entre otros factores” (Yon, 2003). En este marco, se comprende que “los andinos tienen una amplia confianza en sus propios conocimientos y medios de solución frente a problemas de salud y en su propia capacidad para diagnosticar y vigilar los procesos patológicos. En cada hogar, cuando menos en la familia extensa, hay alguien que sabe de hierbas. En el entorno de cada comunidad existe un abanico de especialistas. La población se reserva el derecho de traspasar la frontera entre los recursos propios y los del sistema biomédico cuando lo juzga necesario” (Anderson, 2001: 251). En este sentido debe entenderse que, si para determinadas dolencias las participantes prefieren los “remedios naturales” y curadores tradicionales, para otras recurren a productos y curadores de la medicina alopática:

“Ahora si yo tengo una cosa, me siento mal, me busco mi hierbita y ya estoy tomando. (...) Así yo misma me hago yo acá. Una semana tomo pastilla y ahí le dejo a las pastillas. Ya no quiero tomar. Ahí le guardo para ver cómo me voy. Ah, ya, digo ‘No, ya estoy acostumbrada a la pastilla. Dejo de tomar y me duele. Ah, no, entonces no voy a tomar para ver hasta dónde me vaya a doler’. Y a vez, no me duele pues. Pero sí, la presión, sí. Eso sí no lo puedo dominar, el cerebro no lo puedo dominar. No sé, no sé, a eso sí no puedo.” (Marta, 64, compañero en Perú, vive con familia del hijo, 5 meses en Arg.)

⁶⁷ Le Breton (2010) y Boltanski (1979) señalan el divorcio entre saberes populares y cultura erudita, destacando dentro de ésta a la biomedicina. Sin embargo, reconocen la existencia de interacciones entre dichos saberes, a través de la apropiación de categorías médicas por parte de los “legos”.

Si bien los medicamentos alopáticos son procurados y utilizados, son vistos con cautela. Como la propia Marta comenta:

“Pero mayoría de las cosas, los remedios son mejores caseros que de farmacia, porque tú sabes, de farmacia son... A vez digamos qué puede ser... droga. ‘Qué tomo yo?’, digo yo entre mí, lo que tomo son droga, me endormece. Y el día que no tomas ya me duele.”

La resistencia al “hospital” parece haber disminuido entre las mujeres de mediana edad, a medida que aumentaba su acceso a servicios biomédicos en el lugar de origen. Estos servicios, y la concurrencia de las mujeres, se focalizan en cuestiones gineco-obstétricas y en controles pediátricos de crecimiento y desarrollo (Anderson, 2001):

“P: Y allá en Perú, por ejemplo, ¿eras de ir al médico, hacerte controles o cuando te sentías mal?”

M: No. Iba a los controles cuando estaba gestando. Cuando gestaba ahí sí. Tenía que hacerme los controles mes a mes. Y cuando nacían los bebés también los llevaba mes a mes y fuera de eso, por ningún motivo iba al médico.” (Marina, 45 años, separada, vive con sus tres hijos, 1 año en Arg.)

Varias participantes refieren visitas a postas sanitarias u hospitales de mediano porte y algunas relatan que eran sometidas a chequeos de salud generales en las empresas donde trabajaban⁶⁸. En los relatos aumentan los controles durante el embarazo y los partos hospitalarios, en combinación con prácticas tradicionales. En la sociedad de destino, sin embargo, estas mujeres sienten la falta de ciertos elementos que utilizaban por cuenta propia para el cuidado íntimo, desplegando diferentes estrategias para obtenerlos. Así, hierbas, productos de higiene íntima y algunos medicamentos alopáticos⁶⁹ se renuevan con cada visita recibida o realizada:

“Se hace una infusión, grande. Y no te sentás, únicamente el vapor. Y se cubre todo uno. Como un baño turco, de vapor. (...) Llantén y matico, ya me acordé. Llantén he visto pero matico no. Pero a veces cuando voy a Perú me traigo escondida. (...) Acá no he visto, porque ese matico es muy difícil. (...) Sí, y no me puedo traer gran cantidad. Traigo unas cuantas hojitas, me las meto entre las medias, así.” (Emilia, 46 años, separada, vive con su única hija, 15 años en Arg.)

“Ya le pedí cuando venga mi mamá que me traiga, porque acá no lo he visto, por más que lo he buscado. Es una cosa que es como un globito, parecido al que te pones enema (...). Allá en Perú hay, una bolsita. Y esa bolsita tiene un palito de plástico que es así. Tiene cañitos. Ahí metes el producto, que se llama DHF, se llama ‘desinfecta higiene femenina’. Significa eso, DHF. Te ponés eso y te haces tu lavado interno. Y mi hermana siempre se hizo con eso, yo también me hacía en Perú. Acá no hay. Allá en Perú sigue existiendo. Y entonces pedí que cuando venga alguien me traiga eso.” (Ángeles, 42 años, unida, vive con su suegra, marido y dos hijos, 9 años en Arg.)

Siguiendo un continuum en que la biomedicina parece ir ganando terreno, su utilización se muestra más extendida entre las mujeres más jóvenes, tanto en el Perú como en la Argentina. De hecho, las prácticas tradicionales no son mencionadas por las participantes

⁶⁸ En el Perú existen regiones de desarrollo desigual, aunque las inequidades también se reproducen a menor escala al interior de las mismas. Así, en regiones de escaso desarrollo puede existir enclaves de producción, entre ellos, explotaciones mineras. Éstas suelen contar con establecimientos o prestadores propios de salud (Alcalde-Rabanal, Lazo-González, Nigenda, 2011). Algunas de nuestras entrevistadas se desempeñaron en locales de este tipo, donde pasaban por revisiones de salud periódicas.

⁶⁹ Por ejemplo, María, que debe tomar medicación diaria por su problema de infección urinaria, viajó a Perú recientemente y compró medicamentos suficientes para tres meses.

más jóvenes de nuestro estudio. Ante esa situación, las mayores lamentan el retroceso de los saberes y prácticas tradicionales:

“E: Ahora todo es cambiado. Ahora las chicas de allá mismo, nadie se quiere sentar a tomar baños de vapor. Todo es pastilla y así.

P: Y eso, por qué suponés que es?

E: Porque las chicas no le dan importancia más a los yuyos, ni a nada natural. Lo ven más fácil una pastilla. Lo veo con mi hija. Yo compro acá para tener Ibuprofeno y ella cree que es una galleta y se lo mete todos los días. Ya como hábito. Y a veces le digo: ‘Comete un ajo’. ‘Ay, no, gracias’, me dice. Pero no. Ellos lo ven de otra manera. Así es. Nosotras, hasta mis hermanos, sí. Pero como que nuestros hijos ya no le creen o no tienen paciencia para esas cosas. (...) Sí, porque ya nadie le da bola a lo natural, digamos. Allá la mayoría va directo al hospital. Algo más fácil, inyección. Y como que con los remedios naturales también es un proceso. No es así tan pronto.” (Emilia, 46 años, separada, vive con su única hija, 15 años en Arg.)

En un escenario donde la atención biomédica es claramente dominante, y que dificulta la realización de prácticas tradicionales por la falta de los insumos necesarios, la migración facilita el acceso al sistema biomédico, cuestión especialmente relevante para las mujeres provenientes de contextos rurales de extrema pobreza (Cerrutti, 2005b; Aizenberg, Rodríguez, Carbonetti, 2005; Cerrutti, 2011). Acceder al sistema de salud argentino, a través de la migración temporaria o permanente, representa inclusive la única posibilidad de cura en casos que requieren tratamientos de alto costo en el país de origen (Jelin, Grimson, Zamberlin, 2005: 44). En esta situación se encuentra Marta, quien está aguardando una cirugía, y Margarita pasó por circunstancias semejantes debido a un tumor en el cerebro, que fue tratado en un hospital público. Además, varias entrevistadas destacan el acceso a consultas y tratamientos de enfermedades como diabetes, hipertensión, epilepsia, asma e infecciones urinarias, entre otras. Al comparar las posibilidades que encuentran en la Argentina con las del país de origen, la gratuidad de los servicios públicos de salud representa una “oportunidad” a ser aprovechada:

“M: De Perú venía tomando esa pastillita ya. Porque yo tenía hace cinco años, estee, derrame cerebral tenía y no me han llegado a operar por... de falta de esto (*haciendo gesto de dinero*). (...) De ahí, ya he venido acá, estoy acá, Argentina.

P: Y allá en Perú es caro el tema de la salud?

M: Sí, sí, sí, es un poquito caro. En cambio acá no. Acá hay una ayudita. Una ayudita de que me puedan radiografías, no sé, hacen tantas cosas... (...) Y me estoy haciendo. Pues el 17 me tengo que ir a uno, el 16 otro. Y hay otro para el 24 de abril. Todo el cuerpo ya, me van a ver. De repente tengo algo... y ahí estoy, que me están curando.

P: Claro. Y esas cosas empezó a hacérselas ahora o antes también era de...

M: No, no, no, recién acá. (...) Ya pues, si tengo esa oportunidad, pues estoy haciendo. (...) Acá me están haciendo esas cositas, lo que nunca he hecho en el Perú (*risas*).” (Marta, 64, compañero en Perú, vive con familia del hijo, 5 meses en Arg.)

“P: Y cuándo empezaste a ir a la ginecóloga?

D: De lo que yo estoy acá, desde el 2006, directamente cuando tuve a mi nenita. De esos años yo estoy...

P: Entonces, empezaste a ir cuando quedaste embarazada?

D: Sí.

P: Antes no.

D: No, no... allá en Perú es difícil. Todo es plata, directamente. ‘Si tienes, te atiende. Si no tienes, no te atiende’. Pero acá, en cambio yo agradezco bastante porque hay mucha ayuda. Todos son buenos doctores, no me quejo. Y acá sí en cualquier tratamiento... si tú no quieres hacer es tu problema pero si tú quieres cuidarte tú misma, hay mucho para tratarse, todo.” (Dora, 36 años, unida, dos hijas, 8 años en Arg.)

Las entrevistadas jóvenes destacan el acceso gratuito a medicamentos, insumos pediátricos y métodos anticonceptivos. Cabe señalar que, a pesar del reciente aumento de la proporción de mujeres que usa métodos anticonceptivos en el Perú, se estima que 25% de las mujeres rurales en edad fértil sexualmente activas está insuficientemente protegido⁷⁰ frente a un embarazo no deseado (Guzmán, 2002: 187). Períodos de desabastecimiento de métodos anticonceptivos continúan ocurriendo, especialmente en los efectores de las zonas más pobres y alejadas del país (Villena, 2010). Así, el proceso migratorio representa la ampliación del acceso a informaciones e insumos provistos por programas de salud sexual y reproductiva y servicios materno-infantiles (Cerruti, 2011; Wang, 2010).

“Y... voy a aprovechar esta oportunidad. Y sí... menos mal que se puede. Acá en el país tenemos oportunidad de... Capaz, yo no sé en Perú cómo habrá sido atenderme. No como acá. Porque allá... allá te cuesta todo. En público tienes que estar arrastrándote para que te atiendan. Te cuesta hasta por la aguja que vas a usar, por los guantes que va a usar el doctor. La consulta... todas esas cositas te cuestan. (...) En mi país no te dan medicina así nomás. No. El público te da. Yo me gocé eso con mi hija, el público te da vitaminas, te da leche, todo. Allá no te dan. Allá te gastas a full con pañal y leche. (...) Pero en lo público hasta me colocaron el DIU, todo, y me atendí con las ecografías y... tranquilo, para qué, no?” (Leila, 25 años, casada, una hija, 5 años en Arg.)

Las principales desventajas que las mujeres enfrentan son las demoras para conseguir turnos y las largas esperas, incompatibles con sus compromisos laborales, así como con el papel de cuidadoras en el núcleo doméstico que les es atribuido en tanto mujeres:

“... prácticamente para el hospital no hay turno, no hay para el otro mes... tiene que sacar a las 5 de la mañana y no podíamos ir a las 5 de la mañana. Mi hija se va a trabajar, mi yerno se va a trabajar y quién queda? Los nietos solitos, yo no puedo... Y ahí mi hija le digo ‘Vamos’, ya no, le digo, ‘compra mi pastilla nomás.’” (Angélica, 63 años, separada, vive con la familia de su hija, 3 años en Arg.)

“Y desde que vine acá no tuve más atención porque fui al hospital y como que se me complicaba. Saqué el turno, cuando fui, la doctora no vino y bueno, como yo trabajo no fui más. Y ahora sí es que quiero sacar un turno tengo que madrugar a las 3 de la mañana. Y a veces que hay y a veces que no alcanza. El otro día fui al hospital, había una cola inmensa y llegando dijo que no había más ginecología así que no alcancé. Y yo trabajo y en el trabajo no me permiten faltar. Me dieron permiso un día pero más no te van a dar, porque es así. Y vos tenés que cumplir.” (Lis, 34 años, separada, vive con su hermano, cuñada, hermana e hija; 5 años en Arg.)

Estas dificultades para la utilización de los servicios médicos pueden resultar particularmente agudas entre las mujeres migrantes ya que, debido a su inserción laboral particularmente precaria y a responsabilidades domésticas inaplazables debido a tener redes sociales próximas de tamaño limitado, ellas tienen escaso margen de maniobra para realizar frecuentes tentativas hasta obtener la atención necesaria en los efectores públicos de salud.

⁷⁰ Se considera insuficientemente protegida aquella mujer que, no deseando un embarazo, no usa ningún método, o usa uno tradicional, o está gestando por falla del mismo (Guzmán, 2002).

5.3 *Del cuidado de la salud al cuidado reproductivo*

Una cuestión llamativa fue que al inicio de varias entrevistas, al indagar sobre el cuidado de su salud en términos generales, me deparé con que muchas participantes se referían apenas a sus prácticas anticonceptivas:

“P: Bueno, quería volver un poquito al tema del cuidado de tu salud. Digamos, cómo te cuidás...”

L: Ah, bueno. En general yo, por ahora llevo ya... después que nació mi hijita yo me estoy cuidando con el DIU. Eso básicamente controlo. (...) Controlo, una ecografía para ver si está bien posicionado.” (Leila, 25 años, casada, una hija, 5 años en Arg.)

“P: Y en términos generales, de la salud en general... cómo te cuidás, qué cosas hacés?”

D: Ehhh... cuidarme, normal. Yo no me cuido mucho porque... me querían poner ampollas⁷¹ o pastillas pero la doctora me dijo que no porque me puede chocar⁷². ‘Te va a chocar, no vas a saber ni cuál te hace mal’. ‘Ah, bueno’. No, normal.

E: Ah, vos decís cuidarte para no tener chicos...” (Dora, 36 años, unida, dos hijas, 8 años en Arg.)

“Y, empecé a ir al ginecólogo para ya empezarme a cuidar porque un nene más, hasta ahora no va en mi cabeza.” (Ángeles, 42 años, unida, vive con su suegra, marido y dos hijos, 9 años en Arg.)

“Porque antes no había para cuidar. Antes la gente no había cuidado y yo soy bien esteee... seguidito, seguidito tenía. Cada año, año, año tenía bebé, mis chiquitos siempre. No había antes para cuidar. Ahora hay pa’ cuidarse.” (Angélica, 63 años, separada, vive con la familia de su hija, 3 años en Arg.)

De esta manera, se perfiló una relación entre cuidado y anticoncepción/reproducción que valdría la pena explorar. La noción de cuidado como sinónimo de anticoncepción también fue reconocida por Yon (2003) entre mujeres quechuas y aymaras, quienes expresaban su deseo de “cuidarse” frente al problema de tener “muchos hijos” utilizando algún método anticonceptivo. Pinzás (2001) también encontró que se valoraba la posibilidad de controlar la natalidad, evidenciando la gradual pérdida de vigencia de la percepción de que una gran cantidad de hijos representa la mano de obra necesaria para el trabajo agrícola.

Este tipo de “cuidado” tiene en el Perú una historia singular. Desde la década del ’60, en que el crecimiento poblacional fue reconocido como un problema por el Estado (Guzmán, 2002), las políticas de población han oscilado entre posturas pronatalistas y antinatalistas. Reflejando tensiones y compromisos con el contexto internacional⁷³ y las fuerzas políticas nacionales, el país osciló entre la puesta en marcha y la desactivación de normas, programas y servicios públicos de planificación familiar (Cáceres, Cueto, Palomino, 2008; Guzmán, 2002). Entre la década del ’80 y mediados del ’90 las tentativas de regulación poblacional produjeron políticas y programas específicos con diferentes niveles de efectivización. La estrategia que

⁷¹ La expresión “ampollas” alude a los métodos anticonceptivos inyectables.

⁷² Refiriéndose a posibles interacciones con la medicación que toma para controlar la epilepsia.

⁷³ En que el aumento del tamaño de la población representaba una estrategia de seguridad nacional frente a los embates de los Estados Unidos a fines de los ’60, y en que los compromisos asumidos en las conferencias internacionales de población posteriores – la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1982), la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1993), la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1996) – debían ser asumidos.

tuvo mayores repercusiones fue implementada durante la segunda mitad de los años '90: en un contexto de profunda crisis económica, la política poblacional objetivaba combatir la pobreza a través de la disminución de la tasa de fecundidad. Con ese propósito se apuntó al aumento del acceso a la anticoncepción de mujeres con escasa o ninguna educación formal, priorizando la esterilización quirúrgica, de carácter irreversible. La esterilización de más de 200.000 mujeres, mayoritariamente pobres, indígenas y rurales (Guzmán, 2002; Coe, 2004; Cáceres, Cueto, Palomino, 2008) entre 1996 y 1997 evidencia el riesgo que pueden representar programas de salud reproductiva y planificación familiar centrados en objetivos de control poblacional antes que en la promoción de los derechos de las mujeres (Valdivia, 2011, Fuller, 2005). De hecho, esta acción ha sido calificada como una política eugenésica debido a su aplicación a grupos sociales específicos⁷⁴ (Menéndez, 2009). Muertes y complicaciones post-quirúrgicas fundamentaron denuncias de organizaciones de mujeres y de derechos humanos por negligencia médica y por el carácter coercitivo con que las acciones fueron implementadas (Yon, 2003; Coe, 2004; Cáceres, Cueto, Palomino, 2008), llevando a la suspensión del programa. Sacando provecho de la situación, se inició una nueva etapa pronatalista, desmontando cualquier iniciativa de ampliación de los derechos sexuales y reproductivos. A pesar del contraste entre ambas estrategias, la falta de consideración por los derechos de las mujeres en relación a sus opciones reproductivas se reveló como un elemento común: “las políticas sobre los cuerpos de las mujeres, la sexualidad y la capacidad reproductiva han correspondido más a intereses del estado y de otras entidades poderosas, tales como la Iglesia Católica y grupos conservadores, que a las necesidades y los derechos de las mujeres” (Cáceres, Cueto, Palomino, 2008: 146).

Considerando el cuadro general del Perú en relación a la salud sexual y reproductiva, el carácter paternalista y autoritario (Cáceres, Cueto, Palomino, 2008) de estos programas no parece haber impedido la valoración de las campañas de salud reproductiva por parte de las mujeres a las que tuvimos acceso. Tratándose de un país donde el acceso a servicios anticonceptivos refleja inequidades socioeconómicas y regionales (Coe, 2004) y cuyas elevadas tasas de natalidad y mortalidad materna disminuyeron apenas recientemente⁷⁵, las

⁷⁴ Menéndez aclara que esta práctica no es exclusiva del Perú. Según el autor, esta se ha convertido de hecho en el método de planificación familiar más utilizado en gran parte de los países de la región (Menéndez, 2009: 158)

⁷⁵ Recuperando datos de las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES), Anderson afirma que “alta en comparaciones internacionales, la tasa de muerte materna se viene reduciendo en el país. De 265 muertes por 100.000 nacidos vivos a principios de la década de 1990, esta tasa bajó a 185 en el año 2000 y llega a alrededor de 103 en la actualidad. No obstante, se acepta que existe un subregistro hasta de 50% en las áreas rurales debido a fallas en la tipificación de la causa de muerte y a la resistencia de la población a acercarse al sistema de salud” (Anderson, 2011: 102). Si hasta la décadas de '60 el país registraba una elevada natalidad con un promedio de 7 hijos por mujer (Guzmán, 2002: 190), también se registra un descenso en los últimos años: la tasa de fertilidad pasó de 4,1 hijos por mujer en 1986 a 3,5 en 1996 y a 2,4 en

campañas de planificación familiar realizadas en el marco de las políticas antinatalistas de las décadas de los '80 y '90 parecen haber sido bien recibidas por nuestras entrevistadas. Especialmente para aquellas que vivían en lugares donde el acceso a los servicios médicos oficiales era escaso, la llegada de informaciones e insumos para “cuidarse” tenía un fuerte impacto. A diferencia de las participantes de mayor edad, que no se beneficiaron de dichos recursos, las de edades intermedias relatan la importancia de las informaciones recibidas y de la posibilidad de acceder a métodos para el control de la fecundidad:

“S: Así como le cuento, en Perú nos educaron bastante. Planificación se llamaba, Planificación Familiar. Planificar los hijos que uno va a querer tener. Vienen, juntan gente y te dicen ‘Tienes que tener hijos los que podés mantener y que podés educar. No podés tener hijos por tener, porque no sos conejo. Te vas a enfermar, te vas a descalcificar. (...) Estás mal alimentada, mal, hay muchas mujeres que se mueren pariendo’, nos decían. ‘Ustedes se tienen que cuidar. Ustedes no son animales, ustedes son seres humanos. Quiéranse ustedes mismos’. Y eso llegaba a mí y escuchaba, ‘No, lo voy a cuidar, sí tiene razón, lo voy a cuidar’.

P: Y quiénes eran que daban esas charlas?

S: Era del Ministerio de Salud. Las obstetras, gente preparada. Te llevaban láminas, proyectores, te enseñaban todo. Entonces, uno paraba la oreja; ‘Qué miedo!’, decía. Después te decía ‘Mirá, hay tantos métodos para cuidarse: hay el DIU, hay las pastillas, hay jaleas. El varón se puede operar, se puede hacer la vasectomía. Está en la decisión de ustedes. Cuídense, chicas’. Y así fue cómo en Perú paró... (*risas*) el criadero. Porque la gente tenía cuatro, cinco, seis hijos y era mucha población y ya era alarmante para el gobierno. Entonces empezaron la planificación familiar. Ya el Ministerio de Salud hizo campañas. Hizo campañas por radio, hizo campañas por tele, campaña en las paredes. (...) Ahí fue donde me enganché ya con mi tercera hija. Empecé a conocer, a aprender cosas, a educarme más, más, más hasta que ya decidí por cuidarme. Sino, en veinte años, cuántos hijos cree que hubiera tenido si no me cuidaba?!” (Susana, 59 años, separada, vive con dos hijas solteras, 19 años en Arg.)

“Allá en el hospital bastante nos orientaban las enfermeras. ‘Señoras’, nos decía, ‘Quieren tener... cada año venir acá para que tengan hijos? Cuídense! Tienen que usar preservativos o esos anticonceptivos. O tienen que hacerse ligar las trompas. (...) Esas orientaciones yo he recibido del hospital. Bastante orientación en cuanto a los niños. Porque a veces es tabú hablar esas cosas con las amigas, o menos en la iglesia, a veces es tabú. Recibí esas orientaciones del hospital, por eso es que sabía.” (Marina, 45 años, separada, vive con sus tres hijos, 1 año en Arg.)

La modalidad de ejecución de las políticas antinatalistas era principalmente la campaña, realizándose charlas informativas en escuelas, establecimientos de salud y lugares de trabajo, así como ferias y festivales donde se promovían diferentes intervenciones médicas (Tamayo, 1999). A su vez, los incentivos alimentarios para garantizar la convocatoria de dichas actividades se mostraban eficaces.

“L: Me cuidé dos años seguidos, así, todos los meses ampolla, ampolla.

P: Eso fue el médico que te recomendó?

L: No, eso fue en el trabajo que me recomendaron. Y cuando fueron al trabajo, fueron diciendo que todas teníamos que cuidarnos con eso. (...) Y bueno, ellos decían que teníamos que cuidarnos cuando teníamos relaciones con alguien, cualquier persona. En la charla nos daban eso.” (Lis, 34 años, separada, vive con su hermano, cuñada, hermana e hija; 5 años en Arg.)

“Y eso, en la salita. Cuando yo me iba a atender de mi embarazo, los controles... ahí siempre las doctoras hablaban. Siempre, mientras esperábamos el turno, habían doctoras que nos daban las charlas.” (Ester, 37 años, casada, vive con el marido y tres hijos, 5 años en Arg.)

“Las primeras campañas cuando hicieron yo tampoco lo tomaba bolilla. Sabés por qué fui? Porque dijo así. ‘Señoras’, dijo, estábamos sentadas esperando para que vean nuestros bebés. ‘Este miércoles hay una reunión de Planificación Familiar. Están invitadas. Aquellas señoras que no falten van a estar premiadas. Se les va a dar su aceite, su avena para sus hijos, harina, arroz y porotos.’ ‘Uh, está bueno, hay que ir!’ Se avisaban. Quedaba chico. Y alquilaron en el colegio un comedor

que tenían. Y así como en mi barrio empezó, en todos los barrios empezaron a hacer así. En lugar que el gobierno les daba la comida gratis, sin hacer nada como se lo dan acá, era así. Como una tarea. ‘Vienen, les damos. Si no vienen, no tienen’. Así de fácil. Así enganchó el gobierno allá. (...) Bueno, todas se hacían su colita con sus botellas, sus bolsas, recibían. Se iban contentas. Y si faltaron, les daba menos. ‘Usted, a ver? Ah, usted faltó tal día... (...) le vamos a dar la mitad porque no le corresponde porque usted faltó. Bueno, a la próxima no faltés’. No faltaba.” (Susana, 59 años, separada, vive con dos hijas solteras, 19 años en Arg.)

La valoración del control de la natalidad no impide que ésta ocurra bajo modalidades al menos parcialmente reñidas con la autonomía de las mujeres. Mannarelli enfatiza en este sentido que en el mundo rural el interés por limitar el número de hijos e inhibiría la crítica a la calidad de atención de los servicios públicos (Mannarelli, 2001: 17). Por otra parte, una investigación realizada en zonas urbanas del país sobre la utilización de métodos anticonceptivos evidenció que la mayoría de los participantes considera el uso de anticonceptivos modernos como un derecho privado, apoyando simultáneamente las campañas masivas de control de la natalidad (Fuller, 2005: 112).

La convergencia de la asociación entre “cuidado” y anticoncepción / reproducción, por una parte, con la gratuidad y la facilidad de acceso a los servicios ginecológicos en la ciudad de Buenos Aires, por la otra, lleva a que las mujeres que ya concurrían a esa especialidad en su país de origen continúen realizando consultas en la sociedad de destino, especialmente en busca de métodos anticonceptivos. Como facilitadores las entrevistadas destacan la posibilidad de contar con un/a médico/a fijo/a encargado/a de realizar su acompañamiento, facilidades para la obtención de turnos y la proximidad geográfica, además de la “oportunidad” que representa la gratuidad, mencionada anteriormente.

“P: Y por ejemplo, estos controles más preventivos, para evitar algunas cosas... qué controles hacés?”

M: Ginecología voy. Voy y me lo dan, Papanicolau me lo hacen, o me lo manda a hacer análisis, entonces estoy controlándome. (...)

P: O sea que, entonces, ginecólogo, sólo empezaste a venir acá.

M: Claro, llegando ya cuando empecé a hacerme controlar, y de ahí... también, pues me interné acá en Pirovano⁷⁶. Ahí sí... comencé a caminar con todo eso, no?” (María, 40 años, unida, vive con el marido y tres hijos, 4 años en Arg.)

Cuestiones vinculadas con la reproducción y su control también atraviesan, no exentas de tensiones, los estereotipos de género así como las relaciones entre hombres y mujeres peruanos. La capacidad reproductiva y su realización constituyen elementos definitorios de la femineidad: a pesar de las transformaciones ocurridas en relación a la limitación de la natalidad, el cuerpo de la mujer continúa indisolublemente ligado a la reproducción en el mundo andino (Pinzás, 2001: 87). Por otra parte, si la virilidad – manifestada a través del ejercicio activo de la sexualidad y la fuerza física – es considerada el eje natural e incontrolable de la masculinidad, esta última se completa cuando el hombre se torna padre y jefe de familia: “el varón se consagra como tal al obtener los símbolos de la hombría:

⁷⁶ Hospital público de la CABA.

comprueba que es potente sexualmente, es jefe de una unidad familiar y responde por ella ante el mundo exterior” (Fuller, 2012: 125). La descendencia resulta fundamental para el reconocimiento público de la hombría – reconocimiento realizado por los pares en base al modelo hegemónico de masculinidad –. Así, la concepción de hijos pero también el libre ejercicio de la sexualidad⁷⁷ son componentes fundamentales de la masculinidad peruana, implicando importantes consecuencias en relación al cuidado de la salud de hombres y mujeres.

En relación a estas cuestiones, fueron recurrentes los comentarios de nuestras entrevistadas sobre la importancia que tener hijos implica para sus cónyuges: si ello es significativo dentro de una pareja, lo es especialmente al formar otra nueva. En este sentido, Emilia recuerda que su actual compañero insistía para que tuvieran un hijo. En lugar de explicitar que no quería ser madre nuevamente, ella utilizó como argumento el hecho de que estaba por entrar en la menopausia hasta que él desistió. Por su parte, a pesar de que su segundo matrimonio ya estaba en crisis, la hija de Margarita aceptó tener otro hijo porque su pareja, con quien ya tenía un hijo varón y tenía una familia paralela “en la calle”, quería una hija mujer:

“Después ya vino la nena porque él ya estaba ya... inquieto pero quería la hijita mujer. Yo le decía: ‘Hijita, pero tus problemas siguen. ¿Vos sabés lo que es traer otro hijo al mundo? ¿Y con problemas?’ Pero ella me dice ‘Mamá, pero él quiere tener una hijita mujer’. ‘Bueno’, le digo, ‘¿y si no te sale mujer? Te quedas con dos varones. Porque él está inquieto y tiene mundo afuera’. Y bueno. Ella nace en julio. Y la otra nena, mira... se hizo la ecografía, era mujercita. Mientras que ya tenía a la otra esposa ya en estado, a la de la calle. Y sale mujer, también. Una nena nace en agosto y la otra nena nace en julio (*risas*).” (Margarita, 66 años, viuda, vive con su hija y dos nietos, 6 años en Arg.)

Margarita utilizó reiteradamente la expresión “estar inquieto” para aludir al deseo de mantener encuentros sexuales, remitiendo a una extendida concepción de la sexualidad masculina como impulso natural. Según Fuller, la virilidad, concretizada en el ejercicio activo de la sexualidad, constituye el elemento no domesticable de la masculinidad. Un hombre que asume una sexualidad controlada corre el riesgo de atravesar los límites de la masculinidad hegemónica y tornarse femenino a la vista de sus pares: “lo femenino actúa como frontera simbólica de lo masculino, como lo abyecto (Butler, 1993) que presiona pero, sobre todo, permite visualizar las fronteras de lo masculino. Es decir, delinear sus rasgos y adquirir, por esta vía, consistencia y fijeza. Consecuentemente, la masculinidad se mueve dentro de dos paradojas: la ilusión de su fijeza (origen biológico) y el temor de perderla amenazada por lo

⁷⁷ La sociedad peruana autoriza la circulación sexual de los hombres entre diferentes mujeres. Esta permisividad ocurre especialmente si se trata de mujeres de estratos sociales inferiores, sustentada en el racismo y clasismo imperantes de formas más o menos veladas. En caso de engendrarse un hijo en el marco de relaciones extramatrimoniales, el vínculo filial no será necesariamente reconocido por el hombre. En cambio, el reconocimiento es automático cuando la concepción ocurre dentro del matrimonio.
(Fuller, 2005: 116)

femenino. (...) De allí que la sexualidad se describa como un impulso que no puede ser dominado (domesticado) totalmente porque se corre el riesgo de dañarlo o reducirlo hasta la impotencia” (Fuller, 2012: 118-124).

También resulta llamativo que, confrontadas con la posibilidad de tener una enfermedad que comprometa su capacidad reproductiva, uno de los principales miedos relatados por las mujeres sea el abandono de sus compañeros como consecuencia de la esterilidad. Por ejemplo, Margarita narró que una vecina en el Perú, madre de tres hijos, desistió de realizar un tratamiento para el cáncer de cuello de útero por temor a no poder parir más:

“Ella tenía síntomas ya, ella decía que tenía un quiste. Pero ella se estaba yendo (*al hospital*) días no, días sí. ‘¿Y, cómo vas?’ ‘Ah, ya no he venido’, decía. Le digo, ‘Pero tienes que ir, tú tienes un quiste al útero!’ ¿Cuál era el temor de ella de no ir? Porque dicen que si le detectaban que tenía un tumor al útero, para salvar le sacan todo y ya prácticamente como que el hombre se va a aburrir porque no tiene lo principal para convivir con ella. (...) Entonces le fue avanzando la enfermedad. Y el esposo era joven también. Y me decía: ‘Y no, mi esposo me dejará, se separará de mí porque ya no tengo lo principal’. Y se lo dejó. Y así, así, hasta que le detectaron que tenía cáncer al útero, por no hacerse lo otro. Tenía dos hijas mujeres, tenía un hijo hombre. ¿Para qué más, ya? Solamente por la convivencia del hombre nada más. Y perdió su vida y dejó las hijas de ella. Yo digo, cómo hace a veces uno tanto por un hombre, ¿no? Y perdió su vida y el otro se quedó a disfrutarla.” (Margarita, 66 años, viuda, vive con su hija y dos nietos, 6 años en Arg.)

De hecho, el riesgo de abandono es vivido como una amenaza por las mujeres andinas (Pinzás, 2001). Por su parte, Alba también recuerda que su primera reacción al enterarse de que, como consecuencia de su “sobreparto”⁷⁸, le había sido practicada una histerectomía, fue el temor al abandono por parte de su esposo. Al alivio de constatar lo contrario se sumó la posibilidad de criar a sus nietos como hijos propios:

“Yo lloraba porque pensaba que mi esposo me iba a dejar, porque el hombre quiere sus hijos. ¿No te parece? Y yo pensaba que mi esposo me iba a dejar, que ya no iba a poder tener hijos. Ya no iba a estar conmigo. (...) Lloré, lloré. Y mi esposo me abrazó y me dijo que no me sienta mal, que me sienta tranquila porque al final de cuentas él ya no quería tampoco hijos, me dijo. ‘Más de un hijo, para qué más?’, me dijo. ‘No llores, tienes que ser fuerte. Te han destripado’ esto, esto y ya, me dijo. Yo he parado de llorar. Después me tuve que hacer al ambiente. Ya. Y hasta ahora tengo cuántos años con mi esposo viviendo y estoy tranquila, feliz. Tengo los dos nietos como si fueran nuestros hijos y así.” (Alba, 48 años, casada, vive con esposo, hija y dos nietos, 7 años en Arg.)

Cinco entrevistadas que están separadas relatan conflictos en torno al rechazo de sus ex-parejas al uso de métodos anticonceptivos, simultáneamente a la resistencia de éstos a la monogamia. Entre nuestras participantes fueron recurrentes los relatos sobre compañeros que mantenían tanto encuentros sexuales casuales como relaciones estables con otras mujeres, llegando a tener familias paralelas. La exigencia sobre el uso del preservativo representaba para estas mujeres una forma de resistir al papel que sus ex-maridos les atribuían, intentando

⁷⁸ El sobreparto constituye un cuadro de debilidad general efecto de las complicaciones del post-parto, que predispondría a las mujeres que lo padecen a todas las enfermedades que enfrentará a lo largo de su vida (Sola, 1992). Este tema será tratado con mayor detalle en el artículo 2.

retomar el control sobre sus propios cuerpos, aunque no siempre dichas tentativas llevarsen al desenlace esperado:

“Te conté que mi marido era... andaba mal.

P: ¿Mal?

M: O sea, mi marido era como algo así como mujeriego. Y entonces decía: ‘Qué se yo dónde habrá ido’. Y después ya, un año faltando para separarnos le dije: ‘Si tú quieres tener relaciones conmigo, con preservativo. Sino, no’. Y así. Dice que me cuidaba.

P: Claro. Y antes no eran de usar o de cuidarse?

M: No. No, no. Nada. (...) Pero también me empecé a cuidar. De a poquito me empecé a poner fuerte. Fuerte. O sea. ‘Ya basta’ o ‘Ya no, así tiene que ser’. Porque muy sumisa estaba. Sí.” (Marina, 45 años, separada, vive con sus tres hijos, 1 año en Arg.)

“Por eso cuando fui a mi ginecólogo me dijo que si él (*refiriéndose a su ex-pareja*) no se cuida lamentablemente yo no podía estar con él. Porque él tenía una chica, otra chica y otra... Me dijo que todas las enfermedades me podían alcanzar. Me dijo ‘No es una persona que se cuida ni te sabe cuidar. Cuando son pareja tienen que cuidarse ambos. Que venga a una charla’. Pero él no iba. No, no lo podías enganchar con nada. No se dejaba. (...) Ya después... Ya dijo que no se va a cuidar. Que él estaba acostumbrado a tener una chica, otra chica. Y bueno, se fue. (...) Me dijo ‘No, mejor yo me voy. Quedate con los médicos’. Y no hay caso, viste. No sé si todos los hombres... Porque yo tengo primos, también son iguales.” (Lis, 34 años, separada, vive con su hermano, cuñada, hermana e hija; 5 años en Arg.)

En una dirección similar, un estudio realizado con hombres peruanos de la región serrana encontró que éstos reconocen que sus prácticas sexuales no exclusivas y sin protección los tornan vías de contagio para sus parejas, concluyendo que su interés en torno a la reproducción no tiene correlatos más allá de la procreación, reflejando la priorización de la comprobación de masculinidad frente a la probabilidad de contraer o transmitir afecciones por vía sexual (MMR, 2003). Enalteciendo a la vez la reproducción y el ejercicio libre de la sexualidad masculina, las relaciones de género así ecuacionadas tienden a devaluar la autonomía femenina sobre las decisiones reproductivas (Yon, 2003). En ese contexto, la migración puede facilitar cambios de relevancia. La historia de María es ilustrativa sobre la manera en que el nuevo escenario puede modificar ese cuadro de situación. Las infecciones urinarias que ella aún sufre le fueron ocasionadas por su ex-marido quien, a la vez que frecuentaba otras mujeres, no le permitía realizar consultas ginecológicas. Luego de que las complicaciones generadas por su estado de salud la condujeran al parto prematuro de su hijo, ella terminó el matrimonio y emigró a la Argentina. Una vez en el país, inició las consultas necesarias para tratar el problema. En compensación, no podemos pasar por alto el hecho de que su tratamiento también incomoda a su nuevo marido:

“Mala salud tengo porque antes no me hecho controlar entonces parece que ahí mi infección era ya bastante avanzado y yo no daba importancia, no?”

P: Qué infección?

M: Urinaria. Porque antes de separarme de mis hijos, su papá... que él nunca quería que me hacía controlarme o chequearme, como mujer, no? Yo quería ir, pero él no me dejaba porque él era todo... celos. Como él era... que se iba con otra mujer, entonces no quería que me cuidara, me arreglara... hasta llegar aquí. (...) Y entonces aquí ya me he puesto mal y me dio para emergencia, de guardia. Ahí fue que me internaron por una semana, descubrí que tenía... urinaria. ‘Tu marido no se higieniza’, me dicen. ‘No, él sí se higieniza’, le digo. (...) ‘Anteriormente tuviste a tu marido?’ ‘Sí, yo tenía de mis hijos, con el papá vivía’, así le conté. ‘Entonces, a través de eso, tú contraíste esa enfermedad. Me parece que esa enfermedad no se te va a quitar, que va a durarte para siempre si no te tratas a tiempo. Sino vas a quedarte con eso’, me dice. Y sí, fue hasta ahora.

(...) Son años, ya son años. Y sí, uno quiere estar tranquila y dormir, y a veces... No, unos síntomas me vienen con fiebre, duele mucho, me comienza a hinchar los pies... A mí me molesta, tengo que andar medicando o tomando agua, no? A veces a mi marido también: 'Me canso! Cremas que tienes que estar botando! Yo también estoy aburrido.' (...) A veces mi marido me dice "Por qué no te lo largas?" Ya, qué puedo hacer?" (María, 40 años, unida, vive con el marido y tres hijos, 4 años en Arg.)

Según relatos de varias entrevistadas, los preservativos generan rechazo masculino en función de la posibilidad de disminuir su placer sexual pero también por las implicancias que conllevarían en relación a la infidelidad femenina, que debe ser entendida en términos de una pérdida de control masculino sobre la sexualidad de la mujer⁷⁹. A pesar de que es plausible que la moral sexual tradicional que adjudicaba a los varones el control de la sexualidad femenina esté entrando gradualmente en retroceso (Fuller, 2012: 129), ésta parece haber pesado sobre varias informantes de edades avanzadas e intermedias. Este tipo de control se define justamente por la exclusividad sexual de sus parejas, al tiempo que los hombres reservan para sí la posibilidad de circular entre otras mujeres. Además, Anderson señala que los hijos representan una prueba de fidelidad al interior del matrimonio (Anderson, 2011).

La materia reproductiva refleja diferentes posibilidades de negociación o decisión al interior de las parejas, evidenciando transformaciones en curso: el estudio con hombres ya mencionado encontró que un grupo de hombres afirmó que la decisión debía ser potestad de la mujer por tratarse de su cuerpo. A su vez, otro grupo consideró que por ser el jefe del hogar era el hombre quien debía decidir, esgrimiendo una función protectora de las mujeres, concebidas como débiles por naturaleza. Finalmente, otros hombres consideraron que la decisión debería ser compartida, reconociendo que ante la falta de acuerdo se impondría la voluntad masculina. Según concluye dicha investigación, en la práctica es esta última opción la que prevalece. En relación a los derechos sexuales de las mujeres, se afirma que éstos deben ser respetados aunque se reconoce que su derecho a no mantener relaciones sexuales si no lo desean no es considerado en la práctica, especialmente cuando los hombres han consumido alcohol en exceso. La asociación entre violencia, alcohol y sexo también fue encontrada por Pinzás (2001). Asimismo, los derechos sexuales de las mujeres tendrían sus límites frente a sus "obligaciones sexuales" para con sus maridos (MMR, 2003: 50). En lo que concierne a la imposición masculina en materia sexual y reproductiva, en nuestro estudio no solo verificamos dificultades para que los hombres aceptasen la utilización del preservativo

⁷⁹ El contexto migratorio que coloca a las mujeres como pioneras agudiza el temor masculino a la infidelidad de sus cónyuges. La infidelidad "está instalada en el imaginario como potencialidad y trae repercusiones en la masculinidad, especialmente en la virilidad. Debe recordarse que esta última no sólo está asociada con la capacidad de seducción del varón, sino también con su capacidad para controlar la sexualidad de su compañera y asegurarse la exclusividad (...) preocupación que no estaba presente en Perú; allá las esposas pasaban más tiempo en sus hogares, la vigilancia comunitaria y la impronta familiar estaban vigentes y ellas nunca habían pasado 'un tiempo solas'" (Rosas, 2010a: 164).

sino que también asistimos a relatos de violencia y coacción sexual, especialmente asociada al alcohol:

“... porque cada año tenía (*hijos*), seguidita, seguidita, tenía mismo, y ahí mismo mis vecinas me decían ‘Angélica, cuidate’, porque mi esposo así, mujero, se andaba con otra mujer y venía que quiera en la casa, me venía hacer hijos, hijos, hijos y yo también me dejaba. Hacía un hijo, se iba dos, tres meses... Sí, tenía prolema, discusión... A veces peleábamos con ellos, sí. Venía... venía borracho y me hacía lio...” (Angélica, 63 años, separada, vive con la familia de su hija, 3 años en Arg.)

Más allá de estos casos extremos, la visión que las entrevistadas tienen acerca de los hombres en relación a la salud sexual es altamente negativa, resumiéndose en los siguientes términos: ellos son descritos como “dejados” o “descuidados” y como fuente de contagio de enfermedades de transmisión sexual para las mujeres. Otras características que los muestran como irresponsables son ser infieles, mujeriegos, violentos y beber en exceso.

“El hombre no piensa, es más asqueroso. Él no dice: ‘Me voy a contagiar’. Él no dice así, él lo hace! (...) (*los hombres*) Dicen: ‘No, me voy porque soy más hombre, porque me creo machista o porque me creo hombre’. ¿O esto no es así? Es así, Anita! (*risas*)” (Alba, 48 años, casada, vive con esposo, hija y dos nietos, 7 años en Arg.)

“Y el hombre, por ser hombre, se acuesta con cualquier mujer. (...) El hombre... el hombre es como el perro.

P: Cómo como el perro? (risas)

S: Como el perro. Donde hay una perra que está en celo está metido. Claro, es así.” (Susana, 59 años, separada, vive con dos hijas solteras, 17 años en Arg.)

Por otra parte, las mujeres, que tendrían un cuerpo más delicado, son calificadas como responsables, simultáneamente necesitadas y acostumbradas al cuidado y control regular.

“Porque tenemos que tener precavidas. Qué sé yo, algún contagio de algo o alguna infección. Y más que todo porque es una parte muy delicada.

P: Delicada, ¿por qué, decís?

L: Y, porque es la parte más delicada que tenemos las mujeres. Por ejemplo, te viene una infección, un cáncer al útero y tenemos que tener mucho cuidado. (...) Me parece que las mujeres somos de cuidarnos mejor. (...) Porque las mujeres como que prestamos más atención a lo que nos dicen o vamos al médico cuando nos dicen algo. Los hombres no, viste? Estamos embarazadas y vamos continuamente al control... Ya te están dando una charla. En cambio, los hombres no toman... ir, sentarse y escuchar.” (Lis, 34 años, separada, vive con su hermano, cuñada, hermana e hija; 5 años en Arg.)

En suma, cuestiones relativas a los estereotipos de género se ponen en juego en torno a la sexualidad y la procreación, colocando en las mujeres la responsabilidad por el “cuidado”. Angélica recuerda, en ese sentido, las palabras del médico cuando luego de su último parto insistía en que se colocase la “T de cobre”⁸⁰:

“Sí, me ha dicho que... ‘Tienes ponerte ya’... me ha dicho, como que ya tuve muchos hijos ya... (...) ‘Tienes cuidarte, los hombres no le importa. Los hombres puede hacer más hijos. Tú tienes cuidarte.’” (Angélica, 63 años, separada, vive con la familia de su hija, 3 años en Arg.)

En última instancia, en función de estas valoraciones diferenciales, quienes deben “cuidarse” son las mujeres:

“‘O sino el varón que se haga la vasectomía’ (*decían las enfermeras en las charlas sobre planificación familiar recibidas en Perú*). Pero, ¿qué varón va a querer eso? (...) Allí la cultura de eso a veces muy machistas. El hombre no quiere cuidarse. La mujer es quien se cuida, el varón no.” (Marina, 45 años, separada, vive con sus tres hijos, 1 año en Arg.)

⁸⁰ Expresión utilizada para referirse al DIU.

6. Consideraciones finales

Los datos producidos indican que la migración desde el Perú hacia la Argentina propicia transformaciones en las formas en que las participantes del estudio se relacionan con el cuidado de su salud en general y con el de su salud sexual y reproductiva en particular. Algunos aspectos encontrados indican modificaciones relevantes, alertando sobre la necesidad de acciones específicas para enfrentar la potencial vulnerabilidad en salud que las afectaría en tanto mujeres migrantes.

Al igual que otros fenómenos sociales, los movimientos migratorios no son neutros en términos de género. El papel protagónico de las mujeres en los movimientos migratorios, su importancia en las redes migratorias y la jefatura femenina de los hogares en la sociedad de destino no ponen en cuestión, sin embargo, los roles tradicionalmente atribuidos a las mismas. Las decisiones migratorias son efectivizadas en el marco de posibilidades definido por la familia, espacio social que requiere compromisos de reciprocidad y solidaridad, cuando no de subordinación a lo doméstico, tendiendo a la postergación de lo individual ante lo colectivo. Aún a la distancia, la migración no modifica la responsabilidad por la reproducción del grupo doméstico asignada a las mujeres, inclusive entre las participantes separadas.

Sin embargo, el movimiento migratorio puede propiciar transformaciones no desdeñables en el ámbito familiar. En función de la desnaturalización de la violencia y de la vigencia de marcos normativos que la penalizan, el nuevo contexto de vida puede contribuir a la contención de prácticas de maltrato contra las mujeres o los/as hijos/as.

El proceso migratorio propicia transformaciones en las relaciones familiares, tanto en la sociedad de origen como en la de destino. Tensiones, disputas y acomodamientos ocurren en torno a la autoridad familiar, afectando a las migrantes de edad avanzada y las más jóvenes. Estas transformaciones propiciadas por el movimiento migratorio al interior de los núcleos domésticos tienen un efecto paradójico que vale la pena destacar: si por una parte parecen afectar la autonomía de las mujeres más jóvenes y de mayor edad, por otra representan ventajas para su acceso a los recursos disponibles en la sociedad de destino. Por su inserción y experiencia previa en la ciudad de acogida, la generación intermedia resulta fundamental para garantizar el acceso de jóvenes y mayores a la atención de su salud. Su papel primordial para garantizar el acceso y la circulación eficaz en el sistema sanitario de las recién llegadas coloca a la generación intermedia en el compromiso de articular, de formas más o menos respetuosas según los casos, autoridad y cuidado.

La inserción en un nuevo contexto repercute sobre las formas en que el cuidado a la salud es ejercido. Ilustrando la improbable existencia de modelos de atención puros en la práctica, se asiste a un saber popular tendiente a promover articulaciones de diferentes sistemas, incluido el biomédico. Consecuentemente, no se verificó la sustitución de un modelo de atención por otro a partir de la migración. Sin embargo, la relación existente en el país de origen entre el sistema biomédico y el tradicional registra modificaciones de relevancia. El pasaje de un país caracterizado por indicadores de salud alarmantes y desigualdades extremas en el acceso a una atención biomédica valorizada negativamente por su escasa capacidad resolutoria a otro que representa, al menos en términos relativos, posibilidades más próximas a la equidad y calidad de las prestaciones, inspira expectativas de mejoras en relación al cuidado de la salud entre nuestras informantes. A pesar de críticas asociadas a la insuficiencia de turnos, las largas filas, los horarios inconvenientes y las demoras en la atención, incompatibles con las actividades laborales y los compromisos domésticos de las mujeres, la red pública sanitaria de la ciudad de Buenos Aires representa una “oportunidad” a ser aprovechada. Frente al costo y las dificultades de acceso a los servicios médicos en el país de origen, e incluso ante los obstáculos relevados en la ciudad de Buenos Aires, la gratuidad y relativa proximidad de los servicios públicos de salud son valorizadas por las participantes. Inclusive las de edad más avanzada, que reportan haber recurrido escasamente a la medicina oficial en su país natal debido al “miedo del hospital”, aprecian la posibilidad de realizar consultas, exámenes y tratamientos para diferentes padecimientos en la Argentina. Entre las mujeres más jóvenes es destacada la disponibilidad de servicios de salud reproductiva y pediátrica, principalmente cuando se dispone de médicos/as de referencia para realizar dicho acompañamiento.

Si bien el acceso a la atención biomédica es facilitado por la migración, ello parece tener diferentes pesos en función de la generación de pertenencia. Mientras las mujeres de más edad refieren prácticas de cuidado que articulan el sistema tradicional y el biomédico, a medida que disminuye la edad también parece hacerle la resistencia al “hospital”, otorgándose una posición más preponderante a la biomedicina. La tentativa de mantener prácticas tradicionales de cuidado promueve la búsqueda de alternativas para obtener hierbas y otros productos para el cuidado íntimo procedentes del Perú. Si el tránsito entre modelos de atención no es unidireccional, tampoco lo son los intercambios propiciados a través de las visitas.

La asociación entre el cuidado de la salud y la anticoncepción/reproducción nos llevó a considerar la gravedad del problema de la elevada natalidad en el Perú, remontándonos a la historia reciente de las políticas implementadas para su control. Programas que priorizaron el control poblacional frente a los derechos de las mujeres fueron implementados. Sin embargo, la modalidad de su ejecución es minimizada frente a una problemática percibida como urgente, priorizándose su resolución. En el nuevo contexto migratorio, esta asociación entre cuidado y anticoncepción/reproducción converge con factores que facilitan el acceso a los servicios ginecológicos, propiciando que mujeres que no accedían a esas prestaciones en el Perú inicien consultas, exámenes y tratamientos ginecológicos tras emigrar a la ciudad de Buenos Aires.

La cuestión reproductiva atraviesa atributos referentes a la femineidad y masculinidad, así como las relaciones entre hombres y mujeres peruanos/as. Las participantes del estudio resaltan la importancia que tener hijos implica no solo para ellas sino para sus parejas, a punto tal que ante la probabilidad de contraer una enfermedad que afecte dicha capacidad se impone el miedo al abandono de sus compañeros. La virilidad masculina es probada, de forma simultánea, mediante la concepción de hijos y el libre ejercicio de su sexualidad, entendida como impulso natural. Por ello, es frecuente el rechazo de los hombres al uso de métodos anticonceptivos así como a la monogamia, conjunción de factores que los coloca en riesgo frente a afecciones de transmisión sexual junto a sus parejas. Participantes de nuestro estudio refirieron formas de imposición masculina en materia sexual y reproductiva, como resistencias de los hombres a la utilización del preservativo a pesar de mantener relaciones sexuales con otras mujeres, el rechazo a la realización de consultas ginecológicas por parte de sus parejas y casos de coacción sexual. A pesar de estos condicionamientos a la autonomía femenina sobre las decisiones relativas a la salud sexual y reproductiva, para las entrevistadas queda claro que, a pesar de las limitaciones derivadas de las asimetrías de género vigentes, quienes deben “cuidarse” son las mujeres.

Este estudio pretende colaborar para el mejoramiento de las acciones de salud sexual y reproductiva dirigidas a las mujeres migrantes, considerando su potencial vulnerabilidad en función de su particular inserción en la sociedad de destino, caracterizada por precarias condiciones de habitación y trabajo. Si bien el proceso migratorio hacia la ciudad de Buenos Aires facilita el acceso de las mismas a los servicios biomédicos, los obstáculos y facilitadores encontrados apuntan elementos que podrían propiciar dinámicas de atención más adecuadas a sus necesidades. Considerando sus condiciones de trabajo informales y su responsabilidad

como cuidadoras domésticas, los horarios de atención, los excesivos tiempos de espera y la escasez de turnos disponibles pueden obstaculizar la utilización de los servicios públicos de salud sexual y reproductiva. Asimismo, la vigencia de prácticas tradicionales de cuidado debe ser respetada por los agentes responsables por la atención biomédica de estas mujeres, procurando su conocimiento y articulaciones posibles.

