



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LETRAS
DOUTORADO EM LETRAS**



DÉBORA SIMÕES ARAÚJO

**TERMINOLOGIA, COGNIÇÃO E ACESSIBILIDADE EM SAÚDE:
COMPREENSÃO DOS TERMOS DO HPV ENTRE UNIVERSITÁRIAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

São Cristóvão/SE
2026

DÉBORA SIMÕES ARAÚJO

**TERMINOLOGIA, COGNIÇÃO E ACESSIBILIDADE EM SAÚDE:
COMPREENSÃO DOS TERMOS DO HPV ENTRE UNIVERSITÁRIAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Letras da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Letras.

Área de concentração: Estudos Linguísticos. Linha de pesquisa: Linguagens, usos e tecnologias.

Orientador: Prof. Dr. Sandro M. D. A. Marengo

São Cristóvão/SE
2026

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

Araújo, Débora Simões
A663t Terminologia, cognição e acessibilidade em saúde :
compreensão dos termos do HPV entre universitárias da
Universidade Federal de Sergipe / Débora Simões Araújo ;
orientador, Sandro Marcio Drumond Alves Marengo.– São
Cristóvão, SE, 2026.
280 f. : il.

Tese (doutorado em Letras) – Universidade Federal de Sergipe,
2026.

1. Análise linguística. 2. Lexicologia. 3. Papilomavírus. 4.
Cognição. 5. Medicina – Terminologia. I. Marengo, Sandro Marcio
Drumond Alves, orient. II. Título.

CDU 81'27:61

Nota sobre o uso de Inteligência Artificial

No desenvolvimento desta Tese de Doutorado, utilizamos ferramentas de Inteligência Artificial generativa apenas como auxílio técnico e de redação, de forma ética e responsável. Seu uso limitou-se estritamente às seguintes finalidades:

1. Ajustes Textuais: correção gramatical, pontuação e ortografia - uso de ferramentas como Gemini (Google) e ChatGPT (Open AI);
2. Refinamento de Redação: uso do ChatGPT (Open AI) para obter sugestões de reestruturação de frases longas, substituição de vocábulos repetidos e aprimoramento da fluência textual, sempre partindo de textos e ideias originalmente redigidos por mim;
3. Uso do ChatGPT e DeepSeek como apoio para: i) gerar ou corrigir código para formatação de gráficos em linguagens como R (R Core Team, 2023); ii) sugerir ajustes de layout e estilo em ilustrações.

É fundamental destacar que: a) Todo o conteúdo intelectual, científico e acadêmico, incluindo a formulação do problema de pesquisa, revisão de literatura, delineamento metodológico, execução das análises, interpretação dos resultados, discussão e conclusões, é fruto exclusivo do meu trabalho e julgamento como pesquisadora; b) Todas as intervenções sugeridas por IA foram submetidas a revisão crítica, validação e, quando aplicável, extensa edição por mim. A ferramenta nunca gerou conteúdo conceitual ou analítico original; e c) O uso da IA em momento algum substituiu meu protagonismo criativo, analítico e decisório, servindo apenas para agilizar e polir aspectos formais da redação e apresentação.

Assumo, portanto, integral responsabilidade por toda a pesquisa, redação final e conteúdo apresentado nesta tese.

DÉBORA SIMÕES ARAÚJO

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Letras da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Letras.
Área de concentração: Estudos Linguísticos.
Linha de pesquisa: Linguagens, usos e tecnologias.
Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Sandro M. D. A. Marengo (PPGL/UFS)
Orientador

Profa. Dra. Ieda Maria Alves (DLCV/USP)
Examinador Externo à Universidade

Prof. Dr. Eduardo Jorge Sant'Ana Honorato (ESA/UEA)
Examinador Externo à Universidade

Profa. Dra. Cátia Maria Justo (PPGCS/UFS)
Examinador Externo ao Programa

Profa. Dra. Roana Rodrigues (PPGL/UFS)
Examinador Interno ao Programa

Profa. Dra. Maria José Bocorny Finatto (PPGL/UFRGS)
Suplente Externo à Universidade

Profa. Dra. Rosa Estopà (IULA/UFP)
Suplente Externo à Universidade

Comitê de Ética em Pesquisa da UFS
CAAE: 84908224.4.0000.5546
Parecer nº: 7.279.775
Data: 10 de dezembro de 2024

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Marieta, mulher de fibra e virtuosa a quem admiro muito, meu maior exemplo de empatia e solidariedade, que me ensinou, com sua fé e sua alegria de viver, a ter perseverança diante das adversidades, na certeza de que depois da tempestade vem a bonança.

Ao meu pai, Daniel (*in memoriam*), cuja presença vive em mim e, no sangue, inspirou-me a tornar-me professora. Nosso encontro é de almas e transcende o tempo e o espaço.

Ao meu esposo, Raul Dória, que sonha junto comigo e me apoia incondicionalmente. A vida é boa com você!

Estendo esta dedicatória às mulheres que lutam contra o câncer de colo do útero e àquelas que perderam a batalha para ele. Que este estudo sirva como uma voz a mais na defesa da vida, da prevenção e do fim dessa doença evitável.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu forças e, nos momentos difíceis, mostrou-me que estava cuidando de tudo.

Agradeço profundamente ao Instituto Federal do Piauí, em especial ao Campus Corrente, pela concessão do afastamento (licença-capacitação) para a realização de parte deste doutorado. A política institucional de valorização da qualificação docente foi fundamental para que eu pudesse me dedicar com exclusividade à pesquisa e à elaboração desta tese. Esse voto de confiança fortalece meu compromisso de retornar e reverter todo o conhecimento que adquiri em benefício do ensino, da pesquisa e da extensão para os nossos estudantes.

Minha gratidão ao meu orientador, Prof. Dr. Sandro Marengo, que me apresentou a Terminologia e me deixou extremamente encantada com a área. Obrigada pelos saberes intelectuais compartilhados, obrigada também pelos saberes humanos, pela paciência, disponibilidade e pelo apoio em muitos momentos. Agradeço a confiança depositada em mim. Seus ensinamentos e incentivos durante todos esses anos que me acompanha, desde a graduação como meu professor até o doutorado como meu orientador, serão levados com carinho por mim onde quer que eu vá.

Agradeço também aos membros da banca examinadora por aceitarem o convite, disponibilizando seu tempo e escuta atenta desde o momento da qualificação até agora no momento da defesa que é tão importante e especial para mim. Suas observações, através da leitura crítica deste trabalho, deixaram essa trajetória ainda mais rica.

Sou grata à profa. Dra. Roana Rodrigues pelas contribuições na minha banca de qualificação e na de defesa, mas também por todos os ensinamentos compartilhados durante a disciplina de Teorias da Linguagem. Nossos encontros virtuais na disciplina, por causa da pandemia, foram muito proveitosos.

Agradeço à Universidade Federal de Sergipe e ao Programa de Pós-Graduação em Letras (PPGL). Bem como, aos docentes que fazem parte do programa por toda a contribuição em minha vida acadêmica através das aulas ministradas durante o mestrado e o doutorado.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) pelo financiamento de parte da pesquisa, durante 1 ano e 3 meses no

início do doutorado, quando ainda não era servidora pública, por meio de bolsa de estudos.

As participantes desta pesquisa, minha mais sincera gratidão. Suas palavras são a espinha dorsal deste trabalho.

Sou grata a minha mãe, Marieta, por ter me dado oportunidades, valores e exemplos de empatia. Obrigada, mainha, todo investimento na minha educação. Seu amor, carinho, orgulho, incentivo e escuta me guiaram até aqui.

Gostaria de agradecer também ao meu pai, Daniel (*in memoriam*). Ser sua filha foi uma honra e sou grata pelo tempo que passamos juntos. As minhas memórias desse tempo são as mais doces que uma filha pode ter de um pai.

Minha mais profunda gratidão ao meu esposo, Raul, que, com seu apoio incondicional, cuidado e carinho, levantou-me todas as vezes que eu caí, sustentou-me quando eu fraquejei e não deixou que eu me abatesse diante das dificuldades me fazendo rir até mesmo quando eu só queria chorar. Obrigada por toda ajuda durante a pesquisa, desde a logística do dia a dia que precisou ser reajustada até ajuda com meu texto, ajudando-me com as edições e com o uso dos *softwares*. Esta tese tem muito de você.

Sou grata ao meu grande amigo Rael Augusto, a quem carinhosamente chamo de papito. Obrigada por ser como um pai em minha vida. Sua escuta atenta, cuidado e preocupação comigo deixaram o caminho mais leve. Gratidão por cuidar de mim desde a graduação.

Ao meu irmão mais velho, José Araújo, a quem carinhosamente chamo de Valtinho, muito obrigada por todo o cuidado e preocupação comigo desde sempre. “Nossos destinos foram traçados na maternidade”.

Agradeço a minha grande e melhor amiga Karol Queiroz, por todos os momentos que me ouviu, cuidou de mim e me acolheu. Obrigada por me incentivar em diferentes campos da minha vida. É uma honra enorme ser sua amiga e trabalhar no IFPI com você.

Gratidão a minha família, em especial, às minhas irmãs, cada um à sua maneira contribuiu para que eu me tornasse quem sou.

Agradeço aos colegas IFPI, campus Corrente, por seu apoio durante essa caminhada, em especial, aos professores Laécio e Felipe, que me ajudaram logisticamente com a pesquisa enquanto não estava em afastamento no ano de 2024, e aos professores Anaian e Israel por sua disponibilidade nessa jornada e ajuda com

meu retorno ao campus. Professor Laécio, meu amigo, muito obrigada por toda ajuda durante o meu processo de mudança para Sergipe.

Aos amigos Ricardo, Tiago e Tássia, minha gratidão pelas longas conversas, desabafos, memes compartilhados e risos que tornaram dias difíceis mais brandos. Ricardo, obrigada pelas orações e por me acalmar nas dificuldades que iam se apresentando nesses últimos meses.

Aos colegas do LADOC que estão comigo nessa jornada desde 2022, em especial a Almir (quem orava por todos do grupo, saiba que suas orações aqueceram meu coração), Édipo, Emily, João Paulo, Josefa Mônica e Soraya (que está comigo desde a graduação compartilhando diferentes momentos dentro da acadêmica). Obrigada pela troca de ideias, pelas discussões teóricas e metodológicas, pelos momentos de descontração compartilhados e sobretudo porque deixaram a caminhada menos solitária mesmo quando ainda estávamos nas aulas *online* por causa da pandemia do *Covid-19*.

Agradeço aos amigos que a UFS me presenteou, João Paulo, Emyson, Carol e Talita, em especial, a João, que me ajudou na divulgação da minha pesquisa pela UFS, e a Talita, que me ajudou muito na reta final, sua ajuda foi valiosa demais nesse momento de tantas mudanças em minha vida. Vocês tornaram essa caminhada leve. Os risos que partilhamos pessoalmente e nas redes sociais foram de extrema importância.

Gostaria de finalizar esses agradecimentos com um trecho da canção “Sujeito de Sorte” de Belchior - “Presentemente, eu posso me considerar um sujeito de sorte, porque apesar de muito moço, me sinto são, e salvo, e forte. E tenho comigo pensado: Deus é Brasileiro e anda do meu lado”.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

(Carl Jung)

“Caminante, son tus huellas
el camino y nada más;
Caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.
Al andar se hace el camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.
Caminante no hay camino
sino estelas en la mar”.

(Antonio Machado)

RESUMO

A infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) constitui um dos maiores desafios de saúde pública global, sendo o principal agente etiológico do câncer do colo do útero. A Organização Mundial da Saúde reconhece o HPV como uma das infecções sexualmente transmissíveis mais prevalentes do mundo, com impacto direto sobre a saúde feminina. No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer aponta a prevenção e a conscientização como estratégias essenciais para reduzir os índices de morbimortalidade. O tema central desta Tese é a compreensão e o uso dos termos *HPV*, *Papanicolau*, *Lesão precursora*, *Câncer do colo do útero* e *Vacina* por mulheres cisgênero de 18 a 23 anos, nascidas e residentes em Sergipe, alunas da Universidade Federal de Sergipe na área de Humanidades e usuárias do SUS. O problema de pesquisa questiona como essas participantes conceptualizam e compreendem tais termos e em que medida suas interpretações se aproximam ou se distanciam do saber técnico, revelando graus distintos de acurácia informacional. A hipótese sustenta que, ao migrarem do domínio técnico para o social, esses termos sofrem reinterpretações sociocognitivas, gerando modelos híbridos de compreensão. O objetivo geral é descrever, analisar e discutir as compreensões e usos dos cinco termos, comparando a conceptualização leiga com a técnico-científica. Os objetivos específicos incluem identificar e analisar os Modelos Cognitivos Idealizados e *frames* que estruturam a compreensão de termos-chave relacionados ao HPV entre mulheres jovens; avaliar a acurácia conceitual das compreensões identificadas, contrastando-as com o conhecimento especializado consolidado; e discutir os resultados e suas implicações para a acessibilidade textual e terminológica em comunicação em saúde. A pesquisa articula três eixos teóricos: (i) a Teoria Sociocognitiva da Terminologia (Temmerman, 2000a, 2000b); (ii) a Lexicologia da Verticalidade (Wichter, 1994); e (iii) a Linguística Cognitiva, com ênfase nos MCIs (Lakoff, 1987) e *frames* (Fillmore, 2006). Complementarmente, utiliza-se Faber (2009) para discutir categorização prototípica e redes conceituais, bem como Eysenbach *et al.* (2002) e Paolucci, Pereira Neto e Nadanovsky (2021) para o conceito de acurácia informacional. Metodologicamente, trata-se de pesquisa quanti-qualitativa, de tipo descritivo e transversal, com predominância qualitativa. A vertente quantitativa fornece indicadores de frequência e percentuais de acurácia; a qualitativa interpreta os conteúdos e modelos cognitivos. O *corpus* técnico é composto pelo *Guia Prático sobre o HPV* (Brasil, 2014) e pelos *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS/BIREME, 2025) e o *corpus* empírico reúne 11 entrevistas orais. O processamento textual foi feito no software R, utilizando algoritmos de ganho informativo (Quinlan, 1986) e LDA (Grün; Hornik, 2011) para validação semântica. Os resultados evidenciaram um processo de reconfiguração sociocognitiva na migração dos termos. Para o termo *HPV*, predominaram acurácias Incompleta (54,5%) e Incorreta (45,5%), com modelos híbridos que frequentemente o confundiam com *HIV*, *câncer* ou outras *ISTs*. O termo *Papanicolau* revelou uma clivagem entre o significante e sua função, com 72,7% de acurácia Incompleta. O termo *Lesão precursora* apresentou o maior índice de incompreensão, com 63,6% de acurácia Ausente. Para o *Câncer do colo do útero*, a maioria (63,6%) demonstrou acurácia Incompleta, reconhecendo a doença, mas falhando em estabelecer o elo causal com o *HPV*, um achado que evidencia o colapso da rede causal na conceptualização leiga. Já o termo *Vacina*, embora universalmente reconhecido (90,9% de acurácia Incompleta), demonstrou que a familiaridade lexical não equivale à compreensão conceitual de seu mecanismo imunológico, resultando em modelos

utilitários e esquemáticos. Ao integrar TST, Lexicologia da Verticalidade e Linguística Cognitiva, esta Tese defende que o significado terminológico é socialmente negociado e experiencialmente ancorado, e que a perda de acurácia informativa nos contextos leigos demanda estratégias de acessibilidade textual e terminológica capazes de promover uma comunicação em saúde mais clara, equitativa e humanizada. Os achados contribuem diretamente para os campos da Terminologia e da Saúde Pública, com potencial aplicação em políticas de saúde e em projetos colaborativos de investigação transnacional.

Palavras-chave: HPV; Teoria Sociocognitiva da Terminologia; Lexicologia da Verticalidade; Modelos Cognitivos Idealizados; Acessibilidade Textual e Terminológica (ATT).

DeCS/MeSH: HPV; Papanicolau; Lesão Precursora; Câncer do Colo do Útero; Vacina.

ABSTRACT

Human Papillomavirus (HPV) infection constitutes one of the major challenges in global public health and is the primary etiological agent of cervical cancer. The World Health Organization recognizes HPV as one of the most prevalent sexually transmitted infections worldwide, with a direct impact on women's health. In Brazil, the National Cancer Institute (INCA) identifies prevention and awareness as essential strategies for reducing morbidity and mortality rates. The central theme of this dissertation is the understanding and use of the terms *HPV*, *Pap smear*, *precursor lesion*, *cervical cancer*, and *vaccine* by cisgender women aged 18 to 23, born and residing in Sergipe, enrolled in Humanities programs at the Federal University of Sergipe, and users of the Brazilian Unified Health System (SUS). The research problem investigates how these participants conceptualize and comprehend such terms, and to what extent their interpretations converge with or diverge from specialized knowledge, thereby revealing distinct degrees of informational accuracy. The hypothesis posits that, as these terms migrate from the technical domain to the social sphere, they undergo sociocognitive reinterpretations, generating hybrid models of understanding. The general objective is to describe, analyze, and discuss the ways in which the five selected terms are understood and used, comparing lay conceptualizations with technical-scientific structures. The specific objectives include identifying and analyzing the Idealized Cognitive Models and *frames* that structure the understanding of key terms related to HPV among young women; assessing the conceptual accuracy of the identified understandings, contrasting them with consolidated specialized knowledge; and discussing the results and their implications for textual and terminological accessibility in health communication. This research integrates three theoretical frameworks: (i) Sociocognitive Terminology Theory (Temmerman, 2000a, 2000b); (ii) Lexicology of Verticality (Wichter, 1994); and (iii) Cognitive Linguistics, emphasizing *ICMs* (Lakoff, 1987) and *frames* (Fillmore, 2006). Additionally, Faber (2009) is employed to discuss prototypical categorization and conceptual networks, while Eysenbach *et al.* (2002) and Paolucci, Pereira Neto and Nadanovsky (2021) provide the theoretical foundation for the concept of informational accuracy. Methodologically, this is a quantitative-qualitative, descriptive, and cross-sectional study, with a predominantly qualitative orientation. The quantitative dimension provides frequency indicators and accuracy percentages, whereas the qualitative dimension interprets the conceptual content and cognitive models underlying the responses. The technical corpus comprises the *HPV Practical Guide* (Brazil, 2014) and the *Health Sciences Descriptors* (DeCS/BIREME, 2025), while the empirical corpus consists of eleven recorded and transcribed oral interviews. Textual processing was conducted using the R software, employing *information gain algorithms* (Quinlan, 1986) and *Latent Dirichlet Allocation (LDA)* (Grün; Hornik, 2011) for semantic validation. The results revealed a process of sociocognitive reconfiguration in the migration of terms. For the term *HPV*, Incomplete (54.5%) and Incorrect (45.5%) accuracy predominated, with hybrid models that frequently confused it with *HIV*, *cancer*, or other *STIs*. The term *Pap smear* revealed a cleavage between the signifier and its function, with 72,7% Incomplete accuracy. The term *Precursor lesion* showed the highest rate of misunderstanding, with 63.6% Absent accuracy. For *Cervical cancer*, the majority (63,6%) demonstrated Incomplete accuracy, recognizing the disease but failing to establish the causal link with *HPV*, a finding that highlights the collapse of the causal network in lay conceptualization. The term *Vaccine*, although universally recognized (90.9% Incomplete accuracy), demonstrated that lexical familiarity does not equate to conceptual understanding of

its immunological mechanism, resulting in utilitarian and schematic models. By integrating Sociocognitive Terminology Theory, Lexicology of Verticality, and Cognitive Linguistics, this dissertation argues that terminological meaning is socially negotiated and experientially anchored, and that the loss of informational accuracy in lay contexts calls for textual and terminological accessibility strategies capable of promoting clearer, more equitable, and humanized health communication. The findings contribute directly to the fields of Terminology, by empirically validating the postulates of SCT, and Public Health, by offering a precise diagnosis of communicative failures and an analytical model for terminological mediation, with potential application in health policies and collaborative transnational research projects.

Keywords: Human Papillomavirus (HPV); Sociocognitive Terminology Theory; Lexicology of Verticality; Idealized Cognitive Models; Textual and Terminological Accessibility.

DeCS/MeSH: HPV; Pap smear; Precursor lesion; Cervical cancer; vaccine.

RESUMEN

La infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) constituye uno de los mayores desafíos de salud pública global, siendo el principal agente etiológico del cáncer de cuello uterino. La Organización Mundial de la Salud reconoce el VPH como una de las infecciones de transmisión sexual más prevalentes del mundo, con impacto directo sobre la salud femenina. En Brasil, el Instituto Nacional del Cáncer señala la prevención y la concientización como estrategias esenciales para reducir los índices de morbilidad y mortalidad. El tema central de esta Tesis es la comprensión y el uso de los términos *VPH*, *Papanicolaou*, *Lesión precursora*, *Cáncer de cuello uterino* y *Vacuna* por mujeres cisgénero de 18 a 23 años, nacidas y residentes en Sergipe, alumnas de la Universidad Federal de Sergipe en el área de Humanidades y usuarias del SUS. El problema de investigación cuestiona cómo estas participantes conceptualizan y comprenden dichos términos y en qué medida sus interpretaciones se aproximan o se distancian del saber técnico, revelando grados distintos de precisión informacional. La hipótesis sostiene que, al migrar del dominio técnico al social, estos términos sufren reinterpretaciones sociocognitivas, generando modelos híbridos de comprensión. El objetivo general es describir, analizar y discutir las comprensiones y usos de los cinco términos, comparando la conceptualización leiga con la técnico-científica. Los objetivos específicos incluyen identificar y analizar los Modelos Cognitivos Idealizados y *frames* que estructuran la comprensión de términos clave relacionados con el VPH entre mujeres jóvenes; evaluar la precisión conceptual de las comprensiones identificadas, contrastándolas con el conocimiento especializado consolidado; y discutir los resultados y sus implicaciones para la accesibilidad textual y terminológica en comunicación en salud. La investigación articula tres ejes teóricos: (i) la Teoría Sociocognitiva de la Terminología (Temmerman, 2000a, 2000b); (ii) la Lexicología de la Verticalidad (Wichter, 1994); y (iii) la Lingüística Cognitiva, con énfasis en los MCI (Lakoff, 1987) y *frames* (Fillmore, 2006). Complementariamente, se utiliza Faber (2009) para discutir categorización prototípica y redes conceptuales, así como Eysenbach et al. (2002) y Paolucci, Pereira Neto y Nadanovsky (2021) para el concepto de precisión informacional. Metodológicamente, se trata de investigación cuanti-cualitativa, de tipo descriptivo y transversal, con predominancia cualitativa. La vertiente cuantitativa proporciona indicadores de frecuencia y porcentajes de precisión; la cualitativa interpreta los contenidos y modelos cognitivos. El *corpus* técnico está compuesto por la *Guía Práctica sobre el VPH* (Brasil, 2014) y por los *Descriptores en Ciencias de la Salud* (DeCS/BIREME, 2025) y el *corpus* empírico reúne 11 entrevistas orales. El procesamiento textual se realizó en el software R, utilizando algoritmos de ganancia informativa (Quinlan, 1986) y LDA (Grün; Hornik, 2011) para validación semántica. Los resultados evidenciaron un proceso de reconfiguración sociocognitiva en la migración de los términos. Para el término *VPH*, predominaron precisiones Incompleta (54,5%) e Incorrecta (45,5%), con modelos híbridos que frecuentemente lo confundían con *VIH*, *cáncer* u otras *ITS*. El término *Papanicolaou* reveló una escisión entre el significante y su función, con un 72,7% de precisión Incompleta. El término *Lesión precursora* presentó el mayor índice de incomprensión, con un 63,6% de precisión Ausente. Para el *Cáncer de cuello uterino*, la mayoría (63,6%) demostró precisión Incompleta, reconociendo la enfermedad, pero fallando en establecer el vínculo causal con el *VPH*, un hallazgo que evidencia el colapso de la red causal en la conceptualización leiga. En cuanto al término *Vacuna*, aunque universalmente reconocido (90,9% de precisión Incompleta), demostró que la familiaridad léxica no equivale a la comprensión conceptual de su mecanismo

inmunológico, resultando en modelos utilitarios y esquemáticos. Al integrar TST, Lexicología de la Verticalidad y Lingüística Cognitiva, esta Tesis defiende que el significado terminológico es socialmente negociado y experiencialmente anclado, y que la pérdida de precisión informativa en los contextos leigos demanda estrategias de accesibilidad textual y terminológica capaces de promover una comunicación en salud más clara, equitativa y humanizada. Los hallazgos contribuyen directamente a los campos de la Terminología y la Salud Pública, con potencial aplicación en políticas de salud y en proyectos colaborativos de investigación transnacional.

