

KARLA CRISTINA FARIA DE SOUZA

**MORFOLOGIA DAS REDES SOCIAIS E SUA INFLUÊNCIA NA REALIDADE
DAS MULHERES COM HPV**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS - BRASIL
2019

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

S729m
2019

Souza, Karla Cristina Faria de, 1985-
Morfologia das redes sociais e sua influência na realidade
das mulheres com HPV / Karla Cristina Faria de Souza. –
Viçosa, MG, 2019.
xiii, 122 f. : il. ; 29 cm.

Inclui apêndices.

Orientador: Maria das Dores Saraiva de Loreto.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Mulheres - Saúde e higiene. 2. Papilomavírus. 3. Redes
Sociais. I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de
Economia Doméstica. Programa de Pós-Graduação em
Economia Doméstica. II. Título.

CDD 22. ed. 362.83

KARLA CRISTINA FARIA DE SOUZA

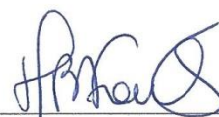
**MORFOLOGIA DAS REDES SOCIAIS E SUA INFLUÊNCIA NA REALIDADE
DAS MULHERES COM HPV**

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de Viçosa,
como parte das exigências do
Programa de Pós-Graduação em
Economia Doméstica, para obtenção
do título *Magister Scientiae*.

APROVADA: 28 de junho 2019.



Lilian Fernandes Arial Ayres



Marcia Barroso Fontes



Maria das Dores Saraiva de Loreto
(Orientadora)

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação de mestrado não poderia chegar a um bom porto sem o precioso apoio de várias pessoas. Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Maria das Dores Saraiva de Loreto, por toda a paciência, empenho e sentido prático com que sempre me orientou neste trabalho e em todos aqueles que realizei durante as disciplinas do mestrado. Muito obrigada por me ter corrigido quando necessário, sem nunca me desmotivar.

Desejo igualmente agradecer a todos os meus colegas do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, especialmente à Nilva, à Leiliane e à Lídia, cujo apoio e amizade estiveram presentes em todos os momentos. Agradeço aos funcionários da secretaria do programa, que foram sempre prestativos, em especial à Aloísia.

Quero agradecer também à minha família e amigos pelo apoio incondicional que me deram, especialmente ao meu pai Renato, à minha irmã Renata Carina e ao meu esposo Roney pelas revisões incansáveis ao longo da elaboração deste trabalho.

Por fim, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), o qual, através do recurso financeiro advindo da bolsa de pós-graduação, tornou esse estudo possível.

BIOGRAFIA

KARLA CRISTINA FARIA DE SOUZA, filha de Renato Peixoto de Souza e Maria do Carmo Faria de Souza, nasceu em 18 de março de 1985, na cidade de Viçosa, MG. Coursou o Ensino Fundamental na Escola Normal “Carmo” e o Ensino Médio no Colégio Equipe, ambos também em Viçosa, MG.

Em 2004, ingressou no curso de graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Juiz de Fora, em Juiz de Fora, MG, tendo concluído em 2008.

Em 2008, iniciou o curso de Especialização em Políticas e Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora – NATES/UFJF, com término em 2011.

Em março de 2017, foi admitida no Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, em nível de Mestrado.

RESUMO

SOUZA, Karla Cristina Faria, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, junho de 2019.
Morfologia das redes sociais e sua influência na realidade das mulheres com HPV.
Orientadora: Maria das Dores Saraiva de Loreto. Coorientador: Gustavo Bastos Braga.

O principal agente apontado como causador do câncer cérvico-uterino é o Vírus do Papiloma Humano (HPV). De acordo com a OPAS (2016), o câncer do colo do útero é uma das principais causas de óbito nas mulheres em âmbito mundial. Sendo assim, pode-se considerar que o fator determinante para que a infecção pelo HPV ainda seja um problema para o campo da saúde, referindo-se, principalmente, à ausência de programas organizados e efetivos de acesso a uma prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno. Nesse sentido, o problema do presente projeto de pesquisa está pautado não somente no reconhecimento da alta incidência do HPV, mas também na efetividade das redes sociais para as mulheres portadoras do vírus, de forma a verificar a eficácia dos programas direcionados para a prevenção da doença. Sendo assim, objetivou-se analisar a morfologia das redes sociais e suas relações com o HPV, considerando as percepções dos gestores, profissionais e mulheres atendidas pelo Centro Estadual de Atenção Especializado (CEAE), do município de Viçosa /MG. A pesquisa, de natureza quanti-qualitativa, fez uso da entrevista semiestruturada junto ao público envolvido, cujos dados foram analisados pela estatística descritiva e de associação, complementada por uma análise de cunho qualitativo, realizada através do *software* Iramuteq. Os resultados apontaram que as percepções do público gestor e profissional do CEAE sobre o funcionamento do programa de prevenção do HPV são influenciadas preferencialmente pelas causas da incidência da doença, bem como, pelas consequências do serviço prestado pelo Centro, considerando suas limitações em termo de processo de prevenção. No que se refere às redes socais, constatou-se que os principais nós das redes mais acionadas pelas mulheres com HPV foram: os parentes, cônjuges, profissionais de enfermagem da atenção primária em saúde e os amigos. Com respeito aos laços, conclui-se que a rede social de apoio pode prover assistência prática, encorajar diretamente comportamentos preventivos ou fornecer ambiente emocional de apoio que colaborariam ou facilitariam a aderência em práticas preventivas, pois estariam relacionados ao empoderamento de cuidados com a saúde, através do acesso à informação, transferência de conhecimento e incentivo.

ABSTRACT

SOUZA, Karla Cristina Faria, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, June, 2019.
Morphology of social networks and their influence on the reality of women with HPV.
Advisor: Maria das Dores Saraiva de Loreto. Co-advisor: Gustavo Bastos Braga.

The main agent identified as causing cervical cancer is the Human Papilloma Virus (HPV). According to PAHO (2016), cervical cancer is one of the leading causes of death in women globally. Thus, it can be considered that the determinant factor for HPV infection is still a problem for the health field, mainly referring to the absence of organized and effective programs of access to prevention, early diagnosis and treatment appropriate, qualified and timely manner. That is, without these actions, the predictions are that the rates of cervical cancer deaths are increasing. In this sense, the problem of this research project is based not only on the recognition of the high incidence of HPV, but also on the effectiveness of social networks for women with the virus, in order to verify the effectiveness of the programs directed towards the prevention of the disease. Thus, the objective was to analyze the morphology of social networks and their relations with HPV, considering the perceptions of the managers, professionals and women attended by the State Center for Specialized Care (CEAE), in the city of Viçosa, MG. The quantitative-qualitative research made use of the semistructured interview with the public involved, whose data were analyzed by descriptive and association statistics, complemented by a qualitative analysis, performed through the Iramuteq software. The results pointed out that the perceptions of the CEAE's managerial and professional public on the functioning of the HPV prevention program are influenced preferentially by the causes of the incidence of the disease, as well as by the consequences of the service provided by the Center, considering its limitations in terms of process prevention. With regard to social networks, it was found that the main nodes of the networks most driven by women with HPV were: relatives, spouses, nurses of primary health care and friends. With respect to the links, it is concluded that the social support network can provide practical assistance, directly encourage preventive behaviors or provide supportive emotional environment that would collaborate or facilitate adherence to preventive practices, as they would be related to the empowerment of health care, through access to information, knowledge transfer and encouragement.

LISTA DE ABREVIATURAS

AE – Atenção Especializada
APS – Atenção Primária à Saúde
BDTD – Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
CDH – Classificação Hierárquica Descendente
CEAE – Centro Estadual de Atenção Especializada
DNA – ácido desoxirribonucleico
DST – Doença Sexualmente Transmissível
HPV – Vírus Papiloma Humano
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVA – Inspeção Visual com ácido acético
IRAMUTEQ - Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
IRMS – Índice Mineiro de Responsabilidade Social
INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
LILACS – Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
NIC II ou III - Lesões Intra-epiteliais de Alto Grau/Neoplasia Intra-epitelial graus II ou III
MG – Minas Gerais
OMS – Organização Mundial da Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
SESIM – Secretaria do Estado de Saúde
SCIELO – Scientific Electronic Library Online
SISCO – Sistema de Informação do Câncer do Colo de Útero
STS – Segmentos de Textos
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Dendograma Classificação Hierárquica Descendente (CDH) sobre Pesquisas realizadas com foco nas Redes Sociais e com relação com HPV.....	41
Figura 2 - Ranking das palavras mais evocadas na Classe 4.....	42
Figura 3 - Ranking das palavras mais evocadas na Classe 1.....	44
Figura 4 - Ranking das palavras mais evocadas na Classe 2.....	45
Figura 5 - Ranking das palavras mais evocadas na Classe 3.....	46
Figura 6 - Ranking das palavras mais evocadas na Classe 5.....	47
Figura 7 - Corpus- Classificação Hierárquica Descendente (CHD), sobre as percepções do público gestor/profissionais, CEAE, Viçosa/MG.....	56
Figura 8 - Palavras de destaque segundo as classes temáticas 4, 3, 1 e 2.....	57
Figura 9 - Classe 5.....	63
Figura 10 - Dendrograma das classes temáticas referentes aos aspectos da doença, conforme as percepções das mulheres, 2019.....	94
Figura 11 - Similitude de ajuda após o diagnóstico das mulheres entrevistadas, 2019.....	96
Figura 12 - Nuvem de palavras das entrevistadas, 2019.....	98

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Total de mortes por câncer de colo do útero, por anos, segundo localidade, em mulheres, nas regiões selecionadas, com idade de 30 a 70, entre 1998 e 2014.....	11
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Métodos para Revisão Sistemática e Metanálise (PRISMA).....	34
Quadro 2 - Procedimentos Metodológicos da Metaanálise.....	36
Quadro 3 - Informações preliminares sobre os estudos selecionados.....	37
Quadro 4 - Avaliação Qualis Capes dos artigos analisados.....	38
Quadro 5 - Operacionalização do conceito de Rede Social.....	92
Quadro 6 - Propriedades dos Laços.....	93
Quadro 7 - Resultados da operacionalização do conceito de Rede Social.....	102
Quadro 8 - Propriedades dos Laços nas redes acionadas pelas mulheres, 2019..	104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Matriz Metodológica.....	19
Tabela 2 - Municípios pesquisados, 2019.....	71
Tabela 3 - Idade das mulheres entrevistadas, 2019.....	71
Tabela 4 - Faixa etária das mulheres entrevistadas 2019.....	72
Tabela 5 - Profissão das mulheres entrevistadas, 2019.....	72
Tabela 6 - Estado Civil das mulheres entrevistadas, 2019.....	73
Tabela 7 - Nível de Escolaridade das mulheres entrevistadas, 2019.....	73
Tabela 8 - Renda das mulheres entrevistadas, 2019.....	74
Tabela 9 - Faixa de renda das mulheres entrevistadas, 2019.....	74
Tabela 10 - Renda Familiar das mulheres entrevistadas, 2019.....	79
Tabela 11 - Faixa da Renda da família das mulheres entrevistadas, 2019.....	75
Tabela 12 - Cor das mulheres entrevistadas, 2019.....	76
Tabela 13 - Religião das mulheres entrevistadas, 2019.....	76
Tabela 14 - Composição familiar das mulheres entrevistadas, 2019.....	76
Tabela 15 - Sexo dos filhos das mulheres entrevistadas, 2019.....	76
Tabela 16 - Faixa etária dos filhos das mulheres entrevistadas, 2019.....	77
Tabela 17 - Tipo de Família das mulheres entrevistadas, 2019.....	77
Tabela 18 - Estágio do Ciclo de Vida das mulheres entrevistadas, 2019.....	77
Tabela 19 - Relação dos tipos de ajuda pós diagnóstico, 2019.....	94
Tabela 20 - Auxílio na doença durante o tratamento, 2019.....	97
Tabela 21 - Apoio mais importante para as entrevistadas, 2019.....	100

SUMÁRIO

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS: CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E SUA ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	1
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO, PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA..	1
1.2 OBJETIVOS.....	4
1.3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	5
1.4 REVISÃO DA LITERATURA.....	6
1.4.1 Evolução de Ciclo Político do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero.....	6
1.5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
1.5.1 Redes Sociais como Referencial Teórico de Análise.....	12
1.6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	15
1.6.1 Tipo de Pesquisa.....	15
1.6.2 Local do Estudo.....	16
1.6.3 Sujeitos da Pesquisa e Processo de Amostragem.....	16
1.6.4 Forma de Coleta de Dados.....	17
1.6.4.1 Realização da metanálise sobre o tema pesquisado.....	17
1.6.4.2 Identificação do perfil pessoal e familiar das mulheres.....	18
1.6.4.3 Caracterização da morfologia das redes sociais utilizadas pelas mulheres.....	18
1.6.4.4 Percepções do público gestor/profissionais.....	18
1.6.5 Matriz Metodológica: Objetivos, Categorias e Variáveis de Análise.....	18
1.6.6 Procedimentos de Análise de Dados.....	21
1.6.7 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	23
1.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
2 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
2.1 ARTIGO 1: REDES SOCIAIS: UMA METANÁLISE DA SUA INFLUÊNCIA NA REALIDADE DAS MULHERES COM HPV.....	29
1 Contextualização, problematização e justificativa.....	30
2 Metodologia.....	32
3 Resultados e discussão.....	37
4 Análise textual.....	40
4.1 Eixo A: Organização das políticas de saúde.....	42

4.1.1 Serviços de saúde e estratégias de enfrentamento.....	42
4.1.2 Tipos de apoio e informação.....	44
4.2 Eixo B: Percepções das mulheres.....	46
5 Conclusão.....	48
6 Referências.....	49
2.2 ARTIGO 2: AS PERCEPÇÕES DO PÚBLICO GESTOR E PROFISSIONAIS DO CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADO DE VIÇOSA/MG SOBRE O FUNCIONAMENTO DAS POLÍTICAS E PROGRAMAS DE PREVENÇÃO AO HPV.....	51
1 Introdução.....	51
2 Metodologia.....	53
2.1 Local do Estudo.....	53
2.2 Sujeitos da Pesquisa.....	53
2.3 Procedimentos de Análise de Dados.....	54
3 Resultados e discussão.....	55
3.1 Eixo A: As percepções sobre políticas e programas relacionados ao HPV.....	56
3.1.1 Classe 4: “Desafios no atendimento”.....	56
3.1.2 Classe 3: “Consequências do serviço pelo CEAE”.....	57
3.1.3. Classe 1: “Ações de Prevenção”.....	60
3.1.4. Classe 2: “Causas da Incidência da Doença”.....	61
3.2 Eixo B: Serviços de referência e contra referência.....	62
4 Conclusão.....	64
5 Referências.....	64
2.3 ARTIGO 3: O PERFIL PESSOAL E FAMILIAR DAS MULHERES ACOMETIDAS PELO HPV E OS FATORES INERENTES À DOENÇA.....	66
1 Introdução.....	67
2 Metodologia.....	69
3 Resultados e discussão.....	71
3.1 Perfil Pessoal e Familiar das mulheres entrevistadas.....	71
3.2 Fatores inerentes à doença: conhecimento, motivos, problemas e consequências.....	78
4 EIXO A : Perspectiva das mulheres com HPV.....	79
4.1 Consequências da doença: classe 1.....	79

5 EIXO B: Motivos da Doença.....	83
6 Conclusão.....	85
7 Referências.....	86
2.4 ARTIGO 4: A MORFOLOGIA DAS REDES SOCIAIS UTILIZADAS PELAS MULHERES COM HPV.....	88
1 Introdução.....	89
2 Metodologia.....	92
3 Resultados e discussão.....	94
4 Conclusão.....	107
5 Referências.....	108
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
APÊNDICES.....	113

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS: CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E SUA ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO, PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

O principal agente apontado como causador do câncer cérvico-uterino é o Vírus do Papiloma Humano (HPV)¹, sendo que, através do exame citopatológico (Papanicolau), é possível que seja efetuada a detecção precoce em mulheres assintomáticas, contribuindo para a identificação de lesões precursoras e da doença em estágios iniciais. O exame preventivo também se caracteriza por ser um método de rastreamento seguro, sensível e de baixo custo. Entretanto, apesar de esse método de rastreamento ter sido introduzido no Brasil desde a década de 1950, estima-se que cerca de 40% das mulheres brasileiras nunca tenham sido submetidas ao mesmo (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

De acordo com a OPAS (2016), o câncer do colo do útero se configura como uma das principais causas de óbito nas mulheres em âmbito mundial, sendo que grande parte desses óbitos acontecem em países de baixo à médio desenvolvimento. A referida organização aponta que, dentre as infecções adquiridas através das relações sexuais desprotegidas, o HPV é a que apresenta maiores taxas de contaminação. No âmbito mundial, cerca de 266.000 mulheres morrem todo ano em decorrência do câncer do colo do útero.

Na África oriental e central este é o principal motivo de óbito por câncer na população feminina, sendo que grande parte desses óbitos poderia ter sido prevenida através do acesso universal a programas integrais de prevenção e de controle do câncer do colo do útero, principalmente, pela vacinação contra o HPV em meninas e meninos antes do início da vida sexual e por meio do rastreamento e tratamento das lesões precursoras em mulheres na idade adulta (OPAS, 2016).

Sendo assim, pode-se considerar que o fator determinante para que a infecção pelo HPV ainda seja um problema para o campo da saúde seja a ausência de programas organizados e efetivos de acesso a uma prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno. Ou seja, sem que ocorram essas ações, as previsões são de que os índices de óbitos por câncer do colo do útero sejam cada vez mais elevados.

¹ No presente estudo adotaremos o termo “mulheres acometidas pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV)” se referindo àquelas mulheres que apresentam Lesões Intra-epiteliais de Alto Grau/Neoplasia Intra-epitelial graus II ou III (NIC II ou III), que são as verdadeiras lesões precursoras do câncer do colo do útero.

Cruz e Loureiro (2008) afirmam que o controle do câncer do colo do útero por meio da vacinação ainda representa um desafio para a saúde pública, juntamente com a carência de uma política nacional que permita uma prevenção adequada e equitativa no território nacional, de forma a reduzir a incidência e mortalidade dessa doença. Essas questões fizeram com que, em 1995, o Governo Brasileiro investisse em uma rede nacional de detecção precoce dessa doença.

Dentre as dificuldades identificadas, para uma maior incidência do HPV, estão: o desconhecimento da mulher sobre o câncer; o baixo nível de escolaridade e a falta de conhecimento sobre o próprio corpo; a vergonha e o receio de fazer o exame, que inclui o medo dos resultados; a falta de privacidade nos exames; a desumanização no atendimento e a dessensibilização profissional para rotina de exames; além da baixa prioridade do profissional no atendimento integral das mulheres (CRUZ; LOUREIRO, 2008). Considerando os aspectos observados, pode-se pressupor que os programas educativos para a prevenção da doença sejam ineficazes, pois, mesmo com as campanhas e programas governamentais de prevenção, a doença continua sendo um grande desafio para a saúde pública.

Reconhece-se que esta poderia ser a questão norteadora inicial para a realização deste trabalho; contudo, uma inquietação ainda maior emergiu a partir da minha trajetória profissional, enquanto assistente social no Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) do município de Viçosa/MG, principalmente, no que concerne às redes de apoio à mulher, usuária do CEAE. Foi possível observar o aumento crescente de casos, a diversidade do seu público e suas práticas de enfrentamento. Neste centro, o atendimento é realizado por uma equipe interdisciplinar, sendo que o serviço social se insere na área da saúde, orientado pelos princípios norteadores do SUS, como a integralidade, controle social, universalidade, equidade; além de assumir diretrizes que estão embasadas na humanização, na organização dos serviços de saúde e no acolhimento, reforçando as noções de cidadania, de direito à saúde e às demais políticas sociais junto ao seu público-alvo.

Nesse sentido, o trabalho se apoia na concepção ampliada da saúde, entendendo-a como sendo condicionada por fatores biopsicossociais e culturais, dentre eles: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, cultura, bem como o acesso aos bens e serviços assistenciais. Esta prática profissional me impulsionou a problematizar as redes sociais e o HPV, no contexto de formulação e gestão das políticas públicas de saúde para as mulheres, tendo em vista o cenário socioeconômico cultural do público feminino em relação à exposição e enfrentamento do HPV.

Nesse contexto, a proposta de pesquisa em questão buscou debater sobre a morfologia das redes sociais no contexto das mulheres com HPV, ou seja, teve como foco as políticas públicas de saúde da mulher, visando uma melhor compreensão sobre essa temática. Para tanto, foram adotados referenciais conceituais no que tange às categorias de redes sociais, saúde feminina e HPV, de modo a verificar a morfologia² e a influência das redes de apoio na realidade das mulheres com HPV.

Sendo assim, o problema do presente projeto de pesquisa está pautado não somente no reconhecimento da alta incidência do HPV, mas também na análise sobre a morfologia das redes sociais para as mulheres com HPV, em especial na verificação da eficácia dos programas educativos para a prevenção ao HPV.

A abordagem filosófico-teórica compreenderá a perspectiva sistêmica, que trabalha com conceitos de estrutura e com a ideia de relações, já que analisa o sistema (conjunto de elementos com estreitas relações entre si, em função de um objetivo), as partes que organizam o todo sistêmico e os efeitos desta organização na circularidade sistêmica. Com relação ao aporte teórico, teve destaque o autor Carlos Sluzki (1997), o qual, desde o início dos anos 1970, foi um dos mais importantes precursores do estudo das redes sociais dentro da prática sistêmica. Além disso, a pesquisa também se baseou na discussão de Portugal (2006), considerando suas contribuições para a operacionalização da categoria analítica Redes Sociais. O público de interesse na pesquisa compreendeu mulheres, gestores, pesquisadores e demais profissionais envolvidos com o fenômeno do HPV.

Para verificar a contribuição da pesquisa em termos do aporte de novos conhecimentos foi feito uso de uma pesquisa bibliográfica integrativa³, visando identificar o estágio em que se encontra o tema em foco. Para tanto, foi realizada uma investigação nas principais bases de dados (Scielo, Google Acadêmico, Portal CAPS, e IBICT-Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações), considerando os descritores: “HPV”, “Mulheres” e “Redes Sociais”. Os estudos existentes, em geral, encontram-se muito vinculados a um olhar estritamente

² Conforme Portugal (2006), a morfologia das redes sociais foi analisada pelas seguintes dimensões: a diversidade, a laterização, a polarização, considerando em especial a dimensão dos nós, que são elementos da rede ou os membros do sistema social; os laços, que representam as ligações entre os nós da rede, que se mostram de parentesco ou não, positivos ou negativos, fortes ou fracos, passivos ou ativos; além dos conteúdos que podem ser instrumental, como doação, empréstimo, serviços, bens e cuidados ou expressivo abarcando o apoio emocional e o afeto.

³ O método de revisão integrativa possibilita a síntese de vários estudos publicados a respeito de um determinado tema, além de indicar as falhas do conhecimento que ainda necessitam ser supridas através da realização de novos estudos. A revisão integrativa da literatura traduz-se no amplo levantamento da literatura, contribuindo para discussões acerca de métodos e resultados de pesquisas, bem como no fomento de reflexões sobre a realização de futuros estudos. O propósito inicial deste método de pesquisa é atingir um significativo conhecimento de um determinado fenômeno apoiando-se em estudos anteriores (MENDES et al., 2008).

biológico sobre o tema, como Nonnenmacher et al. (2001), Rama et al. (2008) e Corrêa (2011); além de reportarem aos sentimentos e perspectivas das mulheres em tratamento do câncer de colo de útero, como apontam Carvalho et al. (2007), Oliveira (2005) e Barros e Lopes (2007); bem como a análise das campanhas de prevenção vinculadas às redes sociais da internet, onde foram encontrados autores, como Carvalho (2015), Quevedo et al. (2015) e Bilotti (2017). Por outro lado, quando foram analisados os estudos que trabalhavam as redes sociais, enquanto redes de apoio, essas estavam vinculadas as outras enfermidades e um número restrito ao HPV. Portanto, trata-se de uma problemática que, além de relevante, necessita de mais pesquisas a respeito.

Considera-se que, para realizar um estudo sobre as redes sociais e HPV, faz-se necessária uma reflexão sobre as determinações sociais que perpassam o processo de saúde-doença dos indivíduos, incluindo as estratégias das políticas públicas voltadas para esse público.

Assim, a pertinência em abordar esse tema é verificada, portanto, devido à necessidade de considerar as dimensões dos tipos de redes sociais utilizadas pelas mulheres com HPV, identificando qual das redes foi mais efetiva, sua densidade, custo e contribuição, considerando-a no centro das políticas públicas e ações dos profissionais de saúde.

Desta forma, as contribuições teóricas e práticas que a pesquisa pode trazer abarcam a relevância de que as diretrizes dos serviços públicos contemplem a pluralidade das vivências femininas e a importância das redes sociais, considerando a inter-relação entre fatores sociais, políticos e econômicos, de etnia e cultura, bem como a capacidade dos profissionais e gestores das políticas públicas de saúde, no sentido de estarem atentos para esses fatores.

1.2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

O objetivo geral desta dissertação volta-se para analisar a morfologia das redes sociais e sua relação com o HPV, considerando as percepções dos gestores, profissionais e mulheres atendidas pelo Centro Estadual de Atenção Especializado (CEAE), do município de Viçosa /MG.

Objetivos Específicos

- ✓ Realizar uma metanálise referente ao tema da pesquisa;

- ✓ Examinar as percepções do público gestor e profissionais do programa sobre o funcionamento das políticas e programas de prevenção ao HPV, principais problemas enfrentados, contribuições e sugestões de melhora;
- ✓ Identificar o perfil pessoal e familiar das mulheres acometidas pelo HPV, bem como compreender os fatores inerentes à doença, em termos de conhecimento, motivos, problemas e consequências da doença;
- ✓ Examinar a morfologia das redes sociais utilizadas pelas mulheres, a partir do diagnóstico de HPV, examinando, na perspectiva das mulheres, qual das redes foi mais efetiva, sua densidade, custo e contribuições.

1.3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A partir da definição dos objetivos específicos, esta dissertação foi estruturada em 4 artigos, conforme apresentado a seguir:

O Artigo 1, cujo título é **“Redes Sociais: Uma Meta Análise da sua Influência na Realidade das Mulheres com HPV”**, objetivou analisar as Redes Sociais através de Meta Análise e a sua Influência na Realidade das Mulheres com HPV.

O Artigo 2, intitulado **“As percepções do público gestor e profissionais do Centro Estadual de Atenção Especializada de Viçosa/MG sobre o funcionamento das políticas e programas de prevenção ao HPV”**, buscou discutir questões relativas à percepções do público gestor e profissionais do programa sobre o funcionamento das políticas e programas de prevenção ao HPV, principais problemas enfrentados, contribuições e sugestões de melhora.

O Artigo 3, nomeado **“O perfil pessoal e familiar das mulheres acometidas pelo HPV e os fatores inerentes à doença”**, procurou identificar o perfil pessoal e familiar das mulheres acometidas pelo HPV, bem como compreender os fatores inerentes à doença, em termos de conhecimento, motivos, problemas e consequências da doença.

Por último, no Artigo 4, cujo título é **“A morfologia das redes sociais utilizadas pelas mulheres com HPV”** caracterizou-se a morfologia das redes sociais utilizadas pelas mulheres, a partir do diagnóstico de HPV, examinando, na perspectiva das mulheres, qual das redes foi mais efetiva, sua densidade, custo e contribuições.

1.4 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura se pautou em realizar um breve histórico sobre o ciclo político do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero no Brasil, além das ações de promoção e prevenção em saúde.

1.4.1 Evolução de Ciclo Político do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero

Para iniciar a análise do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero, faz-se necessário considerar que, nos anos 1990, as fases do processo da política pública foram condensadas em cinco etapas, apresentando o que denominaram de “Improved model”, que compreende a montagem da agenda; a formulação da política; o processo de tomada de decisão; implementação e avaliação (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Para os autores, uma política/programa se inicia a partir da percepção dos problemas, passa por um processo de formulação de propostas e decisão e segue sendo implementada para, enfim, ser avaliada e dar início a um novo processo de reconhecimento de problemas e formulação.

Desta forma, o primeiro ponto a ser analisado no desenvolvimento de uma política ou programa é o de reconhecimento de um problema, também conhecido como o momento de “montagem da agenda”.

O tema referente ao controle do câncer do colo do útero ganhou atenção do governo brasileiro em setembro de 1995, quando o Ministério da Saúde reconheceu a necessidade de investir em um programa de âmbito nacional de detecção precoce da doença, uma vez que essa se constituía como um dos grandes desafios para a saúde pública, somando com uma ausência de política nacional que possibilitasse a minimização da sua incidência e mortalidade no país (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

Cabe ressaltar que uma determinada questão ou demanda, quando deixa de ser um estado de coisas e se transforma em um problema político, torna-se um *input*, passando a incluir-se na agenda governamental. A partir desse momento inicia-se o processo de formulação das alternativas.

Foi então que, entre janeiro de 1997 a junho de 1998, foi criado o projeto-piloto que veio a subsidiar a elaboração do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, denominado Viva Mulher. Participaram do processo de formulação e elaboração do referido

projeto uma equipe de técnicos do Ministério da Saúde em parceria com alguns organismos nacionais e internacionais. Esse projeto foi implantado em seis localidades (Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e estado de Sergipe) e atendeu cerca de 124.440 mulheres, tendo como público alvo aquelas entre 35 e 49 anos, que nunca tinham realizado o exame preventivo ou que estavam sem fazê-lo há mais de três anos (INCA, 2011), como reportado por Brasil:

O ministério da saúde considerando: a necessidade de intensificar o controle da mortalidade por câncer de colo uterino; que o diagnóstico do câncer do colo uterino é de fácil realização; que a cura do câncer de colo uterino é factível na fase inicial; o protocolo de Cooperação Técnica celebrado entre o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e o Ministério da Saúde, em março de 1996, para a promoção da saúde da mulher; resolve: Instituir o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino. Designar a Secretaria de Políticas de Saúde como órgão responsável pela Coordenação do Programa. A Secretaria de Assistência à Saúde regulamentará os procedimentos necessários ao Programa (BRASIL, 1999, p.18).

Quanto à identificação do público-alvo a ser atingido, essa foi realizada por meio de verificação se a prevalência do câncer em estágio inicial era maior em mulheres com idade entre 35 a 49 anos, especialmente entre as que nunca tinham realizado o exame citopatológico. O número de mulheres nesta faixa etária por município foi obtido por meio da projeção populacional do IBGE, para o ano de 1998. Estimou-se que 40% destas mulheres nunca haviam realizado o exame preventivo, exceto nos Estados do Paraná e São Paulo, onde inquéritos populacionais indicavam um percentual de 25%. Finalmente, a campanha propôs-se contemplar 70% do universo delimitado pelos parâmetros apresentados, estimado em 3.612.375 mulheres (BRASIL, 1999).

A partir do reconhecimento de que, nos anos anteriores à criação do programa, não se verificou qualquer redução do índice de mortalidade do câncer do colo de útero, fez-se necessário o uso de uma estratégia de aplicação imediata, que tivesse como impacto uma redução significativa no índice de mortalidade. Rua (2009) aponta que a formulação das alternativas é um dos mais significativos momentos do processo decisório, uma vez que são consideradas as demandas, expectativas, interesses e preferências dos atores envolvidos. Dando continuidade ao ciclo da política, Baptista e Rezende (2011) ressaltam que a fase de implementação é definida como sendo o momento de colocar uma determinada solução em prática.

Dessa forma, a primeira fase de intensificação do programa ocorreu entre os meses de agosto a setembro de 1998, com a utilização de estratégias que visavam à estruturação da rede

assistencial, ao desenvolvimento de um sistema de informações para o monitoramento das ações, ao estabelecimento de mecanismos para mobilização e à captação de mulheres, assim como a definição das competências nos três níveis de governo (BRASIL, 1999).

Neste cenário de mudanças, conforme Brasil (1999), a coordenação do programa foi oficialmente transferida para o INCA, por meio da Portaria GM/MS nº 788/99, de 23 de junho de 1999. Neste mesmo ano, foi criado o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO – para monitoramento e gerenciamento das ações.

De 1999 a 2001, as ações pela oferta de serviços foram ampliadas, resultando na realização de 8 milhões de exames citopatológicos por ano. Em 2002, o fortalecimento e a qualificação da rede de atenção básica e a ampliação de centros de referência possibilitaram a realização de uma segunda fase de intensificação, onde foram examinadas mais de 3,8 milhões de mulheres (INCA, 2011).

Já em 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Oncológica, que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde. Neste mesmo ano, o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo e de Mama – 2005-2007 propôs seis diretrizes estratégicas: a) aumento de cobertura da população-alvo; b) garantia da qualidade; c) fortalecimento do sistema de informação; d) desenvolvimento de capacitações; d) estratégia de mobilização social; e) desenvolvimento de pesquisas.

Nesse quadro, foi estabelecido o Pacto pela Saúde, por meio de uma gama de mudanças institucionais do SUS, envolvendo as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), objetivando realizar inovações nos processos e instrumentos de gestão para a maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto foi reafirmada a importância da detecção precoce dessas neoplasias, por meio da inclusão de indicadores e metas a serem atingidos nos estados e municípios, visando a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional (INCA, 2011).

Para além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV, os governantes consideraram outros fatores que pareciam influenciar os mecanismos ainda incertos, no período da regressão ou da persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer - fatores esses relacionados à: imunidade; genética; comportamento sexual; tabagismo; iniciação sexual precoce; multiplicidade de parceiros sexuais e o uso de contraceptivos orais. Esses fatores foram considerados de risco e problemas relevantes para o desenvolvimento de câncer do colo do útero. A idade também foi outro ponto considerado

como determinante nesse processo, uma vez que a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regredia espontaneamente, ao passo que, acima dessa idade, a persistência se fazia mais frequente (INCA, 2011).

Com relação à formulação do Programa Nacional de controle do Câncer do Colo de Útero, esta ocorreu através do consenso entre as 3 esferas governamentais, na Comissão Tripartite, gerando-se, desta forma, um processo a ser desenvolvido integradamente e não como um programa verticalizado, partindo do Ministério da Saúde. Foi realizada a apresentação do programa ao Conselho Nacional de Saúde, através de sua Comissão de Saúde da Mulher - CISMU, na qual se obteve a homologação da linha estrutural básica apresentada. Foi designado, então, um Núcleo de Coordenação Nacional e a constituição de um Comitê Executivo que, além da representatividade de todos os segmentos do Ministério da Saúde, de alguma forma, articuladas com o programa, contou igualmente com a participação das entidades de classe da área da saúde e organização da sociedade civil. Houve, também, o convite aos Governadores de Estado para indicação dos Coordenadores Estaduais (BRASIL, 1999).

Dessa forma, foram estabelecidas parcerias que pudessem dar subsídio técnico, desenvolvimento de recursos humanos e que atuassem como viabilizadoras de oferta de serviços a populações distantes e em locais inacessíveis aos meios usuais de comunicação e transporte, bem como que pudessem promover a articulação com a sociedade civil.

O processo de avaliação e monitoramento do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero envolve examinar os resultados, com análise dos alcances dos objetivos e metas traçadas. Para Baptista e Rezende (2011), a avaliação se refere ao momento centrado na mensuração dos fenômenos analisados, que avança em direção às formas de atingir resultados, evoluindo para um julgamento das intervenções não somente quanto à eficácia e à eficiência de uma determinada política ou programa, mas também quanto à sua efetividade, à sustentabilidade e à equidade.

Para os autores supramencionados, o processo de avaliação diz respeito ao estabelecimento de uma relação de causalidade entre um programa e seu resultado, o que implica em atribuir um valor e/ou realizar julgamentos sobre o significado e efeitos de determinado programa e/ou política. Por outro lado, o monitoramento se difere da avaliação, pois se trata do exame contínuo de processos, resultados e impactos das ações realizadas. Cohen e Franco (1994) ressaltam, diante deste cenário, que quanto mais amplo o programa e/ou política a serem avaliados, mais complexos tendem a ser esses elementos da avaliação,

envolvendo mais recursos e tempo, maior número de pessoas, além de mais indicadores de análise.

Quando se analisa o desenvolvimento do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero, é possível perceber que o mesmo trouxe mudanças positivas para as condições prévias da população, uma vez que desencadeou uma série de ações pioneiras de incentivo à implantação da prevenção do câncer cérvico uterino no Brasil, gerando resultados significativos, tais como: o fortalecimento dos serviços assistenciais, pela doação de material, equipamentos e capacitação de recursos humanos, além da extensão da cobertura do exame preventivo para as zonas rurais e de difícil acesso.

Outros resultados positivos a partir da criação do programa podem ser considerados, como a padronização dos procedimentos de coletas, exames e recomendações com relação ao tratamento; introdução do controle de qualidade do exame citopatológico, juntamente com a conscientização da população quanto à necessidade da prevenção, através de trabalhos desenvolvidos por diversas ONGs e da assessoria de comunicação social do Ministério da Saúde; estruturação e ampliação das unidades de coleta (de aproximadamente 8.250 unidades existentes antes da fase de intensificação, para 13.996 unidades) e ampliação da rede laboratorial SUS (BRASIL, 1999).

Outra inovação importante foi a criação do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO – desenvolvido pelo INCA, em 1999, em parceria com o Datasus, como ferramenta gerencial das ações do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Os dados gerados pelo sistema possibilitam avaliar a cobertura da população-alvo, a qualidade dos exames, a prevalência das lesões precursoras e a situação do seguimento das mulheres com exames alterados, dentre outras informações relevantes ao acompanhamento e à melhoria das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento. O sistema está implantado nos laboratórios que realizam o exame citopatológico e histopatológico do colo do útero pelo SUS (módulo do prestador de serviço) e nas coordenações estaduais, regionais e municipais de detecção precoce do câncer (módulo de coordenação), conforme apontado por INCA (2011).

No entanto, segundo Goulart (2014), ainda que o SISCOLO se constitua uma iniciativa importante para o controle do câncer do colo do útero, o mesmo não fornece dados suficientes que permitam o controle e acompanhamento integral de todas as mulheres, tal como sugerem os programas de rastreamento, não possibilitando, portanto identificar as mulheres que nunca fizeram o exame citopatológico e nem as que estão com o exame em

atraso. Diante desta limitação, tal sistema disponibiliza informações fragmentadas para o planejamento das ações e a avaliação dos serviços relacionados ao câncer do colo do útero.

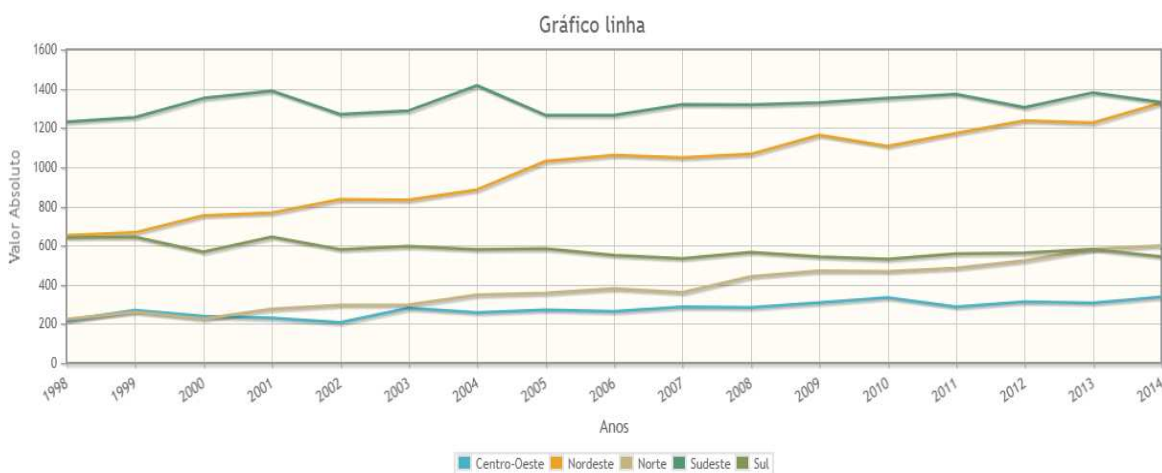
Outro aspecto importante a ser analisado se refere ao fato de que o Ministério da Saúde tem movido esforços para a implementação de estratégias que tenham impacto na incidência e na mortalidade por câncer do colo do útero. No entanto, as taxas da doença indicam que as ações desenvolvidas não têm alcançado o sucesso desejado (GOULART, 2014).

Segundo informações do INCA (2015), para o ano de 2016, no Brasil, eram esperados 16.340 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres.

De acordo com o INCA (2014), ao analisar os dados do Gráfico 1, extraídos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, referentes ao total de mortes por câncer de colo do útero, em mulheres com idade de 30 a 70 anos, no período de 1998 e 2014, conforme a localidade, é possível perceber que, em todas as regiões do Brasil, de 1998 (data de criação do programa) ao ano de 2014, houve um aumento nas taxas de mortalidade, com exceção da região Sul, que demonstrou uma pequena queda da taxa de mortalidade.

Considerando que o objetivo do programa era a melhoria da qualidade de vida da mulher brasileira através da redução da diminuição dos agravos e mortalidade por câncer do colo do útero, considerando o período desde a sua criação até 2014, os dados apontam que o programa não conseguiu alcançar o seu objetivo em sua totalidade.

Gráfico 1 - Total de mortes por câncer de colo do útero, por anos, segundo localidade, em mulheres, nas regiões selecionadas, com idade de 30 a 70, entre 1998 e 2014.



Fonte: INCA (2014).

Quanto à meta do programa, essa inicialmente se concentrou na realização do teste papanicolau em aproximadamente 3.600.000 mulheres, prioritariamente, na faixa etária de 35-49 anos, no período de 18 de agosto a 30 de setembro de 1998, bem como iniciar o tratamento de 100% das mulheres com qualquer tipo de alteração infecciosa ou de lesões precursoras ou já confirmadas de câncer de colo uterino.

Dados do relatório de avaliação do programa indicam que o mesmo conseguiu atender, no período de 18 de agosto a 30 de setembro 1998, a um universo de aproximadamente 3.100.000 mulheres. No entanto, considerando a meta inicial de atendimento, que era de 3.600.000, avalia-se que o programa também não conseguiu alcançar sua meta (BRASIL,1999).

Considerando esse cenário, o INCA (2011) destaca que o êxito das ações de rastreamento do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero depende de ações que enfatizem a informação e mobilização da população e da sociedade civil organizada, do alcance da meta de cobertura da população-alvo e da garantia ao acesso do diagnóstico e tratamento; além da qualidade do trabalho desenvolvido, monitoramento e gerenciamento contínuo das ações realizadas. Nesta perspectiva, o trabalho de avaliação também deve conjugar a análise tanto das intenções explícitas, quanto do sentido concreto que o programa adquire no decorrer de sua implementação.

1.5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.5.1 Redes Sociais como Referencial Teórico de Análise

Desde os anos setenta, Sluzki (1997) tem sido um dos importantes pioneiros no estudo das redes sociais dentro da prática sistêmica. Para o autor, a rede microsocial em que as pessoas se encontram inseridas pode induzir de forma importante a construção das suas ações sociais, além de contribuir para a percepção de si mesmas, bem como do cenário ao redor. Para o autor, as redes sociais pessoais estão presentes na vida das pessoas desde o momento do nascimento até a sua morte. Os indivíduos são constituídos a partir das suas experiências interpessoais, que irão defini-los e também futuramente delinear as suas próprias redes sociais.

A forma como são construídas as relações interpessoais no âmbito da família é parte fundamental da identidade dos indivíduos e pode se modificar ao longo das etapas de vida. As transformações e modificações na rede social são um registro para os vários estágios da vida, como aponta Sluzki (1997). Jussani et al. comentam a esse respeito, afirmando:

O vínculo constitui uma palavra-chave para a compreensão do conceito de rede social, pois corresponde a uma espécie de mapa mínimo e íntimo das relações da pessoa, ao nicho interpessoal mais significativo no plano dos afetos do sujeito, que é composto por quatro quadrantes: a família, a amizade, as relações de trabalho ou de estudo e as relações comunitárias ou de credo. É no conjunto dos habitantes desse mapa mínimo que se constitui a rede social de uma pessoa e que se encontram os vínculos, nas suas mais variadas nuances e atributos (JUSSANI et al., 2007, p.185).

Dessen (2000) também destaca que a rede social se refere a um conjunto de instrumentos sociais, correspondendo às pessoas, às ocupações e aos papéis relacionados as essas pessoas, bem como aos episódios que se encontram extremamente vinculados em um determinado contexto. Esses instrumentos sociais podem possibilitar o suporte às famílias, que pode ser emocional ou mesmo instrumental àqueles que se referenciam nas mais diversas situações de dificuldades.

Para a referida autora, as redes sociais podem ser formadas pelos integrantes da própria família, bem como membros da família extensa, como, por exemplo, primos, tios e avós. As redes sociais podem contemplar também pessoas da vizinhança, amigos, cônjuges, além de profissionais das mais diversas áreas de atuação.

Esse amplo leque de possibilidades de apoio social poderá ajudar nas mais diferentes necessidades e momentos de dificuldades do indivíduo, seja realizando funções domésticas, cuidado dos filhos, ou mesmo dispensando apoio emocional, informações e orientações necessárias a cada momento. A forma como são oferecidos e recebidos os diversos modos de apoio social é de enorme relevância para a preservação da saúde mental e física do indivíduo, para o confronto de crises e momentos de dificuldades. Sendo assim, pode-se considerar que o apoio social minimiza a possibilidade de incidência de comportamentos disfuncionais muito relacionados à repressão no âmbito das mais variadas famílias de diversas classes sociais (DESSEN, 2000).

Segundo a autora, o apoio instrumental está vinculado ao campo do auxílio, com recursos financeiros ou mesmo materiais, apoio no compartilhamento de compromissos, bem como pode estar vinculado ao suporte informacional e de orientação oferecido à pessoa em questão. Já o apoio emocional diz respeito ao conjunto de sentimentos em relação ao indivíduo, como afeição, empatia, solidariedade, identidade, afinidade e sentimentos relacionados à inclusão em um determinado grupo.

Essa vivência encontra-se dentro de um contexto histórico e cultural que construirá as identidades. As redes sociais são mutáveis e irão se reorganizar continuamente no decorrer da

vida das pessoas, através da relação e convívio com outros indivíduos, que podem ser denominados como co-constructores, pois também compõem a identidade de cada ser humano. A rede social possui a função de auxiliar na ordenação dos sistemas onde ocorrem a construção em nível pessoal, familiar, social, em grupos e em comunidade. Ela pode ser uma rede social pessoal, que é definida através de um composto de indivíduos, os quais se relacionam de modo regular, através de diálogos e outras formas de troca (SLUZKI, 1997).

De acordo com o referido autor, a rede relaciona a concepção sistêmica aplicada pela terapia familiar com as intercorrências do meio microssocial. Sendo assim, o aspecto relevante para as pessoas não está vinculado somente à família nuclear ou extensa, mas abarca todos os relacionamentos interpessoais dos seres humanos. Feijó (2014) descreve a esse respeito, ressaltando tanto a importância do contexto de vivência dos indivíduos, quanto da linguagem na configuração das redes sociais, destacando:

O que uma pessoa pensa de si mesma, de sua dificuldade e da possibilidade de apoio dos que a cercam, faz parte de sua identidade, que é construída nestas relações. Ou seja, a construção de significados, se dá num contexto (sócioeconômico-cultural) e através da linguagem. Por isso digo que a rede enreda e sustenta; dela podem partir tanto as confirmações que legitimam o indivíduo como pertence àquele sistema (função de poio e troca) como as pressões para que mude seu comportamento (funções de regulação social) (FEIJÓ, 2014, p.233).

Assim, é fundamental diferenciar a micro-rede social pessoal da rede macro. A micro-rede pessoal é conjunto de todas as relações interpessoais que são importantes para cada pessoa; isto é, compreende a rede denominada de nicho pessoal e se faz um dos elementos fundamentais da experiência individual de reconhecimento próprio, comportamentos de cuidado de saúde e possibilidade de transposição de um momento de dificuldade ou estresse. Já a rede “macro” abarca a comunidade e a sociedade na qual o indivíduo está inserido (SLUZKI, 1997).

Para Feijó (2014, p. 236), “a rede é móvel, complexa e interligada. É praticamente impossível delimitar uma rede, estamos sempre tratando de uma micro-rede, que é parte de uma rede maior e que se liga a várias outras redes”. Sendo assim, considera-se que os diversos modelos de rede também são ferramentas fundamentais para desenvolver práticas educativas e comunitárias, que seriam denominadas de “redes de redes”.

Especificamente, no caso da saúde, observa-se que diante dos diversos eventos denominados como crises ou problemas, que podem ocorrer no âmbito da família, está o aparecimento de uma determinada doença, como é o caso do HPV. Como afirma Feijó (2014,

p. 248), “algumas crises ou questões são mais difíceis de superação, como, por exemplo, doenças graves, o abuso de substâncias químicas e a violência”. O referido autor acrescenta que: “algumas redes sociais são mais importantes do ponto de vista dos cuidados pessoais; insistem que a pessoa procure o médico, que se cuide. Outra, pode impulsionar o crescimento profissional. Mas em geral uma rede exerce várias funções ao mesmo tempo” (Ibidem, p. 242).

Jussani et al. (2007, p.85) apontam que a presença de uma rede social pessoal forte, sensível, ativa e confiável possui a potencialidade de resguardar o indivíduo no seu cotidiano, pois “atua como agente de ajuda e encaminhamento, interfere na construção e manutenção da auto-estima, acelera os processos de cura e recuperação da saúde, aumenta a sobrevivência, enfim, é geradora de saúde tanto nos aspectos físicos como nos psicológicos e afetivo-emocionais”.

Dentro dessa ótica, como destaca Dessen (2000), diversas podem ser as possibilidades de apoio ou suporte disponíveis para o indivíduo ou sua família, que podem ocorrer por meio das redes formais e informais, possibilitando, desta forma, um aumento na qualidade de vida e bem-estar no cotidiano dos seus amparados.

1.6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente seção buscou apresentar os caminhos escolhidos para a pesquisa; isto é, o instrumental metodológico eleito para aferir conhecimento da realidade empírica, objeto do estudo proposto. Em primeiro momento, procurou-se explicitar o tipo de pesquisa a ser realizada, considerando a oportunidade da mesma. Em seguida, foram sublinhadas as características do local de estudo, a fim de apontar sua pertinência. Posteriormente, foi feita a descrição dos sujeitos da pesquisa e processo de amostragem, para, na sequência, descrever a matriz metodológica, que compreende o desenho da pesquisa, em termos do tipo de abordagem, problema, objetivos e variáveis de análise; bem como os procedimentos adotados, compreendidos como métodos e técnicas de coleta e análise dos dados.

1.6.1 Tipo de Pesquisa

Neste trabalho, entende-se que os dados quantitativos e qualitativos, apesar de pertencerem a naturezas diferentes, não se opõem; eles se complementam no sentido de que a realidade abrangida age e interage dinamicamente. Por isso, juntamente com a análise estatística dos dados, será utilizada a análise de cunho qualitativo para abordar o universo de

significados, motivos, valores, que pertence a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos e que não podem ser minorizados à operacionalização das variáveis. Sendo assim, a pesquisa será de natureza quanti-qualitativa.

1.6.2 Local do Estudo

A pesquisa de campo foi implementada no município de Viçosa-MG, no Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE), anteriormente conhecido como Centro Hiperdia Minas e Centro Viva Vida, que foram criados no ano de 2003. Atualmente existem 28 Centros Estaduais de Atenção Especializada em Minas Gerais, que atendem uma população de 7,3 milhões de pessoas de 428 municípios. Eles ofertam serviços de acompanhamento e atenção ambulatorial às gestantes e crianças de alto risco, mulheres em tratamento de cânceres de mama e de colo uterino e usuários com hipertensão, diabetes e doença renal crônica de alto e muito alto grau de risco, com vista a reduzir complicações e mortalidade.

O Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) é um serviço de saúde de média complexidade (níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico), resultado de uma parceria entre o Governo de Minas, representado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/MG) e a Prefeitura de Viçosa. O atendimento da unidade é regional, uma vez que Viçosa é sede da microrregional de saúde, composta por outros nove municípios: Araponga, Cajuri, Canaã, Paula Cândido, Pedra do Anta, Porto Firme, São Miguel do Anta, Teixeiras e Viçosa, que juntos possuem um total de 131.544 habitantes. Atualmente, a Atenção Especializada (AE) de média complexidade do município de Viçosa conta com uma equipe multiprofissional (assistente social, nutricionista, enfermeira, psicóloga, fisioterapia, educadora física e farmacêutica).

Para que o usuário seja encaminhado para o CEAE, ele deve procurar o PSF do seu bairro, que seguirá os critérios específicos e realizará o encaminhamento para o atendimento requisitado. Sendo assim, a pesquisa de campo foi realizada no ambulatório de ginecologia cujo critério de atendimento se configurava por mulheres que apresentam Lesões Intra-epiteliais de Alto Grau/Neoplasia Intra-epitelial graus II ou III (NIC II ou III), que são as verdadeiras lesões precursoras do câncer do colo do útero.

1.6.3 Sujeitos da Pesquisa e Processo de Amostragem

A pesquisa possui como público alvo as mulheres atendidas pelo ambulatório de ginecologia, com o diagnóstico de lesões Intra-epiteliais de alto grau/neoplasia Intra-epitelial graus II ou III (NIC II ou III), do Centro Estadual de Atendimento Especializado (CEAE), do município de Viçosa/MG. Baseando-se em um universo populacional de 138 primeiras consultas e 802 retornos das mulheres atendidas, no ano de 2017, foi estimada a amostra, considerando o cálculo amostral para população finita, proposto por Triola (2013), sendo o grau de confiança de 95% e erro referente a 5%. A amostra foi equivalente a 102 mulheres, sendo de natureza intencional e por acessibilidade, pois compreendeu aquelas que aceitaram fazer parte da pesquisa. Os convites e as entrevistas foram realizados durante a sala de espera no próprio ambulatório do CEAE, nos dias de atendimento.

Os critérios de inclusão compreenderam as mulheres vinculadas ao atendimento pelo ambulatório de ginecologia do CEAE, sem distinção de raça, credo, idade ou outro item do perfil socioeconômico. Já os critérios de exclusão envolveram a faixa etária e a concordância em participar da pesquisa, uma vez que não fez parte da amostra mulheres menores de 18 e aquelas que não concordaram em responder o roteiro da pesquisa.

Outro público alvo correspondeu aos gestores e profissionais envolvidos com o fenômeno do HPV que se reportaram como acessíveis à prestação de informações, especialmente aqueles pertencentes ao CEAE.

No que concerne à coleta de dados junto ao público gestor/profissionais e mulheres atendidas pelo CEAE, foi feito uso de entrevistas semiestruturadas, conforme roteiro apresentado no Apêndice 1. No caso das mulheres, inicialmente foi delineado o seu perfil pessoal e familiar socioeconômico, para, em seguida, identificar os fatores inerentes à doença, motivos e problemas, além da morfologia das redes sociais e suas influências (ver Apêndice 2). As entrevistas junto aos profissionais e gestores abordaram suas percepções sobre a forma de funcionamento das políticas e programas de prevenção ao HPV - principais problemas e desafios, contribuições e sugestões para melhorias.

1.6.4 Forma de Coleta de Dados

1.6.4.1 Realização da metanálise sobre o tema pesquisado

No que concerne à revisão bibliográfica, em um primeiro momento, foram considerados os objetivos específicos, os questionamentos a serem respondidos ou hipóteses a serem testadas, que nortearam a busca por pesquisas primárias relevantes na área de saúde

feminina, HPV e Redes Sociais. Em seguida, foram avaliados criticamente os critérios e métodos empregados no desenvolvimento dos vários estudos selecionados, para determinar se eram válidos metodologicamente para a pesquisa. Esse processo resultou em uma redução do número de estudos incluídos na fase final da revisão, cujos dados foram analisados pelo método de metanálise. Finalmente, os dados foram interpretados e as conclusões formuladas a partir dos estudos.

1.6.4.2 Identificação do perfil pessoal e familiar das mulheres

Nos casos das mulheres, a entrevista semiestruturada foi gravada e versou sobre o seu perfil pessoal, familiar e socioeconômico, sendo utilizadas as seguintes categorias de análise: idade, profissão, estado civil, escolaridade, renda, cor, religião, composição familiar, estágio do ciclo de vida.

1.6.4.3 Caracterização da morfologia das redes sociais utilizadas pelas mulheres

Nas entrevistas foram realizadas perguntas às mulheres buscando analisar o papel efetivo que as redes sociais desempenhavam, caracterizando sua morfologia e modos de ação no acesso a diferentes tipos de recursos. A categoria rede social foi dimensionada conforme Portugal (2006), por meio das seguintes subcategorias: nós, laços, a força dos laços, conteúdo, as normas e os custos das redes sociais utilizadas.

1.6.4.4 Percepções do público gestor/profissionais

No que diz respeito às percepções do público gestor e identificação das condições das mulheres atendidas pelo CEAE, também foi feito uso de entrevistas semiestruturadas cujos dados foram gravados e interpretados. As entrevistas junto aos profissionais e gestores abordaram suas percepções, sobre a forma de funcionamento das políticas e programas de prevenção ao HPV, principais problemas, desafios, contribuições e sugestões para melhorias.

1.6.5 Matriz Metodológica: Objetivos, Categorias e Variáveis de Análise

Conforme Tabela 1, a seguir apresentada, a matriz metodológica consiste em apresentar a perspectiva de abordagem filosófico-teórico, os objetivos específicos e a forma de alcançá-los, por meio das técnicas de coleta dos dados.

Tabela 1 - Matriz Metodológica.

TEMA DE PESQUISA:	Mulheres, HPV e Redes Sociais.
TÍTULO DA PROPOSTA:	Morfologia das redes e sua influência na realidade das mulheres com HPV
ORIENTADORA:	Prof. Maria das Dores Saraiva Loreto
PERSPECTIVA DE ABORDAGEM FILOSÓFICO-TEÓRICA:	A abordagem filosófico-teórico compreendeu o sistemismo , o qual trabalha com conceitos de estrutura e com a ideia de relações, já que analisa o sistema (conjunto de elementos com estreitas relações entre si, em função de um objetivo), as partes que organizam o todo sistêmico e os efeitos desta organização na circularidade sistêmica. Com relação ao aporte teórico, foi priorizado o autor Carlos Sluzki (1997), o qual desde o início dos anos setenta foi um dos mais importantes precursores do estudo das redes sociais dentro da prática sistêmica. Além disso, se pautou em Portugal (2006), considerando suas contribuições para a operacionalização das redes sociais.
PÚBLICO DE INTERESSE DA PESQUISA:	Gestores, profissionais e mulheres envolvidos com o fenômeno do HPV.
O PROBLEMA:	Quais redes sociais foram mais efetivas para as mulheres com lesões intra-epiteliais NIC II e III ? Em que medida os programas e políticas são eficazes para a prevenção ao HPV?
A RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA:	O HPV atualmente é responsável por 99% dos casos de câncer de colo do útero, sendo assim , fica evidente a ausência ou a ineficácia de programas educativos para a prevenção da doença e demais redes sociais, que possam contribuir na atenuação da doença. Sendo

	assim, justifica-se examinar a morfologia das redes de apoio, suas contribuições e desafios, em termos da prevenção ao HPV. A partir de busca realizada nas principais bases de dados (SciELO, Google Acadêmico e outros) através dos descritores “HPV” e “Redes Sociais” não foram encontrados estudos relacionados à temática em questão; portanto, trata-se de uma problemática que, além de relevante, necessita de pesquisa a respeito.
AS HIPÓTESES:	A família é a rede de apoio mais efetiva no cotidiano das mulheres com lesões intra-epiteliais NIC II e III. Os programas educativos para a prevenção da doença não são eficazes.
PRINCIPAIS VARIÁVEIS DE ANÁLISE:	Morfologia das Redes sociais, métodos de prevenção, perfil sócio econômico, problemas e desafios.
PÚBLICO DE INTERESSE DA PESQUISA E PROPOSTA DE SELEÇÃO DA AMOSTRA:	A amostra abarcou mulheres acometidas com lesões intra-epiteliais NIC II e III atendidas pelo ambulatório de ginecologia do Centro Estadual de Atendimento Especializado (CEAE) do município de Viçosa, além de profissionais e gestores envolvidos com o fenômeno do HPV. ➤ Critérios de Elegibilidade: Os critérios de inclusão envolveram as mulheres vinculadas ao atendimento pelo ambulatório de ginecologia do CEAE, sem distinção de raça, credo, idade, ou outro item do perfil socioeconômico. Já os critérios de exclusão compreenderam envolvem a faixa etária e a concordância em participar da pesquisa, uma vez que não caracterizam parte da amostra mulheres menores de 18 e aquelas que não concordaram em responder o roteiro da pesquisa.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Categorias e Variáveis de Análise

➤ Realizar uma revisão bibliográfica referente ao tema a ser estudado.	Para o alcance do primeiro objetivo, presente na matriz metodológica, foi realizar uma pesquisa bibliográfica, pelo método de meta análise, referente ao tema estudado, através da consulta de livros, cartilhas, internet, artigos científicos e outros materiais presentes na bibliografia cinzenta, tendo como descritores: “HPV”, “Mulheres” e “Redes Sociais”.
➤ Examinar as percepções do público gestor e profissionais do programa sobre o funcionamento das políticas e programas de prevenção ao HPV, principais problemas enfrentados, contribuições e sugestões de melhora.	Formas de intervenção; forma de funcionamento das políticas e programas de prevenção ao HPV; principais problemas e desafios; principais contribuições; sugestões para melhorias.
➤ Identificar o perfil pessoal e familiar das mulheres acometidas pelo HPV, atendidas pelo ambulatório de ginecologia do Centro Estadual de Atendimento Especializado (CEAE), do município de Viçosa;	Idade, profissão, estado civil, escolaridade, renda, cor, religião, composição familiar, tipo de família, estágio do ciclo de vida.
➤ Examinar a morfologia das redes sociais utilizadas pelas mulheres a partir do diagnóstico de HPV, verificando, na perspectiva das mulheres, qual das redes foi mais efetiva, sua densidade, custo e contribuições.	Nós, laços, propriedades dos laços, conteúdo, as normas e os custos das redes sociais.

1.6.6 Procedimentos de Análise de Dados

Para o alcance do primeiro objetivo, via revisão bibliográfica, foi feito uso da metanálise. No que concerne ao segundo e terceiro objetivos, que compreendem identificar o perfil pessoal e familiar das mulheres atendidas pelo (CEAE) e examinar a morfologia das redes sociais utilizadas pelas mesmas a partir do diagnóstico, considerando a sua efetividade densidade, custo e contribuições, foi realizada uma pesquisa de campo para reunir elementos que viabilizem a análise do perfil pessoal e familiar das mulheres, através da análise estatística descritiva, em termos de média, frequência de desvio padrão das seguintes variáveis: idade, estado civil, escolaridade, raça, religião, condição ocupacional, renda, tipo de

família (nuclear, monoparental, extensa e outro tipo), ciclo de vida familiar (formação, maturação e dispersão)⁴, o número de filhos; a faixa etária, nível de escolaridade e ocupação dos membros familiares; renda familiar média e *per capita*.

Em seguida, foi solicitado que a entrevistada falasse sobre seu conhecimento acerca da doença; os principais problemas enfrentados a partir do diagnóstico; morfologia e tipo de redes sociais de apoio, em termos de: nós, laços, conteúdo e normas, bem como sua percepção sobre quais redes sociais que considerou mais efetiva, verificando-se sua densidade, custo e as contribuições. Procurou-se, também, criar subdiscussões pertinentes dentro das categorias de maior frequência e, portanto, de maior importância para os entrevistados.

A análise desses dados textuais ou estatística textual foi feita por meio do *software* Iramuteq, que oferece um conjunto de tratamentos e ferramentas de análises estatísticas, que apontam o posicionamento, a estruturação e as relações de palavras no texto, sempre auxiliado por imagens, permitindo resultados, com dados de relações intratextos e entre as variáveis dos participantes.

Segundo Camargo e Justo (2013), a análise textual é um tipo específico de análise de dados, na qual se trabalha o material verbal transcrito, ou seja, textos. Essa análise tem várias finalidades, sendo possível analisar textos, entrevistas, documentos, redações etc. A partir da análise textual é possível descrever um material produzido individual ou coletivamente, como também se pode utilizar a análise textual com a finalidade relacional, comparando produções diferentes em função de variáveis específicas que descrevem quem produziu o texto.

Segundo Camargo e Justo (2013), existem quatro tipos de análise textual, sendo elas: a) as **análises lexicográficas clássicas** – que buscam identificar a quantidade de palavras, a frequência média, e, por meio do vocabulário, pode reduzir estas mesmas palavras com base em suas raízes (formas reduzidas), identificando as formas ativas e suplementares; b) a **análise de especificidades** – que associa os textos com as variáveis, ou seja, possibilita a análise da produção textual em função das variáveis de caracterização e, também, a

⁴ Os seres humanos partilham relógios biológicos ou expectativas sociais semelhantes e a família evolui em etapas mais ou menos previsíveis de forma universal apesar das diferenças culturais. O ciclo de vida familiar compreende etapa de formação que se refere ao momento de inicialização da família, o primeiro grande ritual do casal e que assinala a transição para o primeiro estágio da família é o casamento. Para o casal, a articulação entre conjugalidade e parentalidade parece ser o desafio principal desta fase. Quando nasce o primeiro filho, as rotinas quotidianas da família alteram-se totalmente. Enquanto que o ciclo de maturação, ao contrário da idealização característica das primeiras fases do ciclo de vida, nesta fase há uma sobrecarga de expectativas negativas que também não parece facilitar a vivência de adolescentes e das suas famílias. Uma das tarefas familiares desta fase parece ser a gestão do equilíbrio entre autonomia e integração familiar do adolescente. Torna-se necessário definir, reflectir e negociar os movimentos de saída do adolescente; este, ao conquistar novos territórios. Por outro lado, o ciclo da dispersão é talvez a etapa mais longa do ciclo de vida familiar e, provavelmente, a mais heterogénea também, compreendendo o momento no qual os filhos adultos já saíram de casa para constituírem suas próprias famílias ou então os mesmos ainda permanecem juntos dos pais (CARTER et al., 1999).

apresentação em plano fatorial; c) a **análise de similitude** – a qual possibilita identificar as ocorrências entre as palavras e seu resultado, trazendo indicações da conexidade entre elas, auxiliando na identificação da estrutura da representação; d) a **nuvem de palavras** – que agrupa as palavras, organizando-as graficamente em função da sua frequência. É uma análise lexical mais simples, porém, graficamente mais clara e expressiva.

1.6.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

Conforme o preconizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, todo projeto que envolver pesquisa com seres humanos, direta ou indiretamente, coordenado por pesquisador responsável vinculado à Universidade Federal de Viçosa, deve ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução CNS 466/2012.

Desta forma, a presente proposta de pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e cumpriu com todas as exigências, sendo utilizado tanto para as entrevistas com os gestores e profissionais do CEAE, quanto para as mulheres entrevistadas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual se explicita o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou do responsável legal pelo participante, também em conformidade com a Resolução CNS 466/2012, item II.23.