Si bien la noción del cuidado como una atribución femenina, así como la asociación entre cuidado y anticoncepción/reproducción contribuyen a la búsqueda de atención médica, es necesario promover acciones que amplíen dicha concepción, abordando otras cuestiones relativas a la salud sexual femenina. Considerando los riesgos a los que estas mujeres están expuestas en función de los estereotipos y asimetrías de género verificados, es necesario promover estrategias para la negociación de prácticas como la utilización del preservativo y el monitoreo de la violencia doméstica. Considerando que el acceso a la atención sanitaria de las mujeres mayores y jóvenes está signado por situaciones de limitada autonomía, sería relevante propiciar el acceso de las mismas a información sobre el funcionamiento del sistema de salud y los recursos disponibles en la ciudad. También a la luz de la historia de las políticas peruanas relativas a la salud sexual es fundamental propiciar modalidades de atención que favorezcan la autonomía femenina en relación al cuidado de la salud sexual, priorizando un abordaje centrado en sus derechos.

En suma, si bien la migración no coloca en cuestión los papeles y estereotipos tradicionalmente asignados a las mujeres, el acceso de las mismas a servicios de atención a la salud sexual y reproductiva que enfatizan la perspectiva de derechos puede representar una oportunidad para contribuir a fortalecer su autonomía en la sociedad de acogida.

7. Referencias

- AIZENBERG, L., RODRIGUEZ, M.L., CARBONETTI, A. Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. **Migr. Inter**, v.8, n.1., p. 65-94, 2015.
- ALCALDE-RABANAL, J., LAZO-GONZÁLEZ, O., NIGENDA, G. Sistema de salud de Perú. **Salud Pública de México**, v. 53, n. 2, p. 243-254, 2011.
- ANDERSON, J. Escenarios de enfermedad, salud, muerte y vida. En: PLAZA, O. (Ed.). **Perú: actores y escenarios al inicio del nuevo milenio**. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. 2001. P. 229-277.
- ANDERSON, J. Mortalidad materna y derechos humanos. **Apuntes: Revista de Ciencias Sociales**, v. 38, n. 69, p. 101-127, 2011
- ARGENTINA. Honorable Cámara de Diputados de la Nación. [Internet]. Proyecto de ley, N° de Expediente 1740-D-2011. Transferir a Título Gratuito un Inmueble Propiedad del Estado Nacional (Ex Ferrocarriles Gral Urquiza), a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con el cargo de destinar dicha fracción de terreno a la Urbanización del Asentamiento conocido como el "Playón de Chacarita".
<http://www1.hcdn.gov.ar/proyxml/expediente.asp?fundamentos=si&numexp=1740-D-2011> Acessado em 11/12/14
- ARGENTINA. [Internet]. Definición de Salario Mínimo Vital y Móvil.
<http://www.trabajo.gov.ar/left/estadisticas/glosario/definicionTermino.asp?idTermino=72>
Acessado em 27/11/15
- ARGENTINA. [Internet]. Ley de Contrato de Trabajo. Asignación Universal por Hijo.
<http://www.anses.gov.ar/prestacion/asignacion-universal-por-hijo-92> Acessado em 28/11/15
- BAER, Gladys et al. El trabajo de los inmigrantes en una etapa de recuperación del empleo: las políticas migratorias y su situación sociolaboral. En: GRIFFA, N. (comp). **Las migraciones actuales en Argentina: memorias de las Jornadas realizadas el 18 y 29 de junio de 2011**, Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: EDUNTREF. Universidad Nacional de Tres de Febrero, 2012. P. 79-98.
- BARELLI, A.I. La Virgen de Caacupé como símbolo de paraguayidad en Bariloche, Argentina (1970-2012) - **Latinoamérica. Revista de estudios Latinoamericanos**, v.6, n.58,p. 205-236, 2014
- BARROS, M. L. de. Autoridade e conflito. In: BARROS, M. L. de. **Autoridade e afeto: avós, filhos e netos na família brasileira**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987. p. 44-72.
- BERNABÓ, S. et al., 2012. **Análisis del Relevamiento Realizado en el Asentamiento Playón Urquiza de Chacarita. Periodo Febrero - Agosto 2010**. Buenos Aires, Hospital Tornú, documento interno.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- BOURDIEU, Pierre. A “juventude” é apenas uma palavra. In: BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983, p. 112-121.

BRITTO DA MOTTA, A.B. A atualidade do conceito de gerações na pesquisa sobre o envelhecimento. **Revista Sociedade e Estado**, v.25, n.2, 2010.

BRITTO DA MOTTA, A.B. Reinventando fases: a família do idoso. **CADERNO CRH**, Salvador, n. 29, p. 69-87, 1998.

BRUNO, S. Movilidad territorial y laboral de los migrantes paraguayos en el Gran Buenos Aires. **Revista Población y desarrollo**, n. 35, 2008

CÁCERES, C. CUETO, M., PALOMINO, N. Las políticas de derechos sexuales y reproductivos en Perú: revelando falsas paradojas. En: PARKER, R., PETCHESKY, R., SEMBER, R. **Políticas sobre sexualidad**. Reportes desde las líneas del frente. México: Sexuality Policy Watch. 2008. P. 139-183.

CAMINO, L. Parto y muerte en los Andes. **Chacarera**, n. 35, p. 39-43, 2007.

CACOPARDO, M. C. Mujeres migrantes y trabajadoras en distintos contextos regionales urbanos. **Papeles de Población**, Toluca, n. 34, CIEAP/UAEM, 2002.

CACOPARDO, M.C., MAGUID, A. Migrantes limítrofes y desigualdad de género en el mercado laboral del Área Metropolitana de Buenos Aires. **Desarrollo económico. Revista de ciencias sociales**, v. 42, n. 170, Buenos Aires, 2003.

CALISAYA, E. **Voces de mujeres de Ancash. Género y salud reproductiva**. Lima: USAID Perú, Movimiento Manuela Ramos, 2004.

CANEVARO, S. Migración, crisis y permanencia de la migración peruana en Buenos Aires. Trayectorias laborales e identidades sociales de mujeres en el servicio doméstico. In: IX Congreso Argentino de Antropología Social. 2008, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones.

CASTELLANOS, P. **Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe: derechos humanos, mitos y duras realidades**. Programa Regional de Población y Desarrollo Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población / Fondo de Población de las Naciones Unidas. Santiago de Chile, 2005.

CERRUTTI, M. La migración peruana a la Ciudad de Buenos Aires: su evolución y características. **Población de Buenos Aires**, v. 2, n. 2, p. 7-25, 2005a

CERRUTTI, M. Problemas de salud, utilización de servicios y conductas preventivas de los migrantes limítrofes en la Argentina. En: JELIN, E. **Salud y migración regional**. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural. IDES. P. 15-32. 2005b

CERRUTTI, M. **Diagnóstico de las poblaciones de inmigrantes en la Argentina**. Serie de Documentos de la Dirección Nacional de Población 02, 2009.

CERRUTTI, M. (coord.) **Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina**. Buenos Aires, 2011. (Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD; Centro de Estudios de Población - CENEP; UNFPA Argentina).

COE, A. B. From anti-natalist to ultra-conservative: Restricting reproductive choice in Peru. **Reproductive Health Matters**, v. 12, n. 24, p. 56-69, 2004.

CORMICK, M.D. Accesibilidad al sistema público de salud: el caso de los inmigrantes del Playón de Chacarita. In: XI Congreso Argentino de Antropología Social. 2014, Facultad de Humanidades y Artes - Universidad Nacional de Rosario.

COURTIS, C., PACECCA, M.I. “Migración y Derechos Humanos: una aproximación crítica al “nuevo paradigma” para el tratamiento de la cuestión migratoria en Argentina”. **Revista Jurídica de Buenos Aires**. Número especial sobre Derechos Humanos. Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires, p. 183-200, 2007.

COURTIS, C., PACECCA, M.I. Género y trayectoria migratoria: mujeres migrantes y trabajo doméstico en el Área Metropolitana de Buenos Aires. **Papeles de Población**, v. 16, n. 63, p. 155-185, 2010.

CRAVINO, M.C., DEL RIO, J.P., DUARTE, J.I. Un acercamiento a la dimensión cuantitativa de los asentamientos y villas del Área Metropolitana de Buenos Aires. En: **Los mil barrios (in)formales**: aportes para la construcción de un observatorio del hábitat popular del área metropolitana de Buenos Aires / CRAVINO, M.C. (coord.). Los Polvorines: Univ. Nacional de General Sarmiento, 2008. 134 p.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. **Informe Anual 2008**. Buenos Aires, 2009.

DEL ÁGUILA, A. Breve informe sobre la situación sociolaboral de los trabajadores paraguayos de la construcción en Buenos Aires. **Observatorio Latinoamericano N° 2**. Dossier Paraguay. Instituto de Estudios para América Latina y el Caribe (IEALC), Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2010.

DEL ÁGUILA, A. Disputas por el significado de la cultura nacional y la migración: las celebraciones del bicentenario paraguayo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en Lindes N° 3. **Estudios Sociales del Arte y la Cultura**, Buenos Aires, 2011.

DEL ÁGUILA, A. Etnicidad y clase social entre migrantes paraguayos en la industria de la construcción del Área Metropolitana de Buenos Aires. **Trabajo y sociedad**, v. 12, n. 23, p. 439-463, 2014.

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

DOMÍNGUEZ, I. Una intervención inconclusa. Material interno de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud Hospital Gral. de Agudos E. Tornú. Buenos Aires. Inédito. 2003.

FERRARIS, S.; ROSAS, C. La formación familiar de núcleos heterosexuales en una migración reciente. Mujeres peruanas en el Área Metropolitana de Buenos Aires. **Rev. Latinoam. Estud. Fam.**, v. 3, p. 105-126, 2011.

FULLER, N. Identidades en tránsito: femineidad y masculinidad en el Perú actual. In: VALDÉS E., T.; VALDÉS S., X. (Eds.). **Familia y vida privada**: Transformaciones, tensiones, resistencias y nuevos sentidos. Santiago de Chile, FLACSO, 2005. p. 105-129.

FULLER, N. Repensando el Machismo Latinoamericano. **Masculinities and Social Change**, v.1, n.2, p. 114-133, 2012.

- GALLINATI, C.; GAVAZZO, N. Nacionales y extranjeros frente al déficit habitacional: modalidades de acceso a la vivienda y lucha por la propiedad de la tierra en el Área Metropolitana de Buenos Aires. **Temas de antropología y migración**, v. 1, p. 37-55, 2011.
- GAUDIO, M. La paradoja inclusión/exclusión en la política migratoria argentina en **Revista Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales**, Buenos Aires, n7/8. IDES-UNGS.
- GAUDIO, M. Mujeres paraguayas en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Decisión migratoria, relaciones familiares y maternidad a distancia. **Revista Temas de Antropología y Migración**, n3, p. 40-60, 2012.
- GIORGIS, M. Urkupiña, la virgen migrante. Fiesta, trabajo y reciprocidad en el boliviano Gran Córdoba. **Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales**. Universidad Nacional de Jujuy; n.13, p. 233-250, 2000.
- GOLDBERG, A. Factores socioculturales en el proceso asistencial de pacientes con tuberculosis del Intituto Vaccarezza del Hospital Muñiz, 2009. **Rev Argent Salud Pública**, v. 1, n. 5, p. 13-25, 2010.
- GOLDBERG, A. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. **Saúde Soc.**, v.22, n.2, p. 283-297, 2013a.
- GOLDBERG, A. Situaciones de riesgo para la salud de los trabajadores inmigrantes: una aproximación etnográfica comparativa. **Quaderns-e**, v.18, n.2, p. 173-186, 2013b.
- GOLDBERG, A. Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires, **Cuadernos de Antropología Social**, n.39, p. 91-114, 2014.
- GOLDBERG, A., MARTIN, D., SILVEIRA, C. Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 53, p. 229-232, 2015.
- GRANDE-MARTIN, R.; DEL REY-POVEDA, A. Remesas, proyectos migratorios y relaciones familiares: El caso de los latinoamericanos y los caribeños en España. **Pap. poblac**, Toluca, v. 18, n. 74, p. 01-36, 2012.
- GRIECO, E.M., BOYD, M. [internet] **Women and Migration: Incorporating Gender into International Migration Theory**. Working Paper Series 98-139. Center for the Study of Population and Demography. Florida State University. 1998
www.fsu.edu/~popctr/papers/floridastate/98-139.pdf
- GUZMÁN CHANGANAQUÍ, Alfredo. Para mejorar la salud reproductiva. En: ARROYO, J. (Ed.) **La salud peruana en el siglo XXI**. Retos y propuestas de política. Lima, 2002
- HERRERA, G. Más allá de los cuidados. Revisitando la relación entre género, migración y desarrollo a partir de la experiencia de la migración andina. **E-DHC, Quaderns Electronics sobre el Desenvolupament Humà i la Cooperació**, v. 1, p. 22-37, 2013.

JELIN, E., GRIMSON, A., ZAMBERLIN, N. Los pacientes extranjeros en la mira. En: Jelin, E. **Salud y migración regional**. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural. IDES. P. 47-56. 2005.

KLEINMAN, A. Pain and Resistance: The Delegation and Relegation of Local Worlds. In: GOOD, M.J. et al. (ed.) **Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective**. Berkeley: University of California Press, 1994. P. 169-197.

LABORDE, S. La alteridad inmigrante en la ciudad del siglo XXI: nuevas formas de construcción del espacio público. **CS**, v.6, n.7, p. 19-44, 2011.

LE BRETON, D. **Antropología del cuerpo y modernidad**. Buenos Aires: Nueva Visión, 2010. 256 p.

LEÓN-GIN, C. La retraditionalización de los roles de género en la maternidad transnacional: el caso de mujeres peruanas en Santiago de Chile. **Si somos americanos**. Revista de Estudios Transfronterizos, v. 14, n. 1, p. 15-40, 2014.

MAGLIANO, M. J. Migración de mujeres bolivianas hacia Argentina: cambios y continuidades en las relaciones de género. **Amérique Latine Histoire et mémoire**, v. 14, p. 1-16, 2007.

MAGLIANO, M.J. Mujeres migrantes, Estado y desigualdad social: la política migratoria argentina desde una perspectiva de género. In: s/a. **Migración y política: el Estado interrogado**. Procesos actuales en Argentina y Sudamérica. Córdoba: Universidad de Córdoba. p. 71-102. 2009.

MAGLIANO, M. J. Los significados de vivir múltiples presencias: Mujeres bolivianas en Argentina. **Migraciones Internacionales**, v. 7, n. 1, p. 165-195, 2013.

MAGLIANO, M.J., DOMENECH, E.E. Género, política y migración en la agenda global: Transformaciones recientes en la región Sudamericana. **Migración y desarrollo**, v. 12, p. 53-68, 2009.

MAGLIANO, M. J.; ROMANO, S. M. Migración, género y (sub)desarrollo en la agenda política internacional: una aproximación crítica desde la periferia sudamericana. **Cuadernos del CENDES**, v. 26, n. 72, p. 101-129, 2009.

MALLIMACI, A. I. Revisitando la relación entre géneros y migraciones. Resultados de una investigación en Argentina. **Mora**, v. 18, n. 2, 2012.

MANNARELLI, M.E. Prólogo, en PINZÁS, A. **Jerarquías de género en el mundo rural**. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2001. P. 13-19.

MARSHALL, A.; ORLANSKY, D. Inmigración de países limítrofes y demanda de mano de obra en la Argentina, 1940-1980. **Desarrollo Económico**, n. 89, p. 35-58, 1983.

MARTINEZ-PIZARRO, J.; REBOIRAS-FINARDI, L. Migración, derechos humanos y salud sexual y reproductiva: delicada ecuación en las fronteras. **Papeles de Población**, v. 64, p. 9-29, 2010.

MENÉNDEZ, E.L. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: CAMPOS NAVARRO, R. (comp.). **La**

antropología médica en México. México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana. 1992. P. 97-113.

MENÉNDEZ, E.L. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? **Alteridades**, v.4, n.7, p 71-83, 1994.

MENÉNDEZ, E.L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. In: SPINELLI, H. (comp.). **Salud Colectiva.** Cultura, instituciones y subjetividad - Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires: Lugar. 2004. P. 11-47.

MENÉNDEZ, E.L. De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas. **Salud Colectiva**, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 155-179, 2009.

MERA, G. S. Pensar las categorías, pensar al Estado. El concepto de “segregación espacial” de los inmigrantes en los estudios migratorios. In: IX Congreso Argentino de Antropología Social, Posadas. [s.d.]

MERA, G. Inmigración, distribución y espacio urbano. Debates y desafíos a partir del caso de los paraguayos en la Ciudad de Buenos Aires, en: NOVICK, S. (Dir.) **Migración y políticas públicas.** Nuevos escenarios y desafíos. Buenos Aires: Catálogos - Universidad de Buenos Aires. 2012. P. 143-168.

MERA, G.; VACCOTTI, L. Migración y déficit habitacional en la Ciudad de Buenos Aires: resignificando el “problema”. **Argumentos. Revista de crítica social**, n. 15, p. 176-202, 2013.

MORA, C. Globalización, género y migraciones. **Polis, Revista de la Universidad Bolivariana de Chile**, v.7, n.20, p. 285-297, 2009.

MOVIMIENTO MANUELA RAMOS [MMR]. **Abriendo nuestros ojos. Una experiencia de trabajo con hombres en temas de género y salud sexual y reproductiva.** Lima, 2003. (Movimiento Manuela Ramos, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID-Perú).

NOVICK, S. Evolución reciente de la política migratoria argentina. In: XXV International Population Conference. P. 1-42. Tours, 2005.

NOVICK, S. (Comp.) **Las migraciones en América Latina.** Buenos Aires: Catálogos, 2008. 256 p.

NOVICK, S. **Migración y políticas públicas. Nuevos escenarios y desafíos.** Buenos Aires: Catálogos, 1a ed. 2012. 330 p.

PINZÁS, A. **Jerarquías de género en el mundo rural.** Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2001. 168p.

RECCHINI DE LATTES, Z. **Las mujeres en las migraciones internas e internacionales, con especial referencia a América Latina.** Buenos Aires, 1988. (CENEP - serie Cuadernos del CENEP N° 40).

RECCHINI DE LATTES, ZULMA, MYCHASZULA, S.M. Heterogeneidad de la migración y participación laboral femenina en una ciudad de tamaño intermedio. **Estudios del trabajo**, n. 2, p. 51- 78, 1991.

RESIDENCIA INTERDISCIPLINARIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (RIEpS). **Informe para el Departamento Área Programática sobre Intervenciones en el Playón Urquiza**. Buenos Aires, 2012. (Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú, documento interno).

RIVERO SIERRA, F.A. Redes agujereadas: Condiciones de recepción del migrante boliviano en Lules, Tucumán. **Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales**. Universidad Nacional de Jujuy, v10, n.31, p. 67-78, 2006.

RIZZOLO, J. Panorama de la migración internacional en la Argentina. En: GRIFFA, N. (comp). **Las migraciones actuales en Argentina**: memorias de las Jornadas realizadas el 18 y 29 de junio de 2011, Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: EDUNTREF. Universidad Nacional de Tres de Febrero, 2012. P. 37-52.

ROSAS, C. Implicaciones mutuas entre el género y la migración mujeres y varones peruanos arribados a Buenos Aires entre 1990 y 2003. Buenos Aires: EUDEBA, 2010.

ROSAS, C. Género y transformaciones al interior del hogar en la posmigración. Mujeres y varones peruanos en Buenos Aires. **Revista Latinoamericana de Población**, v. 3, n. 6, p. 147-172, 2010a.

ROSAS, Carolina. De nuevo bajo el mismo techo: Desafíos y reconfiguraciones en los procesos de reunificación de parejas migrantes. **Mora**, v.18, n.2, 2012

SALCEDO, C., MOTTA, A. **Voces de mujeres de Ayacucho. Género y salud reproductiva**. Lima, 2004. (USAID Perú, Movimiento Manuela Ramos).

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 16, n. 2, p 5-22, 1990.

SERAFINO, María Alicia. La celebración de una virgen migrante, construcciones identitarias entre bolivianos y santafesinos en un sector de Quintas al norte de la ciudad de Santa Fe, Argentina. **Sociedad y Economía**, v.12, n.19, p. 117-134, 2010.

SOLA, José. El sobrepardo. En: CIFUENTES, M. et al. **Medicina andina**: situaciones y respuestas. Centro Andino de Acción Popular - CAAP. 1992.

STANG, M. F. Aflojando el corsé. Los estudios sobre migraciones internacionales y géneros en la Argentina: los caminos recorridos y los que quedan por andar. p. 1-13, [s.d.].

STEFONI, Carolina. Los cibercafé como lugares de prácticas transnacionales: El caso de la maternidad a distancia. **Polis, Revista Latinoamericana**, v., n. 35, p. 211-227, 2013

TAMAYO, G. **Nada Personal. Reporte de Derechos Humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú 1996-1998**. Lima, 1999. (Comité de América Latina y del Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer - CLADEM).

TAPIA, M. L. Inmigración boliviana en España. Un caso para la comprensión de la migración internacional con perspectiva de género. **T'inkazos Investigaciones y Ensayos**, v. 28, p. 109-128, 2010.

TAPIA, M.L. Género y Migración: Trayectorias investigativas en Iberoamérica. **Revista Encrucijada Americana**, v. 4, n. 2, p. 115-147, 2011.

UNFPA. **Hacia la Esperanza: Las Mujeres y la Migración Internacional. Estado de la Población Mundial**. Fondo de población de las Naciones Unidas, Pp. 116. 2006.

VALDIVIA, M. Sobre los determinantes étnico-culturales de la inequidad en salud materno-infantil en el Perú. En: **Salud, interculturalidad y comportamiento de riesgo**. Grupo de Análisis para el Desarrollo - GRADE Ed. Lima: 2011. 165p.

VILLENNA, J. L. **Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en el Perú. Informe para el cumplimiento de la CEDAW**. Lima, 2010

WANG, L. Ideas y prácticas en torno a la Salud Sexual y Reproductiva en jóvenes migrantes paraguayas que se trasladan a la Argentina. **Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología**, v. 2, n. 2, p. 1-49, 2010.

YON, C. Sistemas explicativos sobre el cuerpo y la salud e intervenciones en salud reproductiva. In: VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud (Lima, 10-13 de junio de 2001). En: CÁCERES, C. et al. (Coord.). **La salud como derecho ciudadano** - Perspectivas y propuestas desde América Latina, Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003

ZAPATA MARTINEZ, Adriana. Familia transnacional y remesas: padres y madres migrantes. **Rev. latinoam. cienc. soc. niñez juv.**, Manizales, v. 7, n. 2, supl. 1, p. 1749-1769, 2009.

Artículo 2: “De contagios e higiene: significados y prácticas preventivas del cáncer cervicouterino entre inmigrantes peruanas en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina”

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue comprender los significados y prácticas preventivas del cáncer cervicouterino entre migrantes peruanas radicadas en un asentamiento de la Ciudad de Buenos Aires. Se trata de un estudio cualitativo basado en el análisis de entrevistas semiestructuradas con 15 mujeres de 19 a 66 años. Un modelo explicativo multicausal atravesado por valores que prescriben normas y papeles relativos al género y por interacciones entre el modelo médico andino y el biomédico sustenta los significados y prácticas preventivas de la enfermedad. Modalidades de atención adecuadas a la realidad de estas mujeres, especialmente aquellas que se encuentran en mayor riesgo frente al cáncer cervical, son necesarias. Éstas deben considerar aspectos relativos a la accesibilidad de las mujeres a los servicios preventivos así como sus modalidades socioculturales específicas de comprender y lidiar con la salud en general y con el cáncer de cuello de útero en particular.

Palabras-clave: Cáncer de cuello de útero - Migraciones - Género - Modelos médicos - Prevención

“Contagion and hygiene: cervical cancer related meanings and preventive practices amongst Peruvian immigrants in Buenos Aires City, Argentina”

ABSTRACT

This study aimed to understand the meanings and preventive practices taken by Peruvian immigrants established in a popular settlement in Buenos Aires City in regards to cervical cancer. This is a qualitative study based on the analysis of semi-structured interviews with 15 women between 19 and 66 years old. A multicausal model, affected by values which prescribe gender norms and roles, as well as by interactions between the Andean medical model and biomedicine, is the base for these illness prevention meanings and practices. Health attention needs to be adequate to these women's reality, especially for those who are at higher risk of cervical cancer. Attention provided needs to take women's accessibility to preventive services into consideration, as well as their specific sociocultural practices when it comes to understanding and taking care of their health in general and particularly in regards to cervical cancer.

Key words: Cervical cancer - Migration - Gender - Medical models - Prevention

“De contágios e higiene: significados e práticas preventivas do câncer cervicouterino entre imigrantes peruanas na Cidade de Buenos Aires, Argentina”

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender os significados e práticas preventivas do câncer cervicouterino entre migrantes peruanas radicadas em um assentamento da Cidade de Buenos Aires. Trata-se de um estudo qualitativo baseado na análise de entrevistas semiestruturadas com 15 mulheres de 19 a 66 anos. Um modelo explicativo multicausal atravessado por valores que prescrevem normas e papéis referentes ao gênero e por interações entre o modelo médico andino e o biomédico sustenta os significados e práticas preventivas da doença. Modalidades de atenção adequadas à realidade destas mulheres, especialmente aquelas que se encontram em maior risco diante ao câncer cervical, são necessárias. Estas devem considerar aspectos referentes à acessibilidade das mulheres aos serviços preventivos assim como suas modalidades socioculturais específicas de compreender e lidar com a saúde em geral e com o câncer do colo do útero em particular.

Palavras-chave: Câncer do colo do útero - Migrações - Gênero - Modelos médicos - Prevenção

1. *Introducción*

El cáncer de cuello de útero (CCU) es un importante problema de salud pública que está fuertemente ligado a las inequidades en salud. Siendo el cuarto tumor más frecuente entre las mujeres en el mundo, más de 85% de los casos se concentra en países de ingresos medios y bajos. En la Argentina es el tercer tumor más frecuente entre mujeres, siguiendo al de mama y al colorrectal. Para 2012, la IARC estimó que ocurrirían allí 20,8 nuevos casos y 8,3 muertes por cada 100.000 mujeres⁸¹ (Ferlay et al., 2013). Sin embargo, esta medida encubre situaciones disímiles al interior del país: siendo la tasa nacional de mortalidad estimada del trienio 2007-2009⁸² de 7,5 muertes por CCU cada 100.000 mujeres, los valores provinciales informados oscilaron entre 4 y 19 muertes cada 100.000 mujeres⁸³ (PPCC, 2011a). Desigualdades también son registradas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), que ostenta la tasa de mortalidad por CCU más baja del país (Martínez, Guevel, 2013). A pesar de tener los mejores indicadores socioeconómicos y de salud del país, esta ciudad registra una clara espacialidad en el riesgo de morir por cáncer cervical en función de las condiciones socioeconómicas (Martínez, Guevel, 2013). Las mujeres afectadas por el CCU son en su mayoría pobres y sin cobertura de salud, con menores probabilidades de haber realizado la citología cervical (Arrossi et al., 2008; López, Findling, 2003; INC, 2013a). Afectando las regiones menos desarrolladas o más desiguales, y a las mujeres de menor nivel socioeconómico y con dificultades de acceso a servicios sanitarios, el cáncer cervicouterino traza perfiles de morbimortalidad que, por el hecho de ser prevenibles y curables, resultan ostensiblemente injustos (Tsu, Levin, 2008; Laplacette; Paolino, Suárez, 2010). Además, la enfermedad y muerte de mujeres por ese motivo ocasionan graves consecuencias sobre las condiciones de vida de sus familias, a través de la pérdida de empleo e ingresos y la deserción escolar de los miembros más jóvenes del hogar. De esta forma, el cáncer de cuello de útero también contribuye al agravamiento de la pobreza y vulnerabilidad social (Arrossi, Paolino, 2008; Tsu, Levin, 2008).

⁸¹ Aunque la información sobre mortalidad ha sido la más utilizada para describir la magnitud e impacto del cáncer, ésta es menos adecuada para el análisis del cáncer de cuello de útero, debido a sus particularidades en relación a letalidad y sobrevida. En este caso, la incidencia se considera más adecuada. Sin embargo, en la Argentina los registros poblacionales de tumores son relativamente recientes y se limitada a pocas ciudades, por lo cual las informaciones provistas por éstos son de reducido alcance. Por este motivo, las principales mediciones referidas al CCU en ese país se basan aún en la mortalidad (Arrossi, Paolino, 2008; INC, 2013a).

⁸² En la Argentina los datos de mortalidad por CCU son presentados de forma trienal debido al reducido número de casos de muertes anuales, cuya variación (debida a factores como mejoras en la notificación, por ejemplo) produciría oscilaciones artificiales en medidas anuales.

⁸³ Siendo las tasas inferiores las de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la provincia de Chubut, y las más elevadas las de las provincias de Formosa y Misiones.

Para el desarrollo del cáncer cervical, la transmisión sexual del Virus del Papiloma Humano (VPH) es una condición necesaria, aunque no suficiente (IARC, 2005). Son co-factores asociados el consumo de tabaco, la multiplicidad de compañeros sexuales (de la mujer y su pareja), la utilización prolongada de anticonceptivos orales, la multiparidad, la iniciación sexual precoz y la co-infección por otros agentes infecciosos. También se consideran factores asociados la no realización del Papanicolaou, los antecedentes familiares de la enfermedad, la pertenencia a la franja etaria de 30 a 60 años y el bajo nivel socioeconómico (OPAS, 2001).

El cáncer cervical es producido por cambios celulares que ocasionan lesiones en el cuello uterino, cuya lenta progresión hasta el estadio invasor facilita su detección precoz (IARC, 2005), lo cual implica un importante potencial de prevención y cura. La detección de la enfermedad en grupos de mujeres asintomáticas, conocida como tamizaje, apunta a reducir su incidencia y mortalidad. Entre los métodos de detección se cuenta con la citología cervical (Papanicolaou), la citología en medio líquido, la técnica de inspección visual simple y el test de detección de ADN de VPH oncogénico. Inclusive tras la incorporación de la vacuna contra el VPH al calendario de inmunizaciones en la Argentina⁸⁴ y el Perú⁸⁵, el Papanicolaou continúa siendo el eje de las políticas preventivas del CCU en ambos países⁸⁶. En la Argentina, la población-objetivo del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino son las mujeres de 35 a 64 años que ya han mantenido relaciones sexuales con penetración, a quienes se recomienda la realización de un Papanicolaou cada tres años luego de dos exámenes consecutivos normales anuales (PPCC, 2011b). En el Perú se recomienda la realización del examen a mujeres sexualmente activas de 25 años o más, con énfasis en la franja etaria de 30 a 49 años, con la misma frecuencia (Perú, 2000; Perú, 1998; Perú, 2007).

Vale destacar que en el Perú el cáncer cervicouterino es la neoplasia más frecuente a nivel del total de la población, con 32,6 nuevos casos y 12 muertes cada 100.000 mujeres para 2012 según estimaciones de la IARC. Asimismo, importantes

⁸⁴ En Argentina, la inmunización con la vacuna para VPH a niñas de once años de edad fue integrada al Calendario Nacional de Inmunizaciones con carácter gratuito y obligatorio por Resolución 563/2011 del Ministerio de Salud. La vacunación se inició el 3 de octubre del mismo año. (Katz et al, 2013)

⁸⁵ En el Perú, en febrero de 2011, por resolución del Ministerio de Salud entró en vigor el esquema de vacunación gratuita contra el VPH para niñas de 10 años, iniciándose su implementación poco tiempo después (Paz-Soldán et al, 2012).

⁸⁶ En el Perú, el Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino incluyó también la Inspección Visual con Ácido Acético como método de tamizaje (Luciani, Winkler, 2006). De bajo costo, realizada por profesionales no médicos y permitiendo tratar en el acto las lesiones detectadas, resulta apropiada en entornos donde se verifican dificultades en el seguimiento o tratamiento (IARC, 2005).

diferencias en la carga de la enfermedad se registran al interior del país (Perú, 2013)⁸⁷. Con un sistema de salud segmentado y fragmentado⁸⁸, uno de los presupuestos designados a salud más bajos de las Américas en relación al PBI (OPS, 2009; ISAGS, 2012) y una cobertura de poco más de la mitad de la población⁸⁹, el Perú carece de una estrategia unificada de enfrentamiento del cáncer cervical⁹⁰. El tamizaje es caracterizado como oportunista y sin enfoque de riesgo, señalándose falencias relativas a calidad, recursos humanos e infraestructura (Luciani, Winkler, 2006).

Se estima que es posible alcanzar una reducción de 80% de la mortalidad por CCU a través del tamizaje de mujeres entre 25 e 65 años y el tratamiento de las lesiones con potencial de malignidad o carcinoma *in situ*. Para alcanzar dicho impacto, es necesario alcanzar una cobertura de 80% o más de la población-objetivo (IARC, 2005). Justamente, la cobertura insuficiente del tamizaje representa el principal obstáculo para la prevención del CCU en países de baja y media renta (Arrossi, Paolino, Sankaranarayanan, 2010; INCA, 2010; Lewis, 2004). En la Argentina se estimó que para 2009 la cobertura de Papanicolaou realizado en los dos últimos años entre mujeres con necesidades básicas insatisfechas⁹¹ era de 48%, con importantes variaciones entre regiones (INC, 2013a). Mujeres de edad más avanzada, con menor nivel educativo, pobres, desempleadas o inactivas, sin cobertura de salud y que no utilizan métodos anticonceptivos tienen mayores probabilidades de no haber realizado un Papanicolaou en los dos años anteriores (Arrossi et al., 2008; Ponce, 2012). En el Perú se carece de

⁸⁷ Los departamentos de la selva o con parte de selva presentaron las más altas tasas ajustadas de mortalidad por cáncer cervical entre los años 2000 y 2011. A pesar de que la presentación de los datos de mortalidad de forma anual puede propiciar variaciones artificiales excesivas las cifras son elocuentes, oscilando en 2011 entre 1,8 defunciones cada 100.000 mujeres en Ica y 18 en Loreto (Perú, 2013: 75).

⁸⁸ El sistema de salud peruano está formado por el Seguro Integral de Salud, de carácter público, dirigido a población en condición de pobreza; el sistema contributivo, que cubre a los trabajadores formales mediante la Seguridad Social (EsSalud) y el sistema privado, pudiendo ser lucrativo o sin fines de lucro (ISAGS, 2012; Rabanal, González, Nigenda, 2011; Paz-Soldán et al, 2012).

⁸⁹ La proporción de población asegurada alcanzaba el 64,7% en 2010: 39,3% estaba cubierta por el Seguro Integral de Salud, 20,7% mediante la Seguridad Social (EsSalud) y 4,7% por seguros privados (ISAGS, 2012: 42). Según evaluaciones de la OPS/OMS, recientemente “ha mejorado el acceso a los servicios de salud, por intervenciones como el Seguro Integral de Salud (SIS) y la Estrategia Crecer, pero aún persisten problemas en la calidad de los servicios prestados por los establecimiento de salud del sector, así como en los niveles de resolución de los establecimientos de salud ubicados en las zonas rurales y periurbanas.” (OPS, 2009: 7)

⁹⁰ Luego de acciones limitadas en forma de campañas, se realizaron algunos intentos de institucionalizar el abordaje de la enfermedad: en 1998 se inició el Plan Nacional para la Prevención del Cáncer Ginecológico, contemplando el cáncer de mama y cervicouterino. En 2000, se publicó el Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino (Luciani, Winkler, 2006). En 2007 se aprobó el Plan de Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer.

⁹¹ El índice de Necesidades Básicas Insatisfechas es utilizado para medir la pobreza estructural. Se define como hogares con necesidades básicas insatisfechas aquellos que presentan al menos una de las siguientes condiciones: NBI 1: Vivienda: hogares que residen en cuartos de inquilinato, hotel o pensión, viviendas no destinadas a fines habitacionales y otro tipo de vivienda. NBI 2: Condiciones sanitarias: hogares que no poseen retrete. NBI 3: Hacinamiento: relación entre la cantidad de miembros del hogar y la cantidad de cuartos de uso exclusivo del hogar, considerando hacinamiento más de tres personas por cuarto. NBI 4: Asistencia escolar: hogares que tienen al menos un niño en edad escolar que no asiste a la escuela. NBI 5. Capacidad de subsistencia: hogares con cuatro o más personas por miembro ocupado y cuyo jefe no completó el tercer grado de la enseñanza primaria (INDEC, 2012).

datos sistemáticos de cobertura a nivel nacional, siendo que la máxima estimada no alcanza al 43% de la población, habiendo estudios que han encontrado coberturas de hasta el 7%. Un estudio realizado en base a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2005-2008 encontró que las mujeres sexualmente activas de 30 a 49 años con menos posibilidades de haber practicado un Papanicolaou en los últimos cinco años eran analfabetas o con educación primaria, de bajo nivel socioeconómico, hablaban alguna lengua indígena, tenían 5 hijos o más o vivían en la sierra o la selva, coincidiendo con los grupos que carecían de seguro de salud (Barrionuevo-Rosas, Palència, Borrell, 2013).

Durante las últimas décadas, la CABA asiste a la feminización y concentración espacial de las migraciones regionales, siendo la migración peruana ejemplar en este sentido (Cerrutti, 2005a; Cerrutti, 2009; Magliano, 2009; Courtis, Pacecca, 2010; Rosas, 2010b; Rizzolo, 2012). Asentadas en viviendas precarias en barrios pobres de la ciudad, las migrantes peruanas encuentran su nicho laboral en el servicio doméstico, carecen de beneficios laborales (Canevaro, 2008; Courtis, Pacecca, 2010) y ocupan con frecuencia la posición de proveedoras del hogar (Cerrutti, 2005a; Courtis, Pacecca, 2010).

Precarias condiciones de vida y barreras en el acceso a servicios sanitarios configuran escenarios de inequidad en salud para los migrantes, llegando a trazar perfiles etnoepidemiológicos específicos (Goldberg, Martin, Silveira, 2015; Goldberg, 2013a, 2013b, 2014). La vulnerabilidad en salud afecta particularmente a las mujeres migrantes, agravándose cuando la condición migratoria y de género se articulan con la etnia, la pobreza y el bajo nivel educativo (Castellanos, 2005; Cerruti, 2011). Estudios indican, por un lado, la escasa utilización de servicios de salud reproductiva en la sociedad de destino (Mora, 2003; Cerrutti, 2005b). Otros afirman que la migración puede ejercer efectos de salud positivos, a través del acceso de los migrantes a recursos inaccesibles en el país de origen (Cerruti, 2011; Wang, 2010; Aizenberg, Rodríguez, Carbonetti, 2005). La red pública de salud de la CABA podría representar una oportunidad para la prevención del cáncer cervical entre las migrantes peruanas allí radicadas.

Además de condicionantes de carácter estructural, aspectos socioculturales deben ser tomados en consideración al analizar cuestiones relativas a la salud y enfermedad de mujeres migrantes. El proceso salud/enfermedad/atención supone en toda sociedad representaciones y prácticas orientadas a entender, enfrentar y lidiar con los daños a la salud (Menéndez, 1994: 72). Los modelos o sistemas médicos constituyen

conjuntos más o menos organizados, coherentes y estratificados de modelos explicativos de la salud-enfermedad, agentes terapéuticos, tecnologías y prácticas (Alarcón, Vidal, Rozas, 2003; Menéndez, 1992). En determinadas sociedades se han consolidado sistemas científicos de explicación y acción sobre la enfermedad. Si bien ello no acabó con otras representaciones y prácticas existentes, dio lugar al establecimiento de relaciones de hegemonía y subalternidad (Menéndez, 1994). El Perú se caracteriza por la coexistencia de sistemas médicos propios de las comunidades originarias, como el andino, con el biomédico o científico.

Este artículo tiene como objetivo abordar los significados y prácticas preventivas relativos al cáncer cervicouterino de mujeres migrantes residentes en un asentamiento de la Ciudad de Buenos Aires, intentando remitirlos a las asimetrías de género vivenciadas por éstas en diversos ámbitos de sus vidas. Así, analizaremos sus concepciones y prácticas relativas a la enfermedad, al cuerpo femenino y sus percepciones de riesgo, en interrelación con sus contextos de origen y de destino, a la luz del enfoque de género como guía para el análisis. Representaciones y prácticas derivados de los sistemas médicos andino y biomédico o científico serán considerados al abordar los significados y acciones preventivas del cáncer cervical entre las mujeres estudiadas, atendiendo a posibles convergencias, conflictos o articulaciones. Frente a una tendencia a romantizar los sistemas médicos no occidentales como si éstos estuvieran exentos de las dinámicas de poder que apenas atravesarían a los sistemas occidentales (Larme, 1998), procuraremos atender a la forma en que ambos sistemas contribuyen a la reproducción y/o legitimación de desigualdades y jerarquías sociales, especialmente aquellas que se refieren a las asimetrías de poder entre hombres y mujeres. Entendemos al género como un organizador social de las asimetrías de poder entre hombres y mujeres que, invocando características supuestamente innatas vinculadas a la distinción biológica entre los sexos, impone categorías sociales a los cuerpos sexuados (Scott, 1990). A pesar de interesarnos por una enfermedad que afecta a los cuerpos biológicamente femeninos, esta perspectiva analítica nos permitirá considerar la vulnerabilidad de las mujeres ante la dolencia no como efecto del sexo biológico, sino como efecto de las relaciones de poder que, estableciendo definiciones culturales de lo femenino y lo masculino, condicionan las relaciones entre mujeres y hombres. Así, la pertinencia analítica del enfoque de género está dada por el hecho de que, en lugar de centrarse en la diferencia, éste se interesa por la dimensión relacional a través de la cual lo femenino y lo masculino se constituyen y retroalimentan (Connell,

2009; Esteban, 2006). Frente a su definición en términos de una construcción cultural, existen riesgos de transformar al género en una entidad ahistórica, determinante de identidades igualmente o más esencialistas que las fijadas por la biología (Esteban, 2006: 14). Siendo que la potencialidad analítica del concepto remite a aspectos políticos y sociales y no a universales biológicos, debemos procurar las formas locales y específicas de desigualdad social que el mismo moldea en contextos singulares (Rosaldo, 1980: 16).

2. Metodología

A través de un abordaje de tipo antropológico interpretativo, abordaremos la construcción cultural de significados y prácticas relativas al cuerpo, la salud y la enfermedad (Menéndez, 1994). Entendiendo a la cultura como una tela de significados (Geertz, 1978), pretendemos presentar una interpretación fundamentada en los datos producidos en campo, basada en el contexto sociocultural específico de las participantes del estudio. Siendo conscientes de que la materia prima para nuestras interpretaciones está conformada por las interpretaciones “de primera mano” de nuestras informantes, reconociendo así la existencia de múltiples versiones posibles, no perseguimos elaborar interpretaciones totalizantes ni afirmar la verdad de las nuestras sino garantizar que éstas “hagan sentido”.

Utilizamos como técnica principal de producción de datos la entrevista semiestructurada, complementada por el registro de observaciones y entrevistas informales en un diario de campo. A pesar de que no procuramos determinar *a priori* las categorías de análisis relevantes, el diálogo con nuestras informantes fue provocado a partir de una guía de entrevista que contemplaba dimensiones consideradas pertinentes en función de la revisión de la literatura realizada y de presunciones propias⁹².

La investigación fue realizada en un asentamiento informal localizado en la zona centro-norte de la Ciudad de Buenos Aires. Al mismo tiempo que el barrio refleja el patrón de segregación espacial de la población migrante y pobre característico de la ciudad, su localización estratégica facilita el acceso de sus habitantes a instituciones públicas de salud de distintos niveles de complejidad.

⁹² Para ver las dimensiones contempladas por la guía de entrevista, ver artículo 1 y apéndice.

2.1 Caracterización de las participantes⁹³

Participaron del estudio 15 mujeres peruanas residentes en un asentamiento de la CABA, con antigüedad en el lugar y de generaciones diversas, en función de nuestro interés por garantizar heterogeneidad entre las participantes. Su distribución por edad es de dos mujeres de hasta 25 años (siendo la más joven de 19 años), nueve entre 26 e 50 y cuatro con más de 51, teniendo la mayor 66 años. Nueve de estas mujeres están casadas o unidas, cinco están separadas y la restante es viuda.

En lo que refiere a su historia migratoria, las entrevistadas llegaron a la Argentina entre hace cinco meses y 19 años. En relación al tiempo de residencia en el barrio, ellas viven entre hace cinco meses y 10 años en el lugar, siendo que cinco residen en el asentamiento desde que llegaron al país.

Mientras tres informantes no finalizaron la enseñanza primaria, diez alcanzaron algún grado del nivel medio y dos llegaron al superior, sin completarlo.

Una participante, que está separada, vive solamente con su única hija, siete conviven con hasta otros tres familiares y las otras siete viven con hasta otras cuatro personas. En siete casos dos o más familias conviven en la misma vivienda.

Ningún grupo doméstico relevado supera ingresos mensuales a tres salarios mínimos y siete entrevistadas declaran ser beneficiarias de políticas sociales como la Asignación Universal por Hijo, Ciudadanía Porteña y Ticket Social.

El trabajo de campo fue realizado entre enero y abril de 2015. Todos los encuentros transcurrieron en las casas de las participantes, excepto dos casos en que las entrevistas fueron realizadas en espacios públicos. Las entrevistas, que fueron grabadas, tuvieron una duración promedio de una hora.

2.2 Análisis de datos

A partir de la lectura reiterada de las transcripciones de las entrevistas, buscamos inicialmente identificar patrones comunes y particularidades. Como base para orientar el análisis se elaboró una matriz de datos a partir de dimensiones de interés. El programa informático de procesamiento de datos no estructurados QRS NVivo® versión 7.0.281.0 fue utilizado para organizar el material.

El análisis textual del material obtenido fue referido al contexto cultural más amplio, atendiendo especialmente a reglas, patrones y códigos que integran particulares

⁹³ Para mayores detalles, ver artículo N° 1 y Tabla resumen de participantes en Buenos Aires en apéndice.

sistemas de creencias y valores. Siendo que los símbolos son opacos por esencia, el sentido se construye a lo largo del proceso de lectura, rellenando los espacios vacantes a partir de presupuestos culturales más abarcativos. Se procuró de esta manera elaborar redes semánticas que brindasen relativa coherencia a los signos, significados y acciones encontrados, a partir de su puesta en correlación con los valores culturales dominantes y la organización social en que los sujetos están insertos.

3. Consideraciones éticas

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto de Saúde Coletiva de la Universidad Federal de Bahia, Brasil (N° 130-14 CEP/ISC), y la investigación fue realizada atendiendo a las normas establecidas por la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud sobre investigación con seres humanos. No se inscribió el proyecto en el Registro Nacional de Investigaciones en Salud debido a ello no era obligatorio (Resolución 1480/2011 del Ministerio de Salud de la Nación).

La participación voluntaria de las informantes fue documentada a través de la firma de una Declaración de Consentimiento Informado. Para garantizar su anonimato, los nombres de las participantes del estudio han sido modificados.

4. Resultados

4.1 “Le sacaron todo”: cáncer cervicouterino, amenaza a la femineidad y miedo de saber

Reflejando la magnitud de la problemática en su país de origen, de las 15 participantes 9 refirieron conocer personas que han tenido cáncer de cuello de útero en el Perú o mencionaron casos de “paisanas”⁹⁴ que desarrollaron la enfermedad en la Argentina. Los relatos destacan como una de las principales consecuencias de la enfermedad la extracción del útero u ovarios⁹⁵, siendo recurrentes frases como “la vaciaron” o “le sacaron todo”:

⁹⁴ “Conterrâneas”.

⁹⁵ Alusiones indiferenciadas al cáncer de cuello de útero y al de útero, así como a diversas partes del sistema reproductivo femenino, reflejan un conocimiento difuso del cuerpo. Por ejemplo, al relatar su problema de salud, María comenta: “Me dijeron que sólo tenía infección al útero derecho pero no sabía, era eso o era otro. Entonces me daban pastillas y seguía el dolor. (...) Y entonces ahí ya me he puesto mal, más grave, y me dio para emergencia, de guardia. Ahí fue que me internaron por una semana, ahí descubrí que no tenía al útero derecho, sino tenía... (infección) urinaria” (María, 40 años, unida, vive con el marido y tres hijos, 4 años en Arg.). Por su parte, Ángeles afirma: “Sé que a algunas personas le sacan directamente el útero cuando no tiene ya cura, o sea, ya está muy avanzado. Entonces sacan el cuello del útero, si ven esa parte que está infectada, viste? Está dañada, le sacan. O

“Sí, tuve una conocida y después se hizo operar y todo ovario le sacaron, pero había quedado en otra parte del cuerpo de la persona, no? O sea, le afectó y ya no... ya no pudieron salvar más porque era demasiado tarde.” (María, 40 años, unida, vive con el marido y tres hijos, 4 años en Arg.)

L: Y bueno, yo tuve mi amiga que estaba con cáncer del útero y lo vaciaron todo eso. Eso lo sacan todo. Dice que te lo sacan todo el útero, te lo dejan vacío.

P: Y eso fue hace mucho? Acá o allá?

L: No, allá en Perú, hace mucho. Ella tendría como 45 años. Era grande. No, no muy grande pero ya tenía su nena. Sí, le sacaron todo.” (Lis, 34 años, separada, vive con su hermano, cuñada, hermana e hija; 5 años en Arg.)

“En Perú, una señora conocida que tenía cáncer de útero y tuvieron que vaciarla toda. (...) La primera hace muchos años. Y después acá, una paisana mía que se venía hemorragia, hemorragia... toallas y toallas, toallas y toallas. La iban a operar acá pero ella no quiso. Dijo “No, si me voy a morir, si me tienen que operar, que me operen en Perú. Si me voy a morir, me voy a morir a mi país, acá no. No, me voy al Perú. Aunque sea al pie de un cerro, que me entierren ahí”. (...) Directo al hospital. Le vaciaron todo. Todo le sacaron. Todo, todo, todo.” (Susana, 59 años, separada, vive con dos hijas solteras, 19 años en Arg.)

El simbolismo del útero incluye, entre otros, significados relacionados a la maternidad (Kaufert, 2000). Un caso ilustrativo sobre el impacto de la retirada de los órganos reproductores como consecuencia del cáncer cervical fue relatado por Margarita, cuya amiga, que ya tenía tres hijos, acabó muriendo de CCU tras recusar la realización de una cirugía para combatir la enfermedad por miedo de que “le sacaran todo” y “no tener lo principal”⁹⁶. La historia de Alba también nos remite a esta preocupación femenina. Tras comentar con Dora, a quien había entrevistado previamente, mi interés en contactar mujeres que nunca hubieran realizado un Papanicolaou, ésta me habló sobre una compañera, con quien trabajaba en el comedor comunitario del asentamiento, que no quería hacer el examen. Cuando le pregunté si me la podía presentar ella se negó, diciendo que no quería quedar “escrachada”, esto es, que no quería que Alba supiera que me había contado algo sobre ella. Propuso, en cambio, que un día simulásemos estar haciendo una recorrida por el lugar y que pasásemos por su casa para que yo viera dónde vivía. En otro momento yo la abordaría como por propia iniciativa, invitándola a participar de la investigación. Cuando conseguí entrevistarla, Alba me contó que hace años, después de dar a luz a su única hija, le habían practicado una histerectomía. En sintonía con el clima de misterio percibido por Dora, Alba rodea de secreto a la historia de la retirada de su útero: ella no le ha contado

también te sacan una parte del útero, porque te dejan... Creo que tenemos dos. O uno? (...) Te sacan uno y te quedás con uno. Y con uno podés también tener un hijo... por fecundar.” (Ángeles, 42 años, unida, vive con su suegra, marido y dos hijos, 9 años en Arg.) Le Breton (2002) afirma que el proceso de individualización propio de la Modernidad condujo a la separación del hombre (y más aún, de la mujer) no apenas de la comunidad y del cosmos, sino también de su propio cuerpo, introduciendo una dualidad hasta entonces inexistente. El desarrollo de las disciplinas modernas habría aumentado la separación entre los saberes populares asociados al cuerpo y la cultura erudita, particularmente la biomédica, siendo frecuente en las sociedades occidentales contemporáneas un conocimiento bastante vago del mismo, siendo “raros los sujetos que conocen realmente la localización de los órganos y que comprenden los principios fisiológicos que estructuran las diversas funciones corporales. Se trata de conocimientos más que rudimentarios, superficiales, para la mayoría de la gente. En la consciencia de su fundamento físico, de la constitución secreta interna del cuerpo, el sujeto recurre paralelamente a muchas otras referencias” (Le Breton, 2002: 84).

⁹⁶ Este caso fue abordado con mayor detalle en el artículo 1, en referencia al miedo de las mujeres al abandono de sus maridos en función de la pérdida de la fertilidad.

a nadie sobre la operación, aduciendo que su condición podría ser utilizada maliciosamente por alguien para estigmatizarla en el futuro, lo que podría tener un impacto de gravedad considerando que ella es una persona conocida en el barrio. Entretanto, si bien padeció no poder tener más hijos tras haber quedado sin útero, Alba logró continuar siendo madre, siendo su consuelo criar a sus nietos como si fueran sus hijos:

“A: Estaba mal. Estaba como tres, cuatro meses tirada en la cama. No dormía en cama, dormía en sofá, en una perezosa, porque cuando me apoyaba en la cama mi cuerpo me dolía como si fuera un fierro o una madera. No podía soportar echada. (...) Días van, días vienen me sangraba, sangraba y sangraba. Me destriparon. Y acá nadie sabe, no cuento a nadie porque a veces hay gente... y somos casi todos peruanos. A veces, cuando tú lo cuentas, cuando se enojan te gritan. Te gritan lo que tú contaste, por eso a ti nomás te estoy contando. Me destriparon a los 25 años.

P: Mhh. Y qué es lo que sacaron?

A: El útero. Por eso nunca más en la vida pude tener mis hijos. Me quedé con mi hija nada más. Está grande, tengo mis nietos. Mis nietos, los crié yo de bebito. Les puse el apellido yo y de mi esposo.” (Alba, 48 años, casada, vive con esposo, hija y dos nietos, 7 años en Arg.)

Por otra parte, al comparar la pérdida del útero o de los ovarios con la de la mama, otra parte del cuerpo que remite a la femineidad, María considera que la primera posibilidad sería menos dramática debido a que ausencia de los mismos no sería visible ante los demás, siendo más posible eludir una posible estigmatización:

“M: Difícil debe ser cuando te sacan el ovario...

P: Por qué difícil?

M: Claro, porque te salen con una parte de tu cuerpo, no?

P: Y, por ejemplo, sería lo mismo sacar otra parte del cuerpo que el útero o el ovario, o es diferente?

M: No sé (*se queda en silencio, pensando*). Muchas veces sacan mama. Eso es más bravo, difícil sería... una persona despierte sin tener una mama... Es más difícil, no, que...

P: Que lo del útero?

M: Claro, adentro, no?

P: Por la cuestión de que se ve?

M: Claro. (...) Porque se ve toda esa parte, no? Porque a cambio del útero, no ve. Si no lo hablas no sabe la gente. Y sí, pero, en cambio el de las mamas sí se puede ver, y no, es difícil, sí...” (María, 40 años, unida, vive con el marido y tres hijos, 4 años en Arg.)

Estos casos convergen con un estudio realizado en el Perú y otros países latinoamericanos que destaca que las mujeres asocian el tratamiento para cáncer cervical con la amputación de órganos que definirían la femineidad (Agurto et al, 2004). Ligada simbólicamente a la fecunda Pachamama⁹⁷ en la cosmología andina, la mujer es asociada con la fertilidad en términos que incluso trascienden la capacidad de reproducción humana, definiéndola como la principal productora de cultivos, además de reproductora de bebés (Larme, 1998: 1008). Considerando la importancia otorgada por los hombres a la capacidad reproductiva femenina, entre nuestras entrevistadas el temor a la esterilidad es agravado por el miedo al abandono de sus compañeros. En este

⁹⁷ “Madre Tierra” en quechua.

contexto, resulta comprensible que el cáncer cervicouterino suscite preocupaciones en relación a la infertilidad como forma de deterioro de la imagen femenina.

Por otra parte, en varias ocasiones la muerte fue referida como el desenlace casi inevitable de la enfermedad:

“Y para eso no hay ninguna cura decían. Porque... una vecina muy joven, murió. (...) Y así, de pronto se puso mal, mal, que llegó al hospital y le detectaron que era el cáncer de cuello uterino, que no podía tener alguna cura. Y así enseguida, como una vela, se apagó y falleció. No la pudieron salvar a esta chica. Sí, muy joven.” (Ester, 37 años, casada, vive con el marido y tres hijos, 5 años en Arg.)

“Muchas mujeres allá mismo (*refiriéndose al Perú*), que fallecen de cáncer al útero, al ovario. (...) Señoras de allá, que jóvenes, de pronto resultaron como sorpresa que tenían eso y fallecieron. Y acá (*refiriéndose a la Argentina*) también se escucha eso.” (Emilia, 46 años, separada, vive con su única hija, 15 años en Arg.)

“Eh, no sé, sería bueno que se pueda curar pero no sé si se puede curar o si se opera, la verdad que ni idea. (...) Bueno, cáncer... Con cáncer podés llegar a morirte por lo que sé, no sé si es curable o... Creo que no.” (Jimena, 19 años, unida, 2 hijos, 17 años en Arg.)

El temor a una muerte casi segura suscita la tentativa de “no pensar” al respecto, ya que ello podría atraer el mal. Frente al cáncer parecen activarse mecanismos de negación fundados en la asociación entre pensar sobre y sufrir la enfermedad y en la noción de que ésta no se manifestará mientras una no se entere del diagnóstico (Ponce, 2012). Según las entrevistadas, el “miedo de saber” sería un motivo para que algunas mujeres eviten conocer su estado de salud realizando exámenes para la detección precoz del cáncer cervical:

“Sí, es un tema que capaz, como mujer da miedo, no?” (Leila, 25 años, casada, una hija, 5 años en Arg.)

“P: *Alguna vez pensaste, por ejemplo, que podías llegar a enfermarte de una enfermedad como esta?*

E: No. Claro... no, nunca lo desearía tampoco, no? (*risas*) Para mí como que siempre es bueno prevenir, estar siempre en un chequeo... y no quisiera pensar en eso. En poder tener un cáncer. Es lo más triste yo digo, no? Estar así, en esas condiciones. Mejor ni pensarlo, sí. Claro, es que como que eso... no sé, como que lo trae, lo llama... Como que se te... se te mete en el cuerpo, digo. Pero mejor es no pensarlo y así.” (Ester, 37 años, casada, vive con el marido y tres hijos, 5 años en Arg.)

“Porque hay otras personas que no quieren ir porque tienen miedo de que le digan ‘Tienes cáncer, mañana te mueres, pasado te mueres. Te queda un mes de vida, te queda dos meses’. Por eso es que algunos no van. Porque tienen miedo que le digan: ‘Pásate mañana por tus análisis. Te quedan dos meses, te queda un mes’. Y comienza la gente a alocarse, yo qué sé. A veces se matan por esas cosas, ¿no?” (Alba, 48 años, casada, vive con esposo, hija y dos nietos, 7 años en Arg.)

La percepción del cáncer cervical como una enfermedad fatal es común en países de recursos bajos y medios, donde predomina el diagnóstico tardío en función de dificultades estructurales de acceso de las mujeres a los servicios (Agurto et al., 2004; Wood et al., 1997; Silva et al., 2010; Fernández et al., 2009). En el Perú la capacidad de pago de la atención sanitaria es un factor determinante para el acceso a la detección, diagnóstico y tratamiento, desalentando la participación en el tamizaje para CCU de las mujeres de bajo nivel socioeconómico, especialmente las residentes en zonas rurales

(Barrionuevo-Rosas, Palència, Borrell, 2013). La concentración de recursos sanitarios en Lima también limita el acceso a la confirmación diagnóstica y al tratamiento de la enfermedad, debido a los costos de traslado y tratamiento en la capital (Paz-Soldán et al, 2008; Hunter, 2006). La consciencia de que un eventual tratamiento no será accesible desalienta la motivación para detectar lesiones precancerosas (Agurto et al, 2004). Ya que la letalidad del cáncer cervicouterino estaría condicionada por barreras económicas y geográficas para el acceso a los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento pertinentes, su utilización oportuna posibilitaría la detección en una fase en que las chances de un desenlace fatal sean menores:

“Si está en principio sí se puede hacer, pero si está avanzado me parece que ya no. Ya no tiene, como dicen, no tiene cura. Que si está al principio sí se puede todavía. Se puede con los medicamentos y hay que tomar al día sin dejar ni un día. Si se deja, de nada le vale también.” (Elsa, 39 años, casada, dos hijas, 7 años en Arg)

“Porque las enfermedades no vienen de ahora, las enfermedades uno va criando, va incubando. Vos decís ‘No tengo nada’, a la final es donde sale, tenés todo. No te das cuenta y avanza, avanza, avanza. (...) Como te digo, la enfermedad crece silenciosamente, de a poquito, y cuando vos lo querés... te descubren y ya estás en grado diez, cosa que no hay que permitir eso. (...) Por eso yo ando pendiente del temorcito, no? Del temorcito que te venga un cancercito al útero. Y si es así, lo detectan a tiempo para que se pueda hacer tratar.” (Ángeles, 42 años, unida, vive con su suegra, marido y dos hijos, 9 años en Arg.)

“O sea, si por ejemplo yo o mi hija o mi vecina puede tener cáncer al útero, pero si nunca se ha hecho un Papanicolau, nunca se hace un estudio, ella ignora lo que tiene hasta que la enfermedad avanza. Pero si ella se hace sus estudios, ya está proviniendo a esas cosas, ya sabe lo que tiene, entonces se puede curar porque lo agarra a tiempo. Pero si lo agarra ya maduro, ya más grande, ya se agarró de todas las paredes de tu cuerpo, entonces no hay vuelta que dar, esperar nomás el momento. (...) Para eso están los estudios que piden los médicos, por eso es que el médico me está pidiendo.” (Susana, 59 años, separada, vive con dos hijas solteras, 19 años en Arg.)

En ese sentido, la atención biomédica pública y gratuita de la ciudad de Buenos Aires es particularmente valorizada. Algunas informantes realizan consultas en los hospitales próximos, aunque son más las que prefieren la atención en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) de la zona. Las ventajas de éstos frente a los hospitales son la obtención de turnos sin la necesidad de realizar filas a la madrugada, la posibilidad de tener médicos/as fijos/as, horarios de atención considerados más adecuados y la cercanía. A su vez, las actividades extra-murales implementadas por algunos efectores de salud locales también facilitan la realización de consultas ginecológicas⁹⁸:

⁹⁸ Una vez por semana, un equipo compuesto por enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogas y residentes de Educación para la Salud de un hospital de la zona recorre el asentamiento e instala una mesa en la entrada del mismo para realizar actividades de promoción sobre temas de salud sexual y reproductiva. Además de la provisión de información, el equipo procura facilitar la atención ginecológica de las mujeres del lugar, reservando turnos con algunas ginecólogas del hospital y de un centro de atención primaria de la salud (CESAC) cercano, que aceptan esta modalidad de atención dirigida a población considerada particularmente vulnerable. En entrevista con la responsable del CESAC, ésta enfatizó que la experiencia de atención extra-muros en el asentamiento de algunas profesionales y una modalidad flexible de atención a las mujeres del barrio han atraído “la clientela” hacia el centro de salud (notas entrevista con directora del CESAC, 16/3/15). Jelin, Grimson y Zamberlin afirman que los profesionales de los centros de atención primaria suelen tener una mejor predisposición frente a las dificultades en la comunicación con la

“Porque ya está bien avanzado también, pues. No le parece que hasta bien avanzado, ya cuando el doctor dice que no hay cura. Qué podemos hacer ya? No podemos hacer nada. (...) Por eso nos dicen en el hospital o a veces vienen por acá a pegarnos los afiches, que hay que hacerse la mujer siempre el Papanicolaou. Para prevenir el cáncer, para prevenir. Por eso vienen a poner papeles para ir a la consulta, pa’ que nos examinen. Para ver si tengamos cáncer, no?” (Alba, 48 años, casada, vive con esposo, hija y dos nietos, 7 años en Arg.)

M: Voy continuamente a los controles. No falto, no, sobre todo a la médica que voy ya me conoce...

P: *Tenés una médica fija?*

M: Sí, voy donde ella y saco turno para ella y me lo dan. Entonces ya sabe por qué estoy yendo o por qué voy, qué síntomas tengo y me pregunta unas cuantitas y ya... Entonces me va medicando ella. (...) Sí, en la salita me lo hago (*refiriéndose al Papanicolaou*). Más fácil que ir al hospital tres, cuatro de la mañana. Es más fácil ahí.” (María, 40 años, unida, vive con el marido y tres hijos, 4 años en Arg.)

P: *Y elegiste ir a la salita por qué motivo?*

E: Ehhh... porque es cerca. Me voy caminando.” (Elsa, 39 años, casada, dos hijas, 7 años en Arg)

4.2 Género y concepciones sobre las causas del cáncer cervicouterino

Siendo que los modelos de causalidad relativos a los fenómenos de salud-enfermedad de los grupos sociales pueden aportar elementos clave para la comprensión de sus actitudes y prácticas de cuidado (Minayo, 1988: 364), abordaremos las interpretaciones elaboradas por las participantes del estudio sobre el origen del cáncer de cuello de útero. Mientras dos entrevistadas comentaron que no se imaginaban cuál podría ser la causa del mismo, las restantes formularon ricas y variadas explicaciones sobre su origen. Reflejando un complejo sistema etiológico que articula diversos dominios de causalidad (Minayo, 1988), se postuló que el CCU resulta de la interacción de elementos de diversos órdenes. En este sentido, cabe aclarar que a pesar de que las informantes integran en sus explicaciones los diversos factores que serán presentados a seguir, intentaremos abordarlos separadamente con fines meramente analíticos.

En principio, mientras otras posibles causas apuntaban la singularidad del cáncer cervical frente a otros tumores, la herencia genética sugería su proximidad con el cáncer en general. En algunos casos se afirmó además que el potencial cancerígeno, que se encontraría en estado latente desde el nacimiento, se desencadenaría por efecto de factores anímicos y emocionales.

“Porque lo que yo tengo entendido es que las personas ya provienen al nacer con esa enfermedad del cáncer. Pero no se sabe a través de qué le puede agarrar... cáncer de útero. Entonces ya de niña, ya ha nacido con esa enfermedad. Tenía al interior. Hereditario se le dice al cáncer, no? Y algunos no tenemos o algunos también lo tienen ese problema así, en el útero o otras partes del cuerpo, no? Eso sería. Me parece que viene ya de niñez, que es hereditario. Lo que yo he escuchado... tanto las mujeres que los hombres ya tenemos desde chiquitos y entonces a algunos les crece, algunos se nos avanza y algunos también queda ahí, depende del cuerpo hereditario también, sí.” (María, 40 años, unida, vive con el marido y tres hijos, 4 años en Arg.)

población migrante y una concepción de la salud de contenido social que otorga especial importancia al componente preventivo. En un sentido que parece reflejar la situación del CESAC en cuestión, los autores enfatizan que “tener inserción en la comunidad, conocer el contexto y tener acceso a los líderes les ayuda a entender mejor a sus pacientes, particularmente *si existe voluntad para hacerlo*.” (Jelin, Grimson, Zamberlin, 2005: 50. Las cursivas son de los autores).

“O puede ser también hereditario, porque la mamá lo tuvo... O sea, los ancestros, los abuelos, son una cadena. (...) Uno nace con el cáncer en el cuerpo. Algunos desarrollan más y otros menos o nada, entiende? (...) El cáncer de todo tipo reacciona o crece más rápido con estrés, cansancio, nervios. Todo eso hace que el cáncer que tenemos en nuestro cuerpo viva más, aflote más o, cómo te puedo decir, crezca más, de a poquito. (...) Como la leucemia: uno tiene cáncer en la sangre pero no reacciona. El animalito está en nuestro cuerpo pero cuando tenés tanta preocupación, estrés, eso es como un alimento para ellos. Ese animalito que está durmiendo, con todo el estrés, preocupación y todo lo malo que tienes, lo estás alimentando a eso. Y va creciendo, creciendo, creciendo. Llega el momento de que te sientes mal... tienes cáncer. Cáncer a esto, cáncer a lo otro. (...) Porque toda una vida uno no llevó una paz, tranquilidad en su hogar y en su mente misma. Uno llevó la vida desordenada.” (Ángeles, 42 años, unida, vive con su suegra, marido y dos hijos, 9 años en Arg.)

Sentimientos y emociones considerados perjudiciales para la salud, experimentados en el ámbito de relaciones interpersonales próximas (Sontag, 2005, Minayo, 1988), “despertarían” el “animalito dormido”, desencadenando la enfermedad latente. La noción de que existe una asociación entre emociones y enfermedad también se encuentra presente en la etnomedicina andina. Si bien en principio hombres y mujeres serían igualmente afectados por la dificultad para lidiar con sus emociones exponiéndose a la dolencia, los primeros contarían con formas socialmente aceptables de canalizar dichas emociones que no estarían disponibles para las últimas, como la ingestión de alcohol, el ejercicio de la violencia y las relaciones extramatrimoniales. Esas válvulas de escape serían inaccesibles para las mujeres en función de preceptos culturales que determinan fuertes prescripciones de género, fijando roles y comportamientos femeninos adecuados y sancionando negativamente su transgresión (Larme, 1998: 1013; Mannarelli, 2001).

Frente a susceptibilidades internas, otros elementos propiciarían el desarrollo de la enfermedad operando externamente sobre el cuerpo. En varias ocasiones nuestras entrevistadas refirieron que el cáncer cervical resulta del ingreso al cuerpo de organismos – denominados “microbios” por la mayoría de las participantes y “bichos” por una sola entrevistada – por la vía del “contagio”. Frente a la idea de contagio se contraponen recurrentemente la noción de higiene. Ésta se relaciona, entre otras cuestiones, con el combate a microbios e infecciones derivadas del estado de limpieza de determinados ambientes, especialmente los sanitarios.

“Y, si uno no tiene una higiene también, personal... La higiene personal es muy importante.” (Ester, 37 años, casada, vive con el marido y tres hijos, 5 años en Arg.)

“O de la mala higiene de la mujer también, que no se asea. O también de lo que uno se sienta a veces en la taza a orinar. A veces ya orinó alguien y no echastes el agua y como eso está sucio, y alguna persona llega y se sienta y orina y tampoco es así. Los microbios todos llegan ahí. Y hay personas que no se cuidan sobre esas cosas que es delicada. Y eso proviene también el cáncer. (...) Algún microbio o algo se le dentro también. Se sentó en algún lugar que no debería y lo transmitió eso.” (Alba, 48 años, casada, vive con esposo, hija y dos nietos, 7 años en Arg.)

“Yo misma, viste, qué hago? Por ejemplo, lo que yo sufro es de flujos o que a veces lo llamamos hongos vaginales. Pero la doctora me prohibió que me haga las higienizaciones con jabón. Con jabón de lo que me baño; sólo agua. Pero yo no, (...) porque yo me meto el dedo hasta adentro con jabón y le meto hasta adentro (*risas*). (...) Yo sufro de eso porque a veces pienso que fui al baño, alguien pilló y cuando pilló me salpicó, entonces soy jodida yo para eso,

yo soy muy jodida para eso. Y la doctora me lo advirtió ya. Si una vez (...) me picaba, me picaba... me vine acá, tiré un poco de lavandina y el agua y me lavé con eso.” (Ángeles, 42 años, unida, vive con su suegra, marido y dos hijos, 9 años en Arg.)

Estudios sobre modelos explicativos de la salud y la enfermedad en general (Larme, 1998) y sobre la comprensión de las infecciones del tracto reproductivo en particular (Hernández et al, 2006) destacan el papel que agentes externos, tanto del ambiente físico como sobrenaturales, ejercen sobre la comprensión de la salud y la enfermedad en el Perú. La comprensión andina sobre la enfermedad otorga centralidad a entidades sobrenaturales que, transportándose a través del aire, entrarían en los cuerpos humanos para producir la dolencia. Éstas representarían mayor peligro para las mujeres, consideradas más “débiles” que los hombres debido a que sus cuerpos estarían más abiertos, y consecuentemente más expuestos a dichos agentes, por el hecho de poseer un orificio extra, la vagina. En este sentido, entre nuestras entrevistadas también encontramos caracterizaciones sobre el cuerpo femenino como más delicado, frágil y consecuentemente necesitado de cuidados mayores que el cuerpo masculino. Se considera que las mujeres se exponen a la enfermedad al reclinarse para orinar, ya que vapores dañinos podrían ingresar a sus cuerpos (Larme, 1998: 1010). El recambio frecuente de ropa interior, la evitación del contacto con sanitarios y la utilización de desinfectantes son considerados formas prevención frente a las enfermedades que amenazan a las mujeres (Hernández et al, 2006). Estas prácticas, mencionadas por varias de las participantes de nuestro estudio, adquieren especial relevancia en un contexto como el asentamiento donde viven nuestras informantes, donde el aseo del entorno es insuficiente y el acceso permanente al agua no está garantizado.

En su estudio sobre infecciones del tracto reproductivo⁹⁹ (ITR) entre mujeres rurales del Perú, García, Cárcamo y Holmes (2004) caracterizan el uso de términos médicos como “microbio”, “infección” o “inflamación” como una “concepción medicalista” que si bien reflejaría un creciente contacto con servicios de salud oficiales, no necesariamente implicaría la utilización de dichas categorías en los términos de ese modelo de atención ni llevaría a la adopción de prácticas adecuadas frente a los malestares experimentados. Las prácticas de aseo implementadas por nuestras entrevistadas – basadas en la asociación entre la mala higiene y la transmisión de infecciones, así como en el supuesto de que la vagina necesita ser lavada por dentro –

⁹⁹ “Las infecciones del tracto reproductivo (ITR) son aquellas que afectan los órganos sexuales (externos y/o internos) de hombres y mujeres. Algunas de las ITR (como la sífilis y la gonorrea) son sexualmente transmitidas (...) pero muchas ITR no lo son. En la mujer, el sobrecrecimiento de micro-organismos que normalmente colonizan la vagina puede ocasionar una ITR al romperse el equilibrio del ecosistema vaginal, produciéndose por ejemplo, infecciones por candida o vaginosis bacteriana.” (García, Cárcamo, Holmes, 2004: 13)

no solo no son efectivas para la prevención o el combate de las infecciones, sino que pueden agudizarlas al alterar la flora vaginal.

A pesar de que solamente una informante mencionó que el “contagio” podría deberse a la esterilización inadecuada de instrumentos médicos, cabe considerar que infecciones iatrogénicas pueden ser provocadas durante procedimientos ginecológicos al trasladar organismos localizados en la vagina o el cuello del útero hacia el tracto genital alto mediante la introducción de instrumentos médicos, bajo condiciones de asepsia inadecuadas o en presencia de infección cervical (García, Cárcamo, Holmes, 2004). En este sentido, resulta pertinente considerar la significación que esta posible vía de contagio representaría para mujeres reacias a realizar consultas ginecológicas; especialmente si éstas provienen de contextos caracterizados por la precariedad de los servicios y la escasa competencia técnica profesional, como el peruano (Yon, 2000; Anderson, 2001; Yon, 2003).

“A: A veces yo digo, tantas personas van (*a la consulta ginecológica*) y con el mismo coso los miran, los ponen y eso. Y también ahí viene la cosa.

P: Como sería?

A: O sea, cuando los examinan, con el espéculo que nos ponen, vuelta de hilo ponen, lo calientan, yo qué sé. Pero de todas maneras...

P: Que ahí se puedan contagiar.

A: Claro, porque queda el microbio, queda el contagio. Donde te echastes en la camilla, vuelta le echastes a la otra enferma también. O no te parece? Porque todos se echan ahí, todos están ahí, digamos. En todos lados.” (Alba, 48 años, casada, vive con esposo, hija y dos nietos, 7 años en Arg.)

Cabe destacar asimismo que la centralidad del factor “contagio” en relación al cáncer cervicouterino parece vincularse más a los modelos explicativos de estas afecciones en general¹⁰⁰ que a la familiaridad de las entrevistadas con el VPH, que aparenta ser escasa: apenas tres participantes mencionaron haber escuchado sobre el mismo, en virtud de la incorporación de la vacuna contra el virus al Calendario Nacional de Inmunizaciones argentino. El conocimiento sobre el VPH y su asociación con el cáncer cervical también es escaso, siendo frecuente en la mayor parte de los casos su confusión con el VIH.

“P: Y sobre el HPV escuchaste algo alguna vez?”

J: Creo que había vacunas para eso. Puede ser que un tiempo vacunaran pero a partir de no sé qué año... Pero no sé igual bien qué es, solamente sé eso, que había vacunas y que era... en ese tiempo creo que de once. Las nenas hasta los once años, creo. Se la tenían que poner las nenas. Pero después ni idea, no sé qué es, no.

¹⁰⁰ Diversos estudios (Yon, 2000; García et al, 2004; Hernández et al, 2006) han evidenciado que las infecciones del tracto reproductivo son una problemática altamente prevalente entre las mujeres peruanas. Por ejemplo, más del 75% de las 754 mujeres de 18 distritos rurales de la costa, sierra y selva peruana que participaron del estudio realizado por García et al (2004) refirieron síntomas atribuibles a ITR, siendo confirmado 70% de los casos a través de exámenes clínicos y de laboratorio. Considerando que las participantes de la investigación formaban parte de organizaciones comunitarias de mujeres, los propios autores concluyen que la prevalencia de dichas afecciones debe ser aún más elevada entre las mujeres en general.

P: Mhh. Claro, claro. Y te imaginás que puede tener que ver con esto del cáncer de cuello o que será otra cosa diferente, así, otra enfermedad diferente?

J: Creo que sí es algo relacionado a eso pero no sé bien qué es.” (Jimena, 19 años, unida, 2 hijos, 17 años en Arg.)

“L: Y ahora hay ampollas para eso. Y ahora de niñas ya lo están poniendo. Antes no la había y ahora ya. Sí, es bien nueva porque el año pasado ya le han puesto a mi hija. Sí, ‘Andá a que le pongan porque ya la estamos vacunando’. Porque ella tiene ya 12 años.

P: Y eso, ¿dónde fue, en la escuela?

L: Sí, en la escuela. Porque ahí tienen un carnet de salud. Y bueno, ahí me mandaron a llamar y nos dijeron que teníamos que llevarlas para que le pongan esa vacuna.

P: Claro, tienen que autorizarla.

L: Sí. Yo le digo: ‘¿Cómo que esa vacuna?’ ‘No sé’, me dicen. Es algo nuevo, ¿no? Porque antes no había eso. Y bueno, ahora ya. Y está bueno.

P: Y cómo es, ¿son varias dosis que se tienen que dar?

L: Y, no sé, no me explicaron exactamente bien. Le dieron una. No... no lo pregunté. Y bueno, tendría que preguntarlo. Ya que me hiciste acordar, sería bueno preguntar.” (Lis, 34 años, separada, vive con su hermano, cuñada, hermana e hija; 5 años en Arg.)

“P: Y sobre el HPV, escuchaste alguna vez algo?

S: Sí, el HPV es el... cómo se llama ese? El Sida, no?

P: El del Sida es el HIV.

S: HPV cuál es?

P: Es otro virus también...

S: Es como cáncer, no? Cáncer al útero. De eso le estoy hablando! Ese era el que decía!

P: Que decías que contagia?

S: Contagia. Eso, eso. Eso es el HPV, el contagio, transmisión sexual.

P: Claro, claro. Y dónde escuchaste sobre eso?

S: Eso en Perú. Y acá lo leí algunas veces pero nunca escuché una charla, una persona que te diga abiertamente, que te converse, ‘Siéntense, vamos a ver esto’.” (Susana, 59 años, separada, vive con dos hijas solteras, 19 años en Arg.)

“P: Y alguna vez escuchaste hablar algo sobre el HPV?

A: Sí. Es el SIDA. Sí, eso nunca me he hecho. Nunca! Y ese aún es peor! Nunca me he hecho. Tanto porque vamos a ver si tenemos el SIDA o no tenemos.

P: Y por qué decís que es peor ese?

A: Ay, me parece que fuera peor que el cáncer. O no es así? Y por eso nunca me hecho! (risas)” (Alba, 48 años, casada, vive con esposo, hija y dos nietos, 7 años en Arg.)

Además de las formas de contagio mencionadas anteriormente, la transmisión sexual también sería una de las causas del CCU según nuestras informantes. Una pareja que mantiene relaciones con diferentes mujeres o tener numerosos compañeros sexuales propiciarían el contagio del cáncer cervical. En este sentido, resultó particularmente llamativa la cantidad de relatos de nuestras entrevistadas que aludían, de forma naturalizada, a la infidelidad por parte de los hombres en general o de sus compañeros en particular. La caracterización de la libertad sexual masculina como un dato de la realidad ilustra la vigencia de relaciones sociales desiguales entre hombres y mujeres, evidenciando la construcción social de las definiciones de lo que es “naturalmente” femenino o masculino¹⁰¹. La aceptación de la infidelidad masculina ilustra, en este caso,

¹⁰¹ Una investigación realizada con 600 hombres y mujeres limeños de 18 a 50 años provee claros ejemplos de las notables diferencias entre los comportamientos sexuales y sus consecuencias para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) entre los mismos: entre los hombres se encontraron inicios más tempranos de la actividad sexual, una cantidad de parejas sexuales 10 veces superior al número de las de las mujeres y frecuencias de parejas sexuales no exclusivas superiores a las de las mujeres. Se concluyó que, a pesar de que prácticas de riesgo (especialmente relaciones sexuales sin protección con trabajadoras sexuales) eran notablemente más frecuentes entre los hombres, las mujeres tenían un riesgo más elevado de adquirir infecciones de transmisión sexual. Siendo frecuente entre los hombres este tipo de prácticas de riesgo para ITS, ellos representan una “población puente” para la

la influencia de las relaciones de género en la prevención de daños vinculados a la salud sexual (Heilborn, 1999; Gogna, Ramos, 1999). A su vez, vale la pena resaltar que entre nuestras entrevistadas esta forma de transmisión del cáncer cervical estuvo frecuentemente mediada por padrones inadecuados de aseo.

“Eh... puede ser que un hombre que si está con varias mujeres se pueda contagiar, no sé... por la sangre. O por ahí cuando hacen relaciones.” (Elsa, 39 años, casada, dos hijas, 7 años en Arg)

“Porque hay mucho enfermedad de cáncer cuello uterino porque viene a veces los contagios, vio? El cáncer al útero no solamente es que ‘Pobre, tiene un cáncer’. No. Muchas veces se contagian. Porque... es un contagio cuando el hombre tiene relaciones en otras mujeres, entonces trae esa enfermedad. (...) No solamente el cáncer es genético o viene porque tiene que venir, no, es por contagio también.” (Susana, 59 años, separada, vive con dos hijas solteras, 19 años en Arg.)

“Como te decía, son hombres que a veces tienen relaciones con una y otra persona, con una y otra mujer. Y cuando van con su pareja, le llevan toda esa suciedad y la dejan en su pareja. (...) Una vecina tuvo cáncer en el cuello uterino. Que el marido estaba con otra, con otra y entonces la contagió.” (Marina, 45 años, separada, vive con sus tres hijos, 1 año en Arg.)

“Y otro no sé, por ahí de repente también el tener relaciones con diferentes personas que no tienen una higiene personal. (...) Algo así también nos dijeron, que proviene el cáncer de cuello uterino porque a veces uno no sabe con qué persona puede meterse. (...) También cuando el varón puede estar con otras mujeres y estar con su pareja. (...) Porque hay vez que los varones no podemos decir que está solamente con la mujer, con su pareja. Puede estar con muchas otras mujeres cuando uno no sabe. (...) Como que más libertad ellos tienen de estar con cualquier mujer, no? Pero las mujeres recibimos todo el contagio, ves, también de ellos.” (Ester, 37 años, casada, vive con el marido y tres hijos, 5 años en Arg.)

De esta manera, el riesgo de contagio derivado de prácticas sexuales no exclusivas es asociado a la falta de cuidado, entendido en términos de higienización previa y posterior a las relaciones sexuales. Siendo que la libertad sexual masculina no sería cuestionable, las prácticas higiénicas evidencian el escaso margen de negociación femenino disponible para disminuir su riesgo de enfermar en el marco de relaciones de género evidentemente asimétricas.

A su vez, las participantes asocian el cáncer de cuello de útero a infecciones que producen úlceras o heridas que, en caso de no ser curadas, tienden a agravarse hasta convertirse en cáncer. Estas lesiones tienen para algunas entrevistadas un origen desconocido, mientras que para otras son un vago producto de las relaciones sexuales.

“Mmmhhh... (*pensando*) Puede ser por alguna infección o algo, comienza por ahí, no sé. La verdad no tengo mucha información de eso pero sí tiene que haber un principio diferente que los demás cánceres, no?” (Leila, 25 años, casada, una hija, 5 años en Arg.)

“L: Bueno, ahí me explicaron que nos lo teníamos que hacer (*refiriéndose al Papanicolaou*) para detectar que no tendríamos úlcera o infección. Porque dijo que la úlcera provenía en el cáncer. (...) Sí, dijo que cuando nosotros teníamos úlcera y por ahí teníamos relaciones con el hombre, eso era peor. Como que te la avanzaba más la herida. (...) Y bueno, me dijeron que las úlceras se producen por una fuerte infección. Y a veces vos tenés infecciones y se lastiman. Y es como que vos no lo curás a tiempo. O no tomás algo para desinfectarte a tiempo. Y bueno, dicen que de eso se van haciendo más heridas... Se va agrandando y llega un punto de que se hace cáncer.

P: Claro, pero esa primera infección, por qué sería? *Qué se te ocurre?*

difusión de ITS en la población femenina, lo cual implica que inclusive mujeres monógamas que se perciben como de bajo riesgo pueden encontrarse en riesgo sustancial de adquirir ITS (Sánchez et al, 1996).

L: Y, eso no, la verdad no sé. No te podría decir.” (Lis, 34 años, separada, vive con su hermano, cuñada, hermana e hija; 5 años en Arg.)

Varias informantes afirman que las heridas y úlceras que llevarían al CCU son ocasionadas por eventos asociados a la maternidad. Por ejemplo, el parto, siendo que cuanto mayor su cantidad, también lo sería el riesgo de que se produzcan dichas lesiones.

“Y, no sé la verdad. De repente habrá varias factores, no? No sé, por ahí después del embarazo algunas también. Algo así nos decían que... cuando uno ya tiene al bebé tiene que tirar toda esa sangre, o sea de lo que está acumulada en la placenta. La placenta, todo tiene que salir y hay resto de sangre, eso tiene que ser expulsado porque por ahí se te forman... sangre coagulada, que todo eso te hace daño. (...) Son coágulos de sangre que también se te forman en el útero y que también puede ser como un tipo de cáncer que te pueda dar. Porque esa sangre tiene que ser expulsada total porque si por ahí quedan coágulos como que se forma un cáncer; como un tumor podría ser. Y también eso puede ser una causa. O sea que el cáncer de cuello uterino puede ser causado por varias cosas, por varias.” (Ester, 37 años, casada, vive con el marido y tres hijos, 5 años en Arg.)

“... A veces queda, al tener un hijo puede quedar lastimada por dentro, se hace como una úlcera. Pienso de que al tener ese bebé se rasgó, se dañó algo por dentro y no se curó a tiempo, entonces se hace una infección, no se da cuenta. Entonces como que va... eso va jalando cosas así. Por eso pienso yo porque me han hecho pensar a mí así por eso que no quieren que tengamos muchos hijos.” (Susana, 59 años, separada, vive con dos hijas solteras, 19 años en Arg.)

La sangre constituye para los andinos el principal fluido corporal vital (Larme, 1998). Su pérdida¹⁰², así como su inadecuada eliminación (Yon, 2000) y los daños y desplazamientos de los órganos internos durante los partos, tornarían a las mujeres más susceptibles frente a la enfermedad (Larme, 1998). El desgaste o pudrimiento del útero como consecuencia de partos reiterados también sustenta la identificación del cáncer con la paridad reiterada entre mujeres andinas del Perú según Yon (2000). Asimismo, cabe considerar que la singular historia reciente de las estrategias poblacionales de control de la fecundidad del Perú¹⁰³ podría incidir en el peso que las entrevistadas otorgan a factores asociados a la reproducción en la generación de enfermedades que afectan la salud sexual y reproductiva femenina.

El incumplimiento de la “cuarentena”, entendida como el cuidado durante el puerperio, también propiciaría que las heridas producidas por el parto aumenten y se conviertan en tumores:

“Dicen que al dar tanto a luz se va debilitando, se va deteriorando las paredes del útero y si después no te cuidas como si estaría en cuarentena... A las dos semanas que diste a luz tenés sexo con tu esposo y eso es una herida que está abierta. Tenés sexo y te va raspando, raspando y vos no te das cuenta. Porque la herida que uno tiene adentro no sana bien, no cicatriza porque eso está húmedo, mojado. Entonces con el tiempo esa herida va creciendo y se va agrandando. (...) Por eso es que cuando uno da a luz a sus hijos tiene que guardar reposo cuarenta días. Si podés guardar sesenta, mejor, mi mamá me decía, porque las heridas... Es adentro, está pegado el bebé en el útero y te lo arrancan y ahí queda una herida. Te lastiman. Y eso hasta que cicatrice tarda mucho tiempo. Si vos tenés relaciones a los quince días, esa herida no curó. Y ahí nace el cáncer. Ahí nace. O sea, si tu pareja te quiere y sabe estos temas, te tiene que saber respetar y esperar. Y sino bueno, qué vamos a hacer? (...) El ginecólogo no te dice eso. No te dice que cuarenta días no tenés que tener sexo. La gente que sabe, las antigüedades saben de los cuarenta días, guardar cama

¹⁰² La pérdida de este fluido vital también ocurriría periódicamente durante la menstruación (Larme, 1998).

¹⁰³ Este aspecto fue desarrollado con mayor profundidad en el artículo 1.

directamente, reposo sexualmente. Y, porque de ahí vienen las enfermedades, el cáncer al útero como bien dice.” (Ángeles, 42 años, unida, vive con su suegra, marido y dos hijos, 9 años en Arg.)

Cumplir con el resguardo es necesario para reponerse del esfuerzo físico realizado y “para recuperar la sangre que la madre ha ‘entregado’ a su hijo y la que perdió en el parto y alumbramiento” (Sola, 1992: 208). Además de no mantener relaciones sexuales, dicho descanso implica evitar esfuerzos físicos y la exposición a temperaturas extremas (Anderson, 2011). La transgresión de esas reglas puede ocasionar el “sobrepardo” (Larme, 1998). Éste constituye un cuadro de debilidad general “que rebasa los límites de los conceptos puramente médicos (...), generadora y predisponente de todas enfermedades que la mujer adolece en su vida, convirtiéndose en una matriz mórbida permanente. (...) señala una variedad de cuadros clínicos o formas de presentación de las complicaciones del post-parto (*desde el*) dolor y debilidad que produce un parto de primigesta hasta la severa infección génito-pélvica que puede ocasionar la muerte de la mujer” (Sola, 1992: 208). Este mal fue padecido por Alba después de dar a luz a su única hija. Integrando en su relato las dificultades derivadas de una atención inadecuada del parto, la transgresión del resguardo y las hemorragias y coagulación interna de la sangre, ella intenta explicar(se) la histerectomía a la que fue sometida sin su consentimiento: si en principio la cirugía a la que se sometería implicaba apenas la retirada de un quiste, Alba acabó sufriendo la retirada del útero, sobre la que solo fue informada luego de la operación.

“A: Estaba enferma. En Perú me dio como un sobrepardo.

P: *¿Qué es sobrepardo?*

A: Cuando di a luz, salí como a los dos días del hospital y mi cuñada me hizo ir a prender la leña. De mi cama me fui, prendí la leña, eché el querosene en el fósforo y reventó. Y yo me caí. Y ahí me dio como mareo y me empezó a dar la fiebre, la fiebre, la fiebre. (...) Me llevaron de emergencia al hospital porque estaba mal. Perdí sangre, perdí todo. Me sangraba, sangraba y sangraba. (...) Me destriparon a los 25 años. (...)

P: *Y esta cuestión que decís que te sacaron, vos decís que fue por el accidente o...?*

A: Por el sobrepardo. De ahí me formó como un quiste, quedó la sangre coagulada, yo qué sé. Aquí en el ovario tenía un quiste, como pancito redondo. Y a través de eso me destriparon. (...) Yo también digo porque cuando di a luz... Mi hija era muy cabezona. Pesaba 4,300 kg y aparte como estaban en huelga me atendieron en la casa de una familia. Y como no podía parir me cortaron un... así de la vagina. Pero me cortaron mal, que me reventaron una venita. ¡Uy, me embarré como más de 8 sábanas de sangre! No había ni dónde limpiarme la sangre. Y por eso, perdí bastante sangre (...) A mí no me dijeron que me iban a sacar todo, que me iban a vaciar todo. Yo pensaba que era el quiste. (...) Después que me destriparon, también me iban a dar resultados, del quiste que tenía me iban a dar el resultado. Si era maligno, y todo. Pero no me llegaron a dar el resultado. Cuando iba después, me decían ‘Venga otro día’, ‘Venga otro día’. Me cansé de ir otro día. Nunca más fui.” (Alba, 48 años, casada, vive con esposo, hija y dos nietos, 7 años en Arg.)

Los abortos¹⁰⁴ también conllevarían el riesgo de producir cáncer cervical. Llamados “malos partos”, éstos son caracterizados negativamente por las participantes como intervenciones no naturales para la interrupción del proceso gestacional. Ello

¹⁰⁴ En el Perú el aborto no solo no es legal sino que también es moralmente condenado por la Iglesia Católica y los sectores conservadores dominantes (Cáceres, Cueto, Palomino, 2008).

condice con estudios que afirman que las mujeres andinas los consideran peligrosos en términos generales (Yon, 2000). Éstos implicarían el riesgo de ocasionar lesiones internas y también de que sangre y otras materias queden dentro del cuerpo, se descompongan y produzcan la enfermedad.

“E: Yo pienso cuando puedes tal vez tener por esos abortos. (...) Algunas logran perder a sus bebés, otras no. Y con el tiempo, bueno, se escuchan cosas. Como todas las cosas, traen consecuencias.

P: Pero qué sería, como que quedarían lastimadas?

E: Claro, porque podría tener secuelas. Porque no es nada así como natural, un embarazo se elimina todo lo que se tiene que eliminar. Y interrumpido tal vez que no del todo. Como que quede algo o dañe algo.” (Emilia, 46 años, separada, vive con su única hija, 15 años en Arg.)

La utilización reiterada de medicamentos como la “pastilla del día siguiente” también podría ocasionar cáncer cervicouterino:

“Tengo compañeras que les he hablado, les he dicho que tomen conciencia de eso porque nunca se van (*refiriéndose a la realización del Papanicolaou*). Y también las reté del tema de tener relaciones sexuales una semana con uno, la semana con otro, una semana con otro y no cuidarse. (...) De tener relaciones sin cuidarse se mete en alguna macana y va, acuden a la pastilla del día siguiente. Una de ellas se tomó la pastilla del día siguiente dos veces en un mes. Eso es feo, porque eso también hay consecuencias sobre esa pastilla según lo que me dijo la doctora. De consecuencia, con el tiempo es cáncer al útero, es eso.” (Ángeles, 42 años, unida, vive con su suegra, marido y dos hijos, 9 años en Arg.)

La manipulación de ciclos naturales asociados a la reproducción genera recelo entre hombres y mujeres andinos. A pesar del posible interés en controlar la fecundidad, se desconfía de las consecuencias de los métodos anticonceptivos “modernos” sobre la salud femenina (Yon, 2000). Ajenos al cuerpo, éstos producen excesos o ausencia de sangre, alterando el equilibrio que caracteriza al estado de salud y que sería evidenciado por este fluido. Las píldoras provocarían la muerte del óvulo y su descomposición dentro del cuerpo. La formación de pus ocasionaría infecciones, descensos vaginales y finalmente cáncer. Las inyecciones eliminarían la menstruación, entendida como un mecanismo necesario para la limpieza del cuerpo, y el DIU o “T de cobre” provocaría heridas, hemorragias, infecciones y podredumbre en la matriz, que también llevarían al cáncer.

A su vez, los dichos de Ángeles sugieren que, además de las intervenciones sobre ciclos y signos naturales asociados a la reproducción, la libertad sexual femenina es moralmente condenada. La susceptibilidad frente al cáncer cervical en función del ejercicio de la sexualidad parece responder a una “teoría del peligro/riesgo sexual” coherente con el “sistema jerárquico de valor sexual” vigente, en función del cual las prácticas sexuales son estratificadas y valorizadas en función de su proximidad con respecto al patrón heterosexual, monogámico, marital, reproductivo y no comercial (Rubin, 1984).

Por último, resulta especialmente llamativo que nuestras informantes señalan la violencia conyugal como posible causa del cáncer cervical. Según cuatro de ellas, lesiones internas producto de golpes en el vientre podrían transformarse en tumores en caso de no ser debidamente curadas.

“Un golpe, puede ser de un golpe. Si le dan una patada ahí (*señalando su barriga*), quizás se lastima interiormente.” (Susana, 59 años, separada, vive con dos hijas solteras, 19 años en Arg.)

“O golpes. O caídas. A veces hay muchos golpes de sus parejas. (...) Golpes en el vientre, algunas (*mujeres*) cuando están embarazadas. Porque allá (*refiriéndose al Perú*) se escucha mucho el machismo. Todos los hombres golpean a las mujeres y a veces no respetan que están con la panza ni nada.” (Emilia, 46 años, separada, vive con su única hija, 15 años en Arg.)

Según la lógica de la etnomedicina andina, la “debilidad de la matriz” no solo es consecuencia de partos reiterados, sino también del esfuerzo físico excesivo¹⁰⁵ o de golpes, debido al daño permanente de los órganos internos y su desplazamiento (Larme, 1998: 1011). Lamentablemente, la violencia doméstica es un fenómeno bastante extendido en el Perú, donde según datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES Continua 2004-2005) al menos dos de cada cinco mujeres que alguna vez fueron unidas reportaron haber sido agredidas físicamente por sus parejas (OPS, 2009). Socialmente naturalizada (Larme, 1998; Yon, 2000), la violencia doméstica es considerada un problema de carácter privado (Pinzás, 2001; MMR, 2003, Larme, 1998)¹⁰⁶: apenas el 15% de las mujeres víctimas de maltrato físico por parte de su cónyuge solicitó la intervención de autoridades públicas (OPS, 2009: 15). A pesar de que se insinúan tendencias hacia la transformación del padrón de masculinidad hegemónica en el Perú, la virilidad es probada a través del control de la mujer y del simultáneo ejercicio de la libertad sexual por parte del hombre (Fuller, 2012; Yon, 2000). Estos elementos pueden observarse en la historia que Marina relata sobre una vecina que murió de CCU:

P: Y esto, ¿fue acá o allá?

M: Allá en Perú. En la sierra como que todavía estaba un poco dormida la enfermedad. Y ella se fue a la costa, porque sus hijos se fueron ahí. Y resultó el golpe del marido, porque el marido le pegaba. Era muy cochino porque

¹⁰⁵ Si bien no pretendemos agotar aquí todas las causas del CCU señaladas por nuestras entrevistadas, a seguir puede observarse que, además de factores ya mencionados, el esfuerzo físico también es considerado por éstas en relación a la enfermedad:

“M: Según he escuchado a mi abuela, porque mi abuela era muy antigua, es que (*el cáncer de cuello de útero*) era de los malos partos. O una mala limpieza de cuando nace el niño. O por el otro lado, escuchaba que decía porque hacía mucha fuerza.

P: Al parir.

M: Sí, mucha fuerza al parir o depende del trabajo. O donde vivía la persona, que cargaba bultos como hombre. Entonces, como que era un factor eso... como que se descolgaba algo. No sé decir exactamente de qué viene el cáncer al útero. (...) Yo, para mi mente, lo que pensaba, ¿no? Que como no he tenido muchos hijos, como yo escuchaba a la abuela: ‘Tener tantos hijos. Malos partos. Mucho trabajo. Tanta fuerza’.” (Margarita, 66 años, viuda, vive con su hija y dos nietos, 6 años en Arg.)

¹⁰⁶ Este aspecto fue abordado con mayor detalle en el artículo N°1.

andaba también así, así, así (*haciendo gestos de ir de un lugar para otro, dando a entender que mantenía relaciones sexuales con otras mujeres*). Y la señora no podía decirle nada. Cuando (*él*) quería la tomaba y se iba, y andaba así. Y resulta que (*ella*) se fue a la capital, allá a Lima. Y allá el clima es cálido, y de inmediato avanzó la enfermedad y murió. Porque un clima cálido... De inmediato avanzó el mal. Sí, y murió con el cáncer al cuello uterino.” (Marina, 45 años, separada, vive con sus tres hijos, 1 año en Arg.)

Cabe señalar asimismo que este fue el único caso en que se aludió a factores climáticos como desencadenantes del CCU. El “modelo térmico” – que comprende y trata las enfermedades en función del desequilibrio entre la temperatura corporal y del ambiente (García, Cárcamo, Holmes, 2004; Hernández et al, 2006) se presentó entre nuestras informantes, junto al contagio sexual, en relación al “descenso”¹⁰⁷, una de las afecciones de salud sexual femenina que más preocupa a las mujeres peruanas. El descenso vaginal anormal o “regla blanca” alude a diversas infecciones del tracto reproductivo y a síntomas asociados a infecciones urinarias (Yon, 2003).

“El descenso. Acá no se escucha eso, no? (...) Ahí en la sierra le dicen ‘agua blanca’, no? Allá en mi pueblo le dicen ‘agua blanca’ pero en Perú le dicen ‘descenso’. Acá no sé qué le dirán.” (Angélica, 63 años, separada, vive con la familia de su hija, 3 años en Arg.)

M: El descenso dicen viene porque te pasaste de frío o por las relaciones sexuales, por un tipo de contagio.

P: Y, ¿alguna vez te pasó?

M: Sí. A mi mamá le avisé, y me dijo de que ‘Tienes abrigarte la barriga, frotarte’. Y luego me ha dado una planta para tomar y pasaba, no me molestaba. Sí, ya.

P: Y eso por qué fue que te agarró? Cuestión de frío?

M: La verdad que no sé si sería de frío. Aunque no creo que sea de frío porque yo siempre... Allá por el frío usamos dentro un pantalón de lana y luego otro pantalón. Y yo ese pantalón interior lo ponía hasta acá (*señalando debajo del pecho*). De verdad! (*riendo*) Y luego un polo, una remera. Y luego un saquito. O sea bien abrigada, entonces digo, de frío no creo. No sé... Te conté que mi marido era... andaba mal.

P: ¿Mal?

M: O sea, mi marido era como algo así como mujeriego. Entonces tal vez sea por eso.” (Marina, 45 años, separada, vive con sus tres hijos, 1 año en Arg.)

La “regla blanca” mediaría entre la multiparidad y el cáncer: las mujeres peruanas andinas la consideran una de las consecuencias de tener gran cantidad de hijos y la asocian estrechamente al cáncer (Yon, 2000: 95). Ellas estiman que las “aguas blancas”, que pueden durar años, generan heridas en el útero que tienden a agravarse si no son curadas a tiempo, provocando cáncer (Calisaya, 2004; Salcedo, Motta, 2004). Siguiendo esa lógica, el descenso funcionaría como signo de alarma frente al cáncer cervical:

“E: Escuchaba entre las chicas que algunas decían: ‘Yo tengo una cosa cristalina’. Otras decían que era tipo moco. Y que cuando la mujer ya está con cáncer, verde les venía. Y yo de eso miraba pero nunca he visto. Y algunas decían que era muy oloroso. Y yo veía que el mío no era tan oloroso, sí manchaba. Pero después se fue perdiendo. (...)

P: Y alguna vez se te ocurrió que podrías llegar a tener una enfermedad como el cáncer de cuello de útero?

E: Ehhh... No sé. No, yo... No.

P: Y ¿por qué sería?

E: Tal vez que no porque... una pista me salvaría por el descenso. Así que no lo tengo, digo yo que podría ser por ahí.

P: Digamos, quienes tienen es más probable que se puedan enfermar?

E: Para mí sí. Porque es como una pus, algo... Y eso.” (Emilia, 46 años, separada, vive con su única hija, 15 años en Arg.)

¹⁰⁷ La expresión equivalente en portugués sería “corrimentos”.

Esa dinámica de progresión de los descensos, con cambios asociados al empeoramiento del cuadro hasta denotar cáncer fue encontrado por diversos estudios realizados con mujeres peruanas (Yon, 2000; Espinoza Feria, 2003; García, Cárcamo, Holmes, 2004; Calisaya, 2004; Salcedo Motta, 2004).

En suma, a pesar de la gran diversidad de los factores señalados como causas del cáncer cervical por las participantes del estudio, resulta notable que en la mayoría de los casos subyacen claras prescripciones de género que demarcan, de forma diferencial, atributos esperados así como comportamientos permitidos o negados a hombres y mujeres.

4.3 “Es algo normal, es algo femenino”: papanicolaou y monitoreo de la salud sexual

A partir de las diferentes causas adjudicadas al cáncer cervical, nuestras informantes proponen diversas medidas para prevenir la enfermedad. Siendo que las explicaciones de la enfermedad se vinculan con valores morales y comportamientos socialmente atribuidos a hombres y mujeres, la prevención del cáncer cervicouterino también estará atravesada por estos valores y por concepciones relativas al género. Así, en el marco del singular mundo moral local de estas mujeres, la prevención del CCU remite a nociones de higiene y fidelidad y a la necesidad de controlar la salud sexual femenina, entendida como capacidad reproductiva.

En función de la asociación del CCU con el contagio de infecciones del tracto reproductivo y con la tendencia masculina a la infidelidad, las participantes destacan la importancia de la higiene y del uso del preservativo. En caso de tener una pareja fija y confiable, la confianza y la propia monogamia serían formas de disminuir el riesgo frente a la enfermedad.

“P: Y te imaginás que sería posible prevenir el cáncer de cuello de útero?”

L: Obvio que sí, claro!

P: ¿Qué habría que hacer para evitarlo?”

L: Y bueno, qué sé yo. Tener más cuidado cuando tenés relaciones o... cuidarse en la comida. Lavarse bien todos los días. Cambiarse de bombacha todos los días. Yo digo, hacer eso. No sé qué te podría decir.” (Lis, 34 años, separada, vive con su hermano, cuñada, hermana e hija; 5 años en Arg.)

“M: Me refiero a diario una higiene personal, íntima. Agua y jabón. Y bueno, también cuando tienen relaciones con sus maridos. O con otras personas. Claro. Porque dicen que el estar con otras personas, o sea, tener relaciones con otro, otro y otro crea enfermedades.

P: Ah, o sea que parte del cuidado sería también...”

M: Claro, tener una sola pareja. Sí.” (Marina, 45 años, separada, vive con sus tres hijos, 1 año en Arg.)

“Cuando uno está con una persona o una pareja estable, como se puede decir. Ambos que sean tan conscientes de estar solamente con su pareja y cuidarse, no? También, de su higiene personal ambos. Entonces, por ahí como que uno pueda estar más tranquilo (...)” (Ester, 37 años, casada, vive con el marido y tres hijos, 5 años en Arg.)

“También mi esposo es sano. No toma, no fuma, es un hombre sano, no es mujeriego. (...). Gracias a Dios él está tranquilo. Sí. O sea, el único que yo soy para él. (...) Él es tranquilo. Del trabajo a la casa, de casa al trabajo. Eh... no le gustan ni fiestas ni nada. Lo único de él es escuchar música, mirar la tele... Entonces ese es su vicio. Después otras cosas no anda.” (Elsa, 39 años, casada, dos hijas, 7 años en Arg)

Otras entrevistadas postulan que realizar consultas ginecológicas y el Papanicolaou permitiría evitar la enfermedad:

“No sé, creo que... me dijeron también que lo evitás teniendo los controles siempre, haciéndote controles ginecológicos, viendo el Pap dicen que también es una forma, no? Porque supuestamente es silencioso, esa enfermedad no... no tenés reacciones, creo.” (Jimena, 19 años, unida, 2 hijos, 17 años en Arg.)

“Por eso justamente piden estar en control, que hagan el Papanicolaou y puedan descubrir si tienen el cáncer y pueda ser tratado a tiempo. (...) Creo que con ese motivo se hacen todos estos estudios de Papanicolaou y todo eso. Justamente, para prevenir todo esto.” (Emilia, 46 años, separada, vive con su única hija, 15 años en Arg.)