Palabras clave: VPH; Teoría Sociocognitiva de la Terminología; Lexicología de la Verticalidad; Modelos Cognitivos Idealizados; Accesibilidad Textual y Terminológica (ATT).

DeCS/MeSH: VPH; Papanicolaou; Lesión precursora; Cáncer de cuello uterino y Vacuna.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Esquema do frame associado ao termo gene	48
Figura 2 – Curva de cessação do ganho informativo para o corpus de referência (Brasil, 2014)	77
Figura 3 – Curva de cessação do ganho informativo para o corpus de entrevistas ..	78
Figura 4 – Ganho Acumulado dos termos por Corpus	79
Figura 5 – Gradiente de verticalidade conceptual do termo HPV entre especialistas e leigos.	95
Figura 6 – Distribuição percentual dos graus de acurácia do termo HPV	99
Figura 7 – Distribuição percentual dos graus de acurácia do termo Papanicolau ..	111
Figura 8 – Distribuição percentual dos graus de acurácia do termo Lesão Precursora	119
Figura 9 – Distribuição percentual dos graus de acurácia do termo Câncer de Colo do útero	129
Figura 10 – Distribuição percentual dos graus de acurácia do termo Vacina	138

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Marco científico, institucional ou interventivo do HPV ao longo das décadas.....	31
Quadro 2 – Perfil sociodemográfico e formativo das participantes.....	70
Quadro 3 – Grau de Entendimento da Participante.....	81
Quadro 4 – Quadro de termos e conceitos.....	82
Quadro 5 – Resumo dos graus de acurácia	143
Quadro 6 – Perfil de acurácia por participante	145

LISTA DE ABREVIACÕES

ABNT	Associação Brasileira de Normas e Técnicas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional De Vigilância Sanitária
ATT	Acessibilidade Textual e Terminológica
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CC	Câncer Cervical
CCU	Câncer de Colo de Útero
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICTV	International Committee on the Taxonomy of Viruses
INCA	Instituto Nacional do Câncer
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LADOC	Laboratório de Humanidades Digitais
LC	Linguística Cognitiva
MCI	Modelos Cognitivos Idealizados
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCR	Reação em Cadeia da Polimerase)
PNI	Programa Nacional de Imunizações
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TST	Teoria Sociocognitiva da Terminologia
UC	Unidade de Conhecimento
UFS	Universidade Federal de Sergipe
VLPS	Partículas Semelhantes ao Vírus

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
1 INTRODUÇÃO	24
2 OBJETIVOS	29
2.1 OBJETIVO GERAL	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
3 CONTEXTUALIZANDO O <i>PAPILOMAVÍRUS HUMANO</i>	30
3.1 CONTAMINAÇÃO E FATORES DE RISCO	38
3.2 RASTREAMENTO E PREVENÇÃO	42
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	46
4.1 LINGUÍSTICA, TERMINOLOGIA E SOCIOCOGNIÇÃO	46
4.2 LEXICOLOGIA DA VERTICALIDADE	53
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	61
5.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	61
5.2 NATUREZA E TIPO DA PESQUISA	61
5.3 <i>CORPUS</i> DE REFERÊNCIA TÉCNICA	63
5.4 <i>CORPUS</i> DE ENTREVISTAS ORAIS	65
5.4.1 Local e contexto do estudo	65
5.4.2 População e Amostra	66
5.4.3 Instrumento de coleta de dados	69
5.4.4 Procedimentos de coleta de dados	70
5.4.5 Seleção, classificação, organização e procedimentos de análise	75
6 DESCRIÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO	84
6.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO TERMO <i>HPV</i>	86
6.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO TERMO <i>PAPANICOLAU</i>	101
6.3 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO TERMO <i>LESÃO PRECURSORA</i>	114
6.4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO TERMO <i>CÂNCER DO COLO DO ÚTERO</i>	122
6.5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO TERMO <i>VACINA</i>	132
6.6 REFLEXÕES GERAIS SOBRE AS ANÁLISES DOS TERMOS	141
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
REFERÊNCIAS	152
APÊNDICE A – TCLE	165
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semiestruturada	169
APÊNDICE C – Transcrição dos áudios da pesquisa	171
APÊNDICE D – Tabulações	238

APRESENTAÇÃO

A construção de uma trajetória acadêmica raramente é linear. Mais do que uma sequência de temas, ela se constitui como um percurso de encontros, com ideias, pessoas, problemas do mundo, que, retrospectivamente, revelam uma coerência profunda, uma sintonia entre os interesses intelectuais e as inquietações existenciais do pesquisador. É dessa perspectiva que apresento esta Tese, última etapa formal de um caminho que, de forma contínua e integral, se desenvolveu no âmbito da Universidade Federal de Sergipe (UFS) e que se iniciou nas Letras, desembocando, de maneira não antecipada, mas extremamente significativa, no campo da saúde pública.

Minha formação de base, em Letras com habilitação em Português e Espanhol pela UFS, direcionou-me inicialmente para a investigação literária. No Trabalho de Conclusão de Curso, mergulhei no universo mitológico e cosmogônico da literatura indígena maia, através da análise do Popol Vuh com uma proposta de Unidade Didática para uma turma de 2º ano do Ensino Médio. Posteriormente, como bolsista voluntária do Programa de Iniciação Científica (PIBIC), na mesma instituição, dediquei-me à análise semiótica da literatura de cordel sergipana, explorando as estruturas narrativas e a cultura popular do meu estado. Essas experiências, à primeira vista distantes do tema desta Tese, foram fundamentais: elas me treinaram na decifração de linguagens complexas, na análise de narrativas e na compreensão de como os saberes são codificados e transmitidos em diferentes contextos culturais.

A transição temática para os estudos linguísticos em interface com a sociedade consolidou-se no Mestrado, realizado no Programa de Pós-Graduação em Letras também na UFS, na mesma linha de pesquisa “Linguagens, usos e tecnologias”. Nessa etapa, conduzi uma investigação sobre o exame Celpe-Bras, com o objetivo de analisar a representatividade da diversidade do português brasileiro em seus materiais de prova. Tomei como objeto as reportagens que compõem o exame, comparando-as com um corpus de reportagens de circulação nordestina através de uma metodologia quanti-qualitativa ancorada na teoria bakhtiniana de gêneros discursivos e estilo. Esse trabalho, intitulado “O lugar do gênero discursivo no Celpe-Bras: o contraste entre reportagens em circulação no Sudeste e no Nordeste brasileiro”, foi fundamental para o desenvolvimento desta Tese: ele consolidou minha expertise na construção e análise contrastiva de *corpora*, no mapeamento de variações discursivas e estilísticas

e na reflexão crítica sobre como instrumentos de avaliação linguística podem reforçar ou mitigar visões parciais da realidade social.

Ao concluir o mestrado, ingressei no Doutorado, mantendo-me na mesma linha, inicialmente com um projeto na área de Tradução. No entanto, ao integrar-me ao grupo de pesquisa sob a orientação do Prof. Dr. Sandro M. D. A. Marengo, fui convidada a explorar um campo novo e desafiador dentro desse mesmo eixo teórico-metodológico: a interface entre Terminologia e Saúde Pública.

Foi nesse contexto grupal, permeado por discussões sobre acessibilidade informacional e justiça cognitiva, que o tema do *Papilomavírus Humano* (HPV) emergiu com força singular. A escolha não foi meramente técnica ou oportunista. Ela ecoou, de forma potente e por vezes dolorosa, minhas próprias vivências. Testemunhei, ao final da minha adolescência, a não vacinação de crianças e adolescentes do meu convívio familiar devido à disseminação de *fake news*¹ que, na época, associavam a vacina contra o HPV a supostos efeitos colaterais como esterilidade, menopausa precoce e danos neurológicos.

Como mulher da geração que ficou à margem do recorte etário inicial do Sistema Único de Saúde (SUS) para a vacinação gratuita incorporada ao calendário vacinal por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), compreendo na pele a sensação de vulnerabilidade diante de um vírus silencioso e, muitas vezes, mal compreendido. E, na minha atuação profissional como professora de Língua Espanhola do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí, lido diariamente com adolescentes e jovens, carregando a responsabilidade social de promover, também através da linguagem, uma educação para a saúde autônoma e consciente.

Assim, esta Tese representa a confluência desses múltiplos rios: o rigor analítico das Letras, a sensibilidade para a comunicação intercultural do PLE, o ferramental teórico da Teoria Sociocognitiva da Terminologia e uma motivação ética e pessoal inextricável. É a materialização de um percurso que, do mito maia e do cordel sergipano ao ensino de línguas e à comunicação em saúde, mantém um fio condutor: a crença de que a linguagem não apenas descreve o mundo, mas o

¹ Essas notícias falsas, infelizmente, continuam circulando ao longo dos anos. Em 2024, por exemplo, em meio a disseminação desse tipo de notícia nas redes sociais, o Ministério da Saúde em 8 de maio de 2024, fez uma publicação em sua página do Instagram alertando sobre as *fake news* a respeito da vacina contra o HPV. Segue link de acesso da postagem na rede social: <https://www.instagram.com/p/C6tVoj3NQXc/>. Acesso em: 18 maio 2024.

constitui, e que torná-la clara, acessível e equitativa é um ato político de primeira grandeza.

Sonho com o dia em que nenhuma mulher sofrerá as consequências de um câncer evitável por falta de informação compreensível. Acredito que a Linguística, em diálogo com a Saúde Coletiva, tem um papel crucial na construção desse futuro. É na esperança de contribuir, ainda que modestamente, para essa construção que entrego este trabalho.

Débora Simões Araújo

São Cristóvão, 2026.

1 INTRODUÇÃO

A infecção pelo *Papilomavírus Humano* (HPV) é um desafio de saúde pública a nível global, visto que o vírus é o grande responsável pelo câncer cervical (CC), também conhecido como câncer do colo de útero (CCU), além de causar outras neoplasias associadas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o HPV é uma das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) mais prevalentes no mundo, tendo impacto direto na saúde feminina. Aqui no Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) contabiliza milhares de novos casos de CC anualmente e toma como fatores imprescindíveis para a redução da morbimortalidade feminina a prevenção e a conscientização sobre a infecção pelo HPV.

Ademais das justificativas científicas, esta pesquisa é motivada por uma inquietação pessoal e social da pesquisadora, que testemunhou os efeitos da desinformação sobre a vacina do HPV e integra uma geração de mulheres em situação de vulnerabilidade pela não inclusão no recorte etário inicial do SUS. Como educadora, compreende a urgência de uma comunicação em saúde clara e acessível.

Para além das justificativas pessoais, este trabalho possui relevância tanto científica quanto social e prática, considerando a importância que o acesso à informação e sua correta compreensão tem no campo da ginecologia preventiva contra o HPV, permitindo o aumento na adesão às estratégias de prevenção e rastreamento do câncer do colo do útero.

A terminologia do HPV apresenta desafios linguísticos que podem dificultar a compreensão por parte do público leigo ou não especializado. Na Linguística ainda há poucos estudos que analisam a compreensão e acessibilidade terminológica na área da saúde (Alves, 2025; Santos, 2025). Especificamente sobre o HPV, esta pesquisa inaugura o campo e alberga a originalidade esperada de uma investigação doutoral, bem como seus resultados poderão subsidiar a formulação de estratégias comunicativas mais eficazes e inclusivas no contexto da saúde da mulher, colaborando para o aprimoramento de políticas públicas. Espera-se, igualmente, contribuir para práticas mais humanizadas no atendimento ginecológico, sensibilizando profissionais sobre a centralidade da acessibilidade textual e terminológica para o autocuidado, a vacinação e a adesão a exames preventivos.

Esta Tese investiga como mulheres cisgêneros, de 18 a 23 anos, alunas da Universidade Federal de Sergipe (UFS) em cursos da área de Humanidades, nascidas e sempre residentes em Sergipe e usuárias exclusivamente do SUS, compreendem e usam terminologias da ginecologia preventiva relacionadas ao HPV. O foco recai sobre os principais termos-chave do *continuum* de prevenção e controle do câncer do colo do útero e que estruturam a experiência comunicativa e a ação na Saúde Pública: *HPV* (contágio), *Papanicolau*, *Lesão precursora* e *Câncer do colo do útero* (rastreamento), além de *Vacina* (prevenção). Partimos do pressuposto de que a terminologia médico-científica, em comunidades não especializadas ou não afins à área da saúde, sofre reinterpretações e isso reconfigura os Modelos Cognitivos Idealizados (MCIs) segundo as experiências cotidianas. Assim, o problema que orienta este estudo pode ser formulado nos seguintes termos: de que modo as participantes conceptualizam e compreendem os termos especializados sobre HPV e prevenção, e em que medida tais conceptualizações se aproximam ou se afastam do saber técnico, revelando graus de acurácia informacional entre o léxico especializado e o léxico comum.

A hipótese central sustenta que, ao migrarem do domínio técnico para a esfera pública, esses termos desencadeiam reinterpretações sociocognitivas. Assim, esperamos observar predominância de acurácia incompleta, uma vez que nosso público possui alto nível de escolarização e, portanto, espera-se que tenha acesso a informações confiáveis e que possuam nível de letramento em saúde acima da média.

Teoricamente, a investigação articula três eixos: (i) a Teoria Sociocognitiva da Terminologia (Temmerman, 2000a; 2000b), que concebe termos como unidades de conhecimento prototípicas, situadas e negociadas no uso; (ii) a Lexicologia da Verticalidade (Wichter, 1994), segundo a qual especialistas e leigos ocupam níveis distintos de densidade relacional e abstração, com interações léxicas recíprocas; e (iii) a Linguística Cognitiva, especialmente os MCIs (Lakoff, 1987) e os *frames* (Fillmore, 2006), que explicam como categorias e cenas conceituais estruturam a compreensão e a inferência. Complementarmente, mobilizamos a discussão de categorização prototípica e redes conceituais no campo terminológico (Faber, 2009), útil para descrever tanto a organização interna do domínio técnico quanto as distorções que emergem na circulação social do conhecimento. No plano da qualidade da informação em saúde, tomamos acurácia como critério avaliativo (Eysenbach *et al.*, 2002; Paolucci; Pereira Neto; Nadanovsky, 2021), distinguindo-a em completa, incompleta,

incorreta ou ausente, para aferir o alinhamento entre a fala das participantes e o *corpus* técnico.

Metodologicamente, o estudo adota abordagem quanti-qualitativa, com predominância qualitativa. A dimensão quantitativa oferece indicadores numéricos (frequências e percentuais de acurácia) e critérios de seleção de termos por ganho informativo; a dimensão qualitativa interpreta conteúdos, frames e MCIs ativados nas respostas, situando-os no gradiente de verticalidade entre saber experto e saber leigo (Faber, 2009; Fillmore, 2006; Lakoff, 1987; Temmerman, 2000a, 2000b; Wichter, 1994). O tipo de pesquisa é descritivo e transversal: descrevemos um recorte sincrônico do fenômeno no período março–agosto/2025, permitindo uma fotografia dos usos e compreensões terminológicas no grupo estudado. A composição dos *corpora* atende a duas necessidades: ancoragem técnico-conceitual e captação da fala leiga. O *corpus* de referência técnica reúne o *Guia Prático sobre o HPV* (Brasil, 2014) e os *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS/BIREME, 2025), por sua confiabilidade, padronização e circulação institucional (LILACS, SciELO), garantindo representatividade e interoperabilidade semântica. O *corpus* de entrevistas orais é constituído por 11 entrevistas gravadas e transcritas, com informantes. A amostragem é não probabilística, com recrutamento via salas de aula, redes sociais e murais da UFS. As entrevistas foram realizadas no Laboratório de Humanidades Digitais e Documentação Terminológica (LADOC/UFS), gravadas em dispositivo móvel, armazenadas de forma segura, transcritas e revisadas manualmente para assegurar fidelidade e preservar traços discursivos relevantes às análises multidimensionais.

A seleção de termos para análise decorre de um *pipeline* de processamento textual no R (tm; tidytext), com ordenação por frequência e cálculo do ganho informativo (Quinlan, 1986), visualizado em curvas geradas no ggplot2 (Wickham, 2016). O recorte final ficou nos cinco termos já previamente mencionados, maximizando representatividade e minimizando redundância. Em seguida, aplicamos uma escala categórica de acurácia informacional às respostas por termo e participante, com triangulação frente às definições do *corpus* técnico. A etapa interpretativa mapeia, descreve e analisa MCIs e *frames* mobilizados. Por fim, no plano ético, a pesquisa foi devidamente cadastrada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFS (CEP/UFS) [CAAE 84908224.4.0000.5546/ parecer 7.279.775].

Ao articular Teoria Sociocognitiva da Terminologia (TST), Lexicologia da verticalidade e Linguística Cognitiva (LC) com procedimentos replicáveis, esta

introdução delinea o escopo, o recorte e a rota metodológica da Tese. Buscaremos defender a Tese de que o sentido dos termos em saúde não é fixo, mas negociado socialmente e ancorado em experiências e tal fato produz, em contextos menos especializados, a perda de acurácia informativa que devem ser mapeadas para que haja mediações linguísticas que favoreçam uma comunicação em saúde mais clara, acessível e terminologicamente consistente.

Por fim, esta tese está organizada em sete seções, que articulam de forma lógica e progressiva o percurso investigativo, da problematização à discussão dos resultados. Na primeira seção (Introdução), apresentamos o tema, o problema de pesquisa e a hipótese central, que sustenta a migração e a reinterpretação sociocognitiva dos termos técnicos sobre o HPV no contexto leigo. É delineada, ainda, a justificativa científica e social do estudo. Esta seção conclui com um panorama da estrutura geral do trabalho, oferecendo ao leitor um roteiro para a leitura. Já a seção dois (Objetivos) explicita formalmente a meta geral da pesquisa e desdobra-a em objetivos específicos voltados para o cumprimento do objetivo geral do trabalho. Em seguida, para ancorar a análise linguística em seu contexto biomédico, a seção três (Contextualizando o Papilomavírus Humano) oferece uma síntese histórica, epidemiológica e clínica do HPV, com foco nos mecanismos de contaminação, fatores de risco e estratégias de rastreamento e prevenção. Essa contextualização é fundamental para estabelecer o *corpus* de referência técnica e compreender a importância dos termos selecionados.

O arcabouço conceitual que orienta toda a análise é detalhado na seção quatro (Fundamentação Teórica), onde articulamos os três pilares teóricos da pesquisa: a Teoria Sociocognitiva da Terminologia (Temmerman, 2000a, 2000b), a Lexicologia da Verticalidade (Wichter, 1994) e os conceitos de Modelos Cognitivos Idealizados e frames da Linguística Cognitiva (Fillmore, 2006; Lakoff, 1987). Essa seção demonstra como essas perspectivas se complementam para explicar a dinâmica de significação dos termos especializados ao circularem entre diferentes níveis de saber. A operacionalização do estudo é descrita na seção cinco (Procedimentos Metodológicos), que expõe a natureza da pesquisa, os critérios éticos, a composição dos corpora (técnico e empírico), o perfil das participantes, os instrumentos de coleta e, de forma central, os procedimentos de análise – incluindo a seleção de termos por ganho informativo e a aplicação da escala categórica de acurácia. Na sequência, os resultados dessa análise são apresentados e discutidos na seção seis (Descrição,

Análise e Discussão), estruturada pela análise individual de cada um dos cinco termos. Em cada tópico desta seção, contrastamos as conceptualizações leigas, mapeadas a partir das entrevistas, com os conceitos técnicos de referência, avaliando graus de acurácia e identificando os MCIs e frames que as orientam.

Finalmente, na seção sete (Considerações Finais), há a retomada das questões centrais da pesquisa, também são sintetizados os principais achados à luz do referencial teórico, discutidas suas implicações para a comunicação em saúde e a ATT, e há a sugestão de direções para pesquisas futuras, reafirmando a contribuição do estudo para os campos da Terminologia, da Linguística Cognitiva e da Saúde Pública. Por fim, na seção, oito estão reunidas todas as referências bibliográficas que foram utilizadas ao longo deste estudo.

Tendo delineado, nesta introdução, o cenário complexo que envolve a infecção pelo HPV como um desafio de saúde pública e apresentado os pressupostos teóricos que sustentam a investigação, torna-se imperativo formalizar o rumo analítico a ser empreendido. As seções subsequentes dedicar-se-ão, portanto, à consecução de metas claramente definidas, que permitirão operacionalizar a hipótese central e responder ao problema de pesquisa formulado. A seção seguinte apresenta e detalha os objetivos que nortearão todo o percurso metodológico e analítico.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever, analisar e discutir os usos e a compreensão dos termos *HPV*, *Papanicolau*, *Lesão precursora*, *Câncer do colo do útero* e *Vacina* entre mulheres cis sergipanas, comparando os conceitos vinculados ao léxico leigo em relação às estruturas conceituais do *corpus* técnico-científico e avaliando o seu grau de acurácia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e analisar os MCIs e *frames* que estruturam a compreensão de termos-chave relacionados ao HPV entre mulheres jovens;
- Avaliar a acurácia conceitual das compreensões identificadas, contrastando-as com o conhecimento especializado consolidado;
- Discutir os resultados e suas implicações para a acessibilidade textual e terminológica em comunicação em saúde (ATT).

3 CONTEXTUALIZANDO O *PAPILOMAVÍRUS HUMANO*

O Papilomavírus Humano é um tipo de vírus que tem seu material genético feito de DNA (Pessoa, 2014), podendo infectar a pele e as mucosas do corpo, como as da boca, da região genital e do ânus (Brasil, 2014). Essa infecção pode causar desde pequenas verrugas até feridas mais sérias, que com o tempo podem se transformar em câncer, principalmente o câncer do colo do útero (Brasil, 2014). Por sua alta prevalência e por sua ligação com desfechos de grande impacto em saúde pública, o HPV tornou-se objeto central de campanhas de prevenção, programas de vacinação e estratégias de rastreamento.

Nesta tese, interessa-nos, sobretudo, os termos e conceitos associados ao HPV que circulam socialmente e como eles são compreendidos por mulheres jovens, facilitando ou dificultando suas práticas de (auto)cuidado. Para tanto, é útil apresentar de modo conciso o enquadramento virológico e epidemiológico do HPV, bem como as condições que tornam mulheres jovens um grupo de especial vulnerabilidade comunicativa e sanitária.

No plano taxonômico, a virologia moderna reconhece o reordenamento promovido pelo Comitê Internacional de Taxonomia dos Vírus (ICTV²) que reorganizou a taxonomia dos vírus *Papilomavírus* (PVs) e *Poliomavírus* colocando-os em duas famílias: *Polyomaviridae* para os *Poliomavírus* e *Papillomaviridae* para os *Papilomavírus* (De Villiers *et al.*, 2004; Mayo, 2005). Neste último é onde se insere o HPV. Embora ambas as famílias tenham um material genético em forma de DNA circular com duas fitas entrelaçadas e uma camada externa rígida (capsídeo) sem um “envelope” ao redor (Pessoa, 2014), distinguem-se, principalmente, no tamanho do genoma e na organização genética (Costa *et al.*, 2017). Enquanto o *papilomavírus* possui um genoma maior e genes lidos em um único sentido, o *poliomavírus* é menor e possui uma estratégia de leitura do DNA em sentidos opostos (Costa *et al.*, 2017). Além disso, o primeiro é “especialista” em pele e mucosas, já o segundo é mais generalista, preferindo ficar “escondido” em órgãos internos (como os rins) e só atacando quando a imunidade cai (Costa *et al.*, 2017).

No que concerne ao trato genital feminino, os tipos clinicamente mais relevantes, devido ao seu alto potencial oncogênico e forte associação com o

² *International Committee on the Taxonomy of Viruses*

desenvolvimento de lesões precursoras e carcinomas invasivos de colo uterino, pertencem ao *Alphapapillomavirus*, com destaque para as espécies Alpha 9 (sendo o HPV-16 o tipo representativo) e Alpha 7 (com o HPV-18 como tipo representativo) (De Villiers *et al.*, 2004; Doorbar *et al.*, 2012; Hager, 2009; Ross, 2021). Seguindo critérios do ICTV, os grupos de maior interesse clínico são *Human papillomavirus 16* (HPVs 16, 31, 33, 35, 53, 58 e 67) e *Human papillomavirus 18* (HPVs 18, 39, 45, 59, 68, 70 e cand85), pela oncogenicidade de ambos (Bernard *et al.*, 2010). Esta distinção, que atravessa toda a literatura biomédica sobre HPV, é também fundamental para a mediação terminológica: para o público leigo, a oposição “baixo risco” versus “alto risco” nem sempre está disponível ou clara, embora ela seja o eixo de decisões clínicas e de políticas de prevenção.

No plano histórico-científico, há referências antigas a lesões verrucosas (caso dos condilomas mencionados por Hipócrates na Antiguidade Clássica - século IV a.C.) e experimentos de infectividade no século XIX (Payne, 1981). O marco que inaugura a compreensão moderna do HPV, no entanto, dá-se em 1976, quando Harald Zur Hausen isolou tipos virais e demonstrou a relação entre HPV-16/18 e o câncer de colo do útero, esses tipos foram encontrados e associados em mais de 70% dos casos, resultando-lhe o Prêmio Nobel de Medicina (Hammes; Naud; Matos, 2008; Zur Hausen, 2009).

Esse giro consolidou a conexão entre infecção persistente por tipos oncogênicos e carcinogênese cervical, fornecendo base para estratégias contemporâneas de vacinação e rastreamento. Para visualizar essa trajetória científica e sua imbricação com a construção de políticas públicas de saúde no Brasil, processo que gerou um léxico técnico específico, o Quadro 1 apresenta uma “linha do tempo” com marcos essenciais, que ilustra como a evolução do conhecimento virológico foi condição necessária para o desenvolvimento de tecnologias de prevenção (como a vacina) e de organização dos serviços de saúde (como os sistemas de informação), cujos termos e protocolos precisam, hoje, ser comunicados de forma acessível à população.

Quadro 1 – Marco científico, institucional ou interventivo do HPV ao longo das décadas

Ano Período	Marco científico, institucional ou interventivo	Referência
-------------	---	------------

1928	George Papanicolaou apresenta evidências de que células coletadas por esfregaço vaginal poderiam indicar câncer, inaugurando a ideia de rastreamento citológico antes da identificação do agente causal. Comunicação posteriormente registrada como documento histórico.	Brasil (2011)
1941	Papanicolaou e Traut publicam trabalho clássico no <i>American Journal of Obstetrics and Gynecology</i> , consolidando o valor diagnóstico do esfregaço citológico e fundamentando o uso da citologia como prevenção secundária por décadas.	Brasil (1984)
1976	Harald zur Hausen publica a hipótese de que papilomavírus humanos, e não herpesvírus, poderiam estar associados a cânceres genitais humanos, inaugurando a virada etiológica viral.	Fundação Oswaldo Cruz (2025)
Meados de 1970	A citologia descreve padrões morfológicos como a koilocitose, posteriormente reconhecidos como típicos de infecção por HPV, estabelecendo elo entre clínica, citologia e virologia.	Bierrenbach et al. (2025)
1983	Identificação do DNA do HPV 16 em amostras de carcinoma cervical, com demonstração de sua presença recorrente em tecidos tumorais, introduzindo o conceito de tipos virais de alto risco.	Dürst et al. (1983)
1984	Identificação do HPV 18 em carcinomas cervicais e em linhagens celulares derivadas de câncer, reforçando a noção de múltiplos subtipos virais com riscos distintos.	Boshart et al. (1984)
1985	Estudos mecanísticos demonstram integração do DNA do HPV 18 ao genoma celular e sua transcrição em células tumorais, fornecendo base para a carcinogênese mediada por genes virais.	Schwarz et al. (1985)
1984 (Brasil)	Criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que amplia a atenção à saúde feminina e inclui ações relacionadas ao câncer do colo do útero e às ISTs.	Brasil (1984)
1999	Publicação de síntese global de evidências indicando que a infecção persistente por HPV é causa necessária do câncer cervical invasivo, consolidando o paradigma etiológico moderno.	Walboomers et al. (1999)
1998–2002 (Brasil)	Implementação e ampliação do Programa Viva Mulher, estruturando ações nacionais de controle do câncer do colo do útero e de mama no SUS.	Brasil (2002)
1999 (Brasil)	Transferência da coordenação das ações para o INCA e criação do SISCOLO, fortalecendo o monitoramento e a gestão do rastreamento com base em informação sistematizada.	Brasil (2022a)

2013 (Brasil)	Instituição do SISCAN, plataforma web que integra SISCOLO e SISMAMA, modernizando a infraestrutura informacional do rastreamento e da investigação diagnóstica.	Brasil (2022a)
2006	Aprovação regulatória da primeira vacina profilática contra o HPV pela Food and Drug Administration (FDA), marcando o início das intervenções preventivas primárias.	FDA (2006)
2007	Ensaio clínico fase 3 FUTURE II demonstra alta eficácia da vacina quadrivalente na prevenção de lesões cervicais de alto grau associadas aos HPV 16 e 18.	Garland <i>et al.</i> (2007)
2014	Seguimento de grandes ensaios randomizados europeus demonstra maior proteção do rastreamento baseado em teste de HPV em comparação à citologia isolada, apoiando a adoção de testes de alto desempenho.	Ronco <i>et al.</i> (2014)
2014–2017 (Brasil)	Introdução da vacina quadrivalente contra o HPV no SUS (2014) e ampliação da vacinação para meninos e outros grupos prioritários (2017).	Brasil (2022a)
2020	Estudo de coorte nacional na Suécia associa a vacinação contra o HPV à redução substancial do risco de câncer cervical invasivo, especialmente quando administrada antes da exposição viral.	Lei <i>et al.</i> (2020)
2020	Publicação da Estratégia Global para a Eliminação do Câncer do Colo do Útero pela OMS, estabelecendo as metas 90–70–90.	Brasil (2025)
2022 (Brasil)	Consolidação e organização de diretrizes nacionais pelo INCA para detecção precoce e manejo clínico do câncer do colo do útero, com atualização em página institucional.	Brasil (2022b)
2024 (Brasil)	Incorporação do teste molecular para detecção do HPV como estratégia de rastreamento no SUS, com ampliação dos intervalos entre exames.	Brasil (2024a)
2024 (Brasil)	Adoção do esquema de dose única da vacina HPV-4 no calendário nacional de vacinação.	Brasil (2024c)

Fonte: elaborado pela autora com base nas referências apontadas no próprio quadro.

Através da linha do tempo acima, podemos notar que a história científica do HPV e do câncer do colo do útero começa, paradoxalmente, antes de se saber qual era o agente causal. Em 1928, George Papanicolaou apresentou evidências de que células coletadas por esfregaço vaginal podiam indicar câncer, um passo crucial para a ideia de rastreamento citológico (o que viria a ser o *Papanicolaou*), essa comunicação foi posteriormente registrada e recuperada em periódico científico, como documento histórico (Brasil, 2011). Em 1941, Papanicolaou e Traut publicaram um trabalho

clássico na *American Journal of Obstetrics and Gynecology* consolidando o valor diagnóstico do esfregaço, dando sustentação ao uso amplo da citologia como prevenção secundária por muitas décadas (Brasil, 1984).

No Brasil, um marco programático importante ocorre em 1984, com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que amplia a atenção à saúde da mulher em perspectiva integral e inclui, entre suas frentes, ações relacionadas a ISTs e ao câncer do colo do útero (entre outros eixos) (Brasil, 1984). Essa base programática ajudou a estruturar, ao longo das décadas seguintes, políticas e instrumentos de coordenação nacional para rastreamento e acompanhamento.

A grande virada etiológica ocorre em 1976, quando Harald zur Hausen publica em *Cancer Research* a hipótese de que *papilomavírus* (e não herpes, como se suspeitava em parte da época) poderia estar ligado a cânceres genitais humanos (Fundação Oswaldo Cruz, 2025). Ainda em meados dos anos 1970, a citologia descreve padrões morfológicos (como a *koilocitose*) associados a lesões condilomatosas do trato genital, que depois se consolidariam como achados típicos de infecção por HPV, isso foi um elo importante entre clínica, citologia e virologia (Bierrenbach *et al.*, 2025).

Nos anos 1980, a evidência molecular se torna decisiva. Em 1983, Dürst e colaboradores publicam a identificação de DNA de HPV 16 em carcinoma cervical e demonstraram sua presença em uma parcela relevante de amostras tumorais, um marco para o conceito de tipos de alto risco (Dürst *et al.*, 1983). Em 1984, Boshart e colaboradores identificaram o HPV 18 em carcinomas cervicais e em linhagens celulares derivadas de câncer, reforçando que não se tratava de um único tipo viral, mas de uma família com subtipos de risco distintos (Boshart, *et al.*, 1984). Em 1985, estudos mecanísticos mostram que o DNA do HPV 18 pode estar integrado ao genoma celular e ser transcrito em células tumorais, ajudando a estabelecer um caminho plausível para a carcinogênese mediada por genes virais (Schwarz *et al.*, 1985).

Em 1999, Walboomers e colegas publicaram no *Journal of Pathology* uma síntese de evidências indicando que o HPV é uma causa necessária do câncer cervical invasivo (quando se empregam métodos de detecção adequados), consolidando o paradigma moderno: sem HPV persistente (especialmente de alto risco), o câncer cervical praticamente não ocorre (Walboomers *et al.*, 1999).

No Brasil, esse período também é marcado por consolidação institucional: entre 1998 e 2002, o Programa Viva Mulher estrutura e amplia ações nacionais de controle do câncer do colo do útero (e mama), com sínteses técnicas e organização de estratégias no SUS (Brasil, 2002). Em 1999, há transferência de coordenação para o INCA e a criação do SISCOLO para monitoramento/gestão das ações, um passo decisivo para apoiar o rastreamento e o seguimento com base em informação sistematizada (Brasil, 2022a). Mais adiante, em 2013, o país institui o SISCAN (plataforma web que integra Siscolo e Sismama), com implantação progressiva, modernizando a infraestrutura informacional do rastreamento e da investigação diagnóstica (Brasil, 2022a).

A partir dos anos 2000, o foco se desloca para intervenções. Em 2006, ocorre o marco regulatório da primeira vacina aprovada - documentado oficialmente pela Food and Drug Administration (FDA) (FDA, 2006). No ano seguinte, um grande ensaio clínico fase 3 (FUTURE II) publicado no *New England Journal of Medicine* demonstra alta eficácia da vacina quadrivalente na prevenção de lesões cervicais de alto grau associadas aos tipos 16 e 18, fortalecendo o uso de vacinação como prevenção primária (Garland, 2007). Paralelamente, o rastreamento também evolui: em 2014, o acompanhamento de ensaios randomizados europeus mostra que o teste de HPV oferece maior proteção contra câncer invasivo do que a citologia isolada, apoiando a transição para estratégias baseadas em “teste de alto desempenho” em muitos países (Ronco *et al.*, 2014).

No Brasil, a prevenção primária ganhou escala com a introdução da vacina quadrivalente no SUS em 2014, incluindo meninos na rotina de vacinação a partir de 2017, entre outros grupos definidos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2022a). Do ponto de vista normativo-clínico, o país também publica e revisa diretrizes nacionais: há versões consolidadas pelo INCA (incluindo edições de referência e atualização publicada/organizada em 2022 na página institucional), que orientam a detecção precoce e o manejo clínico no SUS (Brasil, 2022b). Em 2020, um estudo de corte nacional na Suécia publicado no *NEJM* associa a vacinação a redução substancial do risco de câncer cervical invasivo (Lei *et al.*, 2020). No mesmo ano, a OMS publica a estratégia global de eliminação, definindo metas 90–70–90 (vacinação, rastreio e tratamento) (Brasil, 2025).

Em 2024, o Ministério da Saúde aprovou a incorporação do teste molecular para detecção do vírus HPV como estratégia de rastreamento do câncer do colo do

útero no Sistema Único de Saúde (SUS). A decisão, fundamentada em evidências técnicas, reconheceu as vantagens do método para um diagnóstico mais preciso e precoce, além de permitir um intervalo maior entre os exames de rastreamento (Brasil, 2024a). Ainda nesse ano, o país passou a adotar no calendário de vacinação a dose única da vacina HPV-4 (Brasil, 2024c).

Em consonância com esse quadro histórico-científico e institucional, dados recentes reforçam a centralidade do HPV como problema de saúde pública. O INCA (2024) aponta que o HPV é responsável por 99% dos casos de CCU, ou seja, o Papilomavírus Humano detectado praticamente na totalidade dos casos (Zur Hausen, 2002).

Do ponto de vista epidemiológico, em 2015, o Ministério da Saúde reporta que 54,4% das mulheres sexualmente ativas apresentam infecção genital por HPV, e 41,6% entre homens; trata-se de uma IST altamente prevalente, com risco estimado de 15% a 25% a cada nova parceria (Brasil, 2015). A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) reforça que pessoas com vida sexualmente ativa serão, em algum momento da vida, infectadas pelo vírus do HPV, podendo inclusive apresentar infecções recorrentes. Esses dados sustentam a compreensão do HPV como evento frequente no ciclo de vida sexual, o que recoloca no centro do debate não apenas a logística dos serviços, mas a qualidade linguística e a acessibilidade dos discursos — consultas, folhetos, campanhas — que informam a população sobre contágio, risco, prevenção e rastreamento.

Nesse horizonte, as mulheres jovens representam um grupo de vulnerabilidade para a infecção pelo HPV, sendo este um dos patógenos de transmissão sexual muito prevalente na juventude, devido a alguns fatores, tais como: a iniciação sexual precoce, o maior número de parceiros sexuais e a inconsistência no uso de métodos de barreira, o Guia Prático sobre o HPV: guia de perguntas e respostas para profissional da saúde (Brasil, 2014) aponta que “cerca de metade de todas as mulheres diagnosticadas com câncer do colo de útero tem entre 35 e 55 anos de idade. Muitas provavelmente foram expostas ao HPV na adolescência ou na faixa dos 20 anos de idade”. Ainda de acordo com esse documento, o órgão genital feminino é mais propenso ao desenvolvimento e multiplicação do HPV, de modo que as lesões não tratadas podem evoluir para câncer (Brasil, 2014).

A essa vulnerabilidade sanitária, soma-se uma vulnerabilidade comunicativa igualmente relevante. No caso das mulheres jovens, ela se manifesta de múltiplas

formas. Primeiramente, há a barreira sociocultural que envolve o diálogo sobre sexualidade, tornando conversas com familiares e até mesmo com profissionais de saúde um desafio marcado por tabus, vergonha ou receio de julgamento, como relatado por algumas entrevistadas nesta pesquisa. Em segundo lugar, existe uma assimetria de conhecimento que as coloca em desvantagem diante do discurso biomédico. Termos como *lesão precursora*, *câncer cervical* ou mesmo *HPV* compõem um jargão técnico de difícil apreensão para o público leigo, criando um ruído que pode levar a interpretações equivocadas, ansiedade desnecessária ou, no extremo, à não adesão às práticas de cuidado por falta de compreensão sobre sua real importância.

É importante salientar que o próprio sistema imunológico se encarrega de combater as infecções causadas pelo vírus, entretanto a infecção pelos tipos de alto risco tem mais chances de progredir para lesões pré-cancerosas ou até mesmo um câncer. O Guia prático sobre o HPV: guia de perguntas e respostas para profissional da saúde (Brasil 2014, p.13) aponta que

cerca de metade de todas as mulheres diagnosticadas com câncer do colo de útero tem entre 35 e 55 anos de idade. Muitas provavelmente foram expostas ao HPV na adolescência ou na faixa dos 20 anos de idade.

Dessarte, as mulheres jovens são um grupo vulnerável levando em consideração que o CC leva cerca de 10 a 15 anos para se desenvolver no organismo. Assim, a importância da prevenção através da vacinação e uso de preservativo e do rastreamento se destaca nessa população. Nesse contexto, a adesão ao rastreamento precoce emerge como uma estratégia fundamental para a redução significativa de riscos.

Apesar da disponibilidade de vacinas e exames preventivos, há barreiras que dificultam o acesso das mulheres jovens à prevenção e ao tratamento adequado. Fatores como desinformação, tabu em relação à saúde sexual, falta de campanhas educativas eficazes e desigualdades no acesso aos serviços de saúde impactam diretamente a adesão à prevenção. Dessa forma, a implementação de estratégias que promovam a educação em saúde, o acesso facilitado à vacinação e a ampliação da cobertura de rastreamento para garantir uma abordagem mais eficaz no controle do HPV nessa população são medidas importantes.

Esses obstáculos, que são sociais, institucionais e linguísticos, atravessam a compreensão terminológica e o engajamento com as práticas preventivas: termos como *HPV*, *IST*, *NIC*, *câncer cervical*, *papanicolaou*, entre outros, não são neutros; eles

exigem mediação textual e terminológica para se tornarem compreensíveis e acionáveis pelo público-foco desta pesquisa.

Tratando-se de uma Tese em Letras com interface na saúde, o objetivo desta seção não é reproduzir uma revisão biomédica exaustiva, mas estabelecer o pano de fundo mínimo e necessário para a análise linguístico-terminológica que será desenvolvida a seguir. A literatura e os dados aqui sumarizados mostram que o HPV é um vírus muito prevalente, com tipos que variam de baixo a alto risco oncogênico (Bernard *et al.*, 2010; Brasil, 2015; De Villiers *et al.*, 2004; Doorbar *et al.*, 2012; Hager, 2009; Ross, 2021); que a história científica do HPV e sua implicação no CCU foram decisivamente estabelecidas a partir de 1976 (Hammes; Naud; Matos, 2008; Zur Hausen, 2009), o que embasa vacinação³ e rastreamento; que, no Brasil, os números de prevalência (Brasil, 2015) e a exposição ao longo da vida sexual (OPAS) justificam a centralidade de estratégias preventivas contínuas; e que mulheres jovens constituem um público prioritário, tanto pelo perfil epidemiológico quanto pelo perfil comunicacional — isto é, pela necessidade de acessibilidade textual e terminológica em saúde para promover compreensão, adesão e autonomia.

Assim, os próximos tópicos desta — 3.1 Contaminação e fatores de risco e 3.2 Rastreamento e Prevenção — sintetizarão: a) os mecanismos de transmissão e as condições que aumentam a persistência viral; e b) os eixos vacinação–preservativo–rastreamento. Este desenho prepara o terreno para a seção de fundamentação teórica.

3.1 CONTAMINAÇÃO E FATORES DE RISCO

O Papilomavírus Humano é amplamente disseminado e reconhecido como uma das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) mais comuns no mundo e altamente contagiosas. Sua transmissão não depende, necessariamente, de penetração: o simples contato pele-com-pele ou mucosa-com-mucosa infectada é

³ No Brasil, a vacina contra o HPV começou a ser disponibilizada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) através do SUS em 2014 (Ministério da Saúde, 2025). Vale ressaltar que, a vacina alocada no Brasil existe globalmente desde 2006, porém, aqui no país, só em 2014 passou a ser ofertada pelo SUS.

suficiente para o contágio (Brasil, 2014, 2015). Ainda assim, o contato sexual — vaginal, anal ou oral — permanece a via mais frequente de transmissão.

O uso do preservativo, embora recomendado, não confere proteção de 100%, pois áreas não cobertas (como vulva, região perineal e perianal, bolsa escrotal) permanecem expostas. Calcula-se que a margem de proteção seja de 70% a 80%, e, nesse cenário, o preservativo feminino apresenta eficácia ligeiramente superior, por cobrir áreas externas adicionais (Brasil, 2014). Tais nuances são essenciais do ponto de vista terminológico, pois impactam a forma como campanhas de prevenção comunicam sobre as formas de “proteção” ao público jovem, evitando uma falsa sensação de invulnerabilidade.

Embora menos frequente, a transmissão vertical (da mãe para o filho) também deve ser considerada. De acordo com De Campos e De Souza (2016), a transmissão para o recém-nascido pode ocorrer durante a gestação, no parto vaginal ou mesmo em cesárea, sendo que esta última reduz, mas não elimina o risco. Entre as doenças associadas a essa via de transmissão, destacam-se o condiloma genital congênito e a papilomatose respiratória recorrente (PRR), que pode comprometer gravemente o trato respiratório de crianças menores de dois anos (Brasil, 2014, 2015). O Guia Prático sobre o HPV: guia de perguntas e respostas para profissional da saúde (Brasil, 2014, p. 5) descreve a PRR como

uma doença rara, mas potencialmente ameaçadora da vida e que atinge o trato respiratório com predileção pela laringe e traqueia. É o tumor benigno epitelial da via respiratória que mais frequentemente afeta a laringe, podendo estender-se a todo o trato respiratório.

Essa informação, ao ser traduzida em materiais educativos, precisa de especial cuidado para não gerar pânico, mas conscientização quanto à importância da vacinação em idade precoce.

Além da via sexual e vertical, há registros de transmissão não sexual por fômites, ou seja, por meio do contato com superfícies contaminadas — como banheiros, maçanetas ou objetos pessoais (Brasil, 2015). Embora considerada rara, essa possibilidade é importante para estratégias de prevenção em ambientes coletivos e para a formulação de campanhas voltadas à população jovem, que precisa compreender que a transmissão não está restrita ao ato sexual penetrativo.

Do ponto de vista virológico-clínico, distinguir entre tipos de baixo e de alto risco é central para compreender os desfechos possíveis. Os tipos de baixo risco, como HPV-6 e HPV-11, estão majoritariamente associados a lesões benignas, incluindo as

verrugas anogenitais e a papilomatose respiratória recorrente, enquanto os tipos de alto risco, como HPV-16 e HPV-18, estão fortemente implicados no desenvolvimento de lesões intraepiteliais de alto grau (NIC II/III) e no câncer de colo do útero (Bernard *et al.*, 2010; Brasil, 2015). Essa categorização é recorrente em diretrizes clínicas e documentos oficiais, mas pode ser de difícil apreensão para o público leigo — sobretudo por envolver termos como “oncogênico”, “lesão intraepitelial” ou “neoplasia” —, o que justifica o olhar desta Tese sobre a acessibilidade terminológica.

A prevalência do HPV é significativamente maior em mulheres jovens, especialmente adolescentes, quando comparadas a mulheres acima dos 30 anos (Brasil, 2015). Essa maior prevalência pode ser explicada por fatores comportamentais e biológicos. Entre os fatores comportamentais, incluem-se o início precoce da vida sexual, a multiplicidade de parceiros, a prática de sexo desprotegido e a baixa adesão a programas de rastreamento. Entre os fatores biológicos, destacam-se a imaturidade do epitélio cervical, que é mais susceptível à infecção, e a instabilidade imunológica típica da adolescência e da fase de transição para a vida adulta.

Coinfecções por outras ISTs, como clamídia, gonorreia e HIV, agravam o quadro, pois favorecem a persistência viral e aumentam o risco de evolução para lesões de alto grau (Brito, 2022; OPAS, 2024). A imunossupressão, especialmente em pessoas vivendo com HIV/Aids, é um dos fatores de risco mais relevantes, associando-se a taxas mais elevadas de infecção persistente e de progressão para câncer cervical.

É importante sublinhar que a maioria das infecções por HPV é transitória e é eliminada pelo sistema imunológico em cerca de 18 meses (Brasil, 2014). Contudo, em uma parcela menor de casos, ocorre a persistência viral, particularmente quando estão envolvidos os tipos de alto risco (HPV-16 e HPV-18), o que eleva substancialmente a probabilidade de desenvolvimento de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) e câncer invasivo. Essa relação temporal é particularmente relevante para o público jovem, pois implica que a exposição inicial, muitas vezes na adolescência, pode resultar em diagnóstico de câncer apenas uma década depois, caso não haja rastreamento regular.

Do ponto de vista clínico, a infecção pode apresentar-se de três formas: clínica, subclínica e latente. Na forma clínica, há lesões visíveis a olho nu, como as verrugas anogenitais, geralmente associadas aos tipos de baixo risco. As formas subclínicas

requerem o uso de corantes, lentes de aumento e exames complementares como a colposcopia para serem detectadas e são frequentemente relacionadas a tipos de alto risco, responsáveis pelas alterações celulares precursoras do câncer (Carvalho *et al.*, 2021). Por fim, na forma latente, o DNA viral está presente nas células, mas não há lesão aparente, podendo ser detectado apenas por métodos moleculares, como o teste de DNA-HPV e a captura híbrida (Souza, 2015). Essa classificação clínica é crucial para campanhas de educação em saúde, pois ajuda a esclarecer que a ausência de sinais visíveis não significa ausência de risco.

Assim, o panorama de contaminação e fatores de risco apresentado neste tópico evidencia que o HPV é uma infecção complexa, modulada por variáveis comportamentais, imunológicas e sociais. Para mulheres jovens, em particular, compreender as diferenças entre tipos de HPV (baixo x alto risco), entre infecção transitória e persistente e entre manifestações clínicas, subclínicas e latentes é fundamental para motivar a adesão às práticas preventivas. Essas distinções, quando traduzidas em linguagem acessível e mediadas por terminologia clara, permitem decisões de autocuidado mais informadas, adesão aos programas de rastreamento e vacinação e redução do estigma que ainda cerca as ISTs.

O estigma associado às ISTs é um dos obstáculos mais significativos para a prevenção eficaz do HPV e precisa ser endereçado no plano da linguagem. A própria terminologia usada para descrever a infecção e suas consequências pode ser um vetor de estigmatização. Termos como *verrugas genitais* ou a simples comunicação de um diagnóstico de HPV podem evocar sentimentos de vergonha, culpa ou "impureza", silenciando diálogos e desencorajando a busca por ajuda.

Nesse contexto, a mediação terminológica cuidadosa torna-se crucial. O desafio é construir um discurso que informe com precisão — explicando, por exemplo, que a infecção por HPV é um evento extremamente comum no ciclo de vida sexual e que a maioria das infecções é transitória — sem gerar pânico ou atribuir um peso moral ao diagnóstico. Uma abordagem terminológica que enfatiza o HPV como uma questão de saúde pública, e não como uma falha individual, é essencial para que mulheres jovens se sintam seguras para procurar informação, realizar o rastreamento e aderir ao tratamento, transformando o conhecimento em autocuidado efetivo.

3.2 RASTREAMENTO E PREVENÇÃO

A ginecologia preventiva é a área da ginecologia voltada para a prevenção de doenças e a promoção da saúde feminina, com foco especial no sistema reprodutor. É indispensável para promover a saúde feminina, reduzir a incidência de doenças ginecológicas e aumentar a expectativa de vida das mulheres. Essa abordagem engloba ações como o rastreamento de condições que podem comprometer a saúde, educação em saúde sexual e reprodutiva, e intervenções que visam reduzir a morbimortalidade por doenças evitáveis, como o câncer do colo do útero. A ginecologia preventiva é dividida em três níveis de atuação, a saber: prevenção primária; prevenção secundária e prevenção terciária, articulando imunização, uso de métodos de barreira, rastreamento periódico e acompanhamento clínico (Cardial *et al.*, 2019; Derchain *et al.*, 2019).

A vacinação se destaca como a principal estratégia de prevenção primária. Considerada uma das mais importantes ferramentas de saúde pública, a vacinação contra o HPV tem impacto significativo na redução da morbimortalidade associada ao CCU e outros cânceres relacionados ao vírus. Seu desenvolvimento insere-se na longa trajetória da imunologia, que remonta ao século XVIII, quando Edward Jenner criou a primeira vacina a partir da observação da imunidade de ordenhadores de vacas contra a varíola (Ferreira, 2022).

No Brasil, a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em 1973, representou um marco para o acesso universal e gratuito às vacinas, incluindo, desde 2014, a vacina quadrivalente contra o HPV (HPV4-recombinante) ofertada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As vacinas profiláticas contra o HPV são classificadas como imunobiológicos de prevenção primária, pois induzem a produção de anticorpos neutralizantes sem causar a doença. Elas contêm partículas semelhantes ao vírus (VLPs) que mimetizam a estrutura externa do HPV, mas não possuem material genético, não sendo capazes de provocar infecção. Desse modo, quando o indivíduo vacinado entra em contato com os subtipos do vírus presentes no imunobiológico, ocorre uma ativação da resposta imunológica humoral⁴, resultando na produção de

⁴ Resposta imunológica humoral é aquela que atua nos fluidos corporais, e não diretamente dentro das células.

anticorpos que irão prevenir o estabelecimento de uma infecção inicial (Dochez *et al.*, 2014; Zardo *et al.*, 2014).

Existem três vacinas amplamente utilizadas no mundo: a bivalente (HPV2, Cervarix®), que protege contra os tipos 16 e 18; a quadrivalente (HPV4, Gardasil®), que além dos tipos oncogênicos 16 e 18 inclui os de baixo risco 6 e 11, responsáveis por verrugas genitais; e a nonavalente (HPV9, Gardasil9®), que oferece proteção contra nove tipos (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58), ampliando o espectro preventivo (De Oliveira; Fregnani; Villa, 2019; Pils; Joura, 2015; WHO, 2016). Vale salientar que a eficácia vacinal é potencializada quando as VLPs são combinadas em formulações multivalentes, isto é, com antígenos de múltiplos tipos do HPV (Villa, 2003).

No Brasil, desde 2017, o PNI disponibiliza gratuitamente a vacina quadrivalente para meninos e meninas de 9 a 14 anos e, desde 2024, adota uma campanha de resgate para adolescentes de 15 a 19 anos. Importante mencionar que, atualmente, o esquema vacinal é de dose única, o que simplifica a logística e visa ampliar a cobertura vacinal (Brasil, 2024c). Dados recentes apontam aumento expressivo em sua adesão: 98,39% de cobertura entre meninas e 80,13% entre meninos, índices próximos ao ideal para garantir imunidade de rebanho (Brasil, 2024c). A comunicação desse novo esquema vacinal é, portanto, crucial: é preciso deixar claro ao público que uma única dose é suficiente para gerar imunidade duradoura (Verdoodt; Dehlendorff; Kjaer, 2020).

Além da vacinação, o uso de preservativos (masculino e feminino) é recomendado como medida de prevenção primária contra o HPV e outras ISTs. Entretanto, conforme já assinalado, o preservativo não é capaz de garantir proteção total contra o vírus (Brasil, 2014).

A prevenção secundária é realizada principalmente por meio do rastreamento de lesões precursoras, cuja detecção precoce permite intervenção antes da progressão para câncer invasivo. O exame de Papanicolaou é o método mais utilizado. Proposto pelo médico grego George Papanicolaou, em 1941, esse exame é simples, de baixo custo e altamente eficaz para identificar alterações citológicas indicativas de *Neoplasias Intraepitelial Cervical* (NICs). Sua realização periódica está associada à redução significativa da incidência e mortalidade por CCU em diversos países (Arbyn *et al.*, 2004; Trottier; Franco, 2006). Mais recentemente, no Brasil, o SUS incorporou o teste molecular para detecção de HPV oncogênico como estratégia de rastreamento preferencial para mulheres de 25 a 64 anos, conforme Portaria SECTICS/MS nº

3/2024 (Brasil, 2024a) e Nota Técnica nº 1/2024-INCA (Brasil, 2024b). Esse teste utiliza Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) para detectar diretamente o DNA de tipos de alto risco, como 16 e 18, antes mesmo do aparecimento de alterações celulares visíveis. Sua maior sensibilidade reduz a necessidade de repetição frequente do exame e permite maior segurança no manejo clínico (Brasil, 2024a). Segundo o Ministério da Saúde, esse teste não substitui imediatamente o exame de Papanicolau para todas as faixas etárias. Na realidade, o PCR foi incorporado como método de rastreamento preferencial para mulheres com idade entre 25 e 64 anos, porém sua implementação deve ocorrer de forma gradual e regionalizada, de modo que seja respeitada a capacidade instalada de cada território. Portanto, o exame Papanicolau deve seguir sendo realizado enquanto o PCR está em implementação contínua (Brasil, 2024a).

Por fim, a prevenção terciária envolve o acompanhamento e o tratamento das mulheres já diagnosticadas com lesões precursoras ou câncer cervical, buscando evitar complicações, promover reabilitação e melhorar a qualidade de vida. Entende-se por prevenção terciária o conjunto de ações cujo objetivo é diminuir as complicações e os impactos negativos das doenças relacionadas ao HPV. Com isso, busca-se impedir a progressão dessas doenças de modo que haja uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes afetados bem como uma redução das sequelas decorrentes das condições clínicas associadas ao vírus. No contexto do HPV, a prevenção terciária é necessária para o acompanhamento e tratamento de doenças como o câncer de colo do útero, além de outras lesões malignas causadas pela infecção persistente pelo vírus (Cardial *et al.*, 2019). Entre as estratégias de prevenção terciária estão: o acompanhamento clínico-contínuo, o tratamento adequado das lesões cancerígenas e a reabilitação dos pacientes que enfrentam sequelas das intervenções terapêuticas. Um aspecto relevante da prevenção terciária do HPV é a educação em saúde, que visa fornecer informações adequadas sobre a doença, seus impactos e os cuidados necessários para evitar recorrências e complicações. A integração de todas essas estratégias é essencial para reduzir a carga do HPV e suas consequências.

Entretanto, a eficácia dessa integração depende da acessibilidade da informação. No caso das mulheres jovens, a compreensão adequada dos termos técnicos relacionados às práticas preventivas é determinante para a adesão aos programas de imunização e rastreamento. Torna-se, portanto, necessário que a

compreensão sobre prevenção seja construída em linguagem clara, culturalmente adequada e sensível às barreiras sociais que permeiam o acesso à saúde. É justamente sobre esses pontos de tensão — entre tecnicidade e inteligibilidade, entre discurso biomédico e compreensão leiga — que se debruça esta tese.

Em suma, esta seção estabeleceu o enquadramento virológico e epidemiológico do *Papilomavírus Humano*, indispensável para a análise linguístico-terminológica que se segue. Iniciamos com a contextualização taxonômica do vírus, detalhando sua classificação na família *Papillomaviridae* e a distinção fundamental entre tipos de baixo e alto risco oncogênico. Em seguida, percorremos o marco histórico-científico, desde as primeiras observações citológicas de Papanicolaou até as mais recentes incorporações de testes moleculares e esquemas de dose única no SUS, demonstrando a evolução do conhecimento e das estratégias de saúde pública. Aprofundamo-nos, então, nos eixos centrais da contaminação e dos fatores de risco, sublinhando as especificidades da transmissão e a particular vulnerabilidade das mulheres jovens. Por fim, exploramos os pilares do rastreamento e da prevenção, articulando os três níveis de atuação da ginecologia preventiva — primário, secundário e terciário — e apresentando os principais termos e conceitos que estruturam a experiência comunicativa nesse domínio. Este panorama, ao mesmo tempo que oferece o arcabouço biomédico mínimo e necessário para a pesquisa, expõe os pontos de tensão entre a complexidade do saber técnico e a necessidade de sua inteligibilidade pelo público leigo, preparando o terreno para a fundamentação teórica que, na seção seguinte, fornecerá as ferramentas analíticas para compreender e interpretar os processos sociocognitivos de compreensão terminológica.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esta seção apresenta os princípios teóricos que orientam a Tese, com base nos paradigmas da Linguística Cognitiva, voltadas para os estudos terminológicos, e na Lexicologia da Verticalidade. Busca-se discutir como a linguagem de especialidade, cognição e sociedade se articulam na produção e circulação do conhecimento científico, especialmente no campo da saúde com foco no HPV. Ao abordar conceitos basilares como unidades de conhecimento, *frames*, prototipicidade e variação vertical de conhecimento, esta seção oferece o suporte teórico necessário para compreender os processos de conceptualização e mediação lexical entre especialistas e leigos. A relevância desta fundamentação reside em fornecer o embasamento conceitual que sustenta a análise linguístico-cognitiva do *corpus*.

4.1 LINGUÍSTICA, TERMINOLOGIA E SOCIOCOGNIÇÃO

A Teoria Sociocognitiva da Terminologia (TST) representa um paradigma que rompe com as tradições prescritivas e objetivistas da Terminologia, propondo uma abordagem mais complexa, dinâmica e plural sobre a relação entre linguagem, conhecimento especializado e sociedade. Desenvolvida por Temmerman (1997, 2000a, 2001), essa teoria é resultado do impacto da virada cognitiva nas ciências da linguagem, mobilizando referenciais da semântica cognitiva (Lakoff, 1987; Rosch, 1978), da linguística funcional (Fillmore, 1985, 2006) e de estudos em sociologia e filosofia da ciência (Feyerabend, 1993; Johnson, 1987), para analisar fenômenos terminológicos de forma situada, histórica e experiencial (Faber, 2009; Temmerman, 2000a, 2000b).

A integração do conceito de *frame* (Fillmore, 1985; 2006 [1985]) à TST reforça a natureza experiencial e enciclopédica do significado. Para Fillmore (1985), um *frame* é uma estrutura cognitiva que organiza o conhecimento de um domínio específico e dá sentido aos conceitos nele inseridos. Cada termo ou expressão ativa um *frame* que evoca todo um conjunto de relações conceituais, papéis e cenários. No domínio do HPV, por exemplo, o termo *Vacina* pode ativar um *frame* de prevenção, que inclui elementos como: vírus, imunização, dose, campanha pública e eficácia. Essa concepção influenciou fortemente a TST, que reconhece que a terminologia não opera

isoladamente, mas está ancorada em molduras cognitivas e discursivas que situam os termos em contextos de uso e de prática social (Temmerman, 2000a, p. 58). Assim, o *frame* atua como o elo entre o nível linguístico e o cognitivo, permitindo compreender como as unidades terminológicas são motivadas por redes de significados compartilhados e culturalmente moldados (León-Araúz; Faber, 2014, p. 121).

A Escola tradicional de Terminologia europeia, assentada nos princípios da Escola de Viena (Wüster, 1931), partia do pressuposto de que os conceitos são claramente delimitados e independentes da linguagem. Além disso, seu processo de comunicação especializada exige univocidade. A principal característica da TST é a rejeição desse ideal normativo, assumindo que o conceito não pode e não deve ser tomado como uma entidade objetiva, mas como uma unidade de conhecimento⁵, ou seja, um construto situado na interseção entre linguagem, cognição e realidade social (Temmerman, 2000a, p. 222-223), que evolui no tempo e é estruturado prototipicamente (Temmerman, 2000a, p. 65).

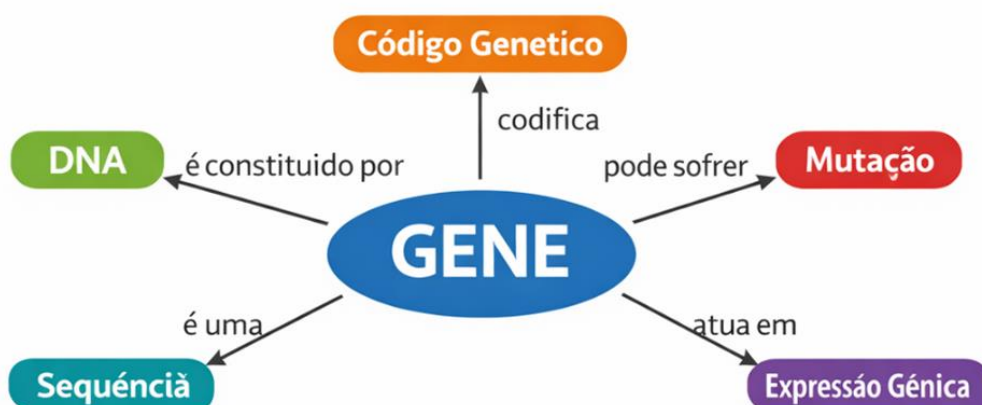
Na Terminologia Sociocognitiva, o termo **conceito** deve ser substituído por **unidade de conhecimento**. O conceito, em sua definição tradicional como uma “unidade de pensamento constituída por abstração com base nas propriedades de um conjunto de um ou mais objetos” (ISO/CD 1087–1, 1995) — sendo um objeto “um fenômeno do mundo perceptível ou concebível” — é considerado excessivamente restritivo. [...] poucos conceitos existem de forma objetiva. As pessoas compreendem o mundo por meio de **molduras cognitivas** ou **Modelos Cognitivos Idealizados (MCIs)**, nas quais **unidades de conhecimento estruturadas prototipicamente** se relacionam. Consideramos, portanto, unidades de conhecimento em vez de conceitos ao estudar a terminologia das ciências da vida. Poucas unidades de conhecimento nesse domínio não possuem estrutura prototípica (poder-se-ia dizer que apenas essas são os verdadeiros conceitos, pois podem ser definidas de acordo com os princípios da Terminologia tradicional), mas a maioria apresenta estrutura prototípica e, por isso, é mais adequadamente descrita como **categoria**⁶ (Temmerman, 2000a, p.223-224, tradução nossa).

⁵ Neste trabalho, os termos: termo, unidade terminológica, unidade de conhecimento e terminologia (grafada com inicial minúscula); são empregados de forma equivalente, em consonância com a perspectiva da TST, que compreende as unidades terminológicas como construções dinâmicas de conhecimento, historicamente situadas e cognitivamente motivadas (Temmerman, 2000a, 2000b). Tal opção visa evitar uma distinção rígida entre forma linguística e estrutura conceptual, privilegiando uma abordagem integrada entre linguagem, cognição e prática social.

⁶ No original: “In sociocognitive Terminology it is to be replaced by unit of understanding. The concept in its traditional definition of “unit of thought constituted through abstraction on the basis of properties of a set of one or more objects” (ISO/CD 1087–1, 1995) (an object is a “phenomenon in the perceivable or conceivable world”) is too restrictive. [...] few concepts exist objectively. People understand the world via cognitive frames or Idealised Cognitive Models

As palavras da autora refletem que a proposta sociocognitiva compreende a linguagem especializada como um campo de negociação e criatividade, profundamente perpassado pelo contexto social, pela experiência corporificada, pela diacronia, pelas práticas comunicativas e pelas motivações cognitivas e metafóricas (Temmerman, 2000a, p. 65-66). As unidades de conhecimento da TST podem ser descritas como nós conceituais localizados dentro de *frames* mais amplos. Cada *frame* organiza o conhecimento de um domínio de especialidade e inclui elementos, papéis e relações típicas que moldam a conceptualização dos termos. Por exemplo, o termo *gene* ativa o *frame* da biologia molecular, que compreende noções correlatas como: DNA, código genético, mutação e sequência, em uma rede estruturada de significados. A Figura 1 ilustra esquematicamente esse *frame*, evidenciando as relações conceituais mobilizadas pela ativação do termo.

Figura 1 – Esquema do frame associado ao termo gene



Fonte: Elaborada pela autora, com base em Temmerman (2000a, 2000b).

O esquema acima permite visualizar como diferentes elementos do conhecimento especializado, entidades materiais, processos e estruturas informacionais, articulam-se no *frame* da biologia molecular, reforçando a ideia de que

(ICMs) in which prototype-structured units of understanding are related. We consider units of understanding instead of concepts when studying the terminology of the life sciences. Only few units of understanding in the domain of the life sciences do not have prototype structure (one could say that these are the only real concepts, because they can be defined in accordance with the principles of traditional Terminology), but most have prototype structure and are therefore better referred to as categories”.

o significado terminológico é dinâmico e dependente da situação de uso. Para Temmerman (2000a, 2000b), o significado terminológico é construído dinamicamente, e o foco da descrição deve recair sobre o termo e sua complexidade situacional, visto que:

A compreensão não ocorre geralmente através de características e relações essenciais, mas sim por meio de 'nodes of knowledge' (nós de conhecimento), que podem ter níveis variados de complexidade, dependendo do quão detalhada a compreensão é ou precisa ser em uma situação específica" (Temmerman, 2000a, p.119, tradução nossa).⁷

Essa abordagem sociocognitiva reconhece que a flexibilidade é funcional na categorização e na comunicação, pois permite a "evolução da compreensão, ou, por outras palavras, variação e progresso na compreensão"⁸ (Temmerman, 2000a, p. 88, tradução nossa). Faber (2009, p. 113) demonstra que os *frames* especializados constituem o núcleo da terminologia cognitiva, porque descrevem como os conceitos se relacionam e se hierarquizam dentro de um mesmo domínio. Na perspectiva da TST, compreender um termo implica reconstruir o *frame* no qual ele se insere, em vez de buscar definições isoladas ou listas de traços essenciais. Assim, epistemologicamente, a TST recorre ao experiencialismo reivindicando que o conhecimento especializado não é uma simples transposição de entidades ontológicas objetivas para a linguagem, mas resultado de processos de categorização mediados pela experiência, pelo corpo e pela cultura (Lakoff, 1987; Rosch, 1978).

Segundo Lakoff (1987), a categorização é um processo cognitivo fundamental através do qual organizamos nossa experiência e compreendemos o mundo. A teoria clássica de categorias, herdada da tradição aristotélica, assume que categorias são definidas por condições necessárias e suficientes, que todos os membros compartilham essas propriedades definidoras, que as fronteiras são fixas e que o pertencimento a ela não pode ser relativo, mas sempre categórico. Para ilustrar, dentro dessa visão, a categoria "vírus oncogênico de alto risco" poderia ser definida rigidamente por condições como: agente infeccioso de DNA, pertencente à família *Papillomaviridae*, com potencial comprovado para causar transformação celular

⁷ No original: "Understanding does not usually happen via essential characteristics and relationships, but via 'nodes of knowledge', which can have varying levels of complexity, depending on how detailed the understanding is or needs to be in a specific situation".

⁸ No original: "evolution of understanding, in other words for variation and progress in understanding".

maligna. Um patógeno que preencha todos esses critérios seria categorizado como tal; um que falhe em um deles, não. Não haveria graus de oncogenicidade ou membros mais típicos dentro da categoria. No entanto, pesquisas empíricas mostraram que a categorização humana não opera assim, pois ela permite graus de pertença, há efeitos de tipicidade, fronteiras difusas e categorias radiais (Lakoff, 1987; Rosch, 1978). Assim, diferente da visão clássica aristotélica, Lakoff (1987) afirma que a categorização é um fenômeno essencialmente experiencial e corporificado, estruturado por princípios como a prototipicidade e os Modelos Cognitivos Idealizados (ICMs), não sendo simplesmente recipientes abstratos que existem no mundo. É importante destacar que a categorização, além de representar um processo de agrupamento de entidades da realidade perceptual ou conceitual, é também intrinsecamente ligada à conceptualização, isto é, à forma como somos capazes de construir representações mentais dessas categorias, associá-las a experiências, dotá-las de significados e operar com elas nos usos da linguagem. Nesse sentido, a categorização é dependente de contexto, de conhecimento enciclopédico, de analogia, de metáforas e de experiência corporificada (Lakoff; Johnson, 1980; Lakoff, 1987).

Um dos pilares centrais da teoria de Lakoff (1987) é a estrutura prototípica. A teoria do protótipo, formulada primariamente por Eleanor Rosch (1975, 1976, 1978), propõe que categorias humanas são organizadas a partir de membros centrais ou prototípicos, que exibem um conjunto mais elevado de características típicas, e que outros membros se distribuem de forma gradiente em direção à periferia, tendo menor grau de pertença ou tipicidade (Rosch, 1975). Desta feita, estruturas prototípicas referem-se à organização interna de uma categoria ou conceito em torno de um núcleo ou exemplar mais típico, com membros mais centrais e outros mais periféricos. Isto significa que a categoria tem graus de pertença e não simplesmente uma pertença binária.

Segundo Taylor (1995), a teoria prototípica desloca o foco da definição estrita para a estrutura interna das categorias, considerando que há um núcleo ou melhor exemplar. A centralidade de determinados membros em uma categoria significa que eles participam de mais propriedades típicas, são acessados mais rapidamente em tarefas de memória ou nomeação e servem como pontos de referência para a classificação de novos exemplares (Murphy, 2004). Por exemplo, no domínio “móvel”, um “sofá” pode funcionar como protótipo melhor do que um “armário” (Lakoff, 1987).

Isso implica que, cognitivamente, o exemplar prototípico serve como referência para a atribuição de pertença à categoria. De modo análogo, no domínio da saúde, determinados termos funcionam como protótipos centrais dentro de uma categoria terminológica, enquanto outros ocupam posições periféricas. No campo das ISTs, a título de exemplo, termos como *HIV* assumiram uma posição mais prototípica, no *corpus* de entrevista deste estudo, enquanto outros termos como *HPV* surgiram como realizações periféricas, ativadas conforme o grau de especialização do discurso e o conhecimento prévio das entrevistadas. Esse fenômeno leva ao que se denomina efeito de prototipicidade, que se observa em tarefas experimentais de nomeação e de verificação de pertença de categoria.

Em Linguística Cognitiva, essa noção de estrutura interna é retomada ao aplicar a categorização ao significado lexical, à estruturação gramatical e ao processamento linguístico (Aberra, 2006, p. 2). Lakoff (1987) aponta que muitas categorias linguísticas são radiais, ou seja, há um protótipo central e os seus membros periféricos se conectam por extensões metonímicas ou metafóricas radiais. O autor cita o exemplo do conceito “jogo” que poderia ter como protótipo “xadrez” numa cultura ocidental, com extensões para “futebol”, “jogo de vídeo-game” etc. Essa estrutura radial indica que a categoria forma uma rede de sentidos, com o protótipo no centro e as extensões ao redor, relacionadas por analogia, metonímia ou metáfora. Em resumo, a categorização, vista pela Linguística Cognitiva, é vista como um processo cognitivo ativo, dinâmico, com estruturas internas (prototípicas), sujeita a variações contextuais, e profundamente interligada à conceptualização.

Como observamos, a categorização não é um ato isolado, mas está imersa em Modelos Cognitivos Idealizados (MCIs). Lakoff (1987, p. 68) argumenta que organizamos nosso conhecimento por meio de estruturas chamadas *modelos cognitivos idealizados*, e as estruturas de categoria e os efeitos de protótipo são subprodutos dessa organização. Portanto, as categorias que utilizamos são aquelas que nossos MCIs nos permitem ativar. Para ilustrar, seguindo a lógica de Lakoff (1987), ao categorizar “mesa”, ativamos um MCI “mobiliário doméstico” que inclui traços, exemplares, funções e contextos típicos. A estrutura prototípica dessa categoria emergirá desse MCI. Assim, a “mesa de jantar” pode ocupar posição central, enquanto a “mesa de ping-pong” ou “mesa de camping” ficam mais periféricas. As categorias que formamos são, portanto, dependentes desses modelos.

Nos usos da linguagem, ao ativar um item lexical ou uma construção gramatical, o falante muitas vezes ativa um MCI correspondente e a categorização desse item baseia-se numa estrutura prototípica dessa categoria. Retomando o exemplo anterior, ao dizer “mesa”, ativa-se o MCI “mobiliário doméstico” ou “superfície de apoio” e a conceptualização se orienta em torno da estrutura prototípica desse MCI. Em construções mais complexas, como as que se valem de metáforas, metonímias ou redes de sentido, o MCI pode prover a estrutura base sobre a qual ocorrem mapeamentos metafóricos ou metonímicos (Lakoff; Johnson, 1980). É importante salientar que esta outra abordagem de compreensão sobre o processo de categorização é diretamente importada para a TST (Temmerman, 2000a, 2000b), que abandona a busca por definições baseadas em condições necessárias e suficientes e passa, então, a analisar como os termos são estruturados conceptualmente em torno de protótipos e organizados por MCIs, permitindo a descrição de fenômenos que a abordagem clássica wüsteriana da Terminologia considerava “anomalias”, como a polissemia e a variação.

A articulação entre categorização, MCIs e prototipicidade também tem implicações metodológicas relevantes para a descrição terminológica. Conforme Cabré (1999, p. 122), o termo especializado, em seu sentido funcional, deve ser entendido como unidade tridimensional — linguística, cognitiva e comunicativa —, cuja significação depende do contexto e do domínio de uso. A TST aprofunda essa concepção ao demonstrar que os termos não apenas nomeiam conceitos, mas ativam MCIs que estruturam o conhecimento disciplinar e a comunicação com discursos especializados. Assim, o terminólogo deixa de ser um normatizador e passa a atuar como analista de práticas discursivas e cognitivas, investigando como as categorias se organizam prototipicamente nos discursos técnicos e científicos. Em consonância com o princípio de que o entendimento é um evento estruturado (Temmerman, 2000a, p. 223), a TST insere-se na tradição da Linguística Cognitiva ao reconhecer que a categorização é o ponto de encontro entre linguagem, cognição e realidade social, e que o termo é o reflexo linguístico dessa estrutura de conhecimento enciclopédica, mental e dinâmica.

Ainda do ponto de vista metodológico, o estudo de *frames* complementa a análise de estruturas prototípicas e MCIs ao oferecer um instrumento para mapear como o conhecimento especializado é representado discursivamente. A título de exemplificação, em campanhas de prevenção ao HPV, o termo *vírus* pode ser

analisado pelo *frame* de ameaça controlável. Esse *frame*, por sua vez, organiza discursivamente elementos como: transmissão sexual, prevenção (vacina, preservativo), rastreamento e tratamento precoce, estruturando o conhecimento especializado de virologia e oncologia em uma narrativa acessível de saúde pública que prioriza a ação e o controle. León-Araúz e Faber (2014) propõem a Teoria dos Frames Terminológicos (TFT), inspirada tanto na TST quanto na semântica de Fillmore (1985, 2006), segundo a qual cada termo é definido pela posição que ocupa em uma rede de relações conceituais contextualizadas. Essa abordagem reconhece que a compreensão terminológica envolve o acionamento simultâneo de protótipos e de *frames* sociocognitivos que estruturam o domínio do saber. Desse modo, a análise de *frames* permite ao terminólogo identificar os pontos de convergência entre linguagem, cognição e prática social, princípios fundamentais também defendidos por Temmerman (2000a, 2000b) na constituição de sua teoria.

Em síntese, a TST propõe uma redefinição profunda da disciplina, orientando-a para o estudo da dinâmica da compreensão e da designação nos discursos de especialidade. Seu grande mérito está em reconciliar a Terminologia com as ciências cognitivas, oferecendo um modelo mais flexível, descritivo e empiricamente fundado, capaz de dar conta da complexidade e da mutabilidade inerentes à linguagem e conhecimento científicos.

4.2 LEXICOLOGIA DA VERTICALIDADE

A Lexicologia da Verticalidade, proposta por Sigurd Wichter (1994), representa um avanço significativo no âmbito da linguística do conhecimento ao oferecer uma teoria unificada para compreender a relação entre variação lexical, especialização do saber e estrutura cognitiva das linguagens ou discursos de especialidade. Trata-se de um projeto teórico que supera os limites da descrição linguística tradicional, inserindo-se, também, no contexto da virada cognitiva e epistemológica que marcou as ciências da linguagem a partir dos anos 1980. Ao contrário das abordagens clássicas da Lexicologia e da Terminologia, que tratam o léxico técnico-científico como um domínio isolado e autônomo, a Lexicologia da Verticalidade busca explicar as diferenças lexicais a partir de um princípio cognitivo e social fundamental: a distribuição vertical do conhecimento entre especialistas, semiespecialistas e leigos. Essa distribuição,

que atravessa todas as comunidades linguísticas, configura o que Wichter (1994) chama de estrutura vertical do saber, isto é, a rede de níveis de competência cognitiva e comunicativa refletida na linguagem. Assim, o léxico não é concebido apenas como um inventário de palavras, mas como um mapa cognitivo da divisão social e epistêmica do conhecimento (Wichter, 1994, p. 3).

O ponto de partida da Lexicologia da Verticalidade é a constatação de que a linguagem constitui o principal instrumento de circulação e organização do saber humano. Cada termo, expressão ou enunciado reflete não apenas um referente ou uma função comunicativa, mas também um determinado nível de compreensão e de conceptualização do mundo. Wichter (1994) propõe, portanto, que a Lexicologia amplie a visão horizontal de variação, centrada em dialetos, registros ou estilos, e se permita adotar uma perspectiva vertical, baseada nos graus de especialização cognitiva e na estrutura interna do conhecimento. Essa verticalidade se manifesta na distinção entre o léxico do especialista e o léxico do leigo, ou, mais precisamente, entre diferentes camadas de competência cognitiva. O mesmo signo linguístico pode operar com conteúdos mentais distintos dependendo do nível de saber do falante, e essas diferenças não são de natureza estilística, mas de natureza conceptual. Santos (2025), apresenta que o signo linguístico “diabetes” pode operar com conteúdos mentais distintos conforme o nível de saber do falante. Na pesquisa realizada pela autora, os idosos leigos concebiam “diabetes” como uma condição imediatamente associada a “açúcar alto no sangue”, restrições alimentares (“não pode comer doce”) e, por vezes, à necessidade de uso de insulina, funcionando, assim, como uma categoria ampla e pouco diferenciada. Já para profissionais de saúde, o termo ativa uma estrutura conceptual mais complexa, que envolve a distinção entre tipos (DM1, DM2, diabetes gestacional), mecanismos fisiopatológicos (resistência à insulina, disfunção de células beta), critérios diagnósticos (glicemia de jejum, HbA1c, TOTG), estratificação de risco e manejo clínico das complicações micro e macrovasculares. Assim, a diferença entre os sentidos mobilizados não é meramente estilística, mas conceptual, pois envolve modelos cognitivos e categorias biomédicas diferentes acionadas pelo mesmo signo.

A Lexicologia, assim concebida, deixa de ser apenas um estudo de palavras para tornar-se uma ciência da mediação cognitiva entre linguagem e saber, ou, como define o autor, uma Lexicologia do Conhecimento (Wichter, 1994, p. 9).

Essa concepção só se torna plenamente compreensível quando contextualizada no movimento mais amplo da Linguística Cognitiva e da Terminologia Sociocognitiva. Wichter (1994) parte da constatação, semelhante às de Lakoff (1987) e Temmerman (2000a, 2000b), de que o significado lexical não é estático nem universal, mas emerge de processos de categorização e de conceptualização dependentes da experiência, da cultura e da especialização do falante. A verticalidade do saber, nesse sentido, constitui uma expressão linguística da categorização prototípica, pois os diferentes níveis de conhecimento operam com representações mais ou menos centrais de um mesmo conceito. Assim como na Teoria dos Protótipos (Lakoff, 1987; Rosch, 1978), as categorias não são definidas por condições necessárias e suficientes, mas por graus de pertença e efeitos de tipicidade. Da mesma forma, na Lexicologia da Verticalidade, as representações lexicais de um mesmo domínio não são equivalentes entre especialistas e leigos, mas se distribuem em um *continuum* de precisão e abstração. Essa analogia permite compreender que o modelo vertical de Wichter (1994) é, em essência, um modelo cognitivo aplicado à sociolinguística do saber, no qual os protótipos terminológicos variam conforme os contextos de uso e os perfis cognitivos dos interlocutores.

O princípio da variação vertical fundamenta-se, portanto, em uma epistemologia da diferenciação cognitiva. Wichter (1994, p. 9) propõe que a sociedade moderna é estruturada por uma divisão cognitiva do trabalho, conceito inspirado em Putnam (1979), segundo a qual o conhecimento total de uma comunidade é socialmente distribuído entre indivíduos e grupos especializados. Nenhum falante detém a totalidade do saber disponível. Cada um domina parcelas do conhecimento coletivo e depende de outros para complementar suas lacunas cognitivas. Essa estrutura social é refletida na linguagem por meio da verticalidade lexical: os termos empregados por especialistas, semiespecialistas e leigos são os índices linguísticos dessa distribuição. A comunicação científica, técnica e cotidiana é, assim, um processo de tradução intralinguística e negociação entre níveis verticais de saber. A Lexicologia da Verticalidade propõe que o estudo dessas relações não se limite à descrição terminológica, mas inclua a análise dos processos cognitivos e sociais que produzem e sustentam as diferenças lexicais entre os grupos.

A abordagem de Wichter (1994) redefine também o estatuto da Terminologia. Em lugar de considerar os termos como entidades autônomas, estáveis e objetivas, ele os entende como unidades lexicais situadas dentro de um sistema vertical de

conceptualização. Um termo científico como “hipertensão arterial” adquire significado pleno apenas dentro do quadro cognitivo e comunicativo do especialista, enquanto o termo “pressão alta” ativa uma representação esquemática e experiencial do mesmo fenômeno no nível leigo (Wichter, 1994). A diferença entre ambos não é apenas de forma, mas de conteúdo cognitivo: o primeiro termo integra um sistema de conceitos definidos, articulados por relações hierárquicas e proposicionais; o segundo, uma estrutura conceitual menos formalizada, derivada da experiência sensível e da analogia. A relação entre esses dois níveis é de correspondência vertical, e não de sinonímia. Como enfatiza Wichter (1994, p. 147), cada nível de saber constrói o seu próprio sistema lexical, com definições, extensões e associações internas. Isso implica que o mesmo significante pode corresponder a diferentes significados em diferentes níveis, e que a equivalência entre especialista e leigo é sempre parcial, mediada por processos de conceptualização diferenciados.

Essa concepção aproxima a Lexicologia da Verticalidade dos fundamentos teóricos da TST (Temmerman, 2000a, 2000b). Tal como Temmerman (2000a, 2000b) propõe substituir o conceito estático da Terminologia clássica pela noção dinâmica de unidade de conhecimento, Wichter (1994) sugere que os termos só podem ser compreendidos em relação aos níveis cognitivos nos quais operam. Em ambos os casos, o significado é resultado de uma interação entre linguagem, cognição e contexto social. Como apontamos anteriormente, Temmerman (2000a, 2000b) afirma que o conceito não deve ser tomado como uma entidade objetiva, mas como um construto situado na interseção entre linguagem, cognição e realidade social. Essa definição coincide com a perspectiva de Wichter (1994), para quem o significado lexical é sempre relativo ao grau de especialização e à experiência do falante. Em outras palavras, é possível verificar que a verticalidade do saber (Wichter, 1994) corresponde à sociocognição em Temmerman (2000a, 2000b): ambos descrevem a variação do significado como função da experiência e da pertença a comunidades de prática (Marengo, 2016, 2020).

A relação entre a Lexicologia da Verticalidade e a Linguística Cognitiva torna-se ainda mais evidente quando se observa a função dos MCIs no processo de conceptualização. Cada MCI constitui uma rede de relações, papéis e valores típicos associados a um domínio conceptual. A verticalidade lexical, portanto, pode ser interpretada como a variação dos MCIs em diferentes níveis de especialização. O especialista opera com modelos altamente sistematizados e interconectados

enquanto o leigo utiliza versões simplificadas e fragmentadas desses modelos. Assim, o estudo do léxico deve incluir a análise dos MCIs correspondentes a cada nível de conhecimento. Essa abordagem aproxima-se também da Teoria dos *Frames* de Fillmore (1985), que entende o significado como dependente das molduras cognitivas e situacionais que contextualizam o uso da linguagem. O termo é um gatilho de *frame* especializado. Já para o leigo, ele pode funcionar como um *frame* experiencial. O desafio de uma vertente da Terminologia atual, da qual fazemos parte, é reconstruir as correspondências e divergências entre esses *frames* verticais, a fim de melhorar o processo de comunicação, principalmente em contextos médicos.

Wichter (1994, p. 123) utiliza o termo *Schema* para descrever as estruturas cognitivas que subjazem aos diferentes níveis lexicais. Cada esquema organiza um domínio de conhecimento por meio de relações de especificação, generalização e associação. A variação vertical é, portanto, a variação no preenchimento desses esquemas, ou seja, quanto mais especializado o falante, mais detalhados e abstratos são os elementos ativados pelo esquema. Por outro lado, quanto mais leigo, mais concretos e situados são. Para ilustrar essa estrutura esquemática, tomemos como exemplo o termo *vírus*: em um virologista, ele pode ativar uma rede de conceitos ligados à replicação e à biologia molecular, enquanto em um leigo ativa representações associadas a doença e contágio. O termo é o mesmo, mas o esquema cognitivo que o sustenta é distinto. Essa diferença não é uma deficiência comunicativa, mas um traço estrutural da organização cognitiva do conhecimento. A Lexicologia da Verticalidade, ao incorporar essa dimensão, torna-se um modelo de análise lexical cognitiva, antecipando as preocupações que viriam a dominar a terminologia no início do século XXI.

No campo da Terminologia, a contribuição de Wichter (1994) é teórica e metodológica. Teoricamente, ele amplia o objeto da Terminologia para incluir as relações entre sistemas de conhecimento em diferentes níveis de especialização. Metodologicamente, propõe instrumentos concretos para comparar e mapear as correspondências verticais entre léxicos. Entre esses instrumentos, destacam-se as noções de ocupação idêntica, ocupação aproximada, ocupação falsa e não ocupada (Wichter, 1994, p. 145). Essas categorias permitem descrever como um mesmo conceito é representado lexicalmente em diferentes níveis de saber e até que ponto há coincidência semântica entre eles. Esse método de análise é particularmente relevante para a Terminologia, principalmente no que diz respeito à tradução

especializada e à comunicação científica, pois permite identificar as zonas de convergência e divergência entre o discurso especializado e o discurso comum, oferecendo ferramentas para uma mediação linguística.

A Lexicologia da Verticalidade também antecipa o princípio da tridimensionalidade do termo proposto por Cabré (1999). A autora afirma que cada termo deve ser compreendido como uma unidade linguística, cognitiva e comunicativa. Essa tríplice dimensão coincide com os níveis descritos por Wichter (1994): (1) o termo é linguístico enquanto signo; (2) cognitivo enquanto representação de um saber; e (3) comunicativo enquanto elemento de uma rede social de práticas. A verticalidade, nesse sentido, é a expressão dinâmica dessa tridimensionalidade. Isso permite que o termo se transforme conforme transita entre os níveis de especialização e as comunidades discursivas que o utilizam. Cabré (1999) e Wichter (1994) convergem na ideia de que o significado especializado é uma construção cognitiva situada, dependente do contexto e da função comunicativa. Essa convergência demonstra que a Lexicologia da Verticalidade não é apenas uma teoria sociolinguística, mas uma teoria terminológica de base cognitiva, voltada à descrição de como o conhecimento se lexicaliza e se difunde socialmente. Acreditamos que a afinidade entre a Verticalidade e a TST reside na passagem de uma perspectiva formal e prescritiva para uma perspectiva experiencial e dinâmica. Nesse sentido, León-Araúz e Faber (2014) enfatizam o papel dos *frames* terminológicos na organização do conhecimento especializado.

Sob uma ótica epistemológica, a Lexicologia da Verticalidade introduz o princípio fundamental de que o significado é sempre relativo ao perfil cognitivo do falante. Essa relativização não implica subjetivismo, mas contextualização. O termo *campo magnético*, a título de exemplificação, pode adquirir significados distintos para um físico, um engenheiro e um estudante de ensino médio, não porque o referente mude, mas porque os modelos cognitivos que sustentam sua compreensão são diferentes. Essa diferença não é redutível a graus de conhecimento, mas a modos distintos de organização do saber. O físico concebe o campo magnético em termos de equações e propriedades vetoriais, o engenheiro, em termos de aplicação e intensidade e, por fim, o estudante, em termos de efeito visível sobre objetos metálicos. Cada um deles ativa um *frame* distinto e, portanto, uma conceptualização própria. O estudo do léxico torna-se, assim, uma via privilegiada para compreender a diversidade cognitiva das comunidades humanas.

Ao reconhecer que o conhecimento é distribuído verticalmente, ele estabelece a necessidade de construir modelos de lexicografia vertical, capazes de representar as variações de significado entre os diferentes níveis de especialização. Esses modelos não devem se limitar a listar definições, mas mapear as relações de equivalência parcial e de correspondência conceitual entre os léxicos de especialistas, semiespecialistas e leigos. Em vez de apresentar um termo técnico isolado, o instrumento lexicográfico vertical mostraria sua rede de “traduções” cognitivas, permitindo visualizar como o mesmo fenômeno é compreendido em níveis distintos de abstração. Essa proposta inspira trabalhos na interface entre Terminologia, ensino e comunicação pública da ciência, em especial os voltados à mediação lexical entre comunidades de práticas.

Em síntese, a Lexicologia da Verticalidade pode ser entendida como o alicerce de uma teoria cognitiva da variação lexical especializada com base no conhecimento dos agentes envolvidos na interação linguística. Ela redefine o léxico como um sistema de representação do conhecimento distribuído e propõe que as diferenças lexicais entre especialistas e leigos sejam tratadas como manifestações cognitivas de distintos modos de conceptualização. A integração dos conceitos de prototipicidade (Rosch, 1978), MCIs (Lakoff, 1987), *frames* (Fillmore, 1985) e unidades de conhecimento (Temmerman, 2000a, 2000b) à proposta de Wichter (1994) oferece instrumentos teóricos e metodológicos para lidar com os desafios contemporâneos dos processos de entendimento das informações da área da saúde, foco da nossa Tese, e da democratização do saber que emana de uma linguagem científica de contextos sociais complexos. Ao compreender o léxico como espelho da verticalidade cognitiva das sociedades, a Lexicologia da Verticalidade realiza o projeto de uma linguística verdadeiramente integrada ao estudo da mente e da cultura com vistas ao desenvolvimento de práticas objetivas de Justiça Social e de Acessibilidade informacional acurada em sistemas públicos, em especial, no nosso caso, de saúde.

A articulação entre a Teoria Sociocognitiva da Terminologia, a Lexicologia da Verticalidade e a Linguística Cognitiva, conforme exposta nesta seção, fornece a lente teórica indispensável para examinar a dinâmica de significação dos termos do HPV. Esses referenciais permitem compreender o termo não como um rótulo fixo, mas como uma unidade de conhecimento negociada socialmente, cujo significado se transforma ao migrar verticalmente entre níveis de especialização. Armada desse arcabouço conceitual, que prevê a formação de modelos cognitivos híbridos, a pesquisa avança

para a etapa de concretização empírica. Para traduzir em prática investigativa os pressupostos teóricos discutidos, a seção seguinte irá descrever com precisão os procedimentos metodológicos adotados. Serão detalhados o desenho quanti-qualitativo da pesquisa, os critérios éticos e de seleção das participantes, a construção e análise dos *corpora* (técnico e empírico), e, de forma central, as ferramentas de análise, como a curva de cessação do ganho informativo para seleção de termos e a escala categórica de acurácia, que permitirão capturar e mensurar o fenômeno da reconfiguração conceitual no nível leigo.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente seção descreve os procedimentos metodológicos adotados para a realização desta pesquisa. A metodologia foi estruturada em etapas articuladas: (i) definição da natureza e tipo da pesquisa; (ii) observância dos princípios éticos e submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa; (iii) delimitação dos critérios de inclusão e exclusão; (iv) elaboração e aplicação das entrevistas semiestruturadas; e (v) seleção, organização e análise dos dados. Neste percurso, detalhamos os instrumentos utilizados e os critérios adotados de modo a garantir a transparência e a reprodutibilidade científica do estudo.

5.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil e analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Sergipe (CEP/UFS). Sua aprovação possui Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 84908224.4.0000.5546 e parecer sob o número 7.279.775. Ressaltamos que os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa, os direitos, bem como sobre os cuidados a eles garantidos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Cf. Apêndice A) foi apresentado aos participantes, sendo lido em sua totalidade. Após a manifestação de concordância em participar do estudo, os indivíduos foram orientados a assinar o termo. Além disso, a pesquisadora esteve disponível para esclarecer dúvidas e fornecer explicações adicionais, conforme necessário.

5.2 NATUREZA E TIPO DA PESQUISA

A presente pesquisa, em sua natureza, adota uma abordagem quanti-qualitativa (Creswell; Clark, 2007; Creswell, 2007), com predominância do enfoque qualitativo por compreender que diferentes usos e compreensão de terminologias relativas ao HPV demanda tanto a mensuração de dados objetivos quanto a interpretação aprofundada dos significados léxico-semânticos e discursivos. Portanto,

a dimensão quantitativa contribui ao oferecer indicadores numéricos, como frequências e percentuais de acertos conceituais (*Acurácia*), possibilitando observar tendências gerais e padrões de usos e compreensão entre as participantes. Entretanto, é a vertente qualitativa que assume maior relevância, pois permite interpretar o conteúdo das respostas em sua complexidade sociocognitiva, analisando de que forma os sentidos são construídos, negociados e atualizados nos usos linguísticos (Alves, 2025; Fernández-Silva, 2010; Freixa, 2002; Santos, 2025; Temmerman, 2000a, 2000b).

Quanto ao tipo de pesquisa, nossa investigação é classificada como descritiva e transversal (Creswell; Clark, 2007). De acordo com Gil (2002, p. 45), pesquisas descritivas “têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações de variáveis”, ou seja, esse tipo de investigação é importante para que os fenômenos sociais e comportamentais sejam entendidos. Nessa mesma esteira, Triviños (1987, p. 110) assevera que “o estudo descritivo pretende descrever “com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade”. Por fim, Pinto, Silva e Moraes (2015) e Rodrigues, Oliveira e Santos (2021) acrescentam que o estudo descritivo se concentra em quantificar dados coletados de modo que seja possível a realização de análises numéricas e estatísticas. Desse modo, este trabalho se classifica como descritivo porque busca retratar e analisar os usos de terminologias sobre o HPV e sua compreensão.

Além de ser descritiva, esta pesquisa também é transversal, uma vez que, por meio de entrevistas e instrumentos específicos, procedemos à obtenção de dados fidedignos para subsidiar conclusões confiáveis (Zangirolami-Raimundo; Echeimberg; Leone, 2018). Além disso, Resende (2016) afirma que, em estudos dessa tipologia, a coleta de dados é única, em um determinado espaço de tempo, objetivando descrever situações, *status* de fenômeno ou relações entre fenômenos em um momento preciso (Polit; Beck; Hungler, 2011). Dessa forma, a transversalidade deste estudo reside na coleta de dados em um único ponto no tempo, permitindo obter uma fotografia instantânea dos usos e compreensão dos termos do HPV pelas participantes. Vale ressaltar que esse tipo de pesquisa é apropriado para identificar padrões, mapear lacunas de conhecimento e compreender a influência de variáveis contextuais em um lapso temporal específico. Ademais, a natureza transversal do estudo é

particularmente útil para subsidiar futuras intervenções e estratégias educacionais voltadas à melhoria da compreensão terminológica e à promoção da Saúde Pública.

5.3 CORPUS DE REFERÊNCIA TÉCNICA

A construção desse *corpus* se baseou na necessidade da pesquisa em possuir uma referência técnica que subsidiasse os conceitos mais exatos e completos possíveis, do ponto de vista de especialistas da área, dos termos técnicos sobre o HPV. Para tanto, tomamos 02 (dois) instrumentos: (1) o *Guia Prático sobre o HPV: guia de perguntas e respostas para profissionais da saúde* (Brasil, 2014), publicado pelo Ministério da Saúde; e (2) os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), que é um vocabulário controlado, hierárquico e multilíngue, com mais de 29 mil descritores atualizados anualmente pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) (2025). Sua estrutura relacional e base em milhões de documentos indexados garantem representatividade e rigor para análises de padronização e variação terminológica por especialistas. Além disso, é adotado institucionalmente em bases como LILACS e SciELO, oferecendo validade científica e interoperabilidade semântica em pesquisas.

A escolha por esses materiais justifica-se por seu caráter oficial, institucional, ampla circulação no campo da saúde e reconhecida confiabilidade técnica, garantindo que o corpus de referência constitua uma amostra representativa e autorizada da terminologia especializada em discursos oficiais sobre o HPV e o câncer do colo do útero.

Cabe mencionar que, o Guia Prático sobre o HPV (Brasil, 2014), documento em formato digital (PDF), é um manual técnico-informativo produzido pelo Ministério da Saúde com o objetivo principal de instrumentalizar profissionais de saúde. Sua característica central é a síntese de evidências científicas em uma linguagem especializada, porém acessível dentro do campo, organizada em seções que abordam etiologia, diagnóstico, prevenção e a relação entre HPV e câncer. Para fins de análise quantitativa preliminar e caracterização do discurso, o texto integral foi processado no *software AntConc* (versão 4.3.1), que permitiu a extração e contagem automática de unidades lexicais. O *corpus* textual do Guia é composto por 8.961 *tokens* e 2.271 *types* (palavras distintas), indicando um volume de conteúdo substantivo para análise

terminológica. A análise de frequência lexical, após a filtragem de palavras funcionais, revela os seguintes termos como os mais recorrentes, o que mapeia os núcleos conceituais do documento: HPV (226 ocorrências), vacina (96), saúde (61), câncer (59), vacinação (52), colo (44), útero (41), vírus (35), lesão (34) e verrugas (32).

Essa distribuição confirma a centralidade de um discurso biomédico e de saúde pública estruturado em torno do agente etiológico (HPV/vírus), de suas principais consequências clínicas (câncer, lesões, verrugas) e da principal estratégia de intervenção (vacina/vacinação). A recorrência desses termos, aliada à organização temática do Guia, reforça que seu público-alvo prioritário são os profissionais de saúde, ainda que o material também circule em contextos de educação em saúde para o público leigo.

Enquanto o DeCs (BIREME, 2025), diferentemente de um texto contínuo, constitui um *corpus* de natureza relacional e estrutural, acessado via plataforma online⁹. Trata-se de um vocabulário controlado e uma ontologia de saúde em constante atualização, com mais de 29.000 descritores em português, espanhol e inglês, organizados em uma hierarquia de categorias (como Doenças, Técnicas e Equipamentos, Fenômenos e Processos). Sua principal característica é servir como uma infraestrutura semântica para a indexação e recuperação padronizada de milhões de documentos científicos nas bases LILACS, SciELO e MEDLINE.

Como *corpus* de referência para esta pesquisa, o DeCS foi utilizado como fonte autoritativa para as definições conceituais canônicas dos termos analisados. A busca foi direcionada aos descritores específicos (“Papillomavirus Humano”, “Câncer do Colo do Útero”, “Vacina”), cujas definições, redigidas por especialistas e validadas institucionalmente, forneceram o padrão de acurácia conceitual. A escolha pelo DeCS, portanto, não se pauta por métricas de frequência lexical em um texto, mas por sua representatividade terminológica, rigor definicional e interoperabilidade semântica. Sua adoção garante que os conceitos técnicos de referência estejam alinhados com o consenso científico indexado e circulante na literatura biomédica da América Latina, conferindo validade e generalização às análises de padronização e variação terminológica empreendidas.

A constituição desse *corpus* técnico não visava apenas a coleta de definições isoladas, mas a garantia de um arcabouço conceitual integrado, capaz de sustentar a

⁹ Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/>. Acesso em: 3 mar. 2025.

análise do *continuum* biomédico que estrutura a prevenção e o controle do câncer do colo do útero. Este *continuum*, conforme representado na literatura especializada e nos próprios documentos que compõem o *corpus*, organiza-se em torno de um encadeamento lógico que articula: 1) o agente etiológico (HPV); 2) os procedimentos de detecção precoce (Rastreamento); 3) o desfecho patológico principal (Câncer do colo do útero); e 4) as estratégias de intervenção (Prevenção, com destaque para a vacinação).

Desse modo, a seleção dos cinco termos nucleares desta pesquisa – HPV, Papanicolau, Lesão precursora, Câncer do colo do útero e Vacina – não foi, portanto, arbitrária. Ela resultou de um processo metodológico rigoroso que buscou identificar, dentro do *corpus* empírico das entrevistas e do *corpus* técnico de referência, os termos mais representativos e informativos desse encadeamento biomédico. Para isso, foi implementado um *pipeline* de processamento textual no ambiente R (R Core Team, 2023), cujo processo será detalhado mais adiante nesta seção, no tópico intitulado “Procedimentos de coleta de dados”.

Por fim, cabe mencionar que, embora existam outros materiais institucionais de caráter informativo e preventivo, como a série de cinco folhetos produzidos pela OPAS (2019), que tratam de forma segmentada temas como HPV, vacinação, exames e tratamento do câncer de colo do útero, optamos por não incluí-los como *corpus* de referência devido ao fato de apresentarem uma abordagem mais breve e, portanto, fragmentada das terminologias técnicas. O foco recaiu, assim, em documentos que priorizam a completude conceitual e a precisão definicional próprias do discurso especializado.

5.4 CORPUS DE ENTREVISTAS ORAIS

Nosso *corpus* de entrevistas orais é composto pelo conjunto de gravações em áudio e suas transcrições resultantes de interações verbais entre entrevistadores e participantes. A seguir, apresentamos os detalhes para sua constituição.

5.4.1 Local e contexto do estudo

A presente investigação foi desenvolvida junto ao Laboratório de Humanidades Digitais e Documentação Terminológica (LADOC), que pertence à UFS, no *campus* Cidade Universitária. Prof. José Aloísio de Campos, no município de São Cristóvão. Justificamos nossa escolha por ser a UFS a Instituição Pública de Ensino Superior que abriga o maior número de estudantes e, assim, para a nossa amostra, conseguimos congregamos participantes de diferentes localidades do estado. Logo, a escolha da UFS como local de coleta de dados se deve à diversidade do corpo discente, que reflete a pluralidade cultural e socioeconômica de Sergipe.

As entrevistas orais foram conduzidas no LADOC, espaço que oferece infraestrutura adequada para a realização de pesquisas, garantindo condições que assegurem privacidade, conforto e ambiente controlado para as participantes. Essa escolha vislumbrou proporcionar um local acessível e acolhedor, contribuindo para a qualidade dos dados coletados.

5.4.2 População e Amostra

Este estudo se ateve ao espaço geográfico de Sergipe, uma vez que a UFS, onde o estudo foi desenvolvido, se localiza neste estado da Federação. De acordo com Castells (1999), a identidade territorial se liga de forma intrínseca ao que se vive diariamente em uma dada região, sugerindo, assim, que a identidade de um indivíduo surge por meio de sua interação com os elementos culturais, sociais e ambientais do lugar em que vive. Como atrelamos o estudo ao campo da *Ginecologia e Prevenção*, a população de interesse centrou-se somente em mulheres cisgêneros que nasceram e viveram desde sempre em Sergipe. Sendo o estudo realizado na UFS, delimitamos como critério de inclusão que as participantes estivessem regularmente matriculadas em cursos de graduação ou pós-graduação na área de Humanidades, na UFS. Justificamos nossa escolha pelas Humanidades pela inserção da área de Linguística, alicerce desta Tese, neste macrocampo científico. Além disso, a seleção de participantes matriculadas em cursos da área de Humanidades da UFS foi uma opção metodológica consciente justificada pela necessidade de contar com entrevistadas com certo grau de letramento acadêmico, mas que não fosse especializado na área da Saúde. Essa escolha visou garantir homogeneidade no perfil das entrevistadas,

controlando variáveis como acesso à educação superior e familiaridade com práticas semântico-lexicais que garantissem maior consistência aos dados coletados.

No que tange à faixa etária, a delimitação foi de 18 a 23 anos de idade. Esse intervalo corresponde, atualmente, à primeira geração brasileira de adolescentes que teve acesso à quadrivalente-recobinante (HPV4), ofertada através do PNI no SUS. Desta feita, entendemos que essa geração é particularmente relevante para a investigação dos usos e compreensões de terminologias relacionadas ao HPV e suas formas de prevenção. Apesar de o Ministério da Saúde recomendar o Papanicolaou a partir dos 25 anos, acreditamos que a inclusão da geração público-foco deste estudo é importante pois o início da vida sexual precoce, a multiplicidade de parceiros e a idade do primeiro filho são fatores importante para as consequências dos tipos oncogênicos do HPV.

Embora mulheres atualmente com 24 e 25 anos possam ter integrado o grupo-alvo da primeira fase da campanha de vacinação contra o HPV em 2014, quando tinham 13 ou 14 anos, optou-se metodologicamente por não incluí-las no recorte etário da pesquisa. Essa decisão está vinculada à necessidade de garantir maior homogeneidade à amostra, tanto em termos de ciclo de vida quanto de inserção universitária e acesso recente à educação em saúde. Esse recorte contribui para a redução de variáveis interferentes, como nível de maturidade, escolarização, vivência com o sistema de saúde e experiências sexuais, que poderiam comprometer a análise específica da compreensão terminológica.

A faixa etária de 18 a 23 anos corresponde a mulheres que estão em um momento de transição entre adolescência e juventude, no qual pode se observar maior impacto das práticas preventivas ou da ausência delas. Ademais, incluir faixas etárias mais amplas poderia introduzir variações comportamentais, socioculturais e de adesão à prevenção que extrapolam os objetivos específicos deste estudo, comprometendo a coesão analítica e o foco na compreensão terminológica nesse grupo etário específico.

Portanto, como esta pesquisa se ancora na TST, que reconhece o papel da experiência vivida e da cognição coletiva na construção e interpretação dos termos, a escolha por um grupo populacional mais homogêneo favorece a identificação de padrões sociocognitivos compartilhados, aumentando a consistência e a profundidade das inferências analíticas. Resumindo, nossos critérios de inclusão são: (i) ser mulher cisgênero; (ii) ter nascido e sempre vivido em Sergipe; (iii) ter entre 18 e 23 anos de

idade; e (iv) ser aluna regularmente matriculada em curso de graduação ou pós-graduação da UFS, na área de Humanidades e que não tenham tido nenhuma experiência acadêmica ou profissional na área da saúde.

No que se refere a técnicas de amostragem, utilizamos amostras não probabilísticas, que são aquelas “obtidas de forma não aleatória, ou seja, a probabilidade de alguns ou de todos os elementos da população pertencerem à amostra é desconhecida” (Fávero; Belfiore, 2017, p. 178). Portanto, a técnica de amostragem usada no estudo é do tipo não probabilística.

As participantes foram recrutadas por meio de divulgação em salas de aula, redes sociais e murais de comunicação da UFS. Além disso, também lançamos mão de abordagens pessoais respeitosas, humanizadas e cuidadosas nos corredores das didáticas 1 a 7 da UFS. É importante destacar que, durante o processo de recrutamento, surgiram desafios que exigiram flexibilidade e atenção aos critérios previamente definidos. Algumas mulheres não aceitaram participar da pesquisa, enquanto outras, apesar do interesse, foram excluídas por não atenderem a um ou mais critérios de inclusão. Assim, ao final, obtivemos um total de 20 entrevistas realizadas. Contudo, apenas 11 desse universo compuseram nosso *corpus*. Ao proceder às entrevistas, notamos que algumas delas não se adequavam ao nosso propósito e, portanto, tivemos que acrescentar novos critérios de inclusão aos já existentes: (i) mulheres que utilizam o SUS como principal ou exclusiva via de atendimento clínico e hospitalar; (ii) mulheres que nunca haviam ido a uma consulta ambulatorial com ginecologista; e (iii) mulheres que nunca realizaram exames ginecológicos moderadamente invasivos¹⁰, os que fazem uso de espéculo, coleta mais profunda, ou leve penetração (ACOG, 2020; FEBRASGO, 2021) e exames invasivos¹¹, que são aqueles que penetram a cavidade uterina, retiram tecido ou usam instrumentos cirúrgicos (Câmara, 2021; FEBRASGO, 2019).

¹⁰ Os exames clássicos dessa tipologia são: Exame especular (ACOG, 2020; FEBRASGO, 2021;), Papanicolau (INCA, 2023; WHO, 2021), Colposcopia com biópsia (AAGL, 2023; Altman *et al.*, 2022a), Videocolposcopia (Berek; Novak, 2020; RCOG, 2021), Ultrassonografia transvaginal (Altman *et al.*, 2022b; Munro; Brooks, 2021), Raspado endocervical (INCA, 2023; WHO, 2021), Teste molecular para HPV (INCA, 2023; Ministério da Saúde Brasil, 2023), Histerometria (Berek; Novak, 2020; Clark; Gupta, 2022) e Teste de Schiller (FIGO, 2022; INCA, 2023).

¹¹ Os exames clássicos dessa tipologia são: Biópsia Endometrial (Novaes, 2022; Santos, 2020), Histeroscopia Diagnóstica (ANVISA, 2018; Carvalho, 2021), Laparoscopia Diagnóstica (Dias, 2020; Pereira, 2019), Curetagem Diagnóstica (FEBRASGO, 2020; Silva, 2021), Histeroscopia Cirúrgica (Mendes, 2021; Rodrigues, 2022), Curetagem Uterina (Almeida, 2020;

Esses critérios foram definidos após a etapa de coleta, a partir da observação empírica de que havia uma discrepância entre o número de mulheres que já haviam comparecido a uma consulta ginecológica e aquelas que nunca haviam tido essa experiência. A escolha por delimitar a amostra em favor deste último grupo visou assegurar maior homogeneidade sociocognitiva e permitir uma análise mais precisa dos usos e compreensão de terminologias do HPV. Assim, diante da consistência e da saturação temática observadas dos dados, nosso tamanho amostral valeu-se de 11 entrevistas validadas.

5.4.3 Instrumento de coleta de dados

Entrevistas semiestruturadas, segundo Manzini (2004), estão voltadas para um tema específico em que questões adicionais complementam as perguntas principais do roteiro construído, dependendo da circunstância. Desse modo, as informações são coletadas de modo mais natural visto que as respostas não são padronizadas. Dessarte, esse método favorece a obtenção de informações contextualizadas que auxiliam a compreensão dos dados. Devido a esse fato, optamos pelo uso de entrevistas semiestruturadas (Manzini, 2004; Oliveira, Guimarães, Ferreira, 2023; Triviños, 1987) com nossas participantes.

A elaboração do roteiro que conduziu as entrevistas realizadas se alicerçou em uma revisão sistemática de roteiros de mesma tipologia e assuntos aplicados anteriormente (Maia, 2023; Menezes, 2023). Assim, a estrutura do nosso instrumento foi dividida em três partes: (1) Introdução, onde constam perguntas de descontração como informações pessoais e sociodemográficas; (2) Usos e compreensões de termos amplos da ginecologia preventiva; e (3) Usos e compreensões da terminologia do HPV (cf. Apêndice B).

Posteriormente à elaboração do roteiro de entrevista, um teste piloto foi realizado com uma amostra pequena da população-foco, entre 20 de janeiro e 10 de fevereiro de 2025, com o intuito de examinar a compreensão das questões que compõem o roteiro, a adequação da linguagem e o tempo hábil para a realização da

FEBRASGO, 2019), Conização do Colo Uterino (Costa, 2022; INCA, 2021), Laparotomia Exploratória (Freitas, 2019; Gonçalves, 2020).

entrevista. Após os resultados preliminares da aplicação, não foram necessários ajustes no questionário com objetivo de melhorar a compreensão e a objetividade do roteiro. Destacamos que a entrevista semiestruturada possibilitou captar não apenas dados objetivos, mas também percepções subjetivas e desafios enfrentados pelas participantes na compreensão da terminologia do HPV. As perguntas abertas possibilitaram uma exploração mais profunda das experiências e percepções individuais das participantes. Desse modo, o formato flexível desse instrumento permitiu que novas questões emergissem durante as entrevistas, contribuindo para uma análise mais completa dos dados obtidos.

5.4.4 Procedimentos de coleta de dados

Antes da descrição dos procedimentos técnicos de coleta, apresenta-se a caracterização geral das participantes da pesquisa. Essa etapa é fundamental para a compreensão do contexto sociocognitivo no qual os dados foram produzidos, uma vez que, conforme a TST, os usos terminológicos são atravessados pelas experiências, pelos percursos formativos e pelas condições socioculturais dos sujeitos (Temmerman, 2000a, 2000b). A ficha abaixo, disposta no Quadro 2, reúne informações relativas à idade, localidade no estado, perfil socioeconômico, curso frequentado e tipo de acesso aos serviços de saúde, com destaque para o uso exclusivo do Sistema Único de Saúde (SUS).

Quadro 2 – Perfil sociodemográfico e formativo das participantes¹²

¹² Ao longo das entrevistas, observou-se que as participantes, jovens adultas (entre 18 e 23 anos) conforme detalhado no Quadro 2, expressaram suas respostas com um tom de hesitação, voz frequentemente baixa e pausas marcadas, especialmente quando abordados temas como exames ginecológicos, HPV e prevenção de ISTs. Muitas demonstraram incerteza ou declararam não saber explicar conceitos básicos, mesmo quando já haviam tido contato com campanhas ou vacinação. Notou-se, no entanto, que a condição da entrevistadora como mulher propiciou um ambiente de maior conforto, mencionado inclusive pela preferência da maioria das participantes por futuras consultas ginecológicas com profissionais mulheres. Ainda assim, ao tratarem de procedimentos íntimos (como o exame Papanicolau) ou de modos de transmissão do HPV, era perceptível a vergonha, o constrangimento e o estigma associados ao corpo e à sexualidade. A fala truncada, as justificativas vagas e a repetição de expressões como “não sei”, “acho que” ou “é difícil” revelam um desconforto que persiste mesmo em um espaço seguro entre mulheres. Essa dimensão afetiva, social e de gênero precisa ser considerada na interpretação dos dados, pois

INFO.	IDADE	PERFIL SOCIOECONÔMICO	LOCAL	CURSO
AC22	22	De 1 a 2 salários mínimos	Maruim	Letras Português e Inglês
AN18	18	Dois salários mínimos	Santo Amaro das Brotas	Publicidade e Propaganda
CS21	21	NÃO SABE	Nossa senhora do Socorro	Letras Português e Espanhol
IL23	23	Até três salários mínimos	Lagarto	Pedagogia
KA19	19	Dois salários mínimos	Laranjeiras	Secretaria Executiva
LB18	18	Um salário mínimo	Aracaju	Letras Inglês
LB22	22	Um pouco mais de um salário mínimo	Japaratuba	Letras Português e Espanhol
MG20	20	R\$ 700,00	Simão Dias	Letras Português e Espanhol
ML19	19	Dois salários mínimos	Carmópolis	Letras Português e Espanhol
MO22	22	Dois salários mínimos	São Cristóvão	Letras Português e Inglês
TO18	18	Dois salários mínimos	Cristinápolis	Ciências Sociais

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Apresentado o perfil das participantes, descreveremos a seguir os procedimentos adotados para a realização das entrevistas, gravação, transcrição e organização dos dados.

reflete barreiras culturais e emocionais profundas que podem impactar tanto a adesão a práticas preventivas quanto a própria percepção de autocuidado ginecológico.

As entrevistas individuais aconteceram entre os meses de março a agosto de 2025, no LADOC/UFS. Para a gravação digital foi usado um gravador de voz do sistema operacional *Android* - celular da marca Samsung, modelo - a21s. As gravações duraram em média entre 20 a 26 minutos. Acrescentamos, ainda, que todos os áudios foram copiados do gravador digital para o *Google Drive* do LADOC, em formato mp4. O armazenamento realizado foi copiado, também, como procedimento de segurança, para o *One drive* do LADOC, com armazenamento em pasta cujo acesso se dá por meio de senha criptografada e sem nenhum tipo de compartilhamento com terceiros, garantindo a preservação do sigilo e da integridade dos arquivos. Cada gravação recebeu o mesmo código alfanumérico atribuído à participante (por exemplo, AC22, LB18), assegurando a rastreabilidade e a confidencialidade dos dados. Os mnemônicos são derivados das duas iniciais do nome e da idade da entrevistada.

Após o armazenamento das gravações, procedeu-se à etapa de transcrição e a revisão minuciosa do material coletado. Essa fase teve como objetivo assegurar a fidelidade do conteúdo às falas das participantes e preparar os dados para as etapas posteriores.

A transcrição do material foi realizada com o apoio do *software Transkriptor*, uma ferramenta de reconhecimento automático de fala que converte arquivos de áudio em texto. O programa foi escolhido por sua eficiência na detecção de fala em português brasileiro e pela possibilidade de gerar transcrições ortográficas completas de forma rápida e editável. Apesar da automatização inicial, todas as transcrições foram submetidas a uma revisão manual detalhada a fim de corrigir possíveis imprecisões de segmentação, pontuação e ortografia, especialmente em casos de sobreposição de vozes, hesitações ou variações dialetais. Durante essa revisão, optou-se por manter o registro fiel das falas, preservando as características linguísticas e discursivas das entrevistadas — como pausas, repetições e marcadores conversacionais — quando relevantes à análise sociocognitiva. Essa decisão metodológica está em consonância com os princípios da TST (Temmerman, 2000a, 2000b), que compreende o discurso especializado como um espaço de construção dinâmica de significados que requer a preservação do contexto original da enunciação para interpretação adequada das unidades de sentido.

O processo de transcrição automatizada, realizado com o *software Transkriptor*, mostrou-se eficiente na conversão geral do conteúdo verbal em texto,

apresentando boa precisão na detecção de fala em português brasileiro em condições de áudio controladas. No entanto, a revisão manual subsequente revelou a necessidade de ajustes pontuais em categorias específicas de imprecisão, que foram sistematicamente identificadas e corrigidas. A seguir, descrevemos os principais tipos de inconsistências encontradas e exemplificamos com trechos reais do *corpus*, preservando os códigos das participantes: i) falha fonética - KA19 no original: **“atualmente eu moro em laranda”**. KA19 após revisão: **“Atualmente, moro em Indiaroba; AC22 no original: “Nasci aqui em Aracaju, mais eu sou de Maranhão”, AC22 após revisão: “Nasci aqui em Aracaju, mas eu sou de Maruim”**; ii) falha na identificação de termos técnicos ou expressões específicas da área de saúde - IL23 no original: **“O Papa Nicolás é o exame do cotonete. É?”**, IL23 após revisão: **“O papanicolau é o exame do cotonete. É?”**; iii) dificuldade com pausas - AC22 no original: **“É um exame que você é um exame pra fazer todo ano, né? Pra você cuidar para não ter as doenças ou você se precaver”**, AC22 após revisão: **“É um exame que você... é um exame pra fazer todo ano, né? Pra você... cuidar para não ter as doenças ou você se precaver”**; e iv) atribuição de fala da participante a entrevistadora ou vice-versa - SP01 (entrevistadora) no original: **“E precursora, você saberia dizer que tipo de ferida é? Não, não faço ideia”**, após revisão: **“E precursora, você saberia dizer que tipo de ferida é?” (SP01) e “Não, não faço ideia” (KA19)**.

A revisão manual, portanto, não se limitou à correção ortográfica, mas constituiu uma etapa de limpeza textual com critérios linguístico-discursivos, essencial para as análises subsequentes que dependem da integridade do dado oral. Do ponto de vista metodológico, essa dupla camada de processamento, automatização seguida de validação humana, reforça a confiabilidade do *corpus* e ilustra tanto as potencialidades quanto os limites atuais de ferramentas de transcrição automática para pesquisas qualitativas em língua portuguesa.

Para caracterizar o *corpus* empírico de forma objetiva e atender a critérios de transparência metodológica, procedeu-se a uma análise quantitativa das transcrições utilizando o *software AntConc* (versão 4.3.1), ferramenta consagrada em análises linguísticas de *corpora*. Visando capturar com fidelidade o léxico mobilizado pelas participantes, as perguntas da entrevistadora foram excluídas da contagem, restando apenas o discurso produzido pelas informantes. O *corpus* textual resultante, pronto para análise, é composto por 15.018 *tokens* e 1928 *types*.

Visando identificar os núcleos semânticos e os padrões discursivos dominantes, realizou-se uma análise de frequência lexical após a filtragem de itens funcionais, desse modo, os termos que constituem o estudo são: doença (49 ocorrências), exame (29), vacina (29), prevenir (28), saúde (27), sexualmente (26), ginecologista (22), HPV (20), médico (19), doenças (19) e câncer (16).

No que concerne à distribuição das ocorrências entre as participantes, a análise não identificou um vocábulo isolado que se destacasse de maneira exclusiva e acentuada em uma única entrevistada. Contudo, foram observados padrões discursivos recorrentes associados a perfis de interação, caracterizados pelo uso combinado e reiterado de verbos cognitivos de incerteza (sei, acho, lembro) com marcadores de vagueza (tipo, alguma coisa). Tais padrões são interpretados não como desvios idiossincráticos, mas como indícios linguísticos mensuráveis de diferentes graus de apropriação terminológica e de acesso à informação em saúde, oferecendo um ponto de partida empírico para as análises qualitativas dos MCIs e frames.

Esta caracterização quantitativa não pretende esgotar a análise, mas fornecer uma descrição objetiva da paisagem lexical do *corpus*, fundamentando e delimitando o terreno sobre o qual se erguerá a interpretação sociocognitiva detalhada.

Concluída a revisão, cada transcrição foi formatada e arquivada em meio digital individualmente. As transcrições foram padronizadas em um único documento de texto, utilizando o processador *Microsoft Word* (versão 365). Para isso, foram aplicadas as seguintes normas de formatação: fonte Arial 10, espaçamento entre linhas simples, margens de 3,0 cm (superior e esquerda) e 2,0 cm (inferior e direita), e identificação, em negrito e em caixa alta, no cabeçalho, com a palavra participante seguida do mnemônico correspondente a cada informante (ex.: PARTICIPANTE AC22). Os arquivos foram nomeados segundo os mnemônicos de cada entrevistada e arquivados individualmente em uma pasta criptografada no serviço de nuvem Google Drive da pesquisa, com acesso restrito à pesquisadora. Essa organização visou garantir a organização, o fácil rastreamento e a segurança ética dos dados verbais. Na sequência, as respostas coletadas foram sistematizadas em uma tabela para subsidiar de modo mais pontual as informações que consideramos relevantes para a análise qualitativa. Nessa tabela, cada linha representa uma participante e cada coluna corresponde a uma das perguntas do roteiro de entrevista (Cf. Apêndice D).

Essa etapa finalizou o processo de coleta e preparou o material para as fases seguintes de seleção, classificação, organização e procedimentos de análise dos dados, descritas a seguir.

5.4.5 Seleção, classificação, organização e procedimentos de análise

A seleção, a delimitação e a organização dos dados foram orientadas pelos objetivos desta pesquisa e pela perspectiva teórico-metodológica adotada. Tais referenciais permitiram articular a interpretação qualitativa das conceptualizações expressas pelas participantes, de modo a compreender a acessibilidade e a compreensão dos termos da ginecologia preventiva contra o HPV.

A delimitação do material focou em três categorias centrais da investigação, conforme a estrutura do roteiro de entrevista: CONTÁGIO, RASTREAMENTO e PREVENÇÃO. O recorte temático-terminológico baseou-se no encadeamento conceitual biomédico (Brasil, 2021; INCA, 2016; OMS, 2021; OPAS, 2023), visando diagnosticar a fragilidade dos nós conceituais¹³ na rede de conhecimento das participantes. O roteiro englobou o que é o vírus, formas de contágio, como se evita, o que ele causa e como se detecta e se previne. A partir dessa lógica, delimitamos os termos técnicos mais frequentes e prototípicos de cada categoria em nosso *corpus* de entrevistas, fundamentando-nos no critério de cessação do ganho informativo, um princípio estabelecido na teoria da informação e amplamente utilizado em PLN e mineração de dados. Este critério determina que a utilidade de adicionar novos elementos a um modelo ou descrição diminui progressivamente, atingindo um ponto ótimo além do qual o retorno informacional é marginal (Cover; Thomas, 2006). Conforme formalizado por Quinlan (1986) em seu trabalho seminal sobre árvores de decisão, o ganho informativo mede a eficácia de um termo em reduzir a incerteza sobre a classificação de um conjunto de dados. A curva de ganho informativo, quando

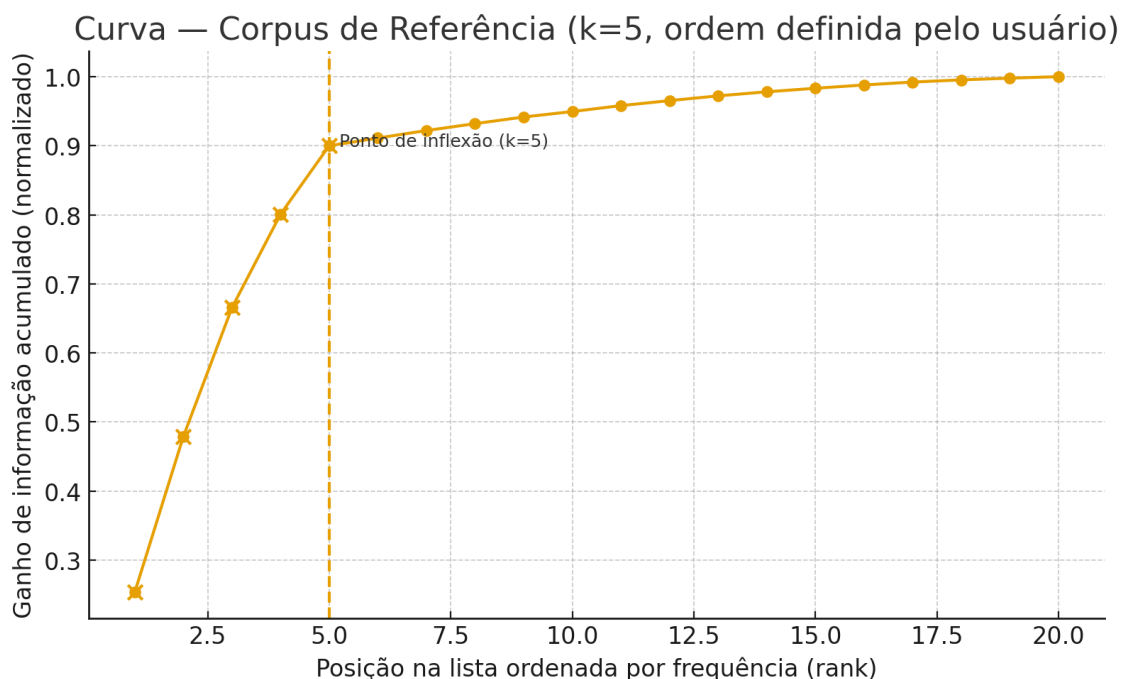
¹³ Dentro da TST (Temmerman, 2000a, 2000b), os nós causais representam os encadeamentos conceituais que definem a etiologia de um fenômeno, ou seja, "aquilo que explica por que se faz" algo. Eles são contrastados com os "nós práticos e experienciáveis" (que se refere a "aquilo que se faz", como a realização de um procedimento). A conceituação desses nós é essencial para entender a progressão de um conhecimento especializado no discurso. No contexto desta pesquisa, por exemplo, o nó causal primordial é a sequência etiológica HPV → lesão → câncer.

plotada pela ordem de frequência dos termos, exibe um padrão de decaimento exponencial característico.

Os primeiros termos, que são precisamente aqueles com maior frequência, proporcionam os ganhos mais substanciais na compreensão e discriminação do fenômeno. Estudos empíricos, como os conduzidos por Forman (2003), demonstram que, tipicamente, um pequeno subconjunto dos termos mais frequentes é responsável pela vasta maioria do poder discriminativo e descritivo. Desse modo, o processamento do *corpus* de entrevista e do *corpus* textual de referência foi realizado utilizando o ambiente R (R Core Team, 2023) e suas bibliotecas especializadas. O pré-processamento textual foi executado com o pacote *tm* (Feinerer; Hornik; Meyer, 2008), enquanto a análise de frequência e a mineração dos termos foi conduzida com o pacote *tidytext* (Silge; Robinson, 2016). A determinação do ponto de cessação do ganho informativo foi realizada por meio de um algoritmo computacional que fez o cálculo para cada termo, ordenado por frequência, conforme o modelo de Quinlan (1986). A curva resultante, gerada pelo pacote *ggplot2* (Wickham, 2016), demonstra visualmente o ponto de inflexão onde a adição de novos termos não acrescenta informação significativa. A análise de tópicos latentes (*Latent Dirichlet Allocation*), implementada pelo pacote *topicmodels* (Grün; Hornik, 2011), foi utilizada como técnica de validação complementar, confirmando a coesão semântica do conjunto dos selecionados como representantes prototípicos das categorias centrais da discussão sobre o HPV.

Assim, distribuídos nas 03 (três) categorias propostas, ficaram os termos: *HPV* (CONTÁGIO); *Papanicolaou*, *Lesão precursora* e *Câncer de colo de útero* (RASTREAMENTO); e, por fim, *Vacina* (PREVENÇÃO).

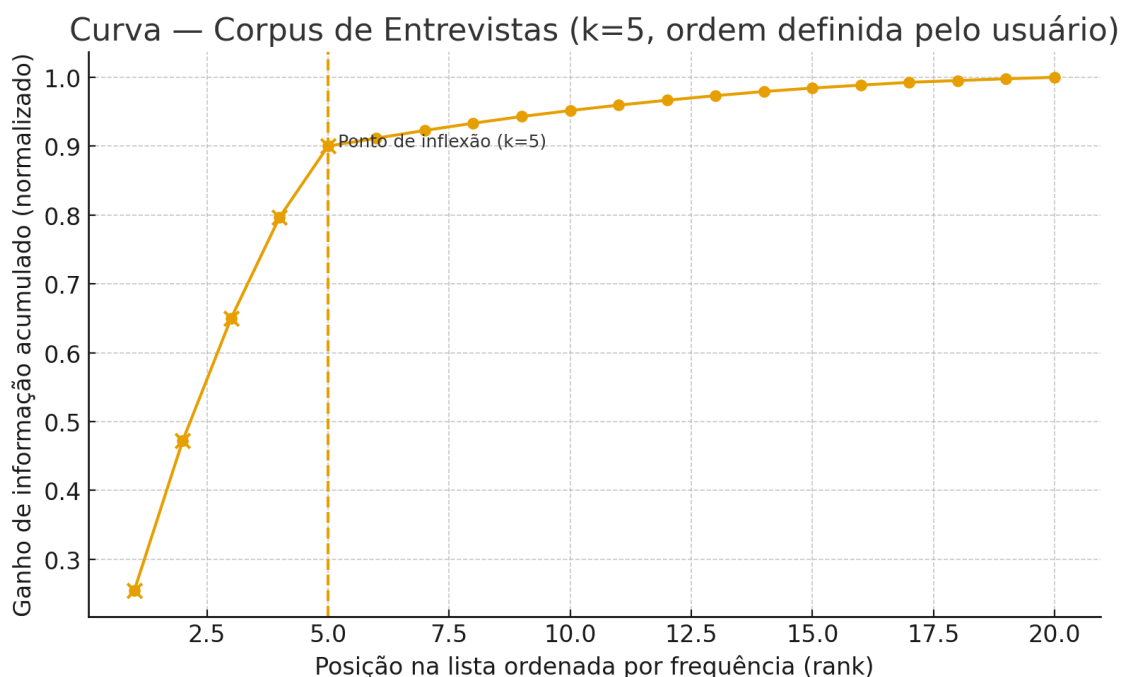
Figura 2 – Curva de cessação do ganho informativo para o corpus de referência (Brasil, 2014)



Fonte: elaborada pela autora, com dados processados no R (tm, tidytext, ggplot2, topicmodels).

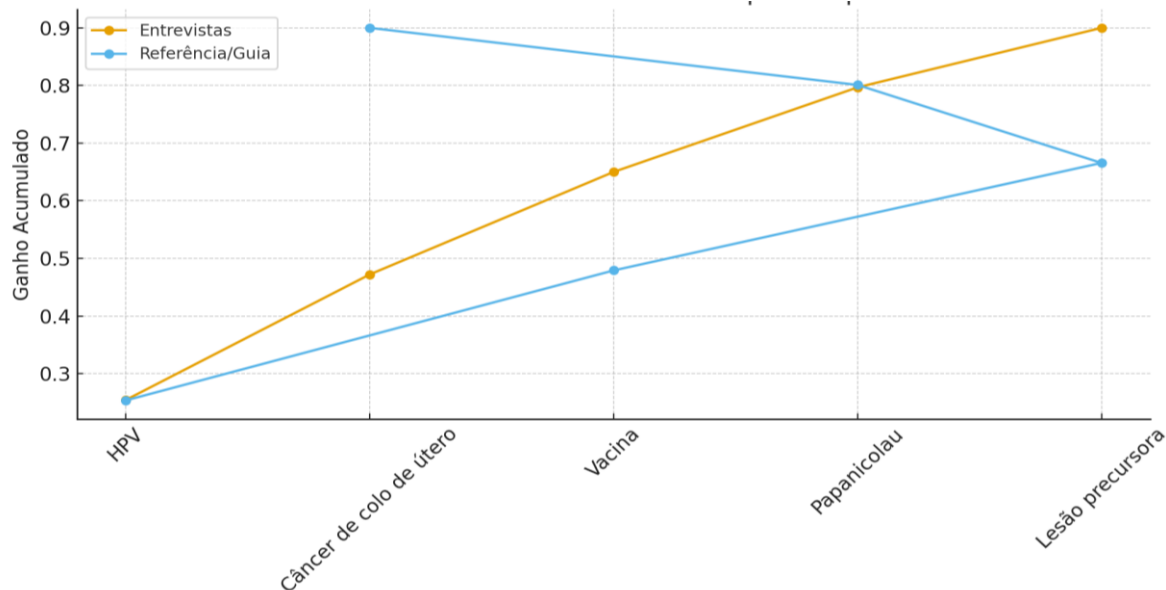
A Figura 2 possui curva ascendente e achatamento após o quinto ponto. O eixo horizontal mostra a posição dos termos por frequência, e o eixo vertical apresenta o ganho informativo acumulado. A linha tracejada vertical marca o ponto $k = 5$. Os termos, na ordem exibida, são: *HPV*, *Vacina*, *Lesão precursora*, *Papanicolau* e *Câncer do colo de útero*. Assim como na figura anterior, a curva cresce rapidamente nos cinco primeiros termos e permanece praticamente constante após esse ponto, indicando que os primeiros elementos capturam quase toda a informação semântica relevante.

Figura 3 – Curva de cessação do ganho informativo para o corpus de entrevistas



Fonte: elaborada pela autora, com dados processados no R (tm, tidytext, ggplot2, topicmodels).

A Figura 3, semelhante à anterior, é composta por uma linha ascendente com cinco pontos destacados à esquerda, seguidos de pontos com crescimento mínimo à direita. O eixo horizontal exibe a posição dos termos por frequência, e o eixo vertical exibe o ganho de informação acumulado. Uma linha tracejada vertical indica o ponto de inflexão em $k = 5$. Os termos destacados são, em ordem: *HPV*, *Câncer do colo de útero*, *Vacina*, *Papanicolaou* e *Lesão precursora*. A curva sobe rapidamente até o quinto termo e, a partir daí, torna-se praticamente plana, indicando saturação informativa. A interpretação visual demonstra que os cinco primeiros termos concentram a maior parte da informação relevante do *corpus*.

Figura 4 – Ganho Acumulado dos termos por Corpus

Fonte: elaborada pela autora, com dados processados no R (tm, tidytext, ggplot2, topicmodels).

Como podemos constatar na Figura 4, a seleção de um total final de 05 (cinco) termos não foi arbitrária. Ela representa o ponto de inflexão na curva de ganho informativo, identificado visual e analiticamente, tanto no corpus de entrevistas quanto no corpus de referência (Brasil, 2014). Até este ponto, cada termo adicional incorpora um conceito central e distintivo, capturando a essência semântica do tópico, seja a natureza da *vita*, suas manifestações ou seus indicadores precoces. A partir do sétimo termo, observa-se uma cessação prática do ganho informativo significativo (Manning; Raghavan; Schütze, 2008). Os termos subsequentes possuem frequência drasticamente menor e, embora possam acrescentar nuances, sua contribuição para a descrição geral do fenômeno é ínfima quando comparada ao custo de aumentar a complexidade do modelo. Portanto, a opção pelos 05 (cinco) termos mais frequentes, tanto do *Guia* quanto das entrevistas, foi uma solução que permitiu a maximização da representatividade semântica e a minimização da redundância e da complexidade (Hastie; Tibshirani; Friedman, 2009).

Para melhor organizar os procedimentos de análise, propusemos fichas analíticas com o objetivo de classificar a acurácia dos conceitos revelados nos elementos prototípicos. O entendimento do que é acurácia da informação em saúde, enquanto critério de avaliação da qualidade, possui duas principais definições na literatura especializada: uma definição histórica afirma que a acurácia é definida como

o grau de concordância da informação oferecida com a melhor evidência ou com a prática médica geralmente aceita (Eysenbach *et al.*, 2002). Este critério é o mais empregado nos estudos que avaliam a qualidade da informação de saúde na internet. No entanto, Paolucci, Pereira Neto e Nadanovsky (2021) argumentam que esta definição admite somente o consenso entre especialistas como parâmetro de qualidade, mas isso não garante um resultado atual e correto, visto que os profissionais envolvidos podem estar desatualizados em relação às melhores evidências científicas. Partindo desse argumento, os autores propõem a atualização conceitual da acurácia, redefinindo-a como o “critério para avaliar a conformidade da informação com a melhor e a mais atual evidência científica disponível” (Paolucci; Pereira Neto; Nadanovsky, 2021, p. 145). Esta evidência deve ser obtida a partir das práticas da Medicina Baseada em Evidência¹⁴ (MBE).

Para fins metodológicos da nossa Tese, optamos por nos centrar na definição histórica porque ela está diretamente alinhada tanto com os pressupostos mobilizados da lexicologia da verticalidade (Wichter, 1994) quanto com a configuração do nosso corpus de referência (Brasil, 2014).

Para montar nossas fichas analíticas usamos um modelo de Escala Categórica, que é uma ferramenta descritiva utilizada em estudos de avaliação de acurácia da informação em saúde para mensurar e classificar o grau de conformidade do conteúdo encontrado em materiais específicos (como *sites* ou documentos) com indicadores de acurácia previamente estabelecidos. Ao entender que essa escala permite quantificar a precisão do grau de concordância da informação com a melhor evidência médica ou com a prática médica geralmente aceita, propusemos a divisão em:

1. **Completa (C):** Indica que a informação contida no material avaliado está totalmente em conformidade com o indicador de acurácia baseado na evidência científica.
2. **Incompleta (I):** Indica que a informação relevante para o indicador foi encontrada no material, mas carece de detalhes ou elementos cruciais para a precisão total.
3. **Incorreta (E):** Indica que a informação apresentada está em desacordo ou é falsa em relação ao conhecimento científico atual.

¹⁴ A Medicina Baseada em Evidências (MBE) é uma abordagem estruturada para a prática médica que visa integrar a melhor evidência científica disponível com a experiência clínica individual do profissional e os valores e preferências do paciente (Greenhalgh *et al.*, 2020; Heneghan; Goldacre, 2021).

4. Ausente (A): Indica que a informação esperada e relevante para o indicador não foi encontrada no material avaliado.

Esta escala foi aplicada, por exemplo, na avaliação da acurácia da informação sobre leishmaniose visceral em *sites* de saúde, incluindo portais governamentais do Brasil e da Índia e organizações não governamentais internacionais (Pereira Neto *et al.*, 2023). O uso dessas categorias permitiu aos pesquisadores identificar, para diferentes tópicos (Transmissão, Sintomas e Diagnóstico, Prevenção e Tratamento), onde exatamente a informação estava falhando, resultando em classificações detalhadas por grupo de indicadores.

Partindo dessa metodologia avaliativa, que permite identificar com precisão as falhas na informação, a presente pesquisa adaptou sua escala para analisar o grau de entendimento conceptual demonstrado pelas entrevistadas. Para tanto, as respostas foram categorizadas segundo a profundidade da conceptualização alcançada em relação ao saber especializado. No Quadro 3, são apresentadas as quatro categorias da escala utilizada, bem como sua fundamentação teórica no contexto desta Tese.

Quadro 3 – Grau de Entendimento da Participante

CATEGORIA DA ESCALA	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA NA TESE
COMPLETA	Reflete o alinhamento completo entre a Unidade de Conhecimento da participante e o saber especializado, demonstrando entendimento conceptual do termo técnico.
INCOMPLETA	Indica que a participante demonstrou conceptualização incompleta ou vaga, muitas vezes apoiada apenas em inferências linguísticas.
INCORRETA	Indica a ativação de um Frame ou Modelo Cognitivo Idealizado (MCI) que entra em conflito com o saber especializado.
AUSENTE	Indica que a unidade de conhecimento não está presente na rede conceptual da participante.

Fonte: elaboração pela autora (2025), com base na taxonomia de veracidade informacional proposta por Paolucci, Pereira Neto e Nadanovsky (2021) e nos critérios de avaliação de conteúdo em saúde de Diviani, Putte e Meppelink (2019).

A aplicação do método de acurácia foi diretamente integrada à planilha em que organizamos as respostas das informantes para cada uma das perguntas realizadas na entrevista. A triangulação das informações tabuladas permitiu que nossa análise garantisse a coerência com os referenciais teóricos delimitados (Fillmore, 2006; Lakoff, 1987; Temmerman, 2000a, 2000b). Assim, a partir das quatro categorias de acurácia podemos ofertar uma dimensão analítica quantitativa. Qualitativamente, os graus de acurácia foram mensurados a partir da comparação da conceptualização expressa pelas participantes e pelos conceitos técnico-científicos presentes no *corpus* especializado de referência, descritos no quadro a seguir.

Quadro 4 – Quadro de termos e conceitos

TERMO	CONCEITO
<i>HPV</i>	Grande grupo de vírus que causa infecções por papillomavirus, por exemplo, verrugas genitais e neoplasias de colo do útero, vagina, vulva, ânus ou orofaringe. Vírus do papiloma humano mais comuns e clinicamente importantes são taxonomicamente membros de alphapapillomavirus e gammapapillomavirus.
<i>Papanicolau</i>	Exame citológico de células coletadas da superfície de uma mucosa do colo do útero, coradas com coloração de Papanicolaou, que ajuda a detectar células anormais no revestimento do colo uterino, que podem ser tratadas antes de se tornarem um câncer.
<i>Lesão Precursora</i>	Achado de teste citológico frequentemente do esfregaço vaginal em teste de Papanicolau que mostra lesões anormais de células epiteliais escamosas do colo do útero. É um critério diagnóstico usado no sistema de bethesda para neoplasias do colo do útero e representa resultado anormal do teste de Papanicolau. Apesar do resultado positivo de testes de lesões escamosas intraepiteliais não implicar obrigatoriamente em neoplasias do colo do útero, eles demandam seguimentos (por

	exemplo, testes de DNA para papilomavírus humano e colposcopia).
<i>Câncer de colo do útero</i>	Doença grave caracterizada pelo crescimento anormal de células do colo do útero, que é a parte inferior do útero que fica em contato com a vagina.
<i>Vacina</i>	Suspensões de micro-organismos atenuados ou mortos (bactérias, vírus, fungos, protozoários), proteínas antigênicas, construções sintéticas ou outros derivados biomoleculares administrados para prevenção, abrandamento ou tratamento de doenças infecciosas ou outras.

Fonte: Elaborada pela autora a partir de Brasil (2014) e BIREME (2025).

A dimensão qualitativa dos dados também envolveu: a) descrição e análise das UC dada sua natureza como entidades, atividades ou unidades guarda-chuva (Temmerman, 2000a, 2000b); b) mapeamento dos Modelos Cognitivos Idealizados e dos *frames* interpretativos (Fillmore, 2006; Lakoff, 1987); e c) diagnóstico do grau de acessibilidade conceitual conforme escala de acurácia estabelecida na investigação.

Assim, com o quadro teórico definido e o caminho metodológico claramente traçado, passando pela seleção ética das participantes, constituição dos *corpora*, processamento textual com ferramentas computacionais e definição dos critérios de análise baseados em acurácia e MCIs, a pesquisa encontra-se instrumentalizada para o exame empírico que se segue. Na próxima seção, portanto, dedicar-nos-emos à aplicação sistemática desses instrumentos ao *corpus* de entrevistas, iniciando a descrição, análise e discussão que constituem o cerne deste trabalho.

6 DESCRIÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO

A análise dos dados que compõem esta seção tem por objetivo fundamental compreender como mulheres sergipanas, com idades entre 18 e 23 anos, estudantes da UFS, que participaram desta pesquisa, compreendem e interpretam os sentidos associados às terminologias *HPV*, *Papanicolaou*, *Lesão Precursora*, *Câncer do colo do útero* e *Vacina*.

Conforme estabelecido no Quadro 3, a escala categórica de acurácia adotada nesta pesquisa compreende quatro níveis: COMPLETA (C) , INCOMPLETA (I) , INCORRETA (E) E AUSENTE (A). A operacionalização desta escala, no entanto, exige a explicitação dos critérios de decisão aplicados em casos limítrofes, particularmente aqueles que envolvem reconhecimento de siglas, inferências genéricas e conhecimentos provenientes de domínios adjacentes. Detalharemos tais critérios, a fim de garantir a transparência e a reprodutibilidade da análise.

A categoria COMPLETA (C) foi reservada para respostas que demonstram alinhamento integral com o saber especializado, articulando de forma clara e coerente os elementos constitutivos do *frame* especializado. Para que uma resposta seja classificada como COMPLETA (C), é necessário que a participante demonstre não apenas o reconhecimento do termo e sua localização no domínio correto, mas também a compreensão de sua estrutura, mecanismo ou cadeia causal, conforme a natureza da UC.

A categoria INCOMPLETA (I) aplica-se a respostas que demonstram a presença de uma UC na rede conceptual da participante, mas de forma vaga, fragmentada ou apoiada em inferências linguísticas. São características deste nível: i) reconhecimento da sigla sem conceituação substantiva: a participante demonstra familiaridade com o significante, mas não consegue articular o conceito por trás dele. Neste caso, o reconhecimento da sigla é considerado um indicador de que o termo não é estranho, ativando uma unidade de conhecimento mínima, ainda que vazia de conteúdo especializado; ii) conhecimento genérico de domínios adjacentes: a participante pode não ter conhecimento específico sobre o termo perguntado, mas utiliza inferências a partir de *frames* mais amplos (como o conhecimento sobre ISTs em geral) para construir uma resposta aproximada. Este tipo de inferência constitui uma UC em formação, ainda que incompleta; iii) conhecimento procedimental desacompanhado de conhecimento funcional: a participante descreve corretamente

como um procedimento é realizado, mas não consegue articular sua finalidade ou sua inserção na cadeia causal preventiva; e iv) presença de fragmentos corretos sem integração: a participante menciona elementos corretos (ex.: vacinação, prevenção), mas não os articula em uma cadeia causal coerente.

A categoria INCORRETA (E) aplica-se a respostas que apresentam uma conceptualização ativa, porém em desacordo com o saber especializado. Diferentemente da categoria INCOMPLETA (I), que se caracteriza pela ausência de conteúdo ou pela presença de fragmentos desconectados, a categoria INCORRETA (E) pressupõe que a participante tem uma UC estruturada sobre o termo, mas essa estrutura está em conflito com o conhecimento científico. São características deste nível: i) afirmação categórica de informações falsas: a participante não apenas desconhece o conceito, mas o preenche com conteúdo incorreto e o apresenta como conhecimento seguro; ii) colapso categorial: a participante confunde o termo com outro conceito distinto e sustenta essa confusão como conhecimento; e iii) Inversão da cadeia causal: a participante estabelece relações causais invertidas.

A categoria AUSENTE (A) aplica-se a respostas que demonstram que a UC não está presente na rede conceptual da participante. São características deste nível: i) negativa explícita de familiaridade: a participante afirma categoricamente que nunca ouviu falar do termo ou que não sabe o que ele significa, sem tentativas de inferência; ii) ausência de qualquer tentativa de associação: mesmo diante de perguntas abertas ou de solicitações para “imaginar” ou “associar”, a participante não consegue evocar qualquer conteúdo relacionado; e iii) respostas baseadas exclusivamente em projeções afetivas ou sensoriais: a participante só consegue falar sobre como o termo a faz sentir ou como imagina que seria a experiência de realizar um procedimento, sem qualquer conteúdo conceitual sobre o termo em si.

Por fim, sintetizamos os critérios aplicados para distinguir entre as categorias em situações limítrofes:

1. O reconhecimento da sigla, isoladamente, não constitui conceituação. No entanto, quando acompanhado de inferências (ainda que genéricas) que situam o termo no domínio correto, considera-se que há uma unidade de conhecimento em formação. Nesse caso, a acurácia é classificada como INCOMPLETA (I).
2. O conhecimento sobre *ISTs* em geral pode servir como *frame* de ancoragem para inferências sobre um termo específico. Se a participante utiliza esse *frame*

para construir uma resposta aproximada, considera-se que há uma UC em formação, ainda que genérica. Nesse contexto, a acurácia é classificada como INCOMPLETA (I).

3. A inferência correta, ainda que baseada em conhecimento genérico, é tratada como evidência de que o termo ativou um *frame* relevante, indicando presença de UC INCOMPLETA (I). Já a inferência incorreta que resulta em afirmação categórica falsa é tratada como conceptualização INCORRETA (E).
4. A descrição correta de um procedimento sem a articulação de sua finalidade configura uma unidade de conhecimento INCOMPLETA (I), pois o *frame* especializado exige a integração entre procedimento e função.
5. A afirmação “não sei”, quando não acompanhada de tentativas de inferência, é tratada como ausência da UC. A ausência de resposta (silêncio, não articulação) também configura acurácia AUSENTE (A).
6. A participante afirma já ter ouvido o termo, mas não consegue evocar qualquer conteúdo associado (nem mesmo inferências genéricas). Neste caso, o significante é reconhecido, mas a unidade de conhecimento está ausente. Nesse contexto, a acurácia é AUSENTE (A).

Explicitados os critérios de classificação da acurácia, na sequência, seguiremos para análise de cada um dos cinco termos-chave desta pesquisa.

6.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO TERMO HPV

A compreensão e classificação do termo *HPV* no domínio de especialidade da área da saúde pode ser analisada à luz da estrutura do conhecimento vertical proposta por Wichter (1994), que distingue diferentes níveis de percepção e conceptualização entre especialistas e leigos. De acordo com a formulação dessa estrutura, especialistas detêm conhecimento detalhado e categorização mais complexa, enquanto os leigos tendem a considerar conceitos em um nível mais simplificado. Essa distinção vertical é fundamental para entender como se formam os MCIs que sustentam a conceptualização do *HPV* em ambos os grupos: primeiro, no plano científico, e depois, em seu reflexo social e experiencial.

No nosso *corpus* de referência, há o reconhecimento de que o HPV é um grupo diverso de vírus, com múltiplos tipos classificados em diferentes gêneros, como *alphapapillomavirus* e *gammapapillomavirus*, cada um com propriedades clínicas diversas (De Villiers *et al.*, 2004; Doorbar *et al.*, 2012; Hager, 2009; Ross, 2021). Assim, para os especialistas, o termo HPV funciona, segundo Temmerman (2000a, 2000b), como uma unidade de conhecimento guarda-chuva, designando uma categoria ampla que inclui múltiplas entidades virais específicas, cada uma com características clínicas e genéticas próprias (Brasil, 2014, 2015; Brito, 2022; De Campos; De Souza, 2016; Maia, 2023; Ross, 2021). Essa compreensão taxonômica e relacional reflete a maneira como os MCIs são construídos. Segundo Lakoff (1987), os MCIs são estruturas de conhecimento prototípicas, radiais e culturalmente situadas, e no caso do HPV, o MCI técnico é constituído por uma rede de relações entre vírus, mecanismos de infecção, respostas imunológicas e consequências clínicas.

Desse modo, o caso central ou protótipo do domínio do HPV é de fato a relação causal entre os tipos de alto risco (como HPV-16 e HPV-18) e o desenvolvimento de neoplasias malignas (colo do útero, vagina, vulva, ânus, pênis e orofaringe). Este é o elemento mais saliente, com maior peso cognitivo e que mais define a categoria para a virologia e a oncologia, devido ao seu profundo impacto na saúde pública. Os tipos de baixo risco (como HPV-6 e HPV-11), que estão primariamente associados a verrugas genitais (condilomas), representam uma variação convencionalizada e motivada a partir do caso central. Eles são claramente reconhecidos como parte da categoria HPV, mas ocupam uma posição periférica na estrutura radial. A ligação é estabelecida por relações de similaridade (são todos papilomavírus) e de contraste (diferem no potencial oncogênico e nas manifestações clínicas).

Esta organização, com um membro prototípico no centro e outros membros conectados de forma não-aleatória, mas em posições menos centrais, é a própria definição de uma estrutura radial. A categoria HPV não é um conjunto homogêneo. Ela é estruturada radialmente em torno do seu exemplar mais significativo, que é o agente oncogênico, com extensões para membros que compartilham algumas, mas não todas, as suas propriedades definidoras mais críticas. Segundo Lakoff (1987),

Uma estrutura radial é aquela em que existe um caso central e variações convencionalizadas que não podem ser previstas por regras gerais. Categorias geradas por casos centrais mais princípios gerais

— por exemplo, os números naturais ou a descrição da categoria "tio materno" de Lounsbury em Fox — não são estruturas radiais, conforme definimos o termo. Estamos limitando as estruturas radiais apenas aos casos em que as variações são convencionalizadas e precisam ser aprendidas. (Lakoff, 1987, p.84, tradução nossa)¹⁵.

Essa rede prototípica e radial reflete a flexibilidade epistemológica da ciência, como apontam Temmerman (1997; 2000a) e Faber (2009). O termo *HPV* não designa uma entidade estática, mas um sistema conceitual dinâmico, que se atualiza à medida que novos conhecimentos são incorporados. Assim, o significado terminológico, para os especialistas, constitui uma unidade de conhecimento experiencialmente enraizada, construída a partir da observação, experimentação e modelagem científica, e não uma definição fixa e universal.

Essa abordagem encontra correspondência direta na noção de estrutura do conhecimento vertical de Wichter (1994), segundo a qual a conceptualização dos especialistas ocupa o nível superior da verticalidade, caracterizado pela densidade relacional, precisão e abstração conceitual. É nesse nível que HPV é compreendido como uma categoria multidimensional, uma vez que é um conceito integrador que articula as subcategorias de vírus, mecanismos biológicos e condições clínicas.

A partir desse nível técnico de conceptualização, os termos especializados, ao circularem em contextos sociais, educacionais e midiáticos, são reinterpretados por usuários não especialistas. Essa transposição comunicativa produz uma reconfiguração dos MCIs, resultando em modelos cognitivos híbridos, que, na maioria das vezes, preservam fragmentos do saber científico, mas são reestruturados pela experiência cotidiana.

Não apenas possuímos modelos populares de categorização, como também modelos populares de referência. [...] E esses dois não são consistentes. Isso, por si só, não deveria surpreender. Há muitas áreas da experiência humana nas quais dispomos de modos conflitantes de compreensão. Temos tanto teorias populares quanto teorias especializadas de medicina, política, economia, etc. Cada teoria — seja popular ou especializada — envolve algum modelo cognitivo idealizado, com um vocabulário correspondente. Uma dada pessoa pode sustentar uma ou mais teorias populares e uma ou mais teorias

¹⁵ No original: "A radial structure is one where there is a central case and conventionalized variations on it which cannot be predicted by general rules. Categories that are generated by central cases plus general principlessay, the natural numbers or Lounsbury's account of the category maternal uncle in Fox-are not radial structures, as we are defining the term. We are limiting radial structures only to cases where the variations are conventionalized and have to be learned".

especializadas em áreas como medicina, economia ou física. É comum que tais modelos cognitivos idealizados sejam inconsistentes entre si¹⁶ (Lakoff, 1987, p.121, tradução nossa).

O MCI técnico sobre o HPV é um modelo idealizado que representa o conhecimento científico preciso e descontextualizado. Lakoff (1987) afirma que tais modelos nem sempre se ajustam perfeitamente a todas as situações que experienciamos. Isso explica por que, ao circular em contextos leigos, esse modelo puro não se encaixa perfeitamente na experiência cotidiana das pessoas, que é mais complexa e menos sistemática. Desse modo, lançamos mão de usar os recursos que temos disponíveis na tentativa de compreender nossa própria experiência. É assim que ocorre o processo ativo de reinterpretação. Então, um não-especialista, ao se deparar com o termo *HPV*, não tem acesso a um MCI técnico-científico completo e, portanto, usa recursos alternativos para construir um entendimento, como fragmentos lembrados de campanhas de saúde, experiências pessoais, conversas, notícias e, até mesmo, modelos de outras doenças (como o HIV). Isso resulta em uma reconfiguração dos MCIs.

Nesse processo de compreensão, mobilizamos múltiplos MCIs, que podem ser inconsistentes ou até mesmo contraditórios. É importante destacar que o leigo não descarta completamente o saber científico, mas o preserva em fragmentos (como na ideia de que o HPV é um vírus e uma IST- KA19: **“Não sei explicar [...]Eu acho que é um vírus”**; IL23: **“Não exatamente, mas é um tipo de doença, de IST”**). No entanto, combina esses fragmentos com outros MCIs (como o modelo de transmissão do HIV ou o estigma social associado às ISTs - AC22: **“Além do preconceito que as pessoas que têm essa doença sofrem, tendo que tomar remédio, não tem uma que você está tomando remédio pela sua vida toda. Mas eu não consigo pensar em mais nenhum desses”**), criando um novo modelo, híbrido e, por vezes, internamente inconsistente, mas que faz sentido dentro do seu quadro de experiência cotidiana. Portanto, podemos afirmar que a circulação social do conhecimento

¹⁶ No original: “We not only have folk models of categorization, we even have folk models of reference. [...] And the two are not consistent. This, in itself, should not be surprising. There are many areas of human experience in which we have conflicting modes of understanding. We have both folk and expert theories of medicine, politics, economics, etc. Each theory, whether folk or expert, involves some idealized cognitive model, with a corresponding vocabulary. A given person may hold one or more folk theories and one or more expert theories in areas like medicine or economics or physics. It is commonplace for such idealized cognitive models to be inconsistent with one another”.

especializado é um processo ativo de reinterpretação, onde os MCIs técnicos são desmontados e remontados com base nos recursos cognitivos e experienciais disponíveis ao público não-especialista. É nesse ponto que a TST (Temmerman, 2000a, 2000b) e a Lexicologia da Verticalidade (Wichter, 1994) se encontram: ambas reconhecem que o significado é negociado socialmente, sendo constantemente reconstruído entre diferentes níveis de competência cognitiva. O autor argumenta que existe um processo dinâmico de interpenetração lexical entre os discursos técnico e não especializado. Segundo ele, o vocabulário dos especialistas e o dos leigos interagem mutuamente e, assim, compartilham e incorporam modos de categorizar e estruturar conceitos bem como trocam perspectivas cognitivas e potenciais figurativos, ou seja, metáforas e modos de representação do conhecimento.

O vocabulário especializado e o vocabulário leigo ou comum revelam, em medida crescente, interações recíprocas, seja na adoção ou registro mútuo de elementos lexicais, subvocabulários ou esquemas cognitivos, seja na mediação bidirecional de perspectivas e de potencial metafórico¹⁷ (Wichter, 1994, p. 99, tradução nossa).

Em termos linguísticos e cognitivos, Wichter (1994) está apontando que os sistemas lexicais não são estanques: o saber técnico influencia a linguagem comum, e vice-versa. Essa troca constante leva à formação de modelos cognitivos híbridos, nos quais fragmentos do discurso científico são reinterpretados e adaptados à experiência cotidiana. Desta feita, fundamentamos teoricamente a ideia de que a circulação social dos termos especializados provoca reconfigurações cognitivas e misturas entre léxicos técnico e comum, legitimando o uso do conceito de *modelos cognitivos idealizados híbridos*.

No nosso *corpus* de entrevistas, o termo *HPV* é compreendido pelas informantes como uma entidade difusa — ora doença, como em AC22 (“[...] **é uma doença**”) e IL23 (“[...] **um tipo de doença, de IST**”), ora vírus, como em KA19 (“[...] **é um vírus**”), ora sinônimo de câncer, como em MO22 (“**é câncer no útero**”), ou ainda confundido com HIV, como em LB22 (“**Às vezes, a gente confunde muito, né? HPV, com HIV**”). Essa oscilação indica um processo de compressão conceptual

¹⁷ No original: “Expertenwortschatz und Laienwortschatz bzw. Gemeinwortschatz zeigen in zunehmendem Maße Wechselwirkungen, sei es in der wechselseitigen Übernahme bzw. Registrierung von Wortschatzelementen oder Teilwortschatzen bzw. von Schemata, sei es in der wechselseitigen Vermittlung von Perspektiven und tropischem Potential”.

em que o modelo técnico de “vírus” é substituído pelo modelo experiencial de “doença”. A entrevistada AC22, por exemplo, demonstra saber que o HPV **“é uma doença”** e associa sua transmissão à via sexual, mas inclui erroneamente a hipótese de transmissão sanguínea. Sua ênfase em “bolhas”, “secreção” e “preconceito” revela que o conceito é estruturado por experiências perceptivas e afetivas, não por categorias abstratas. Trata-se de um modelo experiencial, nos termos de Temmerman (2000a, 2000b), em que o significado nasce do contato prático com discursos sociais sobre o corpo e a doença, e não de uma definição científica.

De modo semelhante, AN18 e IL23 constroem o conceito de HