

**UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE – UNIVALE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
INTERDISCIPLINAR EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO**

Sheila Andrade de Assis

**PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV): territorialidades vivenciadas por mulheres
assistidas na Estratégia Saúde da Família (ESF)**

Governador Valadares/MG
Dezembro/2020

SHEILA ANDRADE DE ASSIS

PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV): territorialidades vivenciadas por mulheres assistidas na Estratégia Saúde da Família (ESF)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão Integrada do Território.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marileny Boechat Frauches Brandão

Governador Valadares/MG
Dezembro 2020

SHEILA ANDRADE DE ASSIS

PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV): territorialidades vivenciadas por mulheres assistidas na Estratégia Saúde da Família (ESF)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão Integrada do Território.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marileny Boechat Frauches Brandão

Banca Examinadora:

Prof.a. Dra. Marileny Boechat Frauches Brandão
Orientadora Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE

Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva
Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE

Prof.a. Dra. Maria Gabriela Parenti Bicalho
Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF/MG

Prof.a. Dra. Katy Andrade Monteiro Zacaron (Suplente)
Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF/MG

Lembre-se querida Mulher,

“Você é um espelho, que reflete a imagem do Senhor.

Não chore se o mundo ainda não notou,

já é o bastante Deus reconhecer o seu valor.

Você é precioso, mais raro que o ouro puro de ofir.

Se você desistiu, Deus não vai desistir,

Ele está aqui, pra te levantar, se o mundo te fizer cair.”

Anderson Freire.

AGRADECIMENTOS

Confesso que emocionada, teço estes agradecimentos!

Primeiramente à Deus, pois, à Ele, seja dada toda honra, toda glória e louvor, por aonde quer que eu for. Obrigada meu Pai, por ter me sustentado em todos os sentidos e por ter me carregado no colo, por tantas vezes.

Agradeço ao “meu amor”, meu marido Lindomar Antunes de Assis, por ter me apoiado em todos os momentos, obrigada por demonstrar tanto amor, carinho e compreensão. Obrigada pelas palavras de incentivo, de ânimo e pelos incontáveis cafezinhos. Você é uma benção e um presente de Deus. Eu te amo!

Agradeço ao meu amado filho Luka Andrade de Assis, por ter compreendido a minha ausência, em tantos momentos, foi por você meu filho, foi pelo seu futuro, que eu me esforcei tanto assim. Mamãe te ama muito!

À minha linda e amada mãe Lena Andrade Maia, que sempre esteve presente em oração, incentivo, apoio e amor incondicional. Te amo mãe, obrigada por tudo. Ao meu pai-drasto José Urias da Silva, que sempre permaneceu na retaguarda em grande torcida, obrigada, eu amo você.

Agradeço pela torcida, mesmo que de tão longe, da minha amada e querida irmã Keila Andrade Hodges e do meu brother in law Andy Hodges. I love you guys so much!

Agradeço à minha querida amiga Enfermeira e Mestre Fernanda Magalhães Duarte Rocha, pelas inúmeras contribuições, pela torcida, parceria e companhia na viagem ao congresso, precisamos repetir!

Agradeço às minhas amigas de trabalho Dayenne Carolina de Jesus, Letícia Cristina, Márcia Dias Fernandes e Raquel Barbosa da Costa. Obrigada pelas orações, pela torcida, por ouvir os meus desabafos e choro. Eu amo estar com vocês.

À minha querida amiga desde a graduação, Enfermeira Bety Jane Barcellos Soares, que sempre me incentivou, parabenizou, torceu e orou por mim. Obrigada amiga, você mora em meu coração.

Agradeço às minhas queridas amigas Fernanda Neves e Rosimeire Pessoa, que compreenderam a minha ausência por tanto tempo. Que mesmo de longe sempre torceram e

oraram por mim. Senti muito a falta de vocês, agora podemos comemorar, nos encontrando. Amo vocês meninas!

À querida instituição UNIVALE por ter me oferecido imensurável crescimento pessoal e profissional. Em especial, agradeço à todos os profissionais do GIT e aos amigos que fizemos na nossa turma, foi inesquecível conviver neste território material e imaterial, com vocês nestes anos. Jamais esquecerei, desse cheiro amadeirado, do barulhinho das águas ao fundo (do nosso querido Rio Doce) e da beleza do desabrochar da linda mandacaru.

Agradeço à minha orientadora Profa. Dra. Marileny Boechat Frauches Brandão, por ter dedicado horas e horas com as minhas leituras e por contribuir significativamente para o meu crescimento profissional, suas orientações foram mais do que preciosas. Muito obrigada!

Agradeço aos Professores que aceitaram participar desta banca examinadora, Profa. Dra. Maria Gabriela Parenti Bicalho, Profa. Dra. Katy Andrade Monteiro Zacaron e Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva, desde já agradeço à disponibilidade e as relevantes contribuições.

Agradeço à todos profissionais da SMS, que se envolveram no processo de autorização e execução desta pesquisa.

E com muito respeito, agradeço à todas as mulheres entrevistadas neste processo de construção científica, sem vocês Mulheres, este momento, não teria sido possível. Obrigada por dividir suas vivências, memórias, sentimentos, angústias e também pelo exemplo, de como transformar as adversidades em esperança, optando por seguir em novidade de vida. Vocês merecem aplausos!

RESUMO

O Papilomavírus Humano (HPV) é uma infecção sexualmente transmissível (IST). É considerado um problema de saúde pública que acomete mulheres em idade reprodutiva e em situação de vulnerabilidade social, econômica e cultural, com histórico de comportamento sexual de risco. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a influência do diagnóstico do Papilomavírus Humano (HPV) nas vivências e relações interpessoais de mulheres infectadas, assistidas na Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de um estudo descritivo, observacional, de corte transversal, com abordagem qualitativa. A amostra é constituída por 15 mulheres com idade entre 25 a 64 anos, assistidas nas ESF da zona urbana do município de Governador Valadares/MG, diagnosticadas com HPV, em 2019, e que concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista guiada por um roteiro semiestruturado, contendo: dados sociodemográficos e econômicos; vivências das mulheres pesquisadas em relação ao diagnóstico do HPV; conhecimento e as práticas comportamentais de prevenção da saúde e a influência do diagnóstico do HPV nas relações interpessoais (vida sexual, profissional, social, familiar e pessoal). Os dados coletados relativos às características sociodemográficas e econômicas foram organizados e apresentados mediante análise descritiva. As demais temáticas estudadas foram analisadas por meio da técnica de “Análise de Conteúdo”, proposta por Bardin (2011). As mulheres pesquisadas apresentam um perfil de vulnerabilidade sociodemográfica e econômica. São assistidas pelas ESF, pertencem à faixa etária entre 25 a 29 anos, não possuem cônjuge nem parceiro sexual fixo, não são bem-remuneradas e possuem mais de 1 filho. A maioria das entrevistadas vivenciou o momento da descoberta do HPV de forma humanizada, por meio do acesso e apoio dos profissionais envolvidos no cuidado. Sentiram-se aliviadas, ao compartilhar o diagnóstico com o parceiro e amigas; contudo, receberam palavras de apoio e de crítica. O conhecimento adquirido e as práticas comportamentais de prevenção da saúde não foram suficientes para garantir a proteção das entrevistadas contra o HPV. As mulheres afirmaram que, após o diagnóstico e tratamento, passaram a se preocupar mais com seu corpo, com os métodos de prevenção de doenças e que mantêm práticas de autocuidado. Concluiu-se que o diagnóstico de HPV interferiu nas relações interpessoais da maioria das entrevistadas, para além das delimitações físicas, produzindo marcas que se fixaram nos campos subjetivos, que vão além da pele. Contudo, pôde-se perceber sentimentos positivos em algumas das mulheres pesquisadas, diante da perspectiva de futuro, das reordenações de prioridades e novas possibilidades e expectativas. Defende-se a necessidade de encorajamento, autonomia e empoderamento dessas mulheres, por meio do conhecimento, responsabilização e construção de práticas de autocuidado. Essa mulher, por ser considerada vulnerável, necessita de acompanhamento de forma holística, na ESF, por todos os profissionais envolvidos no cuidado. Certamente são necessárias discussões entre os gestores, coordenadores e prestadores dos serviços, objetivando a melhoria do acesso, acolhimento e tratamento, como também a geração e manutenção de vínculo entre o binômio cuidador e ser que necessita de cuidado.

Palavras-chave: Papilomavírus Humano. Mulher. Territorialidade. Relações interpessoais.

ABSTRACT

Human Papillomavirus (HPV) is a sexually transmitted infection (STD). It is considered a public health problem, affecting women of reproductive age, in a situation of social, economic and cultural vulnerability, with a history of risky sexual behavior. This research aimed to analyze the influence of the diagnosis of Human Papillomavirus (HPV) on the experiences and interpersonal relationships of infected women assisted in the Family Health Strategy (FHS). This is a descriptive, observational, cross-sectional study with a qualitative approach. The sample consisted of 15 women aged between 25 and 64 years assisted at the ESF in the urban area of the city of Governador Valadares / MG, diagnosed with HPV in 2019, and who agreed to participate in the research by signing the Free and Informed Consent Form. Data collection was carried out through an interview guided by a semi-structured script, containing: socio-demographic and economic data; experiences of women surveyed in relation to HPV diagnosis; knowledge and behavioral practices of health prevention and the influence of HPV diagnosis on interpersonal relationships (sexual, professional, social, family and personal life). The data collected related to sociodemographic and economic characteristics were organized and presented through descriptive analysis, the other themes studied were analyzed using the technique of "Content Analysis", proposed by Bardin (2011). The women surveyed had a profile of socio-demographic and economic vulnerability: they are assisted by the ESF, most of them, aged between 25 and 29 years, do not have a spouse, do not have a fixed sexual partnership, are not well paid, and have more than one child. Most of the interviewees experienced the moment of HPV discovery, in the FHS in a humanized way, through the access and support of the professionals involved in the care. They felt relieved, when sharing the diagnosis with partner and friends, however, they received words of support, but also of criticism. The knowledge acquired and the behavioral practices of health prevention were not sufficient to guarantee the protection of the interviewees against HPV. Women stated that after diagnosis and treatment, they began to be more concerned with their bodies, with disease prevention methods and that they maintain self-care practices. It was identified that the diagnosis of HPV interfered in the interpersonal relationships of most of the interviewees, beyond the physical boundaries, producing marks that were fixed, in the subjective fields, that go beyond the skin. However, it was possible to perceive positive feelings among some of the women surveyed, given the perspective of the future, the rearrangements of priorities and new possibilities and expectations. It defends the need for encouragement, autonomy and empowerment of these women through knowledge, accountability, building self-care practices. This woman, being considered vulnerable, needs to be monitored holistically in the FHS by all professionals involved in care. Certainly discussions between managers, coordinators and service providers will be necessary, aiming at improving access, reception and treatment, as well as generating and maintaining a link between the binomial caregiver and being in need of care.

Keywords: Human papillomavirus. Woman. Family Health Strategy. Territoriality. Interpersonal Relations.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
ACE – Agente Comunitário de endemia
ASC – Células Escamosas Atípicas
ASCUS – Células Escamosas Atípicas de Significado Incerto
APS – Atenção Primária à Saúde
CCU – Câncer do Colo do Útero
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
DAS – Departamento de Atenção à Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
FIP – Faculdades Integradas de Patos
GIT – Gestão Integrada do Território
HIV – Vírus da imunodeficiência Humana
HPV – Papilomavírus Humano
HSIL – High Grade Intraepitheliallesions
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST – Infecção Sexualmente Transmissível
LSIS – Low Grade Intraepithelial Lesions
MG – Minas Gerais
MS – Ministério da Saúde
NIES – Núcleo de Integração Ensino Serviço
NIC – Neoplasia Intraepitelial Cervical
PB – Paraíba
PPG – Programa de Pós-graduação
PSF – Programa de Saúde da Família
PNAB- Política Nacional da Atenção Básica
SAIS – Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade
SIL – Lesões Intraepiteliais
SISCAN – Sistema de Informação de Câncer
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

US- Unidade de Saúde

UGI – União geográfica Internacional

UNIVALE – Universidade Vale do Rio Doce

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
2.1 CONTEXTUALIZANDO O PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV).....	15
2.2 SAÚDE E TERRITÓRIO.....	18
2.3 O PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) NO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	25
2.4 CONHECIMENTO E PRÁTICAS COMPORTAMENTAIS DE MULHERES EM RELAÇÃO AO DIAGNÓSTICO DE PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV).....	30
2.5 O PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) E AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS.....	36
3 CAMINHO METODOLÓGICO	39
3.1 ASPECTOS ÉTICOS	39
3.2 TIPO DE ESTUDO	39
3.3 ABORDAGEM DE ESTUDO	40
3.4 UNIVERSO E LOCAL DO ESTUDO.....	41
3.5 AMOSTRA.....	43
3.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO	45
3.7 ESTUDO PILOTO	45
3.8 ETAPAS DA COLETA DE DADOS	46
3.9 ANÁLISE DE DADOS	48
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
4.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS DAS PESQUISADAS.....	49
4.2 DIAGNÓSTICO DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) E TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	58
4.3 CONHECIMENTO SOBRE O PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)	76
4.4 PRÁTICAS COMPORTAMENTAIS	88
4.5 RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS	94
5 CONSIDERAÇÕES GERAIS	110

6 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO.....	112
REFERÊNCIAS	113
APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE.....	127
APÊNDICE 2- Autorização do Núcleo Integração Ensino-Serviço (NIES).....	130
APÊNDICE 3- Roteiro Semi Estruturado para Entrevista.....	134
ANEXO 1- Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	138
ANEXO 2- Termo de Anuência / Núcleo Integração Ensino-Serviço (NIES).....	142

1 INTRODUÇÃO

O Papilomavírus Humano (HPV) é um tipo de vírus com alto potencial de transmissibilidade; infecta a pele e as mucosas podendo causar verrugas ou lesões precursoras de câncer do colo do útero (CCU). É caracterizado como uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) e considerado como um dos fatores de risco para o desenvolvimento do CCU entre as mulheres, no cenário mundial (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

O HPV é um vírus transmitido mais comumente por via sexual, mas há evidências de transmissão vertical, entre fômites e contato com a pele contaminada. Apesar da alta transmissibilidade, a regressão da infecção pode ocorrer de forma espontânea. O HPV acomete homens e mulheres sexualmente ativos, mas a maior incidência ocorre em mulheres (BRASIL, 2014).

O tema HPV vem sendo abordado no campo de pesquisas científicas, segundo Leto *et al.* (2011), desde 1933. É um tema de extrema relevância por se tratar de um problema de saúde pública que pode evoluir para o CCU e levar a óbito muitas mulheres, se não forem tratadas precocemente e adequadamente.

Os fatores de risco sociodemográficos, culturais e os hábitos comportamentais estão relacionados a uma maior incidência da infecção. Por isso, identificar e reconhecer as mulheres com diagnóstico de HPV, dentro do seu território de pertencimento, contribui para uma análise mais bem-sucedida e posterior efetivação da assistência de cuidado integralizada, respeitando os princípios da equidade (GONDIM e MONKEN, 2018).

Acredita-se que, nenhuma sociedade pode ser construída sem este elemento: o território. Mas o que é território? Esse termo surgiu nas Ciências geográficas. Haesbaert (2004b) defende um território para além dos termos interligados a fronteiras, barreiras, distanciamento, que se encontra arraigado nas relações de poder, dentro de um espaço que é produzido a partir da interação dos seus atores.

Observa-se, na literatura, que muito se tem estudado sobre o HPV, considerando sua epidemiologia, acometimentos e tratamentos, mas há uma lacuna em relação à vivência das mulheres com diagnóstico de HPV e o quanto essa patologia influencia seus comportamentos e suas relações interpessoais.

Em função disso, esta pesquisa teve como objetivo geral analisar a influência do diagnóstico do Papilomavírus Humano (HPV) nas vivências e relações interpessoais de mulheres infectadas, assistidas na Estratégia Saúde da Família (ESF). Como objetivos específicos: caracterizar o perfil sociodemográfico e econômico das mulheres pesquisadas;

identificar as vivências das mulheres pesquisadas em relação ao diagnóstico do Papilomavírus Humano (HPV); identificar o conhecimento e as práticas comportamentais de prevenção em saúde das mulheres pesquisadas e identificar a influência do diagnóstico do Papilomavírus Humano (HPV) na vida sexual, profissional, social, familiar e pessoal das mulheres pesquisadas.

Espera-se que este estudo possa associar as pesquisas relacionadas ao HPV à interdisciplinaridade, agregando as Ciências da Saúde e a Geografia, oportunizando um diálogo amplo em prol da melhoria da qualidade de vida da mulher com diagnóstico de HPV. Compreender seu comportamento e suas territorialidades contribuirá para o entendimento de questões subjetivas presentes no cotidiano das mulheres acometidas.

Após o reconhecimento das vivências das mulheres diagnosticadas pelo HPV, que podem se encontrar fragilizadas, defende-se oferecer as mesmas práticas de autocuidado, oportunizadas de forma clara e resolutiva, objetivando a inserção dessa mulher em seu processo de cuidado e recuperação da saúde e uma possível ressocialização em seu meio sociocultural, promovendo seu empoderamento para enfrentamento do diagnóstico de HPV.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 CONTEXTUALIZANDO O PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)

Segundo Leto *et al.* (2011), o Papilomavírus Humano (HPV) é um vírus DNA de estrutura icosaédrica (possui 20 faces), de 55 nanômetros de diâmetro, composto por 8.000 pares de base, genoma circular, com dupla hélice de DNA, recoberto por capsídeo.

O HPV é identificado como uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) podendo causar lesões benignas. Contudo, há evidências de que também está relacionado ao desenvolvimento do CCU (ADIMORA *et al.*, 1994) em mulheres na faixa etária entre 20 a 29 anos. O risco aumenta à medida que se atinge a faixa etária entre 45 a 49 anos (BRASIL, 2017).

Esse vírus é capaz de infectar a pele e mucosas provocando, além do CCU, o câncer anal, vulvar, de boca, orofaringe entre outros e é responsável por aproximadamente 99,0% dos CCU, pelo surgimento de novos casos e consequentes óbitos entre as mulheres (OPAS, 2019).

O vírus pode ser classificado em tipos de baixo e de alto risco de desenvolver o câncer. Possui 12 tipos identificados como de alto risco (HPV tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 e 59) que têm probabilidade maior de persistir e de estar associados a lesões pré-cancerígenas. Destaca-se entre esses, os tipos 16 e 18 (70,0%) predominantemente infectados por via sexual, que evoluem para o CCU (BRASIL, 2017).

O HPV é considerado uma patologia de evolução lenta e silenciosa, com transformações intraepiteliais progressivas, em que a detecção de possíveis lesões precursoras acontece por meio da realização periódica do exame preventivo do colo do útero (INCA, 2011). Essa patologia pode progredir por anos antes de atingir o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil, sendo que, nessa fase, os principais sintomas são sangramento vaginal, corrimento e dor (INCA, 2016).

Leto *et al.* (2011) descreveram que o vírus começou a ser percebido no século XX, como agente etiológico causador do HPV, através da detecção de partículas virais em verrugas presentes nos coelhos. No ano de 1935, as pesquisas demonstraram o potencial de malignidade, diante da transformação celular das lesões entre animais.

Em 1950, o HPV teve reconhecido o potencial de malignidade das verrugas em seres humanos (STRAUSS; BUNTING; MELNICK, 1950). Em seguida, Crawford e Crawford (1963) descobriram as estruturas do genoma viral. Zur Hausen (1977) foi o primeiro a associar hipoteticamente a presença do vírus ao CCU, em meados dos anos de 1970. A partir de então, as pesquisas não pararam. Villiers *et al.* (1983) publicaram a primeira pesquisa epidemiológica

sobre a relação do HPV com o CCU e, em 1987, esses autores detectaram os sorotipos 16 e 18, estabelecendo a real relação do HPV com o CCU.

Como é possível observar, esse vírus, causador do HPV e com mais de 80 anos de existência, ainda não deixou de ser considerado de potencial oncogênico, na atualidade. Pelo contrário, após inúmeras pesquisas sobre o tema, mais de 150 tipos virais foram identificados e estão associados ao HPV, desses, 40 tipos atingem o trato genital. Dentre os 40 tipos citados, 12 deles (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 e 59) são de alto poder oncogênico (INCA, 2018). Dados do Ministério da Saúde registram que, em decorrência dos 12 tipos virais oncogênicos existentes, cerca de 270 mil mulheres a cada ano, no mundo, vão a óbito, caso não sejam diagnosticadas e tratadas precocemente, em decorrência da evolução do HPV para o CCU (BRASIL, 2017).

A forma de transmissão do HPV é predominantemente por via sexual, através da pele ou mucosa contaminada, por meio do contato oral, manual, genital, anal. O contágio vertical e por fômites contaminados também é relatado (QUEIROZ; CANO; ZAIA, 2007). Vale destacar, que a mulher em vida sexual ativa, com um ou mais parceiros está susceptível à infecção pelo HPV, a transmissão pode ocorrer mesmo em casos de relação sexual sem penetração, sobretudo pelo contato pele a pele (FIGUEIREDO *et al.*, 2013).

Nascimento *et al.* (2013, p. 19) defendem que:

Aproximadamente 40% das mulheres sexualmente ativas são infectadas pelo HPV que é transmitido predominantemente pelo contato genital com a pessoa infectada, incluindo sexo oral, por via sanguínea, de mãe para filho no momento do parto (materno-fetal) ou por meio de instrumentos ginecológicos não estéreis [...].

Assim, Souza *et al.* (2015) investigando 40 prontuários de mulheres, em uma Unidade de Saúde em São Luís/MA, com alteração no resultado do exame preventivo do colo do útero para o HPV, ressaltam que uma forma de prevenção efetiva contra o HPV é o uso de preservativos masculino e feminino em todas as relações sexuais. Mas salienta-se que, a camisinha masculina não é suficiente para a prevenção do HPV, uma vez que a transmissão pode ocorrer pelo contágio com as lesões existentes na região anogenital (vulva, períneo, ânus, saco escrotal). A camisinha feminina confere maior proteção, se utilizada desde o primeiro contato sexual, pois recobre toda a parte da vulva e da região escrotal (BRASIL, 2017).

O diagnóstico do Papilomavírus Humano pode ser clínico, o que é realizado por meio da observação de verrugas nas regiões genital, anal e/ou perianal em proporção única ou múltipla, formato pontiagudo, denominado condiloma acuminado ou crista de galo. As

verrugas podem variar de tamanho e forma, podendo se apresentar na superfície da pele com coloração fosca, aveludada, tendo a característica de couve-flor. Após a observação da verruga na região genital, realiza-se a coleta do exame preventivo do colo do útero por um profissional enfermeiro ou médico da ESF (BRASIL, 2015).

Destaca-se, também, a forma subclínica do diagnóstico de HPV, em que não há a presença das lesões. Por meio do resultado do exame preventivo do colo do útero é possível detectar as alterações celulares intraepiteliais com potencial cancerígeno ou não cancerígeno (BRASIL, 2017).

Na forma subclínica do HPV, os sinais e sintomas não são percebidos, em decorrência do longo período de incubação que pode chegar a 20 anos. Importante mencionar que há uma real possibilidade de que a infecção do presente momento não tenha sido transmitida pelo atual parceiro, salvo engano, se a mulher afirmar ter tido apenas este parceiro fixo em sua história sexual (INCA, 2016). Contudo, a presença de verruga na região genital e/ou perianal é característica marcante do HPV, podendo se apresentar de forma pruriginosa, friável, com ou sem sangramento (BRASIL, 2015).

A forma subclínica do diagnóstico de HPV será confirmada pelo laudo citopatológico do exame preventivo do colo do útero, por meio da classificação das possíveis alterações celulares, causadoras de lesões pré-cancerígenas, identificadas como ASC (células escamosas atípicas) e SIL (lesões intraepiteliais). Em caso de resultado contendo ASCUS (células escamosas atípicas de significado incerto), classificadas como sendo de baixa probabilidade de ser pré-cancerígenas, a paciente deve realizar uma nova coleta, em seis meses, para reavaliação. Para os casos de resultado com ASCH (células escamosas atípicas, não podendo descartar lesão de alto grau), sendo consideradas mais suscetíveis ao desenvolvimento de lesões pré-cancerígenas, faz-se necessário o encaminhamento ao Centro de Referência para o tratamento e providências (BRASIL, 2017).

Para os resultados de exame preventivo do colo do útero contendo lesões intraepiteliais (SIL) e ASCH, faz-se necessária a realização de colposcopia e biópsia, para a classificação diagnóstica do pré-câncer. São classificados como: neoplasia intraepitelial cervical (NIC) 1, 2 e 3: NIC 1 (low grade intraepitheliallesions-LSIS) baixo grau oncogênico; NIC 2 (high grade intraepitheliallesions- HSIL) alto grau oncogênico e NIC 3 (high grade intraepitheliallesions- HSIL) alto grau oncogênico. Nesses casos, as células epiteliais normais podem sofrer alteração do vírus do HPV, possibilitando a origem do CCU (INCA, 2018).

Nos casos de resultados de diagnóstico de HPV NIC 2 e 3 alto grau oncogênico (não se pode afastar lesão de alto grau; provavelmente não neoplásicas; carcinoma epidermóide

invasor; adenocarcinoma in situ ou invasor), faz-se necessário o encaminhamento obrigatório para o tratamento das mulheres no Centro de Referência do município (BRASIL, 2019).

As formas de tratamento para o HPV podem ser, química ou cirúrgica, com o objetivo de eliminar as verrugas existentes. O tratamento será determinado de acordo com o resultado do exame citopatológico do colo do útero. Em caso de primeiro resultado alterado para células provavelmente não neoplásicas, a orientação é repetir novo exame em seis meses e no caso de repetição do resultado, encaminha-se a mulher para o Centro de Referência Técnica do município, onde a mesma será acompanhada e tratada, segundo a escolha do profissional especializado, com método químico (Ácido Tricloroacético 80,0 ou 90,0 % ou Podofilina 10,0 ou 25,0%) ou cirúrgico (exérese, eletrocauterização ou crioterapia). Se o resultado estiver normal, não será preciso nenhum tipo de tratamento ou encaminhamento (BRASIL, 2019).

Vale considerar que grande parcela da população sexualmente ativa, principalmente os jovens entre 18 a 25 anos, já tiveram contato com o vírus HPV ou terão nos próximos anos de suas vidas. O vírus é suscetível a todo ser humano que tem ou já teve relação sexual em uma ou mais vezes. A grande maioria da população feminina compreendida entre 20 e 25 anos é imunocompetente e, por isso, responderá de forma positiva, combatendo a infecção pelo vírus sem a necessidade de realizar tratamento farmacológico ou radiológico. Porém, uma parcela da população imunodeficiente precisará de acompanhamento farmacoterapêutico (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

É importante enfatizar que, durante o tratamento, a paciente deve ser amparada de forma humanizada, pois além de estar enfrentando possíveis conflitos pessoais e necessitar de amparo psicológico, ela precisa saber que o tratamento químico ou cirúrgico pode ser doloroso. Portanto, as orientações quanto aos sintomas e possíveis reações adversas causadas nesse processo precisam ser informadas, para evitar a evasão do tratamento, pois apesar das possíveis adversidades, este é considerado indispensável e propício para um prognóstico positivo (BRASIL, 2017).

2.2 SAÚDE E TERRITÓRIO

O termo território é conhecido na Saúde pelos gestores e profissionais atuantes na área, “desde o início do século XX” (LAVRAS, 2011, p. 867). Esse termo vem servindo de base para práticas político-administrativas, com o objetivo de organizar e gerenciar as ações que visam prevenir, promover e recuperar as condições de saúde da população, localizada em um delimitado espaço geográfico (GONDIM, *et al.*, 2008).

Dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF), o conceito de território também é amplamente utilizado nas questões administrativas e de processos de trabalho, referindo-se ao espaço geográfico representado por delimitação territorial, mapeamento, divisão da área de abrangência, reconhecimento do território físico e representação quantitativa da população cadastrada (MONKEN e GONDIM, 2016).

É comum encontrar nas dependências da ESF um mapa representando o território material da sua área de cobertura, destacando neste os elementos fixos que podem ser as ruas, casas, número de famílias, pontos de comércio e lazer, igrejas, praças, escolas, entre outros (SANTOS, 2006) existentes em cada micro área. Contudo, esse mapa visual revela apenas um território material, não sendo capaz de descrever os aspectos subjetivos inerentes às mulheres inseridas nessa área geograficamente delimitada (TEIXEIRA, 1994). Os fluxos (profissionais inseridos na ESF) necessitam olhar para além desse mapa, além das barreiras físicas, com o intuito de identificar, reconhecer e respeitar as territorialidades das mulheres com diagnóstico de HPV, incluídas nesse território. Acredita-se que tal identificação e reconhecimento seriam possíveis com o apoio de outras áreas do conhecimento como a Geografia Cultural, por exemplo.

A Geografia Cultural fundamenta-se nos estudos do geógrafo Paul Claval (2001) que analisa o sujeito e sua cultura, por meio do processo de crescimento e desenvolvimento dentro do território simbólico vivido, construído. Segundo o geógrafo, “as relações que os homens tecem com seu ambiente e os problemas que nascem de sua mobilidade dependem das técnicas que dominam” (CLAVAL, 2014, p. 29).

O conceito de território por muitas décadas estava ligado apenas à Geografia. Entretanto, a partir dos anos 1970, pelo fato de se relacionar a uma categoria interdisciplinar, conforme afirmam Monken e Barcellos (2005), atraiu autores como Laurell (1983), Breilh (1991), Melo-Filho (1996) entre outros, que começaram a utilizar o termo em suas pesquisas, empregando uma compreensão mais ampliada do conceito território, uma vez que abordaram suas distintas dimensões.

Monken e Barcellos (2005) afirmam que o estudo de Lacaz, Baruzzi e Siqueira Júnior (1972) observou, de forma fragmentada, a relação de algumas doenças com a veiculação hídrica, o clima, o relevo, a forma de habitação das comunidades e contribuiu para estreitar as relações entre a Geografia, a Saúde e a Epidemiologia.

Gradativamente, a integração, valorização e utilização do campo da Geografia como busca de resposta para os determinantes de saúde foi se consolidando. Dentre alguns fatos que contribuíram para essa consolidação no Brasil encontra-se o aumento do número de casos de

doenças como a malária, a cólera, a dengue, na década de 1980, que possuíam características epidemiológicas de zona rural e expandiram para a zona urbana (BARCELLOS, 2003).

Segundo Barcellos (2003), doenças como a AIDS e a Tuberculose que estão relacionadas, na maioria das vezes, ao estilo de vida sociocultural dos indivíduos, os acidentes com envolvimento no trânsito, tentativa e consumação de homicídios e suicídios, associados às questões de violência social, instigaram a reflexão e discussão dos aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais com a Saúde.

Finalmente, a partir do Congresso da União Geográfica Internacional (UGI), realizado em 1982, que discutiu o tema Geografia e Saúde, geógrafos intensificaram os estudos relacionando as questões socioeconômico cultural e ambiental às melhores condições de bem-estar integral e de saúde da população observada (PEREHOUSKEI e BENADUCE, 2007). Desde então, nota-se a interação interdisciplinar das pesquisas científicas, objetivando compreender o processo saúde-doença como uma manifestação social, dentro do território material e imaterial em que o indivíduo se encontra inserido (OLIVEIRA e MOREIRA, 2017).

O território, segundo Fuini (2017, p. 21), “não apenas se define, mas se compreende”; território é formado mediante constantes movimentações dos atores envolvidos na construção desse processo, sendo considerado indissociável das relações que estabelecem poder entre os sujeitos em uma determinada sociedade. O território, na Saúde, constitui-se além das demarcações geográficas, de acordo com Monken e Barcellos (2005).

Muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território do distrito sanitário ou do município, onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde (MONKEN e BARCELLOS, 2005, p. 898).

Para se definir o território da Saúde em uma comunidade, faz-se necessário, em primeira instância, o reconhecimento da área pesquisada por meio da identificação dos sujeitos existentes dentro daquele espaço, dos hábitos de vida mais comuns, condições de moradia, questões culturais e crenças. A partir de então, mediante os fatos históricos subjetivos reconhecidos, pode-se identificar os fatores determinantes que contribuem para a saúde e o adoecimento daquela população (MONKEN, 2003).

“A análise social no território deve ser construída de forma a contribuir na identificação de informações, para a operacionalização das tomadas de decisão e para a definição de estratégias de ação frente ao processo saúde-doença” (GONDIM, 2008, p. 17).

Um território não pode ser considerado igual ao outro, mesmo encontrando-se geograficamente próximos, pois são as características singulares dos sujeitos inseridos neles, os elementos fixos que os caracterizam e os definem como quem são (Barcellos *et al.*, 2002). Um questionamento feito pelo geógrafo Claval (2001) permite uma reflexão por parte dos profissionais da saúde, acerca das práticas de cuidado existentes na contemporaneidade, voltadas para os indivíduos que necessitam de algum tipo de atendimento fisiopsicopatológico.

Por que os indivíduos e os grupos não vivem os lugares do mesmo modo, não os percebem da mesma maneira, não recortam o real segundo as mesmas perspectivas e em função dos mesmos critérios, não descobrem neles as mesmas vantagens e os mesmos riscos, não associam a eles os mesmos sonhos e as mesmas aspirações, não investem neles os mesmos sentimentos e a mesma afetividade? (CLAVAL, 2001, p. 40).

Um dos princípios doutrinários do SUS é a equidade, que objetiva “ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade” (BRASIL, 2017, p. 8). Esse princípio responde ao questionamento de Claval (2001) de que mesmo vivendo no mesmo local, apresentando características sociodemográficas similares e/ou a mesma patologia clínica, cada indivíduo deve ter suas territorialidades identificadas, respeitadas e ser contemplado com um plano de cuidado integralizado, individualizado, centrado em suas subjetividades e diferenças.

As práticas de saúde desenvolvidas para uma comunidade necessitam ser construídas em conjunto com ela, respeitando os saberes e as regionalidades daquele território. Percebe-se que, em uma comunidade, as práticas comportamentais de grupos maiores, em determinadas situações, contribuem para influenciar outros grupos de moradores daquele mesmo espaço. Assim, é possível supor que, caso a prática comportamental seja direcionada para a manutenção da qualidade de vida, de uma forma geral, a comunidade pode usufruir de benefícios e mudanças de hábitos comportamentais duradouros (FUINI, 2017).

Ao se buscar aperfeiçoar a ação institucional do setor saúde é preciso reconhecer nos territórios mais do que a sua delimitação “ótima” do ponto de vista funcional, mas percebê-lo como uma instância de poder, do qual participam as populações a eles adscritas. Só assim, este poder será legítimo. Para isso é preciso conhecer o território, sua população e os processos que aí se desenvolvem (GONDIM, et, al. 2008, p. 17).

Para Monken e Gondim (2016, p. 109), o território “é o espaço de vida do ser humano, desde o final da Idade Média (500-1500 d.C.) usado para fins de organização de ações e cuidados de saúde”. Foram criados na Idade Média os “primeiros hospitais com a finalidade de abrigar e isolar os pobres doentes” (MONKEN e GODIN, 2016, p. 109); foram realizadas descobertas e fabricações de vacinas para controle e prevenção de agravos de algumas doenças e descobertos os primeiros métodos de controle sanitários.

Segundo Monken (2009), o território na Saúde continua a ser explorado juntamente com as demais áreas interdisciplinares, contribuindo para reflexões, discussões nos campos das políticas públicas, sociais, sanitárias voltadas para a manutenção da vida da população nos “âmbitos federal, estadual e municipal” (PEREIRA e BARCELLOS, 2006, p. 47).

Investimentos em pesquisas científicas na área da Saúde vêm sendo realizados e novas descobertas no campo das ciências (vacinas, medicações, tratamentos) são observadas. A formação permanente da população dentro dos territórios de vulnerabilidade social é desenvolvida mediante as relações de poder conquistadas e estabelecidas entre a comunidade e os serviços de saúde (GONDIM e MONKEN, 2018).

Pode-se observar que, cada indivíduo inserido no território pode utilizá-lo de acordo com os seus próprios interesses (MONKEN e GONDIM, 2016) e que os elementos fixos nesse território como casas, prédios, ruas, praças, parques, rios, escolas, igrejas, monumentos, entre outros, possuem significado e valoração diferentes para cada sujeito e servem para a construção da sua identidade territorial (CLAVAL, 2001). Sendo assim, quando se realiza uma avaliação do território para compreender os fatores que determinam a relação do binômio saúde-doença de determinada população, é fundamental conhecer os aspectos jurídico-político, econômico, ambiental e simbólico (HAESBAERT, 2007). Esses fatores estão ligados às relações de poder que são instituídas nesse território, no sentido subjetivo ou no sentido de poder referente ao Estado, e às possíveis respostas aos fatos que são discorridos nesse contexto. Mediante as afirmações dos autores:

[...] todo território ‘funcional’ tem sempre uma carga simbólica, por menos expressiva que seja, e todo território ‘simbólico’ tem sempre algum caráter funcional por mais reduzido que pareça (HAESBAERT, 2007a, p. 23), ele diz respeito tanto ao poder no sentido mais explícito, de dominação, quanto ao poder no sentido mais implícito ou simbólico, de apropriação (HAESBAERT, 2007a, p. 20-21).

[...] falar de território é falar da significação do espaço para cada indivíduo e da maneira de construir objetos sociais a partir das experiências pessoais (CLAVAL, 2013, p. 31).

Conforme ratificam Haesbaert (2010) e Claval (2013), em relação ao território, pode-se observar que este vai além das fronteiras de delimitações físicas da Geografia, podendo ser relevante para responder a questões socioculturais enraizadas no território observado, possibilitando ao profissional da Saúde da ESF quebrar paradigmas e humanizar a assistência prestada às mulheres com diagnóstico de HPV.

Fuini (2017) acredita que caracterizar e analisar um território demarcado na Saúde favorece o reconhecimento dos fatores de risco que possibilitam o adoecimento daquela população, das barreiras que impedem as mulheres de realizar o tratamento e de se reconhecerem como sujeitos de direitos frente ao seu corpo, além de possibilitar a construção de vínculo entre o cuidador e a paciente.

Monken e Gondim (2016) afirmam que, após o estabelecimento de vínculo entre a ESF, considerada como um território (jurídico-político) e a comunidade, almeja-se que as relações de poder se estabeleçam de forma efetiva nesse território e que as práticas de cuidado sejam elaboradas em conjunto com a comunidade, de forma a resguardar as disparidades simbólicas e culturais dos distintos sujeitos. Considerando e valorizando os saberes dos grupos inseridos nesse espaço, segundo Monken e Gondim (2016), as relações sociais comunitárias:

[...] acontecem no cotidiano, fortalecendo as relações de vizinhança e de coexistência entre as diferentes pessoas e grupos sociais. Essas relações constroem muitas vezes processos de apoio social por meio de pessoas que realizam práticas populares (ervateiros, parteiras, benzedeiros, curandeiros, cuidadores informais de idosos e de crianças, entre outros). Os saberes populares fortalecem laços e vínculos entre as pessoas do território que buscam enfrentar os problemas e suprir as necessidades locais (MONKEN E GONDIM, 2016, p. 110).

Conforme destaca Monken (2019, p. 84), na contemporaneidade, a Geografia “tem sido usada para conhecer as condições de vida e a situação de saúde de territórios, os determinantes e necessidades sociais de saúde, riscos e danos”, propiciando a utilização das metodologias, conceitos e categorias como forma de identificação dos condicionantes que influenciam a disseminação de doenças como, por exemplo, as infectocontagiosas, os problemas ambientais, além de socioculturais, acarretados pelo processo de globalização mundial.

Esses processos de globalização, informatização, evolução da ciência, engenharia mecânica e robótica entre outros, constituem-se como parte fundamental para o crescimento da humanidade e, sem dúvida, se fazem necessários para o desenvolvimento territorial em âmbito mundial. A informatização, muitas vezes, mecaniza, engessa os processos, com o objetivo de gerar resolutividade em tempo hábil, pois, nos dias atuais, não se pode “perder tempo” (FONTES e RIBEIRO, 2014).

Todavia, há uma linha tênue entre humanizar e profissionalizar, acolher e atender. Cabe apenas ao profissional atuante no serviço realizar a opção correta. Conforme Almeida (2015, p. 12), “a ESF teve a humanização como um dos pilares essenciais para sua construção, tem como objetivo criar vínculos entre profissionais e usuários por meio da garantia na solução das disfunções de saúde”.

Muito além de um mero “pedaço de terra”, o território na área da Saúde necessita ser observado e analisado como um local de possibilidades e percepção da existência de “vida”, em que, além de elementos fixos, existem seres humanos que se encontram inseridos nele, com diversos fatores de riscos que os levam ao adoecimento. Contudo, estes constroem suas territorialidades, acumulam os saberes, pertencimentos que devem ser respeitados (GONDIM e MONKEN, 2018).

Medeiros *et al.* (2017) destacam ainda uma realidade existente em algumas das ESF no Brasil com relação aos atendimentos considerados ineficientes, realizados dentro delas, que apresentam caráter mecanizado, pautado no modelo assistencialista, puro biomédico, voltado para o atendimento curativo, sem a presença da tão mencionada “humanização da assistência à saúde” (MEDEIROS, *et al.*, 2017, p. 28). São queixas frequentes entre os usuários do Sistema de Saúde a presença de longas filas com restrições de consultas, a dificuldade de acesso aos profissionais de saúde, a falta de empatia por parte dos funcionários que não os ouvem, não os acolhem como eles necessitam.

O território, na Saúde, dispõe de políticas públicas estabelecidas por leis e portarias que asseguram a funcionalidade das práticas assistenciais de saúde nas três esferas do Poder (Federal, Estadual e Municipal). O não cumprimento destas pelos órgãos responsáveis, os deixam vulneráveis a sanções e processos administrativos, jurídicos e políticos. O acolhimento não humanizado dentro do território da ESF não está preconizado pela (PNAB, 2017). Pelo contrário, nela encontra-se descrito como esse acolhimento deve ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Território Nacional.

As UBS deverão assegurar o acolhimento proporcionando atendimento humanizado e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas (BRASIL, 2017, p. 14).

Villani; De Lima e Silva (2017) revelam que o despreparo e a incapacidade de alguns profissionais da área da Saúde em lidar integralmente com os indivíduos, inseridos nos territórios adscritos das ESF, são considerados problemas que podem ser resolvidos. É um

desafio para os gestores locais e municipais.

Descaracterizar um processo que por anos encontrou-se ancorado em metodologias e procedimentos curativos prevalentes em moldes tradicionais de tratamentos e consultas, para modificá-lo frente a uma nova proposta de saúde humanizada, tem lá os seus desafios. Mesmo diante das dificuldades identificadas, os desafios podem ser contornados com a quebra de paradigmas, por meio de investimentos em estudos e leituras de autores territoriais e interdisciplinares que podem auxiliar a área de Saúde (CAMPOS, 2014).

Gondim *et al.* (2016) acreditam que cabe ao profissional de saúde realizar esporadicamente pausas e momentos de auto avaliação quanto à efetividade e à qualidade/peculiaridade da assistência que presta ao usuário, pois defendem que esse exercício possibilita um entendimento melhor do sujeito inserido no território da ESF. O usuário, que se encontra em constante movimento e pode ser construído em diversas vertentes, deve ser entendido e observado levando em consideração suas questões subjetivas; deve ser valorizado, apreciado e identificado dentro desse território que também pode ser jurídico-político. Por fim, o usuário deve ser caracterizado como um ser humano capaz de construir sua história em meio a um território considerado múltiplo e infinito e não apenas uma simples variável metodológica.

2.3 O PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) NO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Na década de 1990, mais precisamente no ano de 1994, no mandato do Presidente Itamar Franco, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), em uma reunião coordenada pelo Ministro da Saúde, Henrique Santillo, em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). O Programa veio como resposta dos movimentos reformistas das décadas de 1970 e 1980 que objetivavam a modificação do modelo hospitalocêntrico, tecnicista, em que a saúde era centrada nos hospitais e na doença. Naquela época, o índice de mortalidade materna era alto e, por isso, novas medidas precisavam ser tomadas para a reversão desse quadro situacional do País (VIANNA e DAL POZ, 1998).

Na atualidade, o programa é conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF). A palavra “programa” não foi considerada apropriada para essa realidade, por soar como algo engessado, pré-programado, simétrico, sem possibilidade de alteração, o que não favorecia a atuação das atividades dentro daquele território.

Por isso, a terminologia ESF é reconhecida em todo o País e vale ressaltar que esse modelo de assistência foi criado no Brasil a partir de modelos existentes em países como Canadá, Estados Unidos e Cuba, que desenvolviam trabalhos eficazes com relação à saúde da população (ROSA e LABATE, 2005).

A ESF surge como primeira porta de entrada da população no serviço de saúde, com o objetivo de reorganizar a assistência à saúde da população, de forma ousada; ou seja, indo até as casas dos usuários, apresentando um modelo de saúde em que o foco passa a ser a família, propiciando a prevenção, promoção, recuperação da saúde, cura, reabilitação, estabelecimento de vínculo com esse sujeito. Essa assistência é identificada como um todo, não considerando apenas a doença. Observa-se a relação entre o processo saúde-doença e as questões socioeconômicas e culturais (BRASIL, 2017).

Com a ajuda de uma equipe multidisciplinar, a ESF conta com profissionais das seguintes categorias: enfermeiro de saúde da família, preferencialmente (1), médico clínico geral, com especialização em medicina de família e comunidade, preferencialmente (1), técnico em enfermagem (1), cirurgião dentista (1), auxiliar ou técnico de saúde bucal (1), agente comunitário de saúde (ACS) e agente de combate à endemia (ACE). É relevante destacar que, o número de ACS e ACE deve ser definido pelo gestor municipal, de acordo com a capacidade demográfica do território cadastrado (BRASIL, 2017).

Dentre as atribuições das ACS ou ACE, destaca-se a realização de cadastramento e atualização sistemática de toda a área adscrita e, segundo as diretrizes do Programa Nacional da Atenção Básica (PNAB), cada ACS ou ACE pode acompanhar até 750 pessoas. A partir da nova orientação desse PNAB, ficou destacado, também, que cada ESF pode acompanhar em seu território adscrito de 2.000 a 3.500 mil pessoas fixas, lembrando os usuários itinerantes que devem ser acolhidos, atendidos, orientados e encaminhados, na oportunidade, visando à prestação da assistência baseada nas diretrizes do SUS: integralidade, equidade, universalidade (BRASIL, 2017).

Para oficializar esse novo modelo de saúde, fizeram-se necessárias políticas públicas que abarcaram essa estruturação de cuidado. Por isso, de acordo com a Portaria nº 2436/2017, são características das ESF:

definição de território, programar e implementar ações de educação à saúde, identificar os grupos de risco e promover o cuidado, realizar acolhimento com escuta qualificada, promover atenção integral, contínua e organizada para a população adscrita, participar do planejamento local da saúde, desenvolver ações intersetoriais, realizar atendimento individual a toda e qualquer população independente do gênero, raça, cor, nacionalidade, orientação sexual, crença, limitação física, estado de saúde, escolaridade, condição socioeconômica (BRASIL, 2017, p. 9).

O SUS oferece à população, por meio das ESF distribuídas em todo o País, mecanismos de prevenção contra o HPV, sendo a vacinação um deles. No ano de 2014, o SUS disponibilizou duas vacinas (bivalente e quadrivalente) contra o vírus HPV, com esquema vacinal de duas doses, com intervalo de seis meses, indicada para meninas e meninos. Entre as meninas, a idade preconizada é de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos, reportando proteção contra lesões pré-cancerígenas de número 6,11,16 e 18 e para portadores de HIV (9 a 26 anos). Observa-se que as vacinas são eficazes contra o CCU, bem como vulva, vagina e região anal. Mulheres imunodeficientes, entre 9 e 26 anos, possuem direito de receber a vacina contra o HPV em todo território nacional, com esquema vacinal de 0, 2 e 6 meses de intervalo (BRASIL, 2017).

Outros mecanismos ainda são disponibilizados pelo SUS como coleta de preventivo do colo do útero, ações de educação em saúde, distribuição de preservativos, consultas multidisciplinares realizadas por profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros, capacitados para exercer suas funções laborais (BRASIL, 2017). Essa política assegura como um dos objetivos específicos a redução de morbimortalidade, utilizando ferramentas preventivas, mecanismos que viabilizem a detecção da patologia e tratamento em tempo oportuno, a fim de proporcionar maior qualidade de vida a essa população acometida (BRASIL, 2016).

Durante a implementação desses mecanismos, esses profissionais prestadores de serviço na ESF, precisam se conscientizar sobre a necessidade de acolher essa mulher além do modelo biomédico, para além dos muros das ESF, pois saúde constitui-se como “direito de todos e dever do Estado”, de acordo com a Constituição Federal da República de 1988, lei Orgânica 8080. Contudo, precisa ser efetivamente assegurada com equidade, competência, ética e responsabilidade, para todas as mulheres que se identificam como sendo lésbicas, travestis, transexuais, bissexuais, em condições de moradia nas ruas, indígenas, privadas de liberdade, saúde mental, usuárias de drogas (BRASIL, 2016).

A realização periódica do exame citopatológico do colo do útero, também conhecido como exame preventivo, o uso de preservativo em todas as relações sexuais, a vacinação dentro da faixa etária disponível para meninos e meninas, são métodos viáveis para a prevenção do HPV e continuam sendo a melhor alternativa para o combate à incidência dessa patologia para toda e qualquer mulher que se encontra inserida em um território da ESF (NASCIMENTO *et al.*, 2013).

O rastreamento feito pelo exame preventivo do colo do útero é identificado como o principal método para a detecção precoce do HPV entre as mulheres, apresentando algumas

etapas para a sua realização, dentre elas: a coleta do exame preventivo com qualidade, avaliação dos resultados dos exames, identificação dos casos positivos para HPV, confirmação e classificação diagnóstica (NIC1, NIC2 ou NIC3) e tratamento (CARVALHO, 2010).

Após o diagnóstico de HPV, havendo a necessidade dessa mulher ser encaminhada ao tratamento em outro local, a ESF continua sendo o principal território de formação de vínculo entre a equipe e a usuária; um local de identificação das suas territorialidades, onde se faz possível os processos de desterritorialização e reterritorialização, segundo Haesbaert (2009).

O sucesso do tratamento está proporcionalmente ligado ao processo de reconhecimento do território como sendo o espaço vivido e das territorialidades e identidades do ator acometido. Barcellos (2000, p. 29) afirma que “a doença é uma manifestação do indivíduo e a situação de saúde é uma manifestação do lugar”. Por isso, segundo Milton Santos (1999), o fixo depende do fluxo. Assim, pode-se considerar a ESF como um território fixo, pois depende do fluxo (profissionais). Conseqüentemente, há uma responsabilidade da equipe interdisciplinar atuante na ESF, diante dos atores que estão inseridos nesse território e estão sujeitos à patologia do HPV.

No território da ESF, o processo de prevenção, educação em saúde permanente de inúmeras patologias, dentre elas o HPV, realizado sempre em conjunto com a equipe interdisciplinar (psicólogo, nutricionista, assistente social, educador físico, farmacêutico) faz parte de um dos principais objetivos desse programa. Porém, nos casos em que a prevenção não foi eficiente e o HPV se instalou, a promoção e recuperação da saúde das pessoas também torna-se parte relevante desse programa (BRASIL, 2014).

Ainda vale ressaltar, segundo Oliveira e Moreira (2017), que a interdisciplinaridade é uma ferramenta de apropriação que pode ser utilizada em diferentes campos da ciência. Diante do contexto apresentado, observa-se a sua relevância como método de apoio à recuperação da saúde dessa mulher, acometida pelo HPV, dentro do território da ESF, pois, a associação de diferentes profissionais produzirá novos conhecimentos, com o objetivo de reestabelecer a saúde física, mental e social do sujeito assistido.

Como todo esse processo deve ser realizado na ESF, faz-se necessário a busca por conceitos científicos. Sendo assim, Haesbaert (2004a) apresenta o conceito de território e salienta que pode ser definido nos campos político, jurídico, econômico e cultural, permitindo ao sujeito a atribuição da representação do espaço vivido por ele, bem como um conjunto de representações, percepção do subjetivo, imaterial, da produção de identidade e simbolismo.

A ESF necessita apresentar-se para as mulheres como um território de representatividade, em que as suas territorialidades sejam identificadas com a possibilidade de construir, desconstruir e reconstruir seus vínculos simbólicos e identitários, dentro desse espaço. Milton Santos (2006, p. 38) descreve:

[...] dissemos que a geografia poderia ser construída a partir da consideração do espaço como um conjunto de fixos e fluxos. Os elementos fixos, fixados em cada lugar, permitem ações que modificam o próprio lugar, fluxos novos ou renovados que recriam as condições ambientais e as condições sociais, e redefinem cada lugar. Os fluxos são um resultado direto ou indireto das ações e atravessam ou se instalam nos fixos, modificando a sua significação e o seu valor, ao mesmo tempo em que, também, se modificam (SANTOS, 2006, p. 38).

A ESF, nesse caso, sendo estabelecida como fixo, depende dos fluxos, ou seja, das pessoas que a constituem, sejam profissionais e/ou usuários, e dependendo da maneira como as ações são realizadas dentro desse território, podem influenciar as territorialidades do sujeito de forma positiva ou negativa, gerando benefício ou prejuízo à saúde das mulheres acometidas por HPV, dentro da ESF.

Complementando a discussão (Claval, 1996, p.15) afirma que “a identidade aparece como uma construção cultural”, porque o território não pode ser formado apenas pelo que se denomina material; pelo contrário, os símbolos são inseridos e valorizados nesse processo. A partir de então, a identidade do sujeito é formada por meio da ação individualizada dos atores em cena.

Assim, acredita-se que quando essa mulher com diagnóstico de HPV é inserida como parte relevante no seu tratamento, os resultados certamente serão positivos, porque esta será conscientizada da necessidade de mudança das práticas comportamentais e da manutenção permanente do autocuidado, além de ter a oportunidade de conhecer as suas identidades, territorialidades seus conceitos e pré-conceitos.

Seguindo em busca de novas respostas, Claval (2011), que não concordava com a limitação dos conceitos que eram definidos em sua época e com a falta de respostas para algumas questões sociais, aventurou-se em conhecer mais. A partir de então, participou da era da Epistemologia, o que possibilita, na atualidade, relacionar alguns de seus pensamentos, como por exemplo, a ESF.

A descrição de cada conjunto territorial permite definir o que caracteriza verdadeiramente cada lugar, cada região, na medida em que destaca como as particularidades naturais a circulação, o tipo de hábitat e o estilo da vida social mutuamente (CLAVAL, 2011, p. 98-99).

Sendo assim, observa-se que a ESF e a mulher com diagnóstico de HPV, inserida nesse território, não se constituem sem a presença uma da outra. Dentro desse território, as territorialidades, identidades, individualidades propiciam o conhecimento de um sujeito em sua integralidade, que precisa ser acolhido de forma holística, orientado a se corresponsabilizar pelo autocuidado, após um processo de empoderamento ofertado pela ESF.

2.4 CONHECIMENTO E PRÁTICAS COMPORTAMENTAIS DE MULHERES EM RELAÇÃO AO DIAGNÓSTICO DE PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)

A busca pelo saber é algo próprio do ser humano. Cada sujeito, a seu modo, busca alicerçar a sua história por meio de suas vivências culturais adquiridas e/ ou herdadas. O conhecimento possibilita a ampliação de conceitos e saberes, mudança de hábitos de vida, apropriação de informação científica e modificação das práticas de cuidados de saúde, pautadas somente no senso comum (EDUARDO *et al.*, 2012).

A atitude está ligada ao grau de conhecimento que o sujeito tem sobre determinado assunto. A atitude e o conhecimento vão levá-lo a uma determinada prática comportamental. Dessa forma, compreende-se que o conhecimento é um fator relevante que refletirá nas tomadas de decisões que podem ser positivas ou negativas. Nos casos positivos, acarretarão benefícios que servirão de busca, fortalecimento e manutenção da saúde; já nos casos negativos, poderão gerar danos transitórios ou permanentes para a qualidade de vida e saúde do indivíduo (PEREIRA *et al.*, 2016).

O conhecimento, as práticas comportamentais e sexuais de mulheres diagnosticadas com HPV podem variar, de acordo com os aspectos socioculturais do território material e imaterial em que elas se encontram inseridas. Conforme retratam Pereira e Barcellos (2006, p. 49), é “a partir do olhar cultural ou simbólico-cultural que o território é visto como produto da apropriação, da valorização simbólica de um grupo em relação ao espaço vivido”.

O geógrafo Claval (1999, p.11), em consonância com Pereira e Barcellos (2006), afirma que “os grupos só existem pelos territórios com os quais se identificam” [...] e que “as relações que os grupos mantêm com o seu meio não são somente materiais, são também de ordem simbólica, o que os torna reflexivos”.

Baseado nas afirmações dos autores acima, acredita-se que a relação existente entre o profissional de saúde e a mulher com diagnóstico de HPV inserida no território da ESF, caso seja pautada em pilares de confiabilidade, humanização, empatia e, sobretudo, em

conhecimentos técnico-científicos, fará com que esse território material transforme-se em um local de geração de vínculo afetivo, busca pelo pertencimento, formação de identidade, autoconhecimento e autocuidado, ou seja, em um território simbólico, construído a partir das relações de poder constituídas pelos atores ali existentes (MONKEN, 2019).

A divulgação do conhecimento caracteriza-se como um dos objetivos para os gestores em Saúde Pública, pois, além do dever de instruir, informar a população através de meios que oportunizem as atividades de educação permanente em saúde, os gestores necessitam, para além desse exercício, compartilhar o saber com metodologia clara e objetiva, de modo a alcançar o sujeito de forma efetiva (OSIS; DUARTE; SOUSA, 2014), respeitando os princípios doutrinários do SUS, que são: universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2017).

São variados os aspectos em que a análise geográfica pode contribuir na formação de profissionais de saúde. Na atualidade, categorias e metodologias advindas da geografia são recursos indispensáveis para conhecer as condições de vida e a situação de saúde de territórios, os determinantes e necessidades sociais de saúde, riscos e danos (MONKEN, 2019, p. 84).

Para que o profissional da saúde responsável pelo cuidado das mulheres com diagnóstico de HPV alcance seus objetivos frente à educação permanente e efetiva destinada a elas, este necessita ser capacitado para além do viés da disciplinaridade, utilizando as metodologias existentes nas outras áreas dos saberes, agregando-as às suas práticas de cuidado. Defende-se que a interdisciplinaridade existente entre o campo da Geografia e da Saúde proporciona a identificação das questões de vulnerabilidade socioeconômica e cultural, referentes ao favorecimento do adoecimento da população, mediante o reconhecimento dos agravos negligenciados, que tendem a interferir no binômio saúde-doença, para além das intercorrências de origem fisiopatológicas inerentes ao campo disciplinar na área das Ciências da Saúde.

Para Faria (2013, p. 139), “o território passou a ser tomado como o ‘laboratório diagnóstico’ para se entender essas variações espaciais das condições sociais de saúde”. Seguindo o mesmo raciocínio, Monken (2019, p. 87) reconhece que a territorialidade no campo da Saúde deve ser construída pelos atores que se encontram em cena (profissional de saúde e o sujeito adoecido) e a partir de então, formular práticas de cuidado individualizadas, respeitando as peculiaridades existentes dentro de cada território vivido e/ou construído.

[...] a territorialidade compõe uma das ferramentas básicas de atuação da Vigilância em Saúde e dá suporte ao planejamento estratégico situacional e a programação de ações que deve ser desenvolvida pela equipe de saúde local e pela comunidade como pilares de sustentação das ações nos territórios para o reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde (MONKEN, 2019, p. 87).

A percepção e o olhar do profissional de saúde frente ao território subjetivo do saber construído pelo sujeito, que pode encontrar-se territorializado ou desterritorializado dentro da ESF, em detrimento da descoberta do HPV, necessita ser calibrado, humanizado, possibilitando a percepção dos fatores que asseguram a compreensão de “como as pessoas adoecem, contribuindo para a implementação de práticas de cuidado e de atenção à saúde efetivas para os diferentes grupos populacionais” (MONKEN, 2016, p. 109).

Conforme descrevem Osis, Duarte e Sousa (2014), pessoas com baixo nível de escolaridade possuem pouca informação sobre o HPV, desconhecem os fatores de risco, a gravidade da patologia, as formas de transmissão. Em contrapartida, pessoas com maior nível de escolaridade têm conhecimento adequado sobre o tema. Para Costa e Goldenberg (2013), há uma relação do HPV com as condições socioeconômicas, baixa escolaridade, multiparidade, múltiplas parcerias sexuais, crenças, mitos e cultura.

Subentende-se que o grau de escolaridade do indivíduo tem relação com o nível de conhecimento adquirido, com o autocuidado e com a capacidade de assimilação das orientações repassadas durante o atendimento realizado pelo profissional de saúde (PIMENTA *et al.*, 2014).

A ausência do conhecimento eficaz sobre o HPV pelas mulheres acometidas pela patologia gera compreensões erradas como, por exemplo, acreditar que o HPV é transmitido apenas de homem para mulheres; que o HPV não é transmitido entre as mulheres casadas, apenas entre as profissionais do sexo; que a ausência da realização do exame preventivo do colo do útero torna a mulher mais suscetível ao surgimento da patologia. Algumas mulheres desconhecem a relação das verrugas genitais com o HPV e outras ainda confundem o HPV com o HIV, acreditando que o Papilomavírus Humano também é transmitido através do sangue (SOUZA; PINHEIRO; BARROSO, 2008).

Souza, Ponte e Araújo Júnior (2015) seguem afirmando que uma considerável parcela de mulheres portadoras do HPV desconhece o que é a patologia, as formas de transmissão, as causas e consequências, o tratamento, a relação com o CCU e a diferença entre o HPV e HIV. A falta de conhecimento propicia a continuidade dos hábitos sexuais de risco. Vale ressaltar que não cabe ao profissional de saúde julgar a paciente diante dos seus hábitos e comportamentos sexuais ditos “certos ou errados”, pois as suas territorialidades precisam ser

respeitadas.

Mas vale informar sobre a transmissão da patologia que, por essas mulheres não serem capazes de estabelecer uma relação entre as práticas sexuais e a transmissibilidade, por não terem consciência das repercussões do HPV em sua vida, o diagnóstico precoce da infecção torna-se tardio. Assim, o HPV permanece na invisibilidade, sendo o responsável pelas alterações celulares presentes nas camadas do colo do útero, podendo ocasionar o CCU nas mulheres acometidas pela doença.

Entre alguns dos fatores de risco para o surgimento do HPV relacionados por Pereira *et al.* (2016) estão a falta de conhecimento e atitude preventiva eficaz, de hábitos e comportamento sexual seguro, início precoce da vida sexual entre os 13 e 25 anos, ausência do uso de preservativo nas relações sexuais, mais de dois parceiros sexuais por ano, uso de álcool, tabaco e outras drogas, resistência às consultas ginecológicas para a coleta do exame citopatológico do colo do útero.

Quando as mulheres diagnosticadas com HPV foram questionadas sobre as barreiras de enfrentamento da doença e sobre o autocuidado com a saúde sexual, Sílvia *et al.* (2015) observaram que a ausência de orientação por parte dos profissionais da saúde das ESF onde estavam inseridas foi um ponto relevante apresentado por elas, bem como a falta de conhecimento das consequências que a patologia pode trazer no futuro. Rosa *et al.* (2011) ainda identificaram como barreiras a falta de conhecimento das mulheres sobre a relação do HPV com o CCU, a ausência do uso de preservativo nas relações sexuais, devido à falta de entendimento por parte do parceiro sexual sobre a necessidade do uso e também por elas não sentirem prazer com o uso do preservativo.

Rodrigues, Moreira e Oliveira (2016) destacaram a falta de conhecimento sobre a relação do exame preventivo do colo do útero com o diagnóstico do HPV, e conseqüentemente, a falha na coleta anual de exame preventivo do colo do útero por medo de sentir dor e/ou vergonha do corpo. Algumas mulheres que necessitaram de tratamento relataram a falta de tempo para realizá-lo, por trabalharem fora de suas casas, como barreiras para a prevenção e/ou enfrentamento do diagnóstico de HPV.

O conhecimento adquirido por meio da cultura popular, segundo Barbosa *et al.* (2004), repassado pelos seus ancestrais e familiares, são utilizados para tratamento de doenças como, por exemplo, doença da “mãe do corpo”, órgão cientificamente conhecido como útero. Essas doenças eram tratadas por meio de rituais, crenças, usos de óleos e ervas medicinais, simpatias, contagem da lua, entre outros, pois eles acreditavam que as enfermidades eram, dessa forma, liberadas dos corpos e assim ficavam curados. Portanto, esta também é considerada mais uma

barreira criada entre as mulheres para o enfrentamento do HPV, na contemporaneidade.

O profissional de saúde da ESF possui condições de proporcionar a essa mulher com diagnóstico de HPV um apoio emocional, visando ofertar a ela o conhecimento de forma correta e humanizada, com o intuito de proporcionar mudanças de paradigmas, indo além do acolhimento técnico/ puro e biomédico. Acredita-se que, dessa forma, essa mulher pode se autoconhecer, e a partir das informações apropriadas, abandonar os velhos hábitos que outrora estavam embasados em crenças, mitos, tabus e questões culturais e a partir de então, traçar novas medidas de prevenção para a sua saúde sexual, gerar mudanças de comportamentos e atitudes, contínuas e duradouras (SANTOS; OLIVEIRA; SILVEIRA, 2014).

É importante ainda ressaltar que não apenas conhecer o comportamento dessa mulher, mas identificar o seu conhecimento em relação ao diagnóstico de HPV, favorecerá a busca de estratégias pautadas na equidade, objetivando tratar os desiguais nas suas desigualdades, dentro da ESF. Algumas mulheres conhecem o termo HPV apenas superficialmente, segundo Okamoto *et al.* (2016). Estabelecem erroneamente a relação do HPV com o HIV, desconhecem a coleta de exame preventivo do colo do útero como método de detecção da doença, não relacionam o HPV com complicações futuras, como, por exemplo, o CCU e em algumas situações, possível óbito.

Para Santos *et al.* (2015) pesquisando o HPV em 40 mulheres em idade fértil, em uma Unidade de Saúde no município de São Luís/MA, a identificação das fragilidades da mulher com o diagnóstico de HPV dentro da ESF, as práticas de educação em saúde podem ser planejadas pelo profissional responsável pelo cuidado de forma humanizada, objetiva e individualizada, incentivando a prevenção, promoção, recuperação da saúde e mudança de estilo de vida, levando em consideração as questões socioeconômico e cultural de cada mulher acometida pela doença.

Em sua dimensão pedagógica faz com que na educação profissional a territorialização seja o dispositivo educacional que dá 'voz ao lugar' e escuta o território como caminho simultâneo para apreensão e aprendizagem dos contextos de vida e saúde observados. Uma tecnologia estruturante que de forma simultânea, torna-se meio de ensino e trabalho em suas diferentes formas de apropriação (MONKEN, 2019, p. 89).

Após a identificação do conhecimento e a partir da observação do comportamento da mulher com diagnóstico de HPV, espera-se que o profissional prestador da assistência seja capaz de entender e analisar o comportamento feminino, com a finalidade de orientar a paciente em relação à sua interação com o seu corpo, com o mundo e as pessoas que a cercam em suas redes socioeconômicas e culturais (PECHORRO; DINIZ; VIEIRA, 2009). De acordo com

Olinda e Silva (2012), por meio de ações de saúde que favoreçam o atendimento integralizado e de objetivos que desmistifiquem os conceitos, crenças, mitos e tabus a respeito do HPV, busca-se a conscientização e empoderamento da mulher, de forma a exercer o autocuidado frente à prevenção, enfrentamento, convívio e tratamento dessa patologia.

Para Vargen *et al.* (2013), durante o processo de descoberta do diagnóstico de HPV, a mulher portadora da patologia vivencia um conflito interno entre a aceitação e a negação da doença, mediante a percepção que tem sobre o tema e sobre os fatores de risco associados. “Daí a desilusão ressentida pelos autores quando confrontados às questões cujas respostas não estão presentes” (LE BRETON, 2012, p. 88).

Normalmente, o primeiro conflito ocorre na compreensão do meio de transmissão da doença, colocando em dúvida a confiança da relação afetiva, independentemente do estado civil. Segundo Conti, Bortolin e Kulkamp (2006), na maioria dos casos, a mulher com diagnóstico de HPV nega a existência da patologia, por afirmar conhecer-se e por também conhecer e confiar em seu parceiro sexual. Essa percepção frente à nova condição de sua saúde é modificada quando ela percebe a necessidade de efetuar mudanças de comportamentos e hábitos sexuais que eram mantidos anteriormente.

Sendo assim, a indecisão de dividir o diagnóstico de HPV com o parceiro sexual, segundo Panobianco *et al.* (2013), é considerada mais uma barreira para a adesão ao tratamento, pois algumas mulheres não se sentem seguras em compartilhar esse momento, por medo de serem julgadas pelo parceiro de traição, em decorrência do machismo ou pelo medo de serem abandonadas por ele, após o cônjuge saber dos meios de transmissão da patologia. Assim, segundo Vargen *et al.* (2013), muitas mulheres decidem não contar sobre o diagnóstico; em contrapartida, adotam uma postura de repúdio contra o parceiro, em meio às mágoas, desconfianças, impondo o uso do preservativo em todas as relações sexuais sem o diálogo necessário, ocasionando, em um curto espaço de tempo, o término da relação.

Quando a mulher encontra no parceiro um apoio emocional, após dividir o diagnóstico de HPV e ambos assumem a postura de um novo comportamento sexual, de forma segura, mantendo o uso do preservativo durante as relações sexuais, fazendo parte do processo de tratamento, a adesão ao tratamento é, sem dúvida, um sucesso. A percepção da mulher com diagnóstico de HPV diante do comportamento sexual e adesão ao tratamento tem uma estreita relação com a reação de aceitação ou negação do seu parceiro sexual (CIRINO; NICHIATA; BORGES, 2010).

Em decorrência dessa problemática descrita acima, existente no campo da saúde, torna-se necessário, conforme afirmam Silva e Mereghi (2006), um contínuo esforço por parte dos

órgãos responsáveis pelos cuidados com a saúde da mulher, em fomentar momentos multidisciplinares discursivos pautados no viés interdisciplinar. Além de uma abordagem efetiva que propicie o empoderamento feminino e incentive o amor próprio e o autocuidado, os responsáveis pelo cuidado podem, ainda, assegurar que essas mulheres com diagnóstico de HPV busquem o cuidado integral da sua saúde, respeitando seus aspectos subjetivos, sem a obrigação/imposição de aceitar o outro. E com o auxílio das outras ciências, conforme demonstra Ferreira (2014, p. 114), “entender que os estudos territoriais são importantes instrumentos de análise visando uma consciência voltada para questões sociais e espaciais, das quais a Geografia, ao longo do tempo, tem ajudado a construir”.

2.5 O PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) E AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

O relacionamento interpessoal acontece quando duas ou mais pessoas buscam a interação por meio do diálogo, do olhar, do toque, dos gestos. Acontece entre os membros de uma mesma família, entre pessoas no trabalho, entre amigos e colegas, entre a membresia da igreja e tantos outros. Acontece com pessoas de modo geral, pois todo comportamento é um acontecimento e os aspectos observáveis são de suma importância nessa ciência (CARDOSO, 2004).

John Broadus Watson afirma que, mediante a observação do comportamento humano, faz-se possível realizar a leitura do sujeito entre as suas relações interpessoais, resultando em possíveis respostas a determinadas questões sociais (ARDILA, 2013).

Conta que o homem antigo convivia em grupos na busca pela sobrevivência, disputava as conquistas de terra e o domínio entre os outros grupos. E, em decorrência da ausência de diálogo e de interação pacífica entre os homens, os desfechos eram negativos, resultando em frequentes mortes entre os entes queridos. A partir de então, mediante o sofrimento causado pelas frequentes perdas, por meio dos exercícios da reflexão, os conflitos foram cedendo espaço aos acordos e as relações interpessoais foram se estabelecendo (BECK, 2009).

Partindo do pressuposto de que os seres humanos são condicionados involuntariamente a conviverem em sociedade, interagindo entre si por meio das redes de relacionamentos interpessoais, nas esferas profissionais, sociais e familiares, percebe-se que essas relações interpessoais sofrem alteração, à medida que um determinado sujeito tem os seus valores, identidades, pertencimentos submetidos à opinião do outro (VARGENS *et al.*, 2013).

Sampaio, Camino e Roazzi (2009) acreditam que as relações interpessoais têm ligação com o grau de aceitação ou rejeição do outro, diante de um comportamento exposto ou até mesmo observado, e que as relações existentes entre esse binômio interacional, sujeito adoecido e sujeito expectador da cena, pode interferir no comprometimento parcial ou total das condições de saúde e doença de um sujeito em condições de vulnerabilidade.

Moraes *et al.* (2001) declaram que um sujeito vê o outro da forma como este se vê, buscando afinidade com sujeitos que se assemelham a ele, que possuem as mesmas aptidões, crenças e costumes, com o intuito de fugir do confronto. Quando situações antagônicas surgem, o julgamento e o ataque são considerados como atitude de defesa.

Formozo *et al.* (2012) ao realizar uma reflexão teórica que objetiva discutir as influências do relacionamento interpessoal para o cuidado em saúde, defendem, que para se estabelecer uma interação positiva nas relações interpessoais, faz-se necessária a perícia em saber ouvir o outro por meio de uma escuta efetiva, contando com a habilidade de sentir empatia pelo outro, ser apto a resolver problemas, tardio em falar, julgar e irar-se. Pois, os aspectos comportamentais verbais, não verbais, cognitivos, fisiológicos do outro, conforme citados abaixo por Formozo *et al.* (2012), podem interferir nas relações interpessoais.

[...] os aspectos não verbais, como postura, expressão facial, contato visual, gestualidade e distância/proximidade; cognitivo-afetivos, que implicam em auto eficácia e leitura do ambiente; fisiológicos, como a respiração e os batimentos cardíacos; e a aparência pessoal e atratividade física (FORMOZO, *et al.*, 2012, p. 125).

Caso a mulher com diagnóstico de HPV perceba que está sendo julgada, as possíveis criações e/ou manutenções de vínculo, afetividade, confiança, segurança, relações de empatia que poderiam ter sido construídas, certamente serão, destruídas. Isso favorecerá o surgimento de um quadro de insegurança, tornando-a mais vulnerável à depressão, mais suscetível à desistência ou abandono do tratamento. Além de propiciar complicações causadas pelo HPV, corre o risco de perder os laços afetivos já consolidados antes do diagnóstico de HPV (BUOSI, OLIVEIRA, 2007).

Conforme descrevem Fisher e Adams (2010, p. 255) sobre sentimentos e comportamentos, pode-se evidenciar que:

Os sentimentos, motivações, emoções, da outra pessoa que são variáveis na medida em que afetam as suas relações, podem ser ou não importantes para a nossa compreensão no que diz respeito à comunicação humana, contudo, os comportamentos ou ações, tanto os nossos como os do nosso parceiro, são absolutamente essenciais para a nossa compreensão das dinâmicas do sistema

interpessoal. No relacionamento interpessoal, a empatia consiste, igualmente, em um elemento primordial, pois se refere à capacidade do indivíduo compreender, sem julgar, as experiências positivas e negativas do outro. Isto implica em compartilhar a emoção percebida no outro, sentir com o outro, sendo uma resposta emocional que nasce e é congruente com o estado emocional do outro. Envolve ouvir o outro, entender suas preocupações e fazer com que possa sentir-se compreendido [...] (FISHER, ADAMS, 2010, p. 255).

Como uma teoria geral, Motta (1986, p. 31) ressalta que “as relações interpessoais foram tratadas como justificativa ideológica da estrutura institucional vigente, voltada para os problemas de ajustamento dos indivíduos e esquivando-se do trato dos conflitos”.

A importância atribuída aos relacionamentos interpessoais passa pelas relações sociais e pelas trocas de várias relações com sujeitos distintos. Esses relacionamentos interpessoais se originam nas vivências individuais em que as ações estão interligadas às emoções e ao comportamento no qual o indivíduo é capaz de refletir seus sentimentos, pensamentos, ações e reações, frente às adversidades impostas a ele em seu cotidiano (LEITÃO; FORTUNATO; FREITAS, 2006).

Diante do tema exposto, além das territorialidades a serem consideradas para a mulher com diagnóstico de HPV, a busca pelo conhecimento das relações interpessoais no contexto desta pesquisa é uma preocupação que poderá se transformar em devolutiva para os territórios pesquisados, para que os profissionais prestadores de assistência possam utilizar-se dessa ferramenta, como oportunidade para ofertar uma melhor assistência à saúde de todos os seus usuários. Mas, nesse contexto, será contemplada a saúde das mulheres assistidas na ESF e acometidas pelo HPV.

Com o apoio desses conceitos já definidos no campo da Geografia, viabiliza-se a identificação da mulher diagnosticada com HPV, dentro do território definido da ESF (material), a partir das suas subjetividades e do espaço vivido, percebido, construído (imaterial), respeitando o espaço-tempo, espaço esse compreendido entre o interior e o exterior, entre o outro e o semelhante, obedecendo ao pressuposto de que são as relações sociais que constituem o território.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização deste estudo, foram respeitadas as normas éticas estabelecidas pelas Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e nº 510/16, do Conselho Nacional de Saúde – Ciências Humanas e Sociais. Esta pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e somente iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce, em 10 de Julho de 2020, sob o parecer nº 4.148.451 (ANEXO 1).

Os dados coletados por meio de entrevistas guiadas por um roteiro semiestruturado ficarão armazenados por um período de cinco anos, em um banco de dados do Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), bloco PVA, sala 10, campus II, na Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Após esse período, o material será incinerado.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, de corte transversal. Conforme aponta Gil (2017), o estudo descritivo tem como objetivo identificar questões do cotidiano de um determinado sujeito, população e/ou grupo social, sendo passível de abordagens em suas atitudes, crenças, opiniões. Ressalta-se, ainda, que contribui para descrever características tais como: raça, religião, idade, sexo, escolaridade, estado de saúde mental e/ou física, entre outras.

Segundo Silva (2004), o estudo observacional requer do pesquisador uma postura ética de não interferir direta ou indiretamente nos fatos mensurados pelo pesquisado e no desenrolar final dos fatos observados. Ele necessita se apresentar na cena apenas como um expectador, sem nenhum tipo de interferência.

O estudo transversal é adequado para delinear características das populações, no que diz respeito a determinadas variáveis e seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e inter-relação num determinado momento (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). Para Lanes *et al.* (2014), a abordagem dos temas transversais deve se orientar pelos processos de vivência e experiência da sociedade, alunos e educadores em sua esfera cotidiano-diária, com a finalidade de compreender e conhecer os seres humanos, de forma não mais

fragmentada, sendo essa coleta de dados realizada em um único momento, salvo se houver a necessidade de retornar ao entrevistado para reafirmar algo que não ficou bem explicado no ato da coleta dos dados, durante a entrevista.

A proposta interdisciplinar, neste contexto transversal do conhecimento, segundo Creswell (2014), possibilita uma reintegração do saber que outrora era condicionada apenas à disciplinaridade, acarretando agora uma abordagem de conteúdos de forma integrada, em todas as áreas do conhecimento.

3.3 ABORDAGEM DE ESTUDO

Neste estudo, foi utilizada uma abordagem qualitativa. Ressalta-se que a abordagem quantitativa foi a pioneira no campo das pesquisas científicas, seguida da metodologia qualitativa, que a partir de 1970, passou a ser validada em decorrência das críticas à metodologia quantitativa, que mesmo sendo estabelecida como o primeiro método de pesquisa reconhecido, não estava respondendo às divergências existentes naquela época (CRESWELL, 2014).

A pesquisa qualitativa demonstra um viés subjetivo. Segundo Gil (2017), nas entrelinhas, o pesquisador é capaz de identificar novas possibilidades epistemológicas, mediante a interpretação dos resultados que se fazem relevantes frente às oportunidades advindas das descobertas subjetivas, relacionadas aos sujeitos em cena, no que se refere à compreensão de suas experiências vividas. Esses resultados passam a contribuir com as respostas de muitas questões sociais daquela época e que perduram na atualidade.

Para Minayo (2009), a pesquisa qualitativa envolve um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e objetivos e objetiva as interpretações das informações colhidas pelo pesquisador de forma singular, substancial, íntegra, coerente, rica de detalhes e percepções. Flick (2009) acrescenta que, nessa modalidade de pesquisa, o pesquisador é parte integrante da produção de conhecimentos. Por meio de suas observações em campo, percepções, sentimentos vivenciados como alegria, tristeza, compaixão, medo, ansiedade e até mesmo irritação, esses sentimentos são canalizados e transformados em descobertas para questões pertinentes ao tema de pesquisa estudado.

Assim, segundo Ferreira (2015), a metodologia qualitativa oportuniza, de certa forma, a humanização do objeto pesquisado, uma vez que o conhecimento é construído dentro do processo de pesquisa e vai além do puro positivismo, que defende, de certa forma, o

mecanicismo engessado do conhecimento científico. “O conhecimento científico está nos fatos, então o trabalho científico deve primar pela purificação do objeto, relegando-se o que não é essencial, para que o pesquisador possa descrever os fatos gerais e reproduzíveis” (FERREIRA, 2015, p. 115).

Desconsiderar o que não é essencial no objeto não é uma característica da metodologia qualitativa. Pelo contrário, a metodologia qualitativa possibilita a tentativa de compreensão de fenômenos relacionados à vida dos sujeitos pesquisados, através dos significados que são atribuídos por esses, tornando visível o mundo desse indivíduo que outrora era invisível. Ao mesmo tempo, situa o pesquisador/observador no mundo, podendo este ser reconhecido no meio científico também como os insiders (CRESWELL, 2014).

Por fim, deduz-se, que a escolha da metodologia qualitativa para esta pesquisa oportuniza ao pesquisador a possibilidade de observar o objeto com liberdade de expressão e refletir sobre detalhes singulares inerentes às territorialidades dos sujeitos pesquisados, visando à transparência das condições vivenciadas e, sobretudo, à produção do conhecimento científico.

3.4 UNIVERSO E LOCAL DO ESTUDO

O universo deste estudo foi constituído por mulheres assistidas nas Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona urbana do município de Governador Valadares/MG, diagnosticadas com HPV, no ano de 2019.

O município de Governador Valadares possuía uma população estimada de 278.685 habitantes, em 2018, distribuídos em 2.342,325 Km², com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,727. É considerado um município de médio porte, em desenvolvimento. Encontra-se localizado no leste de Minas Gerais; é pertencente à Bacia do Rio Doce, com 183 bairros na zona urbana e 12 distritos na zona rural (IBGE, 2018).

Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB) de Governador Valadares/MG, o município apresenta um percentual de cobertura estimado de 75% da população assistida pela Atenção Básica (AB), ou seja, a garantia de cuidados primários de saúde. Encontra-se dividido em oito regiões de saúde, que compreendem 61 ESF, sendo 55 na zona urbana e 6 na zona rural, além de nove UBS, um Consultório de Rua, que presta atendimento a moradores de rua em condições de vulnerabilidade social (DAS, 2019). No município, essa cobertura assistencial é uma ação efetivada pelas ESF, que atuam com definição de território adstrito, mapeamento e reconhecimento da área, assegurando ao sujeito o acesso à prevenção, promoção e recuperação

da saúde (BRASIL, 2019).

A ESF foi implementada com a finalidade de reorganizar o Sistema de Saúde Pública, para ser a porta de entrada efetiva dos usuários, em busca de saúde de qualidade. Esta é vinculada ao MS; está inserida nas plataformas do SUS e se estrutura em pilares como a universalidade, equidade, integralidade, humanização, acessibilidade entre outros (BRASIL, 2014).

Vale ressaltar que a ESF é reconhecida pelo MS como um local de prestação de serviço de saúde, por isso é identificada por este, através do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Esse número de cadastro, de acordo com a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, artigo 359, se constitui como “documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, público ou particular” (BRASIL, 2017, p.105).

O CNES é representado por um número de identificação das Unidades de Saúde, registradas por estrutura física. Tem por objetivo cadastrar e atualizar os dados dos estabelecimentos de saúde e repassar à população e aos gestores a situação atual de saúde recebida pelos estabelecimentos cadastrados. Ainda tem por finalidade apoiar tomadas de decisões, planejamento das ações em saúde da população, dentro de um determinado território. Cabe ao gestor municipal de saúde, o cadastramento e manutenção dos estabelecimentos junto ao CNES.

Neste contexto do tema pesquisado, ainda pode-se destacar que o MS implementou, a partir da Portaria nº 3.394, de dezembro de 2013, o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), ligado ao MS, órgão responsável por apresentar as informações atualizadas sobre o Câncer de colo do útero e demais tipos de Câncer em todo o território nacional. O SISCAN é ligado ao CNES e alimentado com os dados referentes à saúde da mulher inserida no território da ESF/UBS. Assim, o resultado do exame preventivo do colo do útero é cadastrado no SISCAN e disponibilizado conforme o CNES da unidade prestadora do cuidado. Como não é possível separar os dados no sistema, mesmo que você pesquise somente na ESF, alguns dados também estarão sinalizados na UBS.

O município de Governador Valadares/MG apresentou, no último censo, uma população feminina maior que a masculina, com uma relação de 52,5% mulheres para 47,4% homens (IBGE, 2010). Reconhece-se a relevância do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) dentro do processo de organização do SUS, bem como no âmbito da Epidemiologia, uma vez que o DATASUS é responsável por recolher, sintetizar e propagar as informações de saúde de toda a população do território nacional.

Entretanto, vale destacar, neste contexto, a dificuldade enfrentada para a identificação dos dados epidemiológicos, referentes ao município do Governador Valadares/ MG, quanto ao número de exames preventivos do colo do útero realizados e quanto ao número de exames preventivos do colo do útero com diagnóstico de HPV, no ano de 2019, na Base de Dados do DATASUS.

Mediante essa realidade, com autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Governador Valadares/MG e por meio da colaboração sistemática da referência técnica do SISCAN deste município, os dados referentes aos exames preventivos realizados e diagnósticos do HPV foram disponibilizados pelo Departamento de Atenção à Saúde (DAS, 2019). Os dados de todo o município e distritos de Governador Valadares/MG encontravam-se devidamente arquivados em programa de computador e planilhas de controle em excel, separados por delimitação geográfica, conforme orientação do MS. A partir de então, pôde-se registrar o cenário epidemiológico do HPV nas ESF da zona urbana de Governador Valadares/MG, no ano de 2019.

Ressalta-se que, no ano de 2019, nas ESF da zona urbana de Governador Valadares/MG foram realizados 10.067 exames preventivos do colo do útero. Destes, 339 foram identificados com diagnóstico de HPV o que representa uma porcentagem de 3,4%.

Portanto, a investigação epidemiológica, nesse caso, pode ser pensada como um método auxiliar nas descobertas das causalidades patológicas que podem ter relação com o adoecimento da população-alvo, tendo como objetivo mudanças de hábitos comportamentais, conscientização de autocuidado e conseqüente redução da incidência pelo HPV.

3.5 AMOSTRA

A amostra foi constituída por 15 mulheres assistidas nas Estratégia Saúde da Família (ESF), da zona urbana do município de Governador Valadares/MG, diagnosticadas com HPV, no ano de 2019.

Esse número amostral pode ser considerado adequado, pois, de acordo com Santos (1999), o tamanho da amostra não é fator determinante da significância do estudo qualitativo que trabalha com amostras relativamente pequenas, intencionalmente selecionadas.

Bauer e Aarts (2002, p. 61):

[...] salientam que há um limite máximo de entrevistas, que é necessário realizar e possível de analisar. Esse limite é entre 15 a 25 entrevistas, estando estabelecidas no máximo 15 páginas para cada entrevista transcrita.

Sampieri, Collado e Lúcio (2013) defendem, que para o desenvolvimento da pesquisa qualitativa, não se faz obrigatório um número delimitado ou determinado de participantes. Esse é um critério que deve ser pré-estabelecido pelo pesquisador, considerando seus objetivos e as características do objeto de pesquisa.

Quando se reflete sobre a legitimação da pesquisa qualitativa, a busca pela quantidade de entrevistas necessárias pode ser involuntária, desapreciando o significado das vivências dos entrevistados e a qualidade dos dados obtidos (PIRES, 2008). Em uma pesquisa constituída em um campo democrático, observam-se diferentes abordagens metodológicas defendidas por autores como, Sim *et al.* (2018), apontando que a quantidade de entrevistados pode variar de 2 a 60 e lembrando sempre de fazer menção aos autores de referência para o seu objeto pesquisado.

Dessa forma, “compete ao investigador mostrar evidência de saturação em vez de decretá-la, cabendo-lhe justificar a dimensão da amostra em vez de simplesmente afirmar” (REGO; PINA; MEYER JÚNIOR, 2018, p. 45). Assim, amostras consideradas “menores”, se forem selecionadas com critério técnico, podem oportunizar o aprimoramento das teorias vigentes.

Rego, Pina e Meyer Júnior (2018, p. 51) afirmam que, “fazer 30 entrevistas não é necessariamente melhor que fazer metade de 30”. Bertaux (1981) orienta o mínimo de 15 entrevistas, quando se referir a pesquisas sobre as vivências dos seres humanos. Observa-se, então, diferentes abordagens científicas referentes à quantidade de amostras. Atran, Medin e Ross (2005) seguem validando o mínimo de 10 entrevistados como sendo relevantes em uma pesquisa com abordagem qualitativa.

Para esta pesquisa, foi utilizada a técnica de amostragem por conveniência. Essa técnica é considerada não probabilística e não aleatória, pois possibilita constituir amostras de acordo com a facilidade de acesso. Consiste em selecionar uma amostra da população que seja acessível, ou seja, indivíduos que estão prontamente disponíveis e não foram selecionados por meio de um critério estatístico. O objetivo não é generalizar conclusões e sim descrever as características principais do grupo estudado (MEDRONHO, 2009).

Destaca-se que, para esta pesquisa, as mulheres entrevistadas foram selecionadas a partir da indicação dos profissionais da ESF, levando-se em consideração os seguintes critérios: condições para visita domiciliar (caso a entrevistada optasse pela entrevista em sua casa), vínculo da mulher com a Unidade de Saúde, permanência da mulher na área de abrangência da Unidade de Saúde notificadora e os demais critérios de inclusão listados abaixo.

3.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

Foram incluídas na amostra mulheres assistidas na ESF da zona urbana do município de Governador Valadares/MG, diagnosticadas com HPV no ano de 2019, com idade compreendida entre 25 a 64 anos, que foram ou estavam sendo acompanhadas no referido serviço, não possuíam nenhuma ligação profissional com a pesquisadora responsável pela coleta de dados e concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 1). Foram excluídas as que se recusaram a participar e as que não aceitaram assinar o TCLE.

3.7 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto foi realizado com duas mulheres que atenderam aos critérios de inclusão/exclusão, pois, consoante Canhota (2008), a quantidade de participantes não precisa ser superior a 10% da amostra almejada. O objetivo da realização do estudo piloto foi verificar a abordagem das questões, analisar se estavam de fácil compreensão, qual seria o tempo gasto para a realização de cada entrevista, descobrir pontos fracos e problemas em potencial para que fossem resolvidos antes da coleta de dados. Os resultados obtidos nessa etapa do estudo não foram utilizados no estudo principal.

Marconi e Lakatos (2007) atribuem a importância da realização do estudo piloto à possibilidade de que ele estabeleça a verificação da fidedignidade, validade e operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

3.8 ETAPAS DA COLETA DE DADOS

1ª. Etapa

Inicialmente foi solicitado ao Núcleo de Integração Ensino Serviço (NIES) de Governador Valadares/MG a autorização para a realização desta pesquisa através do Formulário de Inserção de Proposta de Integração Ensino-Serviço (APÊNDICE 2). Posteriormente o NIES encaminhou esta solicitação à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que por sua vez autorizou a execução da pesquisa (Termo de Anuência – ANEXO 2). Após autorização do NIES/SMS para a realização da pesquisa foi requerido ao DAS o número de exames preventivos realizados, e a quantidade de exames preventivos com diagnóstico de HPV nas 55 ESF da zona urbana do município de Governador Valadares/MG em 2019.

Os dados referentes ao período citado foram disponibilizados, estudados e analisados, e após conhecer o cenário epidemiológico da patologia nas ESF no município, optou-se por entrevistar as mulheres que, em 2019, tiveram o diagnóstico de HPV, devido ao acesso mais fácil a elas. A evasão da ESF por mudanças frequentes de endereço é uma realidade para essas mulheres que não têm moradia fixa e residem num território de vulnerabilidade socioeconômica e cultural. A escolha do ano 2019 se deu, também, em decorrência do menor espaço de tempo compreendido entre a descoberta do diagnóstico de HPV e a realização desta pesquisa. Subentende-se que as memórias, os sentimentos ainda se encontram bem acentuados, o que possibilita compreender mais precisamente as experiências vividas por essas mulheres portadoras de HPV.

2ª. Etapa

Após a indicação dos nomes, endereços e contato telefônico das possíveis participantes da pesquisa pelo coordenador responsável por cada ESF, fez-se uma análise dos seus prontuários, para verificar se atendiam aos critérios de inclusão/exclusão deste estudo. Assim, após essa verificação, foi realizado um contato telefônico prévio com as mulheres indicadas, com o objetivo de convidá-las para a participação na pesquisa.

Com o aceite, foi agendada uma entrevista guiada por meio de um roteiro semiestruturado (APÊNDICE 4). Gil (2017, p. 113) considera que a entrevista “trata-se de um diálogo assimétrico em que uma das partes busca coletar informações da (s) outra (s), compreendida (as) como fontes de pesquisa”.

O recolhimento de dados qualitativos é de natureza exploratória e implica numa análise e investigação aprofundada, devendo ser realizado mediante um bom roteiro estruturado, apresentando perguntas abertas e fechadas, focadas principalmente na obtenção de ideias, raciocínio e motivações, para que eles se aprofundem em termos de pesquisa (CRESWEEL, 2014).

A finalidade do roteiro semiestruturado, nesta pesquisa, foi identificar como se deu o acesso à mulher com diagnóstico de HPV na ESF, além de conhecer seu perfil socioeconômico e econômico, seu conhecimento, sentimento e comportamento frente ao diagnóstico da patologia, bem como saber como este diagnóstico influenciou suas relações interpessoais.

A entrevista foi programada com a ajuda dos profissionais da ESF. O dia, horário e local (uma sala da ESF ou sua residência) foram de conveniência da entrevistada. O local escolhido deveria possuir uma mesa, cadeiras, boa luminosidade e privacidade, para que não houvesse a interferência de terceiros, de modo a garantir conforto às mulheres, visando ao sigilo das informações coletadas.

Assegurou-se à entrevistada o caráter confidencial da pesquisa, ausência de identificação do seu nome, resultado da pesquisa com caráter científico sem fins lucrativos, voluntário, estando a entrevistada livre para participar ou não. Caso a entrevistada se sentisse desconfortável no decorrer da entrevista, esta seria interrompida, uma vez que pesquisas desse cunho têm o risco de causar constrangimentos, em decorrência das memórias do passado que podem ser ativadas. A critério da entrevistada, a entrevista pôde ser reiniciada, remarcada ou cancelada.

3ª. Etapa

Durante a realização da entrevista, mediante o cenário epidemiológico mundial, federal, estadual e municipal, em decorrência da pandemia do novo Coronavírus (SARS-COV 2), a manutenção de todos os protocolos de biossegurança, o distanciamento social, previstos pelo Ministério da Saúde (MS), foram condicionados e orientados, com os objetivos de garantir a prevenção da contaminação do pesquisador e da entrevistada (MS, 2019).

Inicialmente, foi realizado um “rapport” (processo de aproximação cordial entre terapeuta e cliente, objetivando facilitar o diálogo durante a coleta de dados) para que a entrevistada se sentisse à vontade, a fim de quebrar ou diminuir resistências. Durante a entrevista, foi mantido um caráter de informalidade, desejando estabelecer um clima de empatia entre entrevistadora e entrevistada.

Os dados coletados foram registrados por meio de um gravador de voz digital, com o consentimento da entrevistada. Posteriormente, as falas foram transcritas, sendo que os textos não sofreram alterações, preservando seu caráter espontâneo. Esse procedimento visou obter o registro de toda a entrevista, apresentando uma fidelidade quanto à fala e viabilizando o retorno ao material, sempre que se fizesse necessário para as análises posteriores. Para resguardar a identidade das entrevistadas, as falas foram identificadas pelo número correspondente ao da entrevista.

3.9 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados, relativos às características socioeconômicas e demográficas, foram organizados e avaliados mediante análise descritiva. As demais temáticas presentes no roteiro semiestruturado (APÊNDICE 3) foram analisadas por meio da técnica de “Análise de Conteúdo”, proposta por Bardin (2011). Essa técnica é considerada um processo sistemático de avaliação de mensagens, que almeja a descrição do conteúdo e inferências de conhecimentos sobre a produção e recepção dessas mensagens.

Para Bardin (2011, p. 47), o termo análise de conteúdo designa:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens [...] (BARDIN, 2011, p. 47).

A análise proposta por Bardin (2011) indica três fases fundamentais: a pré-análise, a exploração do material, e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A primeira fase, pré-análise, foi identificada como uma fase de organização. Nela, estabeleceu-se um esquema de trabalho preciso, bem definido, flexível que envolveu a leitura para um primeiro contato com os documentos. Em seguida, os documentos foram submetidos à análise e escolha.

Na segunda fase ou fase de exploração do material, foram escolhidas as unidades de codificação que compreenderam a escolha de categorização. A terceira fase do processo de análise do conteúdo, denominada tratamento dos resultados, inferência e interpretação, pretendeu responder aos objetivos geral e específicos pré-definidos (BARDIN, 2011).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo tem por finalidade apresentar e discutir os resultados obtidos nesta pesquisa, a partir da análise de entrevistas realizadas com 15 mulheres com diagnóstico de HPV, assistidas nas ESF da zona urbana de Governador Valadares/MG. Para melhor análise e discussão, o referido capítulo foi dividido em cinco tópicos: (1) Dados Sociodemográficos e econômico das pesquisadas; (2) Diagnóstico do Papilomavírus Humano (HPV) e Território da Estratégia Saúde da Família (ESF); (3) Conhecimento sobre o Papilomavírus Humano (HPV); (4) Práticas Comportamentais; (5) Relacionamentos Interpessoais.

Ressalta-se que os dados coletados não poderão ser generalizados para as demais mulheres assistidas nas ESF do município, em decorrência do tamanho da amostra utilizada. Contudo, os resultados obtidos apresentaram significativo potencial de resposta aos questionamentos inseridos nos objetivos desta pesquisa.

Para tornar possível a análise das práticas comportamentais das mulheres com diagnóstico de HPV é importante conhecer o comportamento delas, mediante a amplificação do campo perceptivo humano. Segundo Le Breton (2012, p. 47), “cada autor empenha-se em controlar a imagem que dá ao outro”. Por isso, acredita-se ser necessário identificar as características sociodemográficas econômicas e culturais dos sujeitos, por meio de métodos técnico-científicos, para que se torne possível conhecer o potencial de vulnerabilidade e agravo à saúde da população estudada. Posteriormente, correlacionar os achados sociodemográficos às territorialidades, pertencimentos, identidade e subjetividade, dentro do “território vivo (o território concreto no qual a vida transcorre) que contribui para entender como as pessoas adoecem e como podem ter saúde (processo saúde-doença)”, com a finalidade de elaborar e propor “ações e serviços no enfrentamento aos problemas e às necessidades da população” assistida (Monken, Gondim, 2016, p. 109).

4.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS DAS PESQUISADAS

Das 15 mulheres pesquisadas, verificou-se que a faixa etária variou entre 25 a 59 anos, ocorrendo uma predominância entre 25 a 29 anos, seguida de 31 a 39 anos. Na atualidade, o aparecimento do HPV está mais precoce devido à iniciação cada vez mais cedo da atividade sexual das mulheres, associada a outros fatores de risco. Os comportamentos de risco que propiciam a transmissão da infecção e a presença de lesões de etiologia variada, que

comprometem a integridade da pele e mucosa genital, podem favorecer o aparecimento da infecção. A fase de maior atividade sexual das mulheres é durante a idade reprodutiva é compreendida entre 15 a 49 anos (BRASIL, 2013). Além desses fatores, Longatto Filho *et al.* (2003) ainda salientam que as mulheres jovens (25 a 29 anos) possuem uma menor produção de muco cervical, o que naturalmente serviria de proteção da zona de transformação contra o HPV.

A predominância dessa faixa etária (25 a 29 anos), segundo Rodrigues *et al.* (2013) vem ao encontro da literatura que reporta que a maioria das mulheres com diagnóstico de HPV são jovens, podendo isso estar relacionado ao comportamento sexual. Da mesma forma, Cavalcante; Carestiato (2006) argumentam que a infecção genital pelo HPV é mais frequente em mulheres jovens, sexualmente ativas, entre 18 a 35 anos de idade. Resultados semelhantes aos encontrados nessa pesquisa foram observados por Queiroz; Cano; Zaia (2007); Gaspar *et al.* (2015) e Melo *et al.* (2016), ao estudarem mulheres com diagnóstico de HPV assistidas nas ESF. Todavia, Conde, Lemos e Ferreira (2018), pesquisando 99 mulheres em um ambulatório de ginecologia em São Paulo/SP, apontaram idades prevalentes entre 40 a 57 anos.

Claval (2014) argumenta que a idade tem estreita relação com as questões subjetivas dos indivíduos, transpõe as fronteiras das percepções socioculturais, psíquicas e de identidade. A idade tem relação com as territorialidades singularizadas dos indivíduos em diversos territórios em uma sociedade. Desse modo, sugere-se a ampliação de campanhas sobre o tema, direcionadas especificamente para essa faixa etária, com metodologia e linguagem objetiva e clara, com o intuito de orientar a população, divulgando os métodos de prevenção, promoção e recuperação da saúde das mulheres inseridas nas ESF de todo o território brasileiro. Sugere-se ainda, a realização do diagnóstico, identificação e tratamento precoce do HPV, com a finalidade de promover o autocuidado, a melhoria da qualidade de vida e incentivar o reconhecimento do corpo como um território que necessita de cuidado.

Esse território ultrapassa as fronteiras geográficas de delimitações de espaço, tempo e/ou lugar, possibilitando vivências das dimensões imaterial, simbólica e cultural dos sujeitos inseridos em momentos atemporais, que independem de idade, cultura e visam à identificação dos retratos e relatos de identidades singulares. De acordo com Sant'Anna (2001, p. 509), “quanto mais se explora o corpo, mais ele se torna infinito, rompem-se as fronteiras territoriais”.

Analisando a escolaridade, observou-se que a maioria das entrevistadas possuía mais de 9 anos de estudo, o que mostra uma boa escolaridade, embora ainda existam mulheres com Ensino Fundamental incompleto. Ao longo dos anos, os governos vêm investindo em políticas públicas para incentivar as pessoas a ingressarem nas escolas e concluir seus estudos, o que

poderia promover a formação de indivíduos conscientes, críticos, engajados e com potencial de transformação de si mesmos e da sociedade.

Provavelmente, mulheres com mais de 9 anos de estudo e, portanto, com maior conhecimento educacional, possuem mais facilidade de entendimento, aceitação e assimilação das orientações realizadas pelos profissionais da saúde inseridos nas ESF. Supostamente, as mulheres com diagnóstico de HPV com maior grau de instrução são consideradas aptas às tomadas de decisões, mudanças das práticas comportamentais, pela razão de serem mais orientadas intelectualmente, pelo fato de procurarem mais os serviços de saúde para manutenção da prevenção e, conseqüentemente, por dedicarem maior tempo ao autocuidado.

Quanto à escolaridade, Bezerra *et al.* (2005) ao pesquisar 37 mulheres com diagnóstico de HPV, atendidas num Centro de Referência no atendimento às DST e na prevenção do CCU em Fortaleza/CE, encontraram resultados semelhantes a esta pesquisa, observando uma maior parcela de mulheres diagnosticadas com HPV com mais de 9 anos de estudo. As mulheres com maior tempo formal de educação cuidam melhor de sua saúde e de seus familiares, aumentando positivamente os indicadores de saúde. Dalmácio *et al.* (2019) corroboram os resultados relatados, conforme estudo realizado com 12 mulheres diagnosticadas com HPV, assistidas em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no município de Belém/PA.

Realidade refutável à literatura foi identificada nesse estudo, pois, a maioria das mulheres diagnosticadas com HPV, assistidas nas ESF do município de Governador Valadares/MG, no ano de 2019, possuía níveis escolares médio e superior. Entre as pesquisadas, o conhecimento educacional adquirido não foi suficiente para a prevenção da patologia em destaque, deixando-as suscetíveis à infecção causada pelo HPV.

Entretanto, Silva *et al.* (2014) e Melo *et al.* (2016), pesquisando mulheres com diagnóstico de HPV inseridas nas ESF, identificaram maior percentual de mulheres com menos de 9 anos de estudo. Melo *et al.* (2016) pesquisando mulheres com diagnóstico de HPV em uma unidade de saúde do município de Santa Cruz/RN, demonstraram que há uma maior suscetibilidade à infecção pelo HPV entre as pessoas de baixo nível educacional, pelo fato de não possuírem hábitos de prevenção e promoção da saúde. Silva *et al.* (2014) pesquisando 11 mulheres com diagnóstico de HPV inseridas em um centro de referência em São Bernardo do Campo/S.P, consideram esta como sendo uma característica singular do perfil sociodemográfico e econômico de mulheres que utilizam o SUS.

Vale ressaltar, também, que Oliveira *et al.* (2014), pesquisando 123 prontuários de mulheres assistidas pelo SUS, com diagnóstico de HPV, no ano de 2010, em Fortaleza/CE, observaram que mulheres com baixo grau de escolaridade são mais vulneráveis à contaminação

pelo HPV. Pelo fato de não exercerem o autocuidado, tornam-se inaptas para analisar os riscos a que estão expostas, não conseguem estabelecer e exercer ações de promoção e manutenção da sua saúde, sendo consideradas como perfil de maior risco potencial de morbimortalidade.

Sabe-se que a escolaridade é conhecida como um dos determinantes sociais que influenciam as condições de saúde e doença da população de um determinado território. É notório, também, que o território, para além de demarcação e delimitação geográfica, vem sendo reconhecido por suas diversas vertentes no campo da Saúde e da Educação. E para tal, a interdisciplinaridade pode ser utilizada como uma relevante ferramenta em que “se faz a relação entre os saberes, o encontro entre o teórico e o prático, o filosófico e o científico, a ciência e a tecnologia, e apresenta-se como um saber que responde aos desafios do saber complexo” (ALVARENGA *et al.*, 2011, p. 24).

Desse modo, ao analisar o nível de escolaridade das mulheres com diagnóstico de HPV por uma visão territorial imaterial simbólica, mediante o conhecimento adquirido ao longo dos anos letivos (mais ou menos de 9 anos de estudo), pode-se presumir que o nível de escolaridade contribui para o processo de construção do território do saber singularizado, independentemente da quantidade dos anos de estudo. Identificou-se, também, que a grade educacional no campo disciplinar não se constituiu como garantia de proteção à saúde da população pesquisada o que a coloca em situação de vulnerabilidade.

Com relação ao estado civil das mulheres pesquisadas, a maioria relatou não possuir cônjuge por ser solteira, separada ou viúva. Resultados semelhantes foram reportados por Santos *et al.* (2015), pois estes salientaram que mulheres solteiras tornam-se mais suscetíveis à infecção pelo HPV, devido à multiplicidade de parceiros e que a estabilidade conjugal pode influenciar a situação socioeconômica e estar relacionada à melhor qualidade da prevenção, proteção e promoção da saúde das mulheres.

Sobre o comportamento sexual das mulheres solteiras sem parceria sexual fixa, Carvalho e Queiroz (2011) pesquisando 120 mulheres com lesão cervical precursoras de HPV e CCU, inseridas em um ambulatório de ginecologia da universidade pública no Rio de Janeiro/RJ, afirmam que, na maioria das vezes, estas fazem uso de preservativo em suas relações sexuais, o que contribui para um menor nível de infecção pelo HPV; realidade oposta à identificada nesta pesquisa.

Melo *et al.* (2016) verificaram uma prevalência maior da infecção pelo HPV nas mulheres casadas ou em união consensual, o que também foi comprovado por Silva *et al.* (2014) e Gaspar *et al.* (2015). Fortalecendo os referidos resultados, Bezerra *et al.* (2005) identificaram uma maior proporção de mulheres casadas ou em união estável, assegurando que a união

conjugal pode induzir as esposas a uma maior exposição, principalmente às doenças infecciosas do trato genital transmitidas por relação sexual. Confiando na fidelidade de seus companheiros, essas mulheres passam a não utilizar nenhum método de prevenção.

De forma semelhante Pinto; Fuzi e Quaresma (2011), estudando a prevalência de infecção genital pelo HPV em populações urbana e rural da Amazônia Oriental Brasileira, observaram um acometimento maior em mulheres casadas ou em união estável, deduzindo assim a existência de maior atividade sexual monogâmica e fixa, o que não representou benefícios de prevenção do HPV entre as entrevistadas. Entretanto, segundo Bezerra *et al.* (2005), a relação sexual monogâmica com parceria fixa confere à mulher, de forma hipotética, maior seguridade e proteção contra o HPV. Do mesmo modo, Negrão *et al.* (2018) confirmam os dados anteriores, ao pesquisarem a prevalência do HPV entre as mulheres no município de Jacundá/ PA, onde verificou-se uma predominância do HPV nas mulheres com maior estabilidade conjugal, monogâmica e fixa. Para Negrão *et al.* (2018), quanto maior a estabilidade conjugal, monogâmica e fixa, menor será o tempo de exposição ao vírus ao longo da vida, porém, eles afirmam que a estabilidade conjugal não é sinônimo de prevenção contra a infecção pelo HPV.

Ao longo da construção dessa revisão, pôde-se observar na literatura uma ambivalência de opiniões entre os autores (Santos *et al.*, 2015; Carvalho e Queiroz, 2011; Melo *et al.*, 2016; Silva *et al.*, 2014; Gaspar *et al.*, 2015) quanto à real efetividade da parceria fixa monogâmica com o diagnóstico do HPV. Mas, provavelmente, a presença do parceiro, pautada na fidelidade conjugal, monogamia fixa, possibilitaria uma menor incidência do HPV. Já no caso da infecção pelo HPV, a presença do parceiro seria relevante no processo de descoberta, tratamento e recuperação da saúde física e mental das mulheres inseridas nesse processo de transitoriedade frente ao diagnóstico do HPV, caso a relação seja sustentada em pilares de afeto e apoio emocional.

Por certo, apenas a mulher poderá afirmar se a presença do companheiro lhe confere segurança, confiabilidade ou vulnerabilidade, uma vez que se observou, mediante a literatura que as mulheres solteiras e as que possuem mais de um parceiro também foram expostas ao HPV. Por isso, cada sujeito possui liberdade de escolha e somente o indivíduo inserido no contexto é capaz de mensurar o grau de aceitação, benefício ou malefício das suas escolhas. Nas palavras de Raffestin (1993, p. 158) “os homens ‘vivem’, ao mesmo tempo, o processo territorial e o produto territorial por intermédio de um sistema de relações existenciais e/ou produtivistas”.

O indivíduo, para ser considerado territorializado, sentir-se seguro, necessita ser encorajado a construir os seus próprios conceitos e espaços, a identificar as suas territorialidades e a exercer suas relações de poder entre os atores inseridos nos territórios materiais e imateriais; o indivíduo, ao se apropriar do espaço, o territorializa (RAFFESTIN, 1993).

Em relação à cor das mulheres entrevistadas, observou-se que mais da metade era de cor parda. Santos *et al.* (2015), analisando 40 prontuários de mulheres com diagnóstico de HPV inseridas em um Centro de Saúde do SUS, em São Luiz/MA, verificaram que a maioria se declarou de cor parda, porém, não houve nenhuma relação dessa variável com o desenvolvimento ou proteção para o HPV.

Da mesma forma, Gaspar *et al.* (2015) afirmaram que a maioria das pesquisadas era de cor não branca, por isso, possuía maior probabilidade de se infectarem pelo HPV em decorrência das desvantagens em relação às baixas condições socioeconômicas e culturais que as tornam sujeitos vulneráveis no autocuidado.

O geógrafo Claude Raffestin (1993, p. 134), em uma de suas obras conhecidas *Por uma Geografia do Poder*, retrata que “os negros, com exceção de uma elite abastada, não conseguem se instalar onde querem”. Pressupomos que seja em decorrência das desigualdades sociais existentes desde os tempos do Brasil Colônia que insistem sutilmente em perdurar até a atualidade, mesmo após a abolição da escravatura. Permanecendo assim, muitos indivíduos de etnia não branca, não têm acesso à saúde, apesar de ela estar preconizada nas políticas públicas (BRASIL, 1990), seja por não reconhecerem os meios de adquiri-los, seja por não conseguirem se inserir e se estabelecer na sociedade nos mesmos locais onde os brancos estão inseridos.

Carvalho e Queiroz (2011) evidenciaram um maior acometimento da doença em mulheres brancas. Os autores afirmam que poucos estudos publicados demonstram a relação entre raça e evolução do HPV, mas descrevem que as mulheres brancas possuem menos riscos de infecção, quando comparadas às mulheres negras, consideradas mais suscetíveis.

Santos (2016), ao pesquisar 30 mulheres e 30 homens em um ambulatório de Doença Sexualmente Transmissível (DST) no município do Rio de Janeiro/RJ, observou que a etnia negra contribui como um dos fatores de risco para o desenvolvimento do HPV, quando relacionada às questões sociodemográficas e comportamentais. Da mesma forma, Carvalho e Queiroz (2011) também evidenciaram a etnia negra como vulnerável e a etnia branca como portadora de maior proteção.

Nessa perspectiva imaterial simbólica, (Claval, 2007) e Haesbaert (2009) reportam que se deve compreender o sujeito para além das demarcações geográficas e físicas, exercitando o malabarismo tênue existente entre as linhas que tecem raça e cultura, raça e poder político, raça

e poder subjetivo. Percebe-se que a territorialidade é relacional e dinâmica (RAFFESTIN, 1993), muda conforme o tempo e o espaço, de acordo com as características de cada grupo social.

No que se refere à condição de trabalho das mulheres pesquisadas, uma parcela encontra-se em exercício profissional, outras desempregadas e outras ainda não possuem renda. Oliveira *et al.* (2014) detectaram que 69,9 % dessas mulheres trabalhavam fora de casa. Entretanto, os autores não fizeram nenhuma inferência sobre a relação dessa variável com o HPV.

De semelhante modo, Carvalho e Queiroz (2011) relataram que grande parte das entrevistadas possuía trabalho remunerado. Essa realidade é retratada pelo desejo das mulheres de conseguirem melhores condições de vida para elas e seus familiares, necessitarem contribuir com as despesas do lar e devido ao anseio de se tornarem mulheres independentes financeiramente. Os autores acreditam que pelo fato de as mulheres profissionalmente ativas possuírem uma vida social que lhes permita uma convivência maior com outras ideologias, elas estão mais propícias a se relacionarem com outros parceiros, e por esse motivo, tornam-se mais suscetíveis a se contaminarem pelo HPV.

Acredita-se que alguns fatores possam estar associados ao desenvolvimento do HPV entre as mulheres profissionalmente ativas no mercado de trabalho. Entre esses fatores está a condição financeira das mulheres que pode possibilitar maiores oportunidades socioculturais de diversão e lazer, o que conseqüentemente, se associa à ampliação das redes interpessoais, propiciando maior diversificação dos relacionamentos afetivos e exposição sexual, o que possivelmente, as tornam mais suscetíveis a contraírem o HPV. Mulheres ativas no mercado de trabalho, em sua grande maioria, queixam-se da falta de tempo para cuidar da saúde em decorrência das excessivas demandas diárias no trabalho. Dessa forma, presume-se que estas sejam mais propensas às complicações causadas pelo HPV no organismo, em virtude da detecção tardia da patologia.

Quanto à renda familiar das pesquisadas, observou-se que mais da metade declararam receber um salário mínimo. Segundo dados do IBGE (2018), a população valadarense, no ano de 2010, possuía rendimento nominal de até ½ salário mínimo. No ano de 2018, o valor médio mensal pago aos trabalhadores formais apresentou um acréscimo, passando para 2,1 salários mínimos, e esses trabalhadores em exercício da sua função correspondiam a 22,1 % da população ativa no mercado de trabalho no município. Presume-se que a baixa condição econômica das mulheres entrevistadas possui estreita relação com o adoecimento, o que as tornam mais vulneráveis ao surgimento de patologias, como por exemplo, as IST.

Supõe-se que a saúde financeira possui significativa relação com o conceito de saúde-doença, pois, ter saúde não é apenas ausência de doença (OPAS, 2019). O ser humano possui necessidades que precisam ser supridas e o fator econômico exerce impacto sobre muitas delas. No entanto, acredita-se que, mulheres com melhores condições financeiras têm mais acesso à saúde e mais oportunidade de manter hábitos saudáveis de prevenção e cuidados com a saúde.

Bezerra *et al.* (2005) pesquisando mulheres com diagnóstico de HPV, observaram que a maioria das mulheres era de baixa renda, principalmente entre um e três salários mínimos. Os autores acreditam que esse contingente maior de mulheres com baixa renda se deve ao fato do Centro de Saúde onde os dados da pesquisa foram coletados ser municipal, conveniado com o SUS, apresentando, assim, uma demanda geralmente composta por classes socioeconômicas menos abastadas. Comprovando os dados acima, Moura *et al.* (2014), pesquisando 100 mulheres com HPV na cidade de Fortaleza/CE, detectaram mais da metade das mulheres com renda mensal de 2,6 salários mínimos. A partir desses dados, demonstraram que a problemática da infecção pelo HPV pode estar associada ao baixo nível socioeconômico e ainda da escolaridade das mulheres diagnosticadas com HPV.

Queiroz, Pessoa e Souza (2005), estudando 40 mulheres em um ambulatório de ginecologia da Atenção Básica no estado do Ceará, observaram que a mulher com HPV encontra-se vulnerável, não apenas por questões de ordem biológica, mas também devido aos fatores socioeconômicos precários. Da mesma forma, Pereira *et al.* (2011), ao investigarem 19 mulheres em um Hospital Oncológico em Teresina/Piauí, concluíram que os níveis socioeconômico e educacional baixos interferem na realização do autocuidado, ampliando as possibilidades de as mulheres tornarem-se mais suscetíveis ao HPV, em decorrência das questões biológicas, econômicas e de gênero.

Provavelmente, há uma relevante interconexão entre as variáveis sociodemográficos e econômicas estudadas nesta pesquisa, pois, segundo Claval (2019, p. 60), “a vida social e econômica reflete a influência de comportamentos culturais”. Desse modo, subentende-se que a baixa condição financeira das mulheres com diagnóstico de HPV encontra-se relacionada ao baixo nível de escolaridade e cultural, que refletem a qualidade das condições básicas de sobrevivência e autocuidado, uma vez que, quanto menos acesso aos recursos financeiros as mulheres tiverem, mais vulneráveis às IST, como por exemplo, ao HPV, elas estarão.

Nesse mesmo sentido, Júnior e Santos (2018, p. 19), em A Territorialidade e o Território na Obra de Robert David Sack, descrevem que “relações conflituosas que têm origem em elementos socioeconômicos são camufladas pelo discurso territorial”. De semelhante modo, Haesbaert (2004a, p. 79) corrobora os autores ao afirmar que “o território pode ser concebido a

partir de imbricações de múltiplas relações de poder, do poder mais material das relações econômico políticas ao poder mais simbólico de ordem cultural”.

Dentre as entrevistadas, mais da metade possui filhos, estabelecendo uma média de um a três. Acredita-se que o fato de as mulheres entrevistadas possuírem mais de um filho, serem solteiras, não possuírem parceria sexual fixa, possivelmente as tornam mais vulneráveis à infecção pelo HPV, em decorrência da maior suscetibilidade de contato e exposição ao vírus com a cérvix uterina durante as relações sexuais, o que pode propiciar a replicação e o desenvolvimento de lesões neoplásicas ou possivelmente neoplásicas.

Resultados similares foram reportados por Freitas; Cangussú, Gradela, (2015) pesquisando mulheres com HPV no estado do Espírito Santo/ES, onde evidenciaram que a maioria possuía de um a três filhos. Monteiro *et al.* (2017) e Suzuki *et al.* (2007), ao analisarem mulheres com HPV, identificaram que a maioria de suas pesquisadas possuía de dois a três filhos.

Para Moura, Silva e Gomes (2010) pesquisando 279 mulheres inseridas nas ESF do interior do Ceará, para identificar as características demográficas e socioeconômicas, observaram que existe uma relação entre o maior número de filhos e a escolaridade das mulheres, ou seja, quanto menor a escolaridade, maior o número de filhos, em decorrência da dificuldade de acesso às informações sobre planejamento familiar e saúde da mulher.

Em um ambulatório de ginecologia e obstetrícia da Unidade Básica de Saúde no Rio Grande do Sul, Oliveira *et al.* (2013), ao investigarem 302 mulheres que apresentaram diagnóstico de HPV, identificaram que a multiparidade constitui-se como um fator de proteção para a infecção do HPV entre as mulheres. Já Osis *et al.* (2014) e Pedregosa *et al.* (2010) conferem à multiparidade um dos fatores de risco ao desenvolvimento do câncer cervical, considerado uma das possíveis complicações associadas ao diagnóstico de HPV entre as mulheres.

Possivelmente, a existência de mais de um filho na vida da mulher é um fator dificultador, pois diminui o tempo de cuidado com a sua saúde, uma vez que aumenta o tempo de cuidado com os filhos, que dependem de sua atenção e proteção e de outras exigências exaustivas da maternidade. Com isso, a mulher pode tornar-se vulnerável às complicações causadas pelo HPV pela detecção tardia da doença.

Através dos dados coletados, observou-se que uma parcela considerável das mulheres pesquisadas era solteira e cuidava dos filhos sem ajuda de um companheiro. Nesse caso, necessitavam otimizar o tempo entre as tarefas diárias optativas e obrigatórias no trabalho, em casa com os filhos, deduzindo-se que o tempo para os cuidados com a sua saúde é insuficiente,

tornando-a propensa às complicações causadas pela infecção do HPV. Raffestin (1993) afirma que os corpos dos indivíduos e os territórios podem ser controlados em decorrência do tempo. O tempo é relevante para a detecção precoce do HPV, uma vez que, quanto mais previamente identificadas as alterações celulares no organismo feminino melhor e mais satisfatório será o tratamento, o prognóstico, acompanhamento e a recuperação da saúde das mulheres acometidas pela doença.

Ressalta-se, que identificar as características sociodemográficas e econômicas das mulheres pesquisadas, pode subsidiar a reorganização de estratégias voltadas para a saúde da mulher, além de contribuir para o reconhecimento dos determinantes sociais que poderão ou não influenciar as práticas comportamentais das mulheres com diagnóstico de HPV e suas relações interpessoais.

4.2 DIAGNÓSTICO DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) E TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Uma das diretrizes do SUS estabelecida na Atenção Básica, conhecida como territorialização e adscrição, especificada na Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017, considera o território como:

[...] a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam à necessidade da população adscrita e ou as populações específicas (BRASIL, 2017, p. 7).

“A territorialização é um dos pressupostos básicos do Programa Saúde da Família (PSF)”, atualmente chamado de ESF, conforme descrevem Pereira e Barcelos (2006, p.48). A delimitação da população adscrita presente no território possibilita a demarcação da área de abrangência, o reconhecimento das questões socioeconômicas e culturais, bem como o estabelecimento de vínculo com a população e demais redes de apoio existentes naquele território material que se encontra em movimento e em constante construção. O objetivo dessa delimitação territorial é identificar os determinantes sociais responsáveis pelo favorecimento do adoecimento da população em destaque e intervir, de forma singularizada, visando solucionar ou minimizar a problemática identificada.

Haesbaert (2004b), em sua visão político-jurídica do território no campo da Geografia, aponta que, nessa vertente, o espaço é controlado por relações de poder exercidas pelo Estado, que objetivam controlar o território com uma finalidade específica. O território, segundo Monken e Gondim (2016, p. 110), “possui diferentes dimensões ou formas de uso”. Assim, observando o território da ESF em uma visão político-jurídica, por este ser gerido por leis, normas e portarias previstas pelo MS, em âmbito federal, pode-se dizer, que a ESF se constitui como sendo um território destinado à prevenção, promoção e recuperação da saúde de uma população específica, localizada em um território geográfico, podendo ser considerado como material e imaterial, contudo, fixo e delimitado geograficamente.

A mulher acometida pelo HPV, possivelmente encontra-se vulnerável emocionalmente, pelo fato de a patologia ter ligação com as relações interpessoais e sexuais, com o território de intimidade que fora violado pela presença inoportuna de uma IST. Sendo assim, essa mulher pode apresentar sentimentos de medo, vergonha, tristeza, culpa, raiva até sentimentos de indiferença.

A mulher acolhida pela ESF através dos profissionais responsáveis pelo cuidado que ali trabalham, precisa reconhecer esse território como um local de possibilidades, sujeito às relações de afetividade e como um local de tratamento que está apto a promover o autocuidado e mudanças comportamentais seguras e duradouras.

Por esse motivo, garantir acesso e acolher as mulheres com diagnóstico de HPV nas ESF de forma humanizada, respeitando “os princípios doutrinários do SUS: integralidade, equidade e universalidade” (BRASIL, 1990, p. 4), constituem desafios existentes na assistência à saúde da população, na atualidade, por serem considerados alguns dos relevantes escopos da Lei nº 8.080 de 1990, que regulamenta o SUS.

Entre as entrevistadas, pôde-se identificar que mais da metade delas relataram ser o profissional enfermeiro que as informou sobre o diagnóstico de HPV em sua ESF de referência e afirmaram que se sentiram acolhidas por ele no momento da descoberta do diagnóstico do HPV, conforme relatos abaixo:

“Senti, foi muito atencioso comigo, é... me falou o que eu deveria fazer... e foi muito bom ter descoberto por ele e a pessoa ter me falado”. (Entrevistada 2).

“Senti acolhida, mas um pouco assustada. Silêncio...mas, ela me orientou, me encaminhou direitinho para o Viva Vida, falou sobre o tratamento, e falou comigo que eu tinha que fazer o tratamento lá e com ela. Prá ela fazer o acompanhamento”. (Entrevistada 10).

“Sim, ela teve o maior cuidado, carinho, eu fui muito bem acolhida por ela”.
(Entrevistada 12).

Consoante Gama, Silva e Carvalho (2018, p. 110), “compete ao profissional enfermeiro realizar consultas de enfermagem de maneira minuciosa, ressaltando a relevância de adesão ao tratamento correto e adequado”. Subentende-se que a presença do profissional enfermeiro no território da ESF, no momento da descoberta do diagnóstico de HPV, propicia às mulheres maior conforto e segurança para vivenciar o processo de reconhecimento, acompanhamento e tratamento do HPV.

O enfermeiro tem um papel essencial na comunicação com as pacientes e as ações educativas por parte desses profissionais são fundamentais para o aumento de exames de triagem e diagnóstico de HPV (CARDOSO, OLIVEIRA e CAMILO, 2016, p. 1589).

Em decorrência de suas habilidades, seus conhecimentos técnicos e científicos, de saber como lidar com os sujeitos para além do modelo tradicional de tratamento e recuperação da saúde, o enfermeiro é considerado um profissional apto frente à construção e manutenção de vínculo afetivo entre as mulheres com diagnóstico de HPV, inseridas na ESF. Esse vínculo constitui-se como uma ferramenta que propicia maior probabilidade de inseri-las no processo do cuidado, de ajudá-las a reconhecer a ESF como uma porta de entrada para a manutenção da sua saúde e como um território além de material, imaterial simbólico, que possibilita a afetividade entre o profissional responsável pelo cuidado e o sujeito adoecido, conforme descrevem Silva *et al.* (2005, p. 122):

[...] o cuidar é energia que alimenta e mantém o ser humano vivo, é mais que um ato, é uma atitude, um momento de atenção, zelo e desvelo, uma atitude de ocupação, preocupação, de envolvimento afetivo, que pertence à atitude do cuidado, que está na raiz do ser humano, por ser ele próprio, cuidado singular, na sua essência do existir (SILVA *et al.*, 2005, p. 122).

O fato de o enfermeiro ser “profissional do cuidado, num processo de relações de cuidado entre humanos” (SILVA *et al.*, 2005, p.121) possibilita a ele enxergar o cliente em uma perspectiva imaterial simbólica, e de forma subjetiva, realizar uma leitura dos atores e seus cenários, mediante a observação das suas vivências, identificando as suas territorialidades dentro desse território material e imaterial da ESF. A partir de então, cabe ao enfermeiro estabelecer planos de cuidados singularizados para cada mulher, mediante o olhar multidisciplinar, respeitando suas limitações e peculiaridades, com a finalidade de diminuir ou minimizar os impactos causados pelo HPV em seu corpo, além de possibilitar mudança na

qualidade de vida, pós-processo de adoecimento e recuperação da saúde.

São variados os aspectos em que a análise Geográfica pode contribuir na formação de profissionais de saúde. Na atualidade, categorias e metodologias advindas da geografia são recursos indispensáveis para conhecer as condições e vida e a situação de saúde de territórios, os determinantes e necessidades sociais de saúde, riscos e danos (MONKEN, 2019, p. 84).

Portanto, a Geografia constitui-se como uma relevante ferramenta de avaliação dos determinantes sociais que favorecem o adoecimento de uma determinada população, dentro dos territórios materiais e/ou imateriais no campo da Saúde. Depreende-se que, ao aliar as duas áreas Geografia e Ciência da Saúde, ganha-se em qualidade de assistência prestada ao usuário, na ampliação do campo interdisciplinar perceptivo dos profissionais envolvidos no cuidado, com a finalidade de identificar e transpor os limites que favorecem as condições de vulnerabilidade social, econômica e/ou emocional existentes em cada território vivido, pertencentes às mulheres com diagnóstico de HPV, adscritas nos territórios das ESF.

Souza, Ponte e Araújo Júnior (2015, p. 49) destacam a consulta de enfermagem como “importante estratégia tecnológica de cuidado, privativa do enfermeiro, resolutiva, respaldada por lei e facilita a promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento precoce além da prevenção de situações evitáveis” das condições de saúde das mulheres usuárias das ESF, gerando benefícios à saúde que podem propiciar melhorias na qualidade de vida das mulheres com diagnóstico de HPV.

Desse modo, defende-se, que ao profissional responsável pelo cuidado das mulheres inseridas no território da ESF, cabe a perícia e a sensibilidade da escuta efetiva, a percepção e observação da forma pela qual cada indivíduo reconhece as problemáticas apresentadas a ele. E, a partir de então, de forma humanizada, estabelecerá as práticas de cuidado individualizadas, integralizadas e holísticas, com a finalidade de promover a recuperação da saúde das mulheres com diagnóstico de HPV inseridas na ESF, mediante uma assistência arrolada à competência técnica e científica, confiável e afetiva, entre o binômio cuidador e ser que necessita de cuidado.

Cardoso, Oliveira e Camilo (2016), ao realizarem uma revisão integrativa da literatura acerca das ações de prevenção e controle do HPV e CCU entre a população feminina, ressaltaram como sendo relevante a ação educativa do profissional enfermeiro, dentro desse processo do cuidado envolvendo mulheres acometidas pelo HPV, consoante descrito a seguir:

Sobre a ação educativa do enfermeiro nos casos de HPV e CCU, estudos indicam que os profissionais de enfermagem têm um papel importante nesse processo, pois podem esclarecer as medidas preventivas e realizar comunicações sobre a prevenção e autocuidado, que são eficazes para o esclarecimento das pacientes (CARDOSO; OLIVEIRA; CAMILO, 2016, p. 1588).

Mediante os resultados dessa pesquisa, identificados através das análises das falas das mulheres, observou-se que o profissional enfermeiro é o responsável por divulgar às mulheres o diagnóstico de HPV dentro do território da ESF e, nessa abordagem, elas sentiram-se acolhidas por eles. Silva, Lima e Mishima (1993, p. 305) descrevem que “é no bojo da dicotomia entre o cuidar e o curar, do desenvolvimento da ciência médica, da constituição das sociedades capitalistas, que a enfermagem se institucionaliza”. Acredita-se que a prática reflexiva do pensamento proposta por Silva, Lima e Mishima (1993, p.305):

[...] propicia a quebra de paradigmas a respeito da percepção dos gestores da saúde pública e dos profissionais enfermeiros responsáveis pelo cuidado, no que se refere ao trabalho interdisciplinar realizado dentro do território da ESF. Dessa forma, esse trabalho objetiva humanizar um pouco mais a assistência prestada às mulheres com diagnóstico de HPV, colocando-se à disposição delas para além de um profissional responsável pelas prescrições medicamentosas e assistencial (SILVA, LIMA E MISHIMA, 1993, p. 305).

Conforme afirmam Silva *et al.* (2005, p.122), “a ciência e a arte de cuidar que são as molduras da ética na enfermagem”.

Santo e Porto (2006, p. 543) destacam que “a enfermeira e o cliente são os sujeitos principais que atuam como parceiros no processo de cuidar”. Por isso, pode-se afirmar que o acolhimento na consulta de enfermagem constitui-se como parte relevante do processo de trabalho. Ressaltam, ainda, a necessidade de uma escuta efetiva, de atendimento holístico e humanizado, objetivando a educação permanente, voltada para conscientização do autocuidado entre todas as mulheres com diagnóstico de HPV que procurem pelo serviço do enfermeiro, na ESF de todo território nacional (BRASIL, 2017).

As mulheres, na maioria dos casos apresentados nesta pesquisa, encontram-se vulneráveis emocionalmente, necessitando de apoio e orientação, além de tratamento voltado à sua patologia física. É preciso que o profissional enfermeiro esteja apto a perceber as necessidades das mulheres, mesmo quando não são mencionadas. Com o auxílio técnico-científico das demais áreas do saber como, por exemplo, a Geografia, esse profissional pode identificar a influência do HPV nos demais âmbitos da vida dessas mulheres, para além das desordens fisiopatológicas.

A habilidade de ouvir e de se aproximar do cliente favorece a relação terapêutica e abre espaço para a dimensão sensível do cuidado. Para isso, é relevante saber aproximar-se do cliente e ter sensibilidade em perceber, no outro, os aspectos verbais e as expressões corporais; aspectos que nos instigam, também, a procurar nosso autoconhecimento (TEIXEIRA, 2000, p. 235).

As contribuições da abordagem geográfica para este debate são significativas, principalmente no que se referem as suas possibilidades de contextualizar pedagogicamente a realidade social no processo formativo dos trabalhadores (MONKEN, 2019, p. 84).

Fracolli e Zaboli (2004, p. 144) após realizarem um estudo em 10 PSF, no município de São Paulo/S.P, para compreender os aspectos relacionados ao acolhimento, afirmaram que “sem acolher e vincular não se concretizam [...] “os processos sociais de produção da saúde e da doença”. Portanto, defende-se a necessidade de avaliações periódicas por parte dos gestores, a respeito do processo de trabalho que tem sido ofertado às mulheres com HPV por alguns profissionais enfermeiros dentro das ESF, pois, neste estudo, percebeu-se que algumas entrevistadas não se sentiram acolhidas pelo profissional no momento em que receberam o diagnóstico de HPV, como exemplificado nas falas abaixo:

“Não, eu senti que eu fui “aculhida” não...ele num deu muita confiança não. Anha, me atendeu de qualquer jeito, prá lá”. (Entrevistada 6).

“Não, porque, ele só me falou que eu tava com HPV, não me explicou nada... Falou que eu ia ser encaminhada prá centro viva vida, só isso”. (Entrevistada 14).

Cestari *et al.* (2012), ao entrevistarem 14 mulheres com diagnóstico de HPV na região norte do Paraná, identificaram uma deficiência no acolhimento por parte dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado das mulheres acometidas pela patologia. E, segundo os autores, a ausência efetiva desse acolhimento propicia maior suscetibilidade aos agravos da saúde.

O cuidar em Enfermagem envolve a cordialidade consigo e com o outro, envolve o enxergar com o coração, envolve o tocar a natureza (homem) em toda a sua essência e plenitude, transcender e plasmar. Também é possível afirmar que cuidar implica em intimidade, em acolhimento, em respeito e segurança. É estar em sintonia com o outro, afinando-se com ele (SILVA *et al.*, 2005, p. 122).

“O acolhimento se constitui em uma prática da ESF” (FRACOLLI e ZABOLI, 2004, p. 146) e tem relação com a empatia, criação de vínculo afetivo, confiabilidade, bem-estar, que deve ser aliado aos conhecimentos técnico-científicos, pois, segundo as diretrizes do SUS, a ESF tem um papel prioritariamente preventivo aos agravos da saúde de toda a população. Portanto, o acolhimento é responsabilidade de todos os profissionais inseridos na ESF, devendo

ser realizado por todos eles.

Acredita-se que a ausência do acolhimento dentro da ESF por parte do profissional enfermeiro que, na maioria das vezes, é o primeiro a manter contato com o usuário nesse sistema, constitui-se um dificultador para as demais ações a serem programadas em prol da promoção e recuperação da saúde do indivíduo. Essa ausência de acolhimento inviabiliza a prestação de uma assistência de qualidade e geração de vínculo, além da recuperação da saúde dos sujeitos residentes nesse território.

Seguramente essa realidade necessita ser repensada e modificada. Incentivando a realização de capacitações, rodas de conversas, aulas práticas com atendimento psicológico para os profissionais enfermeiros, com auxílio interdisciplinar, possivelmente, poderia se detectar os entraves que dificultam a realização do acolhimento por parte dos profissionais enfermeiros.

No primeiro momento da descoberta do diagnóstico do HPV, a maioria das entrevistadas pensou em compartilhar o diagnóstico com alguém. Na pesquisa realizada por Vargens *et al.* (2013) os autores observaram que:

[...] o indivíduo e a sociedade interagem e compartilham os sentidos, sob a forma de compreensões e expectativas comuns. Este processo interativo é dinâmico, variando de acordo com as diferentes situações que são enfrentadas. Estas situações são percebidas de forma seletiva, de acordo com as necessidades, que por sua vez são definidas a partir dos sentidos que as coisas têm para as pessoas, e que são derivadas da interação (VARGENS *et al.*, 2013, p. 328).

Acredita-se, que pela falta de conhecimento suficiente a respeito da patologia, o sentimento de medo ou angústia propicia uma necessidade de compartilhamento dos saberes com outras pessoas, com o intuito de obter mais informações, obter tranquilidade e segurança em relação à doença e ao processo do tratamento que está por vir.

Após o descobrimento do diagnóstico de HPV, ao se desterritorializarem da ESF e se reterritorializarem nos diversos territórios presentes no seu cotidiano, mais da metade das mulheres entrevistadas nesta pesquisa, afirmaram que compartilharam com outro(os) a descoberta do diagnóstico de HPV. Grande parte das entrevistadas compartilhou a descoberta do diagnóstico de HPV com as amigas, outras com o marido, filhas ou irmãs.

Subentende-se que o risco do compartilhamento do diagnóstico do HPV está em saber se esse ouvinte detém ou não conhecimento suficiente que seja benéfico para o sucesso do tratamento e recuperação da saúde dessa mulher. Caso seja ineficiente, ela poderá evadir da ESF, não realizar o tratamento e tornar-se mais vulnerável. Entretanto, caso seja eficiente,

compartilhar o diagnóstico de HPV pode reportar a essas mulheres maior segurança, responsabilidade, aceitabilidade e, possivelmente, a participação nesse processo de cuidado.

Souza, Pinheiro e Barroso (2008), ao entrevistarem 15 mulheres com diagnóstico de HPV em uma Unidade de Saúde em Fortaleza/CE, com o objetivo de identificar o nível de conhecimento em relação à patologia em destaque, expuseram que “a maior parte afirmou que a principal fonte de informação sobre as DST é o posto de saúde [...] “e indivíduos que compõem seu contexto sócio-familiar” (SOUZA, PINHEIRO; BARROSO, 2008, p. 739). Conforme descreve Claval (2014, p. 59), “basta analisar uma família para conhecer a vida de todos”.

Desse modo, não se pode assegurar categoricamente que o compartilhamento do diagnóstico do HPV seja benéfico ou maléfico. Faz-se necessário um afastamento do objeto de pesquisa e, de forma técnica, realizar a inferência individualmente.

Haesbaert (2007, p. 20) assegura que “não há desterritorialização sem reterritorialização”. Por isso, acredita-se na efetividade da construção de laços afetivos, raízes emocionais, em diversos territórios e na possibilidade de se reterritorializarem com auxílio de suas memórias, pertencimentos, vivências e identidades, como continuidade do processo de crescimento humano e manutenção da vida em seus diversos âmbitos. As falas abaixo narram as atitudes tomadas pelas mulheres ao saírem do consultório médico ou do atendimento com o profissional enfermeiro, após descobrirem o diagnóstico de HPV.

“A princípio eu fiquei calada...não quis falar com ninguém, mas, depois eu não tive como esconder... por que era uma coisa que... poderia tipo... aí eu tive que falar para alguém”. (Entrevistada 02).

“Eu contei pra uma amiga, porque eu fiquei com medo de ficar só pra mim e eu...(silêncio)...entrar em desespero. Aí eu falei com uma amiga”.(Entrevistada 5).

“No primeiro momento eu fiquei muito assustada...me bateu um desespero...mas, eu contei pro meu marido. Foi o meu marido. Porque se eu tivesse a minha mãe, eu tinha contado pra minha mãe.Mas, como eu perdi a minha mãe faz muito tempo, eu contei pro meu marido, que...ele é meu amigo”. (Entrevistada 10).

Ao saírem do território material da ESF e adentrarem no território imaterial subjetivo no campo das emoções e afetividades, pode-se observar uma necessidade de compartilhamento por parte de algumas mulheres, entre as pessoas mais próximas das suas relações interpessoais, a respeito de seus anseios, medos, frustrações, decepções e inseguranças. Tal atitude frente à descoberta do diagnóstico do HPV possibilita uma maior reflexão a respeito do modelo

tradicional de cuidado puro e biomédico, ofertado no campo da Saúde no Brasil, pautado, sobretudo, na cura e recuperação física da saúde da população.

Em contrapartida, outras mulheres optaram por não compartilhar o diagnóstico de HPV com outrem.

“Aa eu saí de lá, mas não pensei nada não, mas, também não contei para alguém não. Ficou só comigo mesmo”. (Entrevistada 4).

“Então, eu não contei prá ninguém...e eu fui pesquisar mais né, porque até então eu não sabia e fui prá internet, apesar do médico já ter me explicado muita coisa, eu fui pesquisar, mas eu não tive coragem de compartilhar com ninguém..não contei prá ninguém...prá amiga minha, nem prá minha mãe, prá ...ninguém”.(Entrevistada 14).

“Não contei prá ninguém, porque eu num sabia o quê que era, não sabia se era grave, se num era, fiquei com isso prá mim, porque minha família também, não tem estrutura nenhuma. Ninguém sabe também das coisas”. (Entrevistada 15).

Conforme aborda Raffestin (1993, p. 97), “a língua é um dos mais poderosos recursos de identidade de que dispõe uma população [...] ocupa um lugar fundamental na cultura [...] pode dar origem a múltiplos conflitos”. Baseado nas afirmações do geógrafo acima, pode-se constatar a língua como um recurso inerente ao poder, com possibilidades de geração de conflitos entre os atores em um determinado território. Dessa forma, conjectura-se que, em decorrência da possibilidade do surgimento de algum tipo de conflito entre os sujeitos inseridos em suas relações interpessoais, algumas mulheres não compartilharam o diagnóstico de HPV com suas amigas, cônjuges ou familiares, optando por vivenciar esse processo de forma individualizada e secreta.

“É no corpo que se dão as sensações, as pressões, os julgamentos” (MIRANDA, 2014, p. 121). Por esse motivo, acredita-se que as mulheres que apresentaram o diagnóstico de HPV, além das alterações físicas que provavelmente ocorreram em seu corpo, experimentaram conflitos internos pelo fato de o diagnóstico do HPV ter ultrapassado as barreiras imateriais simbólicas e subjetivas. Hipoteticamente, a presença do HPV no corpo das mulheres propiciou um refúgio no seu mundo interior, em decorrência do medo, confronto ou julgamento das pessoas que as cercam. Corroborando a informação acima Claval (2014, p. 161) descreve em sua obra que, ao indivíduo “torna-se necessário por um momento abstrair-se do mundo e recolher-se para meditar sobre o princípio das coisas”.

Contudo, mesmo com a realização da consulta de enfermagem e com as afirmações da maioria das mulheres de que se sentiram acolhidas por estes no momento da descoberta do HPV, foi observado, nesta pesquisa, uma necessidade de compartilhar o diagnóstico. A maioria das mulheres sentiram-se aliviadas após esse compartilhamento, consoante destacado em algumas falas abaixo:

“Eu...expliquei prá minha filha tudo que tava acontecendo e ela me deu todo apoio...falou...calma minha mãe...num é assim...e aii...silêncio...eu fui levando né”... (Entrevistada 8).

“No primeiro momento ...eu num sabia o quê que tava por vim... eu resolvi contar prá uma amiga minha. E ela me acolheu muito, também me abraçou, me deu muita...silêncio...como eu vou dizer”. (Entrevistada 12).

“As funções da linguagem são múltiplas e diversas: de comunicação, organização do real e transmissão. A linguagem pertence à cultura” (RAFFESTIN, 1993, p. 97) e essa relação depende do grau de conhecimento que cada indivíduo detém sobre o assunto abordado. O uso da linguagem como forma de comunicação e expressão foi a maneira que as mulheres com diagnóstico de HPV encontraram de exteriorizar os seus medos e as suas fragilidades, ao compartilharem essa descoberta.

O sentimento relatado pela maioria das mulheres, ao compartilharem o diagnóstico de HPV com outra pessoa, foi de alívio; sentiram-se apoiadas. Apesar disso, pôde-se perceber algum constrangimento em suas falas.

“Melhor é serem dois do que um [...] porque, se um cair, o outro levanta o seu companheiro; mas ai do que estiver só; pois, caindo, não haverá outro que o levante” (BÍBLIA SAGRADA, 2011, p. 697). Mediante as escrituras da Bíblia Sagrada, a presença de um companheiro, um amigo, oportuniza o compartilhamento, o apoio, o cuidado mútuo, frente às adversidades que estão presentes no cotidiano.

Acredita-se que a mulher com HPV necessita ser ouvida, ter a oportunidade de expor os seus medos, suas dúvidas e inquietações. Por isso, estimula-se que a atitude de apoio considerada positiva e recebida pela maioria das mulheres, ao compartilharem o diagnóstico de HPV, possibilita a ressignificação do contexto vivido diante da conduta terapêutica, do prognóstico, da responsabilização e do autocuidado no processo de descoberta, tratamento e cura da patologia em destaque e contribui para o processo de resiliência do sujeito acometido pela doença.

[...] “eu acho que foi muito bom eu ter falado com ela, porque ela me ajudou muito em algumas coisas”. (Entrevistada 02).

[...] “ela sempre tem uma palavra amiga, um apoio, prá me dá né...então geralmente quando eu fico assim, eu já penso nela...primeiramente me Deus né...e depois é ela”. (Entrevistada 8).

O estudo descrito por Joca e Pinheiro (2009), realizado em Maceió com uma mulher acometida por HPV, objetivou discutir as repercussões do HPV no âmbito familiar. Os autores identificaram que o apoio proveniente das pessoas mais próximas do convívio pessoal do sujeito adoecido fortalece a união entre eles, facilita a aceitação da doença e encoraja a mulher diante dos novos desafios que serão enfrentados no processo de restabelecimento da saúde.

Fortalecendo os achados desse estudo, Cestari (2010), consoante Joca e Pinheiro (2009), ao analisar 14 mulheres com diagnóstico de HPV, também identificou que o apoio emocional no momento de compartilhamento do diagnóstico foi dado por amigos e, entre algumas delas, pelo companheiro, o que contribuiu para o processo vivenciado naquele momento. O apoio emocional traz benefícios ao tratamento da patologia em destaque, pois, o HPV, em muitas situações, está relacionado a sentimentos de vergonha, tristeza, culpa pelo problema acometido que, muitas vezes, é estigmatizado pela sociedade.

Outras entrevistadas expuseram o sentimento de alívio ao compartilhar o diagnóstico do HPV com pessoas mais próximas do seu convívio. Esse sentimento representa uma sensação de bem-estar no que se refere à redução da culpa, da vergonha diante da presença da infecção em seu corpo. O HPV é uma IST e está relacionada à possibilidade de desenvolvimento do CCU. Sendo assim, sentir-se aliviada diante de palavras positivas que reportam tranquilidade, força, esperança diante do prognóstico da infecção oportuniza maior seguridade durante o processo de descobrimento, tratamento e alta. Pode-se verificar o sentimento de alívio por parte de algumas entrevistadas a partir de suas falas.

“Uai, eu fiquei mais aliviada, porque pá minha família eu num podia contar porque eu fiquei cum medo, mas eu falei prá ela”. (Entrevistada 5).

“Um alívio né”. (Entrevistada 12).

“Antes de contar eu fiquei assim, assustada mesmo né..mas aí depois que eu contei prá ela né, ela falou..aa..não é nada demais..aí falei prá minha colega também, porque eu fiquei com medo..aí ela falou assim, num fica contando prá ninguém não, porque certas pessoas pode te fazer medo...num é nada demais não...aí eu falei assim, num deve ser mesmo não”. (Entrevistada 13).

Na literatura, não foi registrado o sentimento de alívio entre as mulheres ao compartilharem o diagnóstico de HPV em suas relações interpessoais afetivas. Porém, esse sentimento foi identificado em artigos científicos, relacionando-o à ausência de CCU e à ausência de relação com o HPV (CESTARI, 2010, 2012). Dessa forma, ressalta-se a necessidade de maior incentivo e investimento em pesquisas relacionadas às vivências, sentimentos e subjetividades enfrentadas pelas mulheres, ao compartilharem o diagnóstico de HPV.

Em contrapartida, uma minoria das entrevistadas demonstrou sentir-se constrangida ao compartilhar o diagnóstico do HPV. Diante do exposto, cabe ressaltar, que cada sujeito possui suas limitações, identificações, ressignificações dentro dos contextos vividos e estes devem ser respeitados. Defende-se que cada mulher é única, não devendo ser comparada e/ou julgada, e sim amparada e devidamente orientada dentro da ESF, em todas as suas necessidades e limitações percebidas e/ou relatadas.

Por isso, faz-se necessário o esforço de observar a mulher com diagnóstico de HPV para além de um simples sujeito adoecido fisicamente, procurando olhá-la de forma holística, já que as alterações emocionais podem comprometer o tratamento da infecção. A mulher acometida pela doença física pode ser afetada emocionalmente e portar sentimentos de culpa, vergonha, constrangimento. Dessa forma, subentende-se que o autocuidado e a autoestima ficam prejudicados, dificultando a evolução fisiopatológica desejada para o bom curso do tratamento.

“Olha...eu fiquei um pouco constrangida...eu chorei, e porque ele foi o meu primeiro homem, e o único homem da minha vida né...Mas como a enfermeira tinha me orientado, a princípio eu achei que seria até uma traição né, porque fala de doença sexualmente transmissível, a primeira coisa que vem na mente, é traição. Mas, como eu fui muito bem orientada, eu conversei com ele, nós conversamos, e ele me deu apoio”. (Entrevistada 10).

Diogenes (2006) destacou, em uma revisão bibliográfica, ao pesquisar a saúde da mulher acometida pelo HPV em suas relações familiares, que o sentimento de constrangimento vivenciado pelas mulheres foi identificado no momento em que essas receberam o diagnóstico de HPV e diante da possibilidade de compartilhar com o seu parceiro.

Percebe-se que os sentimentos demonstrados estão fundamentados no território da subjetividade, dos valores e pertencimentos inerentes à identidade das mulheres acometidas pelo diagnóstico de HPV, em um determinado tempo e espaço, devendo ser respeitados em

todas as suas peculiaridades.

A mulher com diagnóstico de HPV, encontra-se inserida em um contexto de vulnerabilidade física e emocional, tem que assimilar e encarar essa realidade e ainda está sujeita a ser julgada, ao compartilhar o problema com outro indivíduo. Caso a reação do ouvinte seja de empatia, afinidade e humanidade, entende-se que essa atitude favorecerá uma maior tranquilidade, conforto e alívio para as mulheres acometidas pelo HPV.

Ao serem indagadas sobre a reação da pessoa com a qual compartilharam a descoberta do HPV, pôde-se observar reações de apoio e também de crítica. Acredita-se que para o bem-estar do ser humano, para o bom desenvolvimento das relações vividas no cotidiano, ele necessita sentir-se acolhido, aprovado, cuidado e aceito entre os seus relacionamentos interpessoais. Dessa forma, ao sentirem-se acolhidas, apoiadas diante da descoberta do diagnóstico do HPV, as mulheres podem vivenciar a experiência do tratamento da infecção pelo HPV de maneira mais confortável, porque sentem que podem contar com as pessoas, consideradas mais importantes que a cercam em suas relações interpessoais.

[...] “ela me acolheu, soube o que falar no momento o que precisava, e a gente procurou algumas coisa prá poder estar fazendo..e ..e..eu acho que foi muito bom eu ter falado com ela, porque ela me ajudou muito em algumas coisas”. (Entrevistada 02).

“De apoio...falou calma mãe...e graças a Deus que minha filha é uma serva de Deus, ela é fiel mesmo, ela sempre tem uma palavra amiga, um apoio, prá me dá né...então geralmente quando eu fico assim, eu já penso ela... primeiramente em Deus né...e depois é ela”. (Entrevistada 8).

“Ele ficou muito preocupado, né...porque nós estamos casados há muito tempo, e nosso casamento é estável. Ele ficou preocupado, e ne...e tudo que a enfermeira me falou eu contei prá ele. Me apoiou nesse momento”. (Entrevistada 10).

No estado do Paraná, 14 mulheres com HPV foram estudadas por Cestari *et al.* (2012) a respeito das necessidades enfrentadas por elas diante da presença da patologia. Consoante os achados dessa pesquisa, os resultados dos autores revelaram que a maioria dos familiares e amigos expressaram apoio às mulheres com HPV.

*[...] o que me ajudou também foi a força e o apoio da família. Falavam que não era para eu me apavorar, que ia dar tudo certo, que eu ia passar mais essa (Fábia). Eu só falei sobre isso com uma amiga (Elza). Quem falou para mim sobre isso foram as minhas amigas (Joice) (CESTARI, *et al.*, 2012, p. 3).*

Pôde-se observar que uma das necessidades de cuidado destacadas pela maioria das mulheres foi a reação de apoio emocional da família e de amigos, durante o compartilhamento do diagnóstico do HPV. Desse modo, reitera-se que o apoio emocional das pessoas de um círculo íntimo de afetividade atrelado à empatia, ao respeito e ao compadecimento com a dor do outro, proporciona efeitos benéficos e duradouros à saúde física, mental e espiritual de um sujeito adoecido, sendo capaz de afetar as tomadas de decisões, ocasionar mudanças comportamentais entre os seus relacionamentos interpessoais, durante e após o tratamento do HPV.

Todavia, Dalmácio *et al.* (2019) identificaram a ausência de apoio emocional por parte da família, amigos e sociedade, às mulheres acometidas pela patologia. Os autores sugerem às mulheres que se encontram acometidas pelo HPV e sem apoio emocional “o estímulo às estratégias de coping (enfrentamento), pois o coping permite controlar potenciais estressores para que os aspectos físico, psicológico e social permaneçam estáveis” (DALMÁCIO *et al.*, 2019, p. 5).

Possivelmente, a ausência de apoio emocional à mulher com diagnóstico de HPV induzirá à dificuldade de estabilização física e emocional que, por conseguinte, acarretará prejuízos ao tratamento dessa patologia, já que a evolução da infecção causada pelo HPV, em alguns casos, associa-se às questões de imunidade celular. Sabe-se que, para a manutenção do sistema imunológico eficiente, são necessárias boas condições de saúde. Ter saúde não se constitui em ausência de doença (BRASIL, 2004). Ter saúde está relacionado ao bem-estar físico, mental, social dos sujeitos (OMS, 2007). Conforme Salles Primo e Rodrigues Primo (2019, p. 859), “o sistema imune eficiente pode impedir a evolução ou curar as lesões precursoras do HPV”.

Mas encontrou-se, também, sentimentos de constrangimento, relatos de críticas e preconceito entre as entrevistadas, ao compartilharem a descoberta do diagnóstico do HPV, conforme exposto abaixo:

“De crítica, acusação, como se a culpa fosse minha...silêncio... Muito difícil... muito turbulento, silêncio”... (Entrevistada 7).

Em decorrência das crenças e costumes e pelo preconceito existente por parte de algumas pessoas, muitas vezes, a mulher se vê numa posição de inferioridade em relação ao homem. Possivelmente, essa mulher encontra-se inserida em um território de fragilidade, medo e insegurança que leva à vulnerabilidade física e emocional, devido às alterações patológicas

inerentes à infecção causada pelo HPV.

Essa condição de vulnerabilidade emocional adquirida, possivelmente, em decorrência das críticas, ausência de apoio emocional, de incentivo e de confiança, certamente refletem na tomada de decisões, dificultando as mudanças de hábitos comportamentais necessárias para a evolução e reabilitação da saúde da mulher com diagnóstico de HPV.

Vargens *et al.* (2013) observaram também respostas referentes a críticas e acusações na reação dos parceiros, ao compartilharem com eles o diagnóstico de HPV.

O parceiro não acredita na possibilidade de ter a doença, reage de forma grosseira e a acusa de traição. O parceiro acha impossível ter a doença, negando a situação apresentada, pois se cuida e usa preservativo, sendo este problema somente dela [...] O parceiro reage de forma grosseira ou não dando importância para o problema. Nega a situação apresentada (VARGENS, *et al.*, 2013, p. 329).

Acredita-se que esse sentimento de negação por parte do parceiro e responsabilização do outro frente ao diagnóstico do HPV deve-se ao machismo ou pode ser atribuído a uma forma de desconhecimento da doença, ou conhecimento insuficiente sobre o potencial viral atribuído ao HPV em contato com o corpo humano.

Em contrapartida, Joca e Pinheiro (2009) observaram situações onde o marido assumiu a culpabilidade frente à transmissão da patologia para sua esposa, em decorrência do seu histórico sexual do passado. O estudo demonstrou que foi possível ao casal superar o ocorrido. Após a conscientização da culpabilidade do parceiro, ele modificou seus hábitos sexuais, o que acarretou benefícios para a sua convivência familiar.

Observa-se que o HPV atinge mulheres que estão inseridas nos contextos de vulnerabilidade socioeconômica, cultural e/ou emocional e temas como conhecimento das mulheres sobre a patologia, barreiras que as impedem de manter a prevenção, sentimentos frente à descoberta da doença entre outros, são discutidos por autores como Queiroz, Pessoa e Silva (2005); Carvalho *et al.* (2007); Joca e Pinheiro (2009); Costa e Goldenberg (2013); Souza, Ponte e Araújo Júnior (2015).

Todavia, pesquisar as consequências do diagnóstico do HPV para além do fisiológico, objetivando identificar, nas entrelinhas, os fatores que se sobrepõem aos sinais e sintomas físicos visivelmente detectáveis no corpo da mulher ainda é, na atualidade, um desafio e, portanto, pouco explorado.

Quando as entrevistadas foram questionadas sobre o acesso aos profissionais da ESF durante o processo de tratamento, registrou-se que grande parte dessas mulheres relataram ter o acesso, o que pode ser comprovado pelas falas a seguir:

“Sim, em relação aos profissionais que me acolheram, sempre foram muito acolhedores, toda vez que eu precisava, eles estava ali a disposição, para orientar, foi muito tranquilo em relação a isso”. (Entrevistada 7).

“Conseguia...conseguia, depois que teve a descoberta aí, todas as vezes que eu precisava que eu tava lá...eis me encaminharam e lá fizeram o ...silêncio...a “quêma” né... fizeram..o acompanhamento...e toda vez que eu tinha que voltar naquela data, me atendia...E toda vez que eu precisava me atendia né, graças a Deus...só agora que tá parado né...mas passava por psicólogo, nutricionista”...(Entrevistada 8).

“Tinha...tinha sim..eu fui encaminhada também, pro centro viva vida, e eu tinha tanto acesso lá, quanto no meu posto de referência”. (Entrevistada 14).

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (2017):

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada" (PNAB, 2017, p. 9).

Desse modo, a legislação reconhece que o efetivo acesso e a formação de vínculo entre os usuários e os profissionais da ESF têm relevante relação com o sucesso do tratamento, aceitação da patologia, mudança de paradigma em relação ao autocuidado, melhorias na autoestima e na qualidade de vida da população assistida. O acesso deve ser oferecido a todo sujeito que adentrar a ESF, sem nenhum tipo de discriminação, por esta ser reconhecida como porta de entrada do SUS. Vale ressaltar que as subjetividades e necessidades diárias das mulheres adoecidas devem ser atendidas e respeitadas. Acredita-se que o acesso oferecido às mulheres com diagnóstico de HPV, desta pesquisa, contribuiu para a continuidade do tratamento, prevenção da evasão e abandono do tratamento, conclusão do tratamento e mudanças comportamentais, devido aos conhecimentos adquiridos e ao tratamento ofertado às mulheres com HPV pelos profissionais da ESF.

Miranda e Gonçalves (2016) abordaram o termo acesso, ao se referirem aos fatores que propiciam o adoecimento com relação ao HPV, entre 11 mulheres inseridas em duas USF no município de Benevides/PA. Destacam a dificuldade de acesso das mulheres ao SUS, aos programas de prevenção, promoção e recuperação da saúde das mulheres. De consoante modo, Rodrigues *et al.* (2016) estudaram 32 mulheres com HPV, para compreender as características sociodemográficas e econômicas, clínicas e comportamentais, defendem a correlação existente entre as situações de vulnerabilidade socioeconômica e cultural das mulheres e o adoecimento, em decorrência das dificuldades de acesso à educação, emprego, moradia e saúde.

Já Souza *et al.* (2017), ao realizarem pesquisa em uma ESF no Ceará, analisaram as dificuldades e facilidades enfrentadas pelos enfermeiros na prevenção e promoção do HPV entre as mulheres, na Atenção Básica. Os autores demonstraram-se defensores do acesso humanizado que é preconizado pelo SUS às mulheres que procuram por atendimento na Atenção Básica. Afirmaram que as usuárias possuíam acesso ao enfermeiro, dentro da ESF, para a coleta do exame preventivo do colo do útero, reconhecendo o HPV como principal agente causador de CCU.

No contexto brasileiro, o direito à saúde foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária, que resultou na criação do SUS pela Constituição Federal de 1988, cujo artigo 2º, inciso 1º, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação [...] (BRASIL, 1990, p. 1).

Dessa forma, compreende-se que a mulher com diagnóstico de HPV, inserida no território da ESF, é considerada como sujeito possuidor de direito à saúde assegurado pelas políticas públicas e precisa ser acolhida de forma holística, para além do modelo biomédico, objetivando a promoção, prevenção e recuperação integral da saúde.

Porém, verificou-se também alguns relatos negando a existência desse acesso aos profissionais da ESF, o que pode ser percebido nas falas das entrevistadas abaixo:

“Nãao...sempre que ia eles num podia atender”. (Entrevistada 6).

“Silêncio...ann....não. Sempre quando eu chegava lá, ele tava ocupado, atendendo paciente e aí demorava muito...e aí, eu ia embora, mas, aí a sim, sempre que eu procurava ele tava ocupado. Então...até um momento que eu não procurei mais”. (Entrevistada 15).

A falta de acesso aos profissionais responsáveis pelo cuidado dentro das ESF caracteriza-se como um ponto negativo, no que tange à assistência à saúde da população e acessibilidade. Faz-se necessário investimento em formação permanente para os profissionais dentro da ESF, desde o recepcionista até o médico, uma vez que o acesso deve ser ofertado de forma humanizada por todos os profissionais da ESF, fixos ou itinerantes.

A falta de acesso das mulheres com diagnóstico de HPV aos profissionais da ESF, mencionada pelas entrevistadas, necessita ser discutida e reparada pelos gestores municipais,

pois, acredita-se que, sem acesso, o usuário permanecerá em situação de vulnerabilidade e sem os seus direitos à saúde garantidos. Vale destacar também, nesse contexto, a sobrecarga de trabalho existente dentro da ESF sob a responsabilidade do profissional enfermeiro, que dificulta a execução do seu ofício na íntegra, em decorrência das demandas excessivas referentes às questões administrativas que poderiam ser realizadas por outro profissional de nível superior.

Além do território da ESF ser considerado como material, imaterial simbólico e cultural, este não foge do território normado, gerido por normas e regras impostas pelas esferas federais, estaduais e/ou municipais. [...] “o território normado é aquele regulado por ações do Estado” [...] “A estruturação normativa do Estado sobre o território gera o território normado” (SILVEIRA e SOUZA, 2019, p. 39). Essas normas e regras estabelecidas nesse território visam à manutenção da assistência à saúde, pautada em metodologia técnico- científica, padronizada para todo território nacional.

Contudo, essas mesmas regras previstas na PNAB (2017) podem acarretar determinadas situações como a dificuldade de acesso e afastamento dos usuários, em decorrência das diversas atribuições dos profissionais enfermeiros inseridos nas ESF.

I-Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida; II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos; III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos; IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados; V - Realizar atividades em grupo; VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE; VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS; VIII - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (BRASIL, 2017, p. 16).

As referidas atribuições, mesmo que programadas semanalmente, ocasionalmente podem gerar dificuldade de acesso dos usuários da comunidade ao enfermeiro. Sugere-se como forma de minimizar a dificuldade de acesso aos profissionais enfermeiros a efetivação da presença do gerente da Atenção Básica, já previsto na PNAB (2017). Porém, esta é uma decisão dos gestores municipais. Estando o gerente a realizar as demandas administrativas do território da ESF, subentende-se que o enfermeiro terá mais tempo disponível para executar a assistência de enfermagem, voltada ao cuidado de forma holística, para todos que necessitarem de acolhimento, conferindo aos usuários maior acessibilidade e consequente prevenção, promoção e recuperação da saúde.

O intuito dessa mudança é facilitar o acesso e o acolhimento das mulheres com diagnóstico de HPV, em todas as fases do tratamento, dentro da ESF. Oferecer e demonstrar a elas as diversas possibilidades de criação e apropriação dos territórios materiais e imateriais a serem construídos dentro e fora dos limites fixos das ESF, como uma forma de identificação e reconhecimento territorial facilitador do seu processo de cuidado.

Uma vez diagnosticado o HPV entre a população feminina do território da ESF, supõe-se que devem ser implementadas práticas de cuidado, tais como: acolhimento efetivo com escuta qualificada em tempo oportuno, ações de educação em saúde, encaminhamento ao centro especializado, se necessário, acompanhamento com coleta de exame preventivo do colo do útero, distribuição de preservativos, vacinação contra HPV e consultas realizadas por profissionais multidisciplinares.

O objetivo é educar para o fortalecimento do pensamento crítico na formação dos profissionais de saúde fornecendo ferramentas epistêmicas para que consigam refletir sobre sua própria prática, disputar um projeto de sociedade e lutar conscientemente pela consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil, comprometido com a universalidade, a equidade e a integralidade do cuidado (MONKEN, 2019, p. 84).

Essas ações têm por objetivo alcançar uma mudança de comportamento social. De acordo com Haesbaert (2007a, p. 22), “os objetivos do controle social através de sua territorialização variam conforme a sociedade, cultura ou grupo e muitas vezes, com o próprio indivíduo”. Nesse contexto, o controle social das mulheres inseridas no território adscrito de determinada ESF possui finalidade de garantir uma sexualidade segura e propiciar melhoria na qualidade de vida, frente à realidade vivenciada no processo entre a descoberta, o tratamento e a recuperação do HPV das mulheres que foram acometidas de forma física e emocional.

Por isso, defende-se a efetivação da humanização da assistência à saúde das mulheres com diagnóstico de HPV inseridas no território da ESF, com auxílio de profissionais do cuidado aptos a realizar uma escuta efetiva das demandas dessas mulheres. Dessa forma, assegurar a assistência à saúde de maneira holística, objetivando a promoção, prevenção e recuperação integral da saúde da população abordada (PEREIRA e BARCELLOS, 2006).

4.3 CONHECIMENTO SOBRE O PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)

Claval (2007, p. 12) destaca que “os indivíduos e os grupos são condicionados pela educação que receberam: a cultura aparece assim como uma herança”. Desse modo, o

conhecimento que o sujeito tem a respeito do HPV, na maioria das vezes, está associado ao que aprendeu cientificamente ou ao que diz respeito ao senso comum.

Entretanto, afirma-se que a dimensão do território do saber, do conhecimento adquirido, possui estreita relação com as práticas de cuidado executadas pelos indivíduos na saúde física, emocional e até mesmo espiritual, pois, mediante as afirmações de Claval (2014, p. 59), “o gênero de vida corresponde ao tipo de sequência padronizada que se evidencia nas sociedades tradicionais”.

Quando indagadas pelo que sabiam sobre o HPV no momento do diagnóstico, evidenciou-se que, mais da metade das entrevistadas já tinham conhecimento prévio sobre a patologia, de acordo com algumas falas.

“Sabia...silêncio...éé...Que era uma doença sexualmente transmitida, transmissível... esses troço assim, entendeu...? eu já pesquisei sobre isso”. (Entrevistada 11).

“Silêncio.....na minha cabeça só passava que era uma doença de rua”. (Entrevistada 12).

Num estudo realizado com 155 mulheres cadastradas na Unidade Básica de Saúde (UBS) João Manoel dos Santos, em Gurupi/Tocantins, sobre o conhecimento dessas mulheres a respeito do HPV e do CCU, Andrade, Silva e Magalhães (2019) encontraram resultados semelhantes ao desse estudo. Os autores identificaram que mais da metade das mulheres (79,35%) tinham conhecimento sobre o HPV quando descobriram o diagnóstico. Porém, eles afirmam que as mulheres possuem concepções errôneas sobre a patologia, o que as deixam mais suscetíveis à contaminação.

“O HPV é a doença sexualmente transmissível mais frequente no mundo”, segundo Okamoto *et al.* (2016, p. 612). De acordo com o senso comum, algumas pessoas consideram-na uma doença de rua. Acredita-se que essa realidade se deve ao fato de muitas pessoas associarem-na à promiscuidade, a várias parcerias sexuais, aos profissionais do sexo, por estes não desenvolverem o autocuidado e não manterem práticas comportamentais sexuais seguras em seus relacionamentos interpessoais.

O relato da entrevistada 3 demonstra a fragilidade do conhecimento apresentado sobre a patologia.

“Não...prá mim era um câncer...pensei na hora, nosso Deus tô com câncer e vô morrer...foi o meu pensamento no momento”. (Entrevistada 3).

De semelhante modo, Araújo França, Sampaio França e Moraes (2013), em um estudo realizado com 126 mulheres em um Centro de Saúde em acerca do conhecimento e da relação com o HPV, observaram, também, que a maioria delas (71,4%) já conhecia o HPV, porém de maneira insuficiente para assegurar proteção efetiva contra o agravo da doença.

Avaliando as respostas das entrevistadas, neste estudo, infere-se que, por constrangimento e/ou vergonha de responderem que não tinham conhecimento algum sobre a patologia, as mulheres afirmavam conhecê-la. Mas diante da análise das respostas, pode-se observar que a maioria não possuía conhecimento suficiente que pudesse lhes conferir proteção efetiva contra a infecção causada pelo HPV, o que pode ser evidenciado nas falas transcritas abaixo:

“Eu sabia que era um monte de coisa ruim né, estranha e ... eu só conseguia pensar no pior...que tipo assim, agora já era, num tem o que fazer. Mais ou menos, sabia sim como era transmitido, mas não sabia o transtorno que ia trazer de coisas que ia ter que fazer durante o tratamento”. (Entrevistada 2).

“A...o básico...que era né, uma doença e ela tinha alguns estágios e poderia virar um câncer. Mas, não muito aprofundado”.(Entrevistada 7).

Segundo Pereira e Barcellos (2006), o profissional de saúde da ESF necessita lidar com a comunidade adscrita, de forma a gerar vínculo, e, em contrapartida, responsabilizar-se pelo cuidado de determinada população inserida em uma área geograficamente delimitada. Contudo, as ações de saúde devem ultrapassar os muros da ESF e de forma objetiva, clara e resolutiva, promover a prevenção e promoção da saúde, respeitando os aspectos socioeconômicos e culturais de cada indivíduo, para que o usuário seja atendido em sua totalidade.

No setor saúde, as ações que lidam mais de perto com o cotidiano do indivíduo são aquelas ligadas aos cuidados primários de saúde, através do desenvolvimento de programas que aproximam o profissional de saúde da comunidade (PEREIRA e BARCELLOS, 2006, p. 54).

“Só sabia que era uma doença sexualmente transmissível...por isso que eu pensei que podia ser uma traição do meu marido...mas, como ela explicou que é uma doença que pode ficar no corpo do homem ou da mulher por mais de 15 anos, entorno de 15 anos, sem manifestar, nós somos casados né...temos uma vida estável, mas ele poderia, ter adquirido antes da gente ser casado né..”.(Entrevistada 10).

A entrevistada 10 expressou conhecimento referente à transmissibilidade, além de identificar uma questão relevante a respeito do tempo de evolução da doença no organismo das

mulheres. Souza e Silva (2015) pesquisaram o conhecimento de 10 mulheres em relação ao HPV, após uma consulta de enfermagem em uma Unidade de Saúde no norte de Minas Gerais. Destacaram a ausência de conhecimento oportuno a respeito do período de latência do vírus HPV [...] “visto que para elas, a doença é sempre relacionada com a traição do parceiro e isolada da possibilidade de contaminação por meio de relações sexuais anteriores” (SOUZA e SILVA, 2015, p. 346).

O período de latência do HPV pode variar em anos ou décadas, desde a contaminação até o surgimento dos primeiros sinais e sintomas. Porém, vale ressaltar que a contaminação do vírus no organismo das mulheres frequentemente ocorre através da relação sexual, sem o uso do preservativo, com ou sem penetração, em decorrência do contato pele a pele (BRASIL, 2005). Contudo, o HPV pode ser adquirido, também, por outras vias, conforme destacam Figueiredo *et al.* (2013).

[...] maternofetal; hetero ou autoinoculação a partir de lesões cutâneas ou genitais; transmissão indireta por “fômites” (toalhas, roupas íntimas, etc.); ou por instrumental ginecológico não adequadamente esterilizado (FIGUEIREDO *et al.* 2013, p. 5).

Andrade, Silva e Magalhães (2019, p. 77) alertam para o fato de que os profissionais da saúde atuantes na Atenção Básica, ao realizarem formação em saúde para as comunidades com HPV, podem confundir as participantes, se não tiverem conhecimento técnico-científico suficiente. Em seu estudo, os autores afirmam que “ainda há imprecisão nas distribuições de informações e muitas mulheres confundem HPV com as demais IST”, gerando dúvidas ao invés de trazer o esclarecimento, o que dificulta a prática do autocuidado.

Presume-se que a presença dos profissionais de saúde nas ESF favorece a construção do território do saber científico junto à comunidade. Com o atendimento individual e horizontal podem desmistificar crenças, mitos, costumes, respeitando as territorialidades de cada ser envolvido nesse contexto de vulnerabilidade simbólica e cultural (HAESBAERT, 2004).

Já uma pequena parcela das entrevistadas, neste estudo, não conhecia nada sobre o HPV no momento em que foi informada sobre a presença do vírus em seu organismo.

“Eu não conhecia o HPV. Nunca tinha escutado falar”. (Entrevistada 1).

“Eu não sabia nada, não entendi nada, nem sabia o quê que era isso”. (Entrevistada 4).

“Quando ele me passou eu não sabia nada... nada...nada”. (Entrevistada 15).

Dalmácio *et al.* (2019) identificaram que apenas um terço destas tinham conhecimento sobre o HPV o que, provavelmente, as tornam mais suscetíveis à contaminação. Em outro estudo realizado por Santos e Costa (2015) acerca do conhecimento sobre HPV de 10 mulheres inseridas em uma Unidade de Saúde, no município de Montes Claros/ MG, os autores relataram que todas as entrevistadas não conheciam a patologia e, certamente, quanto menos se conhece sobre o assunto menos prevenção correta ocorre.

“O conhecimento, por muito tempo reservados a uma pequena elite de letrados, assegurava-lhe poder sobre uma massa popular subjugada”, consoante descreve (CLAVAL, 2014, p. 86).

“O território pode ser concebido a partir da imbricação de múltiplas relações de poder, do poder mais material das relações econômico- políticas ao poder mais simbólico das relações de ordem mais estritamente cultural” (HAESBAERT, 2004a, p. 79).

Contudo, é possível observar que, na contemporaneidade, a evolução tem proporcionado maior acessibilidade às informações para uma amplificada parcela da população, principalmente a mais vulnerável. Acredita-se que o acesso à educação se constitui no meio legítimo de proporcionar empoderamento e autocuidado às mulheres com diagnóstico de HPV. Mas vale ressaltar que a Educação Básica no Brasil ainda é um desafio (BRASIL, 2018).

O Anuário Brasileiro da Educação Básica destacou que o “Brasil possuía no ano de 2019, 47,9 mil alunos na modalidade de Educação de Jovens e Adultos (EJA)”. O Plano Nacional de Educação, vigência 2014-2024, apresenta na Meta 8 a extensão da Educação de Jovens e Adultos para 12 anos de estudos, elevando a escolaridade dos que não tiveram oportunidade na idade certa (BRASIL, 2014). Acredita-se que as questões de vulnerabilidade socioeconômicas e culturais mantêm significativa relação com o nível de escolaridade de uma determinada população.

Os meios de comunicação audiovisuais e o conhecimento tecnológico utilizado no Ensino a Distância (EAD) oportunizam maior acesso à Educação das baixas camadas socioeconômicas culturais que outrora não cogitavam sentar nos bancos escolares, quiçá nos universitários. E, mediante essa oportunidade, segundo Haesbaert (2004a), cabe ao sujeito, mesmo que de dentro de sua residência, ultrapassar as barreiras territoriais subjetivas e se multiterritorializar.

É válido o homem se territorializar em mais de um território simultaneamente, uma vez que o “espaço-tempo vivido”, ou seja, o território é sempre múltiplo, “diverso e complexo”

(HAESBAERT, 2007, p. 21).

Claval (2014, p. 86) defende a sugestão apresentada acima, ao destacar que “a revolução da mídia transforma uma vez mais a difusão e a distribuição dos fatos de cultura”, [...] “torna possível a difusão longínqua e generalizada de todos os tipos de mensagens”. A finalidade dessa iniciativa é a promoção de mudanças comportamentais, ampliação do campo perceptivo humano por meio da aquisição do conhecimento técnico-científico adquirido através das mídias sociais, que possuem força representativa e significativa de transformação dos hábitos e pensamentos equivocados em novas territorialidades, dentro dos territórios material e simbólico dos sujeitos. A partir de então, torna-se possível o estabelecimento das relações interpessoais validadas no respeito ao outro.

Todas as entrevistadas reconheceram aprender algo a mais sobre o HPV, após o tratamento da doença. Quando questionadas, a maioria conseguiu relatar algum tipo de conhecimento a respeito dos meios de prevenção, transmissão e tratamento, referentes à patologia estudada. Destacaram que o HPV é uma DST.

(pausa)... “Que é uma doença sexualmente transmissível, né...e (silêncio)... pega através do contato... (Entrevistada 1).

“Sabia..silêncio..é...Que era uma doença sexualmente transmitida, transmissível”.
(Entrevistada 11).

“Silêncio..agora, que eu tô fazendo o tratamento, eu sei que é uma doença sexualmente transmissível, que num precisa fazer sexo pra ser transmitido, só pelo contato das partes íntimas, você já transmite. Isso que agora eu já tô sabendo”.
(Entrevistada 15).

Entretanto, cabe ressaltar, que no ano de 2016 o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais destituiu a nomenclatura DST e instituiu a terminologia Infecção Sexualmente Transmissível (IST), conforme utilizado pela OMS (2016). A decisão da modificação do termo é proveniente do entendimento de que a consoante “D” (doença) reporta aos sinais e sintomas visivelmente detectáveis; em contrapartida, a vogal “I” (infecção) denota a possibilidade de transmissão da viremia, sem a necessidade e presença dos sinais e sintomas observáveis no organismo do sujeito infectado, em decorrência do entendimento dos períodos de latência específicos de cada patologia (BRASIL, 2016).

Mediante as falas das entrevistadas acima a respeito do conhecimento adquirido após o tratamento do HPV, evidencia-se uma relevante peculiaridade existente nessa infecção, no que

se refere à transmissão que ocorre mesmo na ausência de penetração sexual, apenas pelo contato pele a pele contaminada. Esse conhecimento representa uma assistência eficiente prestada pelos profissionais responsáveis pelos cuidados às mulheres acometidas pela doença, presumindo-se que houve momento de escuta efetiva, perícia, humanização e educação permanente entre o binômio profissional de saúde e paciente.

Outras mulheres aprenderam a relacionar o HPV ao CCU, após o tratamento do HPV.

“Sim...eu aprendi que esse...essa doença vira um câncer no útero né, e pode até matá”. (Entrevistada 6).

Silêncio...silêncio... “Como assim...da...até...essa doença pode é...levar...a pessoa pode...virar um câncer, a pessoa pode, vim a óbito né”. (Entrevistada 12).

Queiroz, Pessoa e Souza (2005) identificaram o medo como sentimento predominante, relacionado ao fantasma da possibilidade de alguns tipos de HPV ocasionarem algum tipo de câncer como o de colo uterino. Para os autores, o medo é o sentimento mais comum e negativo entre as mulheres, sendo capaz de influenciar ativamente suas tomadas de decisões do diagnóstico em diante.

Fortalecendo as afirmações descritas acima, Cestari (2010) detectou também que “a angústia está relacionada ao medo da vida, frente ao fato da possibilidade da morte” (CESTARI, 2010, p. 30), diante do diagnóstico de HPV, por estar associado a uma possibilidade do desenvolvimento do CCU.

Acredita-se que a possibilidade de enfrentamento da morte entre as mulheres adultas jovens, em decorrência da evolução do HPV para o CCU, pode acarretar momentos de profunda dor, angústia, insegurança e medo de encarar o amanhã, ou seja, de enfrentar o futuro. Por isso, reforça-se a necessidade de formação de profissionais da saúde humanizados, que vão além do modelo puro biomédico. A mulher diagnosticada com HPV carece de um olhar holístico, assegurado nos pilares da equidade, universalidade e integralidade, além dos cuidados interdisciplinares, com formação de vínculo, empatia e com aptidão técnico-científica de assistência à saúde.

“Muita coisa. Aprendi quê... primeiro não pode confiar numa pessoa, que você num tem certeza se realmente está com você...” (Entrevistada 2).

Carvalho *et al.* (2007) destacaram que “a mulher encontra-se em maior grau de vulnerabilidade, não apenas biologicamente, mas também emocionalmente” (p. 251).

Portanto, argumenta-se que o tratamento das mulheres com diagnóstico de HPV acompanhadas pelas ESF não pode ser realizado sem a presença de uma equipe multidisciplinar, pois considera-se que elas necessitam de cuidados para além de biomédicos. Conforme descrito por Le Breton (2012, p. 32), presume-se que a interdisciplinaridade pode auxiliar na resolução de problemas que envolvem dimensões subjetivas que a disciplinaridade sozinha não consegue desvendar.

Especialistas do sentido oculto das coisas (médicos, [...] psicólogos etc.) interferem para dar nome ao mistério, explicar sua gênese, (re) inserir no interior da comunidade o homem e a doença que o atingem. Indicam a via a seguir para facilitar a resolução do problema (LE BRETON, 2012, p. 32).

O conhecimento a respeito do uso do preservativo como uma das formas de prevenção à infecção foi outro conhecimento destacado entre muitas mulheres.

“Aprendi... Que a gente tem que usar é o preservativo, né, saber qual os parceiros que a gente tá ficano...silêncio...”. (Entrevistada 5).

Joca e Pinheiro (2009) identificaram, num estudo de caso, que a mulher e seu parceiro sexual não faziam uso de preservativo por serem casados. A mulher afirmou ter certeza de que adquiriu a infecção através do marido, por ele ter tido relacionamento extraconjugal e por não fazer uso de preservativo. Os autores sustentam que a contaminação por essa patologia pode acarretar desordens de âmbito físico, emocional e social.

Do mesmo modo, Cestari (2010) identificou, também, que a maioria de suas entrevistadas com diagnóstico de HPV sabiam da necessidade do uso do preservativo nas relações sexuais como forma de prevenção da patologia em destaque e até de outras. Porém, não o utilizavam por serem casadas, ou por se identificarem em relacionamentos estáveis, ou pela negação do parceiro em aceitar o método de prevenção, na maioria das vezes.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi proposto em 1994 como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, baseada no trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (PEREIRA e BARCELLOS, 2006, p. 48).

Consoante as afirmações dos autores citados acima, observou-se que a presença das equipes multiprofissionais de saúde dentro do território da ESF sempre foi uma realidade para

a prestação dessa assistência à comunidade. O trabalho em equipe é uma das orientações dentro desse território. De acordo com o estudo realizado e os demais citados, pôde-se perceber que mais da metade das mulheres sabiam da relevância do uso do preservativo como método de prevenção às IST durante as relações sexuais.

Contudo, o conhecimento somente não foi suficiente para protegê-las da infecção causada pelo HPV. Subentende-se que esta não tem sido uma prática comportamental sexual segura, existente no cotidiano das mulheres com vida sexual ativa. Dessa forma, defende-se a necessidade de intensificação dos trabalhos de educação permanente voltados para a saúde dos homens, através das mídias em território nacional, a respeito da sua responsabilização, no que se refere à prevenção da sua saúde sexual e de sua parceira.

Diante da realidade identificada a respeito do machismo existente em uma parcela da população masculina sobre as IST, atrelado à falta de conhecimento adequado sobre o HPV, acredita-se que há necessidade de intensificar a discussão dessa temática entre os gestores nas esferas municipal, estadual e federal. Faz-se necessário intensificar as campanhas publicitárias explicativas e preventivas, de forma objetiva e efetiva, divulgadas nas mídias, rádio, televisão e redes sociais-internet, para toda a população do território nacional, direcionando-as ao público-alvo, desde a adolescência.

Além disso, é importante manter dentro das ESF os cuidados/orientações de saúde da mulher saudável e da acometida pela IST, estimulando o seu empoderamento, por meio da disseminação do conhecimento técnico-científico de forma simples e objetiva, além de incentivá-la ao autocuidado, amor próprio, respeito e valorização do seu corpo.

Salienta-se que a equipe multidisciplinar presente nesse território da ESF, considerado material e simbólico, envolto em territorialidades individuais e coletivas, que se encontra em movimento e em constante construção (HAESBAERT, 2004), necessita atuar em conjunto e de forma holística, visando à humanização da assistência prestada a essas mulheres. Conforme (FERREIRA, 2014, p. 132), o “conceito de território reúne noções de vida, de espaço social e de espaço vivido”; não é apenas de um mero espaço geográfico, sendo necessária a efetivação das relações de poder existentes entre atores em cena, para consolidação desse território e das suas territorialidades.

Sobre o tratamento, a entrevistada abaixo exemplificou de forma categórica os três estágios da patologia, devido à necessidade de ser atendida na rede especializada.

“Eu fui né, aprendendo tipo assim...e..tinha Nic 1, tinha Nic 2..essas coisas..Tinha Nic 3, tem um tanto né, vários módulos de numeração...o meu tava no NIC 3, é o mais avançado né...aí igual o médico falou, se a gente não cuidar... desse aqui passa para um câncer”. (Entrevistada 3).

Figueiredo *et al.* (2013, p. 5), ao realizarem um levantamento bibliográfico sobre a abordagem terapêutica referente ao HPV, no período de 2006 a 2012, identificaram alguns tipos oncogênicos. Esses tipos são conhecidos no meio científico como causadores de lesões: de “baixo risco (HPV 6 e 11), relacionados a lesões benignas de baixo grau (NIC I); médio e alto risco (HPV 16, 18, 31,33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 e 59), relacionados a lesões de alto grau (NIC II e III); e câncer”, conforme destacou de forma clara a entrevistada 3, que demonstrou deter conhecimento sobre o tratamento da patologia em destaque.

Vale ressaltar que não existe tratamento específico para a eliminação do HPV. Vai depender do estágio da doença, da presença local e da quantidade de verrugas existentes (INCA, 2018). Entretanto, existem vários métodos disponíveis que deverão ser escolhidos pelo profissional responsável pelo cuidado, pois os tratamentos disponíveis no mercado, na atualidade, podem ser “tópicos (destrutivos por agentes químicos, físicos, imunomoduladores ou excisionais) ou sistêmicos, aplicados pelo paciente ou dependentes da aplicação médica” (BRÁS, SARDINHA; PACHECO, 2015, p. 385).

Acredita-se que esse conhecimento compartilhado pelos profissionais envolvidos no cuidado dessa mulher pode gerar benefícios durante o tratamento, tais como a possibilidade de criação de vínculo entre o cuidador e a agente de cuidado, responsabilização da mulher diante da necessidade da concretização de todo o tratamento e mudanças nas práticas comportamentais sexuais que precisam ser realizadas de maneira segura, em todas as suas relações sexuais, no presente e vindouras.

Nas falas a seguir, pode-se observar um discurso confuso, percebendo-se a ausência de conhecimento a respeito do HPV.

“A cada dia eu aprendo...muita coisa...cada dia...ele fala que ele pode pegar de muitas maneira né...tem muitas maneiras que pode pegar né...já ouvi as pessoa falar que até no sexo pode pegar. E cê num sabe quem tem, quem num tem, então fica difícil...então a gente, tem que tá previnino né...”. (Entrevistada 4).

“Silêncio...é..eu aprendi...agora assim, falar o que é né..mas aprendi, a conscientização né.. os cuidados direitin, que se tem que tomar agora né...tem que fazer no acompanhamento sempre né.. Bem, é igual ela me falou...a primeira coisa que eu perguntei prá ela, o quê que é essa doença? Eu perguntei prá ela se era um câncer? Ela falou assim o...essa doença não é exatamente um câncer, ela está num estágio assim, e se não cuidar, vai se tornar um câncer.” (Entrevistada 8).

“Mais ou menos... silêncio...a tipo assim né, eu sei que, eu já pensei que eu tava com câncer. Mas, ela falou assim se não cuidasse podia né...então como eu não cuidei, então eu fico com um pouquinho de medo... porque ela falou assim que era prá esperar 6 meses né, e depois voltar prá fazer outro prá vê se tinha aumentado. Porque deu grau 1 e que não pode chegar no grau 3. Aí fiquei com medo, mas eu tinha que esperar porque eu engravidei”. (Entrevistada 13).

Dalmácio *et al.* (2019) salientaram que as mulheres, após diagnóstico e tratamento do HPV, adquiriram um certo conhecimento acerca do assunto. Entretanto, esse conhecimento não é eficiente porque, segundo os autores, confere às mulheres maior vulnerabilidade quanto à permanência e/ou evolução da infecção no organismo, com possibilidade de reinfeção.

Dessa forma, os saberes adquiridos pelas mulheres com diagnóstico de HPV não podem ser desconsiderados pelo pesquisador. Pelo contrário, os saberes, os pertencimentos, as identidades advindas das vivências cotidianas das mulheres atendidas devem ser utilizadas como metodologias propiciadoras de novas oportunidades de construção teórica multidisciplinar entre o cuidador e a mulher necessitada desse cuidado.

Mediante a evidência de tal situação, reitera-se a relevância da realização de uma escuta humanizada, efetiva, voltada para a equidade e integralidade do cuidado com as mulheres inseridas no território da ESF, território de diversas possibilidades de construção das inúmeras territorialidades.

Algumas das entrevistadas destacaram, de forma relevante, peculiaridades referentes ao HPV, tais como: o uso do preservativo não reportar total seguridade e prevenção contra o HPV; o HPV, a princípio, não ser uma coisa tão séria; o período de latência do vírus no organismo; a dispensabilidade da consumação do ato sexual para a contração do vírus.

“Aprendi...né...em relação mais sobre a doença...silêncio...desde como né acontece, que eu não tinha tanta sabedoria antes.. é transmitida através da relação sexual desprevenida né, e principalmente sem camisinha, mas, até com a própria camisinha pode ser que venha a ter contaminação”. (Entrevistada 7).

“As lesões, quando presentes, são contagiosas e em alguns casos o uso do preservativo, por si só, não assegura proteção”, como argumentaram Vargen *et al.*, (2013, p. 328), ao pesquisarem 20 mulheres com HPV no Rio de Janeiro/RJ, a respeito da transmissão do HPV ao parceiro. As lesões visíveis ou até mesmo invisíveis a olho nu possuem alto poder de contaminação. Em decorrência da fricção da pele ou mucosa contaminada pode ocorrer a transmissão da patologia, mesmo com o uso do preservativo (BRASIL, 2017).

Ao abordar esse assunto, a intenção não é fazer apologia ao desuso do preservativo durante as relações sexuais, e sim demonstrar a ineficiência deste em algumas ocasiões, quando o assunto é o HPV. Assim, ressalta-se a necessidade de maior investimento por parte dos gestores nesse tema e na divulgação de informações mais precisas às diferentes camadas da sociedade.

“Aaa...eu pesquisei bastante sobre o que é a doença, sobre a transmissão também, a gente acha que fica até mais responsável depois disso. Porque o HPV não é uma coisa tão séria. No primeiro momento, mas, depois, se a gente não toma os devidos cuidados, pode vir uma doença até mesmo pior. Então, de uma certa forma, foi até bom”. (Entrevistada 9).

Carvalho, Costa e França (2019) relataram que o HPV em 90,0% dos casos, regride de forma espontânea entre 6 meses a 2 anos, em decorrência dos fatores de proteção inerentes ao sistema imunológico do agente acometido. Em outros casos em que a infecção persiste como consequência de algum tipo oncogênico de HPV, essa infecção, se não for diagnosticada e tratada precocemente, pode levar a um CCU.

Evidencia-se, a necessidade dos profissionais da saúde, inseridos no território da ESF, informarem a comunidade sobre o HPV, respeitando o conhecimento técnico-científico e a prudência.

Silêncio... “agora, que eu tô fazendo o tratamento, eu sei que é uma doença sexualmente transmissível, que num precisa fazer sexo pra ser transmitido, só pelo contato das partes íntimas, você já transmite. Isso que agora eu já tô sabendo.” (Entrevistada 15).

Sabe-se que, além da via não sexual e materno-fetal, a via de transmissão predominante para a contaminação pelo HPV é a sexual (CARDOSO, 2012). “Contudo, esta via não está relacionada apenas ao ato sexual, ou seja, à penetração” (DALMÁCIO *et al.*, 2019, p. 4). Dessa forma, os autores corroboram a fala da entrevistada acima. No estudo, eles destacam que o uso do preservativo feminino pode atribuir maior segurança e prevenção contra a infecção pelo HPV que o preservativo masculino, pelo fato de o dispositivo recobrir toda a região da vulva, evitando assim o contato com a pele. Ressalta-se que o códon deve ser utilizado desde o início da relação sexual.

O “contágio com o HPV pode ocorrer mesmo na ausência de penetração vaginal ou anal”, em decorrência do contato da mucosa ou pele contaminada, por consequência da alta taxa de viremia desse agente infeccioso (BRASIL, 2017, p. 6).

Observou-se que todas as mulheres diagnosticadas com HPV afirmaram que adquiriram maior conhecimento sobre o HPV, após a realização do tratamento. Provavelmente, pelo fato de realizarem consultas assíduas nas ESF de referência, por manterem contato frequente com os profissionais da saúde e por meio de conversas, quando esclarecem dúvidas que certamente surgiram após a descoberta do HPV. A efetivação da construção do território do saber, do conhecimento, dar-se-á por meio do acolhimento, da humanização da assistência, do cuidado, da empatia e da escuta efetiva realizada pelos profissionais envolvidos nos cuidados com a mulher com diagnóstico de HPV, dentro da ESF.

Mediante a identificação do conhecimento que cada mulher possui acerca do HPV e, a partir de então, por meio de uma relação de confiança, vínculo e afetividade, deve-se encorajar a mulher a tomar decisões rumo a novas práticas comportamentais sexuais seguras nas suas relações interpessoais. Estima-se que esse modelo de assistência à saúde pode ser considerado como o escopo dos profissionais responsáveis pelos cuidados integrais da saúde das mulheres com diagnóstico de HPV, inseridas na ESF do município de Governador Valadares/ MG.

4.4 PRÁTICAS COMPORTAMENTAIS

“A saúde sexual é parte fundamental da avaliação geral de saúde de qualquer pessoa. Conhecer a história sexual dos usuários é fundamental para uma abordagem centrada na pessoa, permitindo assim conhecê-la como um todo” (BRASIL, 2018, p. 26).

Mediante as orientações do MS contidas no Protocolo Clínico de IST (2018), seguem abaixo algumas medidas de prevenção à prática sexual segura:

Usar preservativo. Imunizar para HAV, HBV e HPV. Conhecer o status sorológico da parceria sexual. Testar regularmente para HIV e outras IST. Realização de exames cervico-vaginais preventivos (Papanicolau). Conhecimento e acesso à anticoncepção e concepção. Profilaxia Pós-Exposição (PEP) para casos de falha aos métodos acima (BRASIL, 2018, p. 16).

Clutterbuck *et al.* (2012) descrevem alguns fatores de risco e vulnerabilidade para a presença de IST, dentre elas o HPV, mediante a prática e o comportamento sexual exercido entre as mulheres, tais como:

Mudança frequente de parceiro ou sexo com múltiplos parceiros, início precoce da atividade sexual, uso de álcool e drogas [...] Uma série de outros fatores demográficos e comportamentais podem ser usados para identificar grupos que se acredita estarem em risco de má saúde sexual, incluindo prisioneiros, trabalhadores da indústria do sexo e seus clientes e adolescentes (CLUTTERBUCK *et al.*, 2012, p. 4).

Quando as mulheres entrevistadas foram questionadas sobre quais eram as suas práticas comportamentais de prevenção em relação à sua saúde antes do diagnóstico de HPV, elas apontaram: a coleta de exame preventivo; uso do anticoncepcional; uso do preservativo durante as relações sexuais; higiene do corpo, e outras assumiram não realizar prática nenhuma.

Observou-se, que as mulheres entrevistadas demonstraram algum conhecimento sobre as práticas comportamentais sexuais seguras. Acredita-se que esse conhecimento pode ter sido adquirido na sua ESF de referência, uma vez que a maioria das entrevistadas afirmou ter acesso aos profissionais de saúde do seu território e ter sido acolhida por eles no momento do diagnóstico do HPV. Subentende-se que essa relação de vínculo entre o usuário e o profissional de saúde propicia oportunidades de compartilhamento de saberes, educação permanente e consequente aquisição de conhecimento.

A maioria das entrevistadas declarou que realizava como prática comportamental a coleta do exame preventivo, consoante descrito nas falas abaixo:

“Aa de vez em quando que eu fazia o preventivo, porque eu tinha muita vergonha de fazer, né, preventivo”. (Entrevistada 4).

“A fazia o básico das mulheres, fazia preventivo regularmente”. (Entrevistada 7).

“...háa eu fazia preventivo lá no posto né...uma vez no ano, de 2 em 2 anos. Foi até quando eu descobri né...Era a única coisa que eu fazia regularmente, só isso”. (Entrevistada 14).

Ayres *et al.* (2017), pesquisando 2.076 mulheres de 20 a 59 anos que realizaram coleta de exame citopatológico do colo do útero e testagem para HPV em US de Juiz de Fora/MG, identificaram resultado oposto a essa pesquisa. Os autores destacaram que mais da metade dessas mulheres não fizeram exame preventivo há três anos ou menos, e relacionaram esse comportamento a uma realidade existente, não apenas no estudo realizado em Juiz de Fora/MG como também em outros estudos no território brasileiro.

Argumenta-se que a coleta do exame preventivo do colo do útero dentro do território da ESF é uma oportunidade de ofertar prevenção, promoção e recuperação às mulheres que utilizam o serviço. Esse procedimento de baixo custo aos cofres públicos, de fácil acesso às

usuárias e oferecido gratuitamente viabiliza a descoberta precoce de eventuais IST, como o HPV, além do CCU. Contudo, deve ser realizado com respeito, ética, perícia, pois a maioria das mulheres em idade de realizar o citopatológico (25 a 64 anos) declaram sentir vergonha do procedimento, além de assumirem que passam do prazo de retornar, por encontrarem barreiras burocráticas e pessoais.

Outras consideraram como prática comportamental o uso do anticoncepcional, conforme as falas das entrevistadas abaixo:

“Eu utilizava, fazia uso do anticoncepcional”. (Entrevistada 1).

“Eu acho que nada... só mesmo o anticoncepcional” Mais nada. (Entrevistada 9).

“Silêncio... aann....rs...aa eu acho que eu só tomava remédio né... e parei, e mais nada né... Ciclo 21”. (Entrevistada 13).

Corroborando esse estudo, Fedrizzi *et al.* (2008), ao estudarem 100 mulheres com diagnóstico de HPV em um ambulatório de ginecologia em Florianópolis/SC, ressaltaram que a maioria das entrevistadas fazia uso de contraceptivo. Da mesma forma, entre as 42 mulheres entrevistadas por Torres *et al.* (2019) a respeito do conhecimento sobre HPV, no município de Cacoal/ RO, os pesquisadores evidenciaram que as entrevistadas faziam uso de anticoncepcional.

Em contrapartida, Monteiro *et al.* (2017) apresentaram resultados distintos, ao pesquisarem 32 mulheres com diagnóstico de HPV em uma UBS, em São Luís de Montes Belos/GO. Ao identificarem que a maioria das mulheres não utilizava anticoncepcional por serem casadas.

Os contraceptivos orais, injetáveis e adesivos são oferecidos e disponibilizados pelo SUS a homens, mulheres e/ou casal que utilizem o sistema, em todos os níveis de atenção, caso a necessidade seja evidenciada. Também é “direito de todo cidadão e se caracteriza pelo conjunto de ações de regulação da fecundidade” (BRASIL, 1996, p. 1), conforme a Lei Federal 9.263/96. Defende-se que o exercício das práticas de divulgação e a educação permanente, referentes ao planejamento familiar, propiciam prevenção e promoção da saúde das mulheres e adolescentes inseridos no território de adscrição da ESF.

O uso da camisinha também foi citado como uma prática comportamental entre as mulheres entrevistadas.

“Eu utilizava [...] a camisinha”. (Entrevistada 1).

“Silêncio...eu não fazia nada...prevenia de jeito nenhum. As vezes eu usava das camisinha... mas era muito raro...”.(Entrevistada 15).

Souza *et al.* (2019) estudaram a infecção por HPV em 1.145 resultados de exames de mulheres, na cidade de Parelhas/ RN. Observaram que as mulheres entrevistadas faziam uso de preservativo nas relações sexuais por terem múltiplos parceiros sexuais, o que as tornam vulneráveis a outras IST. Do mesmo modo, Torres *et al.* (2019) confirmaram que as entrevistadas em seu estudo também faziam uso do preservativo durante as relações sexuais.

Contrapondo os dados desse estudo, Rodrigues *et al.* (2016), ao verificarem a prevalência do HPV em 32 mulheres vivendo com HIV/AIDS, afirmaram que nenhuma delas relatou o uso regular do preservativo nas relações sexuais antes do diagnóstico de HPV, o que deixa claro que esse comportamento sexual de vulnerabilidade favorece o surgimento do HPV e de outras IST entre as mulheres. Os resultados apresentados por Monteiro *et al.* (2017) corroboram os resultados de Rodrigues *et al.* (2016). Monteiro *et al.* (2017) identificaram que a maioria das mulheres não utilizavam preservativo durante as relações sexuais.

Os preservativos masculino e feminino são métodos contraceptivos que devem ser ofertados pelo SUS, na ESF, a todos os usuários, devendo ser disponibilizados, sem discriminação de quantidade e formas de uso a toda população adscrita ou itinerante. O uso do preservativo, além de reportar maior seguridade contra as IST transmitidas durante as relações sexuais, previne gestações não planejadas. Portanto, incentiva-se o uso desses métodos de barreira como uma prática comportamental comum em todas as relações sexuais entre as parcerias fixas ou eventuais.

A higiene corporal também foi mencionada nas falas das entrevistadas como uma prática comportamental sexual, desenvolvida antes da descoberta do HPV.

“Silêncio...aa...eu, prá falar a verdade eu prá mim assim, que era assim ter higiene com corpo, eu pensava assim, se mesmo eu tivesse higiene comigo e ele tivesse a higiene com ele num ia transmiti...”.(Entrevistada 5).

“Silêncio....Não...é que nem eu te falei...eu...sou uma pessoa assim...meio desligada com as coisas nhé..eu não procurava saber de nada, ter informação de nada, né..aí..o que que acontece, prevenção que eu tinha era, então eu cuidava assim das calcinha, como tem que ser feito prá gente usar, da higiene pessoal da gente nhé...e dele também, nhé...só esses mesmo...”. (Entrevistada 8).

Em uma revisão sistemática da literatura realizada por Almeida, Sakama e Campos (2006), sobre a correlação do HPV com o CCU, foi constatada a má higienização da genitália, o que pode contribuir para a proliferação de “lesões condilomatosas” (p. 133) na região da vulva, períneo e/ou anal, podendo deslocar-se para o colo uterino, através do contágio durante a relação sexual desprotegida. Souza *et al.* (2015) verificaram, através dos relatos, um hábito entre as mulheres de realizar higiene genital 1 a 2 vezes ao dia, como método de prevenção ao HPV e a outras doenças relacionadas à saúde sexual.

Diante do exposto, certifica-se que a saúde tem estreita relação com os hábitos diários de higiene corporal. Admite-se que a saúde sexual da mulher necessita ser mais fomentada dentro das ESF, já que foi observado, em alguns relatos das entrevistadas, a concepção de que a higiene corporal da mulher e do parceiro é um fator de associação à prevenção de IST. É inegável a necessidade de manutenção da higiene corporal diária entre os seres humanos; contudo, essa prática, isoladamente, não confere proteção eficaz contra IST, como exemplo, o HPV.

Em contrapartida, outras entrevistadas assumiram que não realizavam nenhuma prática comportamental preventiva, antes do diagnóstico de HPV.

“Mas, se eu falar que eu me preparava alguma coisa, eu tô mentindo, porque eu num preparava porque eu num tinha conhecimento, então eu num sabia, né”.
(Entrevistada 4).

“Antes de ter a doença? num prevenia não... num tinha prevenção não. Nada”.
(Entrevistada 6).

“Na verdade...eu não preveni...não prevenia de forma nenhuma não. Nada”.
(Entrevistada 12).

Presume-se que a deficiência do autocuidado se estabelece entre as mulheres acometidas por HPV, em decorrência da ausência de conhecimento oportuno sobre o assunto. Defende-se a necessidade de investir ainda mais na educação permanente para profissionais da saúde, atuantes na ESF, com a finalidade de capacitá-los quanto à identificação dos determinantes sociais do sujeito adoecido em sua totalidade, atentando-os para as condições de vulnerabilidade socioeconômica cultural dos sujeitos, que interferem relativamente nas condições de saúde e doença da população.

Então, intensifica-se a necessidade de conhecer as práticas comportamentais sexuais das mulheres, inseridas no território de atuação da ESF, como forma de propiciar maior

possibilidade de intervenção por parte dos profissionais responsáveis pelo cuidado. Esse cuidado deve ser ofertado de forma humanizada, integrada e holística, objetivando agregar conhecimento técnico- científico, sem discriminar os conhecimentos adquiridos; incentivar mudanças de hábitos comportamentais sexuais seguros; gerar conscientização de autocuidado e responsabilização com a sua saúde, além de empoderamento e domínio do seu corpo.

Na oportunidade, as mulheres foram questionadas se, após o diagnóstico de HPV essas práticas comportamentais foram modificadas. A maioria delas afirmou que sim, conforme registram as falas a seguir:

“Mudou que agora eu tenho que me amar o meu corpo e me prevenir mais. Saber os parceiros que fica e usar o preservativo”. (Entrevistada 5).

“Nossa mudou muito...porque o tratamento é muuito doloroso. Eu sofri demais com esse tratamento e eu não quero passar de novo por isso. Nossa, eu chorava lá na hora de fazer o tratamento, eu passava mal, minha pressão caía lá no consultório, e tinha que parar as vezes, então eu aprendi a me cuidar né”. (Entrevistada 14).

“Mudou bastante...agora eu faço preventivo todo ano, procuro tá sempre...éé...tirando as dúvidas, que eu tenho sobre a minha saúde sexual. Observo mais o meu corpo, e isso”. (Entrevistada 15).

Ressaltando os resultados identificados nesta pesquisa, Vargens *et al.* (2013), verificaram que as mulheres deram início ao uso do preservativo nas relações sexuais somente após a descoberta do HPV. Algumas mulheres impuseram aos seus parceiros essa decisão; outras negociaram o uso. O estudo afirma que esse comportamento sexual preventivo foi modificado, em decorrência do diagnóstico de HPV. De semelhante modo, Rodrigues *et al.* (2016) afirmaram que mais da metade das mulheres alegaram fazer uso regular do preservativo em quase todas as relações sexuais, após a descoberta do diagnóstico de HPV.

No estudo de Dalmácio *et al.* (2019), evidenciou-se que as mulheres, após serem detectadas com HPV, modificam positivamente os hábitos de higiene corporal e autocuidado. Afirmaram que a higiene corporal melhorou a partir do diagnóstico de HPV. Desde então, possuem maior cuidado com as suas calcinhas, com o uso de produtos íntimos, mais higiene com o corpo e até a frequência diária dos banhos aumentou.

Vargens e Silva (2014), ao pesquisarem 20 mulheres com infecção por HPV em 13 comunidades do Rio de Janeiro/RJ, declararam que o diagnóstico proporcionou reflexão e mudanças de comportamento sexual preventivo entre as mulheres acometidas. As entrevistadas disseram que a ajuda espiritual foi um alicerce e apoio para o enfrentamento desse processo,

otimizando sentimentos de esperança, força e otimismo, diante dos processos de descoberta, tratamento e recuperação da saúde.

Pressupõe-se que, após transcorrer o território da subjetividade no processo de descoberta do HPV, tratamento e alta, a mulher passa por alterações emocionais além de físicas. As identidades, os pertencimentos e memórias possuem significados peculiares para cada mulher e para as dimensões do seu corpo. Conjectura-se que essa mulher não será mais a mesma.

Nesse contexto de resultado das entrevistas em que a maioria das mulheres afirmou ter tido acesso à ESF e aos profissionais, após a descoberta do HPV, que se sentiu acolhida pelo profissional que a orientou sobre o diagnóstico, postula-se que essas mulheres receberam tratamento humanizado, pautado na escuta efetiva, ética, respeito e equidade. Imagina-se que o diagnóstico de HPV afetou a vida dessas mulheres de forma particular e que viabilizar momentos de formação permanente, de partilha de saberes e experiências, de esclarecimento de dúvidas, de conhecimento sobre prevenção e promoção da saúde, tratamento e desenvolvimento do autocuidado e da autoestima contribuem para um atendimento mais humanizado.

Vale ressaltar que há uma lacuna na literatura sobre as práticas comportamentais das mulheres, antes e após o diagnóstico de HPV. Assim, reforça-se a necessidade de fomentar discussões entre os gestores nas esferas federal, estadual e municipal a respeito do tema, bem como do investimento em pesquisas científicas sobre a doença.

4.5 RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS

Haesbaert (2004b) defende um território para além dos termos interligados a fronteiras, barreiras, distanciamento. Afirma que esse território, ora material (abarcando poderes e leis) ora imaterial (sobre o viés subjetivo, emocional), se encontra constituído por relações de poder dentro de um espaço. O território é produzido a partir da interação dos atores dentro desse espaço.

Claval (1996) buscava respostas para situações do cotidiano a partir de uma abordagem cultural, que outrora não existiam. O autor observava a dimensão subjetiva frente à percepção das emoções, sentidos do corpo na vida humana e social dos sujeitos.

De semelhante modo, os resultados desta pesquisa buscam apresentar respostas acerca das questões interligadas às possíveis interferências do diagnóstico de HPV nas relações interpessoais dessas mulheres que se encontram inseridas no território da ESF, considerado material e ao mesmo tempo com distintas possibilidades imateriais.

Ao serem indagadas sobre terem ou não compartilhado com o parceiro sexual o diagnóstico de HPV, a maioria afirmou que sim e descreveu as atitudes dos parceiros, conformes as falas abaixo:

“Sim. A atitude foi grossa...de acusação de dizer que, eu estava traindo ele e na verdade era ao contrário. Que eu que fui vítima de uma traição, e eu tinha certeza disso..entendeu..e que no entanto viemos até a nos separar por causa disso, porque eu já não confiava, e ele ainda continua a acreditar e querer jogar essa culpa em cima de mim.” (Entrevistada 7).

“Sim, contei. Ele ficou preocupado...(silêncio) ..a princípio ele ficou preocupado, mas aí eu conversei com ele tudo que a enfermeira tinha passado prá mim. Que a princípio a gente pensa que é uma traição, mas depois ela explicou prá mim, explicou direitinho, e aí eu conversei com ele, e ele ficou preocupado, e falou assim..uai..tem que ser..tem que ser...então vamos trata, E aí me apoiou”. (Entrevistada 10).

“Sim..contei prá ele..mas ele..ele num deu muita importância, ao fato, ele achou que podia ser uma coisa simples né..que eu ia tomar um remedinho e sarar..mas na verdade num é assim né...o tratamento é dolorido..sente dor e tipo assim, prá falar verdade, eu tô fazendo tratamento e não era prá mim tá tendo relação sexual com meu esposo, com ninguém né, mas, na verdade o meu esposo continua tendo relação sexual comigo. E eu sinto muito desconforto, na relação né, também é por causa do problema”. (Entrevistada 12).

Quando afirmaram ter compartilhado o diagnóstico do HPV com o parceiro, observou-se atitudes dos mesmos de apoio, de acusação e alguns ainda que não manifestaram preocupação em relação ao diagnóstico. As mulheres que compartilharam o diagnóstico de HPV com os parceiros relataram atitudes de apoio, de acusação com relação à doença, mas, outros não se manifestaram.

Percebe-se que as atitudes dos parceiros sexuais foram distintas. Vale destacar que cada indivíduo possui suas identidades, seu nível de conhecimento, crenças, costumes e, portanto, necessitam ser atendidos em sua integralidade, respeitando a equidade, identificando as vulnerabilidades existentes e posteriormente intervindo de forma integral e holística, oportunizando mudanças de hábitos comportamentais preventivos entre o casal.

Vargens *et al.* (2013) verificaram que em quase todas as ocasiões, os parceiros sexuais reagem de forma negativa diante do compartilhamento do diagnóstico de HPV. Os parceiros não assumem sua parcela de culpa frente à transmissão dessa IST, acusando as mulheres de traição. Não participam do processo de orientação e tratamento da patologia, além de não aceitarem o uso do preservativo nas relações sexuais. Como consequência, surgem os conflitos, as acusações e, muitas vezes, o desfecho se dá com a separação do casal. Os autores defendem o empoderamento feminino como uma forma de modificar esse cenário de vulnerabilidade presente entre as mulheres que convivem ou conviveram com o diagnóstico de HPV. Da mesma forma, Cestari *et al.* (2012) concluíram que as mulheres não têm apoio dos parceiros diante do compartilhamento do diagnóstico do HPV, em decorrência da postura machista dos mesmos.

Joca e Pinheiro (2009) verificaram que a esposa compartilhou o diagnóstico com o parceiro e que este apoiou sua parceira no momento da descoberta. Contudo, a esposa culpabilizou o marido, em decorrência do histórico de traições que ele possuía no passado. Após a descoberta e acompanhamento desse diagnóstico, eles escolheram apoiar um ao outro. A mulher afirmou que, em muitos momentos, surgiram perguntas sem respostas, sentimentos de angústia, tristeza, decepção e dor, mas ela decidiu perdoar, superar e seguir em frente. Realizou o tratamento e eles permaneceram casados, sem problemas conjugais ocasionados pelo diagnóstico de HPV.

É comum observar um parceiro imputar culpa ao outro quando o assunto é IST, sem antes refletir sobre a doença e sem assumir sua parcela de responsabilidade diante da realidade apresentada. Em outros casos, o parceiro, por falta de conhecimento adequado sobre a patologia, apoia o outro, mas não participa do processo de descoberta, conhecimento, tratamento, mudanças de hábitos comportamentais e práticas sexuais seguras, sendo um potencial contribuinte para possíveis reinfecções e disseminações, caso mantenham relações sexuais com outras parcerias sem os métodos de prevenção necessários.

Entretanto, existem relatos de mulheres que decidiram não contar ao parceiro sobre o diagnóstico de HPV:

“Não...Aa...porque eu fiquei com medo assim... igual...a maioria de homem assim...num sabe...de nada...e como é quê fala...tô doente...e ele pensa cê passou prá mim, uma coisa mais séria...assim...então num cei...e então eu preferi...Não contar”. (Entrevistada 3).

“Não...Eu fiquei com medo...Por medo dele, repartir prá outras pessoas que eu tava com aquela doença, né..”. (Entrevistada 5).

Não...não contei. Ah...era um namoradin...então...num contei, porque hoje eu tenho né..com outra pessoa e, a gente né se cuida e tudo..eu num achei..fiquei com vergonha também né..de contar..”. (Entrevistada 14).

Analisando as falas acima, pode-se inferir que as mulheres deixam de compartilhar o diagnóstico com seus parceiros por medo do julgamento e das possíveis consequências, mesmo podendo ser eles os reais transmissores do HPV. Por isso, defende-se o empoderamento dessas mulheres por meio da educação básica, do acesso ao conhecimento técnico-científico, da independência financeira e emocional. Ressalta-se, ainda, a necessidade de maior investimento nas três esferas tripartites do governo em campanhas a respeito do HPV nas mídias sociais, com a finalidade de divulgar conhecimento, orientar o maior número de pessoas possível, desmistificando mitos e crenças, propiciando a oportunidade de vivenciar esse processo de descoberta e tratamento de forma mais humanizada e consciente nas relações interpessoais das mulheres acometidas.

Resultados semelhantes ao desse estudo foram confirmados por Carvalho *et al.* quando verificou-se, que por medo da reação do marido ou pelo fato de se tratar de uma IST, as mulheres não contaram ao marido sobre o HPV. A mulher, ao sentir-se em uma posição de inferioridade e vulnerabilidade em relação ao parceiro, prefere materializar a culpa, optando por se calar e ser culpabilizada indevidamente pela transmissão. Mesmo tendo comportamento sexual monogâmico e utilizando os métodos de prevenção, exime o parceiro das responsabilidades.

Quando as entrevistadas foram indagadas se o diagnóstico de HPV interferiu em sua relação sexual, a maioria afirmou que sim, conforme as falas abaixo:

“Sim, eu acho que interferiu pra melhor... pra eu ser mais desconfiada, pra não confiar muito nas pessoas...e ter os cuidados devidos...até quando ocê num tem nada, cê acha que tá tudo bem... mas quando cê descobre.....(silêncio).” (Entrevistada 02).

“Olha, prá te ser sincera, depois que eu descobri isso eu não me sinto a mesma pessoa...eu não me sinto eu..não sei como te explicar..eu mesmo..interferiu sim...” (Entrevistada 8).

“Mudou bastante...silêncio...é na época eu tava muito insegura, na hora do sexo, por causa das... verrugas das que eu tinha na vagina, isso me deixava muito constrangida..muito..vergonha....” (Entrevistada 15).

As IST são comuns entre as mulheres com idade reprodutiva, em sua maioria casadas, que não fazem o uso de preservativo durante as relações sexuais, pelo fato de estarem em relacionamentos considerados estáveis e monogâmicos. Algumas mulheres identificam as IST, nesse exemplo o HPV, como um mecanismo de alerta, possibilitando repensar questões que estejam relacionadas à sua saúde sexual, e por isso, acredita-se que até reconhecem a patologia como algo positivo.

Outras não conseguem se reestabelecer, em decorrência da perda da sua identidade, por sentirem-se traídas ou por constrangimento durante as relações sexuais com a presença de verrugas ou de sinais causados pela cauterização das lesões na região da vulva, que podem trazer dor e sangramento. Por isso, percebe-se que esse relacionamento interpessoal seguramente pode se fragilizar, bem como as relações afetivas podem ser abaladas ou até mesmo destruídas, pois, para elas, enfrentar as lesões é sinônimo de vergonha, humilhação, além de evidência de traição.

Supostamente, a presença do HPV na vida sexual do casal acarretará o distanciamento de corpos de ordem física e/ou emocional, além do surgimento de conflitos de opiniões, da perda da confiança, o que certamente refletirá na hora da consumação da relação sexual. Subentende-se que, o momento de intimidade e entrega do casal estará prejudicado pela presença inoportuna do HPV.

Assim, provavelmente, o diagnóstico do HPV nas mulheres ocasiona distúrbios emocionais, além das alterações inerentes ao fisiopatológico no organismo das mulheres que, em alguns casos, são irreparáveis, mesmo após o término do tratamento. Marcas para além da pele permanecerão presentes no campo subjetivo dessas mulheres por longo tempo.

Resultados semelhantes foram evidenciados por Queiroz, Pessoa e Souza (2005) quando constataram que o diagnóstico interferiu nas relações sexuais do casal, como por exemplo, por meio da disfunção sexual, que supostamente está relacionada às questões emocionais e afetivas, correlacionadas à perda de confiança e legitimidade da relação, em decorrência de uma possível ou real traição.

Carvalho *et al.* (2007) também identificaram interferência na relação sexual do casal. A interferência foi devido à presença de verrugas na região genital, principalmente quando a involução da verruga ocorre de forma lenta. Da mesma forma, Cestari *et al.* (2012) comprovaram que o diagnóstico de HPV é um fator relevante na repercussão entre as relações sexuais do casal e até motivo de separação conjugal, porque as mulheres sentem-se desestruturadas, julgadas, humilhadas, além de traídas. Minotto (2009) ainda evidenciou uma acentuada diminuição na frequência das relações sexuais, ao pesquisar 78 mulheres com

diagnóstico de HPV que realizavam acompanhamento no ambulatório de clínica ginecológica do Hospital das Clínicas em SP. As entrevistadas relataram modificações do comportamento sexual, tais como, a diminuição da libido, do orgasmo, da assiduidade nas relações sexuais.

De semelhante modo, Miranda e Gonçalves (2016) identificaram interferência nas relações sexuais. Os autores destacaram que os casais relataram ter conflitos para saber quem foi o causador da contaminação dessa IST. Assim, o diagnóstico causou um maior afastamento, oportunizando sentimentos de mágoa, decepção, tristeza, raiva, com possibilidades de uma real separação conjugal. Cestari *et al.* (2012) também reportam que não é incomum a separação de corpos, sem se chegar ao entendimento entre eles. Dessa forma, o casal desfeito parte para outro relacionamento, levando consigo mágoas, ressentimentos e a patologia, sem o devido conhecimento da doença.

Mediante as falas de algumas entrevistadas, observou-se que o diagnóstico do HPV não interferiu na relação sexual.

“Não.Silêncio...prá mim...un..foi normal...porque eu não sentia nada..dor essas coisa..eu ficava normal”. (Entrevistada 3).

“(silêncio)..não...não..não..não mudou nada não”. (Entrevistada 6).

“Não... aa..é tipo normal”. (Entrevistada 13).

Conjectura-se que, em decorrência dos estágios da apresentação do HPV, algumas mulheres passam por esse processo, sem quaisquer alterações fisiopatológicas e/ou emocionais, o que não significa que elas não necessitem de orientação oportuna, educação em saúde, trabalho de conscientização quanto à importância da utilização dos métodos de prevenção e proteção da saúde sexual, bem como de incentivo a mudanças de hábitos, de comportamento sexual preventivo e seguro. O HPV é uma IST, independente do estágio de descoberta e/ou apresentação, podendo ser responsável por alterações celulares que levarão ao CCU entre as mulheres.

Igualmente ao observado nesta pesquisa, Carvalho *et al.* (2007) verificaram que para algumas mulheres o diagnóstico de HPV não interferiu na relação sexual do casal. Estas atribuem essa realidade ao amadurecimento da relação e consciência de que podem ter se contaminado em relações sexuais anteriores e infectado seu parceiro, na atualidade. Portanto, acreditam que se faz necessário uma maior habilidade em conduzir as adversidades que surgem no cotidiano da vida dos casais, uma vez que uma considerada parcela dos relacionamentos atuais não são ou não foram monogâmicos. Por isso, a partir de um pensamento reflexivo e

crítico, essas mulheres objetivam superar as dificuldades vivenciadas nas relações interpessoais e nas relações sexuais, de forma madura e coerente.

Os resultados identificados por Fernandes e Oliveira (2019) corroboram os achados desta pesquisa, pois suas análises reconhecem que o HPV não interferiu nas relações sexuais. Eles realizaram uma revisão integrativa da literatura no período de 2012 a 2017, acerca da importância do enfermeiro na conscientização e prevenção do HPV e destacaram que o conhecimento adquirido de forma eficiente e suficiente a respeito do HPV torna-se relevante no tratamento e prognóstico da patologia em destaque.

A presença do diagnóstico de HPV não está condicionada às alterações nas relações sexuais, uma vez que as formas de transmissão, o período de incubação, tratamento, métodos, prevenção, promoção e recuperação da saúde, além das mudanças de comportamentos sexuais seguros, são orientados pelo profissional enfermeiro, responsável pelo cuidado dessa mulher acometida pela patologia. A partir da apropriação e legitimação do conhecimento adquirido, essa mulher torna-se capaz de passar pelo processo da descoberta, tratamento e alta, sem ocasionar interferências nas suas relações sexuais.

Considerando os relacionamentos interpessoais no trabalho, foi indagado às mulheres se o diagnóstico do HPV alterou sua relação. Pôde-se observar que algumas entrevistadas relataram que houve uma interferência no trabalho, o que pode ser comprovado nas falas:

“Alterou porque, eu tinha que faltar prá poder fazer o tratamento, prá poder ir nas consultas, é... o emocional estava muito abalado, então, acaba que eu ficava mais na minha...entendeu, então tipo assim as pessoas percebia que algo tava errado, o casamento acabou, então assim, interferiu e muito. De todas as formas”. (Entrevistada 7).

“Alterou sim. Alterou porque durante o tratamento você tem que.... ir nas consultas.. demora-se, gasta-se tempo... e com a cauterização você sente dor, você ir trabalhar, sentindo dor...então acaba interferindo...e cê chega atrasada no serviço, aí durante o tratamento, você tem as vezes que pedir...e falar...de manhã eu não vou no serviço, então acaba interferindo sim”. (Entrevistada 10).

“Dificultou bastante né, porque, no dia que a gente tem que fazer, tem que ir no centro viva vida, fazer...o tratamento...e é um tratamento muito demorado, né... ..e é um tratamento muito dolorido...então prá você fazer e voltar pro trabalho, denovo é muito difícil...interferiu bastante no meu trabalho...ter que usar calça jeans, e dói muito...é muito dolorido mesmo”. (Entrevistada 15).

Presume-se que o local de trabalho também pode ser um lugar para o desenvolvimento de afeto, construções de amizades, pois normalmente divide-se em média oito horas diárias com

as mesmas pessoas, podendo então criar relações de afetividade extraprofissionais. Desse modo, com o passar do tempo, em decorrência dos compartilhamentos das vivências nos demais territórios, percebe-se que os colegas acabam conhecendo a rotina do outro, o jeito de conduzir a vida, reconhecem os momentos bons e ruins enfrentados, mesmo quando estes não são compartilhados.

Observou-se que o tratamento foi o fator que mais contribuiu para as interferências no local de trabalho da mulher com HPV, em decorrência da necessidade de se ausentar com frequência para a realização das consultas. As alterações fisiopatológicas tais como, o desconforto físico causado pela dor após as cauterizações das lesões, além das alterações extrafisiopatológicas relacionadas ao território subjetivo, como a vergonha, as decepções, enfim, os conflitos internos foram identificados como fatores que contribuíram para as alterações nas relações no trabalho.

A maioria dessas mulheres não compartilhou o diagnóstico do HPV no seu local de trabalho, passando por esse momento de dor sozinhas, mesmo com a percepção dos colegas de que algo errado estava acontecendo. Porém, outra parcela das mulheres deste estudo disse que o HPV não interferiu no relacionamento interpessoal no local de trabalho.

“Aa eu acredito que não...não...não me alterou ne nada não... eu sou uma pessoa assim, muito... aaa...assim...confiante...né...silêncio...” (Entrevistada 4).

“Não...não trabalho...quanto isso não...o que aconteceu foi o isolamento entre mim mesmo.” (Entrevistada 8.)

“No trabalho também não, porque eu falei prá minha patroa, é ela é...porque ela trabalha com uma clínica essa coisas assim né...e ela me falou sobre isso também, e ela falou de uma verruguinha que eu num sei como que é...Aí ela falou assim comigo que não era nada demais não, mas que eu tinha cuidar mesmo, só que ela foi me falando né...me falando...e ela me falou, não fica contando prá todo mundo não, e não vai ser nada demais. Só que cê cuida, porque se você não cuidar....” (Entrevistada 13).

Observa-se que algumas mulheres receberam o diagnóstico de HPV de forma tranquila, não deixando que interferisse nas suas relações interpessoais no trabalho. Sentiram-se à vontade para dividir o diagnóstico e através desse compartilhamento, receberam orientações e apoio. Algumas mulheres buscam na fé uma aliada no enfrentamento das adversidades, o que as tornam mais esperançosas, confiantes e seguras quanto à superação de doenças, como por exemplo, o HPV. Defende-se que o compartilhamento do diagnóstico do HPV, mesmo que no local de trabalho, desde que seja com uma pessoa que detém algum tipo de conhecimento

técnico sobre o assunto, possivelmente, contribui positivamente para a evolução desse processo de descoberta, tratamento e alta.

Contudo, vale ressaltar que não foram identificados, na literatura, estudos que relacionam o diagnóstico de HPV com as relações interpessoais das mulheres no trabalho. Ressalta-se a necessidade de maior incentivo e investimento em pesquisas nessa área, uma vez que a mulher tem ocupado esse mercado nas diversas categorias em distintos segmentos, na atualidade.

Já se sabe que o tratamento do HPV reporta a alterações fisiopatológicas, emocionais e sociais nas mulheres, mas percebeu-se ao longo da análise dos resultados das entrevistas, uma oportunidade de reflexão acerca da afetação também de ordem socioeconômica, em decorrência da necessidade de afastamento em horário de trabalho para a realização do tratamento, além de um suposto prejuízo na produtividade. Supõe-se, então, uma real dificuldade de enfrentamento da doença nas relações interpessoais no trabalho.

Quando perguntadas se o diagnóstico de HPV interferiu em sua vida social, verificou-se que para a maioria das entrevistadas respondeu que não.

“Não, eu acho que não...porque na época também eu já tava mais afastada de amizade...e então eu fiquei sozinha...sozinha entre aspas né..” (Entrevistada 02).

“Não...não interferiu em nada...é claro que quando, eu recebi o diagnóstico, nos primeiros 15 dias, 20 dias, eu procurei não sair, até digerir tudo, e depois ficou normal...mas não interferiu em nada, mas eu preferi afastar um pouquinho prá eu poder colocar minhas emoções em dia, as coisas no lugar, mas, não interferiu em nada.” (Entrevistada 10).

“Não... porque eu não contei...não contei prá ninguém, não deixei ninguém ficar sabendo.” (Entrevistada 14).

Observa-se que a maioria das entrevistadas decidiu não compartilhar o diagnóstico, por se encontrar em um momento de suas vidas em que estavam mais afastadas dos círculos de amizades. Outras não contaram por medo de serem expostas. Entende-se esse comportamento como autodefesa, autocuidado emocional, segurança pessoal, optando por vivenciarem esse momento de descoberta sozinhas. No entanto, percebe-se uma fragilidade em suas falas quando afirmam terem passado sozinhas. Acredita-se que, de forma subjetiva, o HPV pode ter interferido nas relações pessoais dessas mulheres sem que elas percebessem ou conseguissem mensurar.

Outras mulheres declararam que o HPV interferiu em sua vida social, conforme falas abaixo:

“Mudou muito...eu fiquei com psicológico muito abalado, eu não “tava” conseguindo sair, eu só sabia chorar(rsrs..)....(pausa) desde quando eu descobri, eu só sabia chorar, e eu não conseguia comer nada, minha imunidade “tava” muito baixa, então eu (pausa) não saía, eu não queria ver ninguém, eu não conseguia tocar em ninguém, que eu tava com medo, com nojo.....de tudo...e de todo mundo.. principalmente com os homens... rsrs..” (Entrevistada 1).

“Muito, também, da mesma forma...é de num tá bem, prá poder falar e as pessoas perguntarem o quê que tava acontecendo, e você não querer dizer...silêncio...entendeu...então interferiu muito também...fiquei mais...parei de sair mais, fiquei mais em casa, com o psicológico muito abalado.”(Entrevistada 7).

“Interferiu...interferiu muito...a alegria que eu tinha eu hoje não tenho mais...” (Entrevistada 12).

Depreende-se dos relatos acima que o recebimento do diagnóstico de HPV aflora nas mulheres sentimentos da subjetividade feminina, das intimidades, dos pertencimentos, de insegurança e até medo da morte, por se tratar de uma doença associada às relações sexuais e ter relação com o CCU. Como resposta a essa nova realidade, o afastamento e até mesmo o isolamento social, num primeiro momento, é justificável. Percebe-se que as alterações emocionais são evidentes nas falas dessas mulheres. Por isso, defende-se a necessidade de intervenção interdisciplinar por meio dos profissionais da ESF com a finalidade de ampliar a assistência prestada a essas mulheres, para além dos cuidados fisiopatológicos, favorecendo maior conforto quanto à seguridade, estabilidade emocional e formação de vínculo afetivo.

Comprovando os resultados desta pesquisa, Diógenes, Varela e Barroso (2006) destacaram que o diagnóstico de HPV possui relevante interferência nas relações interpessoais entre os familiares e os meios sociais. O cuidado prestado às mulheres necessita ser realizado de forma holística, nas equipes. Além das alterações físicas que essa mulher adquiriu a partir do diagnóstico, ela encontra-se em situação de vulnerabilidade emocional e ainda assim precisa manter os relacionamentos interpessoais na sociedade, mesmo que sob o crivo da aceitação e/ou julgamento. O HPV traz consigo questões culturais que envolvem crenças e costumes; assim, tornam-se necessárias reflexões acerca do HPV, suas repercussões e instabilidades causadas em todos os âmbitos da saúde da mulher.

Queiroz, Pessoa e Souza (2005) expuseram a mesma opinião quando observaram que uma entre as suas entrevistadas, algumas não se importaram com o diagnóstico porque não possuíam conhecimento suficiente sobre o assunto. A partir do momento em que souberam que

o HPV havia acometido a apresentadora de televisão, Ana Maria Braga, essa mulher se sentiram preocupadas e conseguiram dimensionar as possíveis complicações frente a essa realidade, o que refletiu em um primeiro momento num comportamento de isolamento das suas relações sociais.

Moura *et al.* (2020), ao pesquisarem oito mulheres em uma UBS de Fortaleza/CE, também destacaram a relação da vulnerabilidade social com as IST, no caso desta pesquisa, o HPV. A vulnerabilidade compromete a saúde das mulheres, estabelece relação de poder entre o sujeito e a sociedade e são indicadores de que essas mulheres que se encontram em situação de adoecimento precisam ser encorajadas, empoderadas para que tomem decisões que podem mudar suas vidas. Na maioria das situações, essas mulheres se sentem inferiores aos homens e é importante que adquiram autonomia quanto às formas de prevenção e das práticas sexuais seguras.

Ao analisar a interferência do diagnóstico do HPV na vida familiar, percebeu-se que a maior parte das entrevistadas acredita que não houve alteração em sua vida familiar, o que pode ser confirmado pelas falas abaixo:

“Não na minha família foi normal.” (Entrevistada 5).

“Também não contei...a....eu fiquei preocupada, só o primeiro dia, e os dias que eu fazia né o tratamento, eu ficava...mais quieta..mas, num deixei transparecer com eles não. Prá também eles não ficarem sabendo o quê que era.” (Entrevistada 14).

“Não...porque eu não dividi nada com a minha família...com a minha mãe também nada...minha mãe também não tem estrutura prá isso, não conhece dessas coisas, meus irmão muito menos...né....tô passando por isso sozinha...não...interferiu em nada, porque ninguém sabe de nada né..”(Entrevistada 15).

Depreende-se que esse resultado se deve ao fato de que a maioria delas optou por não compartilhar o diagnóstico de HPV com os seus familiares, como forma de zelo e cuidado com eles; ou seja, como uma maneira de não os preocupar. Outras mulheres destacaram que os seus familiares não possuíam estrutura emocional e conhecimento sobre o assunto; portanto, optaram por não contar. Dessa forma, acredita-se que esses fatores contribuíram para a não interferência dos familiares nos relacionamentos interpessoais.

Pereira *et al.* (2011) pesquisando mulheres com HPV apresentaram resultado semelhante. mulheres com HPV apresentaram a mesma conclusão. Para eles, as mulheres optam por não compartilhar o diagnóstico do HPV como uma espécie de prevenção emocional, por medo de serem julgadas, humilhadas e apontadas por seus familiares, que na maioria das

ocasiões não possuem conhecimento suficiente sobre o HPV, e dessa forma, relacionam o HIV à promiscuidade sexual, traição, irresponsabilidade e hábitos comportamentais de risco.

Entretanto, observou-se ainda nas falas das entrevistadas que algumas confirmaram a interferência do diagnóstico na sua vida familiar.

“(pausa)...a minha mãe ficou com muito medo, mas, ela... eu não contei prá ela.... ela não sabia o que que eu tinha (pausa)...ela via que eu passava mal, que tudo que eu comia eu “botava” prá fora... Mas eu também não cheguei falar o que eu tinha...Interferiu.” (Entrevistada 1).

“Interferiu sim...no início interferiu muito, porque...silêncio...o medo da morte né...os filhos também no início né...fica muito preocupado...” (Entrevistada 10).

“Com certeza né, porque na verdade a minha família sabe, que eu tô doente mas, eu num falei que, tô com esse problema, porque a gente fica com vergonha de compartilhar isso, com a família.” (Entrevistada 12).

Presume-se que, compartilhando ou não o diagnóstico de HPV com os familiares, estes conseguem identificar quando um membro da família está passando por algum problema de saúde, seja emocional e/ou fisiopatológico. E dessa forma, todos sofrem juntos. O ambiente familiar normalmente reporta segurança, cuidado, afeto e por isso, na maioria das vezes, uns se preocupam com os outros. Portanto, percebe-se a gravidade da presença do HPV no âmbito familiar, pois, mesmo sendo apenas a mulher acometida fisicamente pela infecção, os demais residentes do lar sofrem involuntariamente com a mulher esse processo físico e emocional causado por essa IST, muitas vezes, sem mesmo identificá-la ou conhecê-la nominalmente.

Diógenes, Varela e Barroso (2006) salientam que o HPV afeta não somente a mulher, como também a sua relação com a família. É necessário propor estratégias de cuidado também aos familiares envolvidos nesse contexto. Observou-se a presença de conflitos nas residências de mulheres com diagnóstico de HPV que foram solucionados por meio de estratégias e intervenções humanizadas, que resultaram na readequação de um ambiente familiar saudável.

Sousa, Pinheiro e Barroso (2008) ainda argumentam que a ausência de informações suficientes entre a mulher portadora de HPV e seus familiares pode acarretar alterações nas relações interpessoais, uma vez que, em decorrência de mitos, costumes, crenças e tabus, muitas pessoas julgam o outro de forma errônea. Essas atitudes podem influenciar as relações interpessoais no meio familiar, gerando prejuízo emocional para a mulher com diagnóstico de HPV, que supostamente encontra-se fragilizada, necessitando de apoio das pessoas mais próximas. Essas conclusões também foram confirmadas por Meira (2013), ao realizar um

estudo bibliográfico para conhecer o que se têm publicado sobre o HPV. Observou-se que as mulheres com o diagnóstico de HPV estão propensas a desenvolver sofrimento, por causa das desilusões causadas de forma involuntária nas relações interpessoais.

Dalmácio *et al.* (2019) corroboraram os achados desta pesquisa, ao identificarem que algumas mulheres com diagnóstico de HPV externaram sentimentos de medo, angústia, tristeza e decepção, com evolução para quadro depressivo, quando o assunto era a interferência do HPV no âmbito familiar. O medo mencionado por essas mulheres estava associado à sua real condição de saúde atual, à possibilidade de evolução do HPV para o CCU e à possibilidade de óbito.

Ao término da análise dos discursos, algumas respostas emocionadas foram dadas pelas entrevistadas, diante do questionamento: quem é você hoje, após ter passado por essa experiência frente ao diagnóstico de HPV?

Sou uma nova mulher:

“Há...hoje eu posso falar que eu nasci de novo, eu sou uma nova mulher, porque através disso eu aprendi muita coisa. Aaa...me prevenir mais, né... cuidar mais de mim, do meu corpo, porque naquela época também né..eu nem...as vezes a gente não tem juízo, faz coisas sem pensar, né..(silêncio)...e aí depois disso aí, a gente vai né...criando mais juízo depois de tudo que aconteceu...eu poderia até morrer, né...acontecer uma coisa pior...eu já vi muitos casos né, de pessoas que, morri né...e comigo graças a Deus aconteceu nada.” (Entrevistada 3).

“Eu se eu volta lá atrás, hoje eu me considero uma pessoa vitoriosa, uma pessoa que aprendi muito, com mais sabedoria, com mais inteligência, né, prá mim, hoje eu sou diferente.. Sou uma nova mulher hoje. Uma nova pessoa...Melhor....pior de jeito nenhum...eu quero ser uma coisa melhor, lá pá trás eu quero dexá tudo lá...e vê aqui prá frente.” (Entrevistada 4).

“Eu vejo não mais uma menina, mas, uma mulher...em todos os sentidos...no sentido emocional, no sentido sexual... uma pessoa mais madura, mais confiante de si mesma, mais dona de si também...sabe...eu vejo isso...vejo uma pessoa muito mais espontânea.” (Entrevistada 9).

Percebe-se que o diagnóstico de HPV, para a maioria das mulheres, foi sinônimo de uma nova oportunidade de vida, mesmo diante das adversidades enfrentadas entre o descobrimento, tratamento e alta. Essas mulheres descobriram, após o diagnóstico do HPV, uma nova forma de viver e compreender a vida, de maneira mais consciente e responsável. Optaram por escolher o lado positivo de todo o sofrimento vivenciado e transformá-lo em gratidão pela vida, reestabelecendo uma nova forma de se fazer e viver a saúde.

Por isso, acredita-se que essas mulheres foram bem acolhidas no tratamento, conseguiram um certo vínculo com os profissionais envolvidos no cuidado e tiveram um atendimento humanizado, uma vez que carregam consigo sentimentos positivos, de esperança. Espera-se que, de agora em diante, essas mulheres sejam multiplicadoras do conhecimento adquirido, que mantenham e proponham ao parceiro sexual as práticas de comportamento sexuais seguras, por meio das mudanças de hábitos conscientes, que permaneçam empoderadas e aptas a decidirem sobre sua própria vida.

Sou mais madura, me cuido mais, consciente, preocupada:

“Eu vejo que eu sou uma pessoa melhor...mais consciente, mais preocupada né com o meu corpo, com o meu bem estar...Penso em orientar outras pessoas né...para não acontecer o que aconteceu comigo né..Eu penso que eu melhorei, né...silêncio...embora, tem dia que a gente fica muito triste, pensando...porque que isso aconteceu comigo, mas, vida que segue.” (Entrevistada 10).

“ (ainda emocionada...responde)... éé...antes deu fazer os exames assim, eu era uma pessoa...silêncio...quase que normal, entendeu...mas, e depois que eu fiz esses exames eu comecei a amadurecer mais..eu comecei a entender mais da vida..(engasgada..emocionada segue falando)...e esses troço assim, entendeu...Mais...silêncio. Eu não sei te explicar direito não, mas eu sei que eu saí mais forte, entendeu...porque eu comecei a amadurecer mais, comecei entender o sentido da vida, sentido de tudo que eu fiz.. risos...” (Entrevistada 11).

“Aa...hoje eu sou mais madura né..a gente quando é mais nova acha que, nunca vai acontecer nada, e...num vai ter nada..tá tudo certo..hoje eu tenho mais consciência.Dessas coisas, né..então a questão mesmo é, eu tô mais madura..eu tô mais madura! Mais preparada...silêncio....é isso.” (Entrevistada 14.)

Faz-se relevante destacar que se observou uma lacuna na literatura acerca das consequências consideradas “positivas”, causadas pela passagem do HPV no corpo e na vida de algumas mulheres. A experiência do HPV foi responsável por transformar as suas territorialidades e pertencimentos presentes no momento de medo, decepção, insegurança e dor, vivenciados por elas em oportunidades de crescimento pessoal, mudanças de hábitos comportamentais, conscientização das práticas sexuais preventivas e seguras, empoderamento pessoal.

É comum observar que uma parcela considerável da população amadurece, promove mudanças de hábitos comportamentais, logo após situações traumáticas e adversas, relacionadas à saúde do corpo da mulher, de uma forma geral. Dentre as falas da maioria das entrevistadas, em alguns instantes cercadas de emoções, observou-se, após o processo de

descoberta, tratamento e alta (em alguns casos), gratidão pela oportunidade de um novo recomeço e um futuro, conscientização e comprometimento com o autocuidado e empoderamento social, além do desejo de viver, da interação do HPV com as relações interpessoais, da interação do HPV com o seu corpo, por meio de uma nova oportunidade de recomeçar que lhes foi concedida pela vida.

As marcas negativas do diagnóstico do HPV foram identificadas em uma minoria das entrevistadas, conforme evidenciam algumas falas.

Tenho medo, sou desconfiada:

“Eu sou uma pessoa um pouco desconfiada...rsrs..não consigo confiar nas pessoas de jeito nenhum... infelizmente eu me tornei uma pessoa desconfiada mais do que já era... mas eu fiquei pior...Tem o lado bom e o lado ruim. As vezes até atrapalha um pouco né..mas, infelizmente não tem como eu controlar isso...eu já adquiri por causa disso, então...infelizmente eu não consigo.”(Entrevistada 02).

“Não sei...não tem como eu te falar quem eu sou, porque eu ainda não me descobri quem eu sou...eu ainda tô tentando saber, quem vai ser eu “dagora” prá frente...como que vai ser a minha vida...tenho medo da morte...entendeu....então hoje a palavra que eu tenho prá te dizer é que, eu realmente não sei quem eu sou. silêncio...”(Entrevistada 7).

“Tive medo... silêncioooo... as vezes eu tô feliz as vezes seu tô triste. Eu tô desse jeito e choro a toa, eu tô com medo mesmo...(ficou emocionada, chorou)...mas Deus abençoe que não vai acontecer nada não...vai dar tudo certo.” (Entrevistada 13).

Souza, Pinheiro e Barroso (2008) reportam também que, o medo da rejeição do parceiro e dos familiares, o medo da morte afetiva e emocional, como sinônimo de insegurança e desesperança. Pereira *et al.* (2011) também identificaram o medo como um dos sentimentos responsáveis por alterações que repercutem negativamente na vida das mulheres com HPV. O medo relacionado à possibilidade de morte, à ineficiência da cura, às reais interferências dessa patologia em seu organismo e em sua vida, passaram a fazer parte da rotina dessas mulheres adoecidas, que vivenciaram o processo e descoberta, tratamento e alta do diagnóstico de HPV. Vargens e Silva (2014) destacam a presença de cicatrizes emocionais entre as mulheres desde a descoberta do diagnóstico de HPV até a alta. Estas são evidenciadas pelos sentimentos de negação dessa realidade mesmo no pós-alta e pela busca de adaptação a essa nova e incontestável realidade de ser portadora do vírus do HPV. Em decorrência dessa realidade, o medo da morte, o medo do inesperado, o medo do enfrentamento dessa realidade gera incertezas quanto ao futuro.

Dalmácio *et al.* (2019) e os achados desverificaram que o medo do CCU, medo de ficar internada, de morrer, de sentir dor durante as relações sexuais, como repercussões presentes na vida das mulheres com HPV. Mesmo após a alta, os sentimentos de tristeza e vergonha ainda persistem. Por isso, depreende-se que essas mulheres necessitam de uma intervenção além da fisiopatológica, durante todo o processo de descoberta, tratamento e alta.

Entende-se que, além das marcas físicas que as lesões podem deixar no corpo das mulheres com HPV, outros sinais podem aparecer e são comuns como ansiedade, desconfiança, medo, insegurança, afastamento social, vergonha, depressão, medo da morte, uma vez que cada ser humano possui distintas territorialidades. Observou-se, no discurso de algumas entrevistadas, uma provável perda de identidade e pertencimento. Entretanto, defende-se o resgate das questões subjetivas, que deve ser considerado parte relevante desse processo de recuperação da saúde dessas mulheres.

Por isso, defende-se que as mulheres com diagnóstico de HPV necessitam ser acompanhadas dentro das ESF, por esta ser considerada porta de entrada do SUS. Mas também por outros profissionais do cuidado, que ofereçam atendimento pautado na equidade, integralidade, universalidade, além de humanização, empatia, perícia e longitudinalidade, sempre que identificada a necessidade, objetivando o reestabelecimento integral da saúde física, mental e emocional da mulher.

5 CONSIDERAÇÕES GERAIS

As mulheres participantes desta pesquisadas apresentam um perfil de vulnerabilidade sociodemográfica e econômica comum a uma parcela significativa da população. São mulheres que trabalham fora de casa, mas não são bem-remuneradas; cuidam dos seus filhos sem a ajuda do cônjuge, o que as tornam suscetíveis ao HPV. Ressalta-se que o HPV se relaciona às baixas camadas do estrato social, às baixas condições financeiras e ao nível insuficiente de conhecimento sobre a patologia. Por isso, essas mulheres necessitam ser assistidas, dentro das ESF, em sua integralidade, com equidade.

A descoberta do diagnóstico do HPV desencadeou, em algumas mulheres, desordem emocional e sintomas físicos inerentes à patologia, o que interferiu em suas relações interpessoais (afetivas e/ou sexuais, profissionais, sociais e familiares). Essa interferência, para algumas, apresentou consequências como isolamento social, separação conjugal, depressão, negação da patologia. Tais consequências podem contribuir para o surgimento de doenças psicossomáticas associadas ao HPV, principalmente porque essa IST está relacionada a 99,0% das alterações celulares causadoras do CCU (BRASIL, 2017).

Para outras mulheres, a descoberta do HPV representou uma nova oportunidade de viver a vida de forma mais consciente e segura. Elas transformaram os sentimentos de medo, angústia e tristeza, em esperança.

Percebeu-se que as mulheres entrevistadas detinham algum conhecimento sobre as práticas comportamentais de prevenção da saúde sexual, contudo, esses conhecimentos e práticas não foram suficientes para evitar a infecção. Certamente, os profissionais inseridos no território da ESF precisam ter maior habilidade técnico-científica para ofertarem assistência humanizada e individualizada a essas mulheres, por meio de educação permanente em saúde, com metodologia clara e objetiva. Dessa forma, conseguem garantir o acesso e a integralidade da assistência e propiciar vínculo afetivo entre a mulher e o profissional da ESF; conscientizar as mulheres para mudanças de hábitos comportamentais duradouras e consequente responsabilização pelo autocuidado, além da conquista de conhecimento e empoderamento.

Para que essa mulher com diagnóstico de HPV, assistida na ESF, se considere como um sujeito de direitos dentro desse território, ela necessita sentir-se segura, respeitada, acolhida pelo profissional responsável pelo cuidado, em todas as suas necessidades. Precisa, ainda, reconhecer a ESF como um território de possibilidades, que propicia o resgate, o pertencimento e o reencontro com a sua identidade.

Destaca-se que o empoderamento das mulheres dentro do território de atuação das ESF é uma necessidade, frente à realidade vivenciada após o diagnóstico de HPV. A partir dele, surge a oportunidade de quebrar paradigmas, destituir crenças, mitos, tabus e preconceitos, mudanças de hábitos e práticas comportamentais. Acredita-se, que com o empoderamento dessas mulheres, elas terão maior liberdade de expressão e de tomada de decisão quanto às escolhas de suas práticas e comportamentos sexuais. Dessa forma, se reestabelecerão de maneira consciente, segura e duradoura.

Com relação aos profissionais responsáveis pelo cuidado, espera-se que os resultados possam contribuir para fomentar discussões entre os gestores, coordenadores e prestadores dos serviços, objetivando a melhoria do acesso, acolhimento e tratamento, geração e manutenção de vínculo entre o binômio cuidador e ser que necessita de cuidado. Ademais, os resultados podem servir de alerta para os profissionais que atuam na assistência dentro das ESF, além de serem utilizados no ensino interdisciplinar, nas distintas profissões da Saúde.

Este estudo não esgota as possibilidades de análise das questões inerentes às interferências do diagnóstico de HPV nas relações interpessoais das mulheres assistidas nas ESF. Pelo contrário, essa pesquisa sugere continuidade e fomenta discussões e debates sobre as novas concepções das mulheres e da sociedade sobre a doença; incentiva ações de acesso, acolhimento e atendimento humanizado às mulheres, bem como o fortalecimento de vínculo entre os familiares, em decorrência dos conflitos gerados após o diagnóstico de HPV.

6 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO

Acredita-se que, o que por ventura segrega, limita. Portanto, o tamanho da amostra foi um fator de limitação. Em consequência, o resultado não poderá ser generalizado e sim representativo para as entrevistadas em questão, mas permite um olhar, uma escuta desse grupo, o que pode contribuir para melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher com diagnóstico de HPV, além de otimizar a reflexão e incentivar mudanças de hábitos comportamentais desse grupo de mulheres que foram assistidas nas ESF, deste município.

Outro aspecto limitante consistiu no ato de as mulheres pesquisadas residirem na zona urbana do município de Governador Valadares/MG, o que excluiu as mulheres da zona rural, que poderiam ter distintas vivências e contribuir para a ampliação das percepções.

Pesquisar apenas as mulheres assistidas nas ESF/SUS também foi outro fator de limitação, pois, ouvir as percepções das mulheres da rede privada poderia possibilitar uma comparação entre as distintas vivências e realidades. Uma outra limitação foi a exclusão de mulheres atendidas nas redes de atenção secundária e terciária, pois existem muitas mulheres que são acompanhadas nesses pontos de atenção com diferentes territorialidades que, possivelmente, seriam relevantes para a análise das interferências entre os relacionamentos interpessoais.

As perspectivas são de que com este trabalho, reflexões positivas possam surgir frente aos valores éticos e morais inerentes ao corpo, ao HPV e às relações interpessoais entre essas mulheres, e que a prática do autocuidado se torne uma rotina.

Quanto aos profissionais das ESF, responsáveis pela assistência e acompanhamento das mulheres com diagnóstico de HPV, espera-se a manutenção permanente das atividades de educação oferecidas às mulheres, informando e compartilhando com elas os conhecimentos técnico-científicos, por meio de linguagem acessível e objetiva.

Com isso, esses profissionais poderão subsidiar a readequação das práticas comportamentais e promover mudanças de hábitos, de modo a conscientizar para a prevenção e promoção da qualidade de vida das mulheres com diagnóstico de HPV.

Por fim, sugere-se, também, uma investigação epidemiológica que pode ser relevante na busca pela identificação das causalidades dessa patologia nos territórios e nas territorialidades das mulheres identificadas com HPV, nessas ESF.

REFERÊNCIAS

- ADIMORA, A. A.; HAMILTON, H.; HOLMERS, K.; SPARTING, P. F. **Singapore:** Companion Hand book International. Editions,1994.
- ALMEIDA, A. C. G.; SAKAMA, A. T.; CAMPOS, R. G. de. A correlação do câncer do colo uterino com o Papilomavirus Humano. **Revista APS**, v.9, n. 2, p. 128-135, 2006.
- ALMEIDA, F. R. de. **Humanização da Assistência na Atenção Primária a Saúde**. 2015. 27 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte Minas Gerais, 2015. Cap.1.Disponível em: http://<bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/humanização-atenção-primária-a-saude.gestao/pdf>. Acesso em: 16 de mai. 2020.
- ALVARENGA, A. T. de. *et al.* Histórico, fundamentos filosóficos e teórico-metodológicos da interdisciplinaridade. In: Arlindo Philippi Jr. e Antônio J. Silva Neto (editores). **Interdisciplinaridade em Ciência, Tecnologia & Inovação**, v. 4, n. 3; p. 3-68, 2011.
- ANDRADE, A. G, SILVA, L. A, MAGALHÃES, C. C. G. N. Hpv X Câncer De Colo Do Útero: O conhecimento das mulheres na região central de um município referência da região de saúde. **Revista Amazônia: Science & Health**, v. 7, n. 2, p. 70-78, 2019.
- ATRAN, S.; MEDIN, D. L.; ROSS, N. O. The cultural mind: Environmental decision making and cultural modeling within and across populations. **Psychological. Review**, v. 112, n. 4, p. 744-776, 2005.
- AYRES, A. R. G. *et al.* Infecção por HPV em mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. 92, p. 11, 2017.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, LDA. 2011.
- BARCELLOS, C. **Organização espacial, saúde e qualidade de vida**. In: I Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento. v. 2, n. 2, p. 27-34. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- BARCELLOS, C. *et al.* Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 11, n. 3, p. 129-138, 2002.
- BARCELLOS, C. A Saúde nos Sistemas de Informação Geográfica: apenas uma camada a mais? **Caderno Prudentino de Geografia**, v. 3, n. 25, p. 29-43, 2003.
- BARBOSA, M. A. *et al.* Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. **Rev. Enferm**, v. 12, n. 1, p. 38-43, 2004.
- BAUER, M.; AARTS, B. **A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos**. In: BAUER, M.; GASKELL, G. (Orgs.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Petrópolis: Vozes, p. 39-63, 2002.

BEZERRA, S. J. S. *et al.* Perfil de Mulheres Portadoras de Lesões Cervicais por HPV. Quanto aos Fatores de Risco para Câncer de Colo Uterino. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, v. 17, n. 2, p. 143-148, 2005.

BERTAUX, D. From The Life-History Approach to The Transformation Of Sociological Practice. In: BERTAUX, D. (Ed.). **Biography and society: The life history approach in the social sciences**. London: Sage, p. 29-45, 1981.

BECK, C. L. C, *et al.* Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Rev. Gaúch Enferm**, v. 30, n. 2, p. 54-61, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Institui condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11899.htm>. Acesso em: 11 jan. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da **Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federal do Brasil, Brasília, DF; 1996. Disponível em: <http://www.gov.br/ccivil03/_Ato207866-2010/2009/Lei/L11UJHY99.htm>. Acesso em: 21 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica HIV/aids, Hepatites e outras DST's**. Brasília. DF. 2013. Disponível em: <http://www.ist.virais.hepatites.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11899.htm>. Acesso em: 29 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA nº 140 de 27 de Fevereiro de 2014**, que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://www.portariaa.MulhRer.kkmshdj99.htm>>. Acesso em: 28 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Plano Nacional de Educação 2014-2024 [recurso eletrônico]: **Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014, que aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências**. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014. 86 p. – (Série legislação ; n. 125). Disponível em: <http://www.portaria.gov.br/AT_03/_rf33007-2010/20014Lei/L11899.htm>. Acesso em: dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11899.htm>. Acesso em: 22. Abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2 ed. Revista, Ampliada e Atualizada. Rio de Janeiro, RJ, 2016. Disponível em: <http://www.atlas.gineco.saude.gov.br/ccivil_03/_Ato2018-2010/2009/L11899.htm>. Acesso em: 11 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Guia Prático sobre o HPV**. Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://sciello.Saúde.gov.br/HPV.papilo.maVirus/gm/2011/prt0550087uy032013.html>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://www.pmjh.mulher.saude.hpv.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11899.htm>. Acesso em: 11 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1, de 28 de Setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0553_22_03_2011.html>. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estudo alerta: prevalência do HPV na população das capitais do Brasil**. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/13/Campanha-HPV-2018.pdf>>. Acesso em: 10 ago.2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário). Recurso Extraordinário 888.815/RS. **Constitucional. Educação. Direito fundamental relacionado à dignidade da pessoa humana e à efetividade da cidadania**. Brasília, D.F. 12 de setembro de 2018. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=749412204>. Acesso em: set.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HPV: o que é causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção**. Brasília, 2019. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/hpv>>. Acesso em: 17 jan.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção primária à saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica: Informações sobre as ações e programas do Departamento de Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. 4 p. Disponível em: <<https://sisaps.saude.gov.br/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em: 2 abr. 2020.

BUOSI, L.; OLIVEIRA, L. F. C. **A abordagem do parceiro de mulheres diagnosticadas com HPV**. / Luciana Buosis; Liz Flávia Chamon Oliveira. il. Monografia (especialização) – Brasília, 33. f., 2007.

CANHOTA, C. **Qual a importância do estudo piloto**. In: SILVA, E. E. (Org.). Investigação passo a passo: perguntas e respostas para investigação clínica. Lisboa: APMCG, 2008, p. 69-72.

CARDOSO, C. L. Relações Interpessoais na Equipe do Programa Saúde da Família. **Revista APS**, v. 7, n. 1, p. 47-50, 2004.

CARDOSO, B. T.; OLIVEIRA, F. R. de. ; CAMILO, C. J. **A relação do Papiloma Vírus Humano (HPV) e o câncer de colo do útero: uma ação educativa do enfermeiro.** Simpósio de TCC e Seminário de IC , 2016 / 2º. p. 1582-1590.

CARDOSO, E. M.M. **Aspectos Históricos, Fisiopatológicos e preventivos da Infecção por Papilomavírus Humano HPV.** Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. UFMG. Araçuaí/MG. p. 1-4, 2012.

CARVALHO, A. L. S. de. *et al.* Sentimentos vivenciados por mulheres submetidas a tratamento para Papillomavirus Humano. Esc Anna Nery. **Rev. Enferm**, v. 3, n. 1, p. 11, 2007.

CARVALHO, M. C. M. P.; QUEIROZ, A. B. A. Lesões precursoras do câncer cérvico uterino: evolução histórica e subsídios para consulta de Enfermagem ginecológica. Escola Anna Nery. **Rev. de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 617-24, 2011.

CARVALHO, K. F. de. ; COSTA, L. M. O.; FRANÇA, R. F. A relação entre HPV e câncer de colo de útero: um panorama a partir da produção bibliográfica da área. **Revista Saúde em Foco**, v.3, n.11, p. 264-278, 2019.

CAVALCANTI, S. M. B.; CARESTIATO, F. N. Infecções Causadas pelos Papilomavírus Humanos: Atualização sobre Virológicos, Epidemiológicos e Diagnóstico. **DST-J Brás Doenças Sexualmente Transmissível**, v. 18, n. 1, p. 73-79, 2006.

CESTARI, M. E. W. *et al.* Necessidades De Cuidados De Mulheres Infectadas Pelo Papilomavírus Humano: uma abordagem compreensiva. **RevEscEnferm**, v. 46, n. 5, p. 1082-1087, 2012.

CESTARI, M. E. W. **Estar Infectada Pelo Papilomavírus Humano: vivência das mulheres e necessidades de cuidado.** 2010. 128f. Tese de Doutorado apresentado a escola de enfermagem da universidade de São Paulo.

CIRINO, F. M. S. B.; NICHATA, L. Y. I. , BORGES, A. L. V. Conhecimento, atitudes e praticas na prevenção do câncer de colo de útero e HPV em adolescentes. Esc Anna Nery **RerEnferm**, v, 14, n. 1, p. 126-134, 2010.

CONTI, F. S.; BORTOLIN, S. B.; KULKAMP, I. C. Educação e promoção à saúde: Comportamento e conhecimento de adolescentes de colégio público e particular em relação ao Papiloma Virus Humano. **J Bras Doenças Sex Trans**, 2006; v. 18, n. 1, p. 30-35, 2006.

COSTA, L. A.; GOLDENBERG, P. Papilomavírus Humano (HPV) entre Jovens: um sinal de alerta. **Saúde Soc.**, v.22, n.1, p.249-261, 2013.

CLAVAL, P. O Território Na Transição Da Pós- Modernidade In: **Revista GEOgraphie set cultures**. Ano 1, n. 2, p.7-26, 1996.

PAUL CLAVAL. O TERRITÓRIO NA TRANSIÇÃO DA PÓS-MODERNIDAD. **GEOgraphia** – Ano 1 – n. 2 – p. 7-26, 1999.

CLAVAL, P. “A virada cultural” em Geografia. **Revista Mercator**, v. 1, n. 1, p. 31-58, 2002.

CLAVAL, P. **A Geografia Cultural**. 3. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2007.

CLAVAL, Paul. Introdução; Gênese E Evolução Das Interpretações Culturais Na Geografia. P.9-40. In: CLAVAL, Paul. **Geografia Cultural**. 3.ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2007

CLAVAL, P. **A Epistemologia da Geografia**. CLAVAL, P. **Epistemologia da Geografia**. Trad. Margareth de Castro Afeche Pimenta e Joana Afeche Pimenta; Florianópolis: Ed. da UFSC. 406p. 2011.

CLAVAL, P. **É geografia, é Paul Claval**. Trad. José Borzacchiello da Silva... [*et al.*]; Org Maria Geralda de Almeida, Tadeu Alencar Arrais. – Goiânia : FUNAPE, 176 p. 2013.

CLAVAL, P. **A Geografia Cultural**. 4ª ed. Revista. Editora UFSC. Tradução: Luís Fagazzola Pimenta, Margareth de Castro Afeche Pimenta. Florianópolis, SC. 2014. 455 p.

CLUTTERBUCK, D. J. *et al.* The Clinical Effectiveness Group of British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) and British HIV Association (BHIVA). UK national guideline on safer sex advice. **Int. J. STD. AIDS**, v. 23, n. 6, p. 381-8, jun. 2012.

CRAWFORD, L. V.; CRAWFORD, E. M. A comparative study of polyoma viruses. **Virology**. v.21, n. 2, p. 258-63, 1963.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa [recurso eletrônico]: escolhendo entre 5 abordagens**. Tradução: Sandra Mallmann da Rosa; revisão técnica: Dirceu da Silva. 3 ed. Porto Alegre, Penso, 341 p. 2014.

CONDE, C. R.; LEMOS, T. M. R.; FERREIRA, M. de I. da S. Características sociodemográficas, individuais e programáticas de mulheres com câncer de colo do útero. **Enfermería Global**, v. 5, n. 49, p. 359-369, 2018.

DALMACIO, N. C. G. *et al.* Percepção da mulher com HPV e seu autocuidado. **Revenferm, online**, v.13, n. 4, p. 8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.237305>. Acesso em: 11.out. 2019.

Departamento de Atenção à Saúde (DAS). **Planilha do número de exame citopatológico do colo uterino realizado**. Governador Valadares, 2019.

DIÓGENES, M. A. R. ; VARELA, Z. M. V.; BARROSO, G. T. Papillomavirus humano: repercussão na saúde da mulher no contexto familiar. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 27, n. 2, p. 266-73, 2006.

EDUARDO, G. M. *et al.* Conhecimento e mudanças de comportamento de mulheres junto a fatores de risco para câncer de colo uterino. **Rev Rene**, v. 13, n. 5, p. 1045-55, 2012.

FARIA, R. M. de. A Territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Hygeia**, v. 9, n. 16, p. 131 - 147, 2013.

FEDRIZZI, E. N. *et al.* Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) em Mulheres de Florianópolis, Santa Catarina. **DST- J bras Doenças Sex Transm.**, v. 20, n. 2, p. 73- 79, 2008.

FERREIRA, C. A. L. Pesquisa quantitativa e qualitativa: perspectivas para o campo da educação. **Revista Mosaico**, v. 8, n. 2, p. 113-121. jul./dez. 2015.

FERREIRA, D. da. S. Território, Territorialidade E Seus Múltiplos Enfoques Na Ciência Geográfica. CAMPO-TERRITÓRIO: **Revista de Geografia**, v. 9, n. 17, p. 111-135, 2014.

FIGUEIREDO, C. B. M. *et al.* Abordagem terapêutica para o Papilomavírus humano (HPV). **Rev. Bras. Farm**, v. 94, n. 1, p. 4-17, 2013.

FIGUEIREDO, V. N. *et al.* Abordagem Terapêutica Para O Papilomavírus Humano (HPV). **Rev. Bras. Farm**, v. 94, n. 1, p. 4-17, 2013.

FISHER, B. A., ADAMS, K. **Comunicação Interpessoal Pragmática das Relações Humanas**. Tradução de José Farinha. 2010.

FONTES, P. A. de C.; RIBEIRO, H. Saúde Global em tempos de globalização. **Rev.Saúde Soc**, São Paulo, v.23, n.2, p.366-375, 2014.

FORMOZO, G. A. *et al.* As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Rev. Enferm**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.124-7, 2012.

FUINI, L. L. O Território em Rogério Haesbaert: concepções e conotações. **Geografia, Ensino & Pesquisa**, v. 21, n. 1, p. 19-29, 2017.

FLICK, W. **Introdução á Pesquisa Qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3 ed. Porto Alegre. Artemed. 405p. 2009.

FRANÇA, M. de C. A., FRANÇA, M. de C. S.; MORAES, S. D. dos S. Conhecimento de mulheres acerca do Papilomavírus Humano e sua relação com o câncer de colo uterino. **CogitareEnferm**, v. 18, n. 3, p. 509-14, 2013.

FRACOLLI, L. A.; ZABOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev Esc Enferm**, v. 38, n. 2, p. 143-51, 2004.

FERNANDES, L. C. S.; OLIVEIRA, F. R. dos. S. A importância do enfermeiro na conscientização e prevenção do HPV. **Rev. Psicol Saúde e Debate**, v. 5, n. 1, p. 80-109, 2019.

FREITAS, R. de A.; CANGUSSÚ, L. V., GRADELA, D. B. T. Conhecimento de mulheres usuárias do sus sobre o hpv na região norte do Espírito Santo. **Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer**, v.11, n. 22, p.13, 2015.

GAMA, D. O. N.; SILVA, M. M. da.; CARVALHO, R. N. C. PAPILOMA VÍRUS HUMANO: Uma abordagem sobre prevenção e assistência. **Revista Científica da FASETE**, v. 2, n. 2, p.109-124, 2018.

GASPAR, J. *et al.* Fatores sociodemográficos e clínicos de mulheres com Papilomavírus Humano e sua associação com o vírus da imunodeficiência humana. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 74-81, 2015.

GONDIM, G. M. M. *et al.* **O Território da Saúde – A Organização do Sistema De Saúde e a Territorialização.** In: Miranda *et al* (Orgs.) Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 237-255, 2008.

GONDIM, G; MONKEN, M. **O Uso do Território na Atenção Primária à Saúde. In Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.** MENDONÇA, MHM *et al* (org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

Gil. A. C. **Métodos de pesquisa.** 6 ed. São Paulo: Atlas. 2017.

HAESBAERT, R. **Território, Poesia e Identidade.** Espaço e Cultura. n. 3. 1º Seminário de Geografia e Artes. Associação dos Geógrafos Brasileiros. Niterói, 1997.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do fim dos territórios à multiterritorialidade.** Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 396 p., 2004a.

HAESBAERT, R. Des-caminhos e perspectivas do território. In: RIBAS, Alexandre Domingues; Spósito, Eliseu Savério; SAQUET, Marcos Aurélio. **Território e desenvolvimento: diferentes abordagens.** Francisco Beltrão – PR: UNOESTE, 22 p., 2004b.

HAESBAERT, R. Precarização, reclusão e "exclusão" territorial. Terra Livre n. 23. 2004b.

HAESBAERT, R. **Território e Multiterritorialidade: um debate.** GEOgraphia. Rio de Janeiro, ano 11, n. 17, p. 19-44. Mar., 2007a.

HAESBAERT, R. **O Mito da Desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

HAESBAERT, R. **Território e Multiterritorialidade: um debate.** 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. PAS - Pesquisa Anual de Serviços, 2010. [online]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/governador-valadares/panorama>. Acesso em: 03 de jul. de 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. PAS - Pesquisa Anual de Serviços, 2018. [online]. Disponível em: <https://censo.demografico.ibge.gov.br/brasil/mg/governador-valadares/panorama>. Acesso em: 03 de setembro de 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – (INCA). **Viva Mulher: câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas.** Rio de Janeiro: 2011. Disponível em: <<http://saude.mulher.gov.br-corpo-acesso.hjndf.-hpv.sesv.pdf>> Acesso em: 07 out. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – (INCA). **Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde**. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://saude.IST.CAcancer.mulher.viva.gov.br-coftRvf.sso.hjndf.-hvp.sesv.pdf>> Acesso em: 18 dez. 2019

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA - (INCA). **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: 2018. Disponível em: <<http://saude.mulher.siciecia.mortalidade.uterocancer.ist.gov.br-corpo-acesso.hjndf.-hvp.sesv.pdf>> Acesso em: 03 mai. 2020..

JOCA, M. T.; PINHEIRO, A. K. B. Mulher acometida pelo papilomavírus humano e repercussões na família. *Esc Anna Nery*. **RevEnferm**, v. 13, n. 3, p. 567-73, 2009.

LACAZ, C. DA S.; BARUZZI, R.G.; SIQUEIRA JUNIOR, W. **Introdução à Geografia Médica do Brasil**. São Paulo: Edgar Blücher: EDUSP, 1972.

LANES, K. G. *et al.* O Ensino de Ciências e os Temas Transversais. **Rev. Ciência e Método**, v. 29, n. 92, p. 21-51, 2014.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. 4. ed. Rio de Janeiro; Vozes, 2010.

LETO, M. G. P. *et al.* Infecção pelo Papilomavírus Humano: etiopatogenia, biologia molecular e manifestações clínicas. **An. BrasDermatol**. São Paulo, v. 86, n. 2, p. 306-317, 2011.

LEITÃO, S.P.; FORTUNATO, G.; FREITA, A. S. de. Relacionamentos interpessoais e emoções nas organizações: uma visão biológica. **Rev. de Administração Pública**, v. 40, n. 5, p. 883-907, 2006.

LONGATTO FILHO, A. *et al.* Frequência de esfregaços cérvico-vaginais anormais em adolescentes e adultas: revisão de 308.630 casos. **Rev. Inst. Adolfo Lutz**, v. 62, n.1, p.31-34, 2003.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**: ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, L. F.; THULER, L. C.; VALENTE, J. G. Cobertura do exame de Papanicolau no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Ginecol. Obstetrica**, v. 27, n. 8, p. 485-92, 2005.

MEDEIROS, A. A. M. de. *et al.* Os desafios do acolhimento na atenção básica. **Revistas Cobracis**, v. 3, n. 2, p. 25-32, 2017.

MEIRA, B. C. **Papilomavírus Humano (HPV) e seus fatores de risco para câncer de colo de útero**. Universidade Federal de Minas Gerais. UFMG. Curso de especialização em Atenção Básica da Saúde da Família. Trabalho de Conclusão de Curso. Belo Horizonte, MG, p. 34, 2013.

MELO, T. F. V. *et al.* Epidemiological profile of women with HPV treated in a basic health unit. **Rev. FundCare Online**, v. 8, n. 4, p. 5177-5183, 2016.

MINAYO, M. C. de S. **Teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes. 108p. 2009.

MINOTTO, F. N. **Influência de Infecção genital pelo papilomavírus humano no ciclo de resposta sexual feminino**. 2009. 138 f. Dissertação (Mestrado em Obstetrícia e Ginecologia)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2009.

MIRANDA, E. O. “O negro do Pomba quando sai da Rua Nova, ele traz na cinta uma cobra coral”: os desenhos dos corpos-territórios evidenciados pelo Afoxé Pomba de Malê. **Inter Espaço**, v. 4, n. 13, p. 62-75, 2014.

MIRANDA, S. A. de. ; GONÇALVES, L. H. T. Autocuidado de mulheres amazônidas na prevenção e controle do Papiloma Vírus Humano (HPV) – participação da(o) enfermeira(o). **Enferm. Foco**, 2016; v. 7, n. 1, p. 08-12, 2016.

MONKEN, M. 2003. 384f. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da saúde**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em Saúde e Território Utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

MONKEN, M. ; GONDIM, G. M. de M. **Território: lugar onde a vida acontece**. IN: Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio / Organização de Vera Joana Bornstein... [*et al.*]. - Rio de Janeiro: EPSJV, 164, p. 2016.

MONKEN, M. Diálogos E Interfaces Da Abordagem Geográfica Na Educação Profissional De Nível Técnico Em Saúde. **Hygeia**, v. 15, n. 33, p. 83 - 90, 2019.

MOURA, E. J; SILVA, R. M, GOMES, A. M. A. Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde reprodutiva de mulheres atendidas em planejamento familiar no interior do Ceará. **Rev Baiana de Saúde Pública**, v.34, n. 1, p. 119-133, 2010.

MOURA, E. R. F. *et al.* Panorama clínico, terapêutico e sexual de mulheres portadoras de Papiloma Vírus Humano e/ou Neoplasia Intraepitelial Cervical. **Rev. de Enfermagem Referência**, v. 6, n. 3, p.113-120, 2014.

MOURA, S.L.O. *et al.* Vulnerabilidade de mulheres às Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, p.1-8, 2020.

MORAES, M. A. L. *et al.* Eficácia do aconselhamento para doenças sexualmente transmissíveis em unidades de referência da cidade de Fortaleza, CE, Brasil. **J Bras Doenças Sex Transm**, v. 16, n. 1, p. 31-7, 2001.

MOTTA, F. C. P. **Teoria das organizações**. São Paulo: Pioneira, 1986.

MONTEIRO, *et al.*, P. C. F. Prevalência de mulheres portadoras de Papilomavírus Humano - HPV genital no município de São Luís de Montes Belos no ano de 2007 a 2012. 2017. **Rev. Caderno e saúde**, v. 2, n. 1, p. 14, 2017.

NASCIMENTO, F. P. *et al.* Sexualidade da mulher com Papiloma Vírus Humano (HPV). **Rev. Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 2, n. 3, p. 12-21, 2013.

NEGRÃO, S. E. C. *et al.* Prevalência da infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) em mulheres do sudeste do estado do Pará. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 3, p. 431-440, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE- (OPAS). **HPV e câncer do colo do útero**. 2019. Disponível em :<<https://www.paho.org/bra/index.php?:folha-informativa-hpv-e-cancer-do-colo-do-utero>>. Acesso em 05 out.2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Organização da saúde da mulher. Normas e Diretrizes**. Brasília, D. F. p. 14, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Nova terminologia IST. Um relatório sobre saúde da mulher**. São Paulo, SP. p. 08-26, 2016.

OLINDA, Q. A. ; SILVA, C. A. B. da. O impacto do imaginário na prevenção do câncer genital. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 23, n. 2, 2012, p. 99-100, 2012.

OLIVEIRA, G. R. *et al.* Fatores de risco e prevalência da infecção pelo HPV em pacientes de Unidades Básicas de Saúde e de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 35, n. 5, p. 226-32, 2013.

OLIVEIRA, R. G. de. *et al.* Aspectos sociodemográficos e ginecológicos de mulheres com neoplasia intraepitelial cervical de baixo grau socio-demographicandgynecologicaspectsofwomenwithlow-g. **Rev. enferm UFPE online**, Recife, v. 8, n. 4, p. 1002-10, 2014.

OLIVEIRA, L. M. S. R. de.; MOREIRA, M. B. Da disciplinaridade para a interdisciplinaridade: um caminho a ser percorrido pela academia. **Rev. REVASF**, v.7, n. 12, p. 06-20, 2017.

OLIVEIRA, E. S. de. *et al.* A Consulta de enfermagem frente á detecção precoce de lesões no colo do útero. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 2, p. 186-198, 2017.

OKAMOTO, M. L. A. *et al.* Perfil do Conhecimento de Estudantes de uma Universidade Particular de Curitiba em relação ao HPV e Sua Prevenção. **Revista Brasileira de educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 611-620, 2016.

OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; SOUSA, M. H. de. Conhecimento e atitude sobre HPV e vacinas disponíveis no Brasil. **Rev. Saúde Pública**; v. 48, n. 1, p. 123-13, 2014.

PANOBIANCO, M. S.; LIMA *et al.* O conhecimento sobre o HPV entre adolescentes estudantes de graduação em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, 2013, v. 22, n. 1, p. 201-207, 2013.

PEDREGOSA J. F, *et al.* Perfil sócio-econômico-cultural e fatores de risco em pacientes com neoplasia intra-epitelial cervical persistente. **Arq Ciênc Saúde**, v. 17, n. 1, p. 42-47, 2010.

PEREIRA, M. P.; BARCELLOS, C. O Território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia**, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.

PEREIRA, C. K. *et al.* Conhecimento de mulheres em idade fértil sobre o papiloma vírus humano. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 3, p. 164-166, 2011.

PEREIRA, R. G. V. *et al.* A Influência Do Conhecimento Na Atitude Frente À Vacina Contra O Papiloma vírus Humano: ensaio clínico randomizado. **ABCS Health Sci.**, v. 41, n. 2, p. 78-83, 2016.

PEREHOUSKEI, N. A.; BENADUCE, G. M. C. GEOGRAFIA DA SAÚDE E AS CONCEPÇÕES SOBRE O TERRITÓRIO. **Gestão & Regionalidade**, v. 23, n. 68, p. 13, 2007.

PECHORRO, P; DINIZ, A; VIEIRA, R. Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. **Análise Psicológica**, v.1, n.23, p. 99-108, 2009.

PIRES, A. P. **Amostragem e pesquisa qualitativa**: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, Jean; *et al.* A pesquisa qualitativa enfoques epistemológicos e metodológicos: Ed vozes, 2008.

PIMENTA, A. T. M., MELLI PPS, D. G., QUINTANA, S.M. Conhecimento de mulheres sobre alguns aspectos do papiloma vírus humano. **Revista de Medicina**, v. 47, n. 2, p. 143-148, 2014.

PINTO, D. da. S.; FUZI, H. T.; QUARESMA, J. A. S. Prevalência de infecção genital pelo HPV em populações urbana e rural da Amazônia Oriental Brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 769-778, 2011.

QUEIROZ, D.T.; PESSOA, S. M. F.; SOUSA, R. A. Infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV): incertezas e desafios. **Acta Paul Enferm**, v. 18, n. 2, p. 190-6. 2005.

QUEIROZ, A. M. A.; CANO, M. A. T.; ZAIA, J. E. O papiloma vírus humano (HPV) em mulheres atendidas pelo SUS, na cidade de Patos de Minas – MG. **Revista Brasileira Análise Clínica**, v. 39, n. 2, p. 151-157, 2007.

RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder**. Tradução Maria Cecília França. Editora Ática S. A. São Paulo-SP. v. 29. 269 p.1980.

REGO, A.; PINA, M. C.; MEYER JÚNIOR, V. Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? **Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa**, v. 3, n. 1, p. 43-57, 2018.

RODRIGUES, D. E.; MOREIRA, K. F. A. ; OLIVEIRA, T. S. de. Barreiras à prevenção do câncer de colo uterino no município de Porto Velho, Rondônia, Brasil. **Invest. educ. enferm**, v. 34, n.1, p. 14, p. 2016.

RODRIGUES, B. G. *et al.* Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) em mulheres portadoras de HIV/AIDS. **Enfermería Global**, v. 2, n. 44. p. 13- 24, 2016.

ROSA, M. I. *et al.* Papilomavírus Humano e a Neoplasia Cervical. **Cad. Saúde Pública**, v. 25. n. 5, p. 953-964, 2011.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34, 2005.

SANT'ANNA, D. B. **É possível realizar uma história do corpo?** In: SOARES, Carmem. *Corpo e História*. Campinas, SP: Autores Associados. 2001.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço. Técnica e Tempo. Razão e Emoção**. Hucitec, São Paulo, 1996. 3. ed. 1999.

SANTOS, S. R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. **Jornal de Pediatria**, v. 75, n. 6, p. 401-406, 1999.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção / Milton Santos**. 4. ed. 2. reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SANTO, F. M.do. ; PORTO, I. S. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. Esc Anna Nery. **Rev. Enferm**, v. 10, n. 3, p. 539 – 46, 2006.

SANTOS, J. F. *et al.* Papiloma Vírus Humano (HPV) entre mulheres com idade fértil em um centro de saúde. **Rev. Interd**, v. 8, n. 2, p. 35-42, 2015.

SANTOS, F. L.; COSTA, F. M. Associação e prevalência da infecção do papilomavírus humano em mulheres. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 4, p. 747-52, 2015.

SANTOS, A. J. Sexualidade entre mulheres com HPV. **Rev. Geo.Saúde**, v. 2, n. 1, p. 16-24, 2016.

SANTOS, J. C. A. dos; OLIVEIRA, G. da ; SILVEIRA, S. F. do S. Conhecimento Do Papiloma Vírus Humano – HPV entre as mulheres e profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enf**, v.2, n. 3, p. 53-56, 2014.

SAMPAIO, L. R., CAMINO, C. P. S., ROAZZI, A. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. **Psicolcienc Prof.**, v, 29, n. 3, p. 212-27, 2009.

- SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Definições dos enfoques quantitativo e qualitativo, suas semelhanças e diferenças**. Porto Alegre, RS: Penso, 2013.
- SILVA, E. M.; LIMA, R. A. G. de. ; MISHIMA, S. M. A arte de curar e a arte de cuidar: a medicalização do hospital e a institucionalização da enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 46, n. 3/4, p. 301-308, 1993.
- SILVA, C. R. de. **O. Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático**. Fortaleza, CE: Editora da UFC, 2004.
- SILVA, L. W. S. da. *et al.* Arte na enfermagem: Iniciando Um Diálogo Reflexivo. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 1, p. 120-3, 2005.
- SILVA, P. *et al.* Comportamento de Risco para as Doenças Sexualmente Transmissíveis em adolescentes escolares. **Rev. EletrEnf**, v. 5, n. 2, p. 185-89, 2005.
- SILVA, A. R. B., *et al.* Compreendendo o estar com alteração ginecológica avançada: uma abordagem heideggeriana. **RevEscEnferm**, v. 40, n. 2, p. 253-60, 2014.
- SOUZA, S. V.; SILVA, M. C. N. Prevalência do HPV entre mulheres na mulheres jovens. **Ciências da Saúde**, v. 7, n. 2, p. 61-75, 2015.
- SOUZA, S. V. de; PONTE, K. M. de. A.; ARAÚJO JÚNIOR, D. G. Prevenção do HPV nas mulheres: estratégia adotada por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. **S A N A R E, Sobral**, v.14, n.01, p.46-51, 2015.
- SOUZA, L. B.; PINHEIRO, A. K. B.; BARROSO, M. G. T. Ser mulher portadora do HPV: uma abordagem cultural. **RevEscEnferm**, v. 42, n. 4, p. 737-43, 2008.
- SOUZA, L. da. S. *et al.* Cenário de Infecção por HPV em Mulheres: estudo em prontuários no período de 1998 - 2017 no interior do Rio Grande do Norte. **Temas de Saúde**, v. 19, n.3, p. 101-117, 2019.
- STRAUSS, M.; BUNTING, H.; MELNICK, J. Virus-like particles and inclusion bodies in skin papillomas. *The Journal of Investigative Dermatology*. **Cambridge**, v. 15, n. 16, p. 433-455, 1950.
- SUZUKI, L. E. *et al.* Estudo da prevalência da infecção genital por papilomavírus humano em mulheres no climatério. **RBAC**, v. 39, n. 4, p.305- 305, 2007.
- TEIXEIRA E. R. Subjetividade Na Enfermagem: o discurso do sujeito no cuidado. **RevBrasEnferm**, v.53, n. 2, p. 233-39, 2000.
- TEIXEIRA, C. F. **A Construção Social do planejamento e programação local aa vigilância a saúde no distrito sanitário**. In: Planejamento e programação local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário (E. V. Mendes, org), p. 43-59, OPS. Série Desenvolvimento de serviços de saúde, nº13, Brasília. 1994.
- TORRES, E. S. G. *et al.* Conhecimento sobre hpv e câncer de colo de útero entre estudantes do ensino superior de uma faculdade no município de Cacoal-RO. **Rev Cient da Fac Educ e**

Meio Ambiente: Revista da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, Ariquemes, v. 10, n. 1, p. 11-16, 2019.

VARGENS, O. M da C. *et al.* Diagnóstico de HPV: o processo de interação da mulher com seu parceiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.66, n. 3, p. 327-32, 2013.


VARGENS, O. M. da. C.; SILVA, C. M. Tendo que se adaptar a uma realidade incontestável e inesperada: ser portadora do HPV. **Rev enferm**, v. 22, n. 5, p. 643-8, 2014.

VIANNA, A. L. A.; DAL POZ, M. R. **Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil**. (RJ): Abril; 1998.

VILLIERS, E. M. *et al.* Human Papillomavirus Infections In Women With And Without Abnormal Cervical Cytology. **Lancet**, v. 2, p. 703- 6,1983.

ZUR HAUSEN, H. Human Papillomaviruses and their possible role in squamous cell carcinomas. **Rev. Curr Microbiol Immunol**, v. 78, p. 1-30, 1977.

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE

 <p>UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE</p> <p>MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO</p>
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:
Título: Papilomavírus Humano (HPV): sobre as práticas comportamentais de mulheres assistidas na Estratégia Saúde da Família e de que modo esta patologia pode influenciar suas relações interpessoais.
Natureza do Projeto: Pesquisa
Pesquisador Responsável: Sheila Andrade de Assis
Contato com pesquisador responsável: Rua Dr. Paulo de Souza Lima, 733. Bairro Cidade Nova- Governador Valadares/MG. Telefone(s): (33)3225-3633 / (33)99908-8628
2 – Identificação da Instituição:
Instituição: Universidade Vale do Rio Doce/UNIVALE
Programa de Mestrado: Gestão Integrada do Território/GIT
Professor orientador da Pesquisa: Marileny Boechat Frauches Brandão
Contato: Campus Antônio Rodrigues Coelho. Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário - CEP: 35020-220. Cx. Postal 295 - Governador Valadares/MG. Telefone(s): (33)3279-5567 / (33)3279-5917 / (33)999896342

3 – Informações ao participante ou responsável:

3.1. Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: **Papilomavírus Humano (HPV):** sobre as práticas comportamentais de mulheres assistidas na Estratégia Saúde da Família e de que modo esta patologia pode influenciar suas relações interpessoais.

3.2. A pesquisa terá como objetivo analisar a influência das práticas comportamentais de mulheres assistidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Governador Valadares/MG com diagnóstico positivo de Papilomavírus Humano (HPV) sobre suas relações interpessoais.

3.3. Caso decida aceitar o convite, você assinará este documento e será realizada uma entrevista com questões abertas e fechadas sobre você e seus sentimentos em relação ao diagnóstico do HPV. É importante que suas respostas sejam sempre sinceras. Se alguma das

perguntas de algum modo lhe provocar qualquer desconforto, você não precisará responder e a entrevista será retomada apenas quando você achar que está confortável novamente para retomar. Caso ache viável também poderá encerrar a entrevista e não responder a nenhuma das questões restantes. Isto não causará nenhuma penalização ou prejuízo com sua entrevistadora ou com a equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família. A sua participação não é obrigatória, você participa só se quiser.

3.4. Durante a entrevista, o entrevistador registrará no papel suas respostas e também irá registrar eletronicamente por meio de um gravador de voz digital as suas falas, e contribuições. Ao final do processo, você poderá verificar os registros por quantas vezes quiser para ver se as respostas estão de acordo com o que você quis dizer, bem como se foi feito qualquer registro que possa identificá-la. Você tem o direito de solicitar que seja apagado o registro feito a qualquer momento.

3.5. Sua participação será apenas para fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para a entrevista pode variar de vinte a trinta minutos.

3.6. A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

3.7. A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; ficar triste ou emotivo devido suas experiências com a doença; não saber responder alguma das perguntas feitas pelo entrevistador; ser identificado como participante da pesquisa ou fornecedor de informações.

3.8. Caso ocorra alguma destas situações poderão ser tomadas as seguintes providências: pausar a entrevista até que se sinta tranquilo e menos triste ou emotivo; tirar o máximo de dúvidas caso não consiga entender bem alguma pergunta; pedir para pular para a próxima pergunta caso não saiba como responder ou não queira responder; pedir para continuar a entrevista em outro momento; pedir para terminar e não continuar a entrevista caso não queira mais responder. Para guardar o anonimato dos participantes no roteiro de entrevista será registrado apenas o número da entrevistada.

3.9. Espera-se como benefícios da realização dessa pesquisa: oportunizar discussões entre profissionais das diversas áreas envolvidas no processo de cuidado, bem como nas esferas municipais, visando à contribuição para a prevenção, promoção e recuperação da saúde,

melhoria da qualidade de vida das mulheres acometidas por HPV e resgatar o que se foi perdido nesse processo de adoecimento físico e psicológico causado por esta patologia.

3.10. Serão garantidos o anonimato e privacidade às participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-la. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes das participantes.

3.11. Os resultados obtidos com a pesquisa poderão ser apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

3.12. Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Confirmo ter sido informada e esclarecida sobre o conteúdo deste termo, assim como entendi os objetivos e a forma de minha participação. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

_____, ____ de _____ de 2020.

Nome da entrevistada: _____

Assinatura da entrevistada: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

APÊNDICE 2- Autorização do Núcleo Integração Ensino-Serviço (NIES)



FORMULÁRIO DE INSERÇÃO DE PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

Nome da instituição proponente: Universidade Vale do Rio Doce/UNIVALE

Dados do responsável técnico pela proposta:

1. Nome completo: Sheila Andrade de Assis
2. Telefone(s) de contato: (33)9 9908 86 28
3. Email: sheilaassis733@gmail.com

Coordenador responsável técnico pela proposta:

1. Nome completo: Profa. Dra. Marileny Boechat Frauches Brandão/ Orientadora Mestrado GIT.
2. Telefone(s) de contato: (33)9 9908 86 28 e 33 999896342.
3. Email: marilenyboechat@uol.com.br

Curso (s) Envolvido(s): Mestrado em Gestão Integrada do Território/GIT/UNIVALE

Informações gerais da proposta:

Nome da proposta: Papilomavírus Humano (HPV): sobre as práticas comportamentais de mulheres assistidas na Estratégia Saúde da Família e de que modo esta patologia pode influenciar suas relações interpessoais.

Tipologia:

() Estágio de graduação () Internato () Projeto de extensão (x) Pesquisa () Atividade de graduação (visitas técnicas, aulas práticas, observação de cenários de prática, etc.)

Quantidade de alunos envolvidos	01 Mestrando
Cenário de prática	O estudo será realizado nas Estratégias Saúde da Família de Governador Valadares/MG localizadas na zona urbana pelo fato de serem reconhecidas como a primeira porta de entrada da população no serviço de saúde, com objetivo de reorganizar a assistência à saúde da população, pelo acesso às mulheres diagnosticadas pelo HPV, por atuarem com definição de território adstrito, mapeamento e reconhecimento da área garantindo ao sujeito o acesso à prevenção, promoção e recuperação da saúde.
Objetivo para a instituição de ensino	A Realização de pesquisa científica. A interdisciplinaridade proposta pelo Programa Gestão Integrada do Território/GIT/UNIVALE pode contribuir para a compreensão das vivências das mulheres acometidas pelo HPV favorecendo novas formas de

Denise Dias Cardoso
 Coordenadora NIES - SMS
 COREN-MG 58614



	em idade reprodutiva no Brasil e no mundo. Esta política assegura como um dos objetivos específicos, a redução de morbi mortalidade, utilizando ferramentas preventivas, mecanismos que viabilizem a detecção da patologia e tratamento em tempo oportuno a fim de assegurar maior qualidade de vida à esta população acometida.
--	--

Produto	Dissertação de mestrado
Principais ações	<p>Coleta de dados obtida por meio de uma entrevista guiada por um roteiro semi estruturado, contendo questões abertas e fechadas. Serão entrevistadas mulheres que tiveram confirmado diagnóstico positivo de HPV no ano de 2019. Num primeiro momento, para a obtenção dos dados iniciais da pesquisa e autorização de seu desenvolvimento será solicitado à Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares/MG e Núcleo de Integração Ensino-Serviço/Governador Valadares/MG (NIES) o número de exames preventivos do colo do útero realizados nas ESFs nos anos de 2017 a 2019 e o número de casos registrados de mulheres com diagnóstico de HPV neste período. Posteriormente será solicitado às ESFs o nome, endereço e telefone de contato das mulheres que tiveram confirmado diagnóstico positivo de HPV em 2019. Assim estes dados possibilitarão conhecer o universo desta pesquisa. Posteriormente será realizado um contato telefônico com as mulheres selecionadas, com o objetivo de explicar a pesquisa e seu desenvolvimento, e um convite a sua participação. Havendo o aceite na participação, será agendado o dia e o local mais apropriado para a entrevista. No momento da entrevista será apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para a participante selecionada e na aquiescência a entrevista que somente será iniciada, após a submissão e autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). A finalidade da entrevista semi estruturada é de conhecer o perfil socioeconômico e demográfico, analisar a influência das práticas comportamentais das mulheres assistidas nas ESFs com diagnóstico positivo de Papilomavírus Humano (HPV) sobre suas relações interpessoais e seu sentimento frente ao diagnóstico positivo.</p>



	<p>leituras das dimensões socioculturais. O processo de caminhada e crescimento dentro do Programa GIT, possibilitou a identificação de Haesbaert e Claval, como sendo autores contribuintes para a abordagem territorial deste objeto de pesquisa, por considerarem o conceito de território a partir de uma similar perspectiva. Diante do arca bolso teórico-científico referente à Haesbaert e Claval, no campo das pesquisas científicas, espera-se que estes sejam capazes de propiciar um suporte relevante diante da temática estudada, por discutirem questões materiais e imateriais que discorrem dentro de um território. Para eles o território vai além do físico, sendo capaz de responder questões referentes às vivências sociais, localizando o sujeito no espaço, dando ao mesmo a oportunidade de conhecer sua identidade, valorizando seu pertencimento que acontecem mediante as relações de poder, não puramente político, mas sobre tudo simbólico.</p>
<p>Objetivo para o serviço</p>	<p>Os estudos territoriais propostos pelo Programa de Mestrado GIT/UNIVALE contribuirão para compreender a relação que se estabelece na ESF, a partir das territorialidades das mulheres diagnosticadas com HPV, reconhecendo seus aspectos culturais e vivências. Podendo contribuir para um atendimento ainda mais humanizado, individualizado, pautado sobre tudo na ética, equidade e na integralidade no cuidado desta mulher que se apresenta inserida em um contexto de vulnerabilidade física e emocional, promovendo qualidade de vida com empoderamento interpessoal das mulheres infectadas pelo HPV.</p>
<p>Objetivo estratégico / programa da SMS a que a proposta está vinculada</p>	<p>O presente estudo faz-se relevante não apenas pelo fato do HPV ser ainda na atualidade um problema de saúde pública mesmo com inúmeras pesquisas referentes ao tema, por levar a óbito 270 mil mulheres por ano no mundo, por ser de fácil detecção e possuir cura se detectado precocemente, mas também se observa uma lacuna na literatura acerca das práticas comportamentais das mulheres após o diagnóstico do Papilomavírus Humano (HPV). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída pelo Ministério da Saúde (MS, 2016), também vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Governador Valadares/MG reconhece o câncer de colo do útero como um dos principais agravos que atingem a população feminina</p>



Indicadores de resultado da proposta	<p>Buscar entrevistar 15 mulheres com diagnóstico positivo de HPV no ano de 2019. O saber verticalizado, puro, disciplinar e biomédico, não tem sido suficiente conforme os dados (INCA, 2016) para propiciar vínculo, mudanças comportamentais, conscientização, redução de danos e o auto-cuidado entre as mulheres em situação de vulnerabilidade. Desta forma a interdisciplinaridade tem sido reconhecida como sendo capaz de oportunizar questões que a disciplinaridade não pode explicar isoladamente. O reconhecimento das territorialidades das mulheres diagnosticadas pelo HPV que podem se encontrar desterritorializadas, estas necessitam de orientações sobre educação em saúde e práticas de autocuidado, oportunizadas de forma clara e objetiva, contribuindo para objetivando a inserção desta mulher em seu processo de cuidado e recuperação da saúde e uma possível reterritorialização em seu meio sócio-cultural.</p>
Previsão de início e término	<p>Início: Julho /2020 Término: Agosto/2020</p>


Denise Dias Cardoso
 Coordenadora NIES - SMS
 COREN-MG 58614

APÊNDICE 3- Roteiro Semi Estruturado para Entrevista



Tema de Pesquisa: **Papilomavírus Humano (HPV):**
práticas comportamentais e territorialidades vivenciadas
por mulheres assistidas na Estratégia Saúde da Família.

1- Dados Sociodemográficos

1) Identificação:

2) Data de Nascimento: _____ **Idade:** _____ anos

3) Nível escolar (Segundo IBGE):

- () Sem instrução e menos de 1 ano de estudo
- () Ensino fundamental incompleto ou equivalente
- () Ensino fundamental completo ou equivalente
- () Ensino médio incompleto ou equivalente
- () Ensino médio completo
- () Ensino superior incompleto
- () Ensino superior completo
- () Não informado

4) Estado Civil:

- () Solteira () Casada () Separada () Divorciada () Viúva
- () União estável () Outros _____

5) Cor

- () Branca () Parda () Mulata () Negra

6) Condições de trabalho do informante:

- () Do lar
- () Estudante
- () Trabalhador assalariado
- () Trabalhador autônomo
- () Outros: _____

7) Situação do trabalho do informante:

- () Afastado
 () Desempregado
 () Aposentado
 () Pensionista
 () Em exercício
 () Outros: -----

8) Faixa salarial (segundo IBGE):

- () Até 1 salário mínimo
 () de 2 a 4 salários mínimos
 () de 4 a 10 salários mínimos
 () de 10 a 20 salários mínimos
 () acima de 20 salários mínimos
 () Outros: -----

9) Você tem filhos? () Sim () Não Se sim, quantos? _____

2- Diagnóstico do HPV e Território da ESF

10) Qual foi o profissional que lhe informou sobre o diagnóstico de HPV nesta ESF?

11) Você se sentiu acolhida por este profissional no momento em que recebeu o diagnóstico de HPV? Sim () Se sim, porque?

Não () Se não, porque?

12) No primeiro momento da descoberta do diagnóstico de HPV você pensou em:

- () Contar para alguém
 () Esconder
 () Não contei a ninguém
 () Outro:

13) Quem foi a primeira pessoa a saber que você estava com HPV?

14) Como você se sentiu ao compartilhar o diagnóstico com esta pessoa?

15) Qual foi a reação que esta pessoa demonstrou ao saber do seu diagnóstico de HPV?

- () Palavras de apoio () Palavras de acusação
 () Palavras de crítica () Palavras preconceituosas
 () Não disse nada
 () Outro

16) Durante o processo de tratamento você possuía acesso aos profissionais da ESF sempre que necessário?

3- Conhecimento sobre o HPV

17) O que você sabia sobre o HPV no momento do diagnóstico?

18) Após o tratamento o que você aprendeu sobre o HPV?

4- Práticas comportamentais

19) Descreva quais eram as suas práticas comportamentais de prevenção em saúde antes do diagnóstico de HPV?

20) Você considera que o diagnóstico de HPV modificou suas práticas comportamentais?

() Sim Se sim, como?

() Não Se não, por quê?

5- Relacionamentos Interpessoais

21) Você contou para seu parceiro sobre o diagnóstico de HPV?

() Sim Se sim, qual foi a atitude dele?

() Não Se não, por quê?

22) O diagnóstico de HPV interferiu em sua relação sexual?

() Sim Se sim, como?

() Não Se não, por quê?

23) O diagnóstico de HPV alterou a sua relação:

No trabalho

() Sim Se sim, como?

() Não Se não, por quê?

Na sua vida social

() Sim Se sim, como?

() Não Se não, por quê?

Na família

() Sim Se sim, como?

() Não Se não, por quê?

24) Quem é você hoje, após ter passado por esta experiência frente ao diagnóstico de HPV?

ANEXO 1- Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Papilomavírus Humano-HPV: práticas comportamentais e territorialidades vivenciadas por mulheres assistidas na Estratégia Saúde da Família.

Pesquisador: SHEILA ANDRADE DE ASSIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32862020.2.0000.5157

Instituição Proponente: Fundação Percival Farquhar/ FPF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.148.451

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, de corte transversal, com abordagem qualitativa sobre mulheres diagnosticadas com HPV, numa Estratégia de Saúde da Família (ESF) da zona urbana do município de Governador Valadares\MG. A amostra será constituída por 15 mulheres assistidas na Estratégia Saúde da Família (zona urbana) com idade compreendida entre 25 a 64 anos, que apresentaram diagnóstico de HPV no ano de 2019, que sejam acompanhadas no referido serviço e concordarem em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a influência das práticas comportamentais de mulheres com diagnóstico de Papilomavírus Humano (HPV) assistidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) em suas relações interpessoais.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres pesquisadas diagnosticadas com HPV; Identificar o conhecimento que as mulheres pesquisadas diagnosticadas com HPV tem sobre a patologia; Identificar as práticas comportamentais das mulheres pesquisadas; Conhecer o significado do território corpo para as mulheres pesquisadas; Identificar as influências que o diagnóstico de Papilomavírus Humano (HPV) pode acarretar na vida familiar, sexual, social,

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000,BLOCO-B4, Salas 01 e 06
Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220
UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES **E-mail:** cep@univale.br
Telefone: (33)3279-5575

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 4.148.451

emocional das mulheres pesquisadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; ficar triste ou emotivo devido suas experiências com a doença; não saber responder alguma das perguntas feitas pelo entrevistador; ser identificado como participante da pesquisa ou fornecedor de informações. Porém será assegurado que não existe resposta certa ou errada, que as informações coletadas só serão utilizadas para fins de pesquisa científica, que a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento que desejar, sem nenhum prejuízo. Caso ocorra alguma destas situações poderão ser tomadas as seguintes providências: pausar a entrevista até que se sinta tranquila e menos triste ou emotivo; tirar o máximo de dúvidas caso não consiga entender bem alguma pergunta; pedir para pular para a próxima pergunta caso não saiba como responder ou não queira responder; pedir para continuar a entrevista em outro momento; pedir para terminar e não continuar a entrevista caso não queira mais responder. Para guardar o anonimato dos participantes no roteiro de entrevista será registrado apenas o número da entrevistada. Os dados coletados serão planilhados num banco de dados que ficará guardado por um período de cinco anos no Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), bloco PVA, sala 10, campus II na Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Após esse período o material será incinerado. Ressalta-se que este banco de dados será guardado por senha, onde somente o pesquisador principal e professor orientador terão acesso.

Benefícios:

Oportunizar discussões entre profissionais das diversas áreas envolvidas no processo de cuidado, bem como nas esferas municipais, visando à contribuição para a prevenção, promoção e recuperação da saúde, melhoria da qualidade de vida das mulheres acometidas por HPV e resgatar o que se foi perdido nesse processo de adoecimento físico e psicológico causado por esta patologia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa pertinente visto que o HPV é considerado pelo Ministério da Saúde (MS) como uma das prioridades da assistência à saúde da mulher. No caso específico do projeto de pesquisa em questão a contribuição poderá se dar no âmbito de um tratamento mais humanizado

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000, BLOCO-B4, Salas 01 e 06
Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220
UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (33)3279-5575 **E-mail:** cep@univale.br

**UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF**



Continuação do Parecer: 4.148.451

e na orientação de práticas comportamentais que visem a diminuição da incidência da doença na população estudada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora anexou todos os documentos exigidos: TCLE, folha de rosto, roteiro da entrevista e carta de anuência.

Recomendações:

Recomendo: incluir no TCLE a informação sobre o resguardo dos dados no Núcleo Saúde, Indivíduo e Sociedade por 5 anos; detalhar mais a análise dos dados obtidos a partir da análise descritiva e de Bardin.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIVALE, acompanha o Parecer do Relator e considera o Projeto APROVADO

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1551228.pdf	18/06/2020 19:16:56		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CORRECAOPROJETOCEP.pdf	18/06/2020 19:15:39	SHEILA ANDRADE DE ASSIS	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostopdf.pdf	01/06/2020 17:51:36	SHEILA ANDRADE DE ASSIS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	30MAIOPROJETOPARACEP.pdf	30/05/2020 17:20:22	SHEILA ANDRADE DE ASSIS	Aceito
Outros	NIES.pdf	28/05/2020 20:42:03	SHEILA ANDRADE DE ASSIS	Aceito
Declaração de concordância	TERMOANUENCIA.pdf	28/05/2020 20:39:42	SHEILA ANDRADE DE ASSIS	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	27/05/2020 20:05:00	SHEILA ANDRADE DE ASSIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/05/2020 20:01:35	SHEILA ANDRADE DE ASSIS	Aceito

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000,BLOCO-B4, Salas 01 e 06
Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220
UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (33)3279-5575 **E-mail:** cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 4.148.451

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOVERNADOR VALADARES, 10 de Julho de 2020

Assinado por:

Ivana Cristina Ferreira Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000,BLOCO-B4, Salas 01 e 06

Bairro: Universitário

CEP: 35.020-220

UF: MG

Município: GOVERNADOR VALADARES

Telefone: (33)3279-5575

E-mail: cep@univale.br

ANEXO 2- Termo de Anuência / Núcleo Integração Ensino-Serviço (NIES)

PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

TERMO DE ANUÊNCIA

A Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares está de acordo com a execução da pesquisa " Papilomavírus Humano(HPV): sobre as práticas comportamentais de mulheres assistidas na Estratégia Saúde da Família e de que modo esta patologia pode influenciar suas relações interpessoais", coordenada pela pesquisadora Dra. Marileny Boechat Frauches Brandão, desenvolvida pela discente Sheila Andrade de Assis, da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) Governador Valadares, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta instituição durante a realização da mesma. Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a resolução 446/2012 de CNS. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária para garantia de tal segurança e bem-estar.

Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP.

Governador Valadares, 19 de Maio 2020.


DENISE DIAS CARDOSO

Coordenadora NIES


EDNA GOMES LEITE

Secretária Municipal de Saúde