Sin embargo, ello no necesariamente implica el conocimiento sobre la función biomédica específica del examen. En varias ocasiones la citología cervical no es asociada al cáncer cervicouterino sino que, reforzando la importancia de la higiene como forma de prevención de la enfermedad, su realización es descripta como una limpieza – y en algunos otros, como una “rascada” o una “limada” – de una zona del cuerpo que, por ser inaccesible a las propias mujeres, no podría ser higienizada de otra manera. Interpretaciones que asimilan la realización del Papanicolaou a una práctica higiénica entre mujeres de sectores populares fueron encontradas en estudio previo realizado en Salvador, Brasil (Rico, Iriart, 2013).

Dicha práctica preventiva fue vinculada, de forma igualmente genérica, a la detección de otras infecciones de transmisión sexual o a la revisión ginecológica en términos generales:

P: Y el Papanicolaou, para qué cree que nos lo hacemos las mujeres, para qué sirve?

A: Pienso que... o no estamos bien o puede tener cáncer... o puede tener algo de enfermedad, no? Una sira pueden tener, no? Algo...

P: Una sira?

A: Sida, cómo se llama? (*riendo*) Claro, eso las mujeres pueden tener. (...) Para descartar infecciones o otras enfermedades, entonces para eso me parece que se hace ese descarto, no?” (Angélica, 63 años, separada, vive con la familia de su hija, 3 años en Arg.)

“No sé, no sé yo por qué me dan eso. No sé, en realidad que no sé. Porque no me ha dicho nada la doctora. (...) Así nomás. Tranquila, en realidad, tranquila. Yo me voy así, tranquila, a veces sin saber qué es lo que me van a hacer, porque no soy en realidad curiosa de preguntar, ves.” (Marta, 64, compañero en Perú, vive con familia del hijo, 5 meses en Arg.)

“L: Yo hasta donde tengo entendido es un control normal, como toda mujer, por lo mismo que uno tiene relaciones con las personas o tu pareja. Tanto la infección venga de vos o también del hombre, porque el hombre también contagia cosas que uno ni sabe. Entonces es normal que uno lo haga.

P: Es para ver si tenés alguna infección, entonces.

L: Claro, algún germen o algo. Hasta donde tengo entendido es eso. (...) Desde el primer momento que ya tienes pareja tenés que hacértelo, controlártelo, no vas a tener algo en el útero o cosas así. Me ven ese lugar, no? Si estoy ovulando, si estoy ovulando bien, cosas así.” (Leila, 25 años, casada, una hija, 5 años en Arg.)

De esta manera, el Papanicolaou sería una forma de monitorear la salud sexual y reproductiva en términos generales. En ese sentido, más allá de la función atribuida al mismo, su importancia radica en ser un examen propio de “toda mujer”:

“Como te digo, es algo normal, es algo femenino, es algo que toda mujer, que por cuidarse, por el estado de salud que uno quiere tener, puedas prevenir varias cosas, no? Enfermedades, cosas así... uterinas, alguna molestia. Previenes, no? (...) O desde muy jovencita, a veces cuando te enseñan bueno, ‘Va a haber un momento que viene tu regla’, que esto, que lo otro, ‘va a pasar eso, ya eres mujer’. Te enseñan a veces eso, también viene con toda esa carga, no? Que ya eres mujer pero te viene arrastrando cosas de que tienes que controlarte, tienes que hacerte esto, que va a haber enfermedades, va a haber infecciones, que esto, que lo otro... Que es una bomba! Te trae una bomba pero bueno, vas a tener que entender durante toda tu etapa de juventud, o de tu etapa de madurez, de persona adulta, entender cómo te tienes que prevenir o controlar. Pero arrastras eso. Ya viene ya. Es algo, cómo decir, inevitable, no?” (Leila, 25 años, casada, una hija, 5 años en Arg.)

A su vez, la asociación del examen con la femineidad derivaría de la vinculación estrecha de la misma con la reproducción.

“Toda mujer tiene que hacerse ver porque a veces puede tener alguna úlcera, algún quiste. (...) Y eso es bueno para ver cómo va su organismo para ver si van a poder tener un hijo o no. (...) Porque si un organismo está bien, ese niño va a nacer sano. Pero si hay un quiste o hay algo, ese nene no va a salir bien, no?” (Margarita, 66 años, viuda, vive con su hija y dos nietos, 6 años en Arg.)

E: Yo creo que la mujer, de alguna u otra manera se trata de cuidar más. (...)... generalmente la mayoría de las mujeres están con eso de los Papanicolaou y todo eso.

P: Y por qué sería?

E: Y también por lo mismo que son mamás, porque han tenido hijos. También porque si han tenido una infección, se les manifiesta. Todo eso suma para estar más controlada, digamos.” (Emilia, 46 años, separada, vive con su única hija, 15 años en Arg.)

La centralidad de la capacidad reproductiva de las mujeres en la cosmología andina en función de su identificación con la femineidad (Larme, 1998; Yon, 2000) parece converger con las prácticas biomédicas: la consulta ginecológica y la realización de la citología cervical también operan, histórica y cotidianamente, en la dirección de la asimilación entre femineidad y reproducción. En este sentido cabe considerar que, en el marco del proceso de medicalización (Conrad, 2007), la ginecología contribuye a la asociación entre femineidad y función reproductiva (Lupton, 1994; Rohden, 2002) y que la realización del Papanicolaou propicia oportunidades para probar la propia femineidad (Bush, 2000; Rico, Iriart, 2013). Ello nos da pistas sobre los posibles motivos por los cuales, pese al posible desconocimiento de su función en términos biomédicos, sea un examen valorizado por las mujeres. De hecho, todas las participantes del estudio declaran haberlo realizado por lo menos una vez en la vida: mientras ocho mujeres lo practicaron por primera vez en el Perú, siete lo realizaron en la Argentina. También podemos interpretar en ese sentido el hecho de que no realizar el Papanicolaou o practicarlo con una frecuencia considerada inadecuada mortifica a algunas entrevistadas:

“Igual como soy mujer, como quien dice, me voy a hacer, ver cómo estoy... y hacer todos los años siempre, las mujeres que hacemos el Papanicolaou. Ese todos los años hago. Ahora no voy hace tiempo, me va a retar la doctora. Sí, porque yo todos los años me hago. Sí, ahora tengo que ir.” (Elsa, 39 años, casada, dos hijas, 7 años en Arg)

Los servicios de salud refuerzan la asociación de la citología cervical con la cuestión reproductiva a través de la realización del examen durante consultas gineco-obstétricas dirigidas a mujeres más jóvenes – quienes tienen mayor acceso a esos servicios por encontrarse en dicha etapa vital (Fylan, 1988; Agurto et al., 2004; López, Findling, 2003; Arrossi, Paolino, Sankaranarayanan, 2010) –, siendo la paridad un determinante clave de la realización de la misma (Paz Soldán et al, 2008). El análisis de la edad en que nuestras informantes realizaron el primer Papanicolaou nos brinda indicios a este respecto, siendo que once de ellas declararon haberlo hecho antes de los 35 años. Los motivos de la realización del primer examen, independientemente del país donde éste fue efectuado, también apuntan en esa dirección: mientras ocho mujeres lo efectuaron durante el control prenatal o posterior al parto, cuatro lo practicaron en consultas ginecológicas tras iniciar la actividad sexual para obtener métodos anticonceptivos, tres lo hicieron a partir de síntomas o malestares y la restante lo realizó durante un control de salud laboral obligatorio.

Este abordaje oportunístico del CCU, enfocado en la planificación familiar o la salud materna, reduce las posibilidades de que mujeres de edad avanzada accedan al examen a pesar de su mayor riesgo de enfermar de cáncer cervicouterino (Arrossi et al, 2008: 56). A su vez, estas orientaciones programáticas de los servicios de salud hacen sinergia con las propias actitudes de las mujeres de mayor edad, quienes – por haber pasado la etapa reproductiva, por no mantener relaciones sexuales o no sentir malestares – tienden a considerar innecesaria la consulta ginecológica:

“Yo no tengo flujo, yo no tengo dolores, no tengo nada, nada, nada. (...) Ah, bueno, yo estoy vieja, qué voy a tener, yo no tengo ni marido, no tengo nada, estoy tranquila, digo, yo estoy bien.” (Susana, 59 años, separada, vive con dos hijas solteras, 19 años en Arg.)

“M: ¿A esta altura? No, no, no, no. No me lo haría (*refiriéndose al Papanicolaou*). No me lo haría. Y, porque síntomas de algo no lo tengo. No sé cuál serán los síntomas, no? Desconozco. Pero síntomas...”

P: *Y si se siente normal no haría falta.*

M: Sí, sí, sí, sí.” (Margarita, 66 años, viuda, vive con su hija y dos nietos, 6 años en Arg.)

Los casos de las cinco participantes del estudio que realizaron un solo Papanicolaou en la vida nos permiten considerar algunos posibles alcances de la asociación entre el Papanicolaou y la etapa reproductiva. Las tres entrevistadas cuyo único examen fue efectuado en su país natal lo realizaron durante consultas relacionadas con el nacimiento de sus últimos hijos. Sin embargo, la realización del Papanicolaou en el marco de consultas relacionadas con la maternidad no garantizó la continuidad de

dicha práctica. La falta de tiempo, la ausencia de malestares y la falta de quien incentivara su realización llevaron a que ellas no realizaran nuevamente el examen, inclusive frente a casos próximos de la enfermedad:

“Y por ejemplo, los controles ginecológicos y eso?”

M: Solo una sola vez, me hicieron el despistaje¹⁰⁸ del Papanicolaou. Una vez. Después de ello me dijeron, claro, para continuar. Pero yo decía ‘Yo estoy sana’. (*riendo*) Y no volví, solamente porque yo no quise.

P: Y por qué no quisiste?”

M: No, no es que no quise, sino me descuidé. Yo decía ‘Ya voy a ir, ya voy a ir’. No, no fui más.” (Marina, 45 años, separada, vive con sus tres hijos, 1 año en Arg.)

“El Papanicolaou me lo hice después de que nació la nena. Uh, pero hace... ¡Uhhh! Una eternidad. (...) Una vez nomás me lo hice. Y no lo hice más. Sí, la doctora me dijo, ‘Señora, todo está bien’ (...). Y digo, ‘Y sí, falta que me salga algo, como a mi hermana’. (...) Yo sabía que eso se hacía cada año, cada año y cada año. Porque la mujer tiene que estar en esos controles. Mis amigas se los hacían. (...) Como ni había quien me exija. No es como cuando un esposo o alguien más en casa, viste? Y no, nunca me lo hice. (...) (*La médica*) Me dijo que toda mujer tiene que hacerse ver... (...) Y para mí me entró por acá y me salió por otro lado. Más nunca lo hice.” (Margarita, 66 años, viuda, vive con su hija y dos nietos, 6 años en Arg.)

Las dos participantes que efectuaron su único Papanicolaou en la Argentina lo realizaron en consultas ginecológicas durante la menopausia. Sus partos, ocurridos en su país de origen, fueron atendidos por el sistema médico oficial sin que ello implicara la práctica de la citología cervical y tampoco la realizaron posteriormente. En esos casos, residir en la Ciudad de Buenos Aires y contar con un sistema de salud público y gratuito representó la oportunidad de efectuar el único Papanicolaou que realizaron en la vida. En este sentido, cabe recordar que las mujeres migrantes residentes en la CABA se encuentran en una situación más favorable que aquellas que se radicaron en otras localidades del país (Cerrutti, 2005b)¹⁰⁹. Sin embargo, en el caso de Emilia la asociación entre menopausia e inactividad sexual se conjugó con la inadecuada atención recibida, motivos por los cuales no repitió el examen. Siendo que Marta, llegada al país hace 5 meses, acababa de realizar la citología por primera vez, no podemos especular sobre la continuidad de dicha práctica.

“P: Y el Papanicolaou, oyó hablar ya?”

M: No, no, no, nunca, recién me ha hecho, qué se yo... ayer, antes de ayer. (...)

P: Y fue la primera vez que se lo hicieron?”

M: Primera vez, primera vez. Nunca, nunca, nunca, nunca, nunca. Recién ahora que tengo 64 años, recién me están haciendo tantas cosas. Me van a hacer recién pero antes no, nada.” (Marta, 64, *compañero en Perú, vive con familia del hijo, 5 meses en Arg.*)

¹⁰⁸ La expresión “despistaje”, utilizada en el Perú, equivale a la de “tamizaje”, utilizada en la Argentina, y a la de “rastreamiento”, utilizada en el Brasil.

¹⁰⁹ Según el análisis realizado por la autora, en dicha ciudad las conductas preventivas de nativas y migrantes no difieren en forma significativa: “seis de cada diez mujeres respondieron que se efectuaron un Papanicolaou durante el último año (una proporción significativamente más elevada que la observada para el promedio nacional). Por otra parte, menos de dos de cada diez nunca se realizaron el estudio o lo hicieron hace más de tres años.” (Cerrutti, 2005b: 28).

En lo que refiere al último Papanicolaou realizado, diez entrevistadas, en su mayoría jóvenes y de mediana edad, declaran haberlo practicado hasta hace tres años, de manera acorde con la frecuencia recomendada por los lineamientos nacionales para la prevención del cáncer cervical. Entre las cinco que excedieron dicho lapso, las entrevistadas de mayor edad, que realizaron sus últimos – y en algunos casos, también los únicos – exámenes hace varias décadas, reflejan la tendencia general verificada en la CABA, donde las prácticas preventivas del cáncer de cuello uterino disminuyen a medida que avanza la edad de las mujeres, especialmente entre las más pobres, menos escolarizadas y dependientes del sector público de salud (Ponce, 2012). Más llamativo fue encontrar en esta situación a participantes de mediana edad, que no realizan la citología cervical hace entre cinco y 14 años. En esta condición se encuentra Lis, que ilustra la falta de síntomas como motivo para la no realización del examen:

“Me dijeron que al año me tenía que hacerme. Pero yo cuando me vine para acá (*refiriéndose a la Argentina*), como que cuando estás bien como que te olvidas. (...) Decía ‘¿Para qué lo voy a hacer si no me duele?’ Uno va... prácticamente va al médico cuando te duele, cuando sentís dolor. Pero cuando no, no. Entonces: ‘¿Para qué? Si no me duele. Me siento bien, no me siento mal’. Pero cuando vos sentís dolor, ahí sí te vas al médico (*risas*). Bueno, a mí me pasa eso.” (Lis, 34 años, separada, vive con su hermano, cuñada, hermana e hija; 5 años en Arg.)

Estas cinco entrevistadas podrían encuadrarse en el perfil de las mujeres peruanas que tienen menos posibilidades de realizar la citología cervical: mujeres de edad avanzada, que no han realizado otras citologías previamente o que no suelen recurrir a servicios médicos (Winkler et al, 2008). Ello refuerza la necesidad de trascender el foco de las acciones preventivas en las mujeres en edad reproductiva, procurando privilegiar el acceso al Papanicolaou de las mujeres de mayor edad, las que no realizan el examen hace más tiempo que el recomendado y aquellas que no suelen realizar consultas médicas excepto frente a malestares específicos.

En general al aludir a la citología cervical no se mencionan cuestiones relativas al dolor, excepto una entrevistada que intentó realizarla pocos meses después de su último parto, y Emilia, quien a partir de dicha experiencia no repitió el examen:

“Pero yo no me sentí bien. Sentí que me lastimó o algo así. (...) Porque del Papanicolaou siento que (*la ginecóloga*) fue muy brusca en manipular eso. Porque después de eso tuve sangrados, sangrados... Y no, ya no quise regresar más. (...) Sí, pero el manipuleo ese que hizo muy tosco. (...) (*Otras mujeres*) Decían que era un poquito incómodo pero no tanto así, tan brusco. (...) Me asusté después que me hice el Papanicolaou y luego sangraba. Así dije: ‘Ay, me jodió. La doctora me hizo daño’, no sé. Pero esa fue la única vez que tenía miedo.” (Emilia, 46 años, separada, vive con su única hija, 15 años en Arg.)

Sin embargo, según las entrevistadas el miedo al dolor y a que les “saquen una parte del cuerpo” son factores que incrementan los recelos de las mujeres no familiarizadas con el Papanicolaou:

“Algunas (*mujeres*) que conozco no lo hacen, porque ellos tienen miedo... a que sacan, les han dicho que se sacan una parte de ti, de adentro, debe ser. Y eso a muchos he escuchado y yo le he dicho que no es así; solamente te sacan un liquidito, eso, un liquidito nomás. Ellos te lo observan y sale, eso es Papanicolaou. No te lo va a sacar del cuerpo, cada vez que ellos quieren te lo sacan una parte de tu cuerpo.” (María, 40 años, unida, vive con el marido y tres hijos, 4 años en Arg.)

Otra cuestión que dificultaría la realización del examen es el pudor de exponer el cuerpo desnudo, especialmente cuando los profesionales son de sexo masculino¹¹⁰.

M: ¡Ay, no! No me gustaría. Siempre mujer. (...) Bueno, los varones son los varones. Por ahí nosotras más confiadas.

P: Claro. Y si fuera un médico de otra especialidad, que fuera varón o que fuera mujer sería lo mismo o...?

M: Bueno, sí. Pero depende, porque ahora que fui al hospital (*refiriéndose a una consulta de clínica general*) era un médico (...). Pero no me tocó.

P: El asunto es, digamos, si es algo que implica tocar y eso...

M: Ah. Sí. Ahí si es varón, no. (...) Yo prefiero que sea mujer, porque mujer hay más confianza.” (Marina, 45 años, separada, vive con sus tres hijos, 1 año en Arg.)

“Como te digo, a veces la mujer tiene un poco de vergüenza de los doctores, viste? (...) ¡Ay! Que sea mujer porque hombre, qué vergüenza que me vea un doctor!” (Margarita, 66 años, viuda, vive con su hija y dos nietos, 6 años en Arg.)

Un estudio realizado con mujeres en la región de la selva peruana verificó que aquellas que no habían realizado la citología cervical expresaban preocupación sobre la posibilidad de ser examinadas por hombres (Winkler et al, 2008). En nuestro estudio, nuestras informantes consideran que las mujeres de mayor edad y las más jóvenes tendrían más dificultades para efectuar consultas ginecológicas por motivos asociados al pudor. Mientras Susana recuerda que como una “tonta” tomó dos ómnibus hasta una ciudad más lejana en lugar de ir a la posta sanitaria de su pueblo para realizar su primer Papanicolaou, Dora se muestra preocupada ante la negativa de una vecina de edad a concurrir a la consulta ginecológica:

“Otras tienen miedo: ‘Yo no quiero que me revise’, te dicen. Una compañera grande, ‘No, cómo te va a revisar?! Ay, no, a mí no tienen que tocarme’. (...) Por vergüenza... Hay veces ellas dicen ‘Cómo voy a abrir mi pierna si no me conoce esa persona?’ (...) Ella piensa que les va a atender varones. Pero por eso le he dicho que son mujeres. Pero igual ella dice, ‘No, yo no voy a abrir la pierna, no me pueden ver’. (...) Son (*mujeres*) mayores. Tal vez desde chiquilla no... no vieron esa cosa o nunca fue a tratarse o los doctores tal vez no le hablaron. No sé. Entonces ellos no quieren saber esa cosa.” (Dora, 36 años, unida, dos hijas, 8 años en Arg.)

Finalmente, otros factores que dificultan la realización del Papanicolaou se vinculan a las responsabilidades de las mujeres como cuidadoras del grupo doméstico y/o a sus compromisos laborales, tornándose estas demandas particularmente acuciantes entre aquellas que son jefas de hogar.

P: Hace mucho que no vas (a la ginecóloga)?

E: Sí, después que nació ella (*señalando su hija de un año y medio*) no voy. Claro y sí, aparte que... uno cuando tiene bebés no puede ir temprano. Porque ahora con ella no puedo, cómo salir, en qué momento? Nomás que esté en la

¹¹⁰ En el artículo 1 hicimos referencia al caso de una entrevistada cuyo ex-marido le impedía realizar consultas ginecológicas a pesar de que los síntomas de infección urinaria que experimentaba llegaron a afectar la gestación de su último hijo. Yon (2000) también señala la resistencia de los hombres a la revisión ginecológica de las mujeres por médicos hombres en el Perú.

mañana trabajando y en la tarde no creo que le dan turno porque si le dan también a partir de las once y no llego yo. Entonces si voy me dice 'No, ya se dio los turnos'." (Elsa, 39 años, casada, dos hijas, 7 años en Arg)

"Sí o sí tengo que ir al hospital. Pero para eso tengo que darme tiempo. Y no pude darme tiempo porque tenía que trabajar para... porque mi hija tenía que irse a la escuela, tenía que comprar todos los útiles. Y si yo no le doy no hay quien me ayude. Porque yo no recibo ninguna ayuda. Por eso. Es por eso que a veces me cuesta ir al médico, me cuesta faltar porque si yo falto me cortan el sueldo." (Lis, 34 años, separada, vive con su hermano, cuñada, hermana e hija; 5 años en Arg.)

Menéndez (2004) señala que al interior de la familia, micro-grupo fundamental en relación al proceso de salud-enfermedad-atención, el cuidado constituye una atribución femenina. La distribución de tareas que reserva a las mujeres dicho rol obedece, a su vez, a una definición cultural de lo femenino (Heilborn, 2003). En efecto, el cuidado constituye, según Esteban (2006) una responsabilidad social completamente generizada que no es visibilizada como un trabajo. Ello se debe a su localización en el ámbito privado de la familia y el hogar, a su componente afectivo y a la noción esencializadora que sustenta que las mujeres, por el mero hecho de serlo, poseen naturalmente las destrezas necesarias para su realización, ocultando así la vinculación de esta actividad a una división sexual del trabajo específica al interior de un sistema de género determinado (Esteban, 2006: 16). Por su parte, Scavone (2005) afirma que atributos considerados femeninos subyacen a la propia noción de cuidado, siendo la priorización del cuidado de los otros sobre el de sí misma un reflejo de esas relaciones sociales asimétricas naturalizadas. Sin perspectivas de redistribuir al interior de la familia esas responsabilidades, nuestras informantes se enfrentan con una suerte de callejón sin salida ya que si las tareas domésticas y el trabajo fuera del hogar dificultan el cuidado de su salud, mantenerse sanas es, por su parte, una condición imprescindible para cumplir dichas funciones:

"Y el varón? Una vez que estés con cualquier mal ya se va a ir. Y quién va a ver a mis hijos? Bueno, yo tenía que... de alguna manera mi suegra me decía: 'Hija, cuidate. Si tú no te cuidas, tú no te alimentas... Sí tú no levantas la cabeza para mirar adelante, hacer las cosas... Nadie te va a decir 'Toma, come'. Mira por tí. Tus hijos crecen y se van. Te vas a quedar como yo, sola, sino'. 'Bueno, mamá', le decía. Y mi mamá también me decía, y hasta ahora. Cuando yo le llamo, 'Marina, estarás comiendo?' Porque yo a veces mucho me descuidaba de la comida, prefería trabajar que a veces alimentarme. Mi mamá me dijo: 'Si tú te enfermas, no vas a trabajar. Y si no trabajas, no vas a tener para tus hijos'." (Marina, 45 años, separada, vive con sus tres hijos, 1 año en Arg.)

"Tengo que cuidar, yo me tengo que cuidar yo para cuidar a mis hijos, mis nietos. Y sí, sino cómo?" (Susana, 59 años, separada, vive con dos hijas solteras, 19 años en Arg.)

"Porque cuando uno trabaja se descuida de su persona, ¿viste? Se descuida mucho. (...) La hija me viene: 'Si mamá, saca los controles por teléfono. Uy, mamá', me dice, 'tengo que irme a trabajar y el control es a tal hora.' Deja donde tiene que ir y se va a trabajar. Yo le digo a ella: 'Mira, tú tienes los chicos por ver. Vivir por ellos. Que ahí me enfermo yo, enfermas tú y ¿qué hacemos?' 'No, sí, mamá', me dice. Pero a veces se le cruza con el trabajo. Y así. Está igual que la madre." (Margarita, 66 años, viuda, vive con su hija y dos nietos, 6 años en Arg.)

De esta forma, podemos observar que tanto las prácticas preventivas del cáncer cervicouterino propuestas por las entrevistadas – la higiene, la confianza en la pareja

estable y la realización del Papanicolaou como forma de monitoreo de la salud sexual en vinculación con la femineidad y la capacidad reproductiva – como los principales obstáculos a la realización de la citología cervical – el foco en las mujeres en edad reproductiva, el pudor de la exposición del cuerpo y las demandas derivadas de su papel de cuidadoras – están atravesadas por significados que remiten al género como definidor de los papeles y atributos esperados de las mujeres.

5. Consideraciones finales

Nuestros datos apuntan que los significados y prácticas preventivas asociados al cáncer cervicouterino no solamente son condicionados por las posibilidades de acceso de las participantes del estudio a los servicios pertinentes – definidas por su situación socioeconómica y el contexto sanitario – sino que también están fuertemente atravesados por factores tocantes a normas y papeles relativos al género.

El contacto previo de las entrevistadas con el cáncer cervical a través de casos conocidos refleja la magnitud de la enfermedad en la sociedad de origen. Más que una postura fatalista, la asociación del CCU a la muerte reflejaría dificultades reales de acceso a los servicios pertinentes en un contexto en que los recursos materiales, humanos y organizativos necesarios para la detección precoz, el diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad son insuficientes y de distribución desigual. En este sentido, facilidades para el acceso a la atención biomédica pública y gratuita en la ciudad de Buenos Aires representan avances considerables para las participantes de este estudio. La obtención de turnos sin necesidad de realizar filas a la madrugada, los médicos/as de referencia y horarios de atención convenientes, así como la proximidad geográfica de los efectores de atención primaria de la salud son especialmente valorados.

Los significados otorgados al cáncer cervicouterino en torno a la pérdida de órganos que repercutirían sobre la imagen femenina estarían moldados por la cosmología andina, que asocia la mujer a la fertilidad. La valoración de la capacidad reproductiva femenina por parte de los hombres peruanos agrava el miedo de las mujeres a la enfermedad, ya que la esterilidad podría motivar el abandono de sus compañeros.

Un complejo modelo causal del CCU es puesto en acción, articulando dominios de causalidad de diferentes órdenes. Sin embargo, gran parte de los factores señalados como causas de la enfermedad reflejan valores de género que demarcan características y

conductas definidas como propias o impropias para hombres y mujeres. Se considera que estas últimas son más débiles que los hombres por tener cuerpos más expuestos a agentes externos, sustentando una concepción del cuerpo femenino que enfatiza su fragilidad y necesidad de cuidados. La propia latencia de la enfermedad, derivada de factores hereditarios, sería “activada” por factores anímicos cuya canalización sería permitida a los hombres a través de actividades que son socialmente inaceptables entre las mujeres. La enfermedad sería ocasionada, a partir de condiciones de higiene insuficiente o por la vía del “contagio”, por el ingreso de “microbios” al cuerpo. La centralidad del “contagio” en relación al CCU estaría más articulada a modelos explicativos de infecciones del tracto reproductivo altamente prevalentes entre las mujeres peruanas que al conocimiento sobre el VPH. La transmisión sexual del cáncer cervical sería propiciada por tener numerosos compañeros sexuales o por tener una pareja que se relaciona con diferentes mujeres. Mientras la libertad sexual sería considerada un atributo natural de los hombres, en el caso de las mujeres sería moralmente reprobada.

El cáncer de cuello de útero sería producto de úlceras o heridas que, sin el debido tratamiento, se convertirían en quistes o tumores. Dichas heridas son asociadas a elementos vinculados a la reproducción como los partos recurrentes, los cuidados insuficientes o inadecuados durante el puerperio, los abortos o la utilización de métodos anticonceptivos. Alteraciones en relación a la sangre, considerada como el principal fluido corporal vital por la etnomedicina andina, tornarían a las mujeres más susceptibles frente a la enfermedad. Además, la violencia conyugal, problema de alarmante prevalencia en el Perú, también es señalada como posible causa del cáncer cervical. Del mismo modo que los factores concernientes a la reproducción, los golpes pueden ocasionar daños en los órganos internos y debilidad de la matriz. Los “descensos” o “aguas blancas”, categorías de importante presencia en la etnomedicina andina, operan como signo de alarma relativos al cáncer cervical.

De forma consecuente con el modelo multicausal del CCU, las participantes del estudio refieren diversas prácticas preventivas para la enfermedad, más o menos difusas. Frente a la amplia noción de “contagio” se contraponen varias medidas relativas a la higiene. Ante el riesgo representado por agentes externos presentes en el ambiente, la desinfección de sanitarios y los cuidados en su utilización son enfatizados. En función del vínculo entre el CCU con las infecciones del tracto reproductivo y la naturalizada tendencia masculina a la infidelidad, el aseo propio y el recambio frecuente de la ropa

interior son destacados, junto a la importancia de que los compañeros sexuales también se higienicen adecuadamente. Ante una libertad sexual masculina que no sería cuestionable, la higiene como forma de prevención alerta sobre el exiguo margen de maniobra con que las mujeres cuentan para incidir sobre el riesgo de enfermar. Mujeres que tienen diferentes parejas sexuales deben tomar cuidado en relación al uso del preservativo. En el caso de tener una pareja fija y confiable, la confianza y la monogamia son referidas como formas de disminuir el riesgo frente a la enfermedad.

La realización del Papanicolaou no necesariamente refleja el conocimiento sobre su función en términos biomédicos. Su práctica es vinculada de manera genérica a la detección de otras infecciones de transmisión sexual y en algunos casos es descripta como una limpieza de los órganos internos que las mujeres no podrían realizar por sí mismas. Calificado como un examen propio de “toda mujer”, representa una forma de monitorear la salud sexual y reproductiva en vinculación con la femineidad y la capacidad reproductiva. La cosmología andina y las prácticas biomédicas parecen colaborar igualmente para dicha asociación. La dinámica de los servicios de salud, a través de la realización del examen en consultas gineco-obstétricas a mujeres en edad reproductiva, limita las posibilidades de que mujeres de edad más avanzada, en mayor riesgo de enfermar de cáncer cervicouterino, accedan al mismo. Ello converge con las percepciones de esas mujeres, quienes por haber pasado la etapa reproductiva o por no ser sexualmente activas tienden a considerar innecesario realizar la citología cervical.

Si bien el sistema público y gratuito de salud de la Ciudad de Buenos Aires propiciaría la realización de la misma, inclusive para mujeres que nunca la habían realizado antes, entrevistadas de mayor y mediana edad no realizan dicho examen con la frecuencia recomendada por los lineamientos programáticos. Además del sesgo reproductivo del Papanicolaou, se registró la falta de síntomas como motivo de dichas situaciones. Como obstáculos para la realización de la citología cervical fueron mencionados el miedo al dolor y a que les “saquen una parte del cuerpo”, el pudor y la falta de tiempo debido a las responsabilidades femeninas como cuidadoras del grupo doméstico.

Este estudio procura contribuir al mejoramiento de las acciones preventivas del cáncer cervicouterino entre mujeres migrantes en la Ciudad de Buenos Aires, considerando sus precarias condiciones de habitación y trabajo en dicho contexto, los particulares significados y prácticas asociados al cuidado de la salud y los imperativos de género que repercuten sobre diversos aspectos de sus vidas. Si bien la residencia en

la Ciudad de Buenos Aires puede significar la ampliación del acceso a recursos antes indisponibles para la prevención del cáncer cervical, para que esa posibilidad se torne real es necesario propiciar dinámicas de atención adecuadas a la realidad de estas mujeres, considerando especialmente aquellas que se encuentran en mayor riesgo frente a la enfermedad. Estas formas de atención deben considerar no solamente condicionantes relativos a la accesibilidad de las mujeres a los servicios sino también sus modalidades socioculturales específicas de comprender y lidiar con la salud en general y con la prevención del cáncer cervicouterino en particular.

Siendo que las mujeres de mayor edad están en mayor riesgo de desarrollar cáncer de cuello de útero, no deja de ser fundamental, a pesar de lo reiterativo, enfatizar la necesidad de revertir el sesgo reproductivo que caracteriza a las acciones preventivas del cáncer cervical. Considerando la tendencia entre éstas a desestimar la consulta ginecológica, resulta clave el papel de servicios clínicos y otras especialidades a las que ellas acuden en función de otras cuestiones que afectan a su salud. Éstos podrían sensibilizarlas sobre la importancia de realizar el Papanicolaou y podrían ofrecer modalidades de derivación rápidas, procurando evitar oportunidades perdidas.

Incentivar la realización del examen entre las mujeres que no lo practican hace más de tres años y entre aquellas que no suelen realizar consultas médicas preventivas requiere estrategias de sensibilización extramuros, cuya viabilidad en un lugar como nuestro local de estudio es promisoria. Tratándose de un espacio reducido donde búsquedas activas son factibles, donde experiencias positivas de mujeres conocidas pueden ser difundidas para disminuir temores e incertidumbres, donde se cuenta con mujeres actuantes en organizaciones comunitarias que podrían abrazar la causa y donde se cuenta con profesionales de salud que procuran facilitar el acceso a efectores de salud próximos, la perspectiva de que esas mujeres acepten realizar la citología cervical parecería ser alentadora. Horarios de atención en diferentes turnos y menores tiempos de espera pueden facilitar la realización de consultas por parte de mujeres cuyo cuidado de sí se ve condicionado por excesivas cargas de trabajo doméstico y extradoméstico.

Factores que alimentan los recelos de las mujeres no familiarizadas con la citología cervical o con la consulta ginecológica como la ausencia de síntomas, el miedo al dolor, a que les “saquen una parte del cuerpo” y el pudor; prácticas de higiene que repercuten negativamente sobre su salud sexual e indicadores ambiguos sobre el estado de la misma deben ser abordados a través de estrategias de educación para la salud que propicien la circulación de información entre pares, con apoyo de profesionales de salud

en caso necesario. Esta modalidad propiciará, además, intercambios entre saberes biomédicos y tradicionales, necesarios para construir modalidades de atención respetuosas de los saberes y necesidades de estas mujeres.

Condicionantes más profundos para la prevención del cáncer cervical, derivados de los condicionamientos de género que pesan sobre estas mujeres, no serán revertidos ni deconstruidos a través de simples intervenciones sanitarias. Sin embargo, la visibilización de estas asimetrías orientada a su desnaturalización y la impostergable intervención en casos de violencia, sumados a formas de atención que enfatizan los derechos de las mujeres en relación a sus cuerpos y la disociación de la femineidad y la reproducción como imperativo pueden ser pasos iniciales hacia la construcción de relaciones más equitativas entre estos/as hombres y mujeres, de modo que hablar de cáncer cervical nos remita cada vez menos a procesos de inequidad de tan amplio alcance (Menéndez, 1994), de los cuales esta enfermedad sería apenas una expresión significativa.

6. Referencias

AIZENBERG, L., RODRIGUEZ, M.L., CARBONETTI, A. Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. **Migr. Inter**, v.8, n.1., p. 65-94, 2015.

ALARCÓN, A.M., VIDAL, A., NEIRA ROZAS, J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. **Rev Méd Chile**, n. 131, p. 1061-1065, 2003.

ALCALDE-RABANAL, J., LAZO-GONZÁLEZ, O., NIGENDA, G. Sistema de salud de Perú. **Salud Pública de México**, v. 53, n. 2, p. 243-254, 2011.

AGURTO, I. ET AL. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. **Preventive Medicine**, n. 39, p. 91-98, 2004.

ANDERSON, J. Escenarios de enfermedad, salud, muerte y vida. En: Orlando Plaza (Ed.). **Perú: actores y escenarios al inicio del nuevo milenio**. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. 2001. P. 229-277.

ANDERSON, J. Mortalidad materna y derechos humanos. **Apuntes: Revista de Ciencias Sociales**, v. 38, n. 69, p. 101-127, 2011

ARGENTINA. Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 563/2011. Buenos Aires, 10/5/2011. Inclusión de la vacuna contra el VPH en el calendario de inmunizaciones.

ARGENTINA. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS [INDEC]. **Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010: Censo del Bicentenario: resultados definitivos, Serie B no 2. - 1a ed. - Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2012. v. 1.**

ARGENTINA. INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER [INC]. Ministerio de Salud de la Nación. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD - ASIS CÁNCER EN ARGENTINA - 2011. Boletín de Vigilancia Epidemiológica del INC. Año 1, Nro. 1, octubre 2013a

ARGENTINA. MINISTERIO DE SALUD. [internet] Resolución 1480/2011, sobre la aprobación de la Guía para Investigaciones con Seres Humanos. Disponible en: http://www.uba.ar/archivos_secyt/image/Resolucion1480-11%20Naci%C3%B3n.pdf

ARGENTINA. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO-UTERINO [PPCC], MINISTERIO DE LA NACIÓN, ARGENTINA. [internet] <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/pdf/epidemiologia/mortalidad-cancer-utero-pcias-2007-2009.pdf> Acceso 14 set 2011a

ARGENTINA. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO-UTERINO [PPCC], MINISTERIO DE LA NACIÓN, ARGENTINA. [internet] <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/lineamientos-programaticos.html> Acceso 14 setiembre de 2011b

ARROSSI, S. et al. Social inequality in Pap smear coverage: identifying under-users of cervical cancer screening in Argentina. **Reprod Health Matters**, v. 16, n. 32, p. 50-58, 2008.

ARROSSI, S.; PAOLINO, M. **Proyecto para el mejoramiento del programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina**. Informe Final: Diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS. Pub. 64. 2008

ARROSSI, S., PAOLINO, M., SANKARANARAYANAN, R. Challenges faced by cervical cancer prevention programs in developing countries: a situational analysis of program organization in Argentina. **Rev. Panam. Salud Pública**, v. 28, n. 4, p. 249-57, 2010.

BARRIONUEVO-ROSAS, L., PALÈNCIA, L., BORRELL, C. ¿Cómo afecta el tipo de seguro de salud a la realización del Papanicolaou en Perú? **Rev Panam Salud Pública**, v. 34, n. 6, p. 393-400, 2013.

INCA, 2009b. Revista Rede Câncer Nº 09, 2009. [internet] Nota de capa: O desafio feminino do câncer. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/revistaredecancer/site/home/n9/revista_9 Acesso em 30 jan. 2011

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

BRASIL. Resolução nº 466/12, sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CANCER BRASIL [INCA]. [internet] Atlas da Mortalidade. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>. Acesso em: 26 de maio de 2014

BUSH, J. It's just a part of being woman: cervical screening, the body and femininity. **Social Science & Medicine**, v. 50, n. 3, p. 429-444, 2000.

CÁCERES, C. CUETO, M., PALOMINO, N. Las políticas de derechos sexuales y reproductivos en Perú: revelando falsas paradojas. En: PARKER, R., PETCHESKY, R., SEMBER, R. **Políticas sobre sexualidad**. Reportes desde las líneas del frente. México: Sexuality Policy Watch. 2008. P. 139-183.

CALISAYA, E. **Voces de mujeres de Ancash. Género y salud reproductiva**. Lima: USAID Perú, Movimiento Manuela Ramos, 2004.

CANEVARO, S. Migración, crisis y permanencia de la migración peruana en Buenos Aires. Trayectorias laborales e identidades sociales de mujeres en el servicio doméstico. In: IX Congreso Argentino de Antropología Social. 2008, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones.

CASTELLANOS, P. **Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe: derechos humanos, mitos y duras realidades**. Santiago de Chile, 2005. (Programa Regional de Población y Desarrollo Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - CELADE - División de Población / Fondo de Población de las Naciones Unidas).

CERRUTTI, M. La migración peruana a la Ciudad de Buenos Aires: su evolución y características. **Población de Buenos Aires**, v.2, n.2, p. 7-25, 2005.

CERRUTTI, M. Problemas de salud, utilización de servicios y conductas preventivas de los migrantes limítrofes en la Argentina. En: Jelin, E. SALUD Y MIGRACIÓN REGIONAL. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural. IDES. P. 15-32. 2005b

CERRUTTI, M. **Diagnóstico de las poblaciones de inmigrantes en la Argentina.** 2009. (Serie de Documentos de la Dirección Nacional de Población 02).

CERRUTTI, M. (coord.) **Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina.** Buenos Aires, 2011. (Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD; Centro de Estudios de Población - CENEP; UNFPA Argentina).

CONNELL, R. **Gender in World Perspective.** Cambridge: Polity, 2009.

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

COURTIS, C., PACECCA, M.I. Género y trayectoria migratoria: mujeres migrantes y trabajo doméstico en el Área Metropolitana de Buenos Aires. **Papeles de Población**, v. 16, n. 63, p. 155-185, 2010.

ESPINOZA FERIA, J. **Voces de mujeres de La Libertad. Género y salud reproductiva.** Lima, 2003. (USAID Perú, Movimiento Manuela Ramos).

ESTEBAN, M.L. El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. **Salud Colectiva**, v.2, n.1, p. 9-20, 2006.

FERLAY J. et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Disponible em: <http://globocan.iarc.fr>. Acesso em 26 maio 2014

FERNÁNDEZ, M. ET AL. HPV knowledge, attitudes, and cultural beliefs among Hispanic men and women living on the Texas-Mexico Border, **Ethn. Health**, v.14, n.6, p. 607-624, 2009.

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

FULLER, N. Repensando el Machismo Latinoamericano. **Masculinities and Social Change**, v 1, n 2, p. 114-133, 2012.

GARCÍA, P. ET AL. Reproductive tract infections in rural women from the highlands, jungle, and coastal regions of Peru. **Bulletin of the World Health Organization**, n. 82, p. 483-492, 2004.

GARCÍA, P.J., CÁRCAMO, C.P., HOLMES, K. **Infecciones del tracto reproductivo en mujeres de zonas rurales de Perú: un enemigo silencioso.** 2004. Lima: University of Washington, Universidad Cayetano Heredia, USAID-Perú, Movimiento Manuela Ramos. 108 p.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978. P. 13-41

GOLDBERG, A., MARTIN, D., SILVEIRA, C. Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 53, p. 229-232, 2015.

GOLDBERG, A. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. **Saúde Soc.**, v.22, n.2, p. 283-297, 2013a.

GOLDBERG, A. Situaciones de riesgo para la salud de los trabajadores inmigrantes: una aproximación etnográfica comparativa. **Quaderns-e**, v.18, n.2, p. 173-186, 2013b.

GOLDBERG, A. Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires, **Cuadernos de Antropología Social**, n.39, p. 91-114, 2014.

GOGNA, M.; RAMOS, S. Crenças leigas, estereótipos de gênero e prevenção de DSTs In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (org.). **Sexualidades pelo avesso**. Direitos, Identidades e Poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999.

HEILBORN, M.L. Construção de si, gênero e sexualidade. In: _____ (org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

HEILBORN, M.L.; GOUVEIA, P. Marido é tudo igual In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (org.). **Sexualidades pelo avesso**. Direitos, Identidades e Poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999.

HEILBORN, M. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: Goldemberg, P.; Marsiglia, R.; Gomes, M.H. (orgs.), **O clássico e o novo**. Tendências, objetos e abordagens em ciências sociais em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003. P. 197-208.

HERNÁNDEZ, L.S. et al. Understandings of reproductive tract infections in a peri-urban pueblo joven in Lima, Peru. **BMC Women's Health**, n. 6, 2006.

HUNTER, Jennifer. Better late than never: reflections on the delayed prioritization of cervical cancer in international health. **Health Care for Women International**, v.27, n.2, p. 2-17, 2006.

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

INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD [ISAGS]. **Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidade**. GIOVANELLA, L. et al. (orgs.). Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

JELIN, E., GRIMSON, A., ZAMBERLIN, N. Los pacientes extranjeros en la mira. En: Jelin, E. **Salud y migración regional**. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural. IDES. P. 47-56. 2005.

KATZ, N. et al, Vacuna contra el virus del Papiloma Humano: resultados a un año de su incorporación al Calendario Nacional de Vacunación. **Rev Argent Salud Pública**, v. 4, n. 14, 2013.

KAUFERT, P. Screening the body: the Pap smear and the Mammogram. In: LOCK, M, YOUNG, A., CAMBROSIO, A. (eds.) **Living and Working with the New Medical Technologies: Intersections of Inquiry**, Cambridge: Cambridge University Press. 2000.

LAPLACETTE, G., PAOLINO, M., SUÁREZ, N. Equidad y Riesgo. **Revista de la Maestría en Salud Pública**, v. 8, n. 16, 2010.

Larme, A. Environment, vulnerability, and gender in Andean ethnomedicine. **Social Science and Medicine**, v. 47, n. 8, p. 1005-1015, 1998.

LE BRETON, D. **Antropología del cuerpo y modernidad**. Buenos Aires: Nueva Visión, 2010. 256 p.

LEWIS, M. **Análisis de la situación del Cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe**. Washington, 2004. (OPS).

LÓPEZ, E., FINDLING, L. Prevención de la salud reproductiva y construcción social del riesgo: eslabones entre las prácticas individuales y las acciones públicas. **Revista de la Maestría en Salud Pública**, v. 1, n. 2, 2003.

LUCIANI, S, WINKLER, J. **Prevención del cáncer cervicouterino en el Perú: lecciones aprendidas del proyecto demostrativo tamizaje y tratamiento inmediato (TATI) de las lesiones cervicouterinas**. Washington, 2006 (PAHO).

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

MAGLIANO, M.J. Mujeres migrantes, Estado y desigualdad social: la política migratoria argentina desde una perspectiva de género. In: s/a. Migración y política: el Estado interrogado. Procesos actuales en Argentina y Sudamérica. Córdoba: Universidad de Córdoba. p. 71-102. 2009.

MANNARELLI, M.E. Prólogo, en PINZÁS, A. **Jerarquías de género en el mundo rural**. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2001. P. 13-19.

MARTÍNEZ, M.L., GUEVEL, C.G. Desigualdades sociales en la mortalidad por cáncer de cuello de útero en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1999-2003 y 2004-2006. **Salud Colectiva**, v. 9, n. 2, p. 169-182, 2013.

MENÉNDEZ, E.L. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: CAMPOS NAVARRO, R. (comp.). **La antropología médica en México**. México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana. 1992. P. 97-113.

MENÉNDEZ, E.L. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? **Alteridades**, v.4, n.7, p 71-83, 1994.

MENÉNDEZ, E.L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. In: SPINELLI, H. (comp.). **Salud Colectiva**. Cultura,

instituciones y subjetividad - Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires: Lugar. 2004. P. 11-47.

MINAYO, M.C. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 4, n.4, p. 363-381, 1988.

MORA, L. **Las fronteras de la vulnerabilidad: género, migración y derechos sexuales y reproductivos**. 2003. (Oficina para América Latina y Caribe FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS - UNFPA).

Movimiento Manuela Ramos [MMR]. **Abriendo nuestros ojos. Una experiencia de trabajo con hombres en temas de género y salud sexual y reproductiva**. Lima, 2003. (Movimiento Manuela Ramos, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID-Perú).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS]. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Hoja Informativa. 2001. Disponible em: www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/cervicalcancersp.doc Acesso em 30 jan. 2011

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS]. Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS Perú 2010-2014. Lima, 2009.

PAZ-SOLDÁN, V. et al. Structural barriers to screening for and treatment of cervical cancer in Peru. **Reproductive Health Matters**, v. 20, n.40, p. 49-58, 2012.

PAZ SOLDÁN, V. et al. Who is getting Pap smears in urban Peru? **International Journal of Epidemiology**, n. 37, p. 862-869, 2008.

PERÚ, Ministerio de Salud (MINSA). Plan Nacional de prevención del cáncer ginecológico de cuello uterino y mama 1998-2000. Perú: MINSA; 1998.

PERÚ, Ministerio de Salud. Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino. Perú: MINSA; 2000.

PERÚ, Ministerio de Salud. Plan nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer en el Perú. Control del cáncer de cuello uterino: Norma técnico oncológica para la prevención, detección y manejo de lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional. Perú: MINSA; 2007.

PERÚ, Ministerio de Salud. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2013. Ramos Muñoz, W.C., Venegas Ojeda, D.R. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2013.

PINZÁS, A. **Jerarquías de género en el mundo rural**. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2001. 168p.

PONCE, Marisa. Percepción de riesgo y opiniones sobre el cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama en mujeres adultas de la Ciudad de Buenos Aires. **Revista Argentina de Salud Pública**, v.3, n.13, 2012.

RICO, A.M; IRIART, J.A. “Tem mulher, tem preventivo”: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Púb**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1763-1773. 2013.

- ROHDEN, F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 101-125. 2002.
- ROSALDO, M. O uso e o abuso da antropologia: reflexões sobre o feminismo e o entendimento intercultural. **Signs**, v.5, n.3, p. 389-417, 1980.
- ROSAS, C. Implicaciones mutuas entre el género y la migración mujeres y varones peruanos arribados a Buenos Aires entre 1990 y 2003. Buenos Aires: EUDEBA, 2010.
- RUBIN, G. Pensando o sexo: Notas para uma Teoria Radical das Políticas da Sexualidade, tradução em versão digital por Felipe B.M. Fernandes. 1984.
- SALCEDO, C., MOTTA, A. **Voces de mujeres de Ayacucho. Género y salud reproductiva**. Lima, 2004. (USAID Perú, Movimiento Manuela Ramos).
- SÁNCHEZ, J. et al. Gender differences in sexual practices and sexually transmitted infections among adults in Lima, Peru. **American Journal of Public Health**, v. 86, n. 8, p. 1098-1107, 1996.
- SCAVONE, L. O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. In: Villela, W.; Monteiro, S. (Org.). **Gênero e saúde: Programa Saúde da família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO e UNFPA. v. 1. P. 101-112. 2005
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 16, n. 2, p 5-22, 1990.
- SILVA et al. Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, V. 44, N. 3, P. 554-560, 2010.
- SOLA, José. El sobrepardo. En: CIFUENTES, M. et al. **Medicina andina: situaciones y respuestas**. Centro Andino de Acción Popular - CAAP. 1992.
- SONTAG, S. **La enfermedad y sus Metáforas y el Sida y sus Metáforas**. Buenos Aires: Taurus, 2005.
- TSU, V.; LEVIN, C. Making the case for cervical cancer prevention: what about equity? **Reproductive Health Matters**, v16, n.32, p. 104-112, 2008.
- YON, C.L. **Hablan las mujeres andinas. Preferencias reproductivas y anticoncepción**. Lima, 2000. (Movimiento Manuela Ramos)
- YON, C. Sistemas explicativos sobre el cuerpo y la salud e intervenciones en salud reproductiva. In: VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud (Lima, 10-13 de junio de 2001). En: CÁCERES, C. et al. (Coord.). **La salud como derecho ciudadano - Perspectivas y propuestas desde América Latina**, Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003.
- WANG, L. Ideas y prácticas en torno a la Salud Sexual y Reproductiva en jóvenes migrantes paraguayas que se trasladan a la Argentina. **Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología**, v. 2, n. 2, p. 1-49, 2010.
- Winkler, J. et al. Women's participation in a cervical cancer screening program in northern Peru. **Health Education Research**, v.23, n.1, p. 10-12, 2008.

WOOD, K; JEWKES, R.; ABRAHAMS, N. Cleaning the womb: constructions of cervical screening and womb cancer among rural black women in South Africa. **Soc. Sci. Med.** Vol. 45, N°. 2. P. 283-294, 1997.

Artigo 3: “Gênero e moral sexual na prevenção do cancer cervicouterino em um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil”

RESUMO

Através da abordagem dos significados e práticas referentes à prevenção do câncer cervicouterino, este estudo pretende mostrar que as práticas de cuidado à saúde longe de ser neutras, se inserem em contextos morais. Pela análise de entrevistas semiestruturadas com 21 mulheres entre 18 e 57 anos de um bairro popular de Salvador, busca-se compreender as valorações morais que subjazem às práticas preventivas do câncer cervical e conhecer as barreiras que se colocam ao cuidado. A abordagem qualitativa permite aproximarmos às redes semânticas que permeiam as práticas destas mulheres em função da valorização da sexualidade em termos negativos e do cuidado e da limpeza do corpo como atributos femininos. Diante das dificuldades de acesso à atenção biomédica, práticas tradicionais e religiosas se apresentam como substitutos, permitindo que mulheres que não realizam o Papanicolaou se considerem “direitas” diante do risco de serem assinaladas como incorretas em função de práticas sexuais e de cuidado julgadas negativamente em função da moral sexual dominante.

Palavras-chave: Câncer cervicouterino - Gênero - Moralidade - Sexualidade - Prevenção

“Gender and sexual morale related to cervical cancer prevention in a popular settlement in Salvador, Bahia, Brazil”

ABSTRACT

Through the analysis of cervical cancer prevention related meanings and practices, this study aims to show that health care practices, far from being neutral, are immersed in moral contexts. Analysing semi-structured interviews with 21 women between 18 and 57 years old in a popular settlement in Salvador, we tried to understand the moral values which are related to cervical cancer preventive practices and to discover difficulties which prevent self-care. Qualitative analysis allows us to study semantic networks that underlie these women’s practices in correlation with a negative valuation of sexuality and understandings of self-care and body hygiene as feminine attributes. Since access to biomedical care becomes a difficulty, traditional and religious practices appear as substitutes; as a result, women who have not had a Pap smear consider themselves as “straight women” against the risk of being pointed at as inappropriate ones in regards to sexual or health care practices which are negatively judged by the dominant sexual morale.

Key words: Cervical cancer - Gender - Morale - Sexuality - Prevention

1. Introdução

Apesar de se tratar de uma doença evitável e tratável, o câncer do colo do útero (CCU) ainda é um importante problema de saúde pública (Lewis, 2004; International Agency for Research on Cancer [IARC], 2005). Ele é o quarto tumor mais frequente entre as mulheres no mundo, concentrando mais de 85% dos casos em países de média e baixa renda. No Brasil trata-se do segundo tumor mais diagnosticado em mulheres, depois do de mama. Para 2012, a IARC estimou para o Brasil uma taxa de mortalidade por CCU de 7,3 óbitos por cada 100.000 mulheres e uma taxa de incidência de 16,3 de novos casos por cada 100.000 mulheres (Ferlay et al., 2013).

Diferenças na carga da doença verificam-se também ao interior do país. No Brasil, em 2011, as taxas de mortalidade específicas por CCU ajustadas por idade pela população mundial variaram entre 3 e 17 óbitos por cada 100.000 mulheres (INCA, 2014)¹¹¹. A Bahia, com 4,4, apresentou um valor próximo à taxa nacional (4,6 mortes por cada 100.000 mulheres)¹¹² (INCA, 2014). Assim, o câncer cervical traz à tona a questão da iniquidade em saúde. Atingindo as regiões menos desenvolvidas ou mais desiguais e afetando às mulheres de menor nível socioeconômico e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, o CCU traça perfis de saúde evitáveis, desnecessários e injustos. Aliás, a doença e a morte das mulheres contribui para agravar as condições de vida das suas famílias, de modo que, ademais de afetar as mulheres mais pobres, o CCU intensifica a vulnerabilidade social (Tsu, Levin, 2008).

