

CÂNCER DO COLO UTERINO: conexões com a ecologia humana

Natália Moraes Barros

Discente do curso de Bacharelado em Biomedicina da Faculdade Sete de Setembro

Dafinne Oliveira Gonçalves

Discente do curso de Bacharelado em Biomedicina da Faculdade Sete de Setembro

Vanessa Simões Sandes Walois

Docente do curso de Bacharelado em Biomedicina da Faculdade Sete de Setembro

RESUMO

Os estudos ecológicos 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 uterino. Nos últimos anos, tanto as pesquisas nacionais quanto as internacionais, vêm demonstrando um extraordinário avanço no estudo das relações entre a maneira como as sociedades se organizam e se desenvolvem e a situação de saúde nessas populações. Este estudo trata-se de uma revisão de conteúdos entre os anos de 1998 a 2013 que abordem a relação entre câncer do colo uterino, cultura e status socioeconômico. Foram avaliados 25 artigos, sendo 08 internacionais e 17 nacionais. Os resultados e discussões foram realizadas através de dois tópicos: diferenças entre estudos de países desenvolvidos e em desenvolvimento e associações entre cultura, nível socioeconômico e câncer. Através deste trabalho foi possível concluir que a associação entre ecologia humana e câncer do colo uterino deve atravessar diversos campos disciplinares para que se fortaleça um conceito mais amplo de saúde que busque a valorização singular do indivíduo e a assimilação das culturas e crenças para melhorias nas abordagens médico-hospitalares as pacientes acometidas.

Palavras-chave: câncer do colo uterino, ecologia, nível socioeconômico

ABSTRACT

The ecologic studies represent an essential approach to public health care, collaborating to the understanding of regional variations in the health levels and to the elaboration of hypothesis that can be considered in campaigns and programs of assistance to women with cervical cancer. In the past few years, both the national and international researches have shown an extraordinary advance in the study of the relations between the way how societies are organized and the heal-

th situation in these populations. This study brings a review of content between the years of 1998 and 2013 that approach the relation of cervical cancer, culture and socioeconomic status. 25 articles were analyzed, being 17 national and 8 international. The results and discussions were obtained through two topics: differences between researches conducted in developed and emerging countries, and the associations with culture, socioeconomic level and cancer. Through this research, it was possible to conclude that the association between human ecology and cervical cancer must follow throughout many interdisciplinary fields in order to strengthen a wider concept of health care, one that seeks the valuation of each individual and the assimilation of different cultures and beliefs to improve the medical approach to the patients.

Key words: cervical cancer, ecology, socioeconomic level

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, são significativos os problemas de infraestrutura e insuficiência de recursos humanos e materiais na efetividade da atenção às mulheres com câncer do colo uterino. Na maioria dos municípios do país, a atenção básica encontra-se desestruturada, baseada num modelo biomédico centrado na doença, na assistência médico-hospitalar individual e excludente (COHN, 2009).

Segundo Brasil (2011) os princípios gerais que orientam os programas de saúde da família (PSF) são: desenvolver planejamento e programação baseado nas necessidades da população selecionada, buscar integração com instituições e organizações sociais, ter caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica tradicional, atuar em território específico através do diagnóstico situacional e ser espaço de construção da cidadania.

No entanto, Franco e Merhy (1999) em seus estudos já apontavam para uma série de contradições nesses princípios como: a limitação das possibilidades de atualização dos programas por parte do Ministério da Saúde brasileiro constituindo um formato vertical; a sua formulação com um ideal racionalizador buscando a eficiência econômica na saúde; a territorialização e o vínculo como ideias nucleares na organização dos serviços e práticas de saúde porém sem impactar em mudanças no perfil da assistência e, por último, a não valorização do conjunto da prática clínica ao pluralismo de crenças na ampliação do cuidado singular ao indivíduo.

O cuidar em saúde necessita resgatar a essência do que significa cuidado. O cuidado precisa caracterizar-se como atitude, um modo de ser, traduzindo-se num fenômeno ontológico-existencial básico e, fazendo parte da natureza e da constituição do ser humano revelar-se como maneira concreta de ser-no-mundo-com-os-outros (BOFF, 2003).

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 (SIQUEIRA, BARBOSA & BOEMER, 2007). Por sua vez, os estudos ecológicos 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 uterino (FUKUDA et al, 2005).

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima-se que 500 mil novos casos de câncer do colo do útero ocorram por ano no mundo (BRASIL, 2009). No Brasil, mesmo que nas últimas décadas tenha-se tentado a reorganização da Atenção Básica, através da estratégia de Saúde da Família e do aprimoramento da assistência à mulher, o número de casos da doença ainda é alarmante (BRITO, NEY & TORRES, 2007).

Considerando o exposto este estudo tem por objetivo estabelecer, através de reflexões no campo da ecologia humana, conexões possíveis entre o desenvolvimento do câncer do colo uterino, cultura e nível socioeconômico procurando contribuir para o delineamento de ações de caráter regional-pluralista e singular-humanista no diagnóstico e acompanhamento a esta patologia.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O câncer do colo uterino provoca, em média, 10 milhões de novos casos no mundo e 6 milhões de óbitos. No Brasil está entre as primeiras causas de óbito em todas as macrorregiões sendo caracterizado como um problema de saúde pública pela influência de dois indicadores: primeiro, a elevação gradativa da incidência e da mortalidade por câncer, proporcional ao crescimento demográfico e ao desenvolvimento socioeconômico; e segundo, pelo desafio que isto representa à elaboração de estratégias para garantir o acesso da população de forma integral e equitativa ao diagnóstico e tratamento da doença (SANTOS, MELO & SANTOS, 2012).

Existe atualmente forte evidência clínica e experimental de que o papiloma vírus humano (HPV) tem papel central na carcinogênese do colo uterino. O HPV surgiu como principal suspeito ao ser encontrado em cerca de 90% dos cânceres cervicais e por possuir oncogenes com potencial de transformação da célula hospedeira (RIVOIRE et al, 2006).

De acordo com a sequência de nucleotídeos que formam o DNA viral do papiloma vírus este patógeno pode ser classificado em HPV de alto risco, sendo os principais representantes relacionados ao câncer cervical os tipos 16 e 18 e HPV de baixo risco relacionado a formação de verrugas genitais benignas (SANTOS, AMÂNCIO & LEÃO, 2012).

A infecção pelos tipos virais de alto risco, que se dá via transmissão sexual, é condição necessária, porém não suficiente para o desenvolvimento do câncer de colo uterino. Outros co-fatores estão relacionados enquanto gatilhos ambientais para a carcinogênese como: uso prolongado de contraceptivos hormonais, tabagismo, carência alimentar, promiscuidade sexual, alta paridade, infecções simultâneas ao HPV e, mais recentemente, nível socioeconômico (RAMA et al, 2008; BOSCH et al, 2002; WALBOOMERS et al, 1999).

Descarta-se a possibilidade do contraceptivo facilitar a infecção por HPV (PINTO, TULIO, CRUZ, 2002; ALDRIGHI, ALDRIGHI, PETTA, 2002). Porém, em estudo multicêntrico realizado pelo IARC (International Agency for Research on Cancer), verificou-se que o uso prolongado dos contraceptivos orais, por mais de cinco anos, aumenta o risco relativo de desenvolvimento do câncer cervical. (SERRANO et al, 2004; CRUZ, DIEGO, PABLOS, 2004; UCHIMURA et al, 2005).

O tabagismo um dos fatores de risco mais conhecido, está associado tanto para a infecção genital de HPV como para o câncer cervical. Os agentes mutagênicos na fumaça do cigarro são encontrados seletivamente no muco cervical (nicotina e cotinina), sugerindo a hipótese de que a exposição das células epiteliais proliferativas da zona de transformação aos agentes mutagênicos presentes na fumaça do cigarro pode aumentar a probabilidade de lesão do DNA e subsequente transformação celular (BAKER, MARTÍNEZ-MAZA, BEREK, 2002).

O início precoce das relações sexuais está associado com o aumento do risco de apresentar câncer cervical, durante a puberdade a zona de transformação do epitélio cervical é mais proliferativa sendo susceptível a alterações que podem ser induzidas por agentes transmitidos se-

xualmente, entre eles o HPV (MEDEIROS et al, 2005). A multiplicidade de parceiros sexuais é outro fator que aumenta a probabilidade de exposição ao HPV e infecções simultâneas, tornando-o risco de alterações cervicais ainda maior.

O desenvolvimento das alterações celulares relacionadas ao câncer de colo uterino, na maioria das vezes, evolui de forma lenta dentro de um período de dez a vinte anos, ou seja, este é um tipo de câncer que oportuniza o rastreamento e tratamento da mulher. Porém, no Brasil, a dimensão territorial, as particularidades socioculturais e os fatores socioeconômicos continuam sendo grandes condicionantes que ainda não se adequaram às condições e características nacionais/regionais para consequentemente salvaguardar a qualidade de vida da população (SANTOS, MELO & SANTOS, 2012).

O patamar material mínimo para se abordar qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos estes que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. Em resumo, a noção de qualidade de vida transita em um campo semântico polissêmico: de um lado, está relacionada a modo, condições e estilos de vida, de outro, inclui as ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. E ainda relacionada ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. No que tange o assunto saúde essas noções devem unir-se numa resultante para que as sociedades estabeleçam parâmetros de conforto para si (MINAYO, 2000).

Nos últimos anos, tanto as pesquisas nacionais quanto as internacionais, vêm demonstrando um extraordinário avanço no estudo das relações entre a maneira como as sociedades se organizam e se desenvolvem e a situação de saúde nessas populações (ALMEIDA-FILHO, 2002). Esse avanço é singularmente marcante no estudo das iniquidades em saúde, ou seja, daquelas desigualdades entre grupos populacionais que, além de sistemáticas são também evitáveis, injustas e desnecessárias. Na contemporaneidade o pesquisador Adler (2006) relata que os estudos atuais sobre iniquidades em saúde devem dedicar-se a responder à pergunta: como a estratificação econômico-social consegue “entrar” no corpo humano?

Outro desafio importante se refere à distinção entre os determinantes de saúde dos indivíduos e dos grupos de populações, pois alguns fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde de um indivíduo não explica a diferença entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades distintas (BUSS, 2006).

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 assim, 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 isolada (SOUZA et al, 2011).

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 e que 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 (SANTOS, 2010; CAPRA, 1998).

Alicerçada nos conhecimentos fisiopatológicos clássicos, a medicina tradicional em muitas ações de assistência prestada à saúde ainda está ancorada no poder da ciência médica reducionista, 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 sofrimento (BARBOSA et al, 2004).

Na história da humanidade, em diferentes sociedades, a compreensão acerca do corpo feminino se resumiu 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-doença (MATÃO et al, 2011).

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 Santos (2010), o reconhecimento da diversidade epistemológica no mundo viria para sugerir que a diversidade é também cultural (antirreducionista).

No Brasil, têm se multiplicado, nos últimos anos, o número de pesquisas e estudos sobre saúde, ambiente, cultura e sociedade. Diversos centros interdisciplinares universitários estão dedicando-se à investigação de aspectos ambientais, culturais, sociais e político-econômicos atrelados à questão da saúde no país visto que as desigualdades em saúde refletem cada vez mais as diferenças socioeconômicas entre indivíduos e regiões mais e menos favorecidas. (LANGDON & WIIK, 2010; ALVES & RABELO, 1998).

Kawachi (1997) já demonstrava em seus estudos que os níveis de saúde entre grupos e países estão estritamente relacionados ao grau e equidade na distribuição de renda exemplificando que o Japão é um dos países com a maior expectativa de vida ao nascer, porém não porque os japoneses fumam menos ou fazem mais exercícios, mas porque o Japão é um dos países mais igualitários do mundo.

Dessa forma, estudar o câncer do colo uterino não é apenas tomar posse do conhecimento sobre o processo biológico da doença, mas também conhecer seus fatores de risco, seus determinantes sociais, ambientais, culturais, políticos, econômicos para que se explique o porquê dos diagnósticos em fase avançada e atingindo em grande número a população menos favorecida.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão de conteúdos entre os anos de 1998 a 2013 que tratem da relação entre câncer do colo uterino, cultura e status socioeconômico. Para pesquisa foram empregadas as palavras-chave câncer do colo uterino, ecologia e fatores socioeconômicos.

A busca foi realizada através da interface Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que inclui, entre outras, as bases LILACS e MEDLINE. Além disso também foi acessada a base SCIELO.

Foi realizada uma seleção preliminar dos artigos através de leitura do título e resumo para exclusão de temas não relacionados à busca, como estudos caso-controle, de coorte, de intervenção e em outros idiomas que não o português e inglês.

Foram incluídos somente os estudos ecológicos que tratavam das desigualdades socioeconômicas e aspectos culturais relacionados ao câncer nos quais fosse possível captar associações com o tema proposto neste trabalho. Artigos que tivessem alguma relação com o tema da busca encontrados nas referências dos artigos selecionados foram lidos e incluídos na revisão se preenchessem os critérios de inclusão.

Através de fichamento dos artigos selecionados extraíram-se as seguintes informações: diferenças entre estudos de países desenvolvidos e em desenvolvimento e associações entre cultura, nível socioeconômico e câncer.

Os resultados foram descritos através de tópicos para abordar os conteúdos presentes nos artigos selecionados e discuti-los separadamente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Depois de realizada a busca foram identificados 403 artigos que contemplavam as palavras-chave buscadas. A partir destes, através de exaustiva seleção, foram selecionados 25 artigos que se autodescreviam como estudos ecológicos.

Do total de estudos avaliados 08 se tratam de estudos internacionais enquanto 17 são estudos nacionais.

A fim de contribuir para as reflexões propostas os resultados e discussões serão apresentados em dois tópicos separadamente considerados de maior relevância, no intuito de conexão com a ecologia humana, sobre câncer do colo uterino.

Estudos entre países desenvolvidos e em desenvolvimento

O câncer do colo uterino apresenta-se como a segunda neoplasia maligna mais comum em mulheres no mundo. Nos estudos observados, a faixa etária para incidência gira em torno de 20-29 anos atingindo pico de incidência na faixa entre 45-49 anos, seguindo a tendência de vários outros estudos de mesma abordagem.

Segundo Medeiros et al (2005), é possível observar que em países em desenvolvimento a frequência desta neoplasia é entre a terceira e quarta década de vida, diferentemente dos países desenvolvidos que se dá a partir dos 50 anos.

Os países em desenvolvimento são os que apresentam maiores índices de casos novos, um número aproximado de 80%. De forma relevante, destaca-se ainda que, como nesses países os casos são diagnosticados em estágios mais avançados da doença, a sobrevida média estimada em cinco anos apresenta índices menores em relação aos países desenvolvidos, pois enquanto esta média varia de 59-60% em países desenvolvidos, nos países em desenvolvimento é estimada em 49% (INCA, 2005).

Comparando-se os estudos realizados em países desenvolvidos (n - 07) com os realizados em países em desenvolvimento (n - 18) verifica-se que a maior parte destes utilizaram dados providos de estatísticas referente à mortalidade por câncer em bases de dados nacionais (sendo a mais citada SISCAN), raramente se valeram do georreferenciamento dos casos e comumente utilizaram medidas de grande dimensão e população; já aqueles fizeram uso com frequência de georreferenciamento dos casos, medidas geográficas mais homogêneas e populações de menor tamanho e utilizaram medidas de registro de base populacional para avaliação da incidência de câncer.

Em trabalho realizado por Gamarra, Valente e Silva (2010), ao analisar a tendência de mortalidade por câncer do colo uterino na região Nordeste do país foi verificado que a má alimentação da base de dados SISCAN e o deficiente registro da mortalidade por câncer de colo uterino em regiões do interior do país, principalmente região Nordeste, está levando a subestimação de dados e comprometendo as interpretações de análises comparativas afetando a magnitude, distribuição e fatores associados a doença. Dessa forma alguns indicadores podem estar equivocadamente demonstrando melhores resultados.

No campo da pesquisa sobre desenvolvimento do câncer, um modelo tem sido dominante sobre a concepção da doença e sobre a pesquisa e interpretações a cerca dela. Este modelo, a Teoria da Mutação Somática (TMS) privilegia as abordagens científicas através da molecularização da vida e da biologia em trabalhos realizados *in vitro*. No entanto outra corrente, a Teoria dos Campos de Organização Tecidual (TOFT) tem vindo a refutar alguns princípios que regem a TMS. Nesta corrente convergem a biologia do desenvolvimento, a biologia evolutiva e a ecologia consagrada como motto dominante, e que deposita nos fatores ambientais os grandes catalizadores para o aparecimento do câncer (BARRADAS, 2013).

Em mais de 90% dos estudos avaliados, tanto nacionais como internacionais, esta correlação, entre câncer e fatores ambientais, encontra-se bem estabelecida, abandonando a linha clássica de trabalhos que privilegiavam o fator genético/molecular como causa única do câncer do colo uterino.

Foi observada ainda que nos estudos realizados em países em desenvolvimento um dos fatores de risco agravantes do câncer do colo uterino é o baixo nível de escolaridade das acometidas. Bezerra (2007) aborda em seu artigo que estudar é sinônimo de receber mais informação. Sendo assim pessoas informadas, com maior nível de escolaridade serão mais sensibilizadas à prevenção da doença.

O grau de escolaridade é elemento essencial a ser considerado na abordagem da população quanto às práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Desta forma o protagonismo individual de cada pessoa será alicerçado na informação e conscientização internalizada que historicamente passará geração a geração dentro das famílias e comunidades.

Fatores socioeconômicos, cultura e câncer do colo uterino

Em relação ao nível socioeconômico, analisando os trabalhos tanto nacionais quanto internacionais selecionados, foi possível observar associação entre a incidência e mortalidade por câncer do colo uterino e os aspectos do comportamento sexual ligados a maior chance de exposição ao HPV. Nesses casos, a promiscuidade e a idade precoce da primeira relação sexual associada a não realização do exame preventivo (colpocitologia ginecológica) pode levar ao aumento de chances de contaminação e desenvolvimento de infecção crônica que pode evoluir para o câncer (PARIKH, BRENNAN & BOFFETTA, 2003). Neste mesmo trabalho Parikh e seus colaboradores demonstraram associação negativa entre a incidência do câncer do colo uterino e medidas individuais de educação e renda, com gradiente dose-resposta.

Em estudos realizados por Cruz e Loureiro (2008), nas variadas regiões do mundo, o câncer do colo uterino apresenta características associadas ao baixo nível socioeconômico, a maior vulnerabilidade social, a maiores dificuldades no acesso à rede de serviços advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais.

Ainda nos dias atuais o número de mulheres, com vida sexual ativa, que nunca realizaram o exame preventivo é grande. Em trabalho realizado por Langdon e Wiik (2010) estes autores

refletem que o sistema de atenção à saúde não deve estar desacoplado dos aspectos gerais da cultura de um grupo. Como o homem é um ser biopsicossocial, assim afirma Cruz e Loureiro, 2008, diversas formas de compreendê-lo devem ser vislumbradas. Ao abordar questões que lidam com o feminino, a compreensão da história da sexualidade feminina podem auxiliar na obtenção de respostas às questões atuais que envolvem medos ainda verificados nas mulheres. Assim é importante considerar a dimensão cultural do corpo, tendo em vista que, a prática e o saber sobre o corpo não se encontram isentos de historicidade (HEILBORN, 2003).

Ao investigarem o significado da submissão ao exame colpocitológico para as mulheres, Paula e Madeira (2003) verificaram que as percepções que elas trazem em relação ao exame interferem incisivamente em seus comportamentos durante o exame. Assim, ansiedade, vergonha, medo ou tranquilidade também são além de vividos, externalizados.

Para Peloso e colaboradores o medo e a vergonha no momento da realização do exame preventivo podem estar associados à impessoalidade do procedimento, que expõe o corpo, algumas vezes sem respeitar a intimidade feminina (como ocorre em unidades de saúde públicas – salas desestruturadas, diversas pessoas tendo acesso a sala de procedimentos, ausência de comunicação humanizada entre paciente-médico-enfermeiro), a uma abordagem inadequada no que tange a sexualidade causando constrangimento e ansiedade, enfim, condições que são ainda, em variadas culturas, tabus para a mulher e para família.

É preciso compreender que essas mulheres não são como “quadros brancos” onde os profissionais de saúde podem imprimir suas conclusões, suas prescrições e suas concepções. As mulheres atendidas carregam consigo suas histórias, suas crenças, sua contextualização social. O repertório cultural implícito neste quadro, que não é branco, deve ser parte indissolúvel do acompanhamento terapêutico.

Cabe ressaltar que, em uma sociedade complexa, como a brasileira, há vários sistemas de atenção à saúde operando concomitantemente, sistemas esses que representam a diversidade dos grupos e culturas que a constitui. Aqui, embora o sistema médico estatal seja biomédico, que oferece serviços de saúde via Sistema Único de Saúde (SUS), a população, quando enferma, recorre a vários outros sistemas, como a medicina popular, outros realizam sistema médico-religiosos, outros ainda recorrem a outros sistemas durante o processo de doença e cura. Pensar o sistema de atenção a saúde como um sistema eco-sócio-cultural ajuda a compreender esses múltiplos comportamentos (LANGDON e WIIK, 2010).

A percepção daquilo 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 determinadas comunidades, sociedades e grupos, 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 específico (KREUTZ, GAIVA e AZEVEDO, 2006). Dessa forma o conhecimento popular, senso comum, pode possibilitar uma mudança de paradigma dentro das unidades de saúde.

Ao afirmar que “o objeto é a continuação do sujeito por outros meios”, Santos (2009) já propunha um resgate do senso comum – pragmático, baseado no lugar e fundamentado nas experiências sem deixar de lado o comprometimento com o conhecimento científico. Santos (2009) ainda expõe que o conhecimento do paradigma científico emergente (pós-moderno) tende a ser um conhecimento não dualista, um conhecimento que se funda na superação das distinções tão familiares e óbvias que até pouco considerávamos insubstituíveis e que não oportunizava revalorizar os estudos humanísticos

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Ecologia humana, portanto, ao atravessar diversos campos disciplinares é fundamental para fortalecer o conceito mais amplo de saúde. O reconhecimento de multicausas e da importância dos contextos socioambientais e culturais, em que os problemas da vida humana são conformados, é fundamental para, efetivamente, transformar as nocividades geradas pelo homem.

Não precisamos esquecer os conhecimentos anteriores, mas sim aprender novos e interconectá-los. Nos estudos selecionados foi possível inferir que é crescente o rumo interdisciplinar das pesquisas em saúde. Não há como isolar o homem do seu meio, da sua cultura, das suas crenças, das suas condições (de saneamento, socioeconômica, alimentar), a ciência precisa transitar neste campo de conhecimento chamado senso comum e dele subtrair artificios para ajudar a fertilizar novas formas de comunicação dentro dos centros de saúde, novas abordagens nos estudos epidemiológicos e novas formas de entender a ineficiência de projetos e ações voltados para a saúde, como é o caso do câncer de colo uterino ainda nos países em desenvolvimento.

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.

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 morte.

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 reducionistas

REFERÊNCIAS

ADLER, N. **Behavioral and social sciences research contributions in NIH Conference on Understanding and Reducing Disparities in Health**, October 23-24, 2006 NIH Campus, Bethesda, Maryland.

ALVES, P. C.; RABELO M. C. **Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Editora Fiocruz: 1998.

BARBOSA, M. A.; SIQUEIRA, K. M.; BRASIL, V. V.; BEZERRA, A. L. Q. **Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde**. R Enferm UERJ. 2004 Jan-Abr; 12(1): 38-43.

BAKER, V. V.; MARTÍNEZ-MAZA, O.; BEREK J. S. **Biologia e Genética Molecular**. In: BEREK, J. S.. Novak Tratado de Ginecologia. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 111-134.

BEZERRA, S. J. S et al. **Perfil de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para o câncer de colo uterino.** *Jornal Brasileiro de Doenças sexualmente transmissíveis.* vol. 17, ano 2, pp 143 a 148, 2005.

BRITO, C. M. S; NERY, I. S.; TORRES, L. C. **Sentimentos e expectativas das mulheres a cerca da citologia oncótica.** *Rev. bras. enferm.* 2007; 60(4): 387-390.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra.** 9. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2003.

BOSCH et al. **The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer.** *J Clin Pathol*, 2002. v. 4. n. 55, pp:244-65.

BUSS, P. M. **Globalização, pobreza e saúde.** Conferência Leavell apresentada ao VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e XI Congresso Mundial de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Agosto, 2006. Disponível em: www.fiocruz.br. Acesso em 12/10/15.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente.** Cultrix: São Paulo, 1998. 19^a ed.

CAVALINI, L. T.; LEON, A. C. M. P. **Morbidity and mortality in Brazilian municipalities: a multilevel study of the association between socioeconomic and healthcare indicators.** *International Journal of Epidemiology*, London, v.37, n.4, pp 775-783, 2008.

COHN, Amélia. **Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias.** Rio de Janeiro: Azougue editorial, 2009.

CRUZ, G. L.; DIEGO O. B.; PABLOS M. S. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados com el câncer de cuello uterino. **Rev. Cubana Obstet. Ginecol.**, Ciudad de La Habana, v.30, n.3, Sept./Dec., 2004.

FUKUDA, Y. et al. **Variations in societal characteristics of spatial disease clusters: examples of colon, lung and breast cancer in Japan.** *International Journal of Health Geographics*, London, v. 4, n. 16, June 2005.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **PSF: contradições e novos desafios.** In: _____. Os processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999. Disponível em: <[HTTP://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm](http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm)>.

HEILBORN, M. L. **Articulando gênero, sexo e sexualidade**: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M.; GOMES, M. H. A. (Org.). O clássico e o novo: tendências objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. pp 197-208.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2006**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2005.

KREUTZ, I.; GAIVA, M. A. M.; AZEVEDO, R. C. S. **Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural**. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, 2006; 15 (1), pp. 89-97.

LANGDON, E. J.; WILK, F. B. **Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde**. Rev Latino-Am Enfermagem. Maio-Jun: 2010; 18(3).

MACKILLOP, W. J. et al. **Associations between community income and cancer incidence in Canada and the United States**. Cancer, New York, v.89, n.4, pp 901-9012, 2000.

MEDEIROS, V. C. P. D. de et al.. Câncer de colo de útero: Análise epidemiológica e citopatológica no estado do Rio Grande do Norte. **RBAC.**, vol.37, n.4, p.227-231, 2005.

MINAYO, M. C. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2000. v. 1, n. 5. pp 7-18.

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

PARIKH, S.; BRENNAN, P.; BOFFETTA, P. **Meta-analysis of social inequality and the risk of cervical cancer**. International Journal of Cancer, New York, v.105., n.5., pp 687-691, 2003.

PAULA, A.; MADEIRA, A. M. F. O exame citopatológico sob a ótica da mulher que o vivencia. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.37, n.3, pp 88-96, 2003.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, I. H. **Conhecimento das mulheres sobre câncer cérvico-uterino**. Acta Scientiarum. Health Sciences, Maraingá, v.26, n.2, pp 319-324, 2004).

PINTO, ÁLVARO P.; TULIO, SIUMARA e CRUZ, OLÍVIA RUSSO. Co-fatores do HPV na oncogênese cervical. **Rev. Assoc. Med. Bras**. 2002, vol.48, n.1, pp. 73-78.

RAMA et al. Prevalência do HPV em mulheres rastreadas para o câncer cervical. **Rev Saúde Pública**. v. 1, n. 42, 2008, pp123-30.

RIVOIRE, et al. **Biologia molecular do câncer cervical**. Rev Bras Saúde Matern Infant, Recife, v. 4, n. 6, out-dez, 2006, pp. 447-451.

SANTOS, B. S. **Para além do pensamento abissal**: das linhas gerais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Org.). Epistemologias do Sul. Coimbra: Almedina, 2009. pp 23-71.

SANTOS, B. S. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política**. 3 ed. v.4, São Paulo: Editora Cortez., 2010.

SANTOS, R. de S.; MELO, E. C. P.; SANTOS, K. M. Análise espacial dos indicadores pactuados para o rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Out-Dez. v. 4, n. 21, 2012, pp 800-10.

SANTOS, D. O. B; AMÂNCIO, E. M.; LEÃO, M. V. P. Alterações sugestivas de infecção pelo HPV em exames colpocitológicos realizados na Serra da Mantiqueira, no Vale do Paraíba e no Litoral Norte Paulista. **Revista Biociências**, Taubaté, v. 18, 2012, pp 71-76.

SERRANO, R. O. et al. Factores de riesgo para câncer de cuello uterino. **Rev. Colomb. Obstet. Ginecol**. Bogotá. Apr./June. v.55, n.2, 2004.

SIDORCHUK, A. et al. Socioeconomic differences in lung cancer incidence: a systematic review and meta-analysis. **Cancer causes & control**, Dordrecht, v.20, n.4, pp 459-471, 2009.

SIQUEIRA, K. M; BARBOSA, M. A.; BOEMER, M. R. **O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns des-velamentos**. Rev Latino-am Enfermagem, 2007, Jul-Ago 15(4).

UCHIMURA, N. S. et al. Influência do uso de anticoncepcionais hormonais orais sobre o número de células de Langerhans em mulheres com captura híbrida negativa para papilomavírus humano. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. v.27, n.12, p.726-730, 2005.

VASCONCELO, Camila Teixeira Moreira; NICOLAU, Ana Izabel Oliveira. Fatores de risco para o câncer de colo do útero em mulheres reclusas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 2013 jul-ago; 66(4): 508-13.

WALBOOMERS et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. **Journal of Pathology**. 1999; 189(1): 12-19.