

SUPERAÇÃO DA DICOTOMIA CIÊNCIAS NATURAIS/CIÊNCIAS SOCIAIS NA ABORDAGEM À MULHER AFETADA POR LESÕES DO COLO UTERINO

Vanessa Simões Sandes Walois

Biomédica. Mestre em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental. Professora do Departamento de Biomedicina e Enfermagem da Faculdade Sete de Setembro – FASETE. Paulo Afonso, Bahia, Brasil. E-mail: vanessa.sandes@hotmail.com

Érika Santos Nunes

Biomédica. Doutora em Ciências Biológicas. Professora do Departamento de Ciências Biológicas da Universidade do Estado do Bahia – UNEB. Paulo Afonso, Bahia, Brasil. E-mail: erika.santosnunes@hotmail.com

RESUMO

A partir do século XIX, o enfoque positivista e reducionistas dos estudos desenvolvidos pela Ciência afastou-se dessa abordagem para assumir uma contraposição a esta corrente. O reconhecimento da diversidade epistemológica no mundo viria para sugerir que a diversidade é também cultural (anti-reducionista). Esta pesquisa objetivou investigar como a superação da dicotomia ciências naturais/ciências sociais pode contribuir para mudança de paradigma do modelo biomédico a fim de enaltecer a observação do sujeito em sua totalidade. Para atender o objetivo proposto foi realizado um estudo de revisão integrativa buscando publicações relacionadas ao tema nas interfaces Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e *National Library of Medicine* (Medline). Montada a coletânea de textos, procedeu-se a aplicação dos critérios de exclusão e a leitura criteriosa dos textos a fim de eliminar os artigos não relacionados ao tema de estudo. Após esta etapa 16 artigos foram selecionados para compor a confecção do quadro sinóptico e posterior discussão. Após revisão foi possível concluir que é iminente a necessidade de compreender que a mulher, portadora de lesões cérvico-uterinas, carregada de subjetividades a respeito da doença, deve ser contextualizada dentro da assistência prestada fundamentando-se numa abordagem ampla do indivíduo.

Palavras-chave: Modelo biomédico. Antropologia médica. Representações sociais. Câncer do colo uterino.

ABSTRACT

From the 21st century, the positivist and reductionist focus of the works developed by Science got away from this approach to assume a position contrary to this current. The recognition of epistemological diversity in the world would come to suggest that this diversity is also cultural (anti-reductionist). This research aimed to investigate how the overcoming of the dichotomy natural science/social science could contribute to change the paradigms of the biomedical model in order to

praise the observation of the subject in its totality. To achieve this objective, it was conducted an integrative revision study, searching for publications related to the topic in the interfaces of the Virtual Health Library (BVS), Scientific Electronic Library Online (Scielo) and National Library of Medicine (Medline). Built the text collection, it was conducted an application of the criteria of exclusion and a careful reading of the texts in order to eliminate the articles not related to the research topic. After this step, 16 articles were selected to compose the synoptic table and the further discussion. It was possible to conclude that it is imminent the necessity of understanding that the woman, bearer of cervical-uterine lesions, filled with subjectivities about the disease, must be contextualized in the assistance provided, basing a wide approach of each individual.

Keywords: Biomedical model. Medical anthropology. Social representations. Cancer of the uterine cervix.

1 INTRODUÇÃO

Entre os séculos XVI e XVIII as sociedades privilegiavam epistemológica e sociologicamente a forma de conhecimento que designávamos por Ciência Moderna. De caráter cartesiano, mecanicista, fundamentada no dualismo entre corpo e mente, esse modelo permitiu que a criatura humana fosse concebida, diagnosticada e tratada em suas partes, como se cada parte do corpo não possuísse inter-relação com as dimensões simbólicas, culturais e sociais^{1,2}.

Em meados do século XIX, o enfoque positivista e reducionistas das pesquisas e trabalhos desenvolvidos pela Ciência afastou-se da abordagem positivista para assumir uma contraposição a esta corrente. Segundo Bezerra (2007)³, o reconhecimento da diversidade epistemológica no mundo viria para sugerir que a diversidade é também cultural (anti-reducionista). Dessa forma a distinção dicotômica entre ciências naturais e ciências sociais dá lugar a um paradigma emergente a favor de um conhecimento prudente para uma vida decente.

Na história da humanidade, em diferentes sociedades, a compreensão a cerca do corpo feminino limitou-se aos processos da menstruação, parto e menopausa, demonstrando uma perspectiva na qual tudo gira em torno da função reprodutiva. Seus órgãos sexuais eram vistos apenas sob o ângulo da reprodução, deixando de lado a questão sexual como prazer, portanto o lado mulher. Essas barreiras até o momento atual, em diversas culturas, acabaram por influenciar na relação com seu corpo e nas representações sobre o processo saúde-doença⁴.

É neste contexto que a implementação de um paradigma mais abrangente, que inclua as dimensões socioculturais e psicológicas no que se refere à saúde é importante, já que esta abordagem reflete o ser humano como um todo. Esta abordagem compreende o indivíduo em sua subjetividade e em seu contexto sociocultural, atentando para todos os aspectos relevantes na apreensão do ser humano. Neste paradigma corpo e mente são aspectos importantes, e o desenvolvimento de uma patologia está diretamente associada a ambos, observando ainda as demais instâncias da vida. Nesse sentido, o cuidado com a percepção do paciente em relação ao seu problema de saúde aparece como uma dimensão das mais importantes^{5,6}.

Diante dessas questões esta pesquisa objetivou discutir como a superação da dicotomia ciências naturais/ciências sociais pode contribuir para mudança de paradigma do modelo biomédico a fim de enaltecer a observação do sujeito mulher, afetada por lesões do colo uterino, buscando compreendê-la em sua totalidade.

2 METODOLOGIA

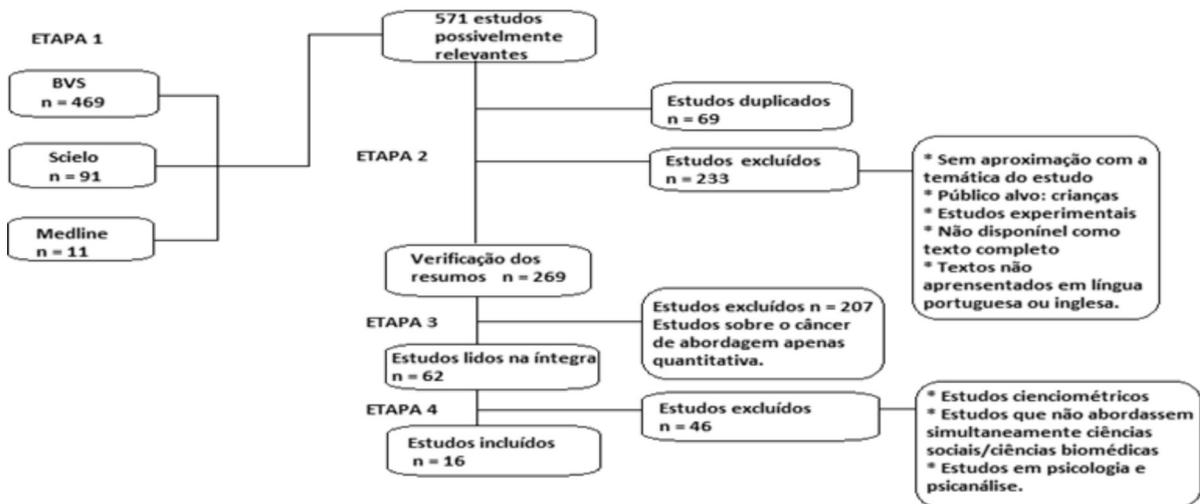
Para atender o objetivo proposto foi realizado um estudo de revisão integrativa, que consiste numa modalidade de pesquisa que possibilita a integração de variados estudos, por intermédio da revisão de métodos, teorias e estudos empíricos sobre um tema específico. O processo da revisão integrativa faz-se a partir de seis etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, estabelecimentos dos critérios de inclusão e exclusão, identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, categorização dos estudos selecionados, análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁷.

A busca foi realizada através das interfaces Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e *National Library of Medicine* (Medline). Para pesquisa foram empregados os descritores câncer do colo uterino, antropologia médica, medicina tradicional e humanização. A partir da inserção dos termos de pesquisa foram encontrados 571 artigos nas referidas interfaces. Deste montante procedeu-se a avaliação das duplicidades e aplicação de critérios de exclusão. Não foi estabelecido critério em relação ao ano de publicação, sendo todos os artigos relacionados ao objetivo deste estudo inclusos para apreciação (Figura 1).

Montada a coletânea de textos, procedeu-se a leitura criteriosa a fim de eliminar os artigos não relacionados intimamente ao tema de estudo. Após esta etapa 16 artigos foram selecionados

para compor a confecção do quadro sinóptico e posterior discussão através do método da Análise Categrical de Laurence Bardin.

Figura 1: Fluxograma de identificação e seleção de artigos para revisão integrativa.



Fonte: Elaborado pela autora

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No intuito de expor os resultados obtidos após aplicação de critérios de inclusão e exclusão nas bases de dados selecionadas, foi elaborado um quadro sinóptico (Quadro 1) que demonstra, de forma sucinta, uma sinopse dos artigos que serão utilizados nesta discussão. Foram selecionados 16 artigos em sua maioria de origem brasileira e publicados entre os anos de 1994 a 2016.

Quadro 1: Quadro sinóptico dos artigos analisados.

| ARTIGO | AUTOR/ANO DE PUBLICAÇÃO | OBJETIVO DO ESTUDO | CONCLUSÃO/ CONSIDERAÇÕES FINAIS |
|--|-------------------------|---|--|
| Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde Saúde. | BARBOSA et al (2004) | Analisar a influência das crenças populares e a utilização de cursos alternativos na solução de problemas de saúde. | A adoção de terapias alternativas na assistência à saúde pode favorecer o alcance de melhores resultados no processo saúde-doença. |

| | | |
|--|---|---|
| <p>O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns desvelamentos</p> | <p>SIQUEIRA, BARBOSA & BOEMER, 2007</p> | <p>Desvelar o significado de ser-com-câncer para pacientes oncológicos, buscando compreendê-los nesse vivenciar, vislumbrando a descoberta de novos caminhos para o cuidar</p> <p>A compreensão do vivido pela pessoa com câncer sinaliza para a relevância de transformações na filosofia de seu cuidado, incluindo a necessidade de discutir e compartilhar sentimentos.</p> |
| <p>Variations in societal characteristics of spatial disease clusters: examples of colon, lung and breast cancer in Japan</p> | <p>FUKUDA et al, 2005</p> | <p>As análises espaciais e os estudos ecológicos são essenciais para a epidemiologia e saúde pública. O presente estudo visa combinar estes dois métodos para identificar clusters espaciais de tipos selecionados de câncer no Japão e para determinar as suas características societais com foco na homogeneidade entre os clusters.</p> <p>O aumento das taxas de mortalidade de câncer de cólon e de mama pode ser explicado por características societais homogêneas relacionadas à urbanização, embora haja áreas excepcionais com maiores taxas de mortalidade. A variação regional na taxa de mortalidade por câncer de pulmão pareceu ser devido a fatores heterogêneos.</p> |
| <p>Representações sociais sobre a doença de mulheres acometidas do câncer cervico-uterino</p> | <p>SILVA et al, 2016</p> | <p>Compreender a apresentação social de mulheres com câncer de colo de útero e suas implicações para o cuidado de si</p> <p>O câncer de colo de útero gera uma grande mudança de vida nas mulheres que passam pelo problema, não apenas pelo fator físico, mas muito pelo lado subjetivo no enfrentamento da doença</p> |

| | | | |
|--|------------------------------------|--|---|
| <p>Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença</p> | <p>UCHÔA & VIDAL (1994)</p> | <p>Discutir a pertinência, as especificidades e as potencialidades da perspectiva antropológica na abordagem da saúde e da doença</p> | <p>A contribuição específica da abordagem antropológica é discutida em termos da efetividade dos programas saúde pública</p> |
| <p>Saúde, gênero e Serviço Social: contribuições sobre o câncer e a saúde da mulher.</p> | <p>NOGUEIRA & SILVA (2009)</p> | <p>Corroborar o entendimento das razões econômicas, sociais e culturais presentes na sociedade contemporânea que contribuem para a alta incidência do câncer de útero.</p> | <p>O processo de adoecimento das mulheres necessita de discussões a partir de outros focos que não o puramente biomédico a fim de entender porque ainda é elevada a mortalidade por câncer cérvico uterino.</p> |
| <p>Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais</p> | <p>SIQUEIRA et al (2006)</p> | <p>Identificar as primeiras condutas adotadas pelos clientes antes de procurarem um serviço de saúde.</p> | <p>O processo de mudança de hábitos relacionados à saúde é um processo difícil e que é preciso respeitar tradições e opiniões.</p> |
| <p>Saúde, envelhecimento e representações sociais</p> | <p>SARAIVA; FILHA; DIAS (2011)</p> | <p>Conhecer a concepção de cuidadores que utilizam práticas integrativas, sobre as fragilidades do modelo de saúde vigente.</p> | <p>As práticas integrativas favorecem o acolhimento, a escuta e valoriza a subjetividade do indivíduo.</p> |

| | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <p>Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira.</p> | <p>FERTONANI et al (2015)</p> | <p>Resgatar o debate conceitual sobre o modelo assistencial em saúde e os desafios para a atenção básica no Brasil.</p> <p>O termo modelo assistencial é polissêmico e, embora existam propostas e políticas estruturantes de um modelo biomédico, as dificuldades para sua implementação são significativas.</p> |
| <p>Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde</p> | <p>LANGDON & WIIK (2010)</p> | <p>Apresentar uma reflexão de como as noções e comportamentos ligados aos processos de saúde e doença integram a cultura de grupos sociais onde os mesmos ocorrem.</p> <p>Os sistemas de médicos de atenção à saúde, assim como as respostas dadas às doenças, são sistemas culturais, consonantes com os grupos e realidades sociais que os produzem.</p> |
| <p>Construcionismo social na atenção básica: uma revisão integrativa</p> | <p>CADONÁ & SCARPARO (2015)</p> | <p>Analisar artigos científicos com autores/as que se apoiam no construcionismo social.</p> <p>Destaca-se ainda a crítica à predominância do modelo biomédico promotor de práticas coladas à lógica de atenção centralizadas na doença.</p> |
| <p>Reflexões sobre a sexualidade velada no silêncio dos corpos</p> | <p>ROSSEL & SILVA (2001)</p> | <p>Estudar as perspectivas da comunicação não verbal que demonstram sentimentos, complementação ou contradição de um discurso.</p> <p>Foram verificados diversos sinais de paralinguagem como cinésmia, tacêsica e roupas e artefatos que demonstram a cultura.</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>Mulheres vivenciando o adoecer em face ao câncer cérvico-uterino</p> | <p>OLIVEIRA, FERNANDES & GALVÃO (2005)</p> | <p>Compreender as vivências de mulheres em face do processo de adoecer por câncer cérvico-uterino.</p> <p>Diante da doença foram verificados sentimentos de ansiedade, medo e pânico. Também foi observado falta de informação e a recorrência ao apelo religioso para o enfrentamento da doença.</p> |
| <p>Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural</p> | <p>KREUTZ, GAIVA & AZEVEDO (2006)</p> | <p>Compreender os determinantes sócio-culturais e históricos das práticas de prevenção e cura adotadas por um grupo cultural.</p> <p>É papel dos profissionais de saúde em suas práticas, a adoção de abordagens que considerem o indivíduo em sua dimensão sócio-cultural.</p> |
| <p>Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação</p> | <p>OLIVEIRA (2002)</p> | <p>Tecer uma série de considerações buscando um melhor entendimento para a questão do atendimento de saúde.</p> <p>O fato de centrar a prática médica no usuário e na sua cultura acaba trazendo benefícios tanto para os profissionais quanto para os pacientes.</p> |
| <p>A subjetividade do câncer na cultura: implicações na clínica contemporânea</p> | <p>BARBOSA & FRANCISCO (2007)</p> | <p>Ressaltar a importância da subjetividade do câncer sobretudo no que diz respeito às repercussões para o equilíbrio emocional do paciente.</p> <p>As representações construídas pela cultura somadas aos efeitos produzidos pelo seu tratamento podem influenciar na forma de enfrentamento da doença.</p> |

Fonte: Elaborado pela autora.

• A concepção biomédica dualista e seus precursores

No início dos tempos, o processo saúde-doença estava intimamente relacionado com a existência de forças espirituais. Com o desenvolvimento das ciências naturais, as doenças passaram a ser estudadas sob o prisma do paradigma biológico. Nascia, dessa forma, a medicina de Hipócrates que enfatizava a relação homem ambiente. O sistema hipocrático perdurou até a Idade Média, quando os dogmas do catolicismo passaram a responsabilizar o homem pelo aparecimento das doenças. A doença era vista como castigo, punição, aplicada por Deus para remissão dos pecados cometidos. Ao médico, cabia apenas o papel de cuidar do corpo. Foi a partir dos séculos XVI e XVII, com as descobertas de Galileu sobre o sistema solar que houve um declínio em relação aos dogmas da Igreja. Posteriormente, com a revolução científica feita por Descartes e Newton, o corpo humano passou a ter um enfoque reducionista e as doenças começaram a ser vistas e tratadas de forma isolada⁸.

Esse paradigma fundamentou o dualismo entre corpo e mente e permitiu que a criatura humana fosse concebida, diagnosticada e tratada em suas partes, como se cada parte do corpo não possuísse inter-relação com as dimensões psíquicas e sociais⁹.

Segundo Uchôa & Vidal (1994)¹⁰, o dualismo cartesiano entre corpo e espírito seria o precursor imediato das concepções biomédicas contemporâneas de organismo humano e do pensamento materialista radical que caracteriza a biomedicina. Descartes teria legado às ciências naturais e sociais uma concepção mecanicista do corpo e de suas funções que sustenta uma visão reducionista dos fenômenos saúde e doença. Nessa abordagem a doença é ora vista como um problema físico ou mental, ora como biológico ou psicossocial, mas raramente como fenômeno multidimensional.

Ainda hoje é possível observar que a medicina convencional está alicerçada nos conhecimentos fisiopatológicos clássicos. Em muitas ações de assistência prestada à saúde o poder da ciência médica reducionista está presente, de forma implícita ou explícita, sobre a população, desconsiderando, quase sempre, o conhecimento singular do indivíduo, o que ele sabe, sente, vivencia e relata sobre seu sofrimento¹¹.

Em trabalho realizado por Nogueira & Silva (2009)¹², ao evocar pesquisas desenvolvidas por Gama (2006), demonstra-se que um modelo de assistência que segmenta/biologiza seus usuários, não é capaz de interpretar os fenômenos de saúde e doença a partir de sua determinação so-

cial. Nesse tipo de modelo há tendência exponencial para aumento de custos, menos eficiência e insatisfação do ponto de vista da resolução das demandas que os usuários apresentam.

O designado “modelo biomédico” tem influenciado a formação profissional, a organização dos serviços e a produção de conhecimento em saúde. A emergência deste modelo é frequentemente associada à publicação do Relatório Flexner, em 1910, nos Estados Unidos da América (EUA), que criticava a situação das escolas médicas nos EUA e Canadá. As diretrizes do relatório orientavam no sentido de ruptura com a ciência de base metafísica para a sustentação no paradigma cartesiano, o qual assume destaque e firma-se no campo da saúde¹³.

Ainda segundo Fertoni et al (2015)¹³, no Brasil, o modelo Saúde da Família (SF) ou Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como uma proposta de referência que surgiu na década de 1990 para incentivar mudanças no modelo assistencial da saúde, com vistas a atender ao prescrito na Constituição de 1988 e aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, nas dimensões político-jurídico e político-institucional, o SUS já se constitui um novo paradigma. Entretanto é justamente na dimensão político-operacional, ou seja, no plano de práticas, onde se situa a ESF, que se encontra o grande desafio.

Apesar de conceitualmente visar à dignidade e integralidade ao ser humano, observa-se que o cuidar em saúde adquiriu, nas instituições de saúde, ao longo do tempo, características meramente reducionistas e tecnicistas. Ainda que, no Brasil, se busque um “novo” modelo assistencial, o trabalho mantém-se em geral fragmentado, com persistência de práticas hierarquizadas e da desigualdade entre as diferentes categorias profissionais^{13,14}.

Por sua vez, os estudos antropológicos, psicológicos e ecológicos multidisciplinares em ascendência representam uma abordagem imprescindível para saúde pública, colaborando para a compreensão de variações regionais dos níveis de saúde e para formulação de hipóteses a serem consideradas na elaboração de campanhas e programas na assistência à mulher com câncer de colo uterino¹⁵.

Segundo Silva et al (2006)¹⁶ essa perspectiva é particularmente verdadeira no caso do câncer, uma doença crônico-degenerativa que pressupõe um considerável grau de qualidade na prestação de diversos tipos de serviços que pressupõem vários tipos de cuidado prestados à saúde. A assistência ao paciente oncológico é complexa justamente porque envolve a abordagem de

diferentes aspectos da vida do indivíduo: físico, emocional, social, econômico, cultural, espiritual, e também pelos preconceitos e tabus que envolvem a palavra câncer.

• **Superando a dicotomia ciências sociais/naturais na abordagem a mulher acometida por lesões do colo uterino**

A doença e as preocupações para com a saúde são universais, presentes em todas as sociedades. Dessa forma, ao se partir do pressuposto de que a cultura é um fenômeno total e que, portanto, provê uma visão de mundo às pessoas que a compartilha, orientando, dessa forma, os seus conhecimentos, práticas e atitudes, a questão da saúde e da doença está contida nessa visão de mundo e práxis social¹⁷.

Para Siqueira et al (2006)⁹ todo sistema terapêutico é parte inseparável do repertório cultural de uma sociedade, ou seja, eles são partes integrantes da cultura, sendo influenciados por ela e vice-versa. Embebendo-se disso é esperado que o profissional de saúde, quando possuidor de uma visão crítica de assistência ao serviço de saúde, compreenda o processo de saúde e doença não meramente na dimensão biológica e individual, mas como resultante dos fenômenos que são determinados, social e historicamente, enquanto processos de reprodução social.

No Brasil, a Atenção Básica é definida pelo Ministério da Saúde (MS) como um conjunto de ações de caráter individual e coletivo que deve preconizar a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e manutenção da saúde, por intermédio de práticas pautadas na integralidade, universalidade e na equidade. Com uma proposta de trabalho de caráter interdisciplinar, prima pelo estabelecimento e fortalecimento dos vínculos e possui impressa em seu cerne a lógica de uma política de cunho relacional, que respeita os processos e modos de compreender saúde, marcados por espaços e culturas¹⁸.

Porém, ainda na atualidade, esse sistema de Atenção configura-se em um desenho bem mais conceitual que uma realidade para os grupos usuários. Tal fato vem sendo de forma crescente demonstrado por inúmeras pesquisas no campo das representações sociais em saúde e da antropologia em saúde.

Nossos corpos, mesmo quando velados em seu silêncio, gritam a todo momento, emitindo mensagens acerca de seus valores, emoções, sentimentos, preconceitos, agrados e desagradados,

expectativas, medos, inseguranças. Eles revelam uma vivência singular que, ao se deparar com o modelo biomédico de atendimento, cheio de dicotomias e reducionismos, perdem sua identidade única, porque são generalizados, condenando-os a uma passividade nas relações, reduzindo-os a um número, a um caso clínico, a uma ferida, a uma lesão¹⁹.

Numa mulher acometida por lesões pré-neoplásicas e neoplásicas, especialmente em sua região íntima, são verificadas diferentes repercussões em seu cotidiano e em suas relações familiares, com consequências nas dimensões biopsico-espirituais da mulher. Ocorre então uma diversidade de enfrentamento e respostas negativas relacionadas, sobretudo, ao temor da morte²⁰.

Partindo desta compreensão, as ações profissionais devem tomar maior amplitude, ultrapassando as orientações sobre prevenção e a discussão sobre o acesso a serviços de saúde. Esse entendimento possibilita outra forma de interlocução com os usuários e demais profissionais, objetivando novas formas de atuação. Vivenciaremos assim um processo de desnaturalização/desmistificação do adoecimento e inscreveremos este processo em uma esfera que subjazerá os referenciais teóricos reducionistas¹².

Nos últimos anos, inúmeros estudos têm demonstrado que os fatores culturais são altamente influenciadores no sucesso ou insucesso das intervenções vinculadas ao adoecimento por lesões cérvico-uterinas, visto que a sexualidade muitas vezes é tema tabu na população feminina. Sobre essa questão Kreutz, Gaiva & Azevedo (2006)²¹ expressam que:

“a percepção do que é relevante e problemático, do que causa ou evita um problema, do tipo de ação que esse problema requer é, para os profissionais de saúde, determinada pelo corpo de conhecimentos biomédicos, mas, para os indivíduos de uma comunidade, é determinada pelas redes de símbolos que articulam conceitos biomédicos e culturais e determinam formas características de pensar e de agir frente a um problema de saúde específico”.

Em geral, tem-se a visão de que o atendimento à saúde é organizado pelos técnicos para ser simplesmente “usufruído” pelos pacientes/clientes, que assumiriam uma posição um tanto passiva diante do que lhes é ofertado. Em trabalho realizado por Oliveira (2002)²² o mesmo reflete sobre o fato de que talvez devêssemos dizer que os serviços de saúde são “equipecêtricos”, um tipo particular de etnocentrismo, em que a equipe de saúde passa a julgar seus usuários a partir da visão de seus membros, estabelecendo unilateralmente o que certo ou errado, adequado ou inadequado em relação ao cuidado à saúde.

As lesões do colo uterino e o câncer evoluído a partir destas lesões, transitam num terreno de experiências saturadas de dor e sofrimento, seguidas, em certos casos, de morte. Devido esse estigma que envolve a doença, ao se descobrir no mundo com câncer, o Ser deixa de existir em seu mundo cotidiano e passa a viver em outra dimensão de mundo, na qual a possibilidade de morte parece se revelar como algo inevitável, então, passa a almejar não somente o cuidado com a doença e suas manifestações físicas, mas também anseia por condutas que expressem solicitude, empatia e compreensão em relação ao seu existir doente¹⁴.

Para Barbosa e Francisco (2007)²³ essa compreensão das necessidades femininas diante da descoberta do câncer tem recebido grande aporte a partir do estudo das representações sociais e da antropologia médica. Esses estudos ascenderam para mostrar que o processo saúde-doença, além de compreendido a partir do modelo biomédico, também é atravessado por elementos culturais, sociais e econômicos, sendo compreendido e vivenciado de formas diferentes pelos vários atores que dele participam. Ou seja, as definições de saúde e doença podem assumir diferenças nos diversos grupos, classes sociais, indivíduos e famílias. Estas definições são o resultado do meio cultural e da herança de um longo processo acumulativo do conhecimento e experiência adquiridos pelas gerações que nos antecederam e precisam ser agregados aos processos de adoecimento.

4 CONCLUSÃO

A avaliação da produção científica sobre essa temática revelou que grande parte dos estudos ainda está centrada nos aspectos epidemiológicos e clínicos da neoplasia cervical, identificando-se a necessidade de produções científicas que superem esse caráter cartesiano de muitos estudos relacionados ao processo saúde-doença.

Foi possível verificar a partir dos estudos explorados que mais do que uma configuração biológica, a doença é também uma realidade social. Vários autores vêm enfatizando a importância de se observar o sujeito em sua totalidade, envolvendo seus processos intelectuais, afetivos e socioculturais.

É preciso compreender que a mulher, portadora de lesões cérvico-uterinas, carregada de subjetividades a respeito da doença, deve ser contextualizada dentro da assistência prestada fundamentando-se numa abordagem ampla do indivíduo. Ao invés de combatido pelos profissionais

de saúde, o saber popular, as representações, emoções, anseios, devem ser compreendidos e acrescidos de conhecimentos e atitudes respaldadas pelo saber científico.

O profissional da saúde, indispensável em variadas condições patológicas, precisa perceber que o encontro de culturas esta presente desde o princípio, quando uma paciente procura alívio para seus males. Conduto, esse encontro, que é dinâmico, não termina na consulta, ele se estende penetrando no repertório de associações, representações, percepções que o indivíduo tem a respeito da doença e da esperança de cura.

REFERÊNCIAS

1. DE SOUZA SANTOS, Raíla; MELO, Enirtes Caetano Prates; SANTOS, Keitt Martins. Análise espacial dos indicadores pactuados para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 800-810, 2012.
2. CAPRA, Fritjof; LUISI, Pier Luigi. A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas. 2014.
3. CARVALHO, Ana Luiza Santos de et al. Sentimentos vivenciados por mulheres submetidas a tratamento para papillomavirus humano. Esc. **Anna Nery Rev. Enferm**, v. 11, n. 2, p. 248-253, 2007.
4. MATÃO, Maria Eliane Liégio et al. Percepção de mulheres acerca do exame colpocitológico. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2011.
5. QUEIROZ, Marcos S. Saúde e doença: um enfoque antropológico. In: **Coleção Saúde & Sociedade**. Edusc, 2003.
6. VIEIRA, Carolina Pasquote; QUEIROZ, Marcos de Souza. Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e atuação profissional. **Psicologia & Sociedade**. v. 18, n. 1, p. 63-70, 2006.
7. BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Soc**, v. 5, n. 11, p. 121-36, 2011.
8. SOUZA, Roseane da Silva et al. Saúde, envelhecimento e representações sociais. **R. pesq.: cuidad. fundam. online**. Dez (Ed. Supl.): 77-83, 2011.

9. SIQUEIRA, Karina Machado et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 1, p. 68-73, 2006.
10. UCHÔA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994.
11. BARBOSA, Maria Alves et al. Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, v. 12, n. 1, p. 38-43, 2004.
12. NOGUEIRA, Ana Claudia Correia; DA SILVA, Letícia Batista. Saúde, gênero e Serviço Social: contribuições sobre o câncer e saúde da mulher. **Vértices**, v. 11, n. 1, p. 7-18, 2010.
13. FERTONANI, Hosanna Pattrig et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, 2015.
14. SIQUEIRA, Karina Machado; BARBOSA, Maria Alves; BOEMER, Magali Roseira. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns desvelamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 605-611, 2007.
15. FUKUDA, Yoshiharu et al. Variations in societal characteristics of spatial disease clusters: examples of colon, lung and breast cancer in Japan. **International Journal of Health Geographics**, v. 4, n. 1, p. 1, 2005.
16. SILVA, Silvio Eder Dias da et al. Representações sociais sobre a doença de mulheres acometidas do câncer cervico-uterino. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, v. 8, n. 1, p. 3667-3678, 2016.
17. LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 173-181, 2010.
18. CADONÁ, Eliane; SCARPARO, Helena. Construcionismo social na atenção básica: uma revisão integrativa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, 2015.
19. RESSEL, Lúcia Beatriz; SILVA, MJP da. Reflexões sobre a sexualidade velada no silêncio dos corpos. **Rev esc enferm USP**, v. 35, n. 2, p. 150-4, 2001.
20. DE OLIVEIRA, Mariza Silva; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. **Acta paul enferm**, v. 18, n. 2, p. 150-5, 2005.

21. KREUTZ, Irene; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 89-97, 2006.

22. OLIVEIRA, Francisco Jorge Arsego Quadros de. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface: comunicação, saúde, educação**. Botucatu, SP. Vol. 6, n. 10 (fev. 2002), p. 63-74, 2002.

23. BARBOSA, Leopoldo Nelson Fernandes; FRANCISCO, Ana Lúcia. A subjetividade do câncer na cultura: implicações na clínica contemporânea. **Revista da SBPH**, v. 10, n. 1, p. 9-24, 2007.