Para o desenvolvimento do câncer cervicouterino, a transmissão sexual do Papilomavírus Humano (HPV) é condição necessária, mas não suficiente (IARC, 2005). Outros co-fatores associados são o tabagismo, a multiplicidade de parceiros sexuais¹¹³, o uso prolongado de contraceptivos orais, a multiparidade, a iniciação sexual precoce e a co-infecção por outros agentes infecciosos. Também se considera como fatores associados: a não realização do exame de Papanicolaou, os antecedentes familiares da doença, a pertença à faixa etária de 30 a 60 anos e o baixo nível socioeconômico (OPAS, 2001), evidenciando a associação entre a doença, a sexualidade e as condições de vida das mulheres.

O câncer cervical é produzido por mudanças celulares que ocasionam lesões no colo uterino que são tratáveis quando detectadas oportunamente. Sua evolução até o

¹¹¹ Correspondendo os valores mais elevados aos estados de Amazonas e Maranhão e os inferiores, a Minas Gerais e São Paulo.

¹¹² Apesar da subestimação das mortes por CCU no Sistema de Informação sobre Mortalidade brasileiro (Gamarra et al., 2010), essa fonte nos permite apreciar a heterogeneidade existente entre as Unidades da Federação.

¹¹³ Tanto da mulher quanto do parceiro.

estádio invasor é suficientemente prolongada para permitir a detecção precoce (IARC, 2005), tornando a doença evitável e tratável se for diagnosticada precocemente. A detecção da CCU em populações de mulheres assintomáticas (conhecida como rastreamento) aponta a reduzir a sua incidência e mortalidade. Entre os métodos de detecção disponíveis conta-se com a citologia cervical (Papanicolaou), a citologia em meio líquido, a técnica de inspeção visual simples e o teste de detecção de DNA-HPV oncogênico. Ainda após a incorporação da vacina contra o HPV ao calendário de imunizações de meninas no Brasil¹¹⁴ – não isenta de tensões em decorrência da falta de consenso sobre a sua eficácia para a prevenção do CCU¹¹⁵ –, o Papanicolaou continua sendo o eixo das políticas preventivas da doença no país¹¹⁶. A população-alvo do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama-Viva Mulher (PNCCU) são as mulheres de 25 a 64 anos, que devem realizar o Papanicolaou a cada três anos após dois exames consecutivos normais anuais (PNCCU, 2014).

Estima-se que é possível alcançar uma redução de 80% da mortalidade por câncer cervical através do rastreamento de mulheres entre 25 e 65 anos e o tratamento das lesões com potencial de malignidade ou carcinoma *in situ*. Porém, para se obter aquele impacto, a cobertura do rastreamento deve atingir 80% ou mais da população-alvo (IARC, 2005). As ações de prevenção do CCU nos países de baixa e média renda têm como principal obstáculo a cobertura insuficiente (Arrossi, Paolino, Sankaranarayanan, 2010; INCA, 2010; Lewis, 2004). Apesar dos avanços verificados no Brasil¹¹⁷, persistem dificuldades em relação às mulheres em maior risco. Avaliações recentes (Schmidt et al., 2011) destacam importantes melhoras na cobertura: em 2008, 84% das mulheres entre 25 e 59 anos relatou ter feito pelo menos um Papanicolaou nos

¹¹⁴ A vacina contra o HPV foi incorporada ao calendário de imunizações pelo SUS em 2013, iniciando-se a sua aplicação em meninas de 9 a 13 anos de idade em março de 2014 (Teixeira, 2015).

¹¹⁵ Os debates em torno à vacina ocorrem, dentre outros aspectos, em torno ao tempo de eficácia, a seus efeitos a nível populacional, a seus potenciais perigos, assim como ao problemático foco nas meninas, desconsiderando os meninos como população-alvo (Löwy, 2011). Esse processo está, aliás, atravessado pela tensão entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. Neste sentido, Teixeira afirma: “Enquanto os experts discutiam a possibilidade de eficácia da vacina frente às especificidades de nosso contexto social e seus custos para a saúde pública, grupos de pressão faziam lobby para que o Estado incluísse a vacina em sua carta de serviços, visto que nos últimos anos ela passou a ser adquirida a preços altos pelas camadas mais privilegiadas, em clínicas privadas.” (Teixeira, 2015: 235). Por sua vez, o autor assinala que, apesar de que a vacina poderia contornar problemas relacionados à cobertura e qualidade do Papanicolaou, permanece o risco de que o programa de vacinação se limite também a grupos de menor risco com maior acesso àquela.

¹¹⁶ O PNCCU enfatiza que é “imprescindível esclarecer sob que condições a vacina pode se tornar um mecanismo eficaz de prevenção para não gerar uma expectativa irreal de solução do problema e desmobilizar a sociedade e seus agentes com relação às políticas de promoção e prevenção que vêm sendo realizadas” (PNCCU, 2010a), considerando, especialmente, que o impacto da vacinação para a redução da doença é esperado apenas para os próximos 30-40 anos.

¹¹⁷ Com a Política Nacional de Atenção Oncológica e com o Pacto pela Saúde, o controle do CCU passou a formar parte dos planos de saúde estaduais e municipais, verificando-se um aumento dos municípios que realizam Papanicolaou pela expansão da Estratégia de Saúde da Família (INCA, 2010). A doença foi também incluída, junto com o câncer de mama, no Pacto pela Vida (INCA, 2009b).

três anos anteriores. Porém, o acesso ao exame continua sendo problemático nas áreas mais pobres, sendo as mulheres afetadas pelo CCU em sua maioria pobres, sem cobertura de saúde e com menores probabilidades de terem realizado a citologia cervical.

A redução da carga da doença requer aumentar a cobertura do Papanicolaou entre a população mais vulnerável. Porém, ainda pareceria subjazer o pressuposto de que a mera provisão de informação geraria mudanças nos comportamentos, negligenciando fatores sociais e culturais que intervêm na adoção de práticas preventivas (Uchôa, Vidal, 1994). Por estes motivos, é necessário que as políticas e ações preventivas, além de promover o aperfeiçoamento técnico e a eliminação dos obstáculos de acessibilidade, reconheçam a dimensão simbólica da problemática. É necessário conhecer os significados que a doença e as práticas preventivas têm para as mulheres, considerando elementos como: as percepções das mulheres sobre as causas da doença, a associação desta com a sexualidade, os significados conferidos ao Papanicolaou, os pudores relacionados à exposição do corpo e o papel social conferido às mulheres como mães e cuidadoras do grupo doméstico em detrimento do seu reconhecimento como sujeitos de cuidado; fatores que interferem na forma como as mulheres vinculam-se com a afecção e com a possibilidade de preveni-la.

Neste estudo abordamos a prevenção do câncer cervical em um bairro popular da cidade de Salvador, Bahia. Considerando que a dimensão moral associada ao cuidado de si (Castiel, Álvarez-Dardet Diaz, 2007; Bagrichevsky et al., 2010; Almeida Filho, Castiel, Ayres, 2009; Moore, Burgess, 2012; Howson, 1999) transcende as finalidades médicas das intervenções preventivas, analisaremos sua relação com a moral sexual e os valores de gênero dominantes.

Entende-se a sexualidade como um construto social que, longe de ser uma resposta universal ao sexo biológico ou ao instinto, implica significados e práticas que variam ao longo da história, entre culturas e inclusive ao longo da vida dos indivíduos (Loyola, 1999; Vance, 1995). Além dos contatos entre sujeitos, a sexualidade inclui crenças, comportamentos, relações e identidades que articulam diversas dimensões da vida social (Weeks, 2001), interferindo nas maneiras em que grupos e sujeitos se vinculam com a saúde e a doença. Assim, apesar de ter base nas possibilidades do corpo, ela deve ser analisada à luz das relações de poder que a atravessam. Neste sentido, conferiremos especial atenção aos condicionamentos colocados pelas relações assimétricas de poder sustentadas pelos valores de gênero dominantes.

Em função destas inquietações, propomos abordar as práticas preventivas do câncer cervicouterino de mulheres de um bairro popular de Salvador, visando compreender o que elas significam e que valores morais colocam-se em jogo na sua realização em relação ao gênero e à sexualidade. Para tal, pretendemos atender especialmente as especificidades dos mundos morais locais (Kleinman, 1994) em que a vida dessas mulheres transcorre, procurando compreender como a sexualidade, o cuidado à saúde sexual, o corpo e a própria feminilidade são significados na comunidade em que elas residem, sem desconsiderar, claro está, outros condicionamentos de caráter mais abrangente que as afeta.

2. Metodologia

Partindo do nosso interesse nas práticas e nos significados construídos pelas mulheres estudadas em torno ao câncer cervicouterino, nos posicionamos desde uma perspectiva qualitativa que visa compreender as interpretações propostas por elas em relação às suas ações e valores. Assim, reconhecemos que apresentaremos uma interpretação possível dentre outras (Geertz, 1978), porém procuraremos fundamentá-la nos dados obtidos ao longo do trabalho de campo, através das interações com as informantes e das observações realizadas no lugar, acrescentadas pelo diálogo com a teoria e nossos objetivos de pesquisa.

A técnica principal de produção de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada, complementada com as observações e as trocas informais realizadas com outras pessoas além das informantes, que foram registradas em um diário de campo. Sem pretender restringir as categorias de análise, recorreremos a um roteiro de entrevista que incluiu os seguintes temas: práticas de cuidado de si e da saúde sexual; práticas de cuidado de homens e mulheres; câncer cervicouterino, e práticas preventivas e significados do Papanicolaou.

Os encontros com as entrevistadas ocorreram nas casas delas, exceto no caso em que uma participante preferiu que o mesmo fosse no domicílio de uma amiga. As entrevistas, que foram gravadas, tiveram uma duração média de uma hora. Também foram realizadas observações em sala de espera e entrevistas com profissionais em instituições de saúde próximas à localidade, sendo três públicas e uma privada, no intuito de conhecer a dinâmica de atenção à população. Em um dos serviços públicos foram realizadas, ademais, observações das consultas quinzenais de “Saúde da Mulher” e de “Preventivo”.

2.1 Caracterização das participantes

Participaram do estudo 21 mulheres residentes em um bairro popular da cidade de Salvador, Bahia. A distribuição por idade é de seis informantes de até 30 anos (sendo a mais nova de 18 anos), 11 entre 31 e 50 e quatro com mais de 51, sendo as mais velhas de 57 anos. Oito estão casadas ou unidas, enquanto as treze restantes são separadas ou solteiras.

Dez informantes são oriundas de Salvador e as outras onze chegaram à capital desde diferentes localidades do interior do estado. Elas moram no bairro em média há 13 anos, porém com extremos de um e 24 anos, sendo que três jovens moraram toda a sua vida lá e que algumas mais velhas também têm maior antiguidade no lugar.

Uma das participantes não teve instrução escolar. Onze alcançaram o ensino primário, que foi finalizado apenas por uma, enquanto duas estão realizando esses estudos. Sete informantes atingiram o nível médio de ensino, sendo que duas delas o completaram. Uma participante alcançou o nível terciário, obtendo a formação de técnica em enfermagem, e outra está realizando estudos universitários em direito.

Duas entrevistadas moram sozinhas, embora uma delas o faça próxima da mãe e irmãos. Doze participantes residem com até outras duas pessoas. Sete moram com até outras quatro pessoas, sendo que alguns casos correspondem a mulheres jovens que têm filhos, são solteiras e dependem economicamente dos pais.

Dos grupos domésticos sobre cujos ingressos conseguimos obter informação¹¹⁸ apenas dois contam com ingressos mensais que superam quatro salários mínimos. Sete lares percebem ingressos de até um salário mínimo, cinco até dois, dois até três e dois até quatro salários mínimos. Onze participantes percebem subsídios, sendo nove delas beneficiárias do Programa Bolsa Família. As dez restantes declararam não perceber subsídios. No que concerne à cobertura de saúde, chama atenção que apenas duas participantes contam com plano de saúde, enquanto as outras 19 contam só com o SUS.

Sete mulheres são as provedoras principais do lar, enquanto em nove casos os parceiros aportam a maior parte dos recursos para a manutenção do grupo doméstico. Em três casos os gastos domésticos são afrontados pelos pais das entrevistadas, sendo duas delas mulheres novas com filhos e a outra, uma das mulheres mais velhas cuja mãe, uma pensionista de 87 anos, é a provedora do lar. Em um caso, o ex-marido

¹¹⁸ Três participantes não declararam renda.

fornece a maior parte dos recursos financeiros familiares (compartilhando temporariamente a moradia) e no restante, trata-se de uma irmã pensionista.

Dez participantes, que eram diaristas, administrativas ou telemarketers, não trabalham atualmente, e uma entrevistada que é técnica em enfermagem encontra-se afastada do trabalho por motivos de saúde. Duas informantes são estudantes e entre as que trabalham destaca como ocupação principal a realização de serviços de limpeza, que ocupa a seis mulheres. As duas restantes vendem produtos alimentícios ou de limpeza por conta própria.

No que diz respeito da religião, apenas uma entrevistada refere não preferir nenhuma. Dez participantes se declaram católicas, embora uma afirma que não é praticante. Três são evangélicas sendo que uma declara que não é praticante, duas são batistas, duas são adventistas, uma é testemunha de Jeová, uma é espírita não praticante e outra se declara como católica, mas também assiste a cultos evangélicos.

O trabalho de campo foi realizado entre junho e setembro de 2015, sendo o ingresso ao lugar e os contatos iniciais facilitados por um jovem residente do bairro e sua mãe, que pelo tempo de residência e pela sua proximidade com os moradores, facilitaram a minha familiarização com a comunidade. O fato de eles não terem vínculos com a área da saúde afastou possíveis vieses em relação à seleção das entrevistadas, contribuindo a contatar mulheres cujas condições de vida condicionam o acesso a serviços de saúde.

2.2. Caracterização do bairro

A comunidade estudada¹¹⁹ localiza-se em uma extensa área próxima do Centro Administrativo da Bahia conhecida como grande Sussuarana, que abrange Nova Sussuarana, Beirú/Tancredo Neves, Novo Horizonte e Sussuarana, onde se encontram loteamentos, conjuntos habitacionais e invasões diversos.

O principal acesso ao bairro é uma ladeira descendente, estreita e esburacada, pela que carros vindos de direções opostas têm dificuldades para transitar. A comunidade conta com uma grande concentração de população em um espaço reduzido e de difícil circulação, onde organizações comunitárias e espaços públicos são escassos. O lugar mais frequentado é uma precária praça com alguns bancos de concreto e jogos infantis antigos. Na praça também se encontra o container onde é descartada grande parte do lixo, já que a entrada do caminhão de coleta de resíduos é inviável em outros espaços.

¹¹⁹ Ver fotos em apêndice H.

Ademais da escassa higiene derivada do descarte de resíduos e entulho, com frequência o lugar é ocupado por grupos que não são vistos com bons olhos pela vizinhança, condicionando a sua disponibilidade para outras pessoas. Porém, em outros momentos o espaço é acondicionado para a realização de festas infantis e outras atividades. A dinâmica do bairro, e em especial do centro constituído pela praça e os pequenos comércios, bares e igrejas que a circundam, varia em função do dia de que se trata: enquanto durante os dias de semana o movimento e o barulho são menores, durante os finais de semana o lugar adquire uma movimentação de notória intensidade pela maior circulação de pessoas, pela presença de grupos conversando e bebendo álcool nos passeios e pela música tocando a alto volume desde carros estacionados no lugar e desde casas próximas¹²⁰.

Também é na praça onde as viaturas estacionam quando a polícia entra ao bairro, para percorrê-lo a pé devido à impossibilidade de transitar pelos corredores estreitos, os intrincados becos, as escadas e ladeiras íngremes. Ao longo da minha inserção no campo assisti a várias rondas policiais no bairro, justificadas pela procura de traficantes de drogas ilícitas¹²¹. Nesses momentos o clima da comunidade mudava sensivelmente, diminuindo o barulho e a circulação de pessoas. Em uma das situações que presenciei, dois jovens foram detidos de noite e levados em viaturas e um carro sem identificação com rumo desconhecido, gerando-se situações de desespero entre familiares e posteriormente corridas na rua principal, pelo enfrentamento entre grupos de mulheres que eram parentes e parceiras dos jovens envolvidos. Em outra ocasião, meu contato no lugar relatou que na noite anterior policiais tinham entrado na casa dele, protagonizando uma cena constrangedora à vista da sua mãe e dos seus dois filhos pequenos. Dias depois, estando eu na casa dele, policiais passaram novamente pelo corredor externo, gerando uma nova situação de tensão no lar. Nesses casos, eu esperava até o operativo acabar para sair do bairro, acompanhada por meu amigo.

Cabe destacar que não existem instituições sanitárias na comunidade, motivo pelo qual os moradores devem se deslocar até postos de saúde¹²² ou estabelecimentos

¹²⁰ Esta dinâmica foi evidente desde a minha chegada ao bairro, que ocorreu durante um final de semana pela tarde. Nesse momento, recorri o lugar com meu contato, quem me apresentou o espaço e algumas pessoas, advertindo que nesse dia eu apenas conheceria superficialmente o lugar, já que falar com as pessoas seria difícil devido a que estas já estavam bebendo desde cedo, fato que se tornou logo manifesto.

¹²¹ A relação tensa com a polícia está presente no bairro desde a sua origem: alguns dos moradores mais antigos relataram que o entorno do bairro, que era menor e conservava espaços com bastante vegetação, era lugar de “desova”, isto é, sítios onde a polícia abandonava cadáveres.

¹²² Por sua vez, os postos e unidades de Saúde da Família (PSF e USF, respectivamente) das localidades próximas estavam atravessando mudanças que dificultavam o acesso das pessoas à atenção biomédica da saúde em geral e à atenção ginecológica em particular: o PSF mais próximo à comunidade não tinha atendimento ginecológico. Outro

privados de outras localidades ou mais distantes. Também se carece de cobertura do programa de Agentes Comunitários de Saúde, fato sobre o que vários habitantes reclamam. As visitas semanais que eram realizadas por uma equipe de enfermeiras voluntárias de uma igreja tinham sido suspensas anteriormente à minha chegada ao lugar, fato também lamentado por alguns informantes.

2.3 *Análise dos dados*

A análise do *corpus* conformado pelas transcrições das entrevistas começou pela leitura reiterada do material obtido. Alternando leitura flutuante e focalizada procurou-se elaborar padrões reiterados e particularidades de interesse em função do nosso marco teórico e das nossas presunções. O material foi organizado em base a uma matriz de dados, que foi elaborada a partir das nossas principais dimensões de interesse.

A análise textual foi enriquecida em articulação com os elementos trazidos pelo contexto, que foram registrados no diário de campo. Procurou-se, desta forma, elaborar interpretações de tipo etnográfico, nas que as inferências levassem particularmente em consideração o contexto (Bibeau, Corin, 1995). Tendo como base as interpretações “de primeira mão” realizadas pelas nossas informantes, nossas interpretações, “de segundo nível”, procuraram tecer redes semânticas que fornecessem coerência aos signos, significados e ações encontrados, adquirindo sentido à luz dos valores vigentes no contexto em que estas mulheres se inserem, procurando contornar da melhor forma possível o risco da violência interpretativa.

3. *Considerações éticas*

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Nº 130-14 CEP/ISC), e a pesquisa foi realizada atendendo as normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos.

PSF da zona, reinaugurado recentemente pela prefeitura, informava que contava com ginecologista que praticava o Papanicolaou três dias por semana. Porém, o atendimento não estava sendo realizado, sendo o motivo esgrimido por pessoal do posto que o único ginecologista do lugar tinha deixado de trabalhar lá, em rejeição à modalidade de controle do horário laboral que tinha sido implementada recentemente no estabelecimento. Em visita a uma clínica privada da zona onde esse profissional se desempenhava, este confirmou o abandono do PSF, alegando como motivo a falta de atualização salarial por parte da prefeitura. A USF mais próxima ao bairro estava sendo reformada, contando no momento com apenas dois consultórios. Assim, a atenção priorizava a população residente na sua área de responsabilidade. Um enfermeiro realizava a citologia cervical quinzenalmente, procurando atender também algumas mulheres que residiam fora da área de responsabilidade da instituição.

As informantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documentando sua participação voluntária no estudo. Evita-se a referência específica ao local de estudo e nomes fictícios são conferidos às participantes no intuito de preservar seu anonimato.

4. Resultados

4.1 Sexualidade feminina e moral sexual

A princípio, resulta notório que entre nossas entrevistadas predominam referências negativas em relação à sexualidade¹²³. Em consonância com a “negatividade sexual” que caracteriza o sexo como eminentemente perigoso (Rubin, 1984), este foi vinculado a sanções do entorno e a proibições religiosas – implicando ameaças à honra pessoal e familiar –, à infidelidade masculina, a riscos relativos à saúde – como o contágio de DST’s –, e a “fazer a vontade dos homens”. No que diz respeito do câncer cervicouterino, elementos vinculados à sexualidade são associados ao risco de adquirir a doença: a promiscuidade, a falta de parceiros fixos ou confiáveis, o “sexo exagerado” e práticas sexuais inapropriadas para mulheres corretas, e as relações sexuais sem uso de camisinha. Por sua vez, as mulheres consideradas por nossas informantes como mais susceptíveis de adoecer por CCU são aquelas que “fazem vida” e as jovens “que se jogam muito na vida”:

“Essas mulé assim, que anda com muito homi. Tem mulher que não tem parceiro certo, né. E ainda faz assim, sem camisinha também, né? Então eu acho que essas mulé tá mais escasso a pegar uma doença, pelo fato de não conhecer o homi. Aí tem relação com o homi hoje, aí já tem relação com homi outro final de semana. (...) Então é isso, eu acho que essas muleres que ficam assim, não têm parceiro certo, acha que vive a curtição, e já tem relação com este homi. Tem que se cuidá mais assim, em relação a se previni, pra não adquirir doenças, né.” (Adrielle, 36 anos, unida, mora com o marido e uma filha, interior, 4 anos no bairro)

“No mundo que a gente tá tem umas que se jogaram, assim, não liga pra nada também. Já tem outras que são mais resguardada, outras não liga pra nada. Só quer saber de curtir e aí tá tudo bem, tá bom, tá gostoso, né (*risos*). É o que elas acham. E aí quando vai ver tá lá doente.” (Gisélia, 26 anos, solteira, mora com pais e filha, interior, 7 anos no bairro)

Quem faz sexo, com quem, como e o quê é feito tornam-se questões de peso na avaliação do risco perante a doença, refletindo a ênfase moralista na construção social do risco e a fusão entre responsabilidade e culpa (Almeida Filho, Castiel, Ayres, 2009), no que diz respeito dos riscos associados ao exercício da sexualidade (Moore, Burgess, 2012). A infidelidade masculina é considerada como parte da natureza dos homens e, por tal motivo, inevitável. Esta caracterização da infidelidade como parte da natureza

¹²³ Os elementos aqui apresentados de forma sintética serão aprofundados ao longo do texto.

masculina já foi encontrada em pesquisa anterior, realizada em outro bairro popular de Salvador, e também foi destacada por Gregg (2003), em estudo desenvolvido em uma comunidade de Recife. Em face dessa “realidade”, nossas entrevistadas reforçam a distinção entre dois tipos de mulheres:

“Porque tem homem que pega uma mulher aqui, ota ali, a muler não sabe. (...) Tem que tomar cuidado, né? Porque câncer, essas coisas, tudo pega do homem. É, porque homem quando vê muler assim, nunca sabe se tá boa, ele pega, aí a de casa que sobra. Porque ele pega a da rua e a de casa que sobra, porque pega a doença, né?” (Cristina, 39 anos, separada, mora com um filho, Salvador, 11 anos no bairro, nunca Pap)

“No caso, a mulher tem relação com um homem constante, mas às vezes ele tem outras parceiras lá fora. Que a mulher não sabe e às vezes essa pessoa pode tá doente e ele adquirir a doença pra ele e transmitir pra mulher em casa. Então é o que motiva também a mulher tá fazendo o exame, né? Pra prevenção de doenças.” (Sara, 42 anos, separada, mora temporariamente com a filha e o ex-marido, interior, 20 anos no bairro)

A reiterada distinção entre mulheres “de casa” e “da rua” encontrada entre muitas das nossas informantes faz sentido à luz de uma dicotomia paradigmática na cultura brasileira: “uma separação dos domínios culturais representada em imagens espaciais, numa oposição entre a casa e a rua como básica para a organização da vida diária (...). (A) casa tende a ser relacionada com um conjunto de noções ligadas à feminilidade e aos limites apropriados da sexualidade feminina. É entendida normalmente como o domínio da família e dos valores familiares (...), como o local da sexualidade doméstica (ou domesticada), adequadamente reprodutora. (...) A rua, por outro lado, representa um domínio muito mais impessoal de trabalho e luta. Oferece liberdade individual, bem como tentação e perigo. É um espaço fundamentalmente masculino, habitado talvez por putas e pecadoras, mas certamente não por esposas corretas e mães” (Parker, 1991: 156/7).

Em termos gerais, Lupton nos lembra que as mulheres “tradicionalmente têm sido consideradas mais próximas à ‘natureza’ e ao ‘corpo’ (...); como menos capazes de exercer controle físico e emocional, supostamente regidas pelos seus hormônios e órgãos reprodutivos” (Lupton, 2013: 181/2). Neste marco geral de entendimento sobre as mulheres, a mulher sedutora ou sexualmente excitável, junto a outras mais, são consideradas como “figuras (particularmente) transgressivas, poluentes e perigosas (...), incapazes de regulação, fugindo e evadindo as fronteiras do limpo e do correto” (Lupton, *ibid*).

Essa diferenciação, que distingue entre mulheres certas e erradas, sustenta um clima de vigilância mútua e de sanção moral sobre a vida dos outros (e em especial, das outras). Cabe lembrar que, a partir da ambiguidade da palavra “moral”, Foucault

(1988) traça uma diferença entre “códigos de comportamento” e “formas de subjetivação”. Enquanto os primeiros dizem respeito às formas pelas quais indivíduos e grupos se vinculam aos valores e regras vigentes, as segundas aludem à constituição do sujeito como sujeito moral. Apesar de que toda moral comportaria estes dois elementos, nosso foco de interesse é a “moral sexual”, isto é, os códigos de comportamento e as instâncias de autoridade que fazem valer o sistema normativo vigente.

A avaliação moral é uma constante no bairro: boatos e comentários da vizinhança condicionam e interferem na vida dos moradores, sendo difícil se subtrair a essa lógica. Sendo que os movimentos das pessoas podem ser seguidos desde dentro das casas – bastando aguçar o ouvido e olhar oportunamente através da janela –, ademais dos percursos pelo lugar em companhia do meu amigo, eu obtinha informações condensadas e valorativas sobre elas sem sair da sua casa: enquanto assistíamos televisão ou fazíamos um lanche, na medida em que as pessoas passavam pelo corredor, eu fui “apresentada” à menina que ficava com o traficante, à garota que se prostituía e consumia drogas, à “doida” que não dava conta dos seus filhos, à fofoqueira, à lésbica, às colegas da igreja, às crentes e à família desestruturada, dentre outras personagens que faziam parte da vida cotidiana da comunidade.

Contrariamente às mulheres direitas ou “de casa” (que têm parceiros estáveis e cujas vidas e sexualidade giram em torno da família e da reprodução), mulheres negativamente avaliadas são frequentemente vistas nos corredores e na praça. Neste sentido, lembro a expressão de estranhamento e desaprovação de uma participante do estudo ao me encontrar, tempo depois, conversando com uma mulher que é conhecida no bairro por se prostituir¹²⁴. Sem chegar a esse extremo, muitas mulheres mal vistas pelo entorno são jovens que, segundo várias das nossas entrevistadas se “expõem demais” e não têm um “comportamento adequado”, motivos pelos que ficam “mal faladas” e conseqüentemente não são respeitadas pela comunidade. Elas são facilmente reconhecidas em função de vários atributos, descritos inclusive por outra jovem que faz questão de se distanciar delas:

¹²⁴ Dentre os casos considerados abertamente como prostituição, resultam particularmente chocantes aqueles em que crianças estão envolvidas, como o relatado por Vera: “Você vê os velho aí tudo atrás das menininha, né? É! Por causa de dinheiro. Aqui tem uma menina... a mãe dela passou aqui. (...) As filha tudo novinha, pegava esses home pra ficar com... o troço dele na boca pra ganhar um real, dois reais. Que saúde essas criança têm hoje? Têm não, fia. E os home pegava, usava de qualquer maneira as menina. Menina! (...) Oxe... E tudo a um real porque ela... ela bebe, ela fuma e o dinheiro que as filha pegava eu não sei se era pra dar pra ela. Só sei que... um negoço triste, até a mãe dela disse que ia entregar ela a justiça. A mãe dela como vó, não güentava mais. Nem suportava as meninas, por ver isso passar.” (Vera, 57 anos, solteira, mora com a mãe e o neto, Salvador, 22 anos no bairro, nunca Pap)

“Erica: Acho que as meninas mais novas não estão como as de antigamente não. De antigamente era mais recatadinha, hoje em dia eu subo na praça e tã tudo de bunda pra cima. (...) ... deve ter o que? Doze, treze anos, tudo com uns tipo de roupa que eu acho ridícula pra menina da idade delas, e dançando de um modo super vulgar. (...) As de hoje em dia não se respeita. Entendeu? E as de antigamente se respeitavam mais (...).

E: Certo. E esse jeito de ser, de se mostrar... Como você percebe que a comunidade olha pra elas? Como é que elas são vistas?

Erica: Pelo fato delas não se respeitarem, elas não têm o respeito dos outros. Então ela já é mal vista, a comunidade já não a vê com os olhos que a comunidade de antigamente via as meninas da idade delas. Então elas ficam mal vistas, mal faladas. Mal falada, se desvalorizando do jeito que elas se desvalorizam, pelo fato de ter a idade que têm, se vestir do modo que veste, do modo que dança, do modo que anda, entendeu? Então eu acho que isso daí é motivo pra comunidade olhar com outros olhos, falar de uma maneira totalmente inadequada, inapropriada pra aquelas meninas.” (Erica, 21 anos, solteira, mora com os pais, a filha e o filho, Salvador, 21 anos no bairro)

“As meninas mais novas... se expõe demais. Se expõe sexualmente demais. Chega até ser meio... meio vulgar. Posso estar até errada na minha visão, mas como pessoa, acho meio vulgar.” (Inês, 34 anos, casada, mora com o marido e a filha, Salvador, 1 ano no bairro)

O fato de estas garotas serem vistas não mais como moças, isto é, virgens, mas como sexualmente experientes, põe em movimento julgamentos morais por parte do entorno. Neste sentido, Gregg (2003) salienta a pertinência do complexo de “honra e vergonha” em relação à sexualidade brasileira, pelo que a respeitabilidade da mulher é vinculada à sua pureza sexual enquanto é virgem e posteriormente à fidelidade; por sua vez, a vergonha é ligada à impureza¹²⁵, derivada da perda da inocência. Assim, uma vez iniciada a atividade sexual, a mulher assumirá um entre dois papéis possíveis: o de esposa e mãe ou o de prostituta (Gregg, 2003; Parker, 1991). Apesar de que entre estas duas figuras ideais seja possível encontrar outras, estas jovens tendem a ser equiparadas pela comunidade ao segundo papel, em função de uma atividade sexual exercida fora do marco doméstico, da monogamia e do foco na reprodução. Ademais, segundo várias das nossas entrevistadas, especialmente as adultas, estas meninas expor-se-iam a situações de risco diante da doença: a irresponsabilidade com que são caracterizadas no que diz respeito ao sexo também implicaria descaso em relação ao cuidado da saúde sexual. Segundo estas informantes, que se posicionam a si próprias em outro patamar moralmente superior, essas garotas não compareceriam à consulta médica, comprometendo não apenas a própria saúde, mas também a dos seus filhos, em caso de tê-los. Assim, elas são simultaneamente culpadas pela falta de cuidado de si e pela falta de dedicação à família, atributo distintivo das mulheres direitas:

¹²⁵ A associação entre desonra e impureza fica evidente em algumas cenas que as entrevistadas trazem: “Eu vejo umas minina aí mermo, fica aí na rua as meia noite com esses homi veio, coisano por aí... Tem vez que eu vejo camisinha por aí jogado, esses beco de manhã cedo dá é nojo, mulé, anda nesses beco aí, o que tem de porqueira...” (Adrielle, 36 anos, unida, mora com o marido e uma filha, interior, 4 anos no bairro). Também Vera aporta uma imagem neste sentido: “Uma mulher que ela é... ela é drogada, tava no lixo... Todos os home que tava lá pegaram essa mulher. Quer dizer se tem um homem casado ali, a mulher de dentro de casa como é que vai ficar, meu Deus?” (Vera, 57 anos, solteira, mora com a mãe e o neto, Salvador, 22 anos no bairro, nunca Pap)

“... elas não se preocupam com a saúde delas. (...) Não se previne, mesmo. (...) E aí... elas não têm esse cuidado com a saúde, não. (...) Com as mais novas, eu vejo desleixo. Tanto é que tem algumas que eu conheço que tem até... dois anos, três anos, a criança já nasceu, teve outro filho e não foi no ginecologista nem nada.” (Inês, 34 anos, casada, mora com o marido e a filha, Salvador, 1 ano no bairro)

“Que tem muita jovem, hoje em dia, que se joga muito na vida, entendeu? Transa com um, com outro e tal, aí, já... (...) E hoje tem mais possibilidades, assim, de pegar câncer no colo do útero, sei lá. E outros tipos de doenças venéreas, também, né? Eu conheço muita menina nova, aí, jovem, dizer que não gosta de usar preservativo, camisinha e tal. (...) Tem muitas, aqui no bairro mesmo, que não usa. (...) Que deveria abrir mais a mente pra pensar na saúde, né, se prevenir. Se previne de doenças e prevenir, também, não tê um filho indesejado pra depois querê provocar um aborto. Né? Botá uma vida no mundo pra não cuidá... Entendeu? Eu já vi muito acontecê isso por aqui... Acho muito triste. São jovens, são até bunitas, mas não se cuida.” (Fernanda, 47 anos, namorando, mora com um filho, interior, 19 anos no bairro)

“Eu não acho que essas menina de hoje se cuide não (*risos*). Do jeito que a gente vê... pelo menos aqui... Esse povo se cuida o quê, pelo amor de Deus? Que hoje tá com um, amanhã tá com outro, amanhã tá com outro. Só vai descobrir quando já tá com a barriga no mundo. Já pra parir já. Então, às veze nem preventivo, nem pré-natal faz. Nasce aí os menino tudo sem saber de nada, o que é que tem, o que não tem. Que tá acontecendo muito! Nasceno menino muito doente. Por quê? Por causa dessas coisa. Porque não faz um pré-natal, acompanhamento da gravidez, nem nada. Menina nova. Mas é como a gente diz, ‘Elas escolhe a vida que quer’, né? Não é como a gente não, né? Que a criação da gente foi ôta. (...) Que você não fica com um e com outro. Então a gente não corre esse risco todo. Mas, a maioria das menina de hoje... Essas menina que anda na rua que tá mais pra pegar uma doença, por causa disso. Porque não procura saber quem é as pessoa. Não se cuida.” (Aurea, 47 anos, solteira, mora com a mãe, interior, 7 anos no bairro)

Segundo várias informantes, estas mulheres envolvem-se em relacionamentos efêmeros com homens jovens do bairro que também não são bem vistos pela vizinhança, em função do seu suposto vínculo com o tráfico de drogas ilícitas. Estas meninas iniciariam a atividade sexual com algum deles, que as favoreceria com presentes ou dinheiro, estabelecendo relacionamentos similares ao término da relação. O fato de se socializar na comunidade e os escassos contatos com um mundo externo, considerado como de maiores oportunidades, faria com que elas estejam expostas a esse tipo de relacionamentos:

“Tem muita menina bonita que tem tanta coisa pela frente, mas não conhece, não sai daqui pra fora! Se perde aqui mesmo, no meio desses (*olhando para fora, onde se encontrava um grupo de jovens*)¹²⁶... com eles mermo. Aí... eles começa a dar (*gesto significando dinheiro*), eles começa a esculhambar, um pega, outro pega. As meninas têm tudo pra ser... Cada menina bonita, tem tudo pra ser feliz lá fora!” (Vera, 57 anos, solteira, mora com a mãe e o neto, Salvador, 22 anos no bairro, nunca Pap)

Estes relacionamentos nos quais é recorrente a troca de sexo por dinheiro ou outros bens são diferenciados, em termos de grau, da prostituição. Nesta última, a transação de sexo por bens materiais teria um caráter mais explícito¹²⁷. Erica denomina esses relacionamentos de:

¹²⁶ Vera mora perto de uma das “bocas” (pontos de consumo e venda de drogas ilícitas) do bairro, motivo pelo que jovens alegadamente envolvidos no tráfico circulam pelo entorno da sua casa.

¹²⁷ Uma tarde, enquanto conversava com uma mulher jovem que é conhecida no bairro por se prostituir, um homem bêbado pegava insistentemente o corpo dela, que também estava bêbada. Quando o homem riu da sua barriga, ela respondeu dizendo que quando vai à praia em Itapuã, com essa barriga ela consegue tudo o que ela quer. Em outro momento, ela falou que preferia a vida dela a depender de alguém, com risco de ser maltratada como já tinha sido, e que dessa forma ela conseguia sustentar seu filho.

“... ‘toma lá, da cá’. Eu dou e você vem. Não é que seja prostituição, mas é tipo um jogozinho entre eles. Porque muitas aí mesmo, muitas delas, pode nem ser por dinheiro, mas é por droga, por bebida.” (Erica, 21 anos, solteira, mora com os pais, a filha e o filho, Salvador, 21 anos no bairro)

Outro fenômeno recorrente, e também julgado negativamente pela maioria das entrevistadas que se enquadram entre as mulheres direitas, é o dos casais com grandes diferenças de idade, em que homens casados que têm famílias fora do bairro “ajudam” garotas várias décadas mais novas¹²⁸. Em um contexto de condições de vida visivelmente adversas, respira-se um clima de flerte e de trocas sexuais, onde cenas como a de Mara, de 23 anos, jogando beijos para seu namorado de 52 na frente do comércio dele, não são raras. É sabido no bairro que ele é casado e tem filhos, e que ele paga o aluguel da casa de Mara, que não trabalha. Uma tarde, a mãe dela, que mora perto com dois dos seus irmãos, foi reclamar que Mara tinha levado uma panela sua, fato desnecessário sendo que ela tem “o macho que lhe dá as panelas dela”. Cristina, por sua vez, critica o novo relacionamento do seu ex-marido, alegando que sua jovem namorada só quer tirar vantagem dele:

“A gente brigou, separou (...), ele tá morando com ota muler já. Ele mora aqui em cima, eu nem ligo. E a menina é nova, tem vinte anos, ele tem cinquenta e três anos. A menina de vinte anos quê ele pa que? Pa dar na mão, né? (...) Fica com homem mais velho porque homem mais novo não tem compromisso sério pa dar. É botar dento de casa pa assumir e já homem mais velho bota ela dento de casa e dá tudo que ela quer... Por isso que ela pega, não por gostar. Pega por necessidade mesmo, que precisa, né dizer que gosta não. Ela fica iludindo ele, ele fica parecendo um besta. Ela não quer nada com ele, só quer o dinheiro, só quer por causa do dinheiro.” (Cristina, 39 anos, separada, mora com um filho, Salvador, 11 anos no bairro, nunca Pap)

Se este tipo de relacionamentos facilita a obtenção, por parte destas garotas, de presentes e inclusive dos meios necessários para a sobrevivência, em compensação implica um custo a ser pago em termos de controle. Em função da moral sexual imperante, ao tempo que estas jovens atestam a virilidade dos seus companheiros, incrementando a honra destes aos olhos dos seus pares, elas também requerem ser vigiadas de perto, de modo que eles não percam o capital acumulado (Parker, 1991). Neste sentido, Foucault nos lembra que, longe de estarmos diante de uma moral sexual universal, trata-se de “uma moral pensada, escrita, ensinada por homens e endereçada a homens, (...) (uma) moral viril, onde as mulheres só aparecem a título de objetos ou no máximo como parceiras, às quais convém formar, educar e vigiar, quando as tem

¹²⁸ Longe de me isentar dessa postura valorativa, explicito que este fato me impressionou desde a minha chegada ao bairro, como refletem fragmentos do meu diário de campo redigidos um ano antes, durante a fase exploratória da pesquisa: “Em alguns momentos me descobri olhando como alguns homens mais velhos olhavam ou tocavam as meninas novas ao passar, aliás de ficar observando as roupas e os movimentos delas. Também chamou minha atenção o fato de que duas das três mulheres que contatei tivessem parceiros muito mais velhos do que elas, o que segundo pessoas que conhecem o bairro não é infrequente.” (Notas de campo, 29/10/14)

sob seu poder” (Foucault, 1988: 24). Em suma, não se trata de uma moral genérica, mas generificada, de consequências desiguais para homens e mulheres.

Desde essa lógica, algumas ligações estranhas que recebi durante o trabalho de campo, nas que ninguém falava, fizeram sentido: outra tarde que encontrei Mara com seu namorado, ela me o apresentou e disse, entre risos, que ele era quem fazia as ligações misteriosas a meu celular, para conferir que ela não estivesse falando com outros homens. Sendo que o celular dela tinha sido um presente dele, aquilo tornou a fazer mais sentido ainda.

Porém, o controle masculino não se restringe apenas às mulheres envolvidas neste tipo de relacionamentos, afetando também às mulheres “de casa”: ele também ocorre em alguns matrimônios e inclusive entre casais separados.

Quando conheci Adrielle, ela estava tentando separar do marido. Dentre os motivos que a impulsionavam a terminar o relacionamento, ela enumerou diversos elementos que remetem a um forte controle por parte dele, tais como revisar o celular dela e apagar números telefônicos de familiares e amigas, boicotar saídas e proibi-la de receber visitas¹²⁹. No caso de Norma, a dependência econômica em relação ao marido implica, ademais, obstáculos para o cuidado da sua saúde¹³⁰: ela não realiza o Papanicolaou há seis anos, desde a sua última gravidez. Ela não trabalha e não apenas reclama de que seu marido não lhe dá dinheiro para fazer o preventivo na instituição privada onde costumava se atender, mas afirma que desconhece qual é o salário dele, onde guarda nem a que dedica o dinheiro que não é destinado à manutenção doméstica¹³¹.

“N: Esse daí é pago onde eu ia fazer. Mas precisa de dinheiro, né? Porque sem dinheiro você não faz. No X (*instituição religiosa de um bairro vizinho*) faz, mas tem que ter dinheiro e eu não trabalho. E meu esposo não me dá dinheiro, cê entendeu? Então eu... quando eu tiver eu vou fazer. Quando eu arranjar um trabalho eu vou fazer.

E: Uma pergunta, se for pra fazer exame, ele também não dá dinheiro? Se necessitar pra sua saúde?

N: Não. Ele não me dá dinheiro não. (...) E eu não sou muito de pedir. Eu peço uma vez só. Não quer dar, não? Tá na mão do senhor. Um dia Deus vai me abençoar, eu vou trabalhar e eu vou ter. (...) Cê pede dinheiro ao homem, (...) ‘Pra que você quer dinheiro? A mulher só fala de dinheiro!’ Aí fica chato, né, ficar pedindo o homem. Então é bom você ser dependente de você mesmo. Trabalhar se o dinheiro fosse só seu, nera?” (Norma, 34 anos, unida, mora com marido e dois filhos, Salvador, 10 anos no bairro)

¹²⁹ Nesse contexto, fiquei particularmente impressionada diante da preocupação de Adrielle por suas dificuldades para manter relações sexuais com ele. Com efeito, ela me pediu que a orientasse para consultar com “um médico ou um psicólogo” sobre o que ela considerava um problema próprio – explicação que era reforçada por seu marido.

¹³⁰ Outros estudos também assinalam que a influência dos parceiros pode dificultar a realização da citologia cervical por parte de mulheres no Brasil e outros países latino-americanos (Duavy, 2007; Agurto, 2004; Wiesner-Ceballos et al, 2006). Por sua vez, esta situação difere da encontrada em outro bairro de Salvador, onde o apoio emocional e financeiro dos companheiros facilitava a realização do exame pelas mulheres (Rico, Iriart, 2013).

¹³¹ De fato, o desconhecimento sobre o salário do seu marido fez com que Norma não declarasse os rendimentos do lar. A partir dessa pergunta, ela proferiu reclamos sobre a sua situação de sujeição econômica, que se repetiram ao longo das nossas conversas.

No caso dos casais separados, as dificuldades econômicas levam Sara e Cristina a situações de sujeição financeira e de coabitação que habilitariam condicionamentos por parte dos ex-maridos no que diz respeito da sua liberdade sexual ou da livre disposição do espaço e do tempo¹³²:

“E ainda tem outa, (*ele*) mora lá em cima, ele fica dizendo que a casa daqui de baixo é dele, que ele faz o que quer. (...) Fica se metendo em minha vida. Ainda falou que eu não posso arranjar ninguém. Que se eu arranjar homem e botar aqui dentro de casa... Não quer que eu bote ninguém. Quer dizer, a casa é minha e eu não posso botar ninguém em minha casa. Fica dizendo que se um dia ele souber, que ele quebra tudo aqui, acaba com tudo. Por quê, ói? Ele pode botar muler dentro de casa e eu tenho que aceitar que eu não posso botar ninguém. Por quê? Né assim não. Agora quero bater a laje, assim que ele bater a laje vou ajeitar a minha casa toda, vou alugar e vou me mandar daqui. (...) É, porque fica tipo uma pessiuição. Se eu chegar aqui dormi tarde ele se incomoda, parece até que ele é alguma coisa meu, parece até que namora comigo. Sempre que eu fico aqui em casa com alguma pessoa ele fica conspirando, fica olhando pa ver se é homem ou se é muler, entendeu? E não pode ser assim, se eu não tô mais com ele, por quê ele fica me controlando? É, mas é assim. Acha que ele pode fazer, ele fica com um monte de muler, tá se achando. Mas eu vou embora, tô esperando só ajeitar aí, que eu vou sai daqui e vou alugar.” (Cristina, 39 anos, separada, mora com um filho, Salvador, 11 anos no bairro, nunca Pap)

Neste clima de vigilância moral e de controle da sexualidade feminina, que reflete e reforça os valores de gênero dominantes, não é de estranhar a falta de alusões ao prazer sexual ou ao direito das mulheres à sexualidade. Entretanto, resulta notório que entre algumas das nossas informantes menos “certinhas” cujos comportamentos não apontam para uma sexualidade “da casa”, seja destacado, se não o prazer, pelo menos a importância do controle sobre a própria sexualidade. Contrastando com o ideal sexual feminino doméstico e reprodutivo, Mayana não hesita em afirmar que “a gente solteira se envolve com muita gente” e que “você pode ter relação com trinta pessoas. Se você usar camisinha você tá tranquila”. Por sua vez, se apropriando das qualificações pejorativas que ecoam no entorno, Mara se define como “rueira”:

“M: (*Se referindo ao pai do seu filho*) Era um homem caseiro, não saía, não tinha namorada. (...) Aí morei junto com ele. Aí não deu certo, a gente se separou. (...) ... ele não saía, não gosta de festa, não bebe. (...) A gente se separou porque eu era muito rueira. Gostava de uma festa... Saía pra praia sem ele e ele não gostava, aí a gente se separou. Ele também só ficava dentro de casa, direto, assistindo jogo. Não gosto não. Você me achou em casa porque cê disse que vinha, garantiu que vinha, aí falei, ‘Vou esperar ela’.

E: *Se não já ia se picar. (risos)*

M: Oxe! (*risos*)” (Mara, 23 anos, solteira, mora sozinha, Salvador, 22 anos no bairro)

Distante da imagem socialmente consagrada da mulher-esposa-mãe, Mara separou do pai do seu filho, quem ficou a cargo deste. Ela recebe esporádicas visitas do pequeno, de três anos de idade ao momento da pesquisa, e não pretende ter mais filhos.

¹³² Sara, que atualmente não trabalha e mora temporariamente na casa do pai da sua filha, passa a maior parte do dia fora porque não se sente à vontade lá. Por esse motivo, ela preferia conversar comigo na casa de uma vizinha, na da sua comadre ou em um parque próximo ao bairro.

A reivindicação dos traços negativos que lhes são atribuídos parece constituir uma forma de estas jovens se posicionarem diante da moral sexual que as estigmatiza. Cientes das regras do jogo que as colocam em situação de desvantagem diante dos homens, mas também diante das mulheres direitas, elas se habilitam a viver uma sexualidade desatrelada da reprodução e da conjugalidade. Sabedoras de estar em uma situação desfavorável em termos econômicos, de gênero e sexuais, e contrariamente ao discurso que as caracteriza como irresponsáveis no cuidado de si, elas enfatizam a importância de cuidar da sua saúde sexual:

“Eu digo às menina direto: ‘Quem tem que se cuidar é a gente, homem não tá nem aí’. Homem pode... Se homem comer trinta sem camisinha, ele não tá nem aí. Quem tem que ligar pra colocar camisinha é a gente. ‘Não, só quero se for com camisinha’. A minha opinião é essa, sabe? As coisas só acontece se a gente quiser. Eu só vou engravidar se eu quiser. Tomo injeção, eu tomo minha injeção todo mês. Eu só vou engravidar se eu quiser.” (Mayana, 18 anos, solteira, mora com a irmã e o sobrinho, Salvador, 18 anos no bairro)

Reconhecendo a pluralidade de sistemas médicos e de práticas terapêuticas para o cuidado da saúde e para a cura de enfermidades, assim como a tendência pragmática de indivíduos e microgrupos à articulação destes em procura de soluções a seus problemas de saúde (Luz, 2005; Menéndez, 1994), tentaremos aproximarmo-nos das formas de prevenção do câncer cervicouterino acionadas pelas participantes da pesquisa. Sendo que tanto a oferta como a demanda destas ações não ocorre no vácuo social, procuraremos compreender quais significados e valores se colocam em jogo para estas mulheres nas práticas de cuidado, atendendo ao enquadre moral e aos condicionantes postos pelo contexto. Considerando a posição dominante da biomedicina, iniciaremos a análise por ela.

4.2 Papanicolaou, cuidado e limpeza

Apesar da ausência de instituições de saúde na localidade e das dificuldades econômicas que as participantes da pesquisa enfrentam, a grande maioria delas declarou ter realizado um Papanicolaou alguma vez na vida, efetuando o último exame dentro do prazo recomendado pelas diretrizes preventivas vigentes: das 18 participantes que relataram ter feito o exame, 14 informaram ter realizado o último até três anos atrás, enquanto apenas quatro declararam tê-lo efetuado entre seis e 14 anos antes¹³³.

As entrevistadas referiram inclusive efetuar o Papanicolaou com frequência anual ou semestral, claramente mais elevada que a recomendada pelas diretrizes vigentes

¹³³ Os motivos pelos que estas mulheres deixaram de praticar a citologia cervical foram ter “relaxado”, a falta de tempo, ter “virado crente” e a retirada do útero, como consequência de um cisto; aspectos sobre os que refletiremos mais na frente.

sobre prevenção do câncer cervicouterino. Entretanto, a prática do exame não está isenta de dificuldades. Refletindo a preeminência do papel socialmente conferido à mulher como mãe e cuidadora do grupo familiar, algumas informantes afirmam que as responsabilidades domésticas condicionam o cuidado da sua saúde:

“... porque a gente... às vezes a gente sente uma coisa e antigamente você ia logo se cuidar, ia pro médico e agora não. Você, mesmo cê tando adoentada, você tem que tá cuidando mais de seus filho, mesmo sabendo cê tem que fazê as coisa. E antigamente não. Você tinha como diz ‘Não tô me sentindo bem, eu vô no médico’ ou você podia deitá e descansá um pouco. Mas, não. Hoje, não. (...) ‘Ah, posso ir não, porque tenho o filho pequeno, tem que fazê as coisa’, não sei o que, aí não vai. E deixa a saúde de lado prá cuidar da casa, né, dos filho que são pequeno. Acaba não se cuidando.” (Clara, 38 anos, casada, mora com o marido, dois filhos e uma filha, Salvador, 13 anos no bairro)

“Tenho que fazer um (*preventivo*) imediatamente. Mas só que... agora que o menino tá doente, eu vou cuidar logo do menino pá depois fazer pra mim. Né? (...) Esses dias... oxe! Eu digo ‘Ai, meu Deus do céu, nunca mais eu fiz um preventivo’, a menina (*vizinha*) falou, ‘Eu também, pelo amor de Deus, eu quero fazer’. Eu tava falando hoje, aí falei a meu marido ‘Ó, pelo amor de Deus, eu quero fazer meu preventivo’. Ele, ‘Por que tu não vai?’ Eu digo, ‘É porque eu tenho que cuidar do menino primeiro’.” (Anelise, 40 anos, casada, mora com o marido e dois filhos, interior, 18 anos no bairro)

Ademais, são muitas dificuldades para marcar consultas e exames pelo SUS. Algumas delas são: a falta de vagas, as demoras no atendimento e os horários incompatíveis com o trabalho e o cuidado dos filhos, obstáculos verificados por outros estudos (Pinho et al., 2003; Duavy et al., 2007; Brenna et al., 2001; Fylan, 1998; Oliveira, Fernandes, Galvão, 2005; Bottari, Vasconcellos, Mendonça, 2008).

“Às vezes você pega um médico realmente pelo SUS, você fica o dia todo lá sentada, esperando lhe chamar. Tem gente que não tem essa paciência. (...) Tem vezes que a gente sai de manhã, chega em casa até de tarde. Então a gente aí diz pra fazer um exame hoje, pra ir pro médico hoje tem que ter peito, tem que encarar... (...) Às vez você tá com dez exame, você marca um. E às veze você sai sem marcar nenhum. Porque eu fui no (*posto de saúde no centro da cidade*) com esses exames mesmo, eu tinha a transvaginal, o preventivo e ultrassonografia mamário, tinha dois raio-x de meu marido e um ultrassom de prósta. Acho que tinha uns seis exame, eu levantei quatro hora, peguei o primeiro ônibu, fui, quando deu dez horas, eu na fila que eu cheguei, ‘Não tá marcando nenhum desses’.” (Lúcia, 44 anos, casada, mora com o marido e dois filhos, interior, 23 anos no bairro)

“Mas às vezes... de mim mesmo, particularmente, às vezes eu até fico sem procurar o médico porque eu vejo tanto descaso na saúde pública que eu desanimo. (...) As primeiras vezes foi quando eu tava casada, mas eu não tinha muita responsabilidade com o trabalho, aí eu tinha mais tempo. Depois que eu passei a trabalhar direto, aí já foi ficando mais difícil. E das últimas, a última vez que eu fui, depois eu tive meu próprio comércio, aí eu não tive mais oportunidade de tá indo, entendeu?” (Sara, 42 anos, separada, mora temporariamente com a filha e o ex-marido, interior, 20 anos no bairro)

“Me descuidei muito por causa também do trabalho, filho na escola. É tudo isso, a preocupação, comecei a me preocupar com outras coisas, né, na verdade, e acabei deixando um pouco de lado. (...) Aí quando a gente vai trabalhar na rua, trabalhar fora, fica tudo mais difícil, né? Horário não coincide.” (Helena, 28 anos, casada, mora com o marido e a filha, grávida, Salvador, 1 ano no bairro)

O receio de expor o corpo é uma reconhecida barreira para a prevenção do câncer do colo do útero no Brasil (Brenna et al., 2001; Pinho et al., 2003; Duavy et al., 2007; Fernandes et al., 2009; Pimentel et al., 2011). Entre algumas das nossas informantes esta dificuldade torna-se mais aguda diante da perspectiva da citologia ser praticada por um homem. Neste sentido, Norma lembra:

“Uma vez eu fui fazer um exame, um preventivo, e o médico demorou muito. Aí eu falei ‘Terminou, doutor?’ Ele, ‘Tô terminando’. Aí eu falei assim, ‘Terminando e fica demorando’. Eu tomei trauma de médico! É, ninguém sabe o que ele tava fazendo ali, né? Porque tem médico que é ousado. Tem médico que você sabe que... É por isso que eu não gosto de médico. Eu? Eu vejo coisa na televisão. Aí eu disse não. Aí quando eu vou agora eu vou e marco com mulher, com homem não vou não. Tenho... tenho trauma, assim. Mas eu não vou de jeito nenhum. Aí difícil eu ir.” (Norma, 34 anos, unida, mora com marido e dois filhos, Salvador, 10 anos no bairro)

Neste respeito também resulta ilustrativa a forma de atendimento de um enfermeiro em um PSF próximo à localidade: ele enfatiza que não realiza consultas de “Preventivo” ou de “Saúde da Mulher” sozinho. Pressupondo que o pudor das mulheres deve-se ao fato de ele ser homem, ele considera que elas não ficarão constrangidas pela presença de outras mulheres¹³⁴. A preocupação perante possíveis conotações sexuais das consultas com homens foi encontrada em contextos tão dissimiles como latino-americanos e africanos (Bingham et al, 2003) e entre mulheres trabalhadoras de Inglaterra (McKie, 1995). No caso estudado, o constrangimento cobra particular relevância entre entrevistadas de idade avançada e altamente religiosas como Rita e Vera, que são católicas, e Marília, que é adventista:

“Eu... eu só fui umas duas vezes com médico home, porque minha médica tava de férias, aí quem substituiu ela foi um médico, aí eu tinha que... Ele futucar o que não era da conta dele (*risos*). (...) Eu prefiro mulher. (...) Porque a gente fica mais à vontade, nega, pra conversar. E nosso corpo, né? É melhor uma mulher de que um home, mais que o marido da gente, a gente se expor assim... (...) Imagine assim, um estranho, pra ver nosso corpo. É feio. Muito feio.” (Rita, 54 anos, casada, mora com o marido, uma filha e dois netos, interior, 24 anos no bairro)

“V: O homem a gente fica assim meio receoso... eu sei que ele é o médico, tá? (*risos*) Mas a pessoa tem aquele receio, certo? E a mulher não, a mulher é mais fácil. A médica mulher é muito mais fácil. Que a gente tem mais abertura pra conversar. O homem você não tem. Ele... por mais que ele atende bem, ele vai perguntar. Mas tem coisas que você não vai falar com ele, não fala. E com ela não, você conversa tudo. É mais tranquilo pra conversar, contar os problema. (...) É mais fácil. Homem não. Esses homens são meio... (*risos*)

E: *Meio o que?*

V: Eu tenho vergonha deles. Tenho vergonha.” (Vera, 57 anos, solteira, mora com a mãe e o neto, Salvador, 22 anos no bairro, nunca Pap)

“... eu disse a Deus que eu não queria, que toda vez que eu ia pro médico eu dizia a Deus que era pra ele botar uma médica... uma ginecologista mulher. Aí eu não queria mais homi. É pra não olhar pro... Eu sei que o médico não vai me querê (*risos*). Mas eu acho que a gente quando se entrega a Deus a gente fica diferente, né?” (Marília, 56 anos, separada, mora sozinha, interior, 8 anos no bairro)

Diante das dificuldades apresentadas pelo SUS, as entrevistadas que não têm condições financeiras para driblá-lo devem buscar atendimento em diversas zonas da cidade¹³⁵:

¹³⁴ De fato, durante as minhas observações das consultas, eu não era apresentada às mulheres, que também não eram consultadas sobre se concordavam com a minha presença no consultório, à qual se acrescentava a de uma ou duas mulheres mais, técnicas em enfermagem ou estudantes. Diante dessa situação, eu procurava me colocar de forma que resultasse evidente que eu não iria ver seus corpos na maca. Apenas em um caso me retirei a pedido de uma consultante e em outro saí devido à presença de mais outra pessoa no pequeno espaço disponível.

¹³⁵ A dificuldade de acesso aos serviços de saúde transcende à prevenção do CCU. A modo de exemplo, trás não conseguir iniciar o controle pré-natal nas instituições públicas próximas ao bairro, Helena, que estava grávida no momento da pesquisa, passou a realizá-lo na distante Suburbana.

“Eu fazia ali no Campo da Pólva. Tem o fórum Rui Babosa, do outro lado tinha um posto, não sei se ainda tem. Fazia ali. Quando não era ali, era aqui no Tranquedo Neves. (...) E também fiz um bocado de exame também ali em Brotas, na Escola de Medicina. (...) Aonde eu achava eu ia. Se eu tivesse precisano e aqui tivesse em greve e ali tivesse, eu ia ali. É pelo SUS, eu tenho meu cartão do SUS e chegava lá e era daquele jeito. Me atendia. Não tinha certo. É. Que quem tem médico certo é esses que tem, ói, pá pagar, enquanto a gente é pelo SUS, meu amor, a gente tem que correr atrás. Onde achar a gente tem que ir.” (Nora, 57 anos, separada, mora com um filho e uma filha, interior, 22 anos no bairro)

Já outras participantes optam por fazer a citologia cervical no âmbito privado, onde os tempos requeridos para a marcação, a realização do exame e a recepção dos resultados representam vantagens. Várias delas, como Fernanda, a realizam em uma instituição religiosa que presta serviços de saúde e educativos em uma localidade próxima¹³⁶:

“F: Que os últimos que eu fiz mesmo, foi tudo pago pelo X (*instituição religiosa de um bairro vizinho*). Aí, no X. Eu gosto muito de ir no médico lá. É, a gente paga, faz particular, é mais rápido. Aí é pago, até à vezes é melhor, né, porque a gente vê o resultado mais rápido também. E os médicos aí no X são bons também. (...)

E: Certo. E pra ter uma ideia, quanto custa fazer esses exames particular?

F: Oh, só a consulta é sessenta reais. Só consulta. Aí, dependendo do inxame, tem inxame de trinta, tem inxame de cinquenta e seis, até de oitenta, tem de cento e pouco, sabe? (...) O preventivo, a última vez que eu fiz foi trinta reais.

E: Certo. Fora a consulta também, é?

F: Fora a consulta. Fora a consulta. Mas aí, quando a gente paga pra consulta, aí faz um exame pago e tem a revisão com quinze dias que aí você já não paga nada. Aí no X tem essa vantagem... que aí com quinze dias depois a revisão não paga nada.” (Fernanda, 47 anos, namorando, mora com um filho, interior, 19 anos no bairro)

A conjunção da dinâmica de reiteração do Papanicolaou e a opção por prestadores privados representa uma carga econômica para os grupos domésticos. Esta situação foi encontrada em outro bairro de Salvador (Rico, Iriart, 2013), resultando particularmente preocupante que ela também se apresente em uma comunidade que não dispõe de recursos de saúde públicos e que apresenta maiores carências econômicas ainda.

A esta modalidade de realização da citologia parecem subjazer noções da saúde como mercadoria e dos direitos do usuário como direitos do consumidor. À imagem de prestações públicas burocráticas e de má qualidade, fornecidas por “boa vontade” e sobre as que não se teria direito de reclamar, contrapõe-se a de prestadores privados ágeis e eficazes, diante dos quais se tem legitimidade para reivindicar perante problemas na provisão do serviço contratado:

“A: Mas assim, eu nunca fiz pelo SUS pelo fato do eu sempre trabalhei. (...) Eu já botava assim na minha cabeça, ‘Tal dia eu vou fazer preventivo então eu vou reservar esse dinheiro’. Aí eu fazia, faço por isso e acho mais rápido, até o tempo de receber e o conforto. Porque eu penso assim, pode até ser um psicológico da gente, acha porque é pago é uma coisa mais seguro. E o público, eu acho que seja lá de qualquer jeito. (...) ... eu acho que tem uma diferença assim, de mais responsabilidade. Aí eu acho que não vai ter uma irresponsabilidade com aquilo ali. Porque tá sendo pago. (...) Pra mim que tô pagano, eu tenho o direito de me dá uma explicação. O direito de eu chegá ali na frente, tê

¹³⁶ Durante minhas visitas àquela instituição pude verificar a frequente presença de mulheres do bairro estudado, tanto para a realização de consultas médicas e exames como pela participação dos/das seus/suas filhos/as nas atividades escolares e recreativas que ali são realizadas.

um problema e eu ir lá e reivindicar a coisa. E dizer, 'Ó, eu paguei'. (...) Então eu penso assim também, pô, eu tenho esse direito que eu paguei aí.

E: Já indo pelo SUS não poderia reclamar?

A: Ino pelo SUS não conseguiria. Não, lá eu acho que não posso reclamar. Porque é uma coisa assim que eu fui lá e eles tiveram a boa vontade de fazer pra mim. Então eu tenho que aceitar o que eles tiveram a boa vontade. Não eu ir lá reclamar, né? Eu penso assim. Aceitar o jeito que eles fizeram e cabô." (Adrielle, 36 anos, unida, mora com o marido e uma filha, interior, 4 anos no bairro)

Outro indício nesse sentido é a valorização do acesso ao atendimento biomédico e da tecnologia, especialmente notória ao contrastar as formas de cuidado à saúde feminina disponíveis na atualidade com as praticadas por gerações anteriores. Nesse respeito, apesar das dificuldades enfrentadas, várias informantes salientam que a migração desde o interior do estado à "cidade" implica mais oportunidades para o cuidado biomédico da saúde:

"Eu acho que foi melhorando, porque antigamente o povo não tinha, né, assim. É, assim, hoje a mulé tem como ir ao médico, fazê exame. Antigamente o povo não tinha. Na verdade, a minha avó memo... os remédio dela, ela mesma fazia em casa. Antigamente o povo morria sem saber o que tinha, a doença que tinha. Hoje você consegue descobrir a causa da doença. Então acho que de geração em geração vai melhorando, né? Até que a tecnologia agora tá mais avançada. (...) No interior que usa mais esses remédios caseiro, né? Mas assim, num passa pra gente, né, que a gente mora tudo aqui na cidade. Mas lá no interior conheço uma senhora que vai lá um chazinho, faz, dá pra gente tomá. Acho que sim. A geração tá mudando. Evoluiu, né?" (Clara, 38 anos, casada, mora com o marido, dois filhos e uma filha, Salvador, 13 anos no bairro)

"... A ciência, tecnologia em tudo, né? Em todas as áreas vem evoluindo bastante. Né isso? Tem evoluído muito. E a tendência é... até os aparelhos, né? Hospitalar, pra fazer exames mais específico, hoje já são aparelhos bem mais modernos que detecta doenças, assim, dá diagnóstico de doenças que talvez há uns anos atrás ninguém nem sabia, porque antigamente crianças, mulheres morriam muito. Assim, foi o vento que passou (*risos*). Foi o mal de perto, né? Tinha um monte de ditos assim, né? Que não se sabia a causa. E hoje através do... da ciência que tem evoluído e dos aparelhos também ajudam muito pra que, né... hoje seja mais... as doenças sejam diagnosticadas com mais eficácia, né?" (Sara, 42 anos, separada, mora temporariamente com a filha e o ex-marido, interior, 20 anos no bairro)

Outro motivo para realizar o exame citológico no setor privado é o fato de que, segundo algumas participantes do estudo relatam, o preventivo praticado nos postos de saúde não é o "completo": denominado por elas "básico", "normal" ou "simples", este não lhes inspira confiança, preferindo pagar para realizar o "completo":

"I (*se referindo a um posto de saúde de uma localidade vizinha*): E fazia até pra saúde da mulher, essa marcação. É, fazia o Papanicolau básico. Num é aquele que tem a da citu... citu... citupologia, né? Né aquele mais específico, não. É aquele bem básico mesmo, que eles fazem..."

E: Ah, não sabia que tinha essa diferença...

I: Tem, tem. Eles fazem aquele bem básico, mesmo.

E: E como é isso?

I: Um pra eles poder detectar se tem câncer no colo do útero. É preventivo. Que eles diz que é preventivo normal e tudo mais. Mas tem dois tipo de preventivo. Tem dois tipo de preventivo. Não sei se outras pessoa já disse isso pra você, mas eu já fiz, vou dizer que tem dois tipos de preventivo. Um mais específico que vem especificando um bocado de... não sei os termos técnico deles. E tem o outro que é o preventivo normal, que é esse daí, entendeu?

E: Esse seria do câncer do colo de útero e os outros detectariam outras coisas...

I: É! Mais profun... Mais compreto e tudo mais. Esse aí não. Esse aí é aquele básico mesmo, pra ver se tem alguma bactéria, aquela coisa, pra ver se tem alguma coisa aparente ali no colo do útero. Só. E esse daí fazia nesse posto." (Inês, 34 anos, casada, mora com o marido e a filha, Salvador, 1 ano no bairro)

"L: Mas aí se eu for fazer um preventivo, você não acha. Você acha pelo posto, mais ele é incompleto. Eu não vou fazer uma coisa incompleta.

E: Como é isso de incompleto?

L: É porque tem aquele... acho que é cito... citolo... acho que cicologia. Tem dois tipos de nome no preventivo. Eu vou pegar a requisição aqui e te mostro (*sai para buscar requisições, volta com uma caixa e me mostra os papéis guardados nela*). É porque são dois tipos de exame, eles faz um só. Ele só faz a coleta. Ele só faz a coleta e se detectar, se ele der alguma coisa é que vai pedir completo. Ói o que é requisição aqui que eu tenho, isso aqui é que eu pego, mas não faz pelo SUS, aí eu joga aqui e vou fazer particular. (...) Aqui ó, 'copros'... (*se referindo à colposcopia*) Aqui ó, citologia, tá vendo? Dois nome aí. Ó, tá vendo? Aí só faz um, um é colheita e outro é pra detectar umas coisa, uns negócio, aí só faz um. Se caso você tiver alguma coisa vão repetir, aí você vai fazer dois trabalho, se você pode fazer um. Se eu for fazer particular eu já faço os dois em uma colheita só, o médico já colhe o que vai fazer no exame. Só que isso no posto se você for marcar só faz... Aí se der você faz o outro, então, por que não faz logo completo? Então eu prefiro não fazer, eu prefiro pagar e fazer. Aí geralmente, filha, aí como eu tô dizendo, entende, eles não faz completo, aí pra você fazer uma coisa uma vez no ano, incompleto? Não vale a pena." (Lúcia, 44 anos, casada, mora com o marido e dois filhos, interior, 23 anos no bairro)

Assim, várias entrevistadas coincidem no rechaço à realização de um exame caracterizado como insuficiente. Na mesma direção, mas desde a perspectiva da equipe de saúde, um profissional de uma instituição da atenção básica de uma localidade próxima relatou que, devido a que a leitura dos Papanicolaou realizados na rede pública de saúde é terceirizada, ele costuma solicitar outros exames que considera desnecessários, porém, que tornam a prestação mais rentável aos olhos dos laboratórios privados conveniados com o SUS que, em caso de ele solicitar apenas o processamento da citologia, o rejeitariam pelo baixo retorno económico que este implica. Considerando, desde um nível de análise de abrangência maior, a singular história da prevenção do câncer cervical no país, onde o rastreamento do câncer cervical foi inicialmente atrelado à colposcopia¹³⁷ ou a seu uso combinado com o Papanicolaou¹³⁸ (Teixeira, Löwy, 2011; Eraso, 2010), podemos perceber que não apenas os profissionais da área continuam reforçando essa modalidade mista, mas que também paira entre as

¹³⁷ A colposcopia consiste na observação do colo do útero com um instrumento óptico denominado colposcópio. A existência de determinadas alterações no colo uterino indicaria lesões passíveis de se transformarem em câncer.

¹³⁸ Desde o campo dos estudos sociais da ciência, Kaufert enfatiza que o rastreamento de câncer cervical e mamário não deve ser visto apenas como "uma medida de saúde pública ou uma expressão da medicina corporativa, mas como um construto filosófico e histórico que reflete uma visão particular da saúde e da doença, e uma perspectiva particular sobre as mulheres e seus corpos" (Kaufert, 2000: 166. A tradução do original em inglês é minha). Se a passagem do Papanicolaou, de um teste diagnóstico laboratorial para um teste de rastreamento a ser aplicado nos serviços de saúde, e a sua consequente identificação como "a ferramenta certa" para o rastreamento do CCU tem uma história instigante – atravessada por alianças e concorrências técnicas e políticas entre atores diversos em diferentes cenários (Casper, Clarke, 1998; Kaufert, 2000; Löwy, 2010) –, no Brasil percorreu caminhos particulares, caracterizados pela implementação de arranjos locais específicos à luz de singulares influências externas (Teixeira, Löwy, 2011; Eraso, 2010). As primeiras tentativas programáticas de controle da doença no país basearam-se na realização da colposcopia, e não do Papanicolaou, como ferramenta de rastreamento. Essa opção obedeceu a eventos contingentes, tais como a ligação científica entre o Brasil e Alemanha (país onde a colposcopia foi desenvolvida e aperfeiçoada desde o período de entre guerras), cooperação que não foi interrompida depois do fim da Segunda Guerra Mundial. Ademais, a "migração" da colposcopia (Eraso, 2010) e sua consolidação como método de rastreamento também foi propiciada pela conceptualização do CCU como uma doença que atingia a todas as mulheres por igual, cujo controle dependeria da realização de consultas regulares a especialistas, de forma concordante com as políticas de saúde da época no Brasil, centradas em instituições privadas e entidades filantrópicas. O Hospital Aristides Maltez, que ainda hoje é uma das instituições de referência do estado da Bahia no que diz respeito à doença, também adotou inicialmente a colposcopia como método de rastreamento do CCU. Só a partir dos anos 60 o câncer cervical começaria a ser visto como uma doença associada à pobreza, redirecionando as estratégias preventivas a mulheres de baixos recursos, ganhando o Papanicolaou espaço como a ferramenta adequada para o rastreamento populacional perante a colposcopia, que adquiriu um caráter diagnóstico em caso de resultados citológicos anormais (Teixeira e Löwy, 2011).

mulheres a noção de que uma consulta apropriada deveria incluir diversos exames além da citologia cervical. Segundo Teixeira e Löwy (2011: 598), atualmente coexistiriam no Brasil dois regimes de rastreamento do CCU: por um lado, as mulheres urbanas de classe média com cobertura privada de saúde submeter-se-iam a check-ups ginecológicos anuais, incluindo o Papanicolaou e a colposcopia – ainda popular entre os ginecologistas brasileiros. Realizando esses exames e, em caso de necessidade, uma biópsia cervical, estas mulheres seguiriam uma variante do “modelo triplo” do rastreamento que regeu inicialmente no país. Por sua vez, as mulheres de setores menos favorecidos estariam limitadas pelas ações oferecidas no SUS, segundo orientações do PNCCU: mulheres com dois Papanicolaou negativos consecutivos seriam testadas a cada três anos. Porém, à luz das modalidades e da frequência de realização do rastreamento relatadas pelas participantes do nosso estudo, cabe interrogar-nos sobre a vigência desse modelo dual. A valorização dos prestadores privados, a elevada frequência de realização de consultas e exames, e a avidez por realizar exames “completos” poderiam indicar uma tentativa de mulheres de setores populares de assimilação das modalidades de cuidado praticadas por aquelas de setores mais favorecidos.

Neste contexto de alta valorização do Papanicolaou, a importância do exame não parece derivar da sua função biomédica: questionadas sobre a utilidade deste, apenas três das nossas 21 entrevistadas o associam à prevenção do CCU. Por sua vez, destas três mulheres, só Anelise afirmou realizar a citologia cervical regularmente, enquanto Norma apenas efetuou duas (durante cada gravidez) e Vera não praticou nenhuma na vida. Ademais, Cristina, que também nunca fez o exame, afirma que “Preventivo serve pra evitar ter câncer. Câncer no útero”. Estes poucos casos e as diversas trajetórias em relação à prática do rastreamento indicam que a realização do Papanicolaou não estaria diretamente associada ao conhecimento biomédico sobre o exame, presunção que subjaz a diversos estudos sobre concepções e práticas de mulheres em relação à prevenção do CCU (ACCP, 2004; Bingham et al., 2003; Wood, Jewkes, Abrahams, 1997; Bailie, Petrie, 1990; Fylan, 1998; Aguilar-Pérez et al., 2003; Fernandes et. al., 2009; Duavy et al., 2007; Amorim et al., 2006). Efetivamente, outras pesquisas enfatizam que as mulheres podem escolher não realizar a citologia cervical justamente pelo fato de conhecerem a sua finalidade (Blomberg et al., 2008; Oscarsson, Wijma, Benzein, 2008). Assim, a relação linear entre disponibilidade de informação e realização de práticas preventivas requer ser questionada, atendendo a fatores emocionais e valorativos que

podem interferir entre informação e prevenção (Wiesner-Ceballos et al., 2006; Agurto et al., 2004)¹³⁹.

Quatro informantes que afirmam realizar o Papanicolaou regularmente e duas que não o efetuam há mais de dez anos consideram que este serve para detectar inflamações, feridas e outros problemas no aparelho reprodutivo, incluindo o câncer.

“Porque... é essa doença chamada câncer, ela aparece também do nada, né? Então a cada seis meses a mulher tem que tá se prevenindo pra saber o que tá por lá, porque é uma coisa interna que a gente não sabe se tem ou não, minha filha. Então pra isso que vem dá o resultado se tem ou não, é os exame. (...) E tem aquela doença... não só o câncer de útero como aquela doença que... que sai uns carocinhos na vagina. (...) Aí o preventivo é pra essas coisa.” (Rita, 54 anos, casada, mora com o marido, uma filha e dois netos, interior, 24 anos no bairro)

Já a grande maioria das entrevistadas associa o Papanicolaou com a prevenção e/ou detecção de doenças em geral, considerando-o uma sorte de “check-up” para ver “como está o útero por dentro”:

“M: Pra ver o que a pessoa tem, né? Se tá bem por dentro.

E: *Hunhum. (O médico) Não te falou de alguma doença em particular? É mais assim, geral?*

M: É. Seria tipo um check-up. Vê se tá tudo tranquilo, tudo em ordem. Ver se está bem, né?” (Mara, 23 anos, solteira, mora sozinha, Salvador, 22 anos no bairro)

Para a maioria das participantes da pesquisa o exame, realizado como parte de uma “rotina de prevenção”, permitiria detectar elementos tão diversos como doenças sexualmente transmissíveis, bactérias, cistos, inflamações ou caroços, e tratá-los se for necessário:

“Até onde chegue meu conhecimento eu sei assim, que o preventivo é pá prevenção de doenças veneri... né? Venéricas, né, que chama? É... e entre outras coisas assim, que a mulher... Acontece que a mulher às vezes não sabe, visivelmente, não está vendo e que com o exame a gente pode tá, né, vendo o que tá acontecendo com o útero da mulher, né? (...) É várias coisas, no geral. Né? Como às vezes a mulher desenvolve um cisto, né, no útero e só um exame específico pá poder ver, né? Que o Papanicolau é um dos de rotina, né? É um dos primeiros exames. Aí o médico ver e sentir que tem algo, né, ele passa uma ultrassom, né? Mais específica. E um cisto, quando a pessoa tá com... pra prevenção do câncer, né, também. E entre outras doenças, né?” (Sara, 42 anos, separada, mora temporariamente com a filha e o ex-marido, interior, 20 anos no bairro)

A associação da citologia à detecção de DST's faz com que algumas entrevistadas destaquem a importância de realizá-la depois de terminar um relacionamento. Esse uso do Papanicolaou seria mais frequente entre as mulheres novas solteiras, dentre elas, aquelas jovens que são mal vistas pelo entorno por suas práticas sexuais e que também são julgadas como irresponsáveis em relação ao cuidado da sua saúde:

¹³⁹ Em sentido similar, um estudo sobre a implementação da vacina contra o HVP no Canadá questiona essa visão. Critica-se a “representação linear dos compromissos das pessoas com os projetos de redução de risco, (*aduzindo que a imunização contra o HPV*) contribui para os indivíduos questionarem seus próprios corpos, sexualidades e crenças (...). Esta interrogação de si e dos outros torna a imunização contra o HPV um espaço de ansiedade e contestação, mais do que o resultado de uma simples aquiescência” (Mishra, Graham, 2012: 59). A tradução a partir do original em inglês é minha.

“E: E as mulheres em que situações teríamos que fazer o preventivo?”

M: Ah! Sempre é bom cê saber se você está bem, se você não. Porque... um exemplo, quem tem mesmo namorado tem que fazer o que os médicos pedem, né? Quem não tem é pior ainda. Quem não tem namorado pior ainda.

E: Por que seria pior?”

M: Porque tipo... A gente solteira a gente se envolve com muita gente. Entendeu? Aí já fica aquela coisa... ‘Pô, fiquei com fulano ontem’. Mas a gente não sabe como é fulano. Eu fiquei com fulano há quinze dias, aí para de ficar com fulano e fica com outro fulano, entendeu? Aí a gente não sabe, a gente não sabe o quê que tem, o quê que não tem. Entendeu? E o preventivo é bom por causa disso.

E: Certo. Te daria essa tranquilidade.

M: Tranquilidade, é! Não tenho nada, graças a Deus! *(risos)*

E: Aí... ‘Tô pronta!’ (risos)

M: É, pronta pra outra!” (Mayana, 18 anos, solteira, mora com a irmã e o sobrinho, Salvador, 18 anos no bairro)

Apesar de desconhecer a finalidade biomédica do Papanicolaou, longe de subestimar a realização de práticas preventivas, Mara e Mayana realizaram o Papanicolaou para conferir o estado da sua saúde sexual em consultas ginecológicas não vinculadas à questão reprodutiva¹⁴⁰. Nesta direção, um estudo sobre estratégias sexuais e câncer cervical em Recife (Gregg, 2003) encontrou uma utilização similar do Papanicolaou entre mulheres que mantinham relações com diversos parceiros sexuais como parte da sua estratégia de sobrevivência em um contexto de particular precariedade econômica.

Por outra parte, a associação do exame com as DST’s justifica entre entrevistadas que mantêm relacionamentos estáveis a realização do Papanicolaou como uma forma de conferir o comportamento dos seus parceiros. Um resultado anormal seria, assim, considerado indício de infidelidade e perigo para a própria saúde:

“E: E como ele está fora (referindo-me o marido dela, que trabalha em outro estado) isso também faz com que você queira fazer preventivo pra... dar uma monitorada?”

A: Uma monitorada, pra vê se ele não anda por fora. Porque eu penso assim, como eu não tenho outras pessoas, parceiros, então eu tô confiante nele. Então se ele tiver, se vim causar algum problema em mim, aí eu já sei que é ele, que tá com mulher lá fora. Eu assim ó, eu acho que eu num adquirir uma doença, assim, do nada. Como eu não sei da onde é que vem o câncer ou uma doença de ferida, alguma coisa... eu acho que vem dele. Vai vim dele, ele vai trazer de lá e botá em mim.” (Adrielle, 36 anos, unida, mora com o marido e uma filha, interior, 4 anos no bairro)

“E: E pra que você acha que as mulheres temos que fazer o preventivo?”

G: Esse exame descobre. Tipo assim, eu tenho um parceiro, eu transo com ele sem camisinha, uso remédio pra evitar. Aí vai que ele tem alguma coisa... Aí já descobre, se ele não tiver vai tá tudo ok, normal. Tudo normal no exame. Se ele não tiver nenhuma doença vai dá meu exame normal. (...)

E: Você disse que o homem pode passar algumas coisas pras mulheres e tal. E ele pegaria essas doenças onde?”

G: Às vezes fica com outras parceira e veio e ficou comigo, entendeu? Que a gente mulheres sabe como é, né? A gente dá confiança, mas não sabe se ele fica lá fora com outras. Entendeu?

E: Então o preventivo serviria pra monitorar isso? (Gisélia assente, rindo) Entendi. E seu parceiro sabe quando você faz preventivo? Você conversa sobre isso com ele?”

G: Falo com ele. Ele fala, ‘É bom pra você, pra sua saúde’.

E: E ele sabe dessa coisa de estar sendo meio testado? (risos)

G: Sabe.

E: Tipo, se der alguma coisa errada já daria pra desconfiar?”

¹⁴⁰ Como as consultas de controle pré-natal ou posterior ao parto. Cabe destacar que, em função do viés reprodutivo das ações preventivas do CCU, no Brasil a realização do Papanicolaou tende a ocorrer no contexto de consultas gineco-obstétricas, privilegiando o acesso ao exame de mulheres em idade reprodutiva e com menos risco de desenvolver a doença (Brenna et al., 2001; Pinho et al., 2003; Amorim et al., 2006; Fernandes et al., 2009; Andrade, Franch, 2012)

G: Ahrâm! (*risos*)” (Gisélia, 26 anos, solteira, mora com pais e filha, interior, 7 anos no bairro)

A associação entre Papanicolaou e infidelidade foi detectada em outras pesquisas (Duavy et al, 2007; Rico, Iriart, 2013), alertando sobre a naturalização da infidelidade masculina por parte das mulheres. Em estudo já referido, realizado em uma comunidade de Recife, a citologia cervical era significada por mulheres que mantinham relações estáveis como uma forma de se defenderem das DST's ocasionadas pela infidelidade dos seus parceiros. O Papanicolaou representava, assim, uma sorte de proteção contra as consequências negativas da infidelidade masculina, que era tomada como um dado (Gregg, 2003).

Diante de significações negativas que associam o sexo à sujeira e ao perigo, a consulta ginecológica e o Papanicolaou são considerados em termos de limpeza, significação que também foi encontrada em estudo anterior (Rico, Iriart, 2013):

“Tem que tá procurando fazer o preventivo, fazer os exame, né? Pra ver. Eu mermo quando eu vou fazer o preventivo eu vejo tudo que tem dentro do meu corpo, né? Que eles coloca um negoço dentro. Eu não gosto nem daquele exame chato. Coloca lá dento, aí vê tudo, ‘Ó Ninha, como é que tá seu útero, tudo limpinho’...” (Ninha, 31 anos, separada, mora com o filho, Salvador, 10 anos no bairro)

“A gente tamos aqui nesse mundo, né? Tem que fazer (*o preventivo*). Que Deus, Deus deixou o médico pra cuidar da gente, né? Nós temos que saber que tá limpa por dentro. (...) Eles pode ver lá dentro. Então é isso que eu tô falando. Então a gente é necessário fazer mesmo. (...) Depois disso que eu senti (*um mal-estar ginecológico cuja cura atribui a Deus*) marquei o ginecologista, pra confirmar se eu ainda tava com alguma coisa. Aí deu tudo... deu tudo bem. Já tava tudo limpo. Ficou tudo limpo, aí eu disse assim, ‘Graças a Deus, já tô limpa’.” (Marília, 56 anos, separada, mora sozinha, interior, 8 anos no bairro)

“Quantos esperma não passou ali dentro do seu útero? Pode ser que na hora ali um crie uma ferida, não sei, um impacto de alguma coisa, bactéria. A pessoa fica um ano tendo relação, relação, se não tem uma limpeza naquele útero... (...) Aquele esperma vai pra onde, sai pra fora, fica lá dentro? (...) Eu assim, eu acho que fica alguma coisa, alguma sequela lá dentro, do relacionamento. Do... do homem, né.” (Adrielle, 36 anos, unida, mora com o marido e uma filha, interior, 4 anos no bairro)

Em alguns casos, como o de Adrielle, se tornou evidente não apenas o desconhecimento da função biomédica do Papanicolaou, mas também o do próprio corpo, questões sobre as que se não se conta com orientações adequadas da equipe de saúde, cuja atividade pareceria se limitar à realização do exame, sem aproveitar a oportunidade para realizar atividades de educação em saúde:

“E: E o médico te explicou o que ele ia fazer, como era (*o preventivo*)?”

A: Não, ele disse ‘Não, a gente bota o útero pra fora, aí tira um pedaço, e aí bota de novo pra dentro’. Aí, disse que naquele pedacinho que ele tira, ele faz um exame ali, que vai vê se tem alguma doença ou não. Aí fiquei até com medo, ‘Nossa, e vai tirar muito grande o pedaço?’, aí ele disse, ‘Nem vai doer, é uma biliscadinha de formiga’. Aí depois eu senti aquela mordidinha e depois ele ajeitou e cabô. ‘Terminei’. Eu achei muito rápido. Eu não senti tirar. Será que ele botô esse negoço pra fora? Porque o útero pa sair assim, não sei. Aí, tudo bem, ele disse que ia botá, eu também não fiz mais pergunta. Fiz o que tinha que fazer e caí fora, não fiz mais. (...) Porque é uma coisa que você não tem uma explicação. Você chega lá, a explicação que você tem é dá sua data de nascimento, saber o dia que você parô de menstruar, o dia que sua menstruação vem, o negoço assim de seu parceiro, teve relação esses dia, não sei o que, pronto. E aí vamos pra mesa. Você acha que na mesa vai ter uma, assim... uma preparação? É, não tem uma preparação não. Eu queria saber assim, ‘Cê tá ressecada?’ Sei lá (*risos*). Ou ‘cê tá com algum caroço?’ (...) Eu fico

me perguntano. Aquela aula ali, ali te incentiva né, mas não. Você chegô lá, sentou, “relaxe aí, por favor”. Aí você relaxa. “Faça de conta que eu não estou aqui”, é o que ele fala. Fácil, né. É, e aí aqueles negócio ali rapidinho. Aí daqui a pouco, ‘Pode descer’ e veste sua roupa. (...) Aí vai vesti a roupa e senta na mesa pa pegá a data de que você vai pegar o dia pa ir buscar. Não tem mais explicação de nada.” (Adrielle, 36 anos, unida, mora com o marido e uma filha, interior, 4 anos no bairro)

Escassamente vinculado à prevenção do CCU, o Papanicolaou é assumido pelas participantes do nosso estudo como uma forma de monitorar ou de aprimorar o estado da saúde feminina. Refletindo uma caracterização do corpo feminino como um objeto de triagem que requer monitoramento, avaliação e vigilância permanentes (Kaufert, 2000), a realização do exame é valorizada por ser uma das práticas médicas que devem ser feitas pelas mulheres:

“Tem que procurar sempre o médico. Mulé que é mulé tem sempre procurar médico. Fazer exame de mama, fazer vários exames, principalmente o preventivo, né? Que é muito importante pras mulé hoje em dia, né? De procurar ver o que é que tá acontecendo. Por fora tudo bem, mas por dentro como é que tá, né? Tem que tá procurando fazer o preventivo, fazer os exame, né?” (Ninha, 31 anos, separada, mora com o filho, Salvador, 10 anos no bairro)

O permanente monitoramento feminino da saúde sexual obedeceria, segundo nossas informantes, a dois fatores. Por uma parte, à “natural” fragilidade do corpo feminino, que seria mais susceptível às doenças do que o masculino:

“A mulher tem que se cuidar mais. A mulher é assim, ‘Ahnn, tenho que fazê exame preventivo’, e o homem não. (...) Mulé é obrigatório fazê exame de mama, preventivo, transvaginal. A mulé tem que tá fazendo esse exame (...). Acho a mulé mais, eu acho que fica mais assim (...), mais sensível prá pegá esses tipo de doença (...). A mulé corre mais risco de pegá, de tê mais doença do que homem, porque a mulé, eu acho, é mais sensível do que o homem. A mulé tem que se cuidá, quer ela queira ou não, tem que se cuidá. (...) A gente mulé sempre tá no médico, né? Sempre se cuidando.” (Clara, 38 anos, casada, mora com o marido, dois filhos e uma filha, Salvador, 13 anos no bairro)

“Porque, desculpa... Desculpe a expressão, mas... O homem, ele pode meter em trinta mulher, quarenta, cinquenta. É difícil ele pegar uma doença. Não é impossível, mas é difícil. Já a mulher, a mulher fica até com próprio namorado, assim, a mulher já tem um problema. É infecção urinária, é disso também. Aí vem um escorrimento, é disso também. Tudo, tudo, assim a mulher... na parte de baixo, assim, é super sensível. Isso tudo da gente é super sensível, entendeu?” (Mayana, 18 anos, solteira, mora com a irmã e o sobrinho, Salvador, 18 anos no bairro)

Por outra parte, a constante atenção à saúde pelas mulheres estaria vinculada a uma tendência feminina ao cuidado, que também pareceria ter traços inatos:

“H: Às vezes você não tem nada, não sente nada, mas você vai pro médico, o médico diz você não tem nada, mas só porque você, né, tem aquele costume já de se preocupar, né? Aí você vai, mas... eu não sei dizer o porquê. Não sei. Acho que isso já vem da gente mesmo. O cuidado, né? De ter cuidado, não só com a saúde não, com outras coisas também.

E: Com outras coisas, como o que você diz?

H: Cuidado sim, ter cuidado do filho, aquela preocupação. Eu acho que isso é da gente mesmo.” (Helena, 28 anos, casada, mora com o marido e a filha, está grávida, Salvador, 1 ano no bairro)

“I: Mulher se preocupa com tudo. Começa por ela e termina na família. (...) Já é do instinto dela mesmo. Eu acredito que seja da própria mulher mesmo, ser cuidadora. De se deixar de lado pelo outro, pela sua família, pelo de um filho, pelo bem de um marido. Então eu acho que é da mulher mesmo. É porque ela é cuidadora mesmo.

E: Quando você diz que é instinto, você diz que já é uma coisa natural...

I: Natural da gente. (...) Eu acho que já vem com a gente mesmo. Porque você pega uma pessoa de rua, que não tem base nenhuma de nada... Muitas vezes nem conheceu a mãe, nem o pai. Mas você vê que ela cuida daquela criança

que ela botou ali. Ela se mata toda ali... Muitas vezes tá até drogada, mas ela tem consciência que ela é tão viciada, mas ela tem consciência que tem que proteger o filho dela. Até dá a outra pessoa porque ela sabe que com ela vai tá ruim. Então aquilo ali é cuidar (...), ela tava cuidando da cria dela. É o instinto. Na minha concepção, é o instinto da mulher.” (Inês, 34 anos, casada, mora com o marido e a filha, Salvador, 1 ano no bairro)

Ilustrando a definição cultural da “natureza feminina” orientada ao cuidado a partir de características baseadas na anatomia sexual (Heilborn, 2003), as entrevistadas reforçam a caracterização das mulheres como cuidadoras da prole (Heilborn, 1997). Por sua vez, esse instinto feminino de cuidado seria potencializado em contextos sociais de precariedade econômica, como nosso cenário de estudo: onde a manutenção da família depende da mulher, o cuidado da sua saúde constitui a chave para a reprodução do grupo doméstico:

“É por isso, minha filha, que precisa de cuidar da saúde. Cuidar do zôto. Porque se eu não cuidar de mim eu não posso cuidar dele (*assinando seu neto de um ano, que sua filha deixou com ela para criar*). É ele, a minha filha aí... Ainda tá precisando que eu cuide dela. (...) E porque também, sabe por quê? Porque ela (*referindo-se à mulher*) precisa de trabalhar, ela tem os filhos pra cuidar e ela sabe que ela não pode ficar doente, porque ela que sustenta a casa. Na verdade... a maioria das mulheres é que sustenta a casa. Porque se tu for depender dos homens vai passar fome. Porque os homens hoje quando bota uma coisinha, tão brigando. Tá querendo bater. Eu vi aí tá tomando as coisas. E as mulheres não, trabalha pra isso. Pra manter os filhos também, né, minha filha? Porque se não fizer, quem vai fazer? Tem essa parte, né?” (Vera, 57 anos, solteira, mora com a mãe e o neto, Salvador, 22 anos no bairro, nunca Pap)

O discurso sobre o cuidado à saúde feminina se apresentou de forma unânime entre as participantes do estudo: independentemente da idade, do nível educacional e da trajetória sexual, reprodutiva e contraceptiva, todas nossas informantes afirmam que as mulheres se preocupam mais do que os homens pela saúde, realizando consultas e exames médicos regularmente. Pelo fato de serem simultaneamente “medrosas e cuidadosas”, as mulheres tenderiam ao monitoramento biomédico regular:

“Erica: ... a mulher se cuida noventa e nove por cento mais do que os homens. (...) (*Fazer o Papanicolaou*) É constrangedor também, mas mesmo assim, a mulher tá mais sempre ali (...). Mesmo sendo constrangedor e ridículo aquilo.

E: *Mmh... E por que acha que é essa diferença? Por que mesmo sendo constrangedor a gente vai e eles não?*

Erica: Acho que pelo fato de mulher ser medrosa e ser cuidadosa ao mesmo tempo.

E: *Como seria isso, ser medrosa e cuidadosa ao mesmo tempo?*

Erica: Assim, a gente tem medo de descobrir algum tipo de câncer, mas também a gente gosta de se cuidar, entendeu? (...) É esse medo, preocupação, de tá com algo, de não tá. Esse medo de se cuidar, de se sentir bem com a gente mesmo, então eu acho que é por isso que a gente vai com mais frequência do que eles mesmo.” (Erica, 21 anos, solteira, mora com os pais, a filha e o filho, Salvador, 21 anos no bairro)

Proferido inclusive por informantes que não realizam consultas ginecológicas nem praticam a citologia cervical, este discurso introjetado (Bush, 2000) não é relativizado ao contrastá-lo com a própria experiência. É o caso de Marília, que não realiza o exame há 12 anos, desde que se entregou a Deus ao tornar-se evangélica. E

também o de Renata, uma mulher que faz sexo com mulheres¹⁴¹ que “detesta médicos” e nunca realizou o Papanicolaou. Apesar de ter passado pelo parto hospitalar do seu filho, ela não realizou exames pré-natais e fez só uma consulta ginecológica na vida motivada por queixas, onde não houve revisão física, mas apenas prescrição de medicamentos. Ela relata que apesar de ter marcado outras consultas ginecológicas, nunca conseguiu efetivá-las:

E: E você falou, também, do preventivo?

R: Foi. Eu ia uma vez, fazê. Mas, eu não fiz, não.

E: Certo. Nunca fez, então? (R. responde negativamente de forma gestual) Certo. E isso aí, por que nunca fez?

R: Oh, eu vou te falar a verdade (*rindo*). Eu tenho vergonha de fazer preventivo. Eu morro de vergonha! Sabe o que é morrer de vergonha? Eu sei que é mulher, e um médico, é uma médica, tal, mas é porque eu me bloqueia, eu não consigo. Não, não. Sabe, eu já fui assim pra fazer, assim, na porta pá ir, também (*rindo*) e não consegui. (...) Essa coisa de estar ali, nessa posição, que não desce! (*risos*) Quando falá, minha fia, ‘preventivo’, ave Maria! (*risos*) Eu, eu, sei lá. Só fui no médico, quando eu fui memo, pra ter nenê. (...) Acho que até hoje, se fosse pra ir, eu juro que não ia conseguir. (...)

E: Mas, quer dizer, você foi só quando foi pra ter o nenê ou também teve que fazer, sei lá, pré-natais, esses controles...?

R: Não fiz, não. Não. Pré-natal não fiz, não!” (...) Eu não gosto. (...) Me dá um giro, me dá uma coisa dentro de mim. É de mim mesmo, sabe? Não sei se é medo, não sei que desgrama é que me dá... me trava, assim, sabe, um negócio assim, eu fico tremendo (...). Uma vez eu marquei uma consulta ali no posto, aí foi pra mim ir, né. Aí, quem disse que eu fui? Marquei e não fui (*risos*) Eu não fui. Fui, não! Deixei lá, peguei e não fui.

E: E você tinha marcado consulta por quê?

R: Crínico. É, assim, pra fazer exames, fazer uns examezinhos, né? Rotina, que eles falam, ‘Faça’ não sei que lá, ‘preventivo’... (...) Num fui, não. Daquela vez eu não fui mais.” (Renata, 28 anos, solteira, mora com o filho e a irmã, interior, 11 anos no bairro, nunca Pap)

O caso de Renata condiz com dados encontrados por outros estudos, que destacam as dificuldades de acesso da população de mulheres que fazem sexo com mulheres à consulta ginecológica e ao Papanicolaou (Barbosa, Facchini, 2009; Meinerz, 2005). Neles enfatiza-se que o contato destas mulheres com esses serviços ocorre, como no caso descrito, a partir de situações que remetem à prática heterossexual, como a maternidade. Regidas pela lógica da heterossexualidade compulsória (Rich, 2010)¹⁴², que assume uma orientação sexual feminina inata à heterossexualidade em função da sua inclinação natural à maternidade, as práticas dos serviços de saúde contribuem e, simultaneamente, são retroalimentadas pela invisibilidade social da homossexualidade feminina (Meinerz, 2005). É interessante, ademais, perceber como apesar das resistências que Renata vivencia em relação à atenção médica e ginecológica, ela

¹⁴¹ Renata não se definiu a si própria como lésbica, mas relatou que foi “casada com mulher”. Porém, ela é chamada com esse apelido no bairro. De fato, foi assim como eu soube sobre ela antes de contatá-la. Isto nos remete à cautela necessária em relação à definição conceitual em relação às práticas sexuais, já que a convergência entre comportamentos e identidade não é um universal (Vance, 1995). Neste sentido é que considero mais adequado o uso da categoria “mulheres que fazem sexo com mulheres”.

¹⁴² Rich (2010) critica a noção de que existiria uma orientação heterossexual natural entre as mulheres, afirmando que esta constitui, na realidade, uma instituição política de dominação masculina, cujo alcance seria tão profundo que atingiria inclusive o próprio o feminismo.

partilha o discurso que associa as mulheres ao cuidado e ao monitoramento biomédico da saúde:

“Mulher vai mais ao médico, né? Procura mais o médico. O homem, não, né? Homem é difícil, muito difícil! Então, mulher não. Já mulher já vai mais, é usar uma coisinha, é usar outra, entendeu? (...) É, porque a gente quer, porque a gente fica mais preocupada em se cuidar mais.” (Renata, 28 anos, solteira, mora com o filho e a irmã, interior, 11 anos no bairro, nunca Pap)

Neste sentido, resulta inevitável nos remetermos ao processo de medicalização¹⁴³ do que o corpo feminino tem sido alvo ao longo dos últimos séculos (Conrad, 2007). Este constitui um dos *locus* a partir dos que se configuraram dispositivos específicos de saber e poder a respeito do sexo¹⁴⁴ (Foucault, 1979), merecendo a ginecologia lugar de destaque na legitimação da concepção de que a sexualidade e a reprodução são esferas características das mulheres (Lupton, 1994; Rohden, 2002)¹⁴⁵. Assim, a associação do cuidado à saúde sexual e a feminilidade, em função de características do corpo das mulheres e da associação destas à reprodução, convergem para consolidar uma noção de natureza feminina vinculada à reprodução e à maternidade, aspectos paradigmáticos da medicalização da vida das mulheres, dos que nenhuma das entrevistadas parece fugir.

A visão da citologia cervical como obrigação feminina faz com que o fato de não efetuar-la ou de não realizá-la com a frequência considerada adequada seja conceptualizada negativamente em termos de “relaxamento”, “preguiça”, “descuido” ou “desleixo”, remetendo à falta de responsabilidade pelo cuidado de si:

¹⁴³ A medicalização da vida é entendida como um processo mediante o qual experiências, problemas e dimensões da vida que se encontravam fora da alçada médica passam a ser definidos e tratados em termos de doenças ou de desordens, isto é, como problemas médicos (Conrad, 2007). Se tratando de um problema de definição cujo percurso será efeito da correlação das forças sociais que participam dele, deve-se considerar que se trata de um processo não linear que pode experimentar momentos de expansão e de contração ou inclusive de reversão. Isto implica também reconhecer que, longe de se tratar de um processo monopolizado pela medicina sobre pacientes passivos e carentes de conhecimento (fenômeno denominado “imperialismo médico” por Conrad), trata-se de uma ação coletiva protagonizada por agentes diversos dentre os quais se encontra a própria população. No caso do presente estudo, podemos observar que a valorização do monitoramento médico da saúde feminina, antes que a imposição por parte da ciência médica e seus atores, responde a uma demanda das próprias mulheres.

¹⁴⁴ Evidenciando a produtividade da medicina na configuração deste dispositivo de criação-regulação da sexualidade feminina, Foucault assinala o “tríplice processo pelo qual o corpo da mulher foi analisado – qualificado e desqualificado – como corpo integralmente saturado de sexualidade; pelo qual, este corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, a través de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação): a Mãe, com sua imagem em negativo que é a “mulher nervosa”, constitui a forma mais visível desta histerização” (Foucault, 1979: 99).

¹⁴⁵ No Brasil, a preocupação inicial da ginecologia do século XIX – interessada em se tornar a ciência da feminilidade e da diferença sexual – também visava à delimitação do papel social de cada sexo, atrelando a feminilidade à função reprodutiva: a ginecologia “definiu-se enquanto a especialidade guardiã da honra feminina e da regulação das manifestações corporais da mulher, de modo que a maternidade fosse bem encaminhada, a reprodução garantida e a ordem social cristalizada” (Rohden, 2002: 115).

“Então a mulher tem de sempre fazer esses exame, cê entendeu? Eu tô relaxada, não vou mentir a você, vou falar a verdade. Tô relaxada. Mas eu vou parar pra pensar pra eu voltar a fazer meus exames tudo de novo. (...) Toda as mulher (*têm que fazer*). Mas tem mulheres que é relaxada, né? Né toda as mulher que faz. Tem umas que não gosta de ir, como meu caso mermo, que não gosto de ir. Já eu sou o que? Relaxada, né? Que eu tenho que procurar um médico pra fazer.” (Norma, 34 anos, unida, mora com marido e dois filhos, Salvador, 10 anos no bairro)

“Tem mulê que não liga mesmo, prá fazê preventivo. Não liga. É difícil ir no médio e fazê preventivo. Aí quando vem, já tá com aquela doença, uma ferida bem enorme... Aí vai fazê a biópsia e dá maligna. Por quê? Porque num vai no ginecologista se cuidá, porque se se cuidá, fica tranquila que não pega.” (Clara, 38 anos, casada, mora com o marido, dois filhos e uma filha, Salvador, 13 anos no bairro)

Nesse sentido, a “cultura do rastreamento” vigente (Löwy, 2010) limita as possibilidades de se isentar dessa prática, sancionando o não comparecimento como irracional, irresponsável ou moralmente condenável (Kaufert, 2000, Bush, 2000, Howson, 1999)¹⁴⁶.

A realização do Papanicolaou está inserida dentro de um discurso oficial que sustenta a visão do corpo feminino como necessitado de monitoramento (Bush, 2000), reforçado pelas noções da sua natureza frágil e da também natural tendência feminina ao cuidado. Valores que remetem à responsabilidade, à fidelidade e à limpeza são postos em jogo na prática do exame, que é altamente valorizada pelas participantes do estudo, independentemente do conhecimento da sua função biomédica.

4.3 Sexo de Deus e mulheres direitas: cuidado e religiosidade

Perdendo especificidade perante uma noção de prevenção mais abrangente, associada ao cuidado da saúde sexual e à evitação de DST's, a prevenção do câncer cervical reflete uma lógica mais compreensiva, permeada por valores morais. Neste contexto, formas não biomédicas de cuidado à saúde sexual foram referidas por nossas entrevistadas. Dentre elas, cabe destacar o papel das crenças e práticas religiosas. De fato, elementos religiosos têm forte presença no bairro: basta chegar ao ponto de ônibus onde se encontra o acesso principal à comunidade para ouvir as mensagens de uma igreja evangélica através de um alto-falante instalado em um poste. Também é habitual encontrar duas ou três pessoas oferecendo jornais religiosos no ponto de ônibus. Pela noite, os lugares que permanecem em atividade até tarde são alguns pequenos bares e igrejas evangélicas. Alguns moradores colocam música e programas religiosos a alto volume e na casa do meu amigo era frequente encontrar a mãe dele

¹⁴⁶ Como ilustra Rita, esta visão também alcançaria àquelas mulheres que, sendo afetadas por doenças na área genital, refletiriam atributos de falta de cuidado e responsabilidade: “Tem aquela outra doença, tem um nome... a que sai aquelas caroço na vagina da mulher (...). Assim, nega, já pensou? Eu nessa idade, você é uma mocinha. Mas fica muito feio você com esse tipo de enfermidade e abrí as perna lá pá o médico home ou mulher, seja lá o que for. É muito feio, nega. Eu com cinquenta e cinco ano, ‘Mas, que mulher é essa?!’ É mulher que não se cuida, que não se trata, não se ama.” (Rita, 54 anos, casada, mora com o marido, uma filha e dois netos, interior, 24 anos no bairro)

assistindo à missa pela televisão, rezando o terço ou lendo livros religiosos. Muitas das participantes do estudo vestiam camisetas comemorativas de festas religiosas e decoravam suas casas com imagens ou frases religiosas. Elas se mostravam interessadas por saber se eu professava alguma crença e, independentemente de eu responder em forma negativa, era comum que elas me saudassem com bênçãos e, inclusive, com orações.

A operatória da religião na saúde e na sexualidade deve ser contextualizada no marco das renovações ocorridas no campo da religião popular brasileira, em que a tradição católica cedeu a uma notória polissemia religiosa¹⁴⁷ (Brandão, 2004); fato que se reflete na pluralidade de filiações religiosas das nossas informantes, os graus diversos de compromisso com a doutrina, e o trânsito religioso e sincretismo que se evidenciam na participação simultânea em vários espaços religiosos – elementos que foram registrados em outros bairros populares da cidade (Mota, Trad, Villas Boas, 2012; Rabelo, 1993). Abordar este elemento desde a perspectiva da experiência religiosa¹⁴⁸, isto é, considerando as formas pelas quais a doutrina é re-significada e vivenciada por indivíduos e grupos em contextos específicos, nos alerta sobre os riscos de postular uma convergência unívoca entre religião e práticas sociais (Rabelo, 1993). Porém, chamam atenção alguns padrões encontrados entre participantes do nosso estudo, especialmente no que diz respeito da sua utilização como forma de cuidado complementar ou substitutiva da atenção biomédica.

Em princípio, cabe destacar o valor conferido à fé em geral e à oração em particular em relação ao cuidado à saúde. Segundo Aurea, que é católica e sofre de mioma e outros problemas¹⁴⁹ que são tratados através da biomedicina, a fé resulta essencial para a aceitação das dificuldades, inspirando-lhe a força de vontade necessária para enfrentá-las diariamente. Vera, que nunca realizou a citologia cervical e não costuma acudir a serviços biomédicos, enfrentando diversos problemas de

¹⁴⁷ Segundo Brandão, “existe agora uma franca diversidade no interior de algumas e entre as religiões. Ao lado de ‘formas puras’ e ‘de origem’, existem derivações, divergências, novas experiências pessoais e coletivas de lidar com o sagrado e tornar uma experiência de sentido, tornada uma fé partilhada como uma crença, em uma religião em que elas acabam se configurando culturalmente.” (Brandão, 2004: 267)

¹⁴⁸ Silva et al referem-se à religiosidade como a “religião viva, a experiência cotidiana com a religião” (Silva et al, 2008: 684), que estabelece relações singulares e diversas com os dogmas e os valores propagados pela tradição doutrinária.

¹⁴⁹ Aurea tem dificuldades para mover uma perna e se movimentar com ajuda de uma bengala. Ela sofre um problema neurológico de movimento involuntário, de síndrome do intestino irritado, tem uma disfunção do maxilar que afeta o ouvido e gera cefaleia crônica, tem problemas de coluna pelos que já foi operada e também foi curada de febre tifoide.

saúde¹⁵⁰ com remédios caseiros elaborados por ela própria, também é católica e considera que a oração é fundamental:

“Muita oração também, né? Que sem oração não dá. É o tratamento completo. Esse é tratamento VIP! (*risos*)” (Vera, 57 anos, solteira, mora com a mãe e o neto, Salvador, 22 anos no bairro, nunca Pap)

Marília, que é adventista do Sétimo Dia e não realiza o Papanicolaou desde que “se entregou a Deus” há doze anos, afirma que desde então não tem problemas de saúde. Convicta de que “casca de demônio só sai com jejum e oração”, ela realiza vigílias de oração porque “Deus vê e se agrada” e porque isso “fortalece o nosso corpo”. Associando a infecção pelo HPV com uma história sexual julgada como pecaminosa, ela ilustra a vigência de uma matriz moral fortemente valorativa da saúde, que significa a doença em termos de castigo e de culpa (González Valdés, 2004; Bousso et al., 2011). Marília refere ter vivenciado a cura pela fé de uma longa aflição pela infecção pelo HPV que, de não mediar a intervenção divina, teria virado um câncer mortal. Sua estória ilustra o enfrentamento à doença em termos de uma luta para a expulsão do mal do corpo, através do que Rabelo considera o reposicionamento do sujeito no “espaço ético” pela religião¹⁵¹: “libertar-se da doença é deixar o plano do mal e transportar-se para o universo ordenado dos fiéis” (Rabelo, 1993: 322)¹⁵². Vividamente, Marília relata a sua experiência de sofrimento e de cura pela conversão:

“Eu andava pelo mundo, pegando um e outro (*homem*). (...) Eu sei que eu fui pra ginecologista e apresentou que era HPV. (...) Aí eu fiquei tomando remédio, eu achei que eu fiquei boa, mas sempre saía na minha vagina quando eu ia mijar, saía uns pus. (...) Aí tomava chá, não adiantava, tomava remédio, não adiantava. (...) Aí com uns quarenta e tantos anos eu conheci a mensagem de Deus. Quando eu me entreguei a Deus, aquele negócio ficou pior. (...) Aí eu disse assim, ‘Senhor, o que é que tiver errado aqui o Senhor vai tirar’. Aí ficou com aquilo forte, um mal cheiro forte. Aí teve um dia que eu saí. Quando eu fui pro lado do Iguatemi, que nessa época eu tava na Universal... (...) Aí eu comecei a orar, comecei a lutar. (...) Aí quando eu olhei pra cima pro céu, aí eu vi o formato de Jesus. (...) Eu senti a presença dele e eu vi ele. Aí eu fui clamando, clamando, aí eu fui pra igreja. Quando chegou no outro dia, aquilo parece que saiu. Acredite em Deus, não acredite em mim não. Foi depois que eu vi o formato de Jesus. Aí saiu aquele tanto de pus. (...) Você já viu aqueles peixe quando tá podre que fica aqueles bicho andando? Eu sentia na minha vagina. Aí quando chegou no terceiro dia, isso aí saiu tudo. Eu disse assim, ‘Oh, Senhor, se o Senhor quiser que eu vou na ginecologista, eu vou. Mas se o Senhor não quiser...’ Que eu me lembrei das época que eu usei uma pomada C., que aquela pomada foi muito boa. Quando eu era mais moderna mesmo. (...) Aí eu usei essa pomada toda, ói... Então eu digo que foi isso que limpou o meu útero. Na presença de Deus, Deus me mostrou que

¹⁵⁰ Vera, que é obesa, tem uma doença chamada erisipela bolhosa, que provoca profundas feridas difíceis de cicatrizar em uma das suas pernas. Ela tem temor de consultar médicos e tem dificuldades econômicas para aceder aos medicamentos, motivos pelos que se trata com remédios caseiros. Ela também relata ter hipertensão, problemas digestivos, de visão e odontológicos.

¹⁵¹ A autora refere que a “visão de mundo pentecostal se assenta sobre uma oposição rígida entre bem e mal; tratam-se, em última instância, de planos descontínuos e irreconciliáveis. (...) ... a resolução de problemas ou aflições individuais deve levar a uma reorientação do comportamento, segundo padrões morais: o fiel pentecostal não bebe, não fuma, não vai a festas etc. O culto, na verdade, oferece um espaço alternativo que substitui os ‘prazeres do mundo’ pelo prazer das práticas e celebrações religiosas. Visa constituir-se, assim, em um subuniverso de ordem contraposto ao meio circundante.” (Rabelo, 1993: 321)

¹⁵² Em relação às práticas de cura implementadas por cultos protestantes e outros (com exceção dos afro-americanos), Luz esclarece que – pelo fato de elas carecerem da complexidade que define as “medicinas alternativas” –, elas devem ser compreendidas simplesmente como práticas terapêuticas (Luz, 2005: 175).

ele ia cuidar de mim. Aí hoje não sinto mais nada. Então eu creio que eu fiquei curada porque Deus me curou. Então eu disse assim, ‘Glória a Deus que eu não vou mais pro médico’ (*risos*). (...) Porque foi um monte de pus que saiu de dentro de mim. Então ia virar um cânci! No colo do útero. Eu creio, porque aquilo que eu pensei que tava curada na verdade eu não tava curada. Aquilo eu tomei remédio pra abafar, mas não pra curar. (...) Então se eu não tomasse essa decisão com Deus, hoje eu tava era morta! Com câncer no colo do útero.” (Marília, 56 anos, separada, mora sozinha, interior, 8 anos no bairro)

Neste sentido, Rabelo destaca que a cura forma parte de um projeto de libertação mais abrangente, impulsionada através da ruptura com um passado de impureza e pecado, concebido como evidência da influência do demônio. Entendida como um empreendimento moral de ruptura com o mundano, a cura é significada como uma graça divina e como “um sinal de que é preciso, e possível, mudar, um aviso de que a mudança requer uma vigília contínua sobre o comportamento e, portanto, sobre o corpo” (Rabelo, 2007: 138). Atividade à qual Marília se consagra com zelo através da oração e de comportamentos ascéticos, como a abstinência sexual e uma radical mudança nos hábitos alimentares.

Também Cristina, que nunca realizou um Papanicolaou e é fiel da Igreja Universal, considera que a fé e alguns rituais implementados por iniciativa própria têm poder de cura, achando desnecessário recorrer à biomedicina. Da maneira similar, Norma, que é batista e não faz a citologia cervical desde sua última gravidez há seis anos, considera que Deus protege a sua família perante a doença:

“E: E quando se sente mal, o quê que você faz?”

C: Fico em casa mermo, faço um chazinho e tomo.

E: Você conhece de chá, de folhas, e tal? (...)

C: Não, não. Eu vou pra igreja, pego água da igreja, o pastor ora, bebo (...). Aí eu tomo banho com água da igreja, às vezes me lavo, pronto. Eu graças a Deus eu não tenho problema nenhum.

E: E isso aí, eles te dizem que serve ou você mesma... Como é que é?”

C: Não, não, eu uso pelo meu pensamento, e culpa ni Jesus, entendeu? Com minha fé mesmo que eu faço. Eu creio que eu vou ficar curada. Que né todos médicos que a gente deve ir... que tem médico que cura, ajuda, mas tem uns que comparam. Aí eu tenho medo.” (Cristina, 39 anos, separada, mora com um filho, Salvador, 11 anos no bairro, nunca Pap)

“E ele é o médico dos médico, entendeu? Então tá na mão do Pai. (...) Tô dizendo a você que eu sou difícil ir no médico, meus filho nunca foi no médico. Foi quando foi bebê. Nunca fez um exame aí! E te garanto que se for não vai dá nada. Porque eu sei que eu confio no meu Deus, cê entendeu? Não vai ter nada aí ó, nada. Ele pode fazer mil exames e não vai ter nada. Então, aquela certeza, sim.” (Norma, 34 anos, unida, mora com marido e dois filhos, Salvador, 10 anos no bairro)

Estes casos evidenciam que tanto o recurso como o rechaço à biomedicina são vistos como subordinados à vontade divina¹⁵³, que em última instância é “quem ilumina ou usa o médico para trazer uma bênção ao fiel” (Rabelo, 2007: 143).

Diante de pesquisas conduzidas em outros bairros populares de Salvador, que verificam formas diversas de articulação entre tratamento religioso e biomédico

¹⁵³ Neste sentido, cabe lembrar a frequente alusão a Deus como “o médico dos médicos”.

(Mota, Trad, Villas Boas, 2012; Rabelo, 1993), chama atenção que entre várias das nossas informantes a religiosidade substitui à biomedicina. À luz destes dados, também resulta notória a falta de estudos que contemplem o papel da religião em relação à prevenção do CCU¹⁵⁴, considerando que esta pareceria ter especial relevância entre mulheres que – como nossas informantes que não realizam a citologia cervical ou que a praticam com uma frequência insuficiente segundo as recomendações vigentes – teriam uma menor tendência à utilização de serviços biomédicos para a prevenção da doença. Sendo que várias destas entrevistadas têm uma visão crítica da atenção biomédica à saúde, podemos aventurar que a religião não seria um substituto *per se* da biomedicina, mas resulta uma alternativa eficaz diante das falências do sistema biomédico da forma como ele se apresenta perante elas, em função das diversas dificuldades que encontram para obter atendimento.

Estabelecendo uma ordem moral e padrões de conduta ideais, a esfera religiosa constitui uma dimensão de peso no que diz respeito à normatividade sexual e de gênero (Silva et al., 2008; Tarducci, 1999). Isto se evidencia ao retomarmos a história de Marília, quem teve quatro filhos vivos com quatro homens diferentes (“dois foi no casamento, o resto foi eu batendo perna”) e cuja conversão religiosa significou uma mudança radical de vida – propiciada pelo abandono de comportamentos considerados imorais –, implicando a sua “regeneração” como mãe e como mulher:

“No caso, como eu mesmo, que eu me refiro a mim, que eu pegava várias pessoas quando eu não conhecia Deus, eu pagava várias pessoas. (...) Eu também não era... eu tô regenerada agora porque eu conheci a Deus, então me acomodei. Mas eu não era uma mãe assim... dedicada pra essas coisa não. Era dedicada pra rua! (*risos*) Que depois que eu conheci a palavra, que na Bíblia fala que nós não devemos pecar, ainda mermo a gente mulher. A gente não devemos ir pra cama com homem. E isso eu obedeço meu Pai. Que é por isso que eu digo que eu não tenho nada ginecológico. (...) Não faço a vontade deles não. Porque eu fazia muita vontade de homem no mundo. (...) Porque eu sei que é Ele que vai me salvar, não é homem nenhum não. (...) Eu já estou limpa pelo... pelo sexo. Porque você sabe que quando a gente tem relações aquele líquido fica lá dentro, né, ali, é... cai aquilo ali... é arriscado ter até doença, né? Que a gente não sabe quem é que o homem tem, não sabe quem a gente tem. Aí que é um passando pra o outro, aqui nessa terra, eu acho assim, é um passando pra o outro. Então, mas graças a Deus eu tô limpa pelo meu Deus, que eu não tenho nada com homem. (...) E graças a Deus até agora não sinto nada. Estou como uma criança. E embaixo também tô como uma criança! (*risos*)

E: (*risos*) Como seria isso?

M: Porque eu não faço nada! (*risos*)” (Marília, 56 anos, separada, mora sozinha, interior, 8 anos no bairro)

Se o ascetismo sexual define a nova existência de Marília após a conversão, mudanças familiares são igualmente distintivas dessa nova vida. Quando seus filhos

¹⁵⁴ Não se encontraram estudos que abordem a relação entre religiosidade e prática preventiva do CCU na realidade brasileira. Escassas pesquisas no país abordam a experiência religiosa apenas como fonte de suporte e conforto diante da doença já instalada (Oliveira, Fernandes, Galvão, 2005; Almeida, Pereira, Oliveira, 2008). No sentido apontado por nossos dados, um estudo realizado em um cenário tão diferente como a Suécia encontrou, entre mulheres que tinham rejeitado a realização do Papanicolaou, que suas crenças religiosas faziam com que elas considerassem desnecessário fazê-lo diante de uma enfermidade cuja ocorrência aparecia como controlada por seres superiores (Blomberg et al., 2008).

eram novos, ela os deixou ao cuidado da sua mãe no interior, enquanto ela trabalhava e fazia “a vida deste mundo” em Salvador. Porém, na atualidade ela se orgulha de manter encontros frequentes e diálogos mais próximos com eles, propiciando inclusive a aproximação de uma das suas filhas a Deus.

Em análise sobre o pentecostalismo como uma das manifestações do fundamentalismo religioso¹⁵⁵, movimento que visa normatizar as relações de gênero e outros aspectos da vida pessoal e familiar, Tarducci salienta o típico atrelamento entre mulher e família: o “discurso da família é o que abarca a mulher, já que não se concebe uma mulher adulta fora do matrimônio. A mulher é esposa e mãe” (Tarducci, 1994: 154). Valores como a conduta casta e virtuosa, a aparência humilde e a obediência contribuem a sacralizar a subordinação da mulher (Tarducci, 1994: 161), enfatizando as relações hierárquicas entre o homem e a mulher. Sendo a sua principal reponsabilidade o âmbito doméstico, as mulheres obtêm a felicidade se pondo ao serviço dos outros, em especial os membros da sua família.

A imagem da mulher-mãe, à qual subjaz uma noção de sexualidade apropriada associada à monogamia e à reprodução, tem como oposto a mulher não “acomodada” em uma relação estável, cujas práticas sexuais não se regeriam por estes valores. Estas figuram também se apresentam na fala de Rita, integrante de uma família católica conhecida no bairro. Para ela, a religião define aspectos fundamentais referentes à honra da mulher, como a maternidade, que é, por sua vez, considerada um traço definidor da feminilidade. Neste sentido, ela sintetiza de modo contundente: “a gente tem que dá fruto. Porque se não é árvore que tem que ser cortada, lançada no fogo. Palavras de Deus.” O casamento é especialmente valorizado, já que confere respeitabilidade à mulher aos olhos da comunidade, sendo a sua transgressão, junto à maternidade fora do matrimônio, vivida como uma humilhação pelo entorno familiar:

“Porque ela (*se referindo a sua filha*) engravidou era de menor. Então eu que tinha que andar com ela, sabe, nega? Coisa feia! (*risos*) Ói, filha de menor grávida, sem casar, porque o casamento tem um grande valor, tu sabe? Você é olhada com ôtos olhos. (...) Principalmente na sociedade. E aí, minha filha cada filho aí é de um pai. É bonito isso? Fica bonito pra minha cara? Nega, eu sofri tanto com isso. Porque a gente que serve um Deus, a gente vive uma comunidade e a gente sempre foi assim, não é que a gente seja certo, que ninguém é perfeito, né, nega? Mas, aí arranja um namoradinho, aí a gente tá confiando que tá tudo ali no lugarzinho, que tá namorando de beijinho e abraço. Quem disse? Aí quando pensa que não, sai a barriga. (...) Então nasceu, tá aí. O pai não quis assumir, arranjou outro vira-lata (*risos*). Antes de um ano já tava prenha de novo. (...) A gente sente vergonha, nega, porque você quer ver sua filha casada. Casada! Porque na realidade... No meu tempo o certo é a mulher casar virgem. Seu

¹⁵⁵ Ao abordar as preocupações comuns aos fundamentalismos protestante, islâmico e judeu em relação ao controle de zonas íntimas da vida, Tarducci salienta que “estes movimentos possuem uma clara política respeito das relações de gênero que se baseia em uma ideologia sobre a sexualidade, a família, a educação, os papéis sexuais e as relações interpessoais e que dela derivam-se regras que afetam a vida cotidiana de todas as pessoas envolvidas, e cujo peso recai especialmente sobre as mulheres” (Tarducci, 1999: 208).

primeiro marido, seu primeiro tudo na sua vida. Desde quando quer fazer suas coisinhas faça, mas se previna! Porque o que tira honra de mulher é filho, enquanto não aparecer barriga é moça (*risos*). É mocinha bonitinha que Deus tá vendo. Só Deus sabe. Então apareceu barriga, acabou. Aí nega, eu fiquei com muita vergonha mesmo, porque eu não criei minha filha pá namorar com um cara e vim logo fazer um filho. Aí o cara vai embora, se engraça com ôto, tome lá de novo ôto. Ô que beleza! Nega, fica muito feio, a mulher fica falada, na boca do povo, fica muito falada, nega.” (Rita, 54 anos, casada, mora com o marido, uma filha e dois netos, interior, 24 anos no bairro)

As “permissões” referidas por Rita em relação à sexualidade na juventude sugerem que o catolicismo não é vivenciado como uma esfera normativa sem fissuras, mas como um marco de valores e práticas ideais que deixa margem para a ação individual, refletindo uma particular relação entre heteronomia religiosa e autonomia pessoal no campo da religiosidade e da sexualidade (Silva et al, 2008). Esta propicia uma articulação mais ou menos tensa entre tradição religiosa e valores contemporâneos, dando lugar entre os/as jovens a posicionamentos que não se ajustam à moral imposta pela hierarquia eclesiástica ou pelas gerações precedentes, especialmente no que diz respeito do uso do preservativo e do sexo antes do casamento. Assim, pareceria possível manter, dentro da lógica imperante, diálogos entre religiosidade e sexualidade que permitam aos sujeitos viver “trajetórias de vida no campo da sexualidade interpretando e recriando distintos discursos reguladores de maneira autônoma e atualizada para o seu contexto” (Silva et al., 2008: 692). Porém, Rita mostra que essas práticas podem implicar um custo considerável se não aos olhos de Deus, aos da comunidade.

Aliás, a religião demarca as práticas sexuais consideradas adequadas para as mulheres daquelas que não o são. Esta distinção não só definiria o valor moral e os limites entre as mulheres “corretas” ou “de casa” e aquelas “da vida” ou “da rua”, mas também repercutiria na redução dos riscos diante da doença:

“... como eu lhe disse nestante que eu não gosto de mostrar meu corpo. (...) O marido da gente, a depender da nossa conduta, a gente não se expõe tanto em determinada maneira, sabe, nega? (...) E até assim, determinada maneira de sexo, eu não gosto. Primeiro, a religião da gente não permite determinado sexo que não é de Deus. Não pertence a Deus esse determinado sexo avançado e não fica bem pra uma mulher, parece essas mulheres da vida, sabe? (...) Porque tem determinada maneira de sexo que bate o pênis lá no útero e se a mulher for rasa ainda pior. A mulher tá sentindo dor na hora da relações e eles tá forçano, forçano, pareceno um animal, nega. E isso cria uma feridinha lá no útero. Se tu não for no médico, aquela feridinha vai se aumentando, se aumentando, que tá lá interna, não tá vendo. Aí se torna um câncer, minha filha. Se não se cuidar logo, entendeu? Aí... na minha maneira de pensar, eu acho também que é isso.” (Rita, 54 anos, casada, mora com o marido, uma filha e dois netos, interior, 24 anos no bairro)

“M: Eu acho que tem mulher com mais risco. Porque tem uma mulher que é mais... mais acomodada.

E: Acomodada?

M: Acomodada sobre... marido, parcerero (...) Eu creio que assim, era menos provável a mulher que fica com seu marido dentro de casa e que ele também não procura outra na rua. (...) Porque assim, essa mulher que pega um, pega outro, tá arriscado a isso. Pegar (*doença*). (...) Depende mermo do comportamento de cada um de nós. Tipo ainda tem pessoas que faz tudo quanto é coisa, né?

E: Como o que? Não entendi.

M: Assim, faz tudo como... é relações... anal, né? Assim no normal, anal. Quer dizer, acho que tudo isso prejudica, prejudica. É... seria mais arriscado de pegar o cânci.” (Marília, 56 anos, separada, mora sozinha, interior, 8 anos no bairro)

Caracterizada como poluente e como obstáculo para a perfeição espiritual masculina, a sexualidade feminina é representada como um risco para a família pelo fundamentalismo cristão, exacerbando os atributos da sexualidade feminina que se apresentam como comuns à maioria das religiões estabelecidas¹⁵⁶ (Tarducci, 1999).

Conferindo um papel central à fé no enfrentamento aos mal-estares, a narrativa religiosa permite significar experiências de enfermidade e cura. Por sua vez, prescrevendo valores morais e atitudes adequados às mulheres, e orientando suas condutas sexuais, a religiosidade tem um papel destacável nas práticas de cuidado e na avaliação do risco diante a doença, operando inclusive como substituto às práticas biomédicas entre mulheres que se deparam com dificuldades para acessar às mesmas.

4. 4 Chás, saberes femininos e autonomia

Outro elemento que se encontra fortemente presente nas práticas de cuidado referidas por nossas entrevistadas vincula-se ao uso de ervas para a elaboração de “remédios naturais”. Enquanto o Papanicolaou e a consulta ginecológica foram mencionados por três participantes respectivamente para cuidar a saúde sexual, práticas de cuidado em base a ervas foram citadas por mais da metade delas. Chama atenção que as ervas são utilizadas como substitutos do Papanicolaou pelas mulheres que não realizam o exame, e como complementos para o cuidado entre aquelas que o praticam. Nesse sentido, destacamos que subjaz a ambas as práticas uma lógica de limpeza ou de purificação do corpo como forma de prevenção.

As ervas constituem a base terapêutica das medicinas tradicional e afro-americana, “medicinas alternativas” vigentes no Brasil (Luz, 2005). A racionalidade médica que sustenta a medicina científica e as medicinas alternativas – entendidas como sistemas médicos complexos – compreende, em termos típico-ideais, diversas dimensões: “uma morfologia humana (na medicina ocidental definido como anatomia); uma dinâmica vital (entre nós definida como fisiologia); uma doutrina médica; um sistema de diagnose; e um sistema de intervenção terapêutica (à que se acrescenta) uma sexta dimensão, que embasa as anteriores, e que pode ser designada

¹⁵⁶ Porém, a autora esclarece que “enquanto no cristianismo a cultura surge em luta contra a sexualidade, sublimando-a, na religião islâmica o desejo sexual é positivo. Ao contrário das concepções cristãs, a perfeição religiosa no mundo muçulmano não se atinge através do ascetismo.” (Tarducci, 1999: 196)

como cosmologia.” (Luz, 2005: 175). Atendendo a estes atributos, no presente caso não postulamos estarmos em presença de sistemas médicos complexos, mas diante de práticas terapêuticas que são, por tradição, tributárias destes.

O cuidado da saúde feminina através de “remédios caseiros” forma parte de um fenómeno de maior abrangência¹⁵⁷, porém marcadamente feminino: ao longo do trabalho de campo observei conversas sobre a preparação de “remédios naturais” e suas aplicações, assim como intercâmbios de folhas entre vizinhas. Estes conhecimentos e práticas têm, segundo as entrevistadas, maior presença no interior do estado – devido à conservação das tradições e às maiores dificuldades de acesso ao cuidado biomédico. Porém, eles se encontram fortemente presentes na comunidade estudada, sendo os conhecimentos passados entre gerações de mulheres, de avós para mães e filhas.

Folhas, cascas e sementes de aroeira, espinho cheiroso, baratinã, erva doce, alpiste e graviola são utilizadas para preparar “remédios naturais” que teriam propriedades anti-inflamatórias, antibióticas e anticancerígenas. Estes contribuem, segundo as entrevistadas, para limpar o útero, para combater corrimentos, inflamações uterinas, infecções urinárias, miomas ou cistos, para perder gravidezes indesejadas e para normalizar a cor da urina, sinal de alarme para problemas diversos.

A prática mais frequentemente realizada é o consumo de chás, sendo mencionados também as duchas e banhos de assento. Na maioria dos casos estes remédios são preparados pelas próprias mulheres, sendo comum entre as informantes mais novas que estes sejam elaborados por suas mães. Em alguns casos, as mulheres têm as plantas utilizadas nas suas casas, mas geralmente as compram¹⁵⁸ ou as obtêm através de familiares ou conhecidos que viajam a Salvador desde o interior.

“Como eu sou uma pessoa assim que eu vivo de roça, a gente tem um monte de remédio caseiro. (...) Chá de baratinã, chá de um bucado de cascas que a gente temos lá no interior. De infecção urinária, aí tomei um bucado de chá, minha mãe mandou um sacão de chá preu pudê fazer chá aqui. (...) Eu porque eu achava que tava com corrimento. Eu achava não, eu tava sim, se eu tava veno saí na calcinha. E aquele fedô assim, de fedô de podre. Aí peguei, fui e fiz o preventivo curiosa pra saber se tava com alguma coisa. Mas o médico, ‘Não, tá normal’. Eu disse, ‘Normal, doutô? Como é que pode? Eu tô com corrimento’. Ele disse, ‘A senhora não tá de corrimento não, Dona Adrielle.’ Então tá bom, tá certo. Peguei, cheguei em casa, liguei pra minha mãe, ‘Minha mãe’... Tava vindo

¹⁵⁷ Além das medicinas naturais para o cuidado da saúde feminina, muitas outras foram mencionadas pelas participantes do estudo, para o tratamento de males tão diversos como: dor de barriga (chá de umburana), gripe (mingau de Santo Antônio ou mingau de cachorro), problemas de pressão (xarope de abacaxi), feridas (chá da amora branca, babosa), problemas no fígado e hepatite (chá de cana de macaco), colesterol (chá da folha do tioiô), febre (banho de tioiô), problemas intestinais (folha de arroz, algodão com alho e leite) e problemas de circulação (cebola roxa).

¹⁵⁸ Ademais da venda de folhas em algumas feiras da zona, em uma rua comercial próxima ao bairro observei a presença de uma loja de medicinas naturais, apresentadas em forma de comprimidos, pomadas, chás e folhas embaladas de forma industrial.

uma colega praqui. ‘Manda umas folha de chá ai pra mim.’ Mandou, eu fiz o chá, tomei, tomei, tomei todo dia. Aí depois passou. Então eu achei que me curei com o chá. (...) E mesmo quando não tô assim eu faço chá e tomo, disse que é bom pra mulher. Não ficar só tomano, né, esses remédio. O chá também é muito bom, ajuda muito no útero da mulher.’ (Adrielle, 36 anos, unida, mora com o marido e uma filha, interior, 4 anos no bairro)

Apesar de valorizar a atenção biomédica, Adrielle avalia a eficácia da mesma em função dos resultados percebidos sobre seu próprio corpo. Julgando a resposta da medicina oficial à sua situação como inadequada, ela recorre à medicina caseira para solucionar seu problema. Preservando a “propriedade da avaliação e cura em suas próprias mãos” (Mandu, da Silva, 2000: 17), ela ilustra as possibilidades que as práticas tradicionais têm de aumentar a autonomia e capacidade de decisão (Luz, 2005).

Perante as dificuldades de acesso à atenção biomédica, várias informantes que realizam o Papanicolaou de forma regular recorrem a remédios caseiros diante de problemas corriqueiros, valorizando sua acessibilidade, simplicidade e eficácia no enfrentamento de situações comuns de adoecimento. Elas também recorrem a estes remédios como medidas preventivas em geral, pela sua contribuição para a limpeza interna do corpo:

“E: E essas inflamações, infecções urinárias, você nunca teve?”

M: Nunca. Porque quase todos os dias tomo chá de espinho cheiroso, essas coisas. Aí não sinto. Até porque é anti-inflamatório, arueira, aí não causa dor não. Aí fica tranquilo.

E: E esses chás, você foi de tomar sempre, como foi que conheceu?”

M: Minha mãe. Sempre, sempre ela dava à gente como mulher, que é bom pa saúde. Limpa por dentro.

E: Então vocês costumam fazer essas coisas pra evitar algumas...”

M: É. Nunca senti nada.” (Mara, 23 anos, solteira, mora sozinha, Salvador, 22 anos no bairro)

Estas práticas de cuidado são particularmente frequentes entre as entrevistadas que nunca realizaram a citologia cervical e entre aquelas que não a praticam há mais tempo. Neste sentido, o recurso a medicinas caseiras dispensaria o cuidado biomédico da saúde feminina:

“N: Nunca fui de ir ni médico. Que se eu tô sentindo uma dor vou lá, faço minha murruquinha no meu chá, bebo, pá! Nunca fui.

E: Você sabe preparar?”

N: Chá? Sei sim. Chá, banho, tudo! E eu mesmo me viro.” (Nora, 57 anos, separada, mora com um filho e uma filha, interior, 22 anos no bairro)

“Eu tomo chá, que é muito bom a mulher tomar chá, né? Chá de ervas medicinais. Que é bom, né, pra mulé... pra limpá o útero, essas coisa, né? Chás medicinais. Chá de folhas. (...) Às vezes, eu compro. Às vezes eu pego a folha, que é muito bom. Esse negócio, assim, chá de aroeira, que é bom pra mulher, né? Espinho cheiroso, coisas assim. (...) É, eu uso, entendeu? Porque como eu não vou nem faço preventivo, essas coisa, a mulher tem que tomar chazinhos pra limpar por dentro, né? A gente nunca sabe, né? Porque a gente que tem a vida já ativa, né, a relação sexual ativa, já que já sou uma mulher que já tive um filho, essas coisa que eu digo, entendeu? Não sou mais moça, não sou virgem. Entendeu? Então tomar um chazinho. Ainda mais eu que num gô de médico, né?” (Renata, 28 anos, solteira, mora com o filho e a irmã, interior, 11 anos no bairro, nunca Pap)

“(A filha de Vera, que chegou e ouviu nossa conversa, diz, ‘Aqui você corre o risco de beber água e beber um chá’) Vera responde: Coisa que ela não faz. Eu digo a ela, ‘Pelo menos você não vai ao médico, mas você faz isso’. É um espinho cheiroso... já serve pra útero. Tudo isso serve! (...) Assim, por exemplo, eu tenho a folha da graviola, então de vez em quando tomo o chá, eu me banho... (...) tomo um chá de arroizinho. Tudo isso lava, limpa... Que eles lava, limpa e é anti-inflamatório. Como o espinho cheiroso também. É anti-inflamatório, ele é bom pra infecção, pra tudo que a pessoa aconteça ter, até infecção urinária. (...) Só cozinha, toma o chá, você sente, minha filha, tuuudo limpar.” (Vera, 57 anos, solteira, mora com a mãe e o neto, Salvador, 22 anos no bairro, nunca Pap)

M: E a parte ginecológica também, eu tomo minhas coisa de chá.

E: É o quê que você prepara?

M: Eu... coisa naturais, remédio naturais. Que é bom pra... pra limpar o meu útero. Aí eu tomo e graças a Deus eu não sinto nada não. É por isso que eu não vou no médico. Não necessito de ir no médico. (...) Ainda faço meus remédio dentro de minha casa, aí acaba já me limpando mesmo. (...) Eu sinto que eu fico limpa. Aqueles remédio de folha. Eu uso espinho cheiroso e outros aí que limpa.

E: E isso é pra limpar o que, especificamente?

M: Pra limpar o útero. A sujeira que a gente... No caso assim, quando a gente tem relações... o líquido do homem fica lá dentro, a tendência é criar coisas, né? E quando a gente vai tendo relações, aquilo vai juntando ali, então eu creio que aquilo a tendência é fazer doença, não sei que, um bocado de coisa.” (Marília, 56 anos, separada, mora sozinha, interior, 8 anos no bairro)

Como se pode observar, nestes casos também são recorrentes as alusões aos “remédios naturais” como formas de limpar o útero. Alusões à limpeza ou à sujeira do corpo feminino foram frequentes entre nossas entrevistadas, quem ao se referirem ao câncer cervical e às DST’s fizeram referência a corrimentos, mau odor ou coceira, associando inclusive o risco de adoecer por CCU com a prática de relações sexuais durante a menstruação, um fenômeno que em termos gerais lhes provoca desgosto e vergonha:

“Porque a gente nunca falou isso (*sobre a menstruação*) pra ninguém. Ninguém sabia. É tanto (*risos*). Assim, quando eu era noiva de meu marido, né, que ele chegava lá, quando eu tava menstruada eu não, nem perto dele eu num tinha coragem de encostar. (...) Aí eu... ficava com uma vergonha, sentava assim na cadeira com uma vergonha, e já era noiva dele já. Quando eu tava assim, eu não gostava que eu chegasse perto dele, eu queria ficar de longe (*risos*).” (Anélise, 40 anos, casada, mora com o marido e dois filhos, interior, 18 anos no bairro)

“Porque tive uma colega no interior que ela tinha feito uma queimagem no útero, porque ela estava com ferida no útero. Aí, perguntei a ela por quê tinha acontecido isto com ela. Ela disse que não sabia, mas ela suspeitava que ela várias vezes tinha relação no período menstrual, sabe? (...) Tem pessoas que já ouvi, muita gente falou que aconteceu (*ter relações sexuais enquanto estavam menstruadas*) e tudo, mas eu nunca experimentei, nunca gostei (*rindo*). Eu acho uma coisa muito nojenta, também. Eu acho uma coisa muito chata (*rindo*).” (Fernanda, 47 anos, namorando, mora com um filho, interior, 19 anos no bairro)

Diante da valorização e do uso estendido dos remédios naturais, apenas duas entrevistadas têm uma postura crítica perante estes. Associando-os com a população do interior, caracterizada como carente de informações e sem acesso ao cuidado biomédico, estas informantes argumentam que o uso de medicinas caseiras desencoraja as consultas médicas e acarreta perigos para a saúde quando não é monitorado por profissionais:

“(Se referindo ao CCU) É uma doença infame, ruim. Tem sintomas, não dói nem nada, mas tem sintomas. E às vezes são muitas pessoas de interior que não têm informação, ou às vezes são pessoas muito promíscuas e não se percebe aquilo ali, não se cuida. (...) Cê tá com dor ali, dor aqui, toma um chazinho e coisa... (...) E aí, quando foi ver, não era dor de barriga, não era nada. Era o câncer e foi tarde e a doença voltou com tudo. E voltou pra levar.

Ela (*se referindo a uma conhecida que morreu de CCU*) até resistiu muito. (...) Morava no interior, mas por falta de informação, pela vida que ela tinha... Pela correria do dia-a-dia. E os pessoal de interior tem uma mania de tudo fazer um chazinho. 'Ah, vamo fazer um chazinho. É verme'. Nunca pensa que é uma infecção urinária, nunca pensa que aquela dor de barriga é algo por trás, né? Pela falta de informação acha que tudo é uma verminose, que é besteira." (Inês, 34 anos, casada, mora com o marido e a filha, Salvador, 1 ano no bairro)

"Pelo que eu sei, eles (*se referindo às gerações anteriores*) se cuidavam mais através dos métodos naturais, né? Que hoje já isso aí ficou um pouco assim, né? Até os médicos aconselham que não é bom que a gente fica auto se medicando, principalmente tomando chás sem saber pra que é, tudo. (...) Mas eu acredito assim, que o pessoal mais velhos, por eles se medicarem muito eles tinham maiores conhecimento do que o povo moderno de hoje, né? Que hoje conhecimento maior da medicina natural é quem tá estudando, né? Não eu que não estudou. (...) Então, hoje tem que ter o conhecimento, assim, científico, que fala, né? (...) Se a gente optar o método natural, tem que ter o conhecimento mais aprofundado, né? De alguém que tenha um conhecimento maior que a gente. E que a gente seja orientada, independente de ser natural, ser orientada por alguém profissional." (Sara, 42 anos, separada, mora temporariamente com a filha e o ex-marido, interior, 20 anos no bairro)

Ao contrário, é frequente que mulheres que experimentam mal-estares consultem com vizinhas reconhecidas no bairro pelo seu saber tradicional. É o caso de Nora, que conta com orgulho:

"Antigamente, antes deu tirar o útero eu sentia assim, aí quando a gente vai fazer xixi... Que sente arder, já sabe, ali é inflamação urinária. Aí o que era que eu fazia, eu tomava um chazinho de aruêra, um chazinho de mel pista, que é o ideal, só era um chá, dois. Estava de boa. Sempre o chazinho resolvia meus pobrema. (...) Aí todas que vinha cá me dizer, eu ia passano (*risos*). E até hoje eu passo, quando nego chega eu digo, 'Chá de aruêra'. E chá de miopista. Os dois chá que me resolve. Essa semana mermo eu tive uma vizinha aqui... É sobrinha dessa que lhe trouxe aqui. Disse, 'Dona Nora, eu tô me sentino mal, tô fazendo o xixi, chega choro, tudo arde'. Eu digo, 'Chá de aruêra e chá de miopista, de passarinho'. Ela, 'Hã?' Eu digo, 'É, pode fazer.' Aí acho que ela desceu aqui, pegou aruêra. No outro dia, 'Dona Nora, eu não tô sentino mais nada.' Eu digo, 'Mas beba mais uns três ou quatro. Não é no primeiro que lhe curou. Bebe mais três ou quatro.' Aí pronto, aí de boa." (Nora, 57 anos, separada, mora com um filho e uma filha, interior, 22 anos no bairro)

Em estudo em um bairro periférico de Cuiabá, Mandu e da Silva também percebem que em um contexto socio-sanitário adverso, as mulheres que detêm conhecimentos tradicionais atuam como agentes de saúde: "Frente às carências, (elas) exploram os recursos de que dispõem, dividindo e, ao mesmo tempo, aproveitando-se de saberes e práticas existentes no campo da saúde-doença. Essas mulheres não só aprendem através dos contatos e experiências que têm, como também repassam os seus conhecimentos dentro da comunidade em que vivem. Têm sempre uma opinião, uma suspeita ou uma indicação em relação às várias situações de saúde-doença que lhes são próximas." (Mandu, da Silva, 2000: 20).

O recurso aos "remédios naturais", em um contexto de escassez e precariedade dos serviços biomédicos ofertados, representa uma alternativa viável para as mulheres que não realizam o Papanicolaou ou que não o praticam há mais tempo cuidarem de si, permitindo-lhes alcançar a limpeza interior do corpo considerada necessária para evitar o câncer cervical e outras afecções. Por sua vez, diante da passividade e escassa informação promovida pelo sistema biomédico, as práticas baseadas em ervas habilitam uma posição mais ativa e autônoma por parte das mulheres.

5. *Considerações finais*

Os dados obtidos entre mulheres de um bairro popular de Salvador mostram que a prevenção do câncer cervicouterino e o cuidado à saúde sexual estão inseridos em contextos morais singulares, e que as tecnologias médicas implementadas com esse intuito não são neutras. Pelo contrário, ponderações e julgamentos de valor coerentes com a moral sexual e os valores de gênero dominantes pesam nas práticas de cuidado acionadas pelas mulheres, assim como na avaliação do risco diante da doença.

Valores que demarcam as fronteiras entre a responsabilidade e o descaso; entre o pudor e a exposição desmedida do corpo; entre o sexo apropriado e o “sexo exagerado”; e entre a limpeza e a sujeira orientam a busca das mulheres por cuidados à saúde e suas práticas preventivas diante do câncer cervical, ao tempo que as localizam diante da comunidade, também de forma dicotômica, como mulheres “de casa” ou “da rua”.

Se a realização do Papanicolau, no contexto da medicalização do corpo das mulheres que dá suporte ao discurso oficial do rastreamento, é significada em termos que remetem à responsabilidade pelo cuidado de si, considerada uma característica feminina, ela também reflete a preocupação pelo monitoramento do corpo, caracterizado como mais vulnerável à doença e mais “delicado” do que o corpo masculino por natureza.

Porém, a introjeção de um discurso que associa o rastreamento para câncer cervical à feminilidade não necessariamente leva à realização do Papanicolaou entre as mulheres estudadas. Em um contexto em que se verificam dificuldades de acesso à atenção biomédica, a prática da citologia cervical não é uma tarefa fácil de efetivar. As mulheres devem enfrentar a falta de instituições públicas de saúde na localidade se dirigindo a prestadores das imediações ou mais distantes e, uma vez lá, devem contornar outros obstáculos como a falta de vagas, os horários inconvenientes em função dos seus compromissos como cuidadoras do grupo doméstico, as demoras no atendimento e o pudor pela exposição do corpo – especialmente quando se trata de mulheres religiosas diante de médicos de sexo masculino –, dentre outros entraves. Por sua vez, a desconfiança no sistema público e no tipo de exame oferecido pelas instituições da atenção básica (o “preventivo simples”, oposto ao “completo”, oferecido no âmbito privado) faz com que as mulheres que preferem realizar o Papanicolaou no setor privado devam superar limitações financeiras para acessar àqueles prestadores. Entre algumas mulheres esta situação evidencia os

condicionamentos impostos pela dependência econômica em relação a seus parceiros, ficando em alguns casos sem realizar o exame por falta de recursos. Esclarecimentos sobre a utilidade do exame realizado pelas instituições públicas de saúde poderiam contribuir a que estas mulheres não desistam de realizar a citologia cervical diante da impossibilidade de recorrer ao âmbito privado.

Diante das significações que erigem à mulher como “medrosa e cuidadosa ao mesmo tempo”, e perante as barreiras de acesso ao atendimento biomédico elencadas, o cuidado de si, pelo qual toda mulher que se preze deveria almejar, é colocado em prática por outras vias. Neste sentido, a religiosidade representa uma modalidade de cuidado especialmente relevante entre as mulheres que experimentam dificuldades de acesso ou que receiam da atenção biomédica. Através da fé e da oração, assim como pela observância das suas prescrições morais em relação à feminilidade e à sexualidade, diversos credos fornecem orientações para a vida das mulheres em geral, assim como para a vivência da sua sexualidade e para o cuidado da sua saúde sexual em particular.

Da mesma forma, as práticas tradicionais de cuidado a base de ervas, repassadas entre gerações de mulheres, representam uma alternativa que se apresenta como um substituto eficaz para aquelas com maiores dificuldades de acesso ou mais reticentes ao cuidado biomédico. O uso de chás, duchas ou banhos de assento contribuiria também para a limpeza interna do corpo, valorizada como atributo associado à feminilidade e como forma de prevenção do câncer cervical e outras afecções. Ademais de refletir a responsabilidade pelo cuidado de si, o uso de “remédios naturais” posiciona as mulheres que os elaboram e/ou os utilizam em uma posição mais ativa e autônoma, em comparação com as possibilidades que o sistema biomédico lhes oferece. Por outra parte, entre as mulheres que praticam a citologia cervical com regularidade a utilização de “remédios caseiros” e a religiosidade representam recursos complementares que reforçam a lógica da limpeza e da purificação do corpo como elementos chave no cuidado da saúde feminina.

Dentro de uma rede semântica em que a prevenção do câncer cervical e o cuidado da saúde sexual são significados em termos que remetem à responsabilidade e à limpeza como valores atrelados à feminilidade, a realização do Papanicolaou reflete o alinhamento com estes valores e, em consequência, coloca as mulheres que o praticam do lado das mulheres direitas. Porém, o fato de não praticar a citologia cervical também não assinalaria diretamente àquelas mulheres como “relaxadas” ou

“desleixadas”, já que, em um contexto de dificuldades de acesso ao cuidado biomédico, outros recursos como a religiosidade ou as práticas tradicionais podem ser mobilizados visando à purificação do corpo, evidenciando a preocupação pelo cuidado de si. Desta maneira, a moralidade religiosa e as práticas tradicionais contrabalançariam o julgamento negativo das mulheres que não recorrem ao sistema biomédico, fazendo com que não todas as que se encontram nessa situação sejam assinaladas como mulheres “que não ligam”, identificando-as às “mulheres da rua”, das quais seria desejável se afastar.

Por sua vez, o fato de se ter uma vida sexual distante do ideal monogâmico, reprodutivo e doméstico, condensado na figura das mulheres “da rua”, também não implica necessariamente a falta de responsabilidade pelo cuidado de si. De fato, vimos que garotas que são “mal vistas” pela comunidade devido às suas trajetórias sexuais que pouco condizem com a moral sexual dominante, que inclusive se apropriam dos termos estigmatizantes que lhes são dirigidos, realizam o Papanicolaou em consultas não associadas à questão reprodutiva com o objetivo de monitorar o estado da sua saúde sexual, especialmente ao final dos relacionamentos.

Visando contribuir para o aprimoramento das ações preventivas do câncer cervical dirigidas às mulheres em situação de maior vulnerabilidade diante da doença à luz das suas condições socioeconômicas de vida, queremos chamar atenção sobre algumas questões que podem ser pertinentes nesse sentido. A princípio, é claro que obstáculos de acessibilidade aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento requerem ser enfrentados para garantir a oportuna utilização dos mesmos pelas mulheres. Esforços direcionados a oferecer atendimento geograficamente acessível são fundamentais, especialmente se os serviços facilitam a sua utilização implementando horários e dinâmicas de atendimento que atendam aos compromissos e limitações familiares e laborais das mulheres. Reconhecendo que as práticas de prevenção do CCU da maneira que elas se apresentam atualmente diante destas mulheres oferecem margens de autonomia inferiores aos que lhes apresentam as práticas de cuidado tradicionais ou religiosas, seria pertinente questionar esta falência, visando aumentar a autonomia das mulheres diante da tutela passiva e escassamente informada que caracteriza à biomedicina.

Sendo que o Papanicolaou é significado pelas participantes em termos de controle ou check-up geral do estado da saúde sexual, da limpeza, da fidelidade do parceiro e como evidencia da responsabilidade feminina, é possível assumir uma

valoração positiva deste entre elas, que poderia ser complementada através de informações sobre a sua função biomédica como método de prevenção do câncer cervicouterino. Neste sentido, a biomedicina se depara com desafios a serem enfrentados através de estratégias de educação em saúde que dialoguem de forma criativa com as significações relativas à citologia cervical encontradas entre as mulheres estudadas.

Finalmente, diante das referências negativas à sexualidade que se apresentaram como uma constante entre as participantes do estudo, consideramos fundamental propiciar formas de desconstruir esta associação. Cientes de que estas valorações respondem a construções sociais que excedem ao campo da saúde e se inserem em contextos morais mais abrangentes, não pretendemos colocar tamanho desafio nas mãos deste. Porém, e especialmente considerando a história do campo biomédico tendente a reforçar padrões de gênero e sexualidade que restringem a experiência sexual feminina, consideramos necessário introduzir, através de práticas de atenção à saúde sexual feminina em termos integrais, ações que promovam a emergência de valorações positivas da sexualidade e o direito feminino a viver uma sexualidade saudável, livre de perigos e doenças, mas também prazerosa.

6. Referências

- ALLIANCE FOR CERVICAL CANCER PREVENTION. [ACCP] Improving Screening Coverage Rates of Cervical Cancer Prevention Programs: A Focus on Communities. Seattle: ACCP; **Cervical Cancer Prevention Issues in Depth**, No. 4., 2004.
- AGUILAR-PÉREZ, J. ET AL. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. **Rev. Saúde Pública**. 37(1): 100-106, 2003
- AGURTO, I. ET AL. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. **Preventive Medicine**, n. 39, p, 91-98, 2004.
- ALMEIDA FILHO N., CASTIEL L.D., AYRES J.R. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. **Salud Colectiva**, v. 5, n. 3, p., 323-344, 2009.
- ALMEIDA, L. H. R. B. DE; PEREIRA, Y. B. A. DE S.; OLIVEIRA, T. A. DE. Radioterapia: percepção de mulheres com câncer cérvico-uterino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 6, n. 4, p. 482-487, 2008.
- AMORIM, V. et al. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2329-2338, 2006.
- ANDRADE, M.A., FRANCH, M. “Eles não estão mais pra nada”. Sexualidade e processos de envelhecimento na dinâmica do programa saúde da família. **Mediações**, Londrina, v. 17 n. 2, p. 41-56, 2012.
- ARROSSI, S., PAOLINO, M., SANKARANARAYANAN, R. Challenges faced by cervical cancer prevention programs in developing countries: a situational analysis of program organization in Argentina. **Rev. Panam. Salud Pública**, v. 28, n. 4, p. 249-57, 2010.
- BAGRICHEVSKY, M. et al. Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1699-1708, Supl.1, 1, 2010 .
- BAILIE, R.; PETRIE, K. “Women’s attitudes to cervical smear testing”. **The New Zealand Medical Journal**, n. 103, p. 293-295, 1990.
- BARBOSA, R.M., FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 291-300, sup. 2, 2009.
- BIBEAU, G.; CORIN, E. From submission to the text to interpretive violence. In: BIBEAU, G., CORIN, E. (Eds). **Beyond Textuality**. Asceticism and Violence in Anthropological Interpretation. Approaches to Semiotics Series, Berlin: Mouton de Gruyter, 1995. P. 3-54.

BINGHAM et al, Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Pública de México*, v. 45, supl. 3, n. 1, p. 408-416, 2003.

BLOMBERG, K. et al. How do women who choose not to participate in population-based cervical cancer screening reason about their decision? *Psycho-Oncology*, v. 17: 561-569, 2008.

BOTTARI, C.; VASCONCELLOS, M.; DE MENDONÇA, M. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, Sup.1, p. 111-122, 2008.

BOUSSO, R. et. al., Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. *Ver. Esc. Enferm. USP*; v.45, n. 2, p. 397-403, 2011.

BRANDÃO, C. R. Fronteira da Fé – alguns sistemas de sentido, crenças e religiões no Brasil de hoje. *Estudos Avançados*, v.18, 52, 261-288, 2004.

BRASIL. Resolução nº 466/12, sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher, 2010a. [internet]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140 Acesso em 04 maio 2010

BRASIL. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA - VIVA MULHER. [PNCCU]. [internet]. 2014. Detecção Precoce. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/deteccao_precoce. Acesso em 18 maio 2014.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. INCA, 2009b. [internet] Revista Rede Câncer Nº 09, 2009. Nota de capa: O desafio feminino do câncer. *Disponível em:* http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/revistaredecancer/site/home/n9/revista_9 Acesso em 30 jan. 2011

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CANCER [INCA]. Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo. Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CANCER BRASIL [INCA]. [internet]. Atlas da Mortalidade. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>. Acesso em: 26 de maio de 2014.

BRENNAN, S. ET AL. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 4, p. 909-914. 2001.

BUSH, J. It's just a part of being woman: cervical screening, the body and femininity. *Social Science & Medicine*, v. 50, n. 3, p. 429-444, 2000.

CASPER, M.J., CLARKE, A.E. Making Pap smear into the 'Right Tool' for the job: Cervical cancer screening in the USA, circa 1940 - 1995. **Social Studies of Science**, v. 28, p. 2, p. 255-290, 1998.

CASTIEL, L.D.; ÁLVAREZ-DARDET DIAZ, C. **A saúde persecutória**: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

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

DUAVY, L.M. et al. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v 12, p. 733-742, 2007.

ERASO, Y. Migrating techniques, multiplying diagnoses: the contribution of early 'detection policy' in cervical cancer. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.17 (supl.1). p. 33-51, 2010.

FERLAY J. et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>. Acesso em 26 maio 2014

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

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 1**: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2a. edição. 1979.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 2**: O Uso dos Prazeres. Rio de Janeiro: Edições Graal, 5ª edição. 1988.

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

GAMARRA, C. et al. Correção da magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil, 1996-2005. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 629-638, 2010.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. P. 13-41.

GONZÁLEZ VALDÉS, T. Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**, v. 7, no. 2, 2004.

GREGG, J. **Virtually virgins**: sexual strategies and cervical cancer in Recife, Brazil. Stanford: Standord University Press, 2003.

HEILBORN, M. Gênero, sexualidade e saúde. In: SILVA, D.M. (org.). **Saúde, Sexualidade e Reprodução** - compartilhando responsabilidades. Rio de Janeiro: UERJ, 1997. P. 101-110.

HEILBORN, M. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDEMBERG, P.; MARSIGLIA, R.; GOMES, M.H. (orgs.), **O clássico e o novo**. Tendências, objetos e abordagens em ciências sociais em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003. P. 197-208.

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

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

KAUFERT, P. Screening the body: the Pap smear and the Mammogram. In: LOCK, M, YOUNG, A., CAMBROSIO, A. (eds.) **Living and Working with the New Medical Technologies**: Intersections of Inquiry, Cambridge: Cambridge University Press. 2000.

KLEINMAN, A. Pain and Resistance: The Delegitimation and Relegitimation of Local Worlds. In: GOOD, M.J. et al. (ed.) **Pain as Human Experience**: An Anthropological Perspective. Berkeley: University of California Press, 1994. P. 169-197.

LEWIS, M. **Análisis de la situación del Cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe**. Washington, 2004. (OPS).

LÖWY, I. Cancer, women, and public health: the history of screening for cervical cancer. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v 17, n1, p. 53-67, 2010.

LÖWY, I. **A woman's disease**. The history of cervical cancer. Oxford: Oxford University Press, 2011.

LOYOLA, A. A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: HEILBORN, M.L (org.). **Sexualidade**: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999. P. 31- 39.

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

LUPTON, Deborah. **Risk**. Routledge: Oxon, 2013

LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**, v.7, sup15, p. 145-176, 2005

MANDU, E.N.; TEIXEIRA, DA SILVA, G.; BORGES. Recursos e estratégias em saúde: saberes e práticas de mulheres dos segmentos populares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.8, n.4, p. 15-21, 2000.

MCKIE, L. The art of surveillance or reasonable prevention? The case of cervical screening. **Sociology of Health & Illness**, v.17, n. 4., p. 441-457, 1995.

MEINERZ, N. E. **Entre mulheres** - estudo etnográfico sobre a constituição da parceria homoerótica feminina entre mulheres de camadas médias na cidade de Porto Alegre. (Dissertação de Mestrado). 2005. Porto Alegre - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MENÉNDEZ, E.L. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? **Alteridades**, v.4, n.7, p 71-83, 1994.

MISHRA, A., GRAHAM, J.E. Risk, choice and the 'girl vaccine': Unpacking human papillomavirus (HPV) immunization. **Health, Risk & Society**, v. 14, n. 1, p. 57-69, 2012.

MOORE, S.; BURGESS, A. Sex and risk: An editorial. **Health, Risk & Society**, v. 14, n. 1, p. 1-5, 2012.

MOTA, C.; TRAD, L.A.B.; VILLAS BOAS, M.J.V.B. O papel da experiência religiosa no enfrentamento de aflições e problemas de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n. 42, p. 665-675, 2012.

OLIVEIRA, M, FERNANDES, A., GALVÃO, M. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. **Acta Paul. Enferm.**, v. 18, n. 2, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE [OPAS]. [internet]. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Hoja Informativa. 2001. Disponível em: www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/cervicalcancersp.doc Acesso em 30 jan. 2011

OSCARSSON, M.; WIJMA, B.; BENZEIN, E. Nonattendance in a cervical cancer screening program - what happens if women's requirements are met? **Health care for women international**, v. 29, n. 2, p. 183-97, 2008.

PARKER, Richard. **Corpos, prazeres e paixões**. A cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora Best Seller, 1991.

PIMENTEL, A.V. et al. Percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.20, n. 2, p. 255-262. 2011.

PINHO, A. ET AL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 2. p. 303-313. 2003.

RABELO, M.C. Religião e Cura: Algumas Reflexões Sobre a Experiência Religiosa das Classes Populares Urbanas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9 (3), p. 316-325, jul/set, 1993.

RABELO, M.C. Religião e a Transformação da Experiência: notas sobre o estudo das práticas terapêuticas nos espaços religiosos. **Ilha Revista de Antropologia**, v. 7, p. 125-145. 2008

- RICH, A. Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. **Bagoas**, 5, 2010. p. 17-44
- RICO, A.M; IRIART, J.A. “Tem mulher, tem preventivo”: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1763-1773. 2013.
- ROHDEN, F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 101-125. 2002.
- RUBIN, G. Pensando o sexo: Notas para uma Teoria Radical das Políticas da Sexualidade, tradução em versão digital por Felipe B.M. Fernandes. 1984.
- SCHMIDT M. I. ET AL. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet. Saúde no Brasil**. Pub. Publicado Online. 6736 (11), p. 60135-9, 2011.
- SILVA ET AL. Religiosidade, juventude e sexualidade: entre a autonomia e a rigidez. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 683-692, 2008.
- TARDUCCI, M. “O Senhor nos libertou”: gênero, família e fundamentalismo. **Cadernos Pagu**, v.3 e 143-163, 1994.
- TARDUCCI, M. Fundamentalismo y Relaciones de Género: “Aires de Familia” más allá de la Diversidad. In: **Ciências Sociais e Religião**. Asociación de Cientistas Sociales de la Religión del Mercosur. 1(1), p. 189-211. 1999.
- TEIXEIRA, L.A. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção ao câncer de colo do útero no Brasil. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.22, n.1. p.221-240, 2015.
- TEIXEIRA, L.A.; LÖWY, I. Imperfect tools for a difficult job: Colposcopy, 'colpocytology' and screening for cervical cancer in Brazil. **Social Studies of Science**, v. 41, n. 4, p. 585-608, 2011.
- TSU, V.; LEVIN, C. Making the case for cervical cancer prevention: what about equity? **Reproductive Health Matters**, v16, n.32, p. 104-112, 2008.
- UCHÔA, E.; VIDAL, J.: Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. **Cad. Saúde Públ**, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994.
- VANCE, C. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-31, 1995.
- WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G. LOPES. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2001. P. 37-82.
- WIESNER-CEBALLOS C et al. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. **Rev Salud Pública**, v. 8, p. 185-96, 2006.

WOOD, K; JEWKES, R.; ABRAHAMS, N. Cleaning the womb: constructions of cervical screening and womb cancer among rural black women in South Africa. v.45, n. 2, p. 283-294, 1997.

Considerações finais da tese

Este trabalho teve como objetivo mostrar como o cuidado da saúde sexual e reprodutiva em geral e as práticas preventivas do câncer cervicouterino em particular estão imersas em contextos morais locais marcados por desigualdades de gênero com reflexos importantes para o cuidado à saúde. As significações conferidas ao câncer cervical e as ações colocadas em prática visando a prevenção refletem as formas em que mulheres de setores socioeconômicos desfavorecidos na Argentina e no Brasil se vinculam com valores e expectativas socialmente criados no que diz respeito à feminilidade e à sexualidade.

Apesar da existência de vínculos de sociabilidade entre conterrâneos, a vida no cenário de estudo em Buenos Aires privilegiava o espaço doméstico: estando cada núcleo familiar migrante comprometido com a inserção e a sobrevivência na sociedade de destino, a cotidianidade das mulheres peruanas que participaram da pesquisa mostrou-se tomada pelo componente “portas adentro”. Em Salvador, a vida das participantes parecia estar mais inter-relacionada com o ambiente no qual estavam envoltas: em um clima de vigilância mútua e de sanção moral permanente, julgando ou sendo alvo de julgamentos, resultava difícil se subtrair aos olhares e boatos que animavam o cotidiano da comunidade. Se em relação à sexualidade o clima entre migrantes peruanas na Argentina resultava mais conservador, no Brasil o ambiente de flertes e trocas sexuais, especialmente entre as mulheres mais novas, era notório. Porém, esse ambiente de maior “exposição” não deve ser entendido em termos de permissividade à liberdade sexual feminina; pelo contrário, em um contexto de maior visibilidade, práticas sexuais e de cuidado de si eram avaliadas como certas ou incorretas, ao tempo que a forte presença da religião fornecia outro importante enquadre moral à vida no bairro estudado.

Evidenciando seu caráter socialmente construído, a sexualidade é atravessada por expectativas, prescrições e juízos de valor. Chama atenção a preeminência das referências negativas sobre a mesma em ambos os cenários da pesquisa. Caracterizado como perigoso, o sexo atravessa os sentidos do risco diante de DST's e do câncer cervicouterino. Estes males seriam adquiridos pela promiscuidade, pela falta de parceiros confiáveis, em relações sexuais sem utilização de preservativo ou através de práticas sexuais inapropriadas para mulheres direitas. Estes comportamentos também contribuem para traçar o perfil das mulheres que seriam mais susceptíveis à doença, como as mulheres “da rua” ou aquelas “que fazem vida”. No assentamento em Buenos

Aires, a alusão às “prostitutas” ou “mujeres de la vida” tem um caráter abstrato, enquanto no bairro de Salvador, essas personagens estão bem presentes na paisagem cotidiana. Representando uma realidade próxima, se diferenciar delas resulta imperativo para as mulheres direitas da comunidade. Coerentemente com esta lógica, a confiança no parceiro e a monogamia seriam formas de diminuir o risco perante a doença.

Por sua vez, encontraram-se claras diferenças entre as práticas permitidas e aquelas proibidas para cada sexo segundo a moral sexual vigente: enquanto a liberdade sexual e a infidelidade masculina são aceitas como parte da natureza dos homens, são condenadas entre as mulheres. Práticas deste tipo representam ameaças à honra pessoal e familiar, motivo pelo qual a sexualidade feminina deve ser contida no marco da domesticidade e de relações conjugais, com o fim de que as mulheres não sejam assinaladas como mulheres “da rua”.

Se a sexualidade masculina não só é tolerada, mas é impulsionada em direção da liberdade, a sexualidade feminina requer ser mantida dentro das margens do socialmente permitido. Sendo que a masculinidade é confirmada através do controle da sexualidade feminina, a honra dos homens também se encontra em jogo. Em um contexto em que o exercício da sexualidade forma parte das estratégias de sobrevivência de algumas jovens soteropolitanas, os homens que a desfrutam zelam por preservar a exclusividade. Porém, essa busca de domínio não se restringe apenas às mulheres do bairro que se envolvem nesse tipo de relacionamentos: ele também alcança mulheres casadas e separadas, não só através da dependência econômica – condicionando o acesso ao cuidado biomédico –, mas também através da limitação da vida social e inclusive por meio de condicionamentos da liberdade sexual de mulheres separadas pelos antigos parceiros. Por sua vez, se no Peru também se entende o controle da sexualidade feminina como prova da virilidade dos homens, o domínio se apresenta, de forma alarmante, através do exercício da violência física sobre as parceiras. À luz dessa realidade faz sentido que a violência conjugal seja entendida por informantes peruanas como causa do câncer cervicouterino: lesões internas, produto de golpes no ventre, apodreceriam e virariam tumores. A problemática da violência doméstica, de preocupante magnitude no país de origem, também ameaça às mulheres migrantes no novo âmbito de residência. Porém, o novo destino, onde a legislação vigente e a crescente publicização do problema o tornam alvo de vigilância e repúdio por parte da sociedade, representa possibilidades para as mulheres lidarem com esses comportamentos masculinos.

Em um enquadre de vigilância moral dos comportamentos femininos pelo entorno e de controle pelos parceiros que zelam pela própria honra, não chama atenção a falta de alusões ao prazer sexual ou ao direito das mulheres à sexualidade entre as participantes do estudo, tanto no Brasil quanto na Argentina. De fato, referências se não o prazer, ao menos ao controle sobre a própria sexualidade foram feitas apenas pelas informantes brasileiras menos “certinhas”, cujos comportamentos não apontam para uma sexualidade “da casa”. Se apropriando dos qualificativos pejorativos que lhes são atribuídos pelo entorno, estas mulheres vivem uma sexualidade desatrelada da reprodução e da conjugalidade, contestando a moral sexual dominante que as estigmatiza. Evidenciando a construção social e moral do risco, essas jovens estariam particularmente expostas à doença em decorrência de um exercício da sexualidade que contraria os padrões reservados para as mulheres: a irresponsabilidade que lhes é atribuída em relação ao sexo implicaria também descaso em relação ao cuidado de si e da família, atributos que seriam próprios das mulheres direitas.

A feminilidade aparece, nos dois espaços estudados, condensada na capacidade reprodutiva e em uma tendência ao cuidado considerada inata. Sendo estas dimensões distintivas das mulheres, as entrevistadas têm clareza de que “la mujer es quien se cuida”. Estas definições sociais do que é ser mulher são reforçadas pelos padrões de gênero e pela moral sexual dominante, mas também pelos discursos e as práticas envolvidos nas diferentes modalidades de cuidado socialmente disponíveis nos dois contextos para significar e lidar com a saúde e a doença. Assim, religião, práticas tradicionais e biomédicas convergem para reforçar e legitimar a associação da mulher com a reprodução e com a responsabilidade pelo cuidado.

Com corpos caracterizados pelos diversos modelos médicos como delicados e expostos a doenças, as mulheres são assinaladas como alvos de monitoramento e controle regular, sendo a não realização desse tipo de práticas sancionada como uma falta moral. De fato, no Brasil observamos que o discurso dominante sobre o cuidado à saúde feminina aparece como introjetado inclusive entre aquelas informantes cuja própria experiência não condiz com esse imperativo, permeado pela medicalização do corpo feminino. Entre as mulheres peruanas, o elemento reprodutivo reflete não apenas a influência da biomedicina, mas também a sua centralidade na cosmologia andina: o sangue, principal fluido corporal vital para os andinos, está presente em vários fenômenos associados à dimensão reprodutiva. Sua perda, sua inadequada eliminação, assim como os danos e deslocamentos dos órgãos internos durante o parto,

tornariam as mulheres mais susceptíveis perante a doença. A manipulação dos ciclos naturais associados à reprodução através dos métodos contraceptivos químicos, dos abortos ou “malos partos”, da “pastilla del día siguiente” e a transgressão da “cuarentena” durante o puerpério que ocasionaria o “sobreparto”, produzem excessos ou ausência de sangue, alterando o equilíbrio que caracteriza a saúde. O sangue apodrecido dentro do corpo da mulher ocasionaria infecções e pus, gerando com o passo do tempo, tumores. O “descenso” ou “regla blanca”, uma das afecções de saúde sexual que mais preocupa às peruanas, também é associado ao CCU e funciona como signo de alarme para a doença.

Perante concepções que associam o sexo ao perigo e à sujeira, a preocupação pela limpeza permeia o cuidado da saúde sexual feminina. Concomitantemente, a higiene revelou ter um valor central na significação do risco e nas ações realizadas pelas mulheres. Práticas biomédicas como o Papanicolaou, tradicionais como os “remédios caseiros” e religiosas como a evitação do “sexo exagerado” ou a abstinência sexual refletem e reforçam este valor feminino, sendo significadas como formas de limpeza e purificação do corpo. Por sua vez, a aceitação da infidelidade masculina, considerada como natural nos dois locais de pesquisa, é associada ao risco feminino de adoecer por câncer cervical e outras afecções. Nesse sentido, práticas higiênicas contribuiriam para diminuir o risco nesse enquadre de relações de gênero assimétricas. Entre as migrantes entrevistadas em Buenos Aires, que associam a doença ao contágio sexual, mas também a agentes externos presentes no ambiente, medidas associadas à limpeza transcendem o cuidado do corpo, se estendendo à desinfecção e ao cuidado no uso de sanitários, sendo o asseio uma preocupação significativa em função das precárias condições de moradia na ocupação.

Remetendo a valores como a feminilidade, a responsabilidade pelo cuidado e a limpeza, a prevenção do câncer cervicouterino adquire um tom moral que transcende a utilidade médica do Papanicolaou. Neste sentido, a importância do exame não deriva necessariamente do conhecimento das mulheres da sua utilidade na detecção precoce do CCU, mas da associação deste com o monitoramento regular que caracteriza a saúde sexual e reprodutiva feminina. Valorizada nos dois espaços estudados como uma das práticas médicas que toda mulher deve realizar, a não realização da citologia cervical reflete a falta de responsabilidade pelo cuidado de si, entendida como falta moral. Fazendo parte de uma noção de prevenção mais abrangente, a realização do Papanicolaou é associada ao cuidado da saúde sexual e ao controle de DST's.

Em função da valorização da citologia cervical como forma de monitoramento da saúde sexual, os esforços que as mulheres de setores populares realizam para cumprir com o imperativo do rastreamento fazem especial sentido. No Brasil, chama atenção que apesar das dificuldades econômicas e da ausência de instituições de saúde na localidade, a grande maioria das informantes declarou ter realizado o exame, inclusive com uma frequência mais elevada que a recomendada. Como parte de uma “rotina de prevenção”, o Papanicolaou é concebido como um “check-up” que permitiria detectar inflamações, feridas e problemas no aparelho reprodutivo, incluindo o câncer. A associação da citologia cervical à detecção de DST’s torna esta prática especialmente relevante para as jovens que são “mal vistas” pelo entorno em função das suas práticas sexuais: contrariamente ao discurso que as caracteriza como irresponsáveis no cuidado de si, elas realizam o Papanicolaou para conferir o estado da sua saúde sexual depois de terminar um relacionamento. Já entre mulheres casadas, os resultados do Papanicolaou indicariam a lealdade ou a infidelidade dos seus parceiros. Na Argentina, todas as entrevistadas declararam ter feito uma citologia cervical alguma vez na vida. Perante os obstáculos de acesso e a baixa resolutividade do sistema de saúde peruano, os serviços públicos gratuitos da cidade de Buenos Aires representam uma “oportunidade” a ser aproveitada, que é valorizada inclusive pelas mulheres que nunca antes realizaram o exame. Elas realizam o primeiro Papanicolaou se sobrepondo ao “miedo al hospital” no enquadre da redefinição das relações de autoridade entre mães e filhos/as, decorrente da migração. Já entre as informantes brasileiras, a valorização dos prestadores públicos em Salvador é com frequência negativa. A preferência pela realização do Papanicolaou em instituições privadas reflete a desconfiança no exame “simples” oferecido nos postos de saúde, assim como noções da saúde entendida como bem de consumo. Porém, evidenciando que os serviços públicos são especialmente valorizados à luz de experiências prévias de falta de acesso à atenção biomédica, várias entrevistadas salientam que, apesar das críticas e das dificuldades enfrentadas, a migração desde o interior do estado à “cidade” implica mais oportunidades para o cuidado da saúde. Neste sentido, cabe considerar a importância que movimentos migratórios, tanto internos quanto internacionais, podem representar em relação ao acesso à saúde para segmentos desfavorecidos da população.

No que diz respeito às dificuldades para a efetivação do Papanicolaou, elas são as mesmas nos dois locais de estudo: a falta de vagas, as demoras para marcar consultas, as longas esperas e os horários incompatíveis com os compromissos laborais e as

responsabilidades domésticas. Se o receio de expor o corpo – especialmente quando o responsável pelo exame é um homem – foi mencionado em ambos os contextos, o constrangimento cobra particular relevância entre as participantes brasileiras altamente religiosas. Por sua vez, o medo da dor e a que lhes seja tirada uma parte do corpo incrementaria o receio das mulheres peruanas não familiarizadas com o Papanicolaou. O temor ao câncer do colo do útero e à citologia em relação à perda de órgãos que repercutiriam sobre a fertilidade estaria moldado pela cosmologia andina, que associa a mulher à fecundidade. Sendo que a descendência seria uma prova da virilidade masculina, a capacidade reprodutiva feminina representa um importante valor; nesse contexto, o temor à infertilidade, que poderia vir a ser ocasionada pelo Papanicolaou ou pelo câncer cervical, é acrescentado pelo medo do abandono dos parceiros.

Enquanto as informantes que realizam o exame no setor público da saúde em Salvador procuram atendimento em diversas zonas da cidade devido à falta de instituições públicas na localidade, as entrevistadas peruanas valorizam a acessibilidade geográfica a hospitais e centros de atenção primária em Buenos Aires. Estes últimos representam a possibilidade de marcar consultas sem realizar filas durante a madrugada, oferecem horários de atendimento condizentes com sua rotina e médicos/as de referência.

Outro elemento comum aos dois cenários é o viés reprodutivo do Papanicolaou: a sua realização em consultas gineco-obstétricas a mulheres em idade fértil condiciona as possibilidades de que as de idade mais avançada o realizem. Esta dinâmica dos serviços conflui com as percepções das próprias mulheres que, tendo ultrapassado essa etapa vital ou pelo fato de não serem sexualmente ativas, tendem a considerar desnecessária a citologia cervical. Desta forma, mulheres com mais risco de adoecer por CCU pelo fato de se encontrarem na faixa etária em que a incidência da doença aumenta, teriam menores chances de acessar ao rastreamento. Por sua vez, a falta de sintomas seria outro dos motivos para a não realização da citologia cervical.

Além de práticas biomédicas, outras formas de cuidado são acionadas pelas mulheres nos dois espaços estudados, sinalizando a pluralidade de ações terapêuticas disponíveis para lidar com a saúde e a doença. Em Salvador, a escassez de recursos públicos de saúde que condiciona o acesso aos serviços preventivos impulsiona o recurso a práticas de cuidado tradicionais e religiosas. Entre as mulheres que não frequentam serviços médicos e/ou não praticam a citologia cervical, a responsabilidade pelo cuidado de si e a limpeza do corpo são garantidos através de “remédios caseiros” e

da fé, evidenciando que práticas de cuidado tradicionais e religiosas podem se apresentar como alternativas às biomédicas. Entre participantes que realizam o Papanicolaou estas modalidades são utilizadas de forma complementar à atenção biomédica.

Em Salvador, as prescrições morais dos diversos credos em relação à feminilidade e à sexualidade fornecem orientações para a vida das mulheres e contribuem para a normatividade sexual e de gênero. As religiões reforçam como ideal a feminilidade atrelada à maternidade e à família, e a sexualidade feminina associada à monogamia e à reprodução. Em consequência, condena-se a feminilidade e a sexualidade que, sem estar voltadas a estes fins, transporiam os limites do âmbito doméstico. Distinguindo as práticas sexuais adequadas para as mulheres “corretas” ou “de casa” daquelas que não o são, a religião também forneceria critérios para a avaliação e para a diminuição do risco perante a doença. Por sua vez, a narrativa religiosa confere sentido a experiências de enfermidade e cura, através da ponderação moral da saúde e da doença em termos de impureza, culpa e castigo, se tornando, em alguns casos, um substituto às práticas biomédicas de cuidado.

Por outra parte, práticas tradicionais de cuidado em base a ervas são utilizadas para a prevenção do câncer cervical e de outras afecções e para o tratamento de problemas corriqueiros relativos à saúde sexual feminina nos dois âmbitos em que a pesquisa foi realizada. Dentre as principais funções dos chás, duchas ou banhos de assento encontra-se a “limpeza do útero”, coerentemente com a noção de higiene como valor que, como foi visto, também perpassa outras modalidades de cuidado da saúde sexual feminina e de prevenção do câncer cervical. Entre as migrantes peruanas, práticas de esse tipo formam parte do abrangente modelo médico andino, cuja vigência ainda é forte no Peru. Na sociedade de destino, as mulheres mais velhas procuram conservar essas práticas não apenas pela sua eficácia terapêutica e pela sua contribuição à limpeza interna do corpo, mas pela valorização da tradição ancestral. Entretanto, esta estaria se perdendo entre as jovens, que preferem as soluções oferecidas pela biomedicina, sistema terapêutico dominante e mais acessível na cidade de Buenos Aires. Procedente do interior e repassada entre gerações, a elaboração e/ou utilização de “medicinas naturais” em Salvador confere às mulheres maior protagonismo e autonomia no cuidado à saúde, em comparação com a passividade que o sistema biomédico lhes reserva.

Se bem a biomedicina é amplamente valorizada pelas participantes da pesquisa, algumas delas receiam que esta tenda à tutela passiva, contestando-a e recorrendo a outras práticas de cuidado quando desconfiam da sua eficácia. Informantes que recorrem aos serviços ginecológicos em Salvador para cumprir com a realização da citologia cervical e que desconhecem a função biomédica do Papanicolaou e seu próprio corpo lamentam não receber orientações dos profissionais nesse sentido. A prática do exame pode se tornar, neste contexto, uma oportunidade perdida pela equipe de saúde para propiciar um diálogo necessário com as mulheres, tendente a lhes fornecer orientações pertinentes e significativas. Nestas condições, realizar o Papanicolaou resume-se, como diz Adrielle, a cumprir com “uma coisa que você não tem uma explicação”, de modo que “eu também não fiz mais pergunta. Fiz o que tinha que fazer e cáí fora”. No Peru, a história das políticas de controle populacional através de políticas anti e pró-natalistas, implementadas através de práticas paternalistas e inclusive compulsórias, ilustra dramaticamente a falta de consideração pelos direitos das mulheres no que diz respeito da sua saúde sexual e reprodutiva.

Diante deste quadro, não só são necessários esforços direcionados a aprimorar a acessibilidade aos serviços biomédicos em termos geográficos e organizativos – especialmente das mulheres em maior risco diante do câncer cervical, como as de idade mais avançada, aquelas que não praticam a citologia para CCU há mais de três anos e aquelas que não frequentam serviços médicos. As modalidades socioculturais de compreender e lidar com a saúde em geral e com o câncer cervicouterino em particular devem ser consideradas, reconhecendo os saberes e práticas relativos ao cuidado destas mulheres. Levando em conta que a moral sexual e os valores de gênero dominantes pesam nas práticas preventivas acionadas pelas mulheres diante do CCU, demarcando fronteiras entre responsabilidade e descaso; entre sexo apropriado e “sexo exagerado”; e entre limpeza e sujeira, apresenta-se aos serviços orientados à prevenção do câncer cervicouterino o desafio de procurar que as mulheres acessem oportunamente ao Papanicolaou sem, no entanto, reforçar esses julgamentos que, em última instância, contribuem para assinalar as mulheres como direitas ou incorretas. Pelo contrário, contribuir para a desconstrução desses valores propiciando, através de práticas de atenção à saúde sexual integral, a possibilidade de se pensar e se viver a sexualidade feminina em termos que apontem não apenas à reprodução e à evitação de doenças, mas também ao prazer, se coloca como o maior desafio.

Apêndice A. Tabela resumo entrevistadas Buenos Aires

Nº	Nome	Idade	Situação conjugal	Integrantes do lar	Nível educacional	Renda do lar	Tempo de residência Argentina	Tempo de residência no assentamento	Provedor do lar	Lares ensamblados
1	Alba	48	Casada	5 (mora com marido de 48, filha de 28, neto de 10 e neta de 7 anos)	Sec. Inc.	Até 2 SM	7 anos	4 anos	Ela e marido	Não
2	Ángeles	42	Unida	5 (mora com marido de 35, filhos de 15 e 11 e sogra de 64 anos)	Sec. comp.	Até 3 SM	9 anos	9 anos	Marido	Não
3	Angélica	63	Separada	5 (mora com filha de 24, genro de 35, neto de 8 e neta de 6 anos)	Prim. inc.	Até 3 SM	3 anos	3 anos	Filhos	Não
4	Dora	36	Unida	4 (mora com parceiro e duas filhas de 11 e 6 anos)	Sec. comp.	Até 1 SM	8 anos	6 anos	Ela própria	Não
5	Elsa	39	Casada	4 (mora com marido de 39 anos e duas filhas de 12 e 1 ½ anos)	Sec. comp.	Até 1 SM	7 anos	3 anos	Marido	Não
6	Emilia	46	Separada	2 (mora com filha de 19 anos)	Sec. comp.	Até 2 SM	15 anos	7 anos	Ela própria	Não
7	Ester	37	Casada	5 (mora com marido de 39, filhas de 10 e 5 e filho de 4 anos)	Sec. comp.	Até 2 SM	5 anos	4 anos	Marido	Sim
8	Jimena	19	Unida	4 (mora com parceiro, filha de 3 e filho de 2 meses)	Sec. comp.	até 1 SM	17 anos	5 anos	Mãe	Sim
9	Leila	25	Casada	3 (mora com marido e filha de 5 anos)	Terc. inc.	Até 2 SM	5 anos	5 anos	Marido	Sim
10	Lis	34	Separada	5 (mora com irmão de 30, cunhada de 27, irmã de 22 e filha de 13 anos)	Sec. comp.	Até 2 SM	5 anos	3 anos	Ela e irmão	Sim
11	Margarita	66	Viúva	4 (mora com filha de 44 anos, neto de 14 e neta de 7 anos)	Sec. comp.	Até 1 SM	6 anos	4 anos	Filhos	Não
12	María	40	Unida	5 (mora com marido de 40 e filhos de 15,14 e 5 anos)	Prim. inc.	Até 1 SM	4 anos	4 anos	Marido	Sim
13	Marina	45	Separada	4 (mora com dois filhos de 20 e 14 e uma filha de 13 anos)	Univ. inc.	Até 1 SM	1 ano	4 meses	Ela própria	Sim
14	Marta	64	Unida	5 (mora com filho de 35, nora de 42 e dois netos de 15 e 11 anos)	Prim. inc.	Até 3 SM	5 meses	5 meses	Filhos	Não
15	Susana	59	Separada	3 (mora com duas filhas de 33 e 20 anos)	Sec. Inc.	Não declara	19 anos	10 anos	Ela própria	Não

Nº	Nome	Ocupação	Percebe benefício social	Religião	Cobertura à saúde	1ro Pap país	1ro Pap idade	Único Pap na vida	1ro. Pap. motivo	Último Pap
1	Alba	Limpeza em colégio	Sim	Evangélica não praticante	Não possui	Peru	20	Sim	Controle pós-parto	28 anos
2	Ángeles	Limpeza em empresa	Sim	Católica	Obra Social	Peru	26	Não	Pré-natal	2 anos
3	Angélica	Cuida netos	Não	Não tem	Não possui	Peru	58	Não	Consulta por mal-estar	3 anos
4	Dora	Limpeza em colégio	Sim	Católica	Não possui	Arg.	31	Não	Pré-natal	1 ano
5	Elsa	Cooperativa de limpeza do bairro	Sim	Católica	Não possui	Peru	25	Não	Consulta ginecológica ao início atividade sexual	1 ½ ano
6	Emília	Limpeza em empresa	Não	Evangélica	Obra social	Arg.	43	Sim	Consulta ginecológica	3 anos
7	Ester	Serviço doméstico	Sim	Evangélica	Obra social marido	Arg.	34	Não	Consulta ginecológica	2 anos
8	Jimena	Não trabalha	Sim	Evangélica	Não possui	Arg.	16	Não	Pré-natal	Menos de um ano
9	Leila	Não trabalha	Não	Católica	Obra social marido	Arg.	20	Não	Pré-natal	1 ano
10	Lis	Serviço doméstico	Não	Evangélica	Não possui	Peru	24	Não	Controle de saúde laboral	5 anos
11	Margarita	Cuida netos, vende bebidas em casa	Sim	Católica	Não possui	Peru	22	Sim	Controle pós-parto	Mais de 40 anos
12	María	“Ama de casa”	Não	Católica	Não possui	Arg.	37	Não	Consulta por mal-estar	Menos de um ano
13	Marina	Cuida idoso	Não	Evangélica	Não possui	Peru	31	Sim	Controle pós-parto	14 anos
14	Marta	Cuida netos	Não	Católica	Não possui	Arg.	64	Sim	Consulta ginecológica	Menos de um ano
15	Susana	Vendedora ambulante	Sim	Protestante	Não possui	Peru	17	Não	Controle pós-parto	10 anos

Apêndice B. Tabela resumo entrevistadas Salvador

Nº	Nome	Idade	Ocupação	Situação conjugal	Integrantes do lar	Procedência	Tempo de residência no bairro	Nível educacional	Renda do lar
1	Adrielle	36	Diarista	Unida	3 (mora com marido e filha de 3 anos)	Interior BA	4 anos	Prim. Inc.	Mais de 4 S.M.
2	Anelise	40	Não trabalha	Casada	4 (mora com marido e dois filhos de 16 e 12 anos)	Interior BA	18 anos	Prim. Inc.	Até 2 S.M.
3	Aurea	47	Técnica em enfermagem (afastada por doença)	Solteira	2 (mora com a mãe de 79 anos)	Interior BA	7 anos	Terc. Comp.	Até 1 S.M.
4	Clara	38	Não trabalha atualmente (era telemarketer)	Casada	5 (mora com marido, filhos de 21 e 18 e filha de 16 anos)	Salvador	13 anos	Sec. Comp.	Até 3 S.M.
5	Cristina	39	Diarista	Separada	2 (mora com filho de 14 anos)	Salvador	11 anos	Prim. Inc. (em curso)	Até 2 S.M.
6	Erica	21	Estudante	Solteira	5 (mora com pais, filha de 3 e filho de 1 ½ anos)	Salvador	21 anos	Sec. Inc.	Até 4 S.M.
7	Fernanda	47	Não trabalha atualmente	Namorado mora separado	2 (mora com um filho de 19 anos)	Interior BA	19 anos	Prim. Inc.	Não declara
8	Gisélia	26	Diarista	Solteira	4 (mora com pais e filha de 6 anos)	Interior BA	7 anos	Sec. Comp.	Até 3 S.M.
9	Helena	28	Não trabalha atualmente (era auxiliar administrativa)	Casada	3 (mora com marido e filha de 6 anos; está grávida)	Salvador	1 ano	Sec. Inc.	Até 2 S.M.
10	Inês	34	Venda de salgados e doces	Casada	3 (mora com marido e filha de 3 anos)	Salvador	1 ano	Univ. (em curso)	Até 2 S.M.
11	Lúcia	44	Não trabalha (antes, diarista)	Casada	4 (mora com marido e dois filhos, de 26 e 24 anos)	Interior BA	23 anos	Prim. Inc.	Até 2 S.M.

12	Mara	23	Não trabalha atualmente (ajudava a mãe como diarista)	Solteira	1 (mora sozinha em local alugado por namorado, de 52 anos. Seu filho de 3 anos mora com o pai dele)	Salvador	22 anos	Prim. Inc.	Até 1 S.M.
13	Marília	56	Vende produtos de limpeza	Separada	1 (mora sozinha)	Interior BA	8 anos	Prim. Inc.	Não declara
14	Mayana	18	Estudante	Solteira	3 (mora com a irmã de 28 e o sobrinho de 12 anos)	Salvador	18 anos	Prim. Inc. (em curso)	Até 1 S.M.
15	Ninha	31	Limpeza em rodoviária	Separada	2 (mora com o filho de 10 anos)	Salvador	10 anos	Prim. Inc.	Até 1 S.M.
16	Nora	57	Diarista	Separada	3 (mora com filho de 19 e filha de 15 anos)	Interior BA	22 anos	Sem est.	Até 1 S.M.
17	Norma	34	Não trabalha	Unida	4 (mora com marido e filhos de 12 e 5 anos)	Salvador	10 anos	Sec. Inc.	Não declara
18	Renata	28	Não trabalha atualmente (era diarista)	Solteira	3 (mora com a irmã de 18 e o filho de 12 anos)	Interior BA	11 anos	Sec. Inc.	Até 1 S.M.
19	Rita	54	Auxiliar de limpeza escola	Casada	5 (mora com marido, filha de 20 anos, neta de 3 e neto de 1 ½ anos)	Interior BA	24 anos	Prim. Inc.	Mais de 4 S.M.
20	Sara	42	Não trabalha atualmente (aluga ponto no bairro)	Separada	3 (mora temporariamente com ex-marido e filha de 18 anos)	Interior BA	20 anos	Prim. Comp.	Até 4 S.M.
21	Vera	57	Não trabalha atualmente (foi diarista e vendedora na rua)	Solteira	3 (mora com mãe de 87 e neto de 1 ano. A filha vai todo dia na casa dela a comer, lavar roupas, etc.)	Salvador	22 anos	Sec. Inc.	Até 1 S.M.

Nº	Nome	Cobertura à saúde	Provedor do lar	Percebe benefício social	Religião	Realizou Pap alguma vez	1ro Pap idade	1ro. Pap. motivo	Último Pap realizado
1	Adrielle	SUS (por não ser casada, ela não tem o plano dele)	Marido	Não	Batista	Sim	22 anos	Consulta não associada à gravidez	Menos de 1 ano
2	Anelise	SUS	Marido	Bolsa Família	Católica	Sim	22 anos	Depois de ser mãe (1º filho nasceu morto)	Entre 1 e 3 anos
3	Aurea	SUS (ao se afastar do trabalho, perdeu o convênio)	Ela própria	Auxílio doença (por afastamento)	Católica	Sim	16 anos	1ª consulta ginecológica. Não associada à gravidez	Entre 1 e 3 anos
4	Clara	SUS (tinha plano pelo trabalho, mas perdeu ao ficar desempregada)	Marido	Bolsa Família	Evangélica	Sim	17 anos	Durante gravidez	Menos de 1 ano
5	Cristina	SUS	Ela própria	Bolsa Família	Evangélica (Universal)	Não	-----	-----	-----
6	Erica	SUS	Pais	Bolsa Família	Católica	Sim	18 anos	Durante gravidez	Menos de 1 ano
7	Fernanda	SUS	Ela própria	Não	Católica	Sim	25 anos	Durante gravidez	Menos de 1 ano
8	Gisélia	SUS	Pai	Bolsa Família	Católica, mas também Universal e Assembleia de Deus	Sim	20 anos	Durante gravidez	Menos de 1 ano
9	Helena	SUS	Marido	Não	Católica não praticante	Sim	17 anos (já tinha atividade sexual)	Consulta não associada à gravidez	Menos de 1 ano
10	Inês	SUS	Marido	Bolsa Família	Testemunha de Jeová	Sim	22 anos	Consulta não associada à	Menos de 1 ano

								gravidez ao início da atividade sexual	
11	Lúcia	SUS	Marido	Não	Católica	Sim	19 anos	Depois de ser mãe	Menos de 1 ano
12	Mara	SUS	Namorado (comerciante do bairro, que tem família fora)	Não	Nenhuma	Sim	22 anos	Consulta não associada à gravidez	Menos de 1 ano
13	Marília	SUS	Ela própria	Bolsa Família	Adventista do 7°. dia	Sim	21 anos	Depois de ser mãe	12 anos (desde que “virou crente”)
14	Mayana	SUS	Ela própria	Aposentadoria do pai	Evangélica pela mãe, mas não pratica	Sim	14 anos, ao começar atividade sexual	Consulta não associada à gravidez	Entre 1 e 3 anos
15	Ninha	Plano de saúde do trabalho	Marido	Não	Católica	Sim	21 anos	Durante gravidez	Entre 1 e 3 anos
16	Nora	SUS	Ela própria	Bolsa Família	Católica	Sim	19 anos	Marido achava que ela estava grávida e a levou	14 anos (desde que tirou o útero)
17	Norma	SUS	Ela própria	Bolsa Família	Batista	Sim	22 anos	Durante cada gravidez	6 anos
18	Renata	SUS	Irmã pensionista	Não	Espírita, mas não pratica	Não	-----	-----	-----
19	Rita	INSS	Marido	Não	Católica	Sim	20 anos	Checar estado de saúde para engravidar	Entre 1 e 3 anos
20	Sara	SUS (tinha plano, mas o cancelou por não utilizá-lo por falta de tempo)	Ex-marido	Não	Adventista do 7°. dia	Sim	26 anos	Depois de ser mãe	10 anos
21	Vera	SUS	Mãe (pensionista)	Não	Católica	Não	-----	-----	-----

Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Argentina



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva**

Rua Basílio da Gama, S/N – 2º. andar - Canela - Telefax: 3283
7442
Salvador-BA - CEP: 40110-040

Usted está siendo invitada a participar como voluntaria de la investigación ***“Práticas de cuidado de la salud entre mujeres de Salvador, Bahia, Brasil y Buenos Aires, Argentina”***, cuya investigadora responsable es la doctoranda Ana María Rico, del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahia, Brasil, coordinada por el Profesor Dr. Jorge Alberto Bernstein Iriart.

La investigación tiene como objetivo conocer cómo algunas mujeres de Salvador, Brasil, y de Buenos Aires, Argentina, perciben el cuidado de su salud y la prevención de algunas enfermedades que pueden afectarlas. En base a los resultados del estudio, pretendemos elaborar propuestas para mejorar el abordaje de esos problemas.

En caso de aceptar, usted participará de una entrevista, que será grabada. Esta investigación no implica riesgos físicos. Sin embargo, usted podría sentirse incómoda al responder algunas cuestiones sobre su salud. En este sentido, aclaramos que usted es libre para negarse a responder preguntas que le causen incomodidad, así como para interrumpir su participación en cualquier momento de la entrevista sin necesidad de justificar su decisión. Resaltamos también que su nombre no será divulgado, garantizando la confidencialidad de la información brindada por usted. El uso de la información está sujeto a normas éticas de investigación, limitándose a la difusión y publicación de los resultados de esta investigación. La participación en el estudio no implica compensación financiera alguna.

Luego de ser orientada con esta información, en caso de aceptar participar del estudio, por favor firme al final de este documento. En caso contrario, usted no será penalizada de forma alguna ni dejará de recibir asistencia a su salud.

Fui debidamente informada y orientada sobre los objetivos de la investigación, sobre los procedimientos que ésta implica, así como sobre los posibles riesgos y beneficios derivados de mi participación. Me fue garantizado que podré retirar mi consentimiento en cualquier momento sin que ello origine ninguna penalidad. También fui informada de que si deseo otras explicaciones podré contactarme con los investigadores responsables del estudio por el Instituto de Salud Colectiva - UFBA a través de los teléfonos: 4665-7287 (Buenos Aires) o 0055-71- 9968-2626 (Salvador), de la investigadora principal - Ana María Rico; el 0055-71-3283-7421, del coordinador - Jorge Iriart, o el 0055-71-3283-7438, del Comité de Ética en Investigación del Instituto de Saúde Coletiva - UFBA (dirección: Rua Basílio da Gama, s/n - 2º piso - CEP 40110-040 - Salvador - Bahia - Brasil).

Acuerdo en participar del estudio: ***“Prácticas de cuidado de la salud entre mujeres de Salvador, Bahia, Brasil y Buenos Aires, Argentina”***, desarrollado por la doctoranda Ana María Rico del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahia, coordinada por el Prof. Dr. Jorge Alberto Bernstein Iriart.

Buenos Aires, ____/____/ 2015

Nombre, firma y DNI de la entrevistada

Nombre, firma y DNI de la entrevistadora

Apêndice D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Brasil



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva**

Rua Basílio da Gama, S/N – 2º. andar - Canela - Telefax: 3283
7442
Salvador-BA - CEP: 40110-040

Você está sendo convidada para participar como voluntária da pesquisa *“Práticas de cuidado à saúde entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil e Buenos Aires, Argentina”*, cuja pesquisadora responsável é a doutoranda Ana María Rico, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, coordenada pelo Professor Dr. Jorge Alberto Bernstein Iriart.

A pesquisa tem como objetivo conhecer como algumas mulheres de Salvador, Brasil, e de Buenos Aires, Argentina, percebem o cuidado da sua saúde e a prevenção de algumas doenças que podem afetá-las. Com base nos resultados do estudo, pretendemos elaborar propostas para melhorar a abordagem daqueles problemas.

Caso concorde, você participará de uma entrevista, que será gravada. Esta pesquisa não envolve riscos físicos, porém você pode se sentir desconfortável em responder algumas questões sobre a sua saúde. Nesse sentido, esclarecemos que você é livre para recusar responder perguntas que possam causar desconforto, assim como para interromper a sua participação a qualquer momento da entrevista, sem precisar justificar sua decisão. Ressaltamos também que seu nome não será divulgado, garantindo a confidencialidade da informação por você fornecida. Os usos das informações estão submetidos a normas éticas de pesquisa, e se limitarão à divulgação e publicação dos resultados desta investigação. A participação no estudo não envolve compensação financeira.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final este documento. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma nem deixará de receber assistência à sua saúde.

Fui devidamente informada e esclarecida sobre os objetivos da pesquisa, sobre os procedimentos nela envolvidos, assim como sobre os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Também fui informada que se desejar quaisquer outros esclarecimentos poderei contatar o pesquisador responsável pelo estudo no Instituto de Saúde Coletiva - UFBA pelos telefones: (071) 9968-2626, da pesquisadora principal - Ana María Rico; pelo (071) 3283-7421, do coordenador - Jorge Iriart, ou pelo (71) 3283-7438, do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva - UFBA, localizado na Rua Basílio da Gama, s/n - 2º andar - Salvador - Bahia.

Concordo em participar do estudo: ***“Práticas de cuidado à saúde entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil e Buenos Aires, Argentina”***, desenvolvido pela doutoranda Ana María Rico do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, coordenada pelo Prof. Dr. Jorge Alberto Bernstein Iriart.

Salvador, ____/____/ 2015

Nome, assinatura e RG da Entrevistada

Nome, assinatura e RG da Entrevistadora

Apêndice E: Roteiro de entrevista Argentina

Entrevista N° _____

Fecha: __/__/__	Inicio: hs.	Fin: hs.
------------------------	---------------------------	------------------------

Datos socioeconómicos:

Edad: ___ años Barrio/dirección: _____

Composición del hogar: *Con quién/es vive?*

Parentesco	Edad	Parentesco	Edad
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

Situación conyugal: _____ *Escolaridad:* _____

Ocupación: _____

— *Cuántos días trabaja por semana?* _____

Cuántas horas trabaja por día _____

Ingresos propios: _____

Recibe algún plan o subsidio? _____ *Monto:* _____

Ingresos del hogar: _____

Quién/es aporta/n a la renta familiar? _____

Quién es el principal proveedor de la casa? _____

1 Prácticas de cuidado de si

Si tuviera que describir su salud, ud. diría que su salud es buena o mala?

Cómo cuida de sí misma? (*aspectos, tiempo, relevancia, sentidos y especialización*)

Ud. acostumbra ir a los servicios de salud? En qué situaciones?

Realiza exámenes, consultas preventivas o acompañamiento, o busca atención frente a un problema de salud?

El cotidiano familiar interfiere o influye en la forma en que ud. cuida de sí?

En términos generales, cree que el cuidado de sí entre las mujeres es igual o diferente del cuidado de sí entre los hombres? *Visión y experiencia personal.*

2 Prácticas de cuidado de la salud sexual

Ud. Sintió cambios corporales, molestias o problemas de “salud femenina”? Cuáles? Qué hizo? Cómo se sintió? Lo conversó con alguien? Quién? (*sensaciones, ámbitos, curadores, experiencia de atención. Atención a la trayectoria sexual, reproductiva y anticonceptiva, asistencia obstétrica y ginecológica*).

Hay algún tipo de cambio corporal, molestia o enfermedad asociada a la salud sexual que ud. tema enfrentar hoy o en el futuro?

Ud. cree que los cuidados de las mujeres cambiaron a lo largo del tiempo? (*contrastar mayores y jóvenes – madre/hija. Diálogo, fuentes de información, cambios en las prácticas y políticas preventivas*).

3 CCU y prácticas preventivas

Ud. escuchó algo sobre el CCU? Conoce alguien que tenga o que haya tenido CCU?

Qué es para ud. el CCU? Cuál es su causa/origen?

Ud. cree que es posible evitarlo? Cómo?

Ud. realizó alguna acción para prevenirlo?

Alguna vez ud. imaginó que corría riesgo de tener CCU? En qué situación?

Ud. cree que tiene mayor o menor riesgo que otras mujeres de tener CCU? Según su opinión, quién está en mayor riesgo?

4 Papanicolaou

Experiencia. Ud. hizo un Papanicolaou alguna vez? Por qué? Puede contarme cómo fue? Recibió el resultado? Alguna vez desistió de hacerlo o tuvo alguna dificultad para hacerlo? Si no, hubo algo que facilitó hacerlo? La experiencia cambia según el profesional o el servicio? (*sensaciones, dudas y temores, papel del compañero, personas de referencia*)

Primer Pap.

Último Pap.

Para qué sirve el Pap?

Cada cuánto tiempo lo realiza?

En qué situaciones ud. cree que las mujeres debemos realizar el Pap?

Ud. cree que el Pap es importante para su salud? Por qué?

Ud. cree que las mujeres de su entorno valoran la importancia del Pap? Lo hacen? Si no, por qué?

5 HPV

Ud. escuchó algo sobre el HPV? Qué es para ud.?

Ud. identifica alguna relación entre HPV y CCU?

Para finalizar, ud. podría dar alguna recomendación para que las mujeres se prevengan del CCU? A quiénes dirigiría esa recomendación?

Muchas gracias por su tiempo y sus respuestas. Antes de terminar, quisiera comentar algo más sobre lo que conversamos?

Y finalmente, qué le pareció la entrevista?

Muchas gracias.

Apêndice F: Roteiro de entrevista Brasil

Entrevista N° _____

Data: ___ / ___ / ___	Início:	Fim:
------------------------------	----------------	-------------

Dados socioeconômicos:

Idade: ___ anos Bairro/endereço: _____ Tempo de residencia:

Composição do lar: *Com quem mora?*

Parentesco	Idade	Parentesco	Idade
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

Situação conjugal: _____ *Escolaridade:* _____

Ocupação: _____

Quantos dias trabalha por semana? _____ *Quantas horas trabalha por dia?* _____

Cobertura saúde: _____

Renda própria: _____

Recebe algum plano ou subsidio? _____ *Monto:* _____

Ingressos do lar: _____

Quem aporta/m à renda familiar? _____

Quem é o principal provedor da casa? _____

Religião: _____

1 Práticas de cuidado de si

Se tivesse que descrever sua própria saúde, você diria que tem boa ou má saúde?

Como você cuida de si? (*aspectos, tempo, relevância, sentidos e espacialização do cuidado*)

Você costuma ir aos serviços de saúde? Em que situações?

Realiza exames, consultas preventivas ou acompanhamento, ou só procura ser atendida diante de um problema de saúde?

O cotidiano familiar interfere ou influencia a maneira como você cuida de si?

Em termos gerais, você acha que o cuidado de si entre mulheres é igual ou diferente do cuidado de si entre homens? Visão e experiência pessoal.

2 Práticas de cuidado da saúde sexual

Você já sentiu alterações corporais, desconfortos ou problemas de “saúde feminina”? Quais? O que fez? Como você se sentiu? Compartilhou com alguém? Quem? (*sensações, âmbitos, curadores, experiência no atendimento. Atenção à trajetória sexual, reprodutiva e contraceptiva, assistência obstétrica e ginecológica*).

Há algum tipo de alteração corporal, desconforto ou doença associada a sua saúde sexual que você tema enfrentar hoje ou amanhã?

Você acha que os cuidados das mulheres mudaram ao longo do tempo? (*contrastar com mulheres mais velhas e mais novas, ex: mãe e filha. Diálogo, fontes de informação*).

3 CCU e práticas preventivas

Você já ouviu falar sobre o CCU? Você conhece alguém que tem ou que teve CCU? O que é para você? Qual é a causa/origem? (*Possível identificação CCU - câncer, morte*)

Você acha que é possível evitar essa doença? Como?

Você já realizou alguma ação visando prevenir-se do CCU?

Alguma vez você imaginou que corria o risco de ter CCU? Em que situação?

Você acha que está em maior ou menor risco de desenvolver CCU do que outras mulheres? Em sua opinião, quem sofre maior risco?

4 Preventivo

Experiência. Você já fez um preventivo alguma vez? Por quê? Você pode me contar como foi? Recebeu o resultado? Você já desistiu alguma vez de fazer o exame ou teve alguma dificuldade para fazê-lo? Se não, alguma coisa facilitou a realização do teste? A experiência muda de acordo com o profissional ou o serviço? (*sensações, dúvidas e temores, papel do parceiro, pessoas de referência*)

Primeiro preventivo.

Para que serve o preventivo?

A cada quanto tempo você realiza o preventivo?

Em que situações você acha que as mulheres devemos realizar um preventivo?

Você acha importante o preventivo para sua saúde? Por quê?

Você acha que as mulheres do seu convívio valorizam a importância do preventivo? O realizam? Se não, por quê?

5 HPV

Você já ouviu falar sobre o vírus do HPV? O que é para você?

Você identifica alguma relação entre HPV e CCU?

Para finalizar, você poderia dar alguma recomendação para as mulheres se prevenirem do CCU? A quem dirigiria essa recomendação?

Muito obrigada por seu tempo e suas respostas. Antes de terminar, gostaria comentar algo mais sobre o que conversamos?

E finalmente, o que você achou sobre a entrevista?

Muito obrigada.

Apêndice G: Fotografias do bairro em Buenos Aires



Foto 1: A visão do bairro desde a estação do trem permite ver as construções de até cinco andares.



Foto 2: A única entrada ao lugar. À esquerda, o *container* onde é descartada parte dos resíduos.



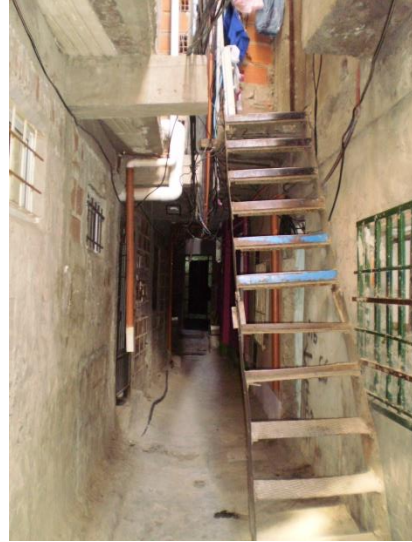
Foto 3: Uma das zonas mais abertas do local. Ao fundo, pode-se observar construções de cinco andares. Ao frente, várias casas encontram-se em obras. À esquerda, é possível apreciar vários *splits* de ar condicionado e, embaixo, uma pequena loja.



Foto 5: Periodicamente, caminhões da prefeitura fornecem água potável e retiram águas servidas.



Fotos 6 e 7: Conexões irregulares à energia elétrica e estreitos corredores sem saída já provocaram vários incêndios no lugar.



Fotos 8 e 9: Precárias escadas dão acesso aos andares superiores. Na medida que se avança corredores adentro, estes se estreitam e os andares superiores fecham a vista superior.



Foto 10: Um alto muro com arame farpado separa o bairro das vias do trem.
Foto 11: Os tetos das casas se encostam nos da frente, fechando a vista superior.

Apêndice H: Fotografias do bairro em Salvador



Fotos 1 e 2: Vistas desde as partes altas para o vale.



Foto 3: A praça.

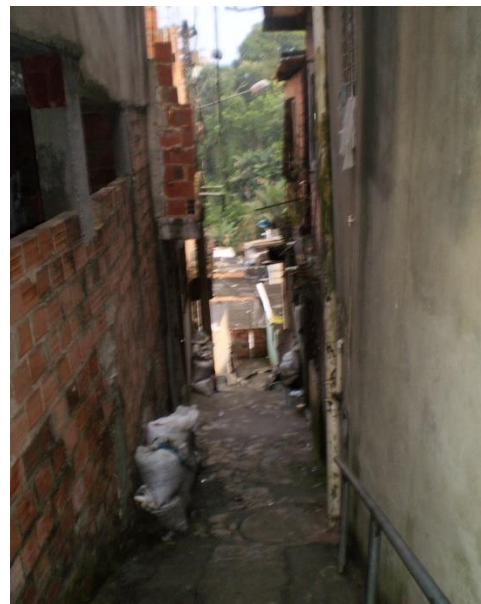


Foto 6: O corredor da casa dos meus contatos no bairro. Janelas e portas engradadas, mas abertas, e casas próximas umas das outras permitem acompanhar os movimentos externos desde dentro da casa.

Foto 7: Corredores estreitos e escadas descem em direção ao vale.