De acordo com o Apêndice 3, o Termo de consentimento livre e esclarecido foi aplicado junto aos Gestores /profissionais, sendo esclarecido para os participantes os seguintes procedimentos: a) uso de entrevistas semiestruturadas gravadas e transcritas, b) o objetivo das entrevistas, que compreenderiam suas percepções sobre a forma de funcionamento do CEAE e seus possíveis parceiros na prevenção ao HPV; principais problemas vivenciados, desafios e consequências do serviço prestado pelo Centro; bem como suas sugestões para o controle da doença.

Procurou-se esclarecer aos participantes que todas as informações possuíam caráter confidencial, ficando garantido o total sigilo institucional, sendo reservada tanto a identificação do (a) entrevistado (a), como toda e qualquer informação que o (a) mesmo (a) desejar excluir. Os mesmos foram esclarecidos que o tempo previsto para a realização da entrevista seria de 30 minutos, e que existiam riscos envolvidos na pesquisa, que estão relacionados ao desconforto e a inibição em prestar as informações solicitadas, bem como ao constrangimento devido à natureza do tema. Neste caso, o/a participante poderia se abster de

responder quaisquer perguntas do questionário que lhes causesse constrangimento ou mesmo desistir da pesquisa a qualquer momento, sem a necessidade de explicar o motivo.

Em um segundo momento, após a realização das entrevistas junto ao Gestores/profissionais, foi realizado o convite às mulheres com HPV, que aguardavam a consulta médica para participarem da pesquisa, para isso, foi utilizado o Termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 4), onde foram esclarecidos para as participantes os procedimentos da pesquisa: a) uso de entrevistas semiestruturadas gravadas e transcritas.

Quanto ao o objetivo das entrevistas, as mulheres foram esclarecidas que, inicialmente seria delineado o seu perfil pessoal, familiar, de natureza socioeconômica, bem como os fatores inerentes à doença, em termos de conhecimento, motivos, problemas e consequências da doença; além da morfologia das redes sociais utilizadas pelas mesmas a partir do diagnóstico, verificando-se qual das redes foi mais efetiva, sua densidade, custo e contribuições.

As participantes foram informadas que todas as informações possuíam caráter confidencial, ficando garantido, a todas que colaborassem com o estudo, o total sigilo institucional; isto é, fica reservada tanto a identificação da entrevistada, como toda e qualquer informação que a mesma desejasse excluir.

O tempo previsto para a realização da entrevista também as foi informado, que seria de 30 minutos, bem como aos riscos envolvidos nessa pesquisa, que estão relacionados ao desconforto e a inibição em prestar as informações solicitadas, bem como ao constrangimento devido à natureza do tema. Neste caso, a participante poderia se abster de responder quais quer perguntas do questionário que lhe cause constrangimento ou mesmo desistir da pesquisa a qualquer momento, sem a necessidade de explicar o motivo.

1.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAPTISTA, T.W.F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: CCAPS, 2011. p. 138-172. Disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 01 de janeiro 2019.

BRASIL, **PORTARIA/SAS/MS Nº 408, DE 30 DE JULHO DE 1999**. Disponível em: <http://bibliofarma.com/portaria-no-3040-de-21-de-junho-de-1998/>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2019.

BRASIL. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero- Relatório Final**. 1999. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_14.pdf. Acesso em: 10 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE- DATASUS. **Informações de saúde (TABNET)**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2019.

BUSS, M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 5, n.1, p.163-177, 2000.

Camargo, B. V. e Justo, A. M. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. **Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição, Universidade Federal de Santa Catarina**. 2013b. Disponível em: <http://www.Iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 23 de janeiro de 2019.

CAMPOS, G.W. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal privado para organizar o cuidado à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 12, Suppl, p. 1865-1874, 2007.

CÁRTER, BETTY & MCGOLDRICK, MONICA e col. As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma Estrutura para a Terapia Familiar. Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. 2 ed. Porto Alegre Artes Médicas, 1995.

CESTARI, W.; ELISA, M.; ZAGO, F.; MARCIA, M. A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 58, n. 2, p. 218-221, 2005.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de Políticas Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

COSTA, Sérgio da. **A espera por cirurgia no SUS: análise da percepção de usuários e gestores; redes sociais e processo decisório familiar**. 107f. 2012. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica). Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2012.

CRUZ, L.M.B.; LOUREIRO, R.P. A Comunicação na Abordagem Preventiva do Câncer do Colo do Útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 120-131, 2008.

CZERESNIA, D.F; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DESSEN, M.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia Teoria e Pesquisa**. v. 16, n. 3, p. 221-31, 2000.

FEIJÓ, M. R. Família e rede social. In: CERVENY, C. M. de O. **Família e... Narrativas, Gênero, Parentalidade, Irmãos, Filhos nos divórcios, Genealogia, História, Estrutura, Violência, Intervenção sistêmica, Rede social**. São Paulo. Casa do Psicólogo. cap. 11, p.234-255, 2014.

FEIJÓ, R.B.; SÁFADI, M.A. Imunizações: três séculos de uma história de sucessos e constantes desafios. **Jornal de Pediatria**. v. 82, n. 3. p. 1-3, 2006.

GOULART, Thaís Pereira. **Dimensões influenciadoras da não realização do exame preventivo do câncer do colo do útero**. 143f. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2014.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016 Incidência de Câncer no Brasil 2015**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2019.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero**. 2011. Disponível em:

http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.PDF Acesso em: 03 de janeiro de 2019.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Atlas On-line de mortalidade**. 2014. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>. Acesso em: 04 de janeiro de 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Controle do câncer do colo de útero**. Ações de controle: prevenção. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/prevencao. Acesso em: 18 de janeiro de 2019.

JUSSANI, N.C; SERAFIM, D.; MARCOM, S. S. Rede social durante a expansão da família. **Rev Bras Enferm.** v. 60, n. 2, p.184-189, 2007.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enferm.** v. 17, n. 4, p. 754-764, 2008.

Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS (Orgs.). **Pesquisa Social: teoria, método, criatividade**. 21ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; p. 9-29, 1994.

OPAS. **Controle integral do câncer do colo do útero**. Guia de práticas essenciais. Washington, DC, 2016.

OLIVEIRA, M.J.I.; SANTO, E.E. A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**. v. 2, n. 2, p.7-24, 2013. PORTUGAL, Silva. **Novas famílias, modos antigos, as redes sociais na produção de bem-estar**. 740f. 2006. Tese (Doutorado em sociologia). Universidade de Coimbra, Portugal, 2006.

PORTUGAL, S. Quem tem amigos tem saúde: o papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde. **In: SIMPÓSIO FAMÍLIA, REDES SOCIAIS E SAÚDE**, 2005, Hamburgo. Anais... Hamburgo: Instituto de Sociologia da Universidade de Hamburgo, 2005.

REIS, Regina Sá. A influência dos determinantes sociais na saúde da criança. **Revista Libertas**. n. 1, v. 1, p. 25-49, 2006.

RUA, M.G. **Políticas Públicas**. Florianópolis, CAPES, 2009. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-R&as_sdt=0%2C5&q=Rua+2009&btnG. Acesso em: 07 de janeiro de 2019.

SLUZKI, C. (1997). **A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TRIOLA, M., F. **Introdução à Estatística**. 11ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

2.1 ARTIGO 1: REDES SOCIAIS: UMA METANÁLISE DA SUA INFLUÊNCIA NA REALIDADE DAS MULHERES COM HPV

Resumo: O estudo objetivou examinar as Redes Sociais e sua influência na realidade das mulheres com HPV por meio da metanálise. Metodologicamente, o estudo foi sistematizado e conduzido a partir das recomendações propostas no guia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), tendo como foco a análise da produção científica sobre as redes de apoio na realidade das mulheres com HPV. Quanto à análise dos dados textuais foi feito uso do *software* Iramuteq. Os resultados evidenciaram a existência de 11 artigos e 2 dissertações, que permitiram estabelecer uma associação entre redes sociais/ apoio e HPV/ câncer de colo de útero. No que se refere aos anos das publicações, estes variaram entre 2005 e 2017, sendo que os anos com maior publicação foram 2012, 2015, 2017 e 2014, correspondendo à 61,5 % de todos os estudos selecionados, sendo os autores preferencialmente do sexo feminino. Após a realização da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), pelo *software* Iramuteq, obteve-se um aproveitamento de 80,8% do texto, que correspondeu a 152 Segmentos de Texto (STs). Os resultados apontam para a necessidade de atuação dos gestores de saúde, na perspectiva de monitoramento e avaliação da atenção básica, visando uma melhor qualidade dos serviços prestados à população, em termos da sua relação com as ações de prevenção ao HPV. Considerando que o processo saúde-doença possui uma dimensão individual e coletiva, não se restringindo a um aspecto meramente biológico, mas que também inclui fatores culturais, ambientais, subjetivos, coletivos e socioeconômicos, é importante ressaltar que os indivíduos e grupos da sociedade são submetidos a fatores de proteção e de risco de forma diferenciada, tendo em vista a presença da desigualdade na produção e no acesso de recursos sociais, como determinantes nesse processo.

Palavras-chave: Saúde Feminina, HPV, Redes Sociais.

Abstract: The aim of this study was to examine the social networks and their influence on the reality of women with HPV through meta - analysis. Methodologically, the study was systematized and conducted based on the recommendations proposed in the guide Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyzes (PRISMA), focusing on the analysis of the scientific production on support networks in the reality of women with HPV. As for the analysis of textual data, Iramuteq software was used. The results evidenced the existence of 11 articles and 2 dissertations, which allowed to establish an association between social networks / support and HPV / cervical cancer. In terms of publication years, these ranged between 2005 and 2017, with the highest publication years being 2012, 2015, 2017 and 2014, corresponding to 61.5% of all selected studies, with the authors being preferably of the sex female. After performing the Descending Hierarchical Classification (CHD), Iramuteq software obtained 80.8% of the text, which corresponded to 152 Text Segments (STs). The results point to the need for action by health managers, in the perspective of monitoring and evaluation of basic care, aiming at a better quality of services provided to the population, in

terms of its relation with actions to prevent HPV. Considering that the health-disease process has an individual and collective dimension, not restricted to a merely biological aspect, but also includes cultural, environmental, subjective, collective and socioeconomic factors, it is important to emphasize that individuals and groups of society are submitted to protection and risk factors in a differentiated way, considering the presence of inequality in production and access to social resources, as determinants in this process.

Key words: Women's Health, HPV, Social Networks.

1 Contextualização, problematização e justificativa

A rede social se refere a um conjunto de instrumentos sociais, correspondendo às pessoas, seus papéis e ocupações, bem como aos episódios que se encontram extremamente vinculados em um determinado contexto. Esses instrumentos sociais podem possibilitar o suporte às famílias, que pode ser emocional ou mesmo instrumental àqueles que se referenciam nas mais diversas situações de dificuldades.

Segundo Dessen (2000), as redes sociais podem ser formadas pelos integrantes da própria família, podendo também contemplar as pessoas da vizinhança, amigos, cônjuges, além de profissionais das mais diversas áreas de atuação. Para a referida autora, esse amplo leque de possibilidades de apoio social poderá ajudar nas mais diferentes necessidades e momentos de dificuldades do indivíduo, seja realizando funções domésticas, cuidado dos filhos, ou mesmo dispensando apoio emocional, informações e orientações necessárias a cada momento. A forma como são oferecidos e recebidos os diversos modos de apoio social são de enorme relevância para a preservação da saúde mental e física do indivíduo, para o confronto de crises e momentos de dificuldades. Sendo assim, se pode considerar que o apoio social minimiza a possibilidade de incidência de comportamentos disfuncionais muito relacionados à repressão no âmbito das mais variadas famílias de diversas classes sociais.

O apoio instrumental está vinculado ao campo do auxílio, com recursos financeiros e/ou materiais, apoio no compartilhamento de compromissos, bem como pode estar vinculado ao suporte informacional e de orientação oferecido à pessoa em questão. Já o apoio emocional diz respeito ao conjunto de sentimentos em relação ao indivíduo, como afeição, empatia, solidariedade, identidade, afinidade e sentimentos relacionados à inclusão em um determinado grupo (DESSEN, 2000).

Essa vivência encontra-se dentro de um contexto histórico e cultural que construirá as identidades. As redes sociais são mutáveis e podem se reorganizar continuamente no decorrer da vida das pessoas, através da relação e convívio com outros indivíduos, que podem ser

denominados como co-construtores, pois compõem a identidade de cada ser humano. Possui, portanto, a função de auxiliar na ordenação dos sistemas, onde ocorrem a construção em nível pessoal, familiar, social, em grupos e em comunidade. Ela pode ser uma rede social pessoal, que é definida através de um composto de indivíduos, os quais se relacionam de modo regular, através de diálogos e outras formas de troca (SLUZKI, 1997).

De acordo com o referido autor, a rede relaciona a concepção sistêmica aplicada pela terapia familiar com as intercorrências do meio microsocial. Sendo assim, o aspecto relevante para as pessoas não está vinculado somente à família nuclear ou extensa, mas abarca todos os relacionamentos interpessoais dos seres humanos.

Conforme Sluzki (1997), é de fundamental importância diferenciar a micro-rede social pessoal da rede macro. A micro-rede pessoal é conjunto de todas as relações interpessoais que são importantes para a cada pessoa; isto é, compreende a rede denominada de nicho pessoal, que se faz como um dos elementos fundamentais da experiência individual de reconhecimento próprio, comportamentos de cuidado de saúde e possibilidade de transposição de um momento de dificuldade ou estresse. Já a rede “macro” abarca a comunidade e a sociedade na qual o indivíduo está inserido.

Para Feijó (2014, p. 236), “a rede é móvel, complexa e interligada. É praticamente impossível delimitar uma rede, estamos sempre tratando de uma micro-rede, que é parte de uma rede maior e que se liga a várias outras redes”. Sendo assim, considera-se que os diversos modelos de rede também são ferramentas fundamentais para desenvolver práticas educativas e comunitárias, que seriam denominadas de “redes de redes”.

Especificamente, no caso da saúde, observa-se que diante dos diversos eventos denominados como crises ou problemas que podem ocorrer no âmbito da família, está o aparecimento de doenças que vêm ganhando destaque nas agendas de saúde pública, quais sejam as doenças sexualmente transmissíveis, em especial o HPV (Vírus Papiloma Humano). Como afirma Feijó, “algumas crises ou questões são mais difíceis de superação, como, por exemplo, doenças graves, o abuso de substâncias químicas e a violência” (FEIJÓ, 2014, p. 248).

Nesse contexto, a proposta de pesquisa priorizou a definição do atual *status* da temática em questão, em especial, a influência das redes de apoio na realidade das mulheres com HPV, baseando-se em evidências. Para Thomas (2007), a evidência é a informação que sustenta ou refuta uma afirmação. Ou seja, como destaca Oliveira (2014), as evidências referem-se a conclusões baseadas em resultados de estudo científicos, sendo necessário

costurá-las para que a apresentação seja de maneira convincente, acima de qualquer dúvida razoável.

Para Thomas (2007), os critérios para se avaliar as evidências são a relevância, a suficiência e a veracidade. A relevância estabelece que a informação se constitui em favor (ou contra) alguma proposição. A suficiência denota corroborar outros exemplos do mesmo, ou de outros tipos de evidências, considerando o contexto social. A veracidade estabelece que o processo de coleta de evidências tenha sido livre de distorções e, até onde for possível, não contaminado por interesses estabelecidos. A noção prática de evidências se concentra na comparação sistemática de estudos de pesquisa para uso por parte de profissionais e formuladores de políticas.

Desse modo, a revisão sistemática apresenta-se como um:

método básico para gerenciar o conhecimento na abordagem do movimento pelas evidências. Isso porque elas sintetizam as conclusões de muitas pesquisas diferentes, de uma forma que é explícita, transparente, replicável, responsável e (potencialmente) atualizável (OAKLEY, 2000, p. 3).

As recomendações advindas das conclusões das evidências retratam desfechos positivos ou negativos, que podem ilustrar a efetividade de uma intervenção no campo pretendido (MCQUEEN; ANDERSON, 2007).

No que se refere ao objetivo do presente artigo, que busca analisar as Redes Sociais através de uma Metanálise e a sua Influência na Realidade das Mulheres com HPV, Jussani et al. (2007, p.285) afirmam que a presença de uma rede social pessoal forte, sensível, ativa e confiável possui a potencialidade de resguardar o indivíduo no seu cotidiano, já que “atua como agente de ajuda e encaminhamento, interfere na construção e manutenção da autoestima, acelera os processos de cura e recuperação da saúde, aumenta a sobrevida, enfim, é geradora de saúde tanto nos aspectos físicos como nos psicológicos e afetivo-emocionais” .

2 Metodologia

De acordo com Luiz (2002), a metanálise tem a proposta de extrair informações adicionadas de dados preexistentes através da junção dos resultados de vários trabalhos, utilizando a aplicação de uma ou mais análises estatísticas. Trata-se de uma pesquisa quantitativa que permite combinar os resultados de estudos realizados de forma independente

e sintetizar as suas conclusões, podendo também construir uma nova conclusão acerca de determinada problemática.

Uma das vantagens da meta análise é elevar a objetividade das revisões de literatura, diminuindo possíveis vieses e elevando a quantidade de estudos analisados. A metanálise é utilizada como sendo uma síntese de pesquisa, revisão de pesquisa ou revisão sistemática (FILHO et al., 2014). Na visão de Luiz (2002, p. 409):

A meta-análise se oferece como um método ou mesmo um paradigma, a partir do qual o pesquisador adota um novo enfoque ao reunir resultados e conclusões alheias. Ela se distingue da usual revisão bibliográfica, comum na atividade científica, porque nela as técnicas quantitativas assumem lugar de destaque.

Na pesquisa metanalítica, cada estudo é considerado como sendo um caso específico, de modo que a totalidade de trabalhos sobre um determinado problema de pesquisa configura a população de interesse (FILHO et al., 2014).

Nesse sentido, este estudo foi sistematizado e conduzido a partir das recomendações propostas no guia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), tendo como foco a análise da produção científica sobre as redes de apoio na realidade das mulheres com HPV. Para melhor visualização e interpretação, segue a apresentação esquemática do PRISMA, no Quadro 1, em seu tópico específico dos “métodos”.

Quadro 1 - Métodos para Revisão Sistemática e Metanálise (PRISMA).

TÓPICOS	ITEM DO CHECKLIST
MÉTODOS	
Critério de elegibilidade	<u>Critérios de inclusão:</u> -Não será realizada restrição quanto ao idioma dos estudos; -Metodologia claramente definida e textos disponíveis na íntegra que incluam artigos, dissertações e teses; - Estudos que permitem estabelecer uma associação entre redes sociais/ apoio e HPV/ câncer de colo de útero. <u>Critérios de Exclusão:</u> - Estudos que não permitem estabelecer uma associação entre redes sociais/ apoio e HPV/ câncer de colo de útero. - Duplicatas. -Estudos não disponíveis na íntegra para a leitura.
Fontes de informação	Principais bases de dados, registros publicados no período de 1998 à 2018.
Busca	- Busca bibliográfica dos estudos publicados nos bancos de dados Google Acadêmico, Scielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BDTD (Biblioteca Digital de Teses e Dissertações) -Descritores: “Redes Sociais” AND “HPV”, “Redes Sociais” AND “Câncer de Colo de Útero”, “Redes de Apoio” AND “HPV”, “Redes de Apoio” AND “Câncer de Colo de Útero”, “Apoio” AND “Câncer de Colo de Útero” -Período da busca: 18/06/2018 à 28/06/2018.
Seleção dos estudos	- Triagem dos artigos por meio de leitura de título e resumo (quando disponível) e pela leitura do texto completo (etapa de confirmação). - Descritores incluídos no Google Acadêmico, Scielo, Lilacs e BDTD, serão utilizados o operador booleano “and”. - Guiada pelos critérios de elegibilidade.
Processo de coleta de dados	- Buscar evidências disponíveis nas principais bases de dados; - Elaborar a estratégia de busca utilizando vocabulário controlado e vocabulário livre, juntamente com os operadores booleanos para as combinações entre os termos.
Itens de dados	- Base de dados, Periódico, Área de avaliação CAPES, Qualis Capes, Título do registro, Autores, Sexo do primeiro autor, Área de Conhecimento, Área de Publicação, Ano e Dados do Estudo como; objetivo, cenário, população, percurso metodológico e conclusões.

Indicadores de Análise	-Nós ⁵ -Laços ⁶ -Conteúdo ⁷
Risco de viés em cada estudo	Viés de seleção. Foi realizada uma avaliação crítica do rigor metodológico dos estudos, onde foi avaliado o delineamento de cada pesquisa, sua condução e resultados encontrados.
Medidas de sumarização	-Em estudo de meta análise. - Análise e síntese dos resultados, por meio de uma análise textual com base nos resumos e conclusões dos estudos, sendo ela; a análise lexicográfica clássica – que identifica a quantidade de palavras, frequência média, pesquisa do vocabulário, reduzindo as palavras com base em suas raízes (formas reduzidas), caracterizando as formas ativas e suplementares, bem como foi feito o dendograma com a nuvem de palavras – que agrupou as palavras, organizando-as graficamente em função da sua frequência e a análise de similitude através do software IRaMuTeQ.
Síntese de resultados	- Foi apresentada uma tabela com características dos dados relevantes dos estudos incluídos, bem como o fluxo de seleção dos artigos; além de avaliar o viés da publicação da revisão sistemática, se aplicável.

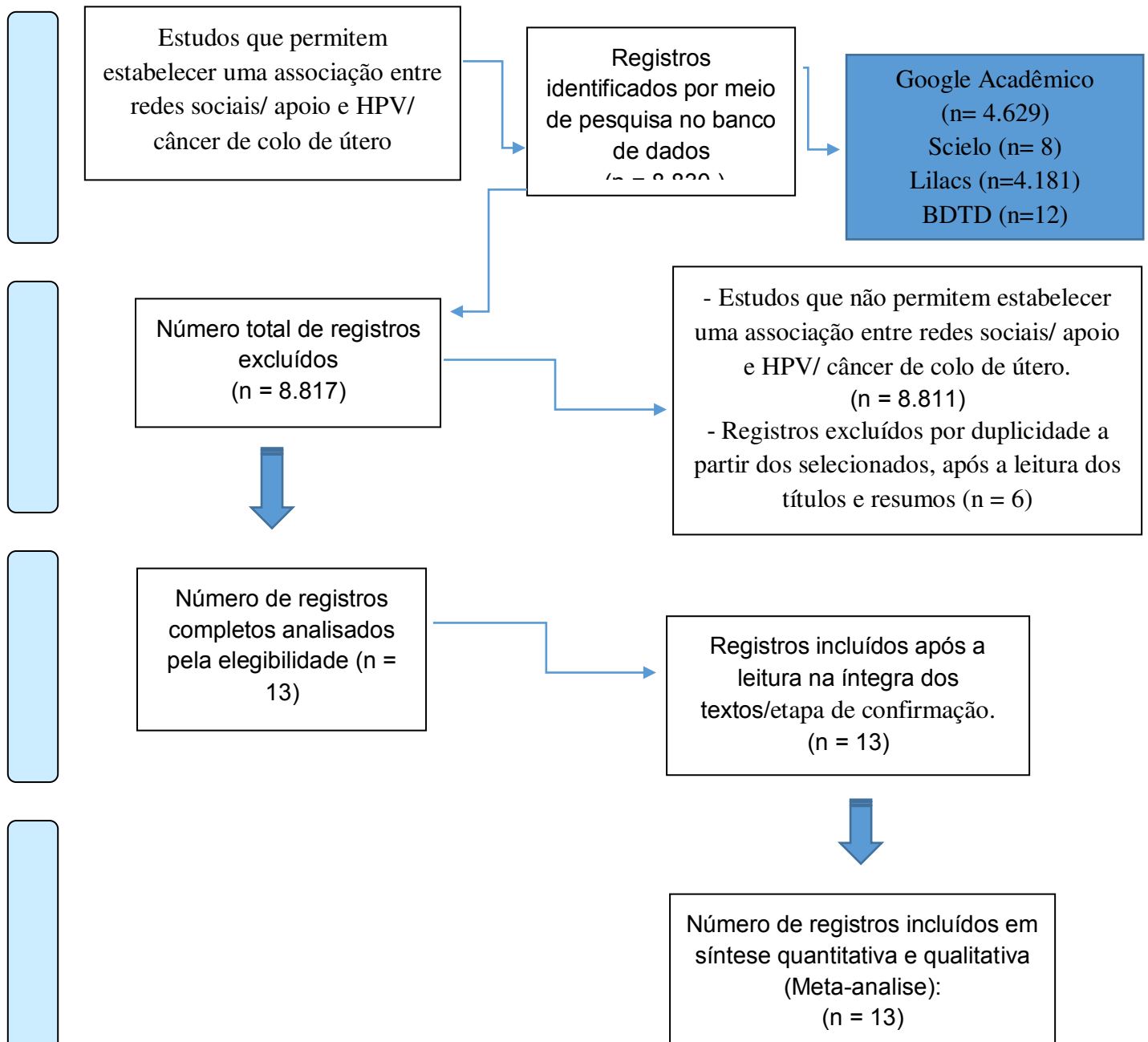
⁵ Portugal (2016) aponta que as redes sociais são constituídas por **nós**, que são elementos da rede ou os membros do sistema social, podendo ser formados por parentes, amigos, vizinhos, colegas e outros.

⁶ Já os **laços** representam as ligações entre os nós da rede, que podem ser de parentesco ou não, positivos ou negativos, fortes ou fracos, passivos ou ativos. (PORTUGUAL,2016).

⁷ No que se refere ao **conteúdo** esse pode ser instrumental como doação, empréstimo, serviços, bens e cuidados ou expressivo abarcando o apoio emocional e o afeto.

Metodologicamente, conforme o Quadro 2, a seguir apresentado, procurou-se dividir a pesquisa em etapas, considerando: a identificação, seleção, elegibilidade e inclusão.

Quadro 2 - Procedimentos Metodológicos da Metaanálise.



Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

3 Resultados e discussão

A partir da busca realizada nos bancos de dados referenciados nos procedimentos metodológicos, foram selecionados 11 artigos e 2 dissertações que permitiram estabelecer uma associação entre redes sociais/ apoio e HPV/ câncer de colo de útero. Com o objetivo de facilitar a visualização dos resultados, cada artigo recebeu um código que variou de Art.1 à Art. 11, e as dissertações Dissert. 12 à Dissert. 13, em ordem crescente dos números. O Quadro 3, a seguir, mostra os resultados encontrados na busca, no que concerne os códigos, título, ano de publicação, o primeiro autor e o sexo.

Quadro 3 - Informações preliminares sobre os estudos selecionados.

Regis- tros	Título	Primeiro Autor/ Ano	Sexo
Art. 1	Aspectos psicológicos dos pacientes com câncer de colo de útero, relacionado à prática radioterápica	Mendes (2012)	Feminino
Art. 2	Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer cervical na ótica das mulheres atendidas no Inca	Range (2015)	Feminino
Art. 3	El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix	Gómez (2015)	Feminino
Art. 4	Living with cervical carcinoma in situ: experiences of women seen at a hospital in risaralda, colombia, 2016. Qualitative study	Giraldo (2017)	Feminino
Art. 5	Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio	Barros e Lopes (2007)	Feminino
Art. 6	Mulheres portadoras de câncer de colo de útero: percepção da assistência de enfermagem	Salimena (2014)	Feminino
Art. 7	Processo saúde doença das mulheres com câncer cérvico uterino nas redes de atenção	Moraes (2016)	Feminino
Art. 8	Radioterapia: percepção de mulheres com câncer cérvico-uterino	Almeida (2008)	Feminino
Art. 9	Vivência das mulheres diagnosticadas com câncer de colo	Silva (2017)	Feminino

	de útero submetidas a tratamento cirúrgico		
Art. 10	Vivências de mulheres face ao diagnóstico de câncer cérvico-uterino: revisão integrativa da literatura	Silva (2014)	Feminino
Art. 11	Vivências e práticas de cuidado de mulheres em processo de tratamento de câncer	Oliveira (2015)	Feminino
Dissert 12	Mulheres com câncer invasivo do colo do útero: estratégias de enfrentamento	Barros (2005)	Feminino
Dissert 13	Itinerários terapêuticos de mulheres portadoras de câncer ginecológico a partir do seu diagnóstico	Tomáz (2009)	Feminino

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

No que se refere aos títulos dos artigos, pode-se considerar que todos trazem o termo “câncer” e apenas o Art. 3 traz o termo “apoio social” em seu título, apesar de que todos os estudos trabalham com a concepção de redes sociais/apoio em seu conteúdo.

No que se refere aos anos das publicações, estes variam entre 2005 e 2017, sendo que os anos que tiveram os maiores percentuais de publicação se referem aos anos de 2012, 2015, 2017 e 2014, correspondendo a 61,52 % de todos os estudos selecionados. No que se refere ao sexo dos primeiros autores, 100% deles eram do sexo feminino.

Já no Quadro 4 são apresentados os registros, através dos seus respectivos códigos, o periódico/área de conhecimento, no máximo os cinco melhores Qualis Capes. Os artigos foram classificados no quadriênio 2013-2016 e em qual estudo o artigo ou dissertação foi citado.

Quadro 4 - Avaliação Qualis Capes dos artigos analisados.

Registros	Periódico/ Área do Programa	Área de Avaliação Capes	Qualis Capes	Citado por:
-----------	-----------------------------	-------------------------	--------------	-------------

Art. 1	Psicologia Revista	Psicologia História Interdisciplinar Linguística e Literatura Saúde Coletiva	B2 B3 B3 B4 B4	Art. 6
Art. 2	Saúde Debate	Administração pública e de empresas, ciências contábeis e turismo Arquitetura, Urbanismo e Design Educação Ensino Educação Física	A2 A2 A2 A1 A2	
Art. 3	Avances en Enfermería	Enfermagem Educação Interdisciplinar Psicologia Saúde Coletiva	B2 B2 B2 B2 B2	Art. 4
Art. 4	Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología	Saúde Coletiva	B3	
Art. 5	Revista Brasileira de Enfermagem REBEn	Enfermagem Interdisciplinar Medicina II	A2 B1 B3	
Art. 6	Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro	Enfermagem Interdisciplinar Odontologia Saúde Coletiva Medicina II	B2 B4 B4 B4 B5	
Art. 7	Revista da Universidade Vale do Rio Verde	Linguística e Literatura Planejamento Urbano e Regional / Demografia Ensino Administração pública e de empresas, ciências contábeis e turismo Ciências Ambientais	B1 B2 B2 B3 B3	
Art. 8	Revista Brasileira de Enfermagem REBEn	Enfermagem Interdisciplinar Medicina II	A2 B1 B3	Art. 1

Art. 9	Revista de enfermagem UFPE on line	Enfermagem Educação História Psicologia Ciências da Religião e Teologia	B2 B3 B3 B3 B3	
Art. 10	Revista Pleiade	Não Possui	Não Possui	
Art. 11	Ciência e Saúde Coletiva	Administração pública e de empresas, ciências contábeis e turismo Arquitetura, Urbanismo e Design Ciências Ambientais Direito Enfermagem	A2 A2 B1 B1 B1	
Dissertação 12	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia Saúde e Gestão do Trabalho Universidade do Vale do Itajaí			
Dissertação 13	Saúde e Gestão do Trabalho Universidade do Vale do Itajaí			

Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

A partir da análise do quadro acima é possível observar que os artigos 1, 3 e 8 foram utilizados como referencial teórico por pelo menos um dos outros autores examinados da metanálise. No que se refere à área de avaliação da Capes, as três áreas mais utilizadas foram: a Enfermagem utilizada pelos artigos: Art. 3, Art. 5, Art. 6, Art. 9, Art. 9 e Art. 11; Saúde Coletiva para avaliação dos artigos: Art. 1, Art. 3, Art. 4 e Art. 6; já a Interdisciplinar foi utilizada pelos artigos; Art. 1, Art. 3, Art. 5, Art. 6 e Art. 8.

O único artigo que não houve classificação Qualis Capes foi o Art. 10, da Revista Pleiade.

4 Análise textual

Para Renata (2016), a Classificação Hierárquica Descendente (CDH), além de possibilitar uma análise léxica do texto, indica contextos ou classes caracterizadas por palavras específicas e pelos segmentos de texto que compartilham essas palavras. Assim, esses segmentos são dispostos em função dos seus respectivos vocabulários e o conjunto deles é repartido em função da frequência das formas reduzidas.

Portanto, cada classe é composta por vários segmentos de texto com classificação de acordo com a distribuição do vocabulário destes. Dessa forma, as classes geradas a partir da CHD representam o contexto de sentido das palavras e podem apontar representações sociais ou elementos de representação social do objeto em estudo (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O conteúdo do *corpus* compreende o posicionamento dos 13 textos referentes aos resumos e conclusões de cada um dos trabalhos acadêmicos (dissertação e artigos) analisados.

Após a realização da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) pelo *software* Iramuteq, obteve-se um aproveitamento de 80,8% do texto, que correspondeu a 152 Segmentos de Texto (STs), sendo número de ocorrências equivalente a 6.784 e número de forma a 1.667. O *corpus* foi dividido em 5 classes, conforme a Figura 1.

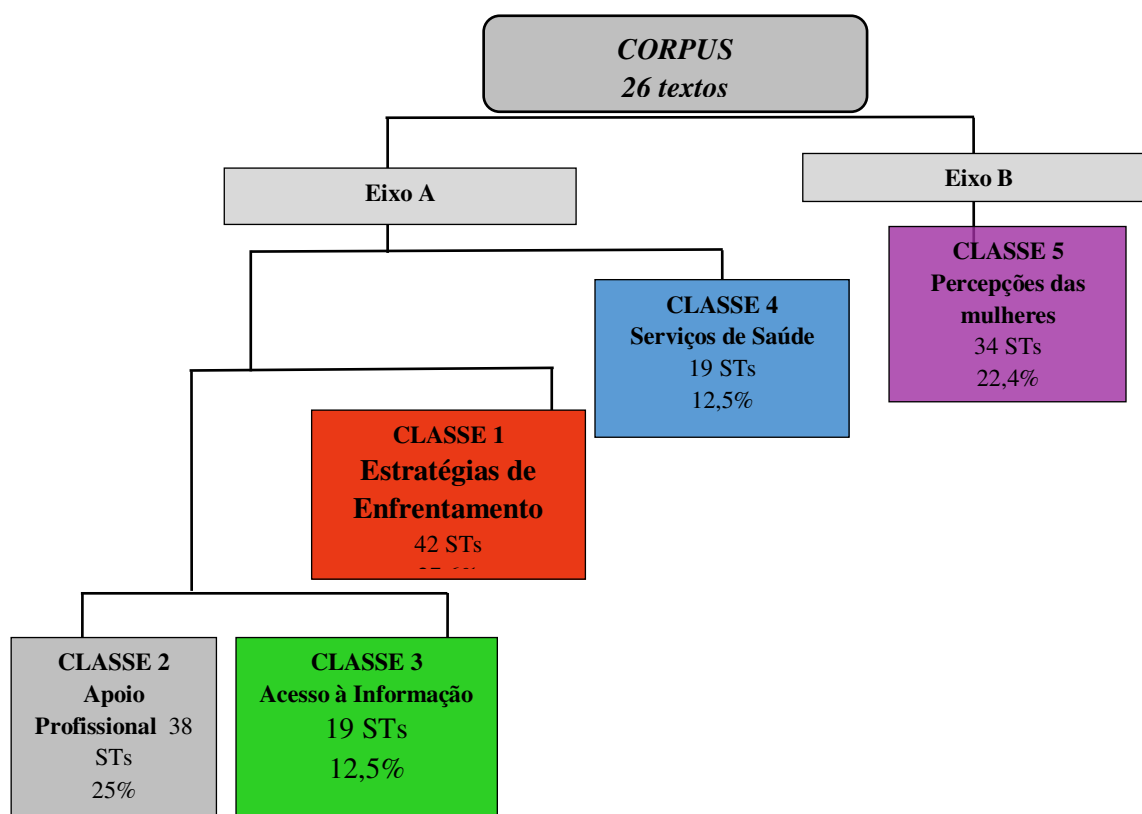


Figura 1 - Dendrograma Classificação Hierárquica Descendente (CDH) sobre Pesquisas realizadas com foco nas Redes Sociais e com relação com HPV.

Fonte: Elaboração dos autores com base nos relatórios do *software* Iramuteq, 2018.

De acordo com a Figura 1, num primeiro momento (1ª partição), o programa separou o *corpus* em dois eixos A e B. No eixo A, o conjunto é formado pelas classes 4 e 1; já no eixo B permaneceu a classe 5. Posteriormente, em uma 2ª partição do eixo A, esse conjunto gerou as classes 2 e 3.

4.1 Eixo A: Organização das políticas de saúde

4.1.1 Serviços de saúde e estratégias de enfrentamento

Serviços de Saúde

A Classe 4, nominada “Serviços de saúde”, correspondeu a 12,5 % do texto aproveitado na CHD, com 19 STs. As palavras apresentadas na Figura 2 referem-se àquelas de destaque nos STs dessa Classe.



Figura 2 - Ranking das palavras mais evocadas na Classe 4.

Fonte: Elaboração dos autores com base nos relatórios do *software* Iramuteq, 2018.

Nesta classe, as palavras mais relevantes foram: serviço, saúde, acesso e qualidade, as quais foram contextualizadas pelos seguintes STs dos estudos:

[...] nesse **sentido considero importante destacar** que **acesso e a qualidade** dos **serviços de saúde oferecidos** pela rede **pública, bem** como o preparo **profissional** são **aspectos** que em muito **influenciam** na **decisão** da usuária **buscar a assistência** (STs do artigo “Itinerários terapêuticos de mulheres portadoras de câncer ginecológico a partir do seu diagnóstico”, de autoria de TOMÁZ, V. A (2009)).

[...] os resultados do estudo sugerem a importância de pensar e avaliar a organização dos **serviços** e das **práticas de saúde**, com vistas a um **atendimento** integral e de **qualidade**, a partir de **relações** que possibilitem a **busca**, o **acesso** e a continuidade do **cuidado** (**STs do artigo** “Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer cervical na ótica das mulheres atendidas no Inca”, de autoria de RANGE, G. (2015)).

Aguilar e Soares (2015) ressaltam a necessidade de atuação dos gestores de saúde, na perspectiva de monitoramento e avaliação da atenção básica, visando a uma melhor qualidade dos serviços prestados à população, principalmente, no que tange à sua relação com as ações de prevenção ao HPV.

Sendo assim, são fundamentais ações que visem o fortalecimento e qualificação das ações de prevenção e promoção da saúde na estratégia de saúde da família, em busca da construção de uma agenda integrada e participativa, com o objetivo de fomentar a atuação das mulheres na prevenção do câncer do colo do útero. Ou seja, é de fundamental importância que os serviços de saúde nos vários níveis de atendimento mas, principalmente no que tange as ações de prevenção e promoção à saúde, em especial à vacinação contra o HPV, que priorizem a disseminação de informações e a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Esses elementos devem ser concretizados através de ações intersetoriais, por meio de um sistema público de saúde de qualidade e universal, com pleno acesso da população a informações qualificadas e adaptadas às diferentes culturas de cada território (AGUILAR; SOARES, 2015).

Estratégias de Enfrentamento

A Classe 1, intitulada “Estratégias de enfrentamento”, que correspondou a 27,6,% do texto aproveitado na CHD, com 42 STs, teve como palavras de destaque, conforme Figura 3, as seguintes: construção, amigo, doença, estratégia e enfrentamento.



Figura 3 - Ranking das palavras mais evocadas na Classe 1.

Fonte: Elaboração dos autores com base nos relatórios do *software* Iramuteq, 2018.

Nesta classe, as palavras mais relevantes foram contextualizadas pelos seguintes STs dos estudos:

[...] o apoio social proporcionado pelo pessoal de saúde, família, vizinhos e amigos emergiu como uma importante estratégia de enfrentamento durante o curso da doença” (STs do artigo “El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix”, de autoria de MARÍA, M. (2012)).

[...] com isso, a depender do contexto em que a mulher se encontrava inserida a definição de **estratégias de enfrentamento** sofrem influências dos **familiares**, da religião, dos **amigos**, passando a ser consideradas **como** resultados **positivos** ou **negativos**, na **forma** de **lidar** com o câncer (STs do artigo “Mulheres com câncer invasivo do colo do útero: estratégias de enfrentamento”, de autoria de BARROS, D.O.S. (2005)).

[...] a presença de sentimentos, **como medo**, ansiedade e **angústia** e que, com o **apoio** da **família**, **amigos**, profissionais da saúde e religião, as pacientes conseguiram **enfrentar** esses sentimentos **negativos**, **aceitando** a **doença** e o tratamento de uma **forma** menos drástica e dolorosa” (STs do artigo “Vivência das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero submetidas a tratamento cirúrgico”, de autoria de SILVIA, R.T. (2017)).

4.1.2 Tipos de apoio e informação

Os tipos de apoio e informação foram identificados nas Classes 2, denominada “Apoio Profissional” e na Classe 3 “Acesso à Informação”. Na Classe 2, “Apoio Profissional”, que correspondeu a 25% do texto aproveitado na CHD, com 38 STs, cujas palavras, apresentadas na Figura 4, referem-se às palavras de destaque nos STs dessa Classe.



Figura 4 - Ranking das palavras mais evocadas na Classe 2.

Fonte: Elaboração dos autores com base nos relatórios do *software* Iramuteq, 2018.

Nesta classe, as palavras mais relevantes foram importância, comunicação, necessário e paciente, as quais foram contextualizadas pelos seguintes STs dos estudos:

[...] inserção de um **profissional especializado** na **equipe**, que **ofereça suporte** psicológico e tratamento **diferenciado** para cada etapa do processo de enfrentamento do câncer, desde o **momento** do **recebimento** do diagnóstico até a **decisão** quais **decisões conjuntas** serão **tomadas** visando à superação de qualquer adversidade que possa **surgir** em **decorrência** da doença” (STs do artigo “Mulheres com câncer invasivo do colo do útero: estratégias de enfrentamento”, de autoria de DEJEANE, O.S.B. (2005)).

[...] do ponto de vista da saúde sexual é **necessário** trabalhar no desenvolvimento de **estratégias de comunicação** e informação coerentes com as necessidades de indivíduos e grupos, a fim de promover uma melhor compreensão do câncer do colo de útero, sua prevenção e detecção (STs do artigo “Living with cervical carcinoma in situ: experiences of women seen at a hospital in risaralda, Colombia, 2016. Qualitative study”, de autoria de GIRALDO-CANO, S. (2017)).

A Classe 3 foi denominada de “Acesso à Informação”, correspondendo a 12,5% do texto, aproveitado na CHD, com 19 STs, sendo que as de maior destaque referem-se à autocuidado, abrangente e envolvimento, apresentadas na Figura 5.



Figura 5 - Ranking das palavras mais evocadas na Classe 3.

Fonte: Elaboração dos autores com base nos relatórios do software Iramuteq, 2018.

Nesta classe, as palavras mais relevantes encontram-se contextualizadas pelos seguintes STs dos estudos:

[...] **levando** se em conta que a informação é **tão importante** para os pacientes, o **peçoal** de saúde deve assegurar que ela seja fornecida de **maneira abrangente** em linguagem clara e compreensível e, ao **mesmo** tempo, verificar o significado que os pacientes atribuem às suas explicações (**STs do artigo** “El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cervix”, de autoria de MARÍA, M. (2012)).

[...] é imperativo trabalhar no sentido de capacitar as mulheres para que elas possam exercer autonomia em **relação** à sua vida **sexual** e reprodutiva e assumir responsabilidade **peçoal**, incluindo **autocuidado** em **relação** ao HPV (**STs do artigo** “Living with cervical carcinoma in situ: experiences of women seen at a hospital in Risaralda, Colombia, 2016. Qualitative study”, de autoria de GIRALDO-CANO, S. (2017)).

Considerando, como espósto por Souza e Silva (2013), que o processo saúde-doença possui uma dimensão individual e coletiva, não se restringindo a um aspecto meramente biológico, mas que também inclui fatores culturais, ambientais, subjetivos, coletivos e socioeconômicos, é importante ressaltar que os indivíduos e grupos da sociedade são submetidos a fatores de proteção e de risco de forma diferenciada, tendo em vista que se faz presente uma desigualdade na produção e no acesso de recursos sociais como determinantes nesse processo.

4.2 Eixo B: Percepções das mulheres

Na Classe 5, denominada “Percepções das mulheres”, que correspondeu a 22,4% do texto aproveitado na CHD, com 34 STs, as palavras apresentadas na Figura 6 referem-se àquelas de maior destaque nos STs dessa Classe.



Figura 6 - Ranking das palavras mais evocadas na Classe 5.

Fonte: Elaboração dos autores com base nos relatórios do software Iramuteq, 2018.

Nesta classe, as palavras mais relevantes foram experiência, conhecer, mulher, descritivo e percepção, as quais foram contextualizadas pelos seguintes STs dos estudos:

[...] **investigação** de caráter **qualitativo**, cujo **referencial** foi o da psiconcologia, que teve como **objetivo analisar** a **percepção** da **mulher**, que tem o **diagnóstico** de **câncer invasivo** do **colo** de **útero**, **descrever** o significado do suporte familiar para que essa enfrente a doença (**STs do artigo** “Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio” de autoria de BARROS, D.O; LOPES, R.L.M. (2007)).

[...] **conhecer** como as **mulheres diagnosticadas** com **câncer** de **colo** de **útero** (CCU) **vivenciam** o **diagnóstico**, **tratamento cirúrgico** e seu **retorno** às **atividades diárias** Método **estudo descritivo** de **abordagem qualitativa** desenvolvido por **meio** de **entrevista** semiestruturada (**STs do artigo** “Vivência das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero submetidas a tratamento cirúrgico”, de autoria de SILVA, J.R.T. (2017)).

Os estudos acerca da percepção feminina sobre a doença são de fundamental relevância, uma vez que, conforme Dually et al. (2007), faz-se relevante a educação permanente em saúde, atividades educativas junto às mulheres, parcerias entre os serviços de saúde e universidades e/ou escolas e/ou organizações, que lidem com essa temática e que possam promover a atenção para a prevenção do câncer cérvico-uterino. Os autores ressaltam, ainda, que o governo deve priorizar campanhas de esclarecimento acerca desse câncer,

sobretudo, na mídia televisiva, que abrangeria igualmente os cônjuges, que nem sempre compreendem a necessidade dessa prevenção.

5 Conclusão

Os resultados permitem concluir que todos os estudos em seu conteúdo trabalham com a concepção de redes sociais/apoio. No que se refere aos anos das publicações, estes variaram entre 2005 a 2017, sendo que os anos que tiveram os maiores percentuais de publicação se referem a 2012, 2015, 2017 e 2014, correspondendo a 61,5 % de todos os estudos selecionados. No que se refere ao sexo dos primeiros autores, 100% deles eram do sexo feminino e, quanto à área de avaliação Capes, as três áreas mais utilizadas foram: a Enfermagem, a Saúde Coletiva e a Interdisciplinar.

Após a realização da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) pelo *software* Iramuteq, as classes com maior peso na literatura revisada foram as classes 1 (27,6%) e 2 (25%), referentes a estratégias de enfrentamento e apoio profissional, respectivamente. Na Classe 1, as palavras mais relevantes foram construção, amigo, doença, estratégia e enfrentamento; enquanto, na Classe 2, as palavras mais evocadas foram importância, comunicação, necessário e paciente. Em seguida, destacou-se a importância da classe 5, correspondente à Percepção das Mulheres (22,4%), sendo que as palavras mais relevantes foram: experiência, conhecer, mulher, descritivo e percepção.

Considera-se que, os resultados da pesquisa apontam para a necessidade de atuação dos gestores de saúde na perspectiva de monitoramento e avaliação da atenção básica, visando uma melhor qualidade dos serviços prestados à população, principalmente no que tange à sua relação com as ações de prevenção ao HPV. Sendo assim, são fundamentais ações que visem o fortalecimento e a qualificação das ações de prevenção e promoção da saúde na estratégia de saúde da família, em busca da construção de uma agenda integrada e participativa, com o objetivo de fomentar a atuação das mulheres na prevenção do câncer do colo do útero, considerando suas percepções, estratégias de enfrentamento, apoio profissional e demais redes sociais.

Considerando que o processo saúde-doença possui uma dimensão individual e coletiva, não se restringindo a um aspecto meramente biológico, mas que também inclui fatores culturais, ambientais, subjetivos, coletivos e socioeconômicos, é importante ressaltar sobre a necessidade de que os indivíduos e grupos da sociedade sejam submetidos a fatores de proteção e de risco, de forma diferenciada, tendo em vista que se faz presente uma

desigualdade na produção e no acesso de recursos sociais, como determinantes nesse processo.

6 Referências

AGUILAR, P.R.; SOARES, A.D. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. **Physis**, v.25, n. 2, p. 359-79, 2015.

ALMEIDA, L.H.R.B.; PEREIRA, Y.B.A.S.; OLIVEIRA, T.A. Radioterapia: percepção de mulheres com câncer cérvico-uterino. **Rev Bras Enferm.** v.61,n.4, p.482-487, 2008.

BARROS, D. O; LOPES, R. L. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. **Rev Bras Enferm.** v.60, n.3, p.295-298, 2007.

BRASIL. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero- Relatório Final, 1999.

Dualy L M, Batista F L R, Jorge M S B, et al. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Cienc Saude Colet**, v.12, n.3, p.733-742, 2007.

COOPER, H. **Research synthesis and meta-analysis: A step-by-step approach**. 3. ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2010.

GÓMEZ, M.M.G.; GÓMEZ, M.I. El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. **Av Enferm.** v.30, n.1, p. 32-34, 2012

CANO-GIRALDO, S; CARO-DELGADILLO, F.V; LAFAURIE-VILLAMIL, M.M.; Living with cervical carcinoma in situ: experiences of women seen at a hospital in risaralda, colombia, 2016. Qualitative study. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.** v. 68, n. 2, p.112-119, 2017.

LUIZ, A. Meta-análise: Definição, aplicações e sinergia com dados espaciais. **Cadernos de Ciência & Tecnologia**, v. 19, n. 3, p. 407-428, 2002.

MENDES, C.B.; NUNES, C.R. Aspectos psicológicos dos pacientes com câncer de colo relacionado à prática radioterápica. **Psicol. rev.** v.21, n.1, p.59-76, 2012.

MCQUEEN, D.V.; ANDERSON, L.M. Lo que cuenta como evidencia: temas y debates. In: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Evaluación de la promoción de la salud: principios y perspectivas Metodologías para la promoción de la salud**. Washington, D.C: OPS, 2007.

MORAES, M.A.A.; SALEH, A.K.; MARTINS, A.C.P.; SILVA, C.P.; DOURADO, F.S.; SILVA, L.M. Processo saúde doença das mulheres com câncer cérvico uterino nas redes de atenção. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, v. 14, n. 1, p. 355-365, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Controle integral do câncer do colo do útero**. Guia de práticas essenciais. Washington, DC: OPAS, 2016.

OLIVEIRA, D. S. B. **Mulheres com câncer invasivo do colo do útero: estratégias de enfrentamento**. 2005

OLIVEIRA, J.B.A. Educação baseada em evidências. In: OLIVEIRA, J.B.A (org). **Educação baseada em evidências**. Brasília: Instituto Alfa e Beto. 2014. p. 10-30.

OLIVEIRA, P.E.; GUIMARÃES, S.M.F. Vivências e práticas de cuidado de mulheres em processo de tratamento de câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.7, p-2211-2220, 2015.

RANGEL, G.; LIMA, L.D.; VARGAS, E.P. Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer cervical na ótica das mulheres atendidas no Inca. **Saúde debate**. v. 39, n.107, p-1065-1078, 2015.

SANTOS, C.M.C.; PIMENTA, C.A.M.; NOBRE, M.R.C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 15, n. 3, p. 508-11, 2007.

SALIMENA, A.M.O; OLIVEIRA, M.T.L.; PAIVA, A.C.P.C; MELO, M.C.S.C. Mulheres portadoras de câncer de colo de útero: percepção da assistência de enfermagem. **R. EnfermCent O Min**. v.2, n.1, p.909-920, 2014.

SILVA, M.S.; FRANÇA, A.F.O; CARDOSO, L.L.; CARVALHO, F.F.; SILVA, R.M.M. Vivências de mulheres face ao diagnóstico de CâncerCervico-Uterino: Revisão Integrativa da Literatura. **Rev Pleidade**. v. 28, n.8, p-16-25, 2017.

SILVA, J.R.T.; ASCARI, T.M.; KLEIN, M.L.; ASCARI, R.A. Vivência das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero submetidas a tratamento cirúrgico. **Rev. enferm. UFPE on line**. v.11, n.8, p.3258-3268, 2017.

SOUZA, D. O.; SILVA, S.E.V.; SILVA, N.O. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde Soc**, São Paulo. V.22, n.1, p.44-56, 2013.

THOMAS, G.; PRING, R. Introdução: evidências e práticas. In: THOMAS, G.; PRING, R. **Educação baseada em evidências**: a utilização de achados científicos para a qualificação da prática pedagógica. Porto Alegre: ArtMed, 2007. 244p.

TOMÁZ. V. A. **Itinerários terapêuticos de mulheres portadoras de câncer ginecológico a partir do seu diagnóstico**. 121f. 2009. Dissertação de Mestrado. Universidade Vale do Itajaí, GO, 2009.

URRÚTIA, G.; BONFILL, X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. **Med Clin**, v.135, n.11, p.507-511, 2010.

2.2 ARTIGO 2: AS PERCEPÇÕES DO PÚBLICO GESTOR E PROFISSIONAIS DO CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADO DE VIÇOSA/MG SOBRE O FUNCIONAMENTO DAS POLÍTICAS E PROGRAMAS DE PREVENÇÃO AO HPV

Resumo: O estudo buscou examinar as percepções do público gestor do programa sobre o funcionamento das políticas e programas de prevenção ao HPV, principais problemas enfrentados, contribuições e sugestões de melhora. Para tanto, a pesquisa, de natureza qualitativa, fez uso de entrevistas semiestruturadas junto a assistente social, enfermeira e coordenadora do CEAE, público que acolhe e orienta as mulheres com HPV, após o atendimento médico. Os dados foram analisados textualmente através do *software* Iramuteq, especificamente, a Classificação Hierárquica Descendente (CDH) e a nuvem de palavras. Os resultados evidenciaram que houve um aproveitamento de 74,19% do texto, que correspondeu a 46 Segmentos de Texto (STs). Na percepção dos executores do Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE), de Viçosa, MG, os fatores mais relevantes, no funcionamento do programa estão associados às causas da doença (classe 2) e às consequências do serviço prestado pelo CEAE (classe 3), ambos com 21,7% de poder explicativo. Conclui-se sobre a necessidade de organização do programa em termos de limitações sobre o acesso a uma prevenção e promoção da saúde, diagnóstico precoce e tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno, visando a redução dos índices de óbitos por câncer de colo do útero.

Palavras-Chaves: políticas, HPV, percepções.

Abstract: The aim of this study was to examine the perceptions of the program management public about the functioning of HPV prevention policies and programs, main problems faced, contributions and suggestions for improvement. To that end, the qualitative research used semi-structured interviews with the social worker, nurse and coordinator of CEAE, a public that welcomes and guides women with HPV, after medical attention. The data were analyzed textually through the Iramuteq software, specifically the Descending Hierarchical Classification (CDH) and the word cloud. The results showed that there was a use of 74.19% of the text, which corresponded to 46 Text Segments (STs). In the perception of the executors of the State Center for Specialized Care (CEAE), in Viçosa, MG, the most relevant factors in the operation of the program are associated to the causes of the disease (class 2) and to the consequences of the service provided by CEAE (class 3), both with 21.7% of explanatory power. It is concluded that there is a need to organize the program in terms of limitations on access to prevention and health promotion, early diagnosis and appropriate, qualified and timely treatment, aiming at reducing the rates of deaths from cervical cancer.

Key words: policies, HPV, perceptions.

1 Introdução

A gestão de serviços de saúde constitui uma prática administrativa que tem a finalidade de otimizar o funcionamento das organizações, de forma a obter o máximo de eficiência (relação entre produtos e recursos empregados), eficácia (atingir os objetivos

estabelecidos) e efetividade (resolver os problemas identificados). Nesse processo o gestor utiliza conhecimentos, técnicas e procedimentos que lhe permitem conduzir o funcionamento dos serviços na direção dos objetivos definidos (TANAKA, 2012).

Para o autor, a gestão de serviços de saúde é uma prática administrativa complexa em função da amplitude desse campo e da necessidade de conciliar interesses individuais, corporativos e coletivos nem sempre convergentes. Nesse contexto, a formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde, em especial, aquelas inerentes à prevenção ao HPV, possuem características específicas em termos de funcionamento, que dependem das percepções do público executor.

Conforme Tanaka (2012), um obstáculo para uma utilização mais ampla da avaliação na tomada de decisão nos serviços de saúde tanto por parte dos gestores de saúde, quanto dos profissionais que atuam na área, é que a sua implementação requer recursos e tempo, o que dificulta a sua utilização para problemas que necessitem de soluções imediatas. Nessas situações, que são frequentes quando se trata da saúde de pessoas e da população, somente a existência de um conhecimento acumulado, decorrente de avaliações passadas ou previamente planejadas, pode contribuir para a tomada de decisão.

Além disso, a complexidade do campo de atuação, caracterizado por múltiplos fatores que condicionam a saúde e a doença, faz com que a sua construção e desenho das políticas/programas sejam revestidos de características, percepções e múltiplas decisões, que devem se pautar condizentes com a realidade e os resultados esperados na saúde da população.

Especificamente, com respeito às mulheres acometidas do HPV, estas, além da doença, apresentam instabilidade emocional, sentimentos de culpa e problemas nos relacionamentos sociais, familiares, sobretudo, nos conjugais, levando, muitas vezes, à separação do casal. Sendo assim, os profissionais de saúde devem atentar para o fato de que a família é vista como um sistema, que interage com os seus membros e com o meio externo propondo soluções que considerem os problemas e as demandas dos membros familiares, implantando soluções e acompanhando, o que representa um grande desafio desses profissionais (DIOGENES et al., 2006).

Nesse contexto, o objetivo desse artigo envolve compreender as percepções do público gestor e profissionais que atuam no Centro Estadual de Atenção Especializada de Viçosa/MG sobre o funcionamento das políticas e programas de prevenção ao HPV.

2 Metodologia

2.1 Local do Estudo

A pesquisa de campo foi realizada no município de Viçosa-MG, no Centro Estadual de Atenção Especializado (CEAE), anteriormente conhecido como Centro Hiperdia Minas e Centro Viva Vida. Atualmente existem 28 Centros Estaduais de Atenção Especializada em Minas Gerais que atendem uma população de 7,3 milhões de pessoas em 428 municípios. Eles ofertam serviços de acompanhamento e atenção ambulatorial às gestantes e crianças de alto risco, mulheres em tratamento de cânceres de mama e de colo uterino e usuários com hipertensão, diabetes e doença renal crônica de alto e muito alto grau de risco, com vista a reduzir complicações e mortalidade.

O Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) é um serviço de saúde de média complexidade (níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico), resultado de uma parceria entre o Governo de Minas, representado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/MG) e a Prefeitura de Viçosa. O atendimento da unidade é regional, uma vez que Viçosa é sede da microrregional de saúde, composta por outros nove municípios: Araponga, Cajuri, Canaã, Paula Cândido, Pedra do Anta, Porto Firme, São Miguel do Anta, Teixeira e Viçosa, que juntos possuem um total de 131.544 habitantes.

Atualmente, a Atenção Especializada (AE) de média complexidade do município de Viçosa conta com uma equipe multiprofissional (assistente social, nutricionista, enfermeira, psicóloga, fisioterapia, educadora física e farmacêutica). Para que o usuário seja encaminhado para o CEAE, ele deve procurar o PSF do seu bairro, que seguirá os critérios específicos e realizará o encaminhamento para o atendimento requisitado. Sendo assim, a pesquisa de campo foi realizada no ambulatório de ginecologia, cujo critério de atendimento foi a disponibilidade de mulheres que apresentavam Lesões Intra-epiteliais de Alto Grau/Neoplasia Intraepitelial, graus II ou III (NIC II ou III), que são as verdadeiras lesões precursoras do câncer do colo do útero.

2.2 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa referem-se ao público gestor/profissionais do Centro Estadual de Atenção Especializado/CEAE, que foram entrevistados, visando compreender suas representações sobre a forma de funcionamento das políticas e programas de prevenção ao

HPV, principais problemas, desafios, contribuições e sugestões para melhorias. Cabe ressaltar que foram entrevistadas a assistente social, a enfermeira e a coordenadora do CEAE. A escolha por esses profissionais ocorreu por serem aqueles que necessariamente acolhem e orientam as mulheres com HPV após o atendimento médico.

Não foi possível realizar a entrevista junto à médica ginecologista do CEAE, bem como com a gestora devido à incompatibilidade e acessibilidade para participação na pesquisa. Essas entrevistas foram realizadas durante todo o mês de outubro de 2018, de forma individual, no próprio Centro Estadual de Atenção Especializado, nas datas e horários previamente agendados com as entrevistadas, de acordo com a disponibilidade e conveniência dos participantes. O tempo de duração das entrevistas variou entre 15 minutos a 20 minutos, de acordo com a disponibilidade e motivação dos respondentes. Após a coleta dos dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora.

2.3 Procedimentos de Análise de Dados

Baseando-se em Camargo e Justo (2013), a análise dos dados foi de forma textual, por meio do *software* Iramuteq, que oferece um conjunto de tratamentos e ferramentas de análises estatísticas, que apontam o posicionamento, a estruturação e as relações de palavras no texto, sempre auxiliado por imagens e permitindo resultados, com dados de relações intratextos e entre as variáveis dos participantes.

Segundo os autores, a análise textual é um tipo específico de análise de dados, na qual se trabalha o material verbal transcrito; isto é, os textos ou as falas dos entrevistados. Ou seja, essa análise tem várias finalidades, sendo possível analisar textos, entrevistas, documentos, redações, dentre outros. A partir da análise textual é possível descrever um material produzido individual ou coletivamente, como também pode-se utilizar a análise textual com a finalidade relacional, comparando produções diferentes em função de variáveis específicas que descrevem quem produziu o texto.

Desse modo, para compor a análise deste estudo, as 3 entrevistas foram organizadas em um único *corpus*, que foi submetido a uma Classificação Hierárquica Descendente (CDH) simples, bem como à nuvem de palavras, que agrupou as palavras, organizando-as graficamente em função da sua frequência.

3 Resultados e discussão

O conteúdo do corpus compreendeu posicionamentos das 3 entrevistas com os profissionais/gestores do CEAE, nas quais foram caracterizadas suas representações sobre a forma de funcionamento das políticas e programas de prevenção ao HPV, principais problemas, desafios, contribuições e sugestões para melhorias. A Classificação Hierárquica Descendente (CHD), pelo *software* Iramuteq, obteve um aproveitamento de 74,19% do texto, que correspondeu a 46 Segmentos de Texto (STs), 535 formas, 2165 ocorrências e 5 classes.

Num primeiro momento (1ª partição), o programa separou o *corpus* em dois eixos A e B. No eixo A o conjunto foi formado pelas classes 4, 3, 2 e 1; enquanto no eixo B, permaneceu a classe 5.

Posteriormente, em uma 2ª partição do eixo A, foram geradas as classes 4 e 3, além das classes 1 e 2 agrupadas, conforme a Figura 7, abaixo detalhada.

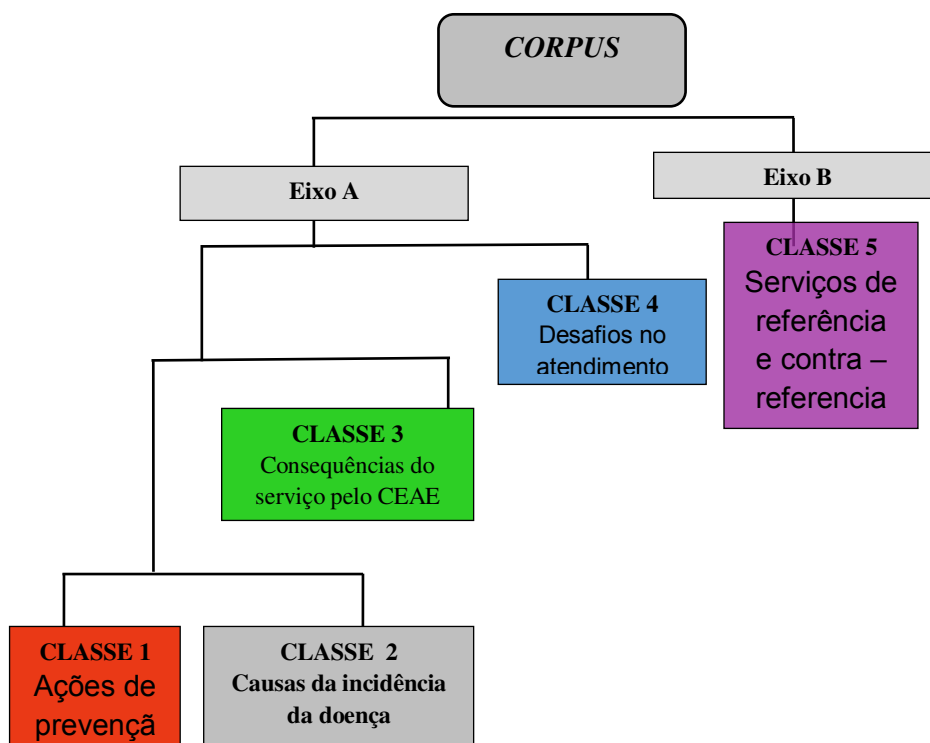


Figura 7 - Corpus- Classificação Hierárquica Descendente (CHD), sobre as percepções do público gestor/profissionais, CEAE, Viçosa/MG.

Fonte: Elaboração dos Autores (2018), com base nas análises do software Iramuteq.

3.1 Eixo A: As percepções sobre políticas e programas relacionados ao HPV

O eixo A agrupou as classes 4, 3, 1, 2 que se encontram relacionadas entre si, pois possuem temas vinculados às percepções do público gestor e profissionais do CEAE sobre as políticas e programas relacionados ao HPV, como: os desafios no atendimento, as consequências do serviço oferecido pelo CEAE, o funcionamento das ações de prevenção, bem como as causas da incidência da doença. Em seguida, dentro de cada classe encontram-se destacados o número de segmentos de textos analisados e o seu percentual de aproveitamento bem como as palavras que sobressaíram em ordem hierárquica descendente a partir da análise do programa dos segmentos de textos, conforme a Figura 8.

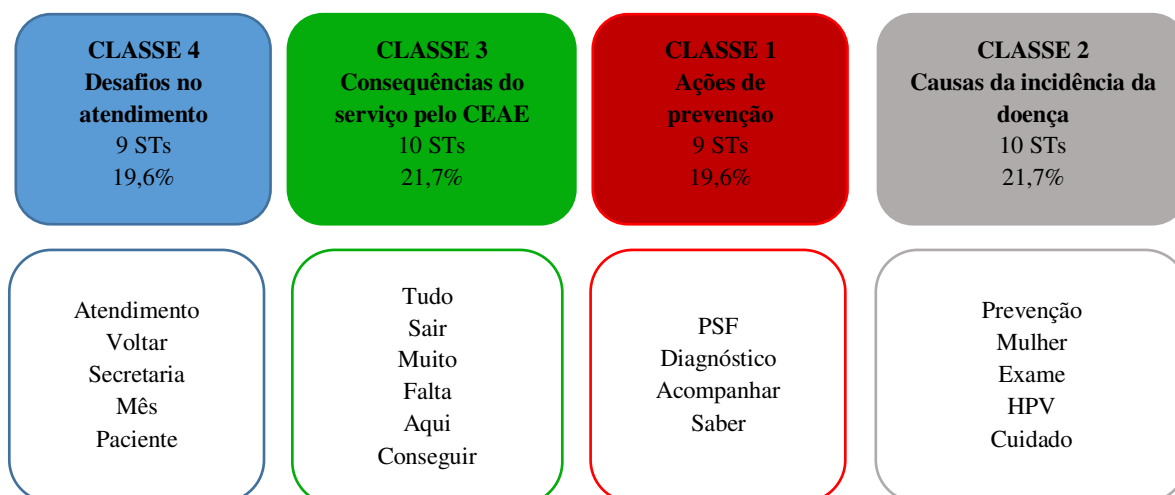


Figura 8 - Palavras de destaque segundo as classes temáticas 4, 3, 1 e 2.

Fonte: Elaboração dos Autores (2018).

Cada classe foi discutida separadamente, de forma a apresentar a discussão das palavras mais relevantes, seu contexto com a literatura, além de identificar os trechos de segmentos de textos/STs das entrevistas, que corroboram a denominação da classe.

3.1.1 Classe 4: “Desafios no atendimento”

A classe 4, denominada “Desafios no atendimento”, correspondeu a 19,6% do texto aproveitado na CHD, com 9 STs, sendo que as palavras mais relevantes, citadas pelos

entrevistados foram: atendimento, voltar, secretaria, mês e paciente, as quais foram contextualizadas pelos seguintes STs das entrevistas:

“[...] tem que ser definido cota para **até** certo tipo de **atendimento**, de ter prioridade porque às vezes **acaba** aquela cota, aí tem que aguardar **até** o próximo **mês** pra liberar um exame e **acaba** jogando pra frente um exame pra ter um diagnóstico” (**profissional 3**).

“[...] ela vai com o encaminhamento na **secretaria** e fica **meses** às vezes lá, o procedimento pra poder ir para o órgão que vai fazer o órgão, que vai autorizar a fazer o procedimento” (**profissional 1**).

“[...] apesar de que os **CAF** que a gente manda para o hospital **até** que o acesso é bem rápido, mas porque sai daqui porque se agente envia para o PSF, nó demora demais, demora demais” (**profissional 3**).

De acordo com Justo et al. (2017), as barreiras existentes durante o processo de busca e utilização dos serviços de saúde geram, em todo mundo, oportunidades diferenciadas para a obtenção do cuidado entre os grupos sociais, caracterizando um quadro de injustiça social. No Brasil, as iniciativas de organização do acesso e do acolhimento trouxeram avanços que tendem a diminuir os obstáculos e facilitar o uso dos serviços pelo usuário.

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, estrutura a Atenção Primária à Saúde (APS) e se consolida, a partir de 1998, como uma importante estratégia - Estratégia de Saúde da Família (ESF) - para a reorganização do modelo assistencial, principalmente, pelo potencial para reduzir as desigualdades sociais existentes na utilização de serviços. Segundo os autores, alguns estudos apontam a existência de barreiras relacionadas ao modo de organização, como dificuldade de atendimento à demanda espontânea, horários de atendimento limitados, dificuldade durante a marcação de consultas, falta de organização da referência para serviços especializados, entre outros fatores não facilitadores da utilização dos serviços de saúde.

3.1.2 Classe 3: “Consequências do serviço pelo CEAE”

No que se refere à classe 3, delimitada pelo CHD, intitulada “Consequências do serviço pelo CEAE”, o seu poder de explicação foi equivalente a 21,7% do texto, com 10 STs, cujas palavras mais relevantes, citadas pelas entrevistadas, foram: tudo, sair, muito, falta, aqui e conseguir, as quais foram contextualizadas pelos seguintes STs das entrevistas:

“na verdade, elas ficam **muito** apegadas **aqui** mesmo, porque se precisa de encaminhamento de TFD⁸ para alguma coisa, **como sai daqui**, da médica, **tudo daqui** e da orientação da **enfermagem**, da **assistente social daqui**” (profissional 1).

“[...] e **falta** e a gente **consegue dar** apoio **aqui** à paciente ou a família que **vem** junto com o paciente consultar, mas **não** tem **como** a gente ficar direto com a família **lá** né” (profissional 1).

“[...] então o lugar que elas **vêm** procurar resposta é **aqui** porque a gente manda direto **daqui** pra **lá**, então, **como** o público é muitas das vezes humilde SUS, né, o pessoal **não** tem **muito** esclarecimento” (profissional 1).

É possível reconhecer, nas estratégias de melhoria de acesso e desenvolvimento de práticas integrais, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização, como práticas integrais (PINHEIRO, 2002). Segundo Franco et al. (1999), o acolhimento, enquanto diretriz operacional, propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde, de forma, que este seja organizado na perspectiva do usuário-centrado. Para tal fim, os autores partem dos seguintes princípios:

- a) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- b) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional - equipe de acolhimento - que se encarregaria da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
- c) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve-se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Os mesmos autores defendem o acolhimento, como dispositivo, para interrogar processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde, buscando a produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização (FRANCO et al., 1999).

Merhy (1994) propõe refletir como têm sido as práticas nos diferentes momentos de relação com os usuários. O autor afirma que uma das traduções de acolhimento é a relação

⁸ TFD: Tratamento Fora de Domicílio

humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários.

Em uma busca prévia pelos conceitos atribuídos aos termos *acolhimento* e *vínculo*, recorreu-se a alguns dicionários de língua portuguesa, a fim de verificar concordância, além de observar o nexo lexical.

No *Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa*, o termo *acolhimento* está relacionado ao "ato ou efeito de acolher; recepção, **atenção, consideração**, refúgio, **abrigo**, agasalho". E acolher significa: dar acolhida ou agasalho a; hospedar; **receber: atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração**; atender a". Já vínculo é "*tudo o que ata, liga* ou aperta; **ligação moral**; gravame, ônus, restrições; **relação**, subordinação; nexo, sentido".

No *Dicionário Houaiss*, o termo *acolhimento* não existe, porém *acolher* significa "*oferecer ou obter refúgio, proteção ou conforto físico. Ter ou receber (alguém) junto a si. Receber, admitir, aceitar. Dar crédito, levar em consideração*". Já vínculo é definido como "*aquilo que ata, liga ou aperta: que estabelece um relacionamento lógico ou de dependência, que impõe uma restrição ou condição*".

É interessante notar que os sentidos atribuídos às palavras não se correlacionam diretamente às questões de saúde, mas podemos identificar alguns de seus significados, como: "**atenção, consideração, abrigo, receber, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração, oferecer refúgio, proteção ou conforto físico, ter ou receber alguém junto a si**", que são atributos de atenção integral à saúde; enfim, da integralidade.

Os valores implícitos nessas palavras permitem realizar diferentes aproximações com as distintas produções sobre o tema, em particular com os documentos institucionais, como aqueles produzidos pelo Ministério da Saúde, que descrevem os objetivos do PSF, destacando: a definição de responsabilidades entre serviços e população, a **Humanização** das práticas da saúde, o estabelecimento de um **vínculo** entre profissionais de saúde e a população, o estímulo à organização da comunidade para o exercício do controle social e o reconhecimento da saúde como direito de cidadania (BRASIL, 1997).

De acordo com Gomes e Pinheiro (2005), existe uma vasta produção acerca da categoria vínculo no âmbito da psicologia (psicologia social e comunitária); porém, optou-se por uma releitura no campo da política e gestão, na qual verifica-se escassez quanto ao protagonismo dos gestores na responsabilização da interação entre os sujeitos, na organização das práticas de cuidado. Assim, para melhor entender os nexos constituintes entre as idéias

sobre vínculo no contexto da saúde, recorreu-se às contribuições de Victora et al. (2000), segundo as quais o estudo do conjunto específico de vínculos entre um conjunto específico de pessoas pode ser usado para interpretar o comportamento social das pessoas envolvidas. A esse conjunto dá-se o nome de **rede de relações sociais**. O entendimento de como elas se organizam, bem como os intercâmbios são realizados e as formas de troca socialmente aceitáveis ocorrem é importante para a compreensão da estrutura social na qual as redes se realizam.

3.1.3. Classe 1: “Ações de Prevenção”

A classe 1, intitulada “ Ações de Prevenção”, correspondeu a 19,6% do texto aproveitado na CHD, com 9 STs, cujas palavras de destaque nos STs se refere às ações de prevenção ao HPV, como: PSF, diagnóstico, acompanhar e saber, as quais foram contextualizadas pelos seguintes STs das entrevistas:

“[...] porque, como o CEAE é a saúde secundária, a hora que **chega aqui** já é mais pra um tratamento, já é um **diagnóstico** mais avançado, então **assim** é o **PSF** que deve fazer um trabalho mesmo preventivo” (**profissional 3**).

“[...] olha, **assim**, infelizmente, né, é deveria fazer um trabalho mais preventivo mesmo seria o **PSF**, né, estar trabalhando com essas famílias pra **não chegar** a esse ponto” (**profissional 3**).

Ao se analisar o conceito de promoção da saúde é possível perceber que este se refere a uma gama de valores que abarcam a qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. A promoção da saúde foi instituída através da Carta de Ottawa, concretizando-se na combinação das ações: do Estado, através da criação de políticas públicas saudáveis; da comunidade, com o reforço da ação comunitária e participação popular; de indivíduos, no desenvolvimento de habilidades pessoais; e do sistema de saúde, através da sua reorientação e formação de parcerias intersetoriais. Ou seja, trabalha-se, desta forma, com uma concepção de responsabilidade coletiva.

No que se refere às ações de promoção, essas buscam atuar diretamente nos determinantes sociais do processo saúde-doença, visando proporcionar qualidade de vida, sendo esses elementos fundamentais para a melhoria da saúde da população e o controle das doenças e seus agravos. O conceito de promoção da saúde é mais amplo que o da prevenção,

uma vez que trata de ações que não se restringem a uma doença específica; mas, diz respeito à elevação do nível de saúde e do bem-estar geral da população. As suas estratégias estão voltadas para a transformação das condições de vida e de trabalho que permeiam a base dos agravos de saúde, necessitando uma interlocução dos diversos setores das políticas públicas.

Sendo assim, tanto as ações de prevenção, como as de promoção da saúde são contempladas na Atenção Primária à Saúde (APS). Os cuidados primários de saúde são elementos fundamentais para que uma população alcance um nível de saúde que possibilite ter uma vida social e economicamente produtiva. Esse nível de atenção representa a porta de entrada para o contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde. A atenção primária à saúde deve ter em vista os principais problemas de saúde da comunidade, possibilitando os serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, de acordo com suas necessidades.

3.1.4. Classe 2: “Causas da Incidência da Doença”

A classe 2, denominada “Causas da Incidência da doença”, correspondeu a 21,7% do texto aproveitado na CHD, com 10 STs, sendo as palavras mais destacadas associadas à: prevenção, mulher, exame, HPV e cuidado, as quais foram contextualizadas pelo seguinte STs das entrevistas:

“[...] falta **mesmo**, do **cuidado mesmo**, **sabe**, **assim** as **mulheres** ainda não **sabem** a importância da **prevenção**, **acho** que falta muito a **prevenção**. O problema é **questão** de **exames**, geralmente, né, porque a gente pede o **exame**” (profissional 2).

Pode-se considerar que o fator determinante para que a infecção pelo HPV ainda seja um problema de saúde pública é a ausência de programas organizados e efetivos de acesso a uma prevenção e promoção da saúde, diagnóstico precoce e tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno. Ou seja, sem que ocorram essas ações, as previsões são de que os índices de óbitos por câncer do colo do útero sejam cada vez mais elevados (PINHEIRO; ARRUDA, 2018).

Para os autores, dentre as dificuldades identificadas para uma menor incidência do HPV estão: o desconhecimento da mulher sobre o câncer; o baixo nível de escolaridade e a falta de conhecimento sobre o próprio corpo; a vergonha e o medo de fazer o exame, que inclui o medo dos resultados; a falta de privacidade nos exames; a desumanização no

atendimento e a dessensibilização profissional para rotina de exames; além da baixa prioridade do profissional no atendimento integral das mulheres.

3.2 Eixo B: Serviços de referência e contra referência

O eixo B trouxe o foco nos serviços de referência e contra referência, o qual agrupa a Classe 5. Na Classe 5, que corresponde a 17,4% do texto aproveitado na CHD, com 8 STs, conforme a figura 9:

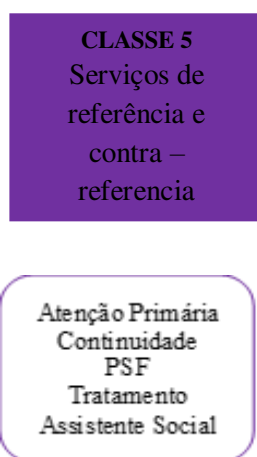


Figura 9 - Classe 5.

Fonte: Elaboração dos Autores (2018).

As palavras apresentadas de maior destaque foram: atenção primária, continuidade, PSF, tratamento e assistente social, as quais foram contextualizadas pelos seguintes STs das entrevistas:

“[...] então acho que tem o apoio **sim**, na verdade acho que falta na verdade o apoio **maior** da **atenção primária**, que **também** tem que **dar continuidade ao tratamento** porque eles que estão mais perto lá das famílias né” (**profissional 1**).

“[...] o **maior** problema, porque aqui a gente trata e às vezes não é nem pelo profissional que está lá na **atenção primária**, mas, as vezes, o **PSF** que tá lá não tem cobertura em x áreas” (**profissional 1**).

“[...] assim parceiro pra **dar** essa **continuidade** a gente **também** não tem essa resposta, se o **PSF** faz esse acompanhamento” (**profissional 3**).

A estruturação de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) tem sido a principal estratégia utilizada, nas últimas três décadas, em meio às reformas dos sistemas de saúde de quase todos os países latino-americanos, entre eles, o Brasil. Uma RISS representa a etapa final do processo de integração assistencial. Seus objetivos intermediários são o acesso, a coordenação clínica e a continuidade da assistência; enquanto, os objetivos finais são a equidade de acesso, a qualidade da assistência e eficiência. Neste sentido, as ditas reformas objetivaram melhorar o acesso, aperfeiçoar a coordenação e a Continuidade Assistencial (CA), além de aumentar a eficiência nos cuidados ofertados à população (MENDES, 2011, SHORTELL, 2000).

O conceito de CA tem sido definido de diversas formas na literatura científica, podendo envolver várias dimensões da rede assistencial. No entanto, ainda não há uma definição consensual entre os estudiosos do tema. Para a maioria dos autores, a CA está diretamente relacionada com a coordenação da atenção (busca pela integração entre os serviços), com a transferência da informação e com a relação interpessoal entre pacientes e cuidadores.

A 'continuidade de gestão' clínica se expressa em três dimensões: (a) a acessibilidade entre os níveis assistenciais, que se caracteriza pela oportunidade de transposição de nível, de acordo com a necessidade e no tempo oportuno; (b) a consistência do cuidado ou coerência da atenção, que é definida como a percepção, por parte dos pacientes, de que exista coerência nos objetivos e tratamentos realizados por diferentes serviços (provedores); e (c) a flexibilidade nos planos de cuidado, definida como a percepção do paciente de que sua atenção se adapta às mudanças de suas necessidades e circunstâncias.

A 'continuidade da informação' está subdividida em: (a) a transferência da informação, que é a percepção do usuário de que cada serviço (provedor) tem acesso à informação sobre a atenção prestada anteriormente e ao desenvolvimento de sua doença; e (b) o conhecimento acumulado, que está relacionado não só à percepção do paciente, mas também ao profissional que o atendeu - se este conhece seus valores e preferências, e se isto influencia no planejamento do tratamento mais apropriado.

E, finalmente, na 'continuidade de relação' existem duas subdivisões: (a) o vínculo entre o paciente e o serviço de saúde, que tem duração variável de acordo com o tipo de assistência demandada (episódio agudo ou enfermidade crônica de longa duração); e (b) a estabilidade e a consistência do profissional, que estão vinculadas à possibilidade de o paciente ser atendido pelos mesmos profissionais (provedores), caracterizando-se pela

responsabilidade e pela confiança entre usuário e equipe, ainda que não se estabeleçam relações em longo prazo.

A deficiência na contrarreferência de pacientes com câncer de colo do útero para o nível primário vem sendo justificada pela ausência de um banco de dados integrado, dentro das redes; pela falta de estrutura e preparo das unidades e dos médicos da AB para fazer o seguimento de mulheres com câncer; bem como, pela cultura assistencial do nível especializado, na qual os oncologistas acompanham e são responsáveis pelas pacientes do início do tratamento até a fase de remissão. Estes resultados são diferentes daqueles encontrados por outros estudos, nos quais os fatores preponderantes foram a "falta de tempo e demora na entrega dos resultados dos exames" (BRITO; OLIVEIRA; SILVA, 2012, p. 418).

Este fato pode evidenciar que algumas das dificuldades no sistema de referência e contrarreferência dos serviços de alta complexidade podem ser distintas daquelas existentes no tratamento para outras enfermidades, que exigem menor nível de complexidade nas redes. Entretanto, para que haja a percepção da continuidade do cuidado, é preciso que ocorra o funcionamento dos serviços em rede, com um sistema institucionalizado de referência e contrarreferência (JULIANI; CIAMPONE, 1999).

4 Conclusão

As percepções do público gestor e profissional do CEAE sobre o funcionamento do programa de prevenção do HPV são influenciadas, preferencialmente, pelas causas da incidência da doença, bem como, pelas consequências do serviço prestado pelo Centro, comsiderando suas limitações em termos do processo de prevenção.

Pode-se considerar que o fator determinante para que a infecção pelo HPV ainda seja um problema de saúde pública é a ausência de programas organizados e efetivos de acesso a uma prevenção e promoção da saúde, diagnóstico precoce e tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno. Ou seja, sem que ocorram essas ações, as previsões são de que os índices de óbitos por câncer de colo do útero sejam cada vez mais elevados.

5 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

BRITO, E. S. V.; OLIVEIRA, R. C.; SILVA, M. R. F. Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 12, n. 4, p. 413-423, dez. 2012.

BUSS, M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. **Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição, Universidade Federal de Santa Catarina**. 2013b. Disponível em: <http://www.Iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 23 de janeiro de 2019.

CRUZ, L.M.B.; LOUREIRO, R.P. A Comunicação na Abordagem Preventiva do Câncer do Colo do Útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 120-131, 2008.

DAMACENO, A.N.; BANDEIRA, D.; HODALI, N.; WEILLER, T.H. Acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev APS**. v. 19, n.1,p.122-138, 2016.

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.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.2, n.15, p.345-53, 1999.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**. v. 9, n.17, p.287-381, 2000.

JULIANI, C. M. C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do sistema único de saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 33, n. 4, p. 323-333, 1999.

JUSTO, C.M.; DUQUE, A.M.; LOPES, Q.S.; CARVALHO, E.S.; MORENO, A.C.C.; SILVA, R.S.; SANTOS, V.K.R.; BANDEIRA, G.F. Acessibilidade em Unidade Básica de Saúde: a visão dos usuários e profissionais. **Rev. Saúde Col**. v.17, n.1,p.17-24, 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde** 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2011.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

OLIVEIRA GKS, OLIVEIRA ER, ZARZAR CA, FERREIRA EB, MENEZES TMM. Evaluación de las estrategias de promoción a la salud de los adolescentes utilizadas por enfermeiros em las unidades de salud del municipio de Caruaru – PE. **Adolesc Saude**. v.10, n.4, p.7-16, 2013.

OPAS. **Controle integral do câncer do colo do útero**. Guia de práticas essenciais. Washington, DC: 2016.

PINHEIRO A.R.; ARRUDA, S.D. Barriers to pap smear: prospects for users and professionals of the Family Health Strategy in Vitória da Conquista-BA. **Physis**, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312015000200359&lng=en. Acesso em: 23 de janeiro de 2019.

PINHEIRO, R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências**. Brasília, 2002. p.15.

SHORTELL, S. M.; GILLIES, R. R.; ANDERSON, D. A.; ERIKSON, K. M.; MITCHELL, J. B. **Remaking Health Care in America: the evolution of organized delivery systems**. 2. ed. São Francisco: The Jossey-Bass Health Care, 2000.

TANAKA, O.; TAMAKI, E.M; O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Cien Saude Colet**. v.17, n.4, p.821-828, 2012.

VICTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

2.3 ARTIGO 3: O PERFIL PESSOAL E FAMILIAR DAS MULHERES ACOMETIDAS PELO HPV E OS FATORES INERENTES À DOENÇA

Resumo: O estudo buscou identificar o perfil pessoal e familiar das mulheres acometidas pelo HPV, bem como compreender os fatores inerentes à doença, em termos de conhecimento, motivos, problemas e consequências da doença. Metodologicamente, foi feito uso de entrevistas semiestruturadas, para caracterizar o perfil feminino, bem como examinar aspectos sobre a doença em si, na percepção das mulheres com HPV. Para análise dos dados quantitativos foi feito uso da estatística descritiva, por meio do software SPSS. No caso das informações qualitativas, utilizou-se a análise textual, através do software Iramuteq, especificamente a classificação hierárquica descendente (CHD). Os resultados evidenciaram que as mulheres eram principalmente pardas, católicas, “do lar”, casadas, com idade entre 30 e 39 anos, sendo o nível de escolaridade equivalente ao ensino médio completo, com renda variando de R\$0,00 até R\$ 1940,09. As famílias do tipo nuclear e no estágio de vida em formação possuíam renda média de R\$1940,09. Os dados específicos sobre a doença, examinados pela análise textual, revelaram que pode-se concluir sobre necessidade de investimentos em ações educativas, que tragam impacto sobre a mentalidade das usuárias e também dos profissionais de saúde, por meio da formação de grupos de autoajuda, onde as

mulheres possam expressar suas dúvidas, incertezas, encontrar conforto e apoio para enfrentar o HPV e suas sequelas.

Palavras-chaves: HPV, perfil, mulheres, fatores da doença.

Abstract: The study aimed to identify the personal and family profile of women affected by HPV, as well as to understand the factors inherent to the disease, in terms of knowledge, reasons, problems and consequences of the disease. Methodologically, semi-structured interviews were used to characterize the female profile, as well as to examine aspects of the disease itself in the perception of women with HPV. For the analysis of the quantitative data, descriptive statistics were made using the SPSS software. In the case of qualitative information, textual analysis was used, through the Iramuteq software, specifically the descending hierarchical classification (CHD). The results showed that the women were mainly brown, Catholic, "married", married, between the ages of 30 and 39, and the level of schooling was equivalent to a complete high school, with income varying from R \$ 0.00 to R \$ 1940 , 09. The families of the nuclear type and in the stage of life in formation had average income of R \$ 1940,09. The specific data on the disease, examined by the textual analysis, revealed that it is possible to conclude about the need for investments in educational actions that impact the mentality of users and also health professionals through the formation of self-help groups, where women can express their doubts, uncertainties, find comfort and support to face HPV and its sequels.

Key words: HPV, profile, women, disease factors.

1 Introdução

O câncer cérvico-uterino é considerado um problema de saúde pública devido à sua alta incidência e altas taxas de mortalidade. Apresenta, na maioria dos casos, evolução lenta e sua prevenção consiste em identificar o mais precocemente possível as lesões atípicas no epitélio do colo uterino, por meio de exames, como a inspeção visual com ácido acético (IVA), cervicografia e colposcopia, além da pesquisa de alterações celulares pelos métodos de Papanicolaou e de histopatologia, bem como métodos de biologia molecular, que identificam a presença de DNA viral nos tecidos (BEZERRA et al., 2005).

O câncer de colo uterino é o terceiro câncer de maior prevalência entre mulheres. Estatísticas referentes aos países em desenvolvimento mostram que 80% dos novos casos ocorrem nessas localidades. No Brasil, tal patologia fica em segundo lugar, só perdendo para o câncer de mama.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) reconhece o teste citológico de Papanicolaou como muito efetivo no diagnóstico precoce e na prevenção do câncer invasivo do colo do

útero. Porém, a incidência da doença mantém-se como uma das mais altas entre as neoplasias malignas que ocorrem em mulheres brasileiras. A finalidade dos testes clínicos é auxiliar o diagnóstico das doenças. No entanto, não existem testes perfeitos; ou seja, aqueles que com certeza absoluta determinam a presença ou ausência da doença. As taxas de mortalidade por câncer de colo uterino, mesmo após implantação do Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo de Útero, na segunda metade da década de 1990, continuam altas, ao contrário do que ocorre em países desenvolvidos. No ponto de vista temporal, elas vêm aumentando (BEZERRA et al., 2005). Em 1979, a taxa era de 3,44/100.000 habitantes, enquanto em 2000 era de 4,59/100.000 habitantes, variando nesse período 33,1%.

O câncer cérvico-uterino vem sendo relacionado com vários fatores ao longo dos tempos. Hoje são conhecidos os seguintes fatores de risco para lesões cervicais: DST; condições infecciosas e reativas; hábitos sexuais, como início precoce e multiplicidade de parceiros; tabagismo ativo e passivo; uso prolongado de anticoncepcionais orais; carências nutricionais; receio da cliente em realizar o exame devido ao medo, vergonha, ansiedade, ignorância e dificuldade de acesso aos serviços de saúde para realização de exame preventivo, que podem ser considerados como fatores que também dificultam o diagnóstico precoce (BEZERRA et al., 2005).

Sabe-se, ainda, que, por meio dos exames preventivos periódicos, é possível controlar a doença, rastreando a população sintomática e assintomática, o que pode levar, na maioria dos casos, à cura. As pesquisas buscam identificar variáveis de exposição com a finalidade de conhecer se são ou não fatores de risco para uma patologia. Segundo Ayres et al. (2017), a estratégia adotada globalmente é o rastreamento das lesões pré-invasivas, com exame citológico cervical por esfregaço. Nos países em desenvolvimento, o impacto da introdução e da ampliação do rastreamento como política de saúde foi menor do que o observado nos países desenvolvidos, em função da organização deficiente, baixas coberturas e falta de garantia da qualidade. Em países da América do Sul, com desenvolvimento mais acelerado, observou-se um declínio na mortalidade por câncer do colo do útero, com estimativas de mudança percentual anual variando de -1,4 a -6,3 entre 1983 e 2002.

Na América Latina, essa tendência ocorre em países com renda média mais elevada, como Argentina e Uruguai, bem como em países com histórico de implementação do rastreamento com maior organização, como México, Colômbia, Chile e Costa Rica, onde as taxas de mortalidade foram reduzidas quase à metade, ocasionando uma inversão na razão câncer *in situ*/invasivo. No Brasil, observou-se um declínio global das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero, nas últimas décadas, porém, de forma heterogênea nas distintas

macrorregiões (mudança percentual anual variando de -3,3 a 1,7), mostrando um sucesso parcial. As limitações do rastreamento incluem o pior acesso, principalmente entre mulheres de baixa renda; a dificuldade de seguimento das mulheres em um sistema de registro centralizado no exame; além da captação das mulheres realizada de forma não organizada e que não segue a recomendação de periodicidade (AYRES et al., 2017).

As falhas apontadas impulsionaram a busca por técnicas alternativas (associadas ou substitutas), que viessem a contribuir com a redução das perdas e identificação mais precisa de mulheres portadoras dos tipos de HPV, com maior risco oncogênico. As técnicas de biologia molecular vêm contribuindo para o conhecimento da infecção genital pelo HPV em diferentes cenários, sendo utilizadas em pesquisas científicas desde o início dos anos 1980, mas, só mais recentemente, foram incorporadas aos serviços de saúde.

No Brasil, a identificação de mulheres infectadas pelo HPV é feita a partir de estudos heterogêneos e, por isso, de comparabilidade difícil e reprodutibilidade limitada, pois, estimativas elaboradas a partir de estudos que consideram mulheres referenciadas podem resultar em medidas superestimadas. As estimativas de prevalência e os fatores associados à infecção por HPV permitem compreender por que determinados grupos de mulheres encontram-se mais vulneráveis que outros, de modo a possibilitar propostas de ações de prevenção específicas para tais grupos, que aumentem a efetividade da prevenção primária e secundária do câncer do colo do útero, que é uma doença evitável, com exposto por Ayres et al (2017).

2 Metodologia

Foi realizada uma pesquisa de campo para reunir elementos que pudessem viabilizar a análise do perfil pessoal e familiar das mulheres através da análise estatística descritiva, em termos de média, frequência e desvio padrão das seguintes variáveis: idade, estado civil, escolaridade, raça, religião, condição ocupacional, renda, tipo de família (nuclear, monoparental, extensa e outro tipo), ciclo de vida familiar (formação, maturação e dispersão) e o número de filhos; a faixa etária, nível de escolaridade e ocupação dos membros familiares; além da renda média pessoal, familiar e per capita. Em seguida, buscou-se identificar os fatores inerentes à doença como seu conhecimento acerca da doença e os principais problemas enfrentados a partir do diagnóstico, além das possíveis consequências.

Para isso, foi utilizado o software SPSS, para análise dos dados quantitativos, bem como o Iramuteq, um *software* gratuito e com fonte aberta, desenvolvido por Pierre Ratinaud

(LAHLOU, 2012, RATINAUD; MARCHAND, 2012) e licenciado por GNU GPL (v2), que permite fazer análises estatísticas sobre *corpus* textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras.

Especificamente, foi feito uso do método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), quando os segmentos de texto são classificados em função dos seus respectivos vocabulários, enquanto o conjunto deles é repartido em função da frequência das formas reduzidas. A partir de matrizes cruzando segmentos de textos e palavras (em repetidos testes do tipo X 2), aplica-se o método de CHD e obtém-se uma classificação estável e definitiva (REINERT, 1990). Esta análise visa obter classes de segmentos de texto que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente dos segmentos de texto das outras classes (CAMARGO, 2005).

A partir dessas análises em matrizes, o *software* organiza a análise dos dados em um dendograma da CHD, que ilustra as relações entre as classes. O programa executa cálculos e fornece resultados, que permitem a descrição de cada uma das classes, principalmente, pelo seu vocabulário característico (léxico) e pelas palavras com asterisco (variáveis). Além disto, o programa fornece uma outra forma de apresentação dos resultados, através de uma análise fatorial de correspondência feita a partir da CHD.

Com base nas classes escolhidas, o programa calcula e fornece os segmentos de texto mais característicos de cada classe (*corpus* em cor), permitindo a contextualização do vocabulário típico de cada classe. Em nível do programa informático, cada classe é composta de vários segmentos de texto em função de uma classificação, segundo a distribuição do vocabulário (formas) destes segmentos de texto.

Em nível interpretativo, Reinert (1990), ao estudar a literatura, utilizou a noção de “mundo”, enquanto um quadro perceptivo-cognitivo, com certa estabilidade temporal, associado a um ambiente complexo. Em pesquisas no campo da linguística e comunicação, são interpretadas como campos lexicais (CROS, 1993) ou contextos semânticos. Em pesquisas sobre representações sociais, tendo em vista o estatuto que elas conferem às manifestações linguísticas, estas classes podem indicar teorias ou conhecimentos do senso comum ou campos de imagens sobre um dado objeto, ou ainda apenas aspectos de uma mesma representação (VELOZ; NASCIMENTO-SCHULZE; CAMARGO, 1999).

Para este estudo, mediante estas categorias de análise, foi feito uso da nuvem de palavras, que agrupa as palavras e as organiza graficamente em função da sua frequência. É uma análise lexical mais simples, porém, graficamente interessante. Já para a análise do perfil das mulheres foi utilizado o *software* SPSS, para a realização da análise estatística descritiva, por meio de médias e frequências, com análises tabulares e gráficas.

3 Resultados e discussão

3.1 Perfil Pessoal e Familiar das mulheres entrevistadas

A Tabela 2 se refere à frequência dos municípios aos quais as mulheres entrevistadas pertencem.

Tabela 2 - Municípios pesquisados, 2019.

	Mulheres (n ^o .)	%
Araponga	3	13,6
Paula Cândido	4	18,2
Pedra do Anta	1	4,5
Porto Firme	1	4,5
Teixeiras	1	4,5
Viçosa	10	45,5
Não respondeu	2	9,1
Total	22	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

O município que mais se sobressaiu foi o de Viçosa, com a frequência de 10 e porcentagem referente a 45,5 %, ficando à frente de Paula Cândido, com frequência de 4 e porcentagem de 18,2%, bem como de Araponga, com frequência de 3 e porcentagem de 13,6%, uma vez que os municípios de Pedra do Anta, Porto Firme e Teixeira apresentaram frequência de 1 e porcentagem de 4,5% cada um. Com respeito à idade, constatou-se que a idade mínima era de 20 anos e máxima de 55 anos, com desvio padrão de 8,9225, conforme a Tabela 3.

Tabela 3 - Idade das mulheres entrevistadas, 2019.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	22	20	55	36,909	8,9225

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Por outro lado, quanto à faixa etária, os dados evidenciaram que 40,9% das mulheres entrevistadas possuíam idade entre 30 e 39 anos. As mulheres com idades entre 20 e 29 anos e

de 40 e 41 anos representaram 22,7% cada uma; enquanto que aquelas entre 50 e 59 anos, corresponderam a 13,6 % da amostra (Tabela 4).

Tabela 4 - Faixa etária das mulheres entrevistadas 2019.

	Mulheres (Nº.)	%
Entre 20 e 29 anos	5	22,7
Entre 30 e 39 anos	9	40,9
Entre 40 e 41 anos	5	22,7
Entre 50 e 59 anos	3	13,6
Total	22	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Com respeito ao tipo de ocupação das mulheres, a Tabela 5 aponta, principalmente, a ocupação “do lar” ou donas de casa. Outro tipo de profissão preponderante foi a de doméstica, com 13,6%, enquanto, com 9,1%, encontram-se as profissões de diaristas, babás ou trabalhadoras rurais/lavradoras, além de desempregadas. Por outro lado, as cuidadoras de idosos, estudantes, produtoras rurais, reguladoras de saúde ou vendedoras corresponderam a 4,5%.

Tabela 5 - Profissão das mulheres entrevistadas, 2019.

	Mulheres (Nº.)	%
Autônoma (faz marmitas)	1	4,5
Balconista	1	4,5
Cuidadora de Idosos	1	4,5
Desempregada	2	9,1
Diarista	2	9,1
Do lar / Dona de Casa	4	18,2
Doméstica	3	13,6
Babá	2	9,1
Estudante	1	4,5
Produtora Rural	1	4,5
Reguladora de saúde	1	4,5
Trabalhadora Rural / Lavradora	2	9,1
Vendedora	1	4,5
Total	22	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

No que concerne aos dados do estado civil das pacientes, apresentados na Tabela 6, houve o predomínio de mulheres casadas (36,4%), seguido pelas solteiras (27,3 %), em um relacionamento de união estável (18,2%), divorciadas (13,6%) e amigadas (4,5 %).

Tabela 6 - Estado Civil das mulheres entrevistadas, 2019.

	Mulheres (Nº.)	%
Amigada	1	4,5
Casada	8	36,4
Divorciada	3	13,6
Solteira	6	27,3
União estável	4	18,2
Total	22	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Com respeito à escolaridade das mulheres entrevistadas, os dados apontaram que quase a metade das mulheres possuía o ensino médio completo (40,9%), conforme Tabela 7.

Tabela 7 - Nível de Escolaridade das mulheres entrevistadas, 2019.

	Mulheres (Nº.)	%
Analfabeta	1	4,5
Ensino Fundamental completo	1	4,5
Ensino Fundamental incompleto	8	36,4
Ensino médio completo	9	40,9
Ensino médio incompleto	3	13,6
Total	22	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Verificou-se, também, que 36,4% do segmento feminino possuía o Ensino Fundamental incompleto; 13,6 % o Ensino Médio incompleto e 4,5% eram analfabetas ou com Ensino Fundamental incompleto.

Reconhece-se que o acesso mais amplo e de maior qualidade aos serviços de educação está fortemente associado a melhores condições de vida e ao aumento das oportunidades sociais, no cotidiano das pessoas. Ou seja, a educação, quando disponibilizada de forma universal e com altos índices de qualidade, possui o potencial de desenvolver as capacidades individuais e possibilitar o pleno exercício da cidadania (BENEVIDES, 2011).

Estudos mostram que o nível de escolaridade influencia diretamente o modo de vida e as atitudes referentes à saúde. A educação representa a mais significativa dimensão do capital humano, sendo que a sua conexão com a saúde diz respeito à sua atribuição de possibilitar: a) melhores condições econômicas, emprego e renda; b) maior acesso a bens e serviços de saúde e c) facilidade ao acesso e entendimento das ações de prevenção e recuperação de saúde (SOUZA, 2012).

Sendo assim, quanto maior a taxa de escolaridade e sua melhor qualidade, maiores serão as possibilidades dos sujeitos de terem ações relacionadas ao autocuidado, como também, maior será o envolvimento em programas de prevenção e recuperação da saúde. Em contrapartida, a baixa escolaridade e a qualidade da educação estão relacionadas a comportamentos não saudáveis, morbidade e mortalidade precoces.

As Tabelas 8, 9, 10 e 11 apontam a renda das mulheres entrevistadas com HPV e sua renda familiar. O estudo mostrou que a renda mínima das mulheres entrevistadas foi de R\$ 0,00 e a renda máxima equivalente a R\$1.908,00, com uma média de R\$ 727,43 e desvio padrão de 503,922 (Tabela 8).

Tabela 8 - Renda das mulheres entrevistadas, 2019.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Renda	22	0	1908	727,43	503,922

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Com relação à faixa de renda pessoal das mulheres entrevistadas, houve uma variação de 27,3% daquelas que possuíam 1,0 salário mínimo; 22,7% , com rendimento entre 1,0 e 2,0 salários mínimos; 18,2% das mulheres não tinham renda ou eram menor que meio salário mínimo; enquanto 13,6% das mesmas tinham renda entre meio e 1 salário mínimo, como exposto na Tabela 9.

Tabela 9 - Faixa de renda das mulheres entrevistadas, 2019.

	Mulheres (Nº.)	%
Não tem renda	4	18,2
Menos de meio salário	4	18,2
Entre meio e 1 salário	3	13,6
1 salário	6	27,3
Entre 1 e 2 salários	5	22,7
Total	22	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Os dados da pesquisa, conforme a Tabela 10, mostram que a renda familiar mínima das entrevistadas era de R\$ 954,00 e a máxima de R\$ 3.500,00. A média da renda familiar foi de R\$ 1940,09, com desvio padrão de 916,760.

Tabela 10 - Renda Familiar das mulheres entrevistadas, 2019.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Renda	22	954,00	3500,00	1940,0909	916,76060

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

No que se refere à faixa da renda familiar, apresentado na Tabela 11, houve predomínio da faixa entre 1 e 2 salários mínimos, equivalente a 31,8%; até 1,0 salário mínimo representou 27,3 %; entre 2,0 e 3,0 salários mínimos, com percentual equivalente a 22,7%; e entre 3 e 4 salários mínimos representada por 18,2%.

Tabela 11 - Faixa da Renda da família das mulheres entrevistadas, 2019.

	Mulheres (Nº.)	%
Até 1 salário	6	27,3
Entre 1 e 2 salários	7	31,8
Entre 2 e 3 salários	5	22,7
Entre 3 e 4 salários	4	18,2
Total	22	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Vários autores reconhecem a influência da renda na saúde dos indivíduos, considerando que quanto maior o acesso à renda, melhores serão as condições de saúde, moradia e educação, bem como maior será o acesso aos bens e aos serviços de saúde (AGUIAR et al., 2016).

De acordo com os referidos autores, ainda que os serviços de saúde sejam universais, os indivíduos mais carentes podem não ter acesso aos serviços preventivos e de recuperação da saúde, tendo como consequência uma condição mais precária de saúde. Sendo assim, os indivíduos, com maior acesso à renda, têm uma melhor chance de ter acesso às consultas médicas, medicamentos, exames preventivos, entre outros serviços.

Com relação à cor das mulheres com HPV entrevistadas, 40,9% se reconhecem como pardas, ao passo em que 31,8% como brancas e 27,3% pretas (Tabela 12).

Tabela 12 - Cor das mulheres entrevistadas, 2019.

	Mulheres (N ^o .)	%
Branca	7	31,8
Parda	9	40,9
Preta	6	27,3
Total	22	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

No que se refere à religião, conforme dados da Tabela 13, 63,6% se declararam como católicas; 31,9% eram evangélicas, existindo 4,5% que não pertenciam a nenhuma religião.

Tabela 13 - Religião das mulheres entrevistadas, 2019.

	Mulheres (N ^o .)	%
Católica	14	63,6
Evangélica	7	31,9
Nenhuma	1	4,5
Total	22	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

No que se refere à composição familiar, conforme Tabela 14, o número máximo de membros familiares foi de 5,0 e o mínimo de 2,0 membros, com desvio padrão de 1,066. Já o número máximo de número de filhos foi de 3,0 e o mínimo de 0, com desvio padrão de 0,8691.

Tabela 14 - Composição familiar das mulheres entrevistadas, 2019.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
N ^o membros	22	2	5	3,227	1,066
N ^o de Filhos	22	0	3	1,227	0,8691

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Com relação ao sexo dos filhos, a Tabela 15 evidenciou que 74,1% eram do sexo feminino, enquanto 25,9% correspondia ao sexo masculino.

Tabela 15 - Sexo dos filhos das mulheres entrevistadas, 2019.

	Mulheres (N ^o .)	%
Feminino	20	74,1

Masculino	7	25,9
Total	27	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

No que diz respeito à faixa etária dos filhos (Tabela 16), a idade máxima foi de 29 anos e a mínima de 2 anos de idade, com desvio padrão de 5,8422.

Tabela 16 - Faixa etária dos filhos das mulheres entrevistadas, 2019.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade dos filhos	27	2	29	12,852	5,8422

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

No que concerne ao tipo de família, apresentado na Tabela 17, 63,6 % das mulheres entrevistadas relataram possuir a família no modelo nuclear; enquanto 18,2 % das mulheres tinham famílias no modelo extenso, com mais de um grupo familiar coabitando no mesmo domicílio, como também quebrada/monoparental, que são aquelas famílias formadas por apenas um dos cônjuges, preferencialmente constituído por mulheres e filhos.

Tabela 17 - Tipo de Família das mulheres entrevistadas, 2019.

	Mulheres (Nº.)	%
Extensa	4	18,2
Nuclear	14	63,6
Quebrada ou Monoparental	4	18,2
Total	22	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Com respeito ao ciclo de vida familiar, os dados da Tabela 18, destacam a existência de famílias em formação (sem filhos ou na faixa etária de 12 anos), seguidos por aquelas no estágio de maturação (com filhos adolescentes entre 12 e 18 anos) e na fase de dispersão (com filhos adultos, maiores de 18 anos), com percentual equivalente a 9,1%.

Tabela 18 - Estágio do Ciclo de Vida das mulheres entrevistadas, 2019.

	Mulheres (Nº.)	%
Formação	18	81,8
Maturação	2	9,1
Dispersão	2	9,1

Total	22	100,0
-------	----	-------

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

3.2 Fatores inerentes à doença: conhecimento, motivos, problemas e consequências

Os fatores inerentes à doença examinados pelo *software* Iramuteq, especificamente, pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD), obtendo-se um aproveitamento de 80,30% do texto, que correspondeu a 102 Segmentos de Texto (STs), sendo o número de formas, ocorrências e classes, equivalente a 777, 4254 e 5,0, respectivamente.

O conteúdo do *corpus* compreendeu posicionamentos das 22 entrevistas com as mulheres atendidas pelo ambulatório de ginecologia, com o diagnóstico de lesões Intra-epiteliais de alto grau/neoplasia Intra-epitelial graus II ou III (NIC II ou III), do Centro Estadual de Atendimento Especializado (CEAE), do município de Viçosa/MG, nos quais foram abordados os fatores inerentes à doença, em termos de conhecimento, motivos, problemas e consequências da doença.

Num primeiro momento (1ª partição), o programa separou o *corpus* em dois eixos A e B. No eixo A, o conjunto foi formado pelas classes 4, 5, 2 e 1. Já no eixo B, permaneceu a classe 3, conforme a Figura, abaixo especificada:

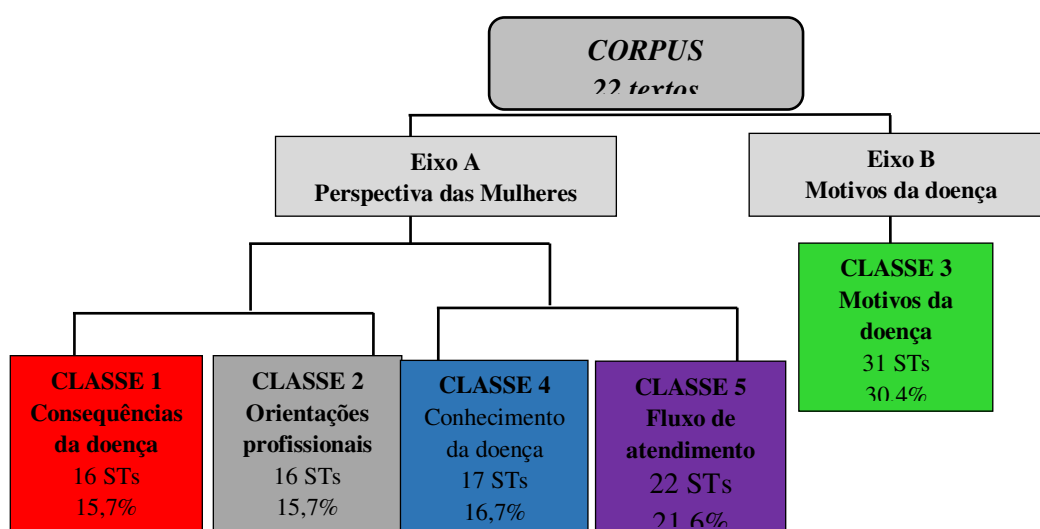




Figura 10 - Dendrograma das classes temáticas referentes aos aspectos da doença, conforme as percepções das mulheres, 2019.

Fonte: Elaboração dos autores, com base nos relatórios do software Iramuteq, 2018.

4 EIXO A : Perspectiva das mulheres com HPV

4.1 Consequências da doença: classe 1

A perspectiva das mulheres sobre o HPV evidenciou a Classe 1, denominada de “Consequências da doença”, que correspondeu a 15,7% do texto aproveitado na CHD, com 16 STs, cujas principais palavras destacadas foram: continuar, nada, mesmo, consequências e não, as quais foram contextualizadas pelos seguintes STs das entrevistas:

(...) **continuo** do **mesmo** jeito, **não** mudou **não**, era uma **coisa assim**, que foi se olhasse **assim** falava que eu **não** tinha **nada**, sentia **nada**. Então **não** foi uma **coisa** que dava aquela reviravolta brusca, **porque**, né, eu **não** sentia **nada**, né? (Entrevistada nº 09, 37 anos).

(...) então foi essas a só **continuar mesmo** a vindo de seis em seis meses pra vê como é que tá **não** teve outras orientações **não** na teve muita **consequência** na **vida não nada** (Entrevistada nº 09, 37 anos).

(...) **consequências** da doença na **vida**. O que mudou? Olha **não** mudou **nada**, **não** **porque**, tipo **assim**, é foi uma **coisa** que descobri rápido, né, então **não** mudou muita **coisa não**, mudou **nada não** (Entrevistada nº 10, 35 anos).

(...) pois é **consequências** da doença na **vida** eu **não** sei o que casou **não** me proibiram de **nada** com 11 **dias** de cirurgia eu já tava andando **não** andava de moto essas **coisas assim** (Entrevistada nº 15, 42 anos).

(...) mas, o meu problema é só **não**, dormir eu **não** consigo dormir, eu tomo **remédio** controlado, mas a ansiedade é demais **mesmo**. Tive orientação **assim**, né, o que o que tinha dado né (Entrevistada nº 15, 42 anos).

(...) a gente vê muita história de gente que morreu, né? Então, é uma **coisa assim** que assusta, então, eu **sempre** sobre da doença **porque** a gente fica sabendo que ah um conhecido fulano ciclano (Entrevistada nº 11, 42 anos).

Assim, as mulheres consideraram que as consequências da doença corresponderam a sentimentos de ansiedade e insônia, em contraposição a não existência de mudanças significativas em suas vidas.

De acordo com Queiroz et al (2005), o sentimento de indiferença diante do resultado é atribuído a uma forma também de desconhecimento da doença ou à não-assimilação adequada do valor atribuído a esse vírus, no momento do diagnóstico. Apesar das recentes estatísticas revelarem que 1/3 da população feminina sexualmente ativa é portadora da papiloma-virose humana, a doença ainda é desconhecida da maioria das mulheres e da sociedade, como um todo.

Em contra-partida, segundo as autoras, o medo de não ficar curada é evidenciado não somente na fase diagnóstica, mas também durante o tratamento, nos casos em que o progresso é lento. Quando informadas de que alguns tipos de HPV têm implicações na gênese do câncer de colo uterino, o medo é um sentimento dominante, revelando o fantasma do câncer, como uma força destruidora, uma doença invasiva e silenciosa. O medo do prejulgamento dos indivíduos e da descoberta da família gera na portadora dificuldades de compartilhar o sofrimento com familiares e amigos. Para muitos, o medo e a ansiedade é a emoção negativa mais comum.

De acordo com Linard et al. (2002), uma neoplasia ainda é tida como sinônimo de morte, bem como uma doença a se esconder, pois o estigma é algo que se encontra arraigado às pessoas. Estar com câncer pode determinar discriminação e rejeição social, desde o âmbito familiar até as atividades produtivas, onde o indivíduo além de vivenciar a situação da doença em si, necessita enfrentar o descrédito social. A inaceitabilidade social pode ser atribuída a muitas variáveis, das quais a mais relevante refere-se ao medo das pessoas do sofrimento prolongado, que se manifesta no decorrer do tratamento e nas etapas da doença. Em uma sociedade onde o indivíduo é explorado de forma mercantilista, a perda da capacidade

produtiva em decorrência de uma moléstia fará com que o desamparo social seja sentido com mais intensidade pelo doente.

Outro aspecto relacionado à doença estava associado às “orientações profissionais” (Classe 2), que correspondeu a 15,7% do texto aproveitado na CHD, com 16 STs, sendo que as palavras mais relevantes citadas, pelas entrevistadas, foram referentes a: prevenir, passar, saúde, acompanhamento, orientação e tomar, as quais foram contextualizadas pelos seguintes STs das entrevistas.

[...] **orientações** dos profissionais de **saúde**, falas da **filha**, **passou** pra ela um remédio pra ela **tomar** e pra fazer **acompanhamento** com psicólogo, psiquiatra neurologista e com essa **ginecologista**, agora falas do marido pediu nos **mais** é paciência (Entrevistada nº 21, 44 anos).

[...] **orientações** dos profissionais de **saúde** nada me mandaram direto pra cá, **consequências** da doença na **vida mais**, mesmo preocupação ansiedade, muita ansiedade medo, nos últimos três dias; **assim** da consulta você fica ansiosa, sem trabalhar direito pensando no que a **médica** vai dizer (Entrevistada nº 01, 38 anos).

[...] ah as **orientações** dos profissionais de **saúde**, que eu tive com a Amanda foi com as **orientações** que eu tive **aqui**, que nem a Amanda falou, você precisa de prevenção. É **prevenir** pra que não venha se **tomar** uma **coisa assim** complicada (Entrevistada nº 18, 37 anos).

[...] **orientações** dos profissionais de **saúde**, a **enfermeira** falou comigo o seguinte: que eu iria **passar** nessa **médica aqui ginecologista** né falou que ela é muito boa, então, e que ela que iria me dizer os procedimentos que seria feito e tal (Entrevistada nº 02, 30 anos).

[...] as **orientações** foram as mesmas **aqui** e no PSF tratar pra que não venha **tomar** uma **coisa mais** complicada (Entrevistada nº 18, 37 anos).

[...] se alguma **coisa** que pode dá **causar** uma lesão, então, **assim** na verdade, eu não sei **orientações** dos profissionais de **saúde** ah é lá igual eu tô falando, **assim** que deu alteração, eles já me mandaram pra **aqui** (Entrevistada nº 11, 42 anos).

Dessa forma, as orientações profissionais envolviam a importância do cuidado e da prevenção, por meio do acompanhamento médico, para evitar complicações. Diante disso, é imperativo que os profissionais de saúde, voltem seu olhar para essa realidade, pois a morbimortalidade por tal doença pode ser reflexo de ações e políticas de prevenção deficitárias. Além disso, vencer as barreiras para uma melhor adesão da mulher ao exame

preventivo e o tratamento quando já acometidas pelo HPV, e que implica dar atenção aos relatos e experiências de quem faz o exame, objetivando identificar o significado deste para as mulheres que a ele se submetem, de modo a extrair daí informações e argumentos necessários ao planejamento e adequação das orientações de prevenção à realidade vivenciada (THUM et al., 2008).

Na perspectiva das mulheres, o “conhecimento sobre a doença” retratado pela classe 4 correspondeu a 16,7% do texto aproveitado no CHD, com 17 STs, com destaque para as seguintes palavras: pensar, bem, enfrentar, exame e hoje, que foram contextualizadas pelos seguintes STs das entrevistas.

[...] **então**, assim, eu sei, assim, aí quando eu fiz **exame** da outra vez da primeira vez que **deu problema** eu fiz rotina, **então**, assim, eu fui pegar o **exame pensando**, ah tá **tudo** ótimo, aí eu levei um choque, a **enfermeira** não soube **conversar** comigo direito também na época (Entrevistada nº 11, 42 anos).

[...] eu estava fazendo o preventivo de seis em seis meses, passando na médica, aí **pensei** que tinha normalizado, aí **voltou**, eu não **entendi muito bem**, mas, tipo assim a única coisa que eu tinha que fazer era o preventivo, se **entendeu** (Entrevistada nº 11, 42 anos).

[...] e a doutora falou comigo que isso **vem** de anos, de coisa, **bem** pra trás, **bem** atrás. **Então**, eu não sabia nem te explicar o que é, porque até **hoje** eu não **entendo**, isso, eu **entendi muito** pouco o que ela me falou (Entrevistada nº 10, 35 anos).

As falas retratam um conhecimento superficial sobre a doença por parte das mulheres, associado às incertezas sobre suas causas e consequências. Essa situação está relacionada ao “fluxo de atendimento” explicado pela classe 5, correspondente a 21,6% do texto aproveitado na CHD, com 22 STs, nos quais as palavras mais relevantes foram: começar, depois, encaminhar, ficar, cirurgia, resultado, contextualizadas pelos seguintes STs das entrevistas.

[...] orientações dos profissionais de saúde **lá**, até que não era **muito** não, **porque quando pegou** o **resultado** que veio, já a gente já **pegou** o negócio e já **encaminhou** pra **cá**, num deram orientação não (Entrevistada nº 09, 37 anos).

(...) eu **fiquei** esperando o **resultado**, o **resultado** nunca veio. Tava preso **lá**. Eles não mandou meu **exame** pra Beo Horizonte. **Quando** resolver mandar, que chegou pedindo a biopsia, mas foi **erro** deles **porque** o meu **exame ficou** preso **lá** mandar. **Ficou** quase um ano preso (Entrevistada nº 17, 50 anos).

(...) **bom, aqui** no centro, eu só vinha então era pra fazer os **exames**, então, vinha de seis em seis **meses** que eu vinha e **depois** que **comecei** a fazer os **exames** pra fazer a **cirurgia** (Entrevistada nº 09, 37 anos).

[...] aí, na hora que ela me ligou eu já assustei, **porque quando** eles ligam é **porque** teve algum problema, **porque** se não eles esperam a gente ir **lá** pra **pegar** ou liga e fala: ô Greice é pra você vir **pegar** seu **exame** qualquer hora **aqui** (Entrevistada nº 11, 42 anos).

[...] e é isso passei no PSF e, ai, **depois** eu fui **encaminhada** pra **cá**. Já fiz **cirurgia**, essas coisas, ah, ainda eu não tive orientação, né **porque** eu vim consultei, fiz a **cirurgia** e, hoje que eu vou passar, que eu vou saber (Entrevistada nº 13, 41 anos).

Na perspectiva das mulheres entrevistadas, o tratamento depende do fluxo de atendimento, que envolvia consultas, exames, realização de cirurgia e monitoramento de 6 em 6 meses. Albuquerque et al. (2011) corroboram os achados ao afirmarem que as ações do Programa de Prevenção do Câncer de Colo do Útero desenvolvidas através do SUS estruturam-se nas Unidades de Atenção Básica de Saúde (UABS) da Estratégia da Saúde da Família e na incorporação organizada dos laboratórios de citopatologia, credenciados ou institucionais. Os resultados dos exames citopatológicos liberados pelos laboratórios são encaminhados para as respectivas UABS, as quais devem fazer os encaminhamentos para as Unidades de Média Complexidade do Município (UMC), de acordo com as recomendações específicas do Ministério da Saúde, para avaliação colposcópica e confirmação histológica.

No entanto, para os autores, para que um programa de detecção precoce do câncer de colo do útero obtenha êxito, é fundamental que seja garantido o tratamento de 100% das mulheres que tiveram os resultados alterados no exame citopatológico. Além disso, o seguimento das mulheres rastreadas nos programas de prevenção constitui um elemento fundamental para a efetividade das ações. Este seguimento sistematizado requer procedimentos que conduzam a um diagnóstico completo, tratamento adequado e permita a observação de desfechos favoráveis esperados e desejados, como o tratamento e a cura, ou desfavoráveis, como a recidiva, a progressão ou mesmo o óbito.

5 EIXO B: Motivos da Doença

Dentre os fatores inerentes à doença encontra-se os “motivos”, retratados pela classe 3, com maior poder de explicação, equivalente a 30,4% do texto aproveitado na CHD, com 31

STs, que apontaram as seguintes palavras de destaque: doença, motivo, ouvir, saber, preventivo e relação, as quais foram contextualizadas pelos seguintes STs das entrevistas:

[...] não **ouvi falar** da **doença**, não **sei** os **motivos** que **levaram** a **doença**, orientações dos profissionais de saúde, por conta minha, eu fui fazer um **preventivo né**, então, assim eu não tive orientação, eu que fui fazer o **preventivo** e aí deu o problema de saúde (Entrevistada nº 13, 41 anos).

[...] não **ouvi falar** da **doença** nenhum, nem **sabia** dos **motivos** que **levaram** a **doença**, ah, sinceramente eu nem vou **saber** te explicar porque é um problema que eu não **sabia**, que eu tinha (Entrevistada nº 10, 35 anos).

[...] então, a gente houve **falar** da **doença**, **né**, mas a gente é acredita, **né**, mais **ouvi falar sim motivos** que **levaram** a **doença**. Olha eu acredito que é a falta de preservativo **né** (Entrevistada nº 16, 39 anos).

[...] não **ouvi falar** da **doença**, não tinha muita informação sobre esse caso, não dos **motivos** que **levaram** a **doença**, então, eu **já** tive o vírus do HPV, **aí**, eu desconfio que seja por esse **motivo** (Entrevistada nº 02, 30 anos).

[...] não **sei** porque dos **motivos** que **levaram** a **doença**, tipo, assim, eu faço **preventivo**, eu não **sei** o que pode causar esse tipo de lesão, não **sei** é do organismo não **sei** se é por parte de **relação** sexual, não **sei** (Entrevistada nº 11, 42 anos).

[...] não **ouvi falar** da **doença** e até chorei de triste, **sim**, porque **já** porque vê esses problemas, assim que as meninas de hoje vacina, nós não temos, nós mais velhos, nós não temos essa, esse... como que **fala?** É essa defesa (Entrevistada nº 08, 36 anos).

[...] até então eu não **achava** que poderia chegar a esse ponto **já ouvi falar** só do **câncer** do colo do útero mas sobre esse não sobre esse grau eu não **sabia** de nada (Entrevistada nº 17, 50 anos).

A limitação, em termos do conhecimento sobre a doença, leva a que as mulheres não entendessem sobre suas causas, motivos, considerando que estavam associados à relação sexual sem preservativo. A descoberta, geralmente, se dava pela realização do preventivo. Sendo assim, as percepções das mulheres refletem uma estrutura de conhecimento marcada por dúvidas, insegurança e temores, que resultam das suas próprias reflexões e vivências, ficando visível uma assistência caracterizada pela precariedade. Esta assistência, que possui limitações quanto ao uso de ações educativas, que considerem o contexto sócio-cultural e afetivo das mulheres, necessitando, portanto, ser melhor qualificada desde a atenção primária até a atenção terciária.

Reconhece-se, nesse sentido, sobre a necessidade de mensurar o grau de conhecimento da população sobre o HPV, uma vez que permite, via resultados obtidos, avaliar e selecionar as estratégias adequadas para a construção de planejamentos eficazes, com medidas de promoção, prevenção e diagnóstico precoce das alterações provocadas pelo vírus. A relevância do assunto possibilitou que diversos estudos fossem realizados no mundo, com o objetivo de verificar esse conhecimento nas populações em geral.

Os achados deste estudo corroboram os descritos na literatura, como, por exemplo, a pesquisa de Abeu et al. (2018), que avaliaram o conhecimento acerca do HPV em um grupo de mulheres na cidade de Johannesburgo, África do Sul, sendo verificado que a maioria delas não estava familiarizada com o HPV. Outra pesquisa com estudantes da Universidade do Porto, Portugal, observou que 55,4% deles já tinham ouvido falar sobre HPV, ressaltando que esse número pode ter ultrapassado a metade da amostra, pelo fato de que esta, em sua maior parte, era composta por universitários da área da saúde. No Brasil, constatou-se que menos da metade da população estudada (40%) já tinha ouvido sobre o HPV, sendo que pouco mais de 1/4 dos entrevistados possuía “conhecimento adequado” sobre o vírus.

6 Conclusão

Os resultados apontaram que a maioria das mulheres entrevistadas pelo ambulatório de ginecologia do CEAE pertence ao município de Viçosa, MG. A idade mais recorrente situou-se entre a mínima de 20 anos e a máxima de 55 anos, sendo a faixa etária predominantemente a registrada entre 30 e 39 anos. No que se refere à profissão dessas mulheres, 18,2% eram “do lar” ou donas de casa e, com relação ao estado civil, 36,4% eram casadas.

Ao se analisar a escolaridade das entrevistadas verificou-se que a maior parte possuía o Ensino Médio completo. O estudo mostrou, ainda, que a renda mínima das mulheres entrevistadas foi de até 2,0 salários mínimos. Com relação à cor das entrevistadas com HPV, a maioria se reconheceu como parda, seguida pelas mulheres brancas e pretas. No que tange à religião, mais da metade se intitulou como sendo católica. Mais da metade das entrevistadas também relatou possuir a família no modelo nuclear, situando-se, preferencialmente, no estágio do ciclo de vida de formação.

O estudo evidencia que as percepções das mulheres refletem uma estrutura de conhecimento marcada por dúvidas e insegurança, sendo os temores resultantes das suas próprias reflexões e vivências, ficando visível uma assistência caracterizada pela precariedade.

Os achados desse estudo evidenciam a necessidade de investimentos em ações educativas, que tragam impacto sobre a mentalidade das usuárias e também dos profissionais, sendo constituídos grupos de auto-ajuda, onde as mulheres poderiam expressar suas dúvidas, incertezas, encontrar conforto e apoio para enfrentar o HPV e suas seqüelas. Essas ações podem contribuir na troca de experiências, tornando-se um espaço de rica contribuição no processo de reabilitação e adaptação à doença.

7 Referências

ABREU, M. N. S.; SOARES, A.D.; RAMOS, D.A.O.; SOARES, F.V.; FILHO, G.N.; VALADÃO, A.F.; MOTTA, P. G. Conhecimento e percepção sobre o HPV na população com mais de 18 anos da cidade de Ipatinga, MG, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, p. 849- 860, Março 2018.

AGUIAR, M. F. I. BRAGA, V. A. B.; GARCIA, J. H. P.; LIMA, C. A.; ALMEIDA, P. C.; SOUZA, A. M. A.; ROLIM, I. L. T. P. Qualidade de vida em receptores de transplante de fígado e a influência dos fatores sociodemográficos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 411-418, 2016.

ALBUQUERQUE, Z. B. P.; TAVARES, S. B. N; MANRIQUE, E. J. C.; SOUZA A. C. S.; NEVES, H.C.C.; VALADARES, J.G., et al. Atendimento pelo SUS na percepção de mulheres com lesões de câncer cervicouterino em Goiânia-GO. **Rev Eletrônica Enferm.** v.13, n.2 , p-239-49, 2011.

AYRES A. R. G.; SILVA. G. A.; TEIXEIRA, M.T.B.; DUQUE, K. C. D.; MACHADO, M. L. S. M.; GAMARRA, C. J.; LEVI, J. E. Infecção por HPV em mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 51, n. 92, p. 1-11, 2017.

BENEVIDES, C. V. **Um Estado de Bem-Estar Social no Brasil**. 123f. 2011. (Dissertação de mestrado). Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2011.

BEZERRA S. J. S.; GONÇALVES, P. C.; FRANCO, E. S.; PINHEIRO, A. K. B. Perfil de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para câncer de colo de útero. **J Bras Doenças Sex Transm**, v. 17, n. 2, p. 143-8, 2005.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In Moreira, A. S. P.; Camargo, B. V.; Jesuíno, J. C.; Nóbrega, S. M. (Eds.) **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora da UFPB, 2005, p. 511-539.

CROS, M. Les apports de la linguistique: langage des jeunes et sida. In **ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le Sida)**. Les jeunes face au Sida: de la recherche à l'action. Paris: ANRS, 1993, p. 50-61.

LAHLOU, S. Text Mining Methods: An answer to Chartier and Meunier. **Papers on Social Representations**. v. 28, n.38, p.1.-7, 2012.

LINARD, A. G., SILVA, F.A.D.; SILVA, R.M. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino-percepção de como enfrentam a realidade. **Revista Brasileira de Cancerologia**. São Paulo, 2002 outubro; 48 (7): 493-98.

QUEIROZ, D.T.; PESSOA, S.M.F.; SOUSA, R.A. Infecções pelo HPV: incertezas e desafios. **Acta Paul de Enferm**. v.18, n.2, p. 190-196, 2005.

RATINAU, P.; MARCHAND, P. Application de la méthode ALCESTE à de “gros” corpus et stabilité des “mondes lexicaux”: analyse du “CableGate” avec IraMuTeQ. **Em Actes des 11eme Journées internationales d’Analyse statistique des Données Textuelles**. Presented at the 11eme Journées internationales d’Analyse statistique des Données Textuelles. JADT 2012.p. 835–844.

REINERT, M. A. une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de G. de Nerval. **Bulletin de méthodologie sociologique**. V.28, p. 24-54, 1990.

SOUZA, D. E. **Determinação Social da Saúde**: Associação entre sexo, escolaridade e saúde autorreferida. 121f. 2011. (Tese de doutorado). Bahia: Universidade Federal da Bahia, 2012.

THUM, M.; HECK, R.M.; SOARES, M.C.; DEPRÁ, A.S. Câncer de colo uterino: percepção das mulheres sobre prevenção. **Cienc Cuid Saude**. v.7, n.4, p.509-16, 2008.

VELOZ, M.C.T.; NASCIMENTO-SCHULZE, C.M.; CAMARGO, B.V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v.12, n.2, p. 479-501,1999.

2.4 ARTIGO 4: A MORFOLOGIA DAS REDES SOCIAIS UTILIZADAS PELAS MULHERES COM HPV

Resumo: O estudo objetivou examinar a morfologia das redes sociais utilizadas pelas mulheres, a partir do diagnóstico de HPV, verificando, na perspectiva destas, qual das redes foi mais efetiva, sua densidade, custo e contribuições. Metodologicamente, foi feito uso de entrevistas, cujos dados foram examinados pela análise de similitude, do software Iramuteq, que se baseia na teoria dos grafos, permitindo identificar as ocorrências entre as palavras, sendo que o resultado traz indicações da conexidade entre as palavras, possibilitando a identificação da estrutura da representação. Os resultados mostraram que os nós mais presentes para essas mulheres eram os parentes, cônjuges, profissionais de enfermagem da atenção primária em saúde e amigos; ou seja, os laços oscilaram em laços de parentesco ou não. Todas as mulheres consideravam os laços ativos e positivos. No que se refere aos conteúdos que circularam na rede social, esses foram instrumentais, como: o transporte para o tratamento; empréstimo ou doação de recursos financeiros; cuidado com os filhos das pacientes, enquanto essas se encontravam nas consultas/procedimentos médicos; viabilização dos exames necessários e acompanhamento nas consultas/procedimentos de saúde. Já os conteúdos expressivos se relacionaram ao apoio emocional, afeto, troca de confidências e orientações diversas. As normas que regeram as redes sociais, em sua maioria, estavam associadas à reciprocidade. Cabe ressaltar que a maioria das entrevistadas teve dificuldade de estipular um valor para os apoios sociais recebidos. Conclui-se que a rede social de apoio pode prover assistência prática, encorajar diretamente comportamentos preventivos ou fornecer ambiente emocional de apoio que podem facilitar a aderência em práticas preventivas, pois estariam relacionados ao empoderamento de cuidados com a saúde, através do acesso à informação, transferência de conhecimento e incentivo.

Palavras-Chaves: HPV, Redes Sociais, Morfologia.

Abstract: The study aimed at the morphology of the work of women diagnosed with HPV, verifying, in their perspective, the most effective networks, their density and cost-effectiveness. Methodologically, interviews were used, based on the simulation tests, the Iramuteq software, which is based on graph theory, signaling as occurrences between words, and the driver brings the connection between words, allowing an identification of the representation structure. The results were the ones that were most present for the women were the pairs, the patients, the main nursing professionals in health and friends, that is, the ties oscillated in the ties of kinship or not. All women considered the bonds active and positive. With regard to circular values in the social network, these were instrumental, such as: transportation for treatment; proposal or evaluation of financial resources; care of infants while they sit in medical appointments / procedures; and payment of health consultations / procedures. Expressive assets are related to emotional support, affection, exchange of confidences and diverse orientations. As rules that governed as social networks, most were

associated with reciprocity. It should be noted that most of the interviewees had difficulty receiving a social support value. It is concluded that the social support network can provide the practical, preventive or auxiliary competence to provide emotional support care, facilitating adherence to preventive practices, as they are related to the empowerment of health care, through access to information, transfer of knowledge and incentive.

Keywords: HPV, Social Networks, Morphology.

1 Introdução

Investigações vêm mostrando que a pobreza de relações sociais constitui fator de risco à saúde comparável a outros que são comprovadamente nocivos, tais como, o fumo, a pressão arterial elevada, a obesidade e a ausência de atividade física, os quais acarretam implicações clínicas para saúde pública (BROADHEAD et al., 1983).

Nos países em desenvolvimento, essa relação se mostra ainda mais claramente, uma vez que as redes são, com frequência, a única possibilidade de ajuda com que as famílias carentes podem contar; além de serem o único suporte para ajudar a aliviar as cargas da vida cotidiana. Semelhante constatação pode ser averiguada na relação entre mortalidade infantil e ausência ou precariedade dos vínculos pessoais. Essa relação foi analisada por Bronfman (1993), ao mostrar a importância que as relações pessoais têm na sobrevivência de crianças em famílias pobres.

Por seu turno, a condição de enfermidade, por si só, coloca os indivíduos diante de limitações, impedimentos e situações que mudam a relação da pessoa com o trabalho, com seus familiares, amigos e parceiros, bem como abalam sua identidade. Muitas vezes, o enfermo experimenta fragilização da identidade, do próprio sentido da vida e da capacidade de resolver problemas que o afetam, já que tudo aquilo que organizava a identidade é alterado de forma brusca com a doença (GIBSON, 1991).

Estando debilitada, a pessoa reduz as iniciativas de trocas com seus contatos pessoais afetivos, fazendo com que aqueles com quem se relacionava na rede também diminuam a sua interação. Isso porque as relações sociais têm por base uma troca, um *quid pro quo* em que se espera que a atenção oferecida seja retribuída na mesma intensidade.

A desvitalização do intercâmbio interpessoal cria uma espécie de círculo vicioso desintegrador das redes sociais. Esses processos tendem a ser potencializados: enfermidade/desvitalização das relações pessoais/enfermidade. Isso permite predizer que a presença de enfermidade crônica em uma pessoa reduzirá sua rede social, o que, dependendo

da qualidade das interações, pode contribuir para o círculo vicioso declínio da rede/enfermidade/declínio da rede (SLUZKI, 1995).

Uma das maneiras pelas quais podem ser compreendidas as influências positivas da rede social, na saúde, em particular, refere-se às ações terapêuticas prolongadas, até para a vida toda, quando se constata que a convivência entre as pessoas favorece comportamentos de monitoramento da saúde. Seria o que Sluzki (1995) chama de comportamentos corretivos, nos quais um chama a atenção do outro para mudanças visíveis, como palidez, por exemplo, além de aconselhar e incentivar a adesão. Tal atitude acabaria por incentivar muitas das atividades pessoais que se associam positivamente à sobrevida, como: rotina de dieta, exercícios, sono, adesão a regime medicamentoso e cuidados com a saúde em geral. Assim, as relações sociais também contribuem para dar sentido à vida, favorecendo a organização da identidade através dos olhos e ações dos outros, já que se sente que "estamos aí para alguém".

Nesse sentido, o apoio social que as redes proporcionam remete ao dispositivo de ajuda mútua, potencializado quando uma rede social é forte e integrada. No que concerne ao apoio social fornecido pelas redes, ressalta-se os aspectos positivos das relações sociais, como o compartilhar informações, o auxílio em momentos de crise e a presença em eventos sociais. Um envolvimento comunitário, por exemplo, pode ser significativo fator psicossocial no aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas. Na situação de enfermidade, a disponibilidade do apoio social aumenta a vontade de viver e a autoestima do paciente, o que contribui com o sucesso do tratamento (MINKLER, 1985).

De acordo com Portugal (2006), uma rede social pode ser determinada como um leque de unidades sociais e de relações, diretas ou indiretas, entre essas unidades sociais. As unidades sociais podem ser pessoas ou grupos de pessoas, informais ou formais, como associações, empresas e países. Já as relações entre os componentes da rede podem ser realizadas por meio de transações monetárias, troca de bens e serviços, transmissão de informações, tendo possibilidades de serem permanentes ou episódicas.

Para a autora acima mencionada, as redes sociais são constituídas por **nós**, que são elementos da rede ou os membros do sistema social, podendo ser formados por parentes, amigos, vizinhos, colegas e outros; já os **laços** representam as ligações entre os nós da rede, que se mostram de parentesco ou não, positivos ou negativos, fortes ou fracos, passivos ou ativos. Os laços ativos incluem interações rotineiras que abarcam auxílios diretos, conselhos e críticas, apoio e interferência. Os laços passivos, apesar de não envolverem uma interação

cotidiana, podem ser igualmente importantes do ponto de vista da segurança individual e familiar.

Dentro dessa ótica, diversos são os **conteúdos** das redes sociais ou as possibilidades de suporte disponíveis para o indivíduo ou sua família, possibilitando, assim, um aumento na qualidade de vida e bem-estar no cotidiano dos seus amparados. No que se refere ao conteúdo, esse pode ser **instrumental**, como doação, empréstimo, serviços, bens e cuidados ou **expressivo** abarcando o apoio emocional e o afeto. Dessa forma, Portugal (2006) considera que as redes permitem suprir insuficiências de outras esferas de produção de bem-estar e possibilitam o acesso a recursos que, por outras vias, seriam inacessíveis aos indivíduos.

A autora supramencionada mostra em suas entrevistas que, dependendo do recurso dispensado, o discurso dominante sobre o princípio da igualdade é, na prática, alterado pelo princípio da equidade. A igualdade predomina em poucos domínios, principalmente nas ajudas monetárias e nos bens materiais, como, por exemplo, nas situações em que os filhos que recebem igual valor de dinheiro, terreno ou uma prenda; mas, quando se refere a ajudas em serviços e cuidados, ajuda-se o membro que está mais próximo geograficamente e que necessita mais, regido desta forma, pelo princípio da equidade. Existem, também, diferenças nas contribuições quando se analisa o sexo (homem ou mulher) e se residem próximos ou não, sendo fundamental ressaltar essas ambiguidades, onde ser mulher e morar mais próximo, por exemplo, são variáveis que “naturalmente” pressupõem encargos acrescidos sem que existam necessariamente situações de conflitualidade.

Diante do exposto, na perspectiva de Portugal (2006), as propriedades morfológicas das redes são: **dimensão**: número de elementos que constituem a rede; **densidade**: relação entre os laços ativados e o total de potenciais membros da rede; **orientação**: determina se as relações orientam-se preferencialmente para parentes, amigos, vizinhos, ou colegas e se estabelecem num sentido vertical ou horizontal, privilegiando os parentes em linha reta ou os colaterais; **lateralização**: determina se a simetria de parentesco existente no casal corresponde a uma simetria na ativação dos laços ou se são privilegiadas as relações com os parentes de um dos cônjuges; **polarização**: existência de atores que desempenham um papel de “catalisadores de relações”; **segmentação**: verifica de que forma os elementos que pertencem a diferentes redes (parentesco, amizade, vizinhança) interagem entre si, ou constituem núcleos de relações independentes; **sobreposição ou dissociação**: determinar se um laço tem mais do que um conteúdo e se os diferentes elementos da rede desempenham mais do que um papel no total da rede. Existem, ainda, as normas que regem as redes sociais, trazendo a ideia de que

obedecem aos princípios gerais do sistema de dom e de que existe uma especificidade dos laços de parentesco quanto às normas seguidas.

Nesse sentido, os achados de Costa (2012) comungam com os de Portugal (2006), observando-se que as redes sociais possuem a capacidade de suprir as necessidades dos indivíduos no que se refere aos cuidados com a saúde, não atendidos pelos serviços públicos, os quais, por diversas vezes, se mostram ineficientes e sem qualidade.

Diante desse contexto, objetivou-se com o presente artigo examinar a morfologia das redes sociais utilizadas pelas mulheres a partir do diagnóstico de HPV, verificando, na perspectiva das mulheres, qual das redes foi mais efetiva, sua densidade, custo e contribuições.

2 Metodologia

Para a análise dos dados das entrevistas foi utilizada a análise de similitude, sendo esta um tipo de análise que se baseia na teoria dos grafos (CAMARGO; JUSTO, 2018), sendo utilizada frequentemente por pesquisadores das representações sociais (cognição social), pois possibilita identificar as ocorrências entre as palavras e seu resultado traz indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura da representação. Para tanto, foi feito uso do *software* Iramuteq.

Já no que se refere ao processo de operacionalização das redes, o presente trabalho baseou-se nas concepções de Portugal (2006) que, em sua tese, intitulada “Novas Famílias, Modos Antigos: As redes sociais na produção de bem-estar”, avaliou o papel efetivo que as redes sociais desempenham, caracterizando sua morfologia e modos de ação no acesso a diferentes tipos de recursos. Para tanto, a autora dimensionou a categoria rede social, por meio das seguintes subcategorias: nós, laços, a força dos laços, conteúdo, as normas e os custos, conforme o Quadro 5.

Quadro 5 - Operacionalização do conceito de Rede Social.

Categorias e Variáveis de Análise			
Quem ?	O que?	Como?	Quanto?
<i>A forma</i>	<i>O conteúdo</i>	<i>As normas</i>	<i>Valor</i>
Os nós	Instrumental	Reciprocidade	Quanto valem
Parentes	Emprego	Obrigações	Monetário
Amigos	Habitação	Igualdade	Tempo

Vizinhos	Saúde	Autonomia	Custo oportunidade
Colegas	Bens Materiais		
Outros	Cuidados		
Os laços	Expressivo		
Parentesco ou não	Apoio emocional		
Fortes/Fracos	Afeto		
Positivos /Negativos	Sociabilidade		
Ativos/Passivos			

Fonte: Portugal (2006).

Os laços foram analisados segundo as características e propriedades, como pode ser evidenciado no Quadro 6.

Quadro 6- Propriedades dos Laços.

Propriedades dos laços		
Propriedade	Definição	Indicadores
Conteúdo	Tipo de recursos que circulam entre X e Y	Apoio material Apoio financeiro Apoio em serviços Suporte afetivo Sociabilidade Informação Confiança
Diversidade	Variedade de conteúdos da relação entre X e Y	Atividades desenvolvidas por X e Y
Frequência	Número de contatos e de trocas entre X e Y	Contatos e trocas entre X e Y
Duração	Quantidade de tempo despendido na interação entre X e Y	Tempo de interação entre X e Y
Força	Influência de X em Y	Influência nas escolhas e decisões
Interferência	Relação entre os comportamentos de X e Y	Proximidade residencial Partilha de espaços e atividades de reprodução cotidiana (refeições, trabalho doméstico) Partilha de momentos de lazer

Fonte: Portugal (2006).

3 Resultados e discussão

Para análise da morfologia das redes ativadas pelas mulheres com HPV, procurou-se, inicialmente, identificar os nós mais acionados para ajuda/apoio, após o diagnóstico de lesão de alto grau-HPV. Na tabela 19, as análises das entrevistas apontaram que as mulheres, após o diagnóstico de lesão de alto grau, consideraram que a ajuda mais importante partiu das irmãs e filhos. Em segundo lugar, situam-se outros membros da família, e em terceiro lugar, encontram-se as suas mães, enfermeira da atenção primária e dos companheiros. Os laços mais fortes foram considerados para as irmãs, filhos e família.

Tabela 19 - Relação dos tipos de ajuda pós diagnóstico, 2019.

Frequência das respostas	Ajuda pós diagnóstico
4	Irmã; Filhos
3	Família
2	Mãe; Enfermeira do PSF; Marido
1	Agente de saúde; Cunhada; Vizinha; Pastor; Centro Espirita, Amiga; Namorado; Médico do PSF, CEAE e PSF.

Fonte: Dados da Pesquisa 2019.

Assim, na perspectiva das mulheres, quando questionadas a quem procuram ajuda/apoio, após o diagnóstico, foram citadas irmãs, filhos e família, como reportado nos segmentos de texto das entrevistas:

“Eu não conversei com ninguém. Que soube é só meu filho. E agora eu falei com a minha irmã, mas ela, que tá me ajudando, ela tem seus problemas dela, mas mesmo assim ela está me ajudado” (Entrevistada 1).

“Minha irmã. É que eu fui sozinha né? Ai cheguei lá fica assim, chorei demais lá no consultório... chorei. É minha irmã, minha mãe... todo mundo” (Entrevistada 3).

“É o meu marido ele não deixa de vir, está sempre comigo, ele quer saber também o que é, o que que aconteceu. Ele é meu apoio. Tem o apoio aqui também que é muito bom, o pessoal aqui é muito bom, deixa a gente muito bem, eles explica, é eu mesma que não intendo” (Entrevista 4).

“E a minha filha essa até que me trouxe hoje, das meninas é a mais velha, ela todo dia vinha, toda vez vinha e me trazia, fica, aqui, hoje que eu falei vai Larissa não que vai demorar mesmo, eu teve dá um toque, mas, é assim da minha família, foi meu marido e minha filha, mais é minha filha que vinha,

ficava meu marido, ia trabalhar, ela vinha ficava comigo até eu passar pela consulta e tudo é assim, as pessoas profissionais de saúde mesmo, também assim eu não quis ficar falando...comentado, porque se fala alguma coisa... aí o pessoal já coisa... aí já dá aquela não, aí eu não quis enquanto não é nada coisa, porque senão se fala que tá um probleminha eles já acha que você tá morrendo, aí já começa a ficar com aquele reboição, aí eu quis assim ficar explanado o que tava acontecendo comigo não. Ficou mais na família mesmo” (Entrevistada 5).

“Só parente, mãe... geralmente a gente desabafa com a colega de trabalho, né? Mais, assim não tem tanto aquele apoio. Como eu teve da minha família. Porque são pessoas assim, primeiro que é minha família, porque a quem a gente mais confia a baixo de Deus é a família” (Entrevistada 11).

Os relatos das entrevistas sustentam a confiança depositada na família. Nos momentos de crise, principalmente, no caso de enfermidades, corroborado pela análise de similitude, apresentada na Figura 11, onde se pode observar a espessura das linhas que representam a força dos laços referentes a cada um dos nós, citados pelas mulheres entrevistadas.

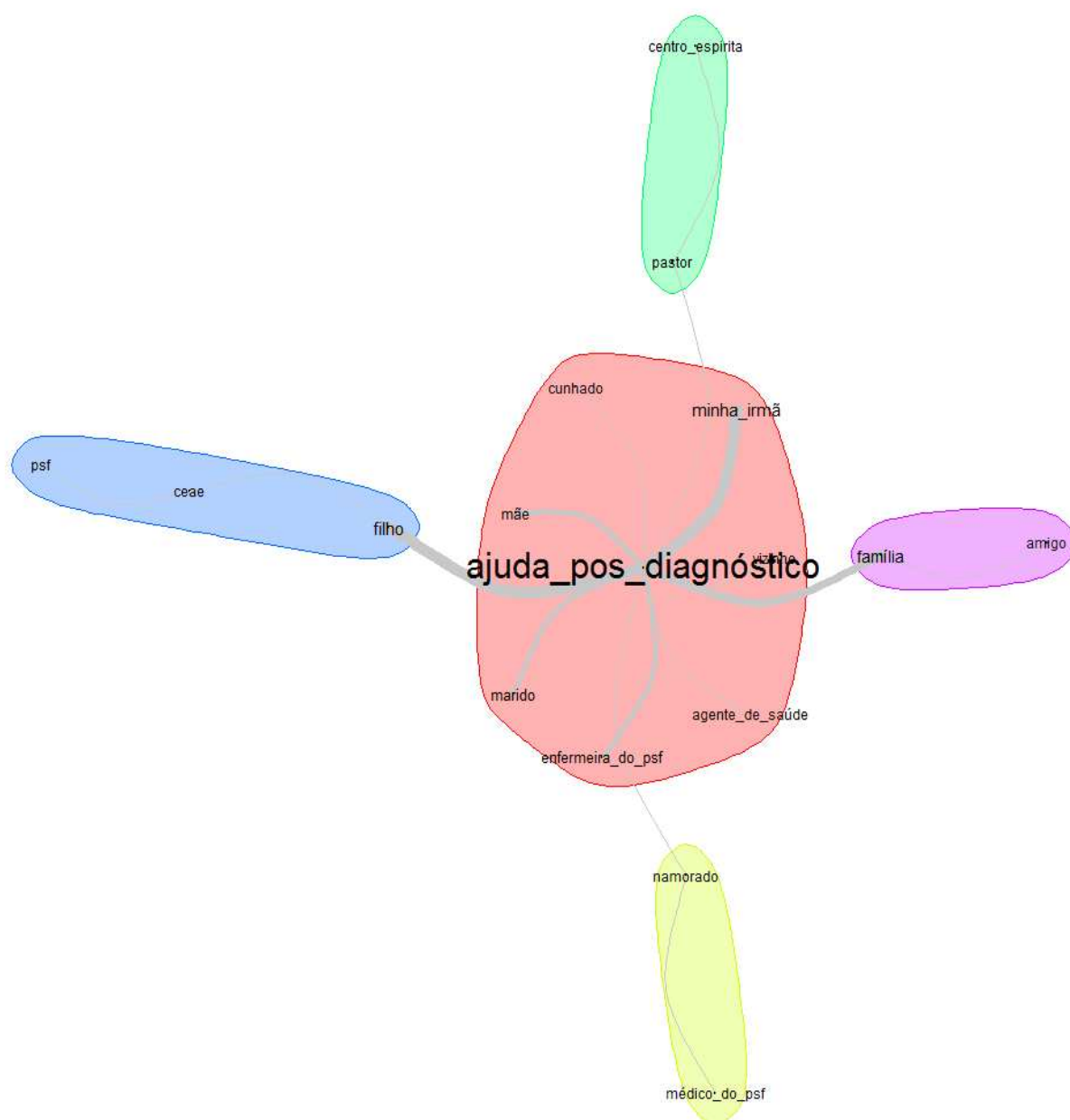


Figura 11 - Similitude de ajuda após o diagnóstico das mulheres entrevistadas, 2019.

Fonte: Dados da Pesquisa 2019.

Esse comportamento foi também observado por Barros e Lopes (2007), ao salientarem que toda a família deve estar consciente da necessidade de apoio que essa deve dispensar ao doente com câncer, uma vez que o enfrentamento poderá se tornar mais seguro e tranquilo, conduzindo essa pessoa a um tratamento e cuidado, que possam promover se não a cura, mas um conforto ao longo de sua caminhada pós-diagnóstico.

No que se refere a força dos laços, Portugal (2006) aponta que é fundamental verificar a duração da relação (antiguidade da relação e tempo despendido junto), a intensidade

emocional, a intimidade, os serviços recíprocos. Os laços podem ser positivos e negativos: os positivos são os laços de identificação, por meio dos quais os indivíduos se consideram membros de uma entidade comum; por outro lado, os negativos são laços de diferenciação, que fazem os atores sociais demarcarem-se como pertencentes a entidades diferentes. A autora anteriormente citada também menciona outras duas categorias, os laços mistos, que abarcam elementos positivos e negativos, e os laços neutros ou de indiferença (PORTUGAL, 2006).

As análises das entrevistas apontaram que as mulheres, em geral, tiveram o mesmo tipo de ajuda que o proporcionado na descoberta da doença (pós-diagnóstico). Assim, durante o tratamento contra a lesão de alto grau, consideraram que a amiga, marido e mãe foram aqueles nós que mais lhes possibilitaram auxílio/ ajuda.

Tabela 20 - Auxílio na doença durante o tratamento, 2019.

Frequência das respostas	Auxílio na doença
5	Amiga
4	Marido; Mãe
3	Irmã; Enfermeira do PSF
2	Profissional do PSF; Amiga da igreja
1	Amiga e vizinha; Amiga enfermeira; Filha; Psicóloga do CEAE; Centro Viva a Vida; Irmão; Cunhada; Médica do CEAE; Profissional do CEAE; Amiga da igreja; Assistente Social; Vizinha.

Fonte: Dados da Pesquisa 2019.

Quando questionadas quem lhes ofereceram apoio durante o tratamento e por que, os segmentos de texto das entrevistas, a seguir apresentados, estes corroboram a frequência das respostas das mulheres entrevistadas:

“Amiga da igreja. Não, não é por obrigação não. É porque tem mesmo esse laço” (Entrevistada 12).

“Minha amiga. Porque é minha amiga, né. E consideração também... é porque nós duas é assim uma ajuda a outra” (Entrevistada 6).

“Meu marido. Porque ele gosta de mim. Porque ele é meu marido, se ele abandonar eu não vou fazer o tratamento” (Entrevistada 9).

“Meu marido. Acho que é porque somos marido e mulher, ele quis fazer o papel dele também. E também na hora que ele precisa eu tô sempre ali também. Porque a gente é um casal, né? Então é um pelo outro mesmo” (Entrevistada 5).

“Minha mãe. Ah, porque é mãe né! É o que a gente espera de uma mãe é isso né! O que a mãe faz para um filho é isso” (Entrevistada 7).

De acordo com Schwartz et al. (2009), parentes, amigos e vizinhos, são fontes de apoio externo para indivíduos que enfrentam algum processo de saúde-doença. Dessa forma, salienta-se a necessidade de o (a) paciente e sua família receberem atenção e dedicação dos profissionais de saúde, pois pequenas atitudes podem e mudam, significativamente, o modo de ver o cuidado prestado.

A Figura 12 refere-se à nuvem de palavras, mostrando quais nós foram ativados para essas mulheres durante o tratamento contra o HPV.

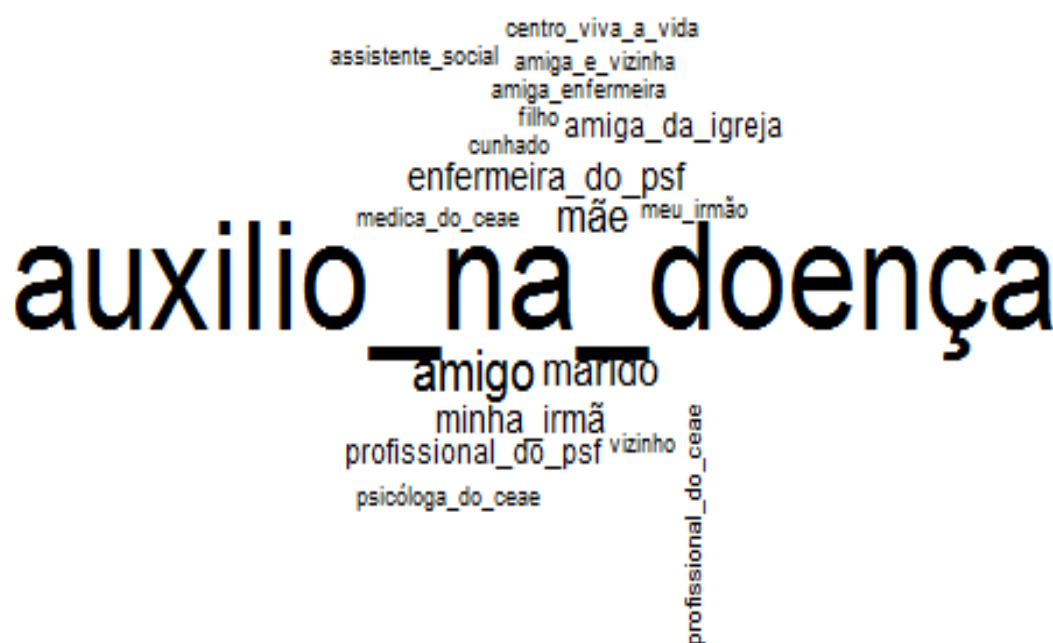


Figura 12 - Nuvem de palavras das entrevistadas, 2019.

Fonte: Dados da Pesquisa 2019.

Os resultados da pesquisa estão coerentes com os achados de Portugal (2006), que mostram que as obrigações, no âmbito da esfera familiar, advêm das relações, nas quais, mais do que uma construção, o parentesco é algo contraído. A relevância afetiva e instrumental da

família assegura-se na convicção de que os membros comungam da mesma concepção de “como deve ser”, afirmando-se uma noção do que se espera de um familiar e daquilo que o mesmo pode esperar dos demais, com o pressuposto de que existe uma obrigação familiar de cuidado com os seus membros.

A autora supramencionada aponta que, o termo “obrigação” possui duas definições, a primeira refere-se ao sentido jurídico e técnico, correspondendo a uma relação legal estabelecida entre duas pessoas, onde uma pode reivindicar algo da outra. O laço jurídico determina necessariamente um devedor e um credor, relação na qual, o segundo pode requerer algo do primeiro, amparado por uma sanção jurídica. A segunda definição para o termo “obrigação” diz respeito ao sentido lato, a uma obrigação moral baseada em uma convenção, a qual não se faz imposta no sentido jurídico, mas atua como um imperativo. Assim, essas duas definições corroboram que as obrigações familiares podem construir as representações e ações dos indivíduos. Essa interiorização da obrigação familiar é clara, porém, verifica-se uma recusa ao termo, como forma de constrangimento ou coação. Os resultados encontrados pela autora apontaram ainda uma tensão entre a norma e o dever, com a liberdade e afetividade; em suma, é como se a constatação da existência de uma obrigação invalidasse o efeito dos afetos.

Dessa forma, a obrigação revela-se de muitas formas, superando a noção de dever imposto e construindo-se em um terreno no qual “o que deve ser feito” é permeado pela dimensão relacional, escolhas e pelos afetos individuais. As práticas de cuidar, dar, receber, retribuir, no interior da família, saem do campo da obrigação e passam a ser entendidas como “demonstração de afeto”, “retribuição”, “colaboração”, “partilha” e “algo que se faz com prazer”. A autora reforça que a verdadeira dívida está relacionada à expressão do laço, da relação com o outro e não atrelada somente a uma norma social ou regra imposta.

Portugal (2006) também destaca que existe uma concepção enraizada nas famílias firmada em obrigações claramente definidas e estruturantes das ações dos indivíduos, que interage com uma proposta contemporânea, na qual a autonomia, independência, democracia e afetividade são elementos fundamentais para determinar o que “deve ser feito” e o que “é feito”. A autora acrescentou que é possível desenvolver obrigações com elementos da rede fora do âmbito familiar, através das relações de amizade, nas quais os laços são constituídos pela liberdade, escolha e reciprocidade, cabendo ressaltar que, as obrigações nessas relações são muito fortes e as exigências fundamentam-se na certeza da continuidade do ciclo “dar, receber, retribuir”. Considera que o discurso das pessoas entrevistadas acerca das contribuições, retribuições e obrigações no interior da rede é fortemente determinado pelo

princípio da igualdade, como sendo um fator fundamental para estipular a noção de justiça, onde todos os indivíduos devem receber “o mesmo” e todos possuem a mesma obrigação.

Especificamente, na esfera familiar, Portugal (2006) destaca a não incorporação do princípio de igualdade na concessão de dádivas para os filhos, o que constitui como uma das principais razões de conflitos entre pais e filhos e entre irmãos, podendo ocasionar rupturas familiares. A noção da igualdade é primordial para estipular a circulação da dádiva no sentido vertical descendente, onde o tratamento igual para todos os filhos é o princípio inalienável nas relações familiares, principalmente, quando se refere às dádivas materiais dos pais para os filhos; surgindo, assim, a herança, como instrumento regulador final das dádivas.

Com relação à demarcação dos papéis dos membros da rede de parentesco na dispensação de apoio, essa ocorre baseada nos princípios da igualdade e equidade. O princípio da igualdade determina que todos os membros colaborem de igual forma, já o princípio da equidade presume, em contrapartida, que a contribuição de cada um deve ser regida pelos seguintes critérios: recursos socioeconômicos e/ou disponibilidades concretas (tempo, proximidade geográfica, etc.); identidade sexual e ordem do nascimento (as filhas, os mais velhos, etc.); aptidões (técnicas ou relacionais), variando também com o tipo de ajuda, que está envolvido como dinheiro, serviços domésticos, apoio moral, e outros.

O princípio da autonomia toma por base a definição que o sujeito dá às relações com os demais indivíduos, em especial, seus ascendentes. A tríade - marido, esposa e filhos - como primado da família conjugal, busca sua autonomia ao definir que todas as decisões deste núcleo sejam atribuídas exclusivamente aos membros dessa tríade, e que qualquer interferência externa levaria à fragilização dessa autonomia.

No que se refere ao nó que as mulheres consideraram como de maior relevância ou mais importante durante todo o percurso do tratamento, este foi o dos filhos; seguido pela irmã, marido e enfermeira do PFS conforme a Tabela 21:

Tabela 21 - Apoio mais importante para as entrevistadas, 2019.

Frequência das respostas	Apoio mais importante
4	Filhos
3	Enfermeira do PSF, Irmã (o); Marido
1	Médica do CEAE, Amiga; Namorado

Fonte: Dados da Pesquisa 2019.

Os relatos das mulheres sobre as redes de maior apoio, representados pela família, em especial pela filha e o marido, são corroborados pelo STs, abaixo especificados:

“Minha filha eu acho. Pelo fato de eu ter quatro filhos e, assim, vê que ela é que mais assim preocupou, mais se desdobrou em atenção com isso, em tentar ajudar, entendeu? É gratificante, né. O meu marido foi muito importante foi, mas ela é diferente. Meu marido merecia menos dinheiro porque? Porque ele tá ali, né? Querendo ou não, ele tava fazendo companhia pra mim ali, pra conversar comigo agora ela, tipo assim, ela larga os afazeres dela, as coisas dela, ela tem dois filhos pequenos e tal, pra tá doando o tempo dela pra mim, entendeu? Então por isso eu acho que ela realmente foi mais importante”.

“A enfermeira me deu a orientação, mas minhas meninas me ajudou mais, às vezes, quando eu precisava, elas vinham comigo pra me ajudar a resolver né. Se eu esquecesse da data, elas me lembrava” (Entrevistada 2)

“Meu marido. Porque ele não me abandonou...quando descobriu, ele me deu muito apoio e está comigo até hoje, me ajuda sempre pra mim não andar sozinha” (Entrevistada 13).

“A minha irmã. Eu acho que é porque...como a gente é família, tá no sangue, né? Eu acho que o sangue, eu acho que a família são pessoas muito...a gente é uma pessoa muito unidamuito carismática em termos de família, tenta um ajudar o outro, se preocupa entendeu? Uma adocece.... aí igual ao meu pai, vai ao médico, eu vou levar ele, eu tô de férias, então a gente como família, a gente é muito unido, então, a gente tenta ajudar um ao outro” (Entrevistada 11).

De acordo com Silva et al. (2009), o apoio social diz respeito aos recursos disponibilizados pela rede social do indivíduo, em situações de necessidade, e podem ser mensurados através da percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções, por exemplo, apoio emocional, material e afetivo. A força da teoria de redes sociais está na suposição de que a estrutura social da rede, por si só, é altamente responsável pela determinação de atitudes e comportamentos individuais, através do acesso a recursos, oportunidades e estímulo a comportamentos. A ideia central é a de que comportamentos do estilo de vida, exposição a eventos estressantes da vida, experiências de estresse crônico e os recursos psicológicos dos indivíduos são gerados no contexto da estrutura social em que as pessoas vivem.

Sabe-se que a rede social de apoio pode prover assistência prática, encorajar diretamente comportamentos preventivos ou fornecer ambiente emocional de apoio que

colaborariam ou facilitariam a aderência em práticas preventivas, pois estariam estas relacionadas ao empoderamento de cuidados com a saúde, através do acesso à informação, transferência de conhecimento e incentivo. Ressalta-se a importância da influência social, no sentido de que, o meio social estabeleceria normas de comportamentos mais ou menos aceitáveis, além de que determinados vínculos sociais poderiam promover maior acesso aos serviços de saúde (SILVA et al., 2009).

No que se refere à morfologia das Redes Sociais, os resultados evidenciaram que, de acordo com as percepções das mulheres, os nós mais presentes foram: parentes, amigos, profissionais de enfermagem da atenção primária em saúde e os seus cônjuges, como pode ser visualizado no Quadro 7, que apresenta os resultados da operacionalização do conceito de Rede Social.

Quadro 7 - Resultados da operacionalização do conceito de Rede Social.

Categorias e Variáveis de Análise			
Quem ?	O que?	Como?	Quanto?
<i>A forma</i>	<i>O conteúdo</i>	<i>As normas</i>	<i>Valor</i>
Os nós	Instrumental	Reciprocidade	Quanto vale em termos monetários: As respostas oscilaram entre R\$ 180,00 à R\$ 1.500,00.
Parentes	Transporte para o tratamento		
Amigos	Dinheiro (empréstimos, doação)		Tempo despendido nas ajudas: Entre 2 a 6 horas diárias.
Enfermeiro do PSF	Cuidado com crianças para a realização do tratamento		
Marido	Acompanhante nas consultas/procedimentos		
	Exames		
Os laços	Expressivo		
Parentesco ou não	Apoio emocional		
Fortes	Afeto		
Positivos	Orientações		
Ativos	Troca de confidências		

Fonte: Dados da Pesquisa 2019.

No que se refere aos conteúdos que circularam na rede social, esses foram instrumentais, como: o transporte para o tratamento; empréstimo ou doação de recursos financeiros; cuidado com os filhos das pacientes enquanto essas se encontravam nas consultas/procedimentos médicos; e viabilização dos exames necessários e acompanhamento nas consultas/procedimentos de saúde. Já os conteúdos expressivos se relacionaram ao apoio emocional, afeto, troca de confidências e orientações diversas.

No que diz respeito às normas que regeram as redes sociais, relatadas pelas entrevistadas, em sua maioria, foram constituídas pela reciprocidade, pois todas afirmaram já terem ajudado os nós citados alguma vez na vida, relatando poderem contar com os mesmos sempre que necessitarem. Esse resultado está coerente com os da pesquisa de Costa (2012), ao analisar a morfologia das redes acionadas por pacientes em fila de espera por cirurgia pelo SUS, quando foi constatado que as principais ajudas partiam do grupo familiar, com presença de laços fortes, cujas normas se pautaram principalmente na reciprocidade.

Na visão de Portugal (2006), as normas dizem aos indivíduos como eles devem se comportar e o que devem esperar dos outros. As normas reduzem a incerteza e contribuem para definir “como devem ser as coisas”, num determinado grupo. As normas podem se dividir em três tipos: as normas constitutivas, que definem o sistema de ação e a pertença do ator a esse sistema; as normas reguladoras, que regem as contribuições esperadas do ator para o sistema; as normas distributivas, que definem como devem ser distribuídas as recompensas, custos e riscos.

De acordo com Portugal (2006), o tipo de bem em discussão pode fazer com que, muitas vezes, seja revista a aplicação das normas em função dos três circuitos de trocas distintos, a ajuda em serviços, os presentes e a hospitalidade, concluindo que os critérios que regulam cada um deles são distintos. A norma da justiça é de difícil aplicação no interior da rede de parentesco. Nas redes de parentesco, a ideia de justiça não diz respeito à relação contribuição-retribuição, mas à comparação entre “pares” (doadores ou receptores), na sua relação com um terceiro.

A principal questão que se levanta em relação aos princípios que regulam as redes de trocas materiais ou afetivas é: existe uma troca restrita ou uma troca generalizada? Segundo Portugal (2006), na troca restrita existe uma reciprocidade direta, uma troca simétrica e restrita a duas pessoas. Já na troca generalizada, a reciprocidade é difusa, diferida no tempo e o equilíbrio é estabelecido à escala do grupo. Isso significa que aquele que recebe não retribuiu àquele que dá, mas confia que alguém no interior da rede retribuirá um dia.

Nesse sentido, utilizando de autores, como Lemieux, a autora afirma que os dois tipos de trocas possuem consequências diferentes sobre a solidariedade dos grupos em que são praticadas. Enquanto a troca restrita é fonte de tensão e instabilidade e repousa num fraco grau de confiança mútua, enquanto a troca generalizada tem como base um forte grau de confiança do grupo de pessoas envolvidas.

Assim, Portugal (2006) aponta que dar, receber, retribuir não é sinônimo de reciprocidade. A troca baseada no dom surge como uma sequência de ações, que geram uma assimetria de posições entre os atores envolvidos. A dádiva possibilita criar um sentido comum, que não se restringe apenas à retribuição; ou seja, antes constrói-se uma relação em que os envolvidos nunca são apenas doadores ou receptores. Assim, a autora utiliza o conceito de dívida positiva, para analisar de forma mais produtiva a circulação da dádiva no interior da família, do que o de reciprocidade. Nessa relação, o receptor não percebe no doador a intenção de o endividar através do seu gesto, sendo que isto está diretamente ligado ao prazer de estar em dívida.

Nesse contexto, mediada pela afetividade e pela confiança, a reciprocidade entre parentes realiza-se ao longo de uma vida. Aqui, quanto mais se confia no outro, o tempo é o que menos importa. O contra-dom pode vir muito mais tarde ou mesmo ser destinado a outra pessoa da família. Essa concepção mostra a evolução das posições de receptor e doador ao longo da vida. Na infância e na juventude, os filhos são apenas receptores, na vida adulta são receptores e doadores, e quando os pais atingem a velhice, passam eles a serem receptores (PORTUGAL, 2006).

Outro ponto importante para Portugal (2006) foi verificar que as características de reciprocidade no interior do parentesco dependem da situação socioeconômica das famílias. Isso significa que, mesmo que a reciprocidade ao longo do tempo persista, entre pais e filhos de famílias desfavorecidas, a reciprocidade direta aumenta. Isto é, a reciprocidade é mais visível por meio das ajudas materiais. Os filhos recebem ajuda dos pais, mas são quase sempre obrigados a retribuir de forma imediata. No que tange à dádiva fora dos laços de parentesco, esta obedece uma lógica binária de reciprocidade. Tais laços são alvo de desconfiança e fonte de insegurança. De forma geral, a dádiva fora da família parece ser menos gratificante e estimulante. Nesse caso, a dívida deixa de ser positiva e passa a ter um significado negativo, pois, ter uma dívida com alguém faz a pessoa sentir-se mal. A liberdade é não dever nada a ninguém e a reciprocidade é uma condição necessária para evitar a dominação de um dos parceiros sobre o outro.

Por outro lado, cabe ressaltar que, durante as entrevistas, as mulheres quando questionadas quanto ao custo das suas redes sociais, a maioria teve muita dificuldade de estipular um valor para os apoios sociais recebidos, reconhecendo que não tem preço o apoio recebido, afirmando:

“O que la faz pra mim nem tem preço não. Eu peço é Deus que dá ela muitos anos de vida, saúde e força. Isso que eu peço pra ela. Não sei responder isso não” (Entrevistada 11).

“Ah, eu pagaria, é assim, não tem dinheiro que pague, o que eu tô falando. Porque não tem direito que pague a ajuda de uma pessoa” (Entrevistada 19).

“Ah, não tem preço né? Infelizmente a pessoa tá ali escutando a gente, incentivando a gente nas coisas, isso não tem preço não. Ainda mais nesse mundo de hoje em dia” (Entrevistada 22).

“Apesar que não tinha nem preço, né? Pra pagar ela...ah, uns 500,00 R\$” (Entrevistada1).

Com respeito aos laços constituídos, nesse momento de debilidade e apreensão procurou-se examinar suas propriedades, em termos de conteúdo, diversidade, frequência, duração, força, e interferência, como apresentado no Quadro 8:

Quadro 8 - Propriedades dos Laços nas redes acionadas pelas mulheres, 2019.

Propriedades dos laços		
Propriedade	Definição	Indicadores
Conteúdo	Tipo de recursos que circulam entre X e Y	Apoio material Apoio financeiro Apoio em serviços Suporte afetivo Sociabilidade Informação Confiança
Diversidade	Variedade de conteúdos da relação entre X e Y	Momentos de lazer Partilha de espaços e atividades de reprodução cotidiana (refeições, trabalho doméstico)
Frequência	Número de contatos e de trocas entre X e Y	Os encontros ocorrem praticamente todos os dias
Duração	Quantidade de tempo despendido na interação	Entre 3 a 6 horas diárias

	entre X e Y	
Força	Influência de X em Y	Existe forte influência nas escolhas e decisões.
Interferência	Relação entre os comportamentos de X e Y	Em praticamente todas os casos, existe a proximidade residencial Partilha de espaços e atividades de reprodução cotidiana (refeições, trabalho doméstico) Partilha de momentos de lazer

Fonte: Dados da Pesquisa 2019

Fazito (2005) utiliza uma síntese proposta por Wellman (2002) para as principais características dos laços familiares das redes pessoais comunitárias e sua contribuição para o suporte social:

- a) Os laços familiares tendem a ser fortes, baseados na intimidade dos indivíduos, frequência dos contatos, reciprocidade das trocas emocionais.
- b) Nas redes pessoais, em geral, a maior proporção dos laços efetivos ocorre entre parentes íntimos. Parentes distantes tendem a se converter em parentes imediatos, de acordo com a força dos laços internos; porém, os parentes íntimos são depositários de confiança e apoio afetivo; enquanto os parentes distantes concentram laços fracos, assemelhando-se aos amigos e vizinhos.
- c) Redes familiares mais densas (laços muito fortes e concentrados) tendem a se organizar em torno do núcleo familiar mais íntimo, mantendo grande isolamento em relação aos parentes mais distantes e laços de amizade. Estes laços sugerem maior estabilidade nos casamentos, cujos cônjuges residiam em domicílios muito distantes espacialmente dos núcleos familiares de origem. Nestes casos, a relação diádica entre esposa e marido tende a se fortalecer através do incremento das relações de apoio social, trocas afetivas e confiança mútua, centralizando o suporte no novo núcleo familiar em detrimento dos laços fortes com parentes imediatos distantes espacialmente.
- d) Os laços entre familiares íntimos tendem a conservar a preferência para trocas afetivas e confiança mútua, mesmo quando os indivíduos estão distantes espacialmente.

- e) Em geral, laços entre parentes imediatos tendem a prover mais apoio social, maior comprometimento nas trocas afetivas e confiança mútua, enquanto os laços fracos entre parentes distantes e amigos ou vizinhos tendem a prover maior apoio nas transações econômicas. Em um extremo, pais e filhos trocam variados tipos de apoio e confiança. Suas relações transcendem a intimidade, os diferentes estágios do ciclo de vida e os contatos físicos.
- f) Noutro extremo, os parentes mais distantes raramente se apresentam como apoiadores efetivos, mesmo se mais ativos e vivendo nas proximidades. No meio estão os irmãos, cujas relações íntimas de apoio e camaradagem se assemelham àquelas entre amigos quanto à sua dependência em relação ao compartilhamento da intimidade nas situações da vida diária.
- g) No caso dos amigos, os laços fracos predominam, visto que as relações de amizade não se formam sobre conexões primordiais, mas ocasionais, de acordo com o ciclo de vida das pessoas.

Desta forma, compreender como os laços sociais, enquanto elemento dentro do processo de imersão social, podem contribuir para explicar a formação de arranjos organizacionais cooperativos no que se refere às mulheres que encontram-se em tratamento contra o HPV. Pode-se perceber que tais arranjos se apresentam em variedade de formas, em que as relações sociais ou, mais especificamente, os laços sociais, podem exercer papéis com intensidades distintas.

4 Conclusão

O estudo sobre a morfologia das redes sociais, acionadas pelas mulheres com HPV, permitiu compreender que as redes têm representações diferenciadas para cada mulher que vivencia. A doença em função do contexto vivenciado. Em geral, os nós mais presentes foram: os parentes, cônjuges, amigos, profissionais de enfermagem da atenção primária em saúde e amigos. Assim, os laços oscilaram em laços de parentesco ou não, sendo que todas as mulheres consideraram os laços ativos e positivos.

No que se refere aos conteúdos que circularam na rede social, esses foram instrumentais, como: o transporte para o tratamento; empréstimo ou doação de recursos financeiros; cuidado com os filhos das pacientes, enquanto essas se encontravam nas consultas/procedimentos médicos; além da viabilização dos exames necessários e

acompanhamento nas consultas/procedimentos de saúde. Já os conteúdos expressivos se relacionaram ao apoio emocional, afeto, troca de confidências e orientações diversas.

Quanto às normas que regeram as redes sociais ativadas pelas mulheres, em sua maioria, foi relatada a reciprocidade, considerando que já haviam ajudado os nós citados, alguma vez na vida, afirmando poderem contar com os mesmos, sempre que necessitarem.

Reconhece-se, portanto, que as redes sociais de apoio pode prover assistência prática, encorajar diretamente comportamentos preventivos ou fornecer ambiente emocional de apoio, que colaborariam ou facilitariam a aderência em práticas preventivas, pois, estariam relacionadas ao empoderamento de cuidados com a saúde, através do acesso à informação, transferência de conhecimento e incentivo.

5 Referências

BARROS, D.O.; LOPES, R.L. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. **Rev Bras Enferm.** v.4, n.60, p-295-298, 2007.

BROADHEAD W. E. ;KAPLAN, B. H.; JAMES, S.A.; WAGNER, E.H.; SCHOENBACH, V.J.; GRIMSON, R.; HEYDEN, S.; TIBBLIN, G.; GEHLBACH, B. H. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. **American Journal of Epidemiology.** v.117, n.5,p.521-537, 1983.

BRONFMAN P. **Multimortalidad y estructura familiar: un estudio cualitativo de las muertes infantiles en las familias.** 120f. 1993. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. **Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição, Universidade Federal de Santa Catarina.** 2013b. Disponível em:<http://www.Iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 23 de janeiro de 2019.

COSTA, S. da. **A espera por cirurgia no SUS: análise da percepção de usuários e gestores; redes sociais e processo decisório familiar.** 107f. 2012. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica). Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2012.

FAZITO, D. A configuração estrutural dos arranjos familiares nos processos migratórios: A força dos laços fortes para a intermediação. **REBEP**, v. 25, n. 2, p.13-32, 2008.

GIBSON, C. A concept analysis of empowerment. **Journal of Advanced Nursing**. v.4, n.16, p.354-361, 1991.

MINKLER, M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Senior Outreach Project. **Health Education Quarterly**. v.2, n.12, p-303-313, 1985.

PORTUGAL, S. A. **Novas famílias, modos antigos, as redes sociais na produção de bem-estar**. 740f. 2006. Tese (Doutorado em sociologia). Universidade de Coimbra, Portugal, 2006.

SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R.M.; BURILLE, A.; ZILLMER, J.G.V.; SILVA, D.A.; FEIJÓ, A.M.; BUENO, MEN. As redes de apoio no enfrentamento da doença renal crônica. **REME: Rev Min Enferm**. v.13, n.2, p.183-92, 2009.

SILVA, I.T.; GRIEP, R.H.; ROTENBERG, L. Apoio social e rastreamento de câncer uterino e de mama entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. latinoam enferm**. v.17, n.4, p.514-521, 2009.

SLUZKI, C. De cómo la red social afecta la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social. In E Dabas & D Najmanovich (orgs.). **Redes, el lenguaje de los vínculos**. Argentina: Editora Paidós , 1995.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais pautaram nos objetivos propostos e nos aspectos conclusivos dos artigos construídos. Assim, no caso da metanálise, pode-se concluir que todos os estudos, em seu conteúdo, debateram sobre a concepção de redes sociais/apoio, sendo que os anos que tiveram os maiores percentuais de publicação se referem a 2012, 2015, 2017 e 2014, correspondendo a 61,52 % de todos os estudos selecionados. O sexo dos primeiros autores era totalmente do sexo feminino; estando a produção concentrada nas áreas de Enfermagem, Saúde Coletiva e a Interdisciplinar.

Conforme análise textual, com respeito às percepções dos gestores e profissionais envolvidos com as mulheres com HPV, o funcionamento do programa deve-se atentar para as causas da doença e consequências do serviço prestado, no sentido de propiciar informações, priorizar a prevenção e reduzir os índices de óbitos por câncer de colo de útero.

Dessa forma, os resultados da pesquisa apontam para a necessidade de atuação dos gestores de saúde na perspectiva de monitoramento e avaliação da atenção básica, visando uma melhor qualidade dos serviços prestados à população, principalmente no que tange à sua relação com as ações de prevenção ao HPV. Sendo assim, são fundamentais ações que visem o fortalecimento e a qualificação das ações de prevenção e promoção da saúde na estratégia de saúde da família, em busca da construção de uma agenda integrada e participativa, com o objetivo de fomentar investimentos em ações educativas, que promovam a atuação das mulheres na prevenção do câncer do colo do útero.

Considerando que o processo saúde-doença possui uma dimensão individual e coletiva, não se restringindo a um aspecto meramente biológico, mas que também inclui fatores culturais, ambientais, subjetivos, coletivos e socioeconômicos, é importante ressaltar que os indivíduos e grupos da sociedade são submetidos a fatores de proteção e de risco de forma diferenciada, uma vez que se faz presente uma desigualdade na produção e no acesso de recursos sociais, como determinantes nesse processo.

Pode-se considerar que o fator determinante para que a infecção pelo HPV ainda seja um problema de saúde pública que está pautado na ausência de programas organizados e efetivos de acesso a uma prevenção e promoção da saúde, diagnóstico precoce e tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno. Ou seja, sem que ocorram essas ações, as previsões são de que os índices de óbitos por câncer do colo do útero sejam cada vez mais elevados.

Quanto ao perfil feminino acometido pela doença e atendido pelo ambulatório de ginecologia do CEAE, localizado no município de Viçosa/MG, pode-se concluir que, basicamente, as mulheres eram adultas, casadas, com nível de escolaridade equivalente ao ensino médio completo; mas, preferencialmente “do lar” ou donas de casa. Suas famílias, eram, na maioria, nucleares e no estágio de ciclo vida em formação, com renda média de aproximadamente 2,0 salários mínimos. No que concerne aos fatores da doença, as percepções das mulheres refletem uma estrutura de conhecimento marcada por dúvidas, insegurança e temores, que resultam das suas próprias reflexões e vivências, ficando visível uma assistência caracterizada pela limitada informação e escassez de ações preventivas. Tal cenário demanda investimentos em ações educativas, que tragam impacto sobre a mentalidade das usuárias e também dos profissionais de saúde. Sugere-se a formação de grupos de autoajuda, onde as mulheres possam expressar suas dúvidas, incertezas, encontrar conforto e apoio para enfrentar o HPV e suas seqüelas. Essas ações poderiam contribuir na troca de experiências, tornando-se um espaço de rica contribuição no processo de reabilitação e adaptação à doença.

No que diz respeito à morfologia das redes sociais, conforme percepções das mulheres com HPV, pode-se concluir que as redes têm representações diferenciadas para cada mulher, conforme seu cotidiano, pois é nele que é construído o viver de cada um e de cada família, com seus valores, práticas, saberes, dramas e interações sociais. Os nós mais presentes para essas mulheres foram, os parentes, conjuges, profissionais de enfermagem da atenção primária em saúde e amigos, sendo que os laços oscilaram em laços de parentesco ou não e todas as mulheres consideraram os laços ativos e positivos.

Os conteúdos das redes, no âmbito instrumental, estavam associados ao transporte para o tratamento; empréstimo ou doação de recursos financeiros; cuidado com os filhos das pacientes, enquanto essas se encontravam nas consultas/procedimentos médicos; viabilização dos exames necessários e acompanhamento nas consultas/procedimentos de saúde. Por outro lado, os conteúdos expressivos se associavam ao apoio emocional, afeto, troca de confidências e orientações diversas.

As normas que regeram as redes sociais relatadas pelas entrevistadas, em sua maioria, estavam relacionadas à reciprocidade, pois todas já tinham prestado ajuda aos nós citados, alguma vez na vida, afirmando poder contar com os mesmos, sempre fosse necessário.

Reconhece-se que a rede social de apoio pode prover assistência prática, encorajar diretamente comportamentos preventivos ou fornecer ambiente emocional de apoio que colaboraria ou facilitaria a aderência às práticas preventivas, considerando que se relacionam

com o empoderamento de cuidados com a saúde, através do conhecimento *in loco*, da realidade vivenciada, do acesso à informação, transferência de significados, práticas e incentivo.

Ao finalizarmos o estudo, depreendemos que, para prestar uma assistência cuidadosa a estas mulheres, faz-se necessário procurar entender suas redes sociais de apoio, sentimentos e situações vivenciadas por elas, ajudando-as a ressaltar os benefícios do tratamento e buscar o bem-estar durante sua realização, vislumbrando-se maneiras concretas do cuidar.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: ROTEIRO PARA ENTREVISTA (GESTORES/PROFISSIONAIS) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____

Profissão: _____

2. FORMAS DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO

2.1. Qual é o serviço de atendimento oferecido para as mulheres atendidas pelo ambulatório de ginecologia do Centro Estadual de Atenção Especializado (CEAE)?

2.2. Quais são os principais encaminhamentos e orientações às mulheres, de acordo com o grau da doença?

2.3. Apesar da existência do programa de prevenção ao HPV, ainda é alta a incidência da doença. Na sua opinião quais seriam as causas?

2.4. Quais os principais problemas e desafios enfrentados no atendimento à mulher?

2.4. Como funciona o serviço de referência e contra- referência das mulheres atendidas pelo CEAE com os outros níveis de atenção? Ou seja, quais são os principais parceiros (outras redes) do CEAE, para o controle da doença?

2.5. Na sua percepção, quais são as principais consequências do serviço prestado pelo CEAE?

2.6. No momento do atendimento é realizado um diagnóstico das redes de apoio a qual a paciente possui?

() Sim () Não

Caso positivo, quais são as redes das mulheres mais citadas? _____

2.7. Na sua opinião, essas redes sociais possuem influência no tratamento das mulheres?

() Sim () Não

De que forma? _____

2.8. Quais as suas principais contribuições: _____

2.9. Quais são as suas sugestões para melhorias no atendimento à mulher acometida pelo HPV? _____

—

APÊNDICE 2: ROTEIRO DE ENTREVISTA MULHERES (CEAE)

Nome: _____

Idade: _____ anos

Profissão: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Renda: _____ R\$

Cor: () Branca () Preta () Indígena () Parda () Amarela () Afrodescendente () Amarela ()
Outra

Religião: _____ Especificar qual? _____

Município: _____ /MG

Quem mora na casa?

Nome	Parentesco	Idade	Escolaridade	Trabalha Sim/Não	Ocupação	Se não trabalha Porque?	Renda

- 1) Antes de ter o problema de saúde que está tratando no CEAE, você já conhecia ou já ouviu falar sobre essa doença?
- 2) Na sua opinião, qual os motivos à levou a adquirir a doença?
- 3) Nos serviços de saúde pelos quais foi atendida, quais foram as orientações recebidas pelos profissionais de saúde para o controle do seu problema de saúde?
- 4) Na sua visão, quais foram as consequências da doença na sua vida?
- 5)

Após o diagnóstico, a quem solicitou ajuda/ apoio e por que?

() Parentes () Amigos () Vizinhos () Colegas () Profissional de Saúde () Outros

Cite cada pessoa/instituição a quem recorreu, para lhe ajudar nessa situação de doença:

- 1) Nome:

- 2) Idade:
- 3) O que essa pessoa é sua?
- 4) Qual a frequência que se encontram?
- 5) Onde acontecem esses encontros?
- 6) Possui intimidade ou uma relação emocional com essa pessoa?
- 7) Você passa muito tempo do seu dia com essa pessoa?
- 8) Qual o tipo de ajuda ela(e) lhe ofereceu?
 - ☐ Cuidado com crianças
 - ☐ Dinheiro (empréstimos, doação)
 - ☐ Remédios
 - ☐ Roupas
 - ☐ Exames
 - ☐ Troca de confidências ou intimidades
 - ☐ Habitação
 - ☐ Transporte para o tratamento
 - ☐ Afeto
 - ☐ Orientações
 - ☐ Apoio emocional
 - ☐ Acompanhou nas consultas/procedimentos
 - ☐ outros
- 9) Porque você acha que ela(e) te ajudou?
- 10) Você considera que pode contar com ela (e) quando necessário?
- 11) Porque você recorreu a essa pessoa?
- 12) Você também ajuda (ou já ajudou) essa pessoa quando ela precisa (ou precisou)?
- 13) Vocês trocam ajudas no dia a dia?
- 14) Ela (e) mora próximo da sua casa?
- 15) Vocês partilham juntas(os) momentos de lazer?
- 16) Vocês partilham refeições e trabalhos domésticos?
- 17) Quantas horas por dia ela(e) gastou com você para te auxiliar?
- 18) Se você fosse pagar em dinheiro essa ajuda qual seria o valor?

De todas as pessoas/instituições que citou qual foi a mais importante?

APÊNDICE 3: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GESTORES /PROFISSIONAIS

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa

“MORFOLOGIA DAS REDES E SUA INFLUÊNCIA NA REALIDADE DAS MULHERES COM HPV”. Nesta pesquisa pretendemos analisar a relação entre as redes sociais e o HPV, considerando as percepções dos gestores, profissionais do Centro Estadual de Atenção Especializado (CEAE), do município de Viçosa /MG.

O motivo que nos leva a estudar essa temática, é justificada pela Organização Pan Americana de Saúde (2016), que aponta o câncer do colo do útero, como uma das principais causas de óbito nas mulheres em âmbito mundial, sendo o seu principal agente causador, o Vírus do Papiloma Humano (HPV), o qual, dentre as infecções adquiridas através das relações sexuais desprotegidas, é a que apresenta as maiores taxas de contaminação.

Nesse contexto, a proposta de pesquisa em questão priorizará as redes sociais e o HPV, como foco nas políticas públicas da saúde da mulher, visando uma melhor compreensão sobre essa temática; bem como a adoção de referenciais conceituais, no que se refere às categorias de redes sociais, saúde feminina e HPV, de modo a verificar a morfologia e influência das redes de apoio na realidade das mulheres com HPV, ou seja as principais redes sociais (formais e informais) que a mulher acessa ao ser diagnosticada com o HPV, qual é o seu conteúdo e as normas que regem essas redes.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: pretende-se fazer uso de entrevistas semiestruturadas que deverão ser gravadas, após autorização da entrevista e, posteriormente, transcritas. As entrevistas junto aos profissionais e gestores abordarão suas percepções sobre a forma de funcionamento do CEAE e seus possíveis parceiros na prevenção ao HPV; principais problemas vivenciados, desafios e consequências do serviço prestado pelo Centro; bem como suas sugestões para o controle da doença.

Todas as informações têm caráter confidencial, ficando garantido a todos que colaborem com este estudo, o total sigilo institucional. Será reservado tanto a identificação d(o)a entrevistad(o)a, como toda e qualquer informação que o (a) mesmo(a) desejar excluir.

O tempo previsto para a realização da entrevista será de 30 minutos, existem riscos envolvidos nessa pesquisa, que estão relacionados ao desconforto e a inibição em prestar as informações solicitadas, bem como ao constrangimento devido à natureza do tema. Neste

caso, o/a participante poderá se abster de responder quaisquer perguntas do questionário que lhe cause constrangimento ou mesmo desistir da pesquisa a qualquer momento, sem a necessidade de explicar o motivo.

As contribuições teóricas e práticas que a pesquisa pode trazer abarcam a relevância de que as diretrizes dos serviços públicos contemplem a pluralidade das vivências femininas e a importância das redes sociais, considerando a inter-relação entre fatores sociais, políticos e econômicos, de etnia e cultura, bem como a capacidade dos profissionais e gestores das políticas públicas de saúde, no sentido de estarem atentos para esses fatores.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr.(a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição, quando finalizada. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Centro Estadual de Atenção Especializado (CEAE) e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos após o término da pesquisa. Após esse período, os mesmos serão destruídos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, contato _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa **“MORFOLOGIA DAS REDES E SUA INFLUÊNCIA NA REALIDADE DAS MULHERES COM HPV”** de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão

de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas. **Nome do Pesquisador Responsável:** Karla Cristina Faria de Souza

Endereço: Rua Antonio Torres- nº 175/ apto 302- Ramos

Telefone: (031) 988629268

Email: k1985cristina@gmail.com

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UFV – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Universidade Federal de Viçosa

Edifício Arthur Bernardes, piso inferior

Av. PH Rolfs, s/n – Campus Universitário

Cep: 36570-900 Viçosa/MG

Telefone: (31)3899-2492

Email: cep@ufv.br

www.cep.ufv.br

Viçosa, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE 5: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MULHERES

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“MORFOLOGIA DAS REDES E SUA INFLUÊNCIA NA REALIDADE DAS MULHERES COM HPV”**. Nesta pesquisa pretendemos analisar a relação entre as redes sociais e o HPV, considerando as percepções das mulheres atendidas pelo Centro Estadual de Atenção Especializado (CEAE), do município de Viçosa /MG.

O motivo que nos leva a estudar essa temática, é justificada pela Organização Pan Americana de Saúde (2016), que aponta o câncer do colo do útero, como uma das principais causas de óbito nas mulheres em âmbito mundial, sendo o seu principal agente causador, o Vírus do Papiloma Humano (HPV), o qual, dentre as infecções adquiridas através das relações sexuais desprotegidas, é a que apresenta as maiores taxas de contaminação.

Nesse contexto, a proposta de pesquisa em questão priorizará as redes sociais e HPV, como foco nas políticas públicas da saúde da mulher, visando uma melhor compreensão sobre essa temática; de modo a verificar a morfologia e influência das redes de apoio na realidade das mulheres com HPV, ou seja, as principais redes sociais (formais e informais) que a mulher acessa ao ser diagnosticada com o HPV, qual é o seu conteúdo e as normas que regem essas redes.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: pretende-se fazer uso de entrevistas semiestruturadas que deverão ser gravadas, após autorização da entrevista e posteriormente transcritas. Na entrevista juntos às mulheres, será inicialmente delineado o seu perfil pessoal, familiar e socioeconômico, bem como os fatores inerentes à doença, em termos de conhecimento, motivos, problemas e consequências da doença, além da morfologia das redes sociais utilizadas pelas mulheres a partir do diagnóstico, verificado qual das redes foi mais efetiva, sua densidade, custo e contribuições.

Todas as informações têm caráter confidencial, ficando garantido a todas que colaborem com este estudo, o total sigilo institucional, isto é, fica reservada tanto a identificação da entrevistada, como toda e qualquer informação que a mesma desejar excluir.

O tempo previsto para a realização da entrevista será de 30 minutos, existem riscos envolvidos nessa pesquisa, que estão relacionados ao desconforto e a inibição em prestar as informações solicitadas, bem como ao constrangimento devido à natureza do tema. Neste caso, a participante poderá se abster de responder quais quer perguntas do questionário que

lhe cause constrangimento ou mesmo desistir da pesquisa a qualquer momento, sem a necessidade de explicar o motivo.

As contribuições teóricas e práticas que a pesquisa pode trazer abarcam a relevância de que as diretrizes dos serviços públicos contemplem a pluralidade das vivências femininas e a importância das redes sociais, considerando a inter-relação entre fatores sociais, políticos e econômicos, de etnia e cultura, bem como a capacidade dos profissionais e gestores das políticas públicas de saúde, no sentido de estarem atentos para esses fatores.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr.(a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Centro Estadual de Atenção Especializado (CEAE) e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos após o término da pesquisa. Depois desse tempo, os mesmos serão destruídos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, contato _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa **“MORFOLOGIA DAS REDES E SUA INFLUÊNCIA NA REALIDADE DAS MULHERES COM HPV”** de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original

deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Nome do Pesquisador Responsável: Karla Cristina Faria de Souza

Endereço: Rua Antonio Torres- nº 175/ apto 302- Ramos

Telefone: (031) 988629268

Email: k1985cristina@gmail.com

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UFV – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos Universidade Federal de Viçosa Edifício Arthur Bernardes, piso inferior

Av. PH Rolfs, s/n – Campus Universitário

Cep: 36570-900 Viçosa/MG

Telefone: (31)3899-2492

Email: cep@ufv.br

www.cep.ufv.br

Viçosa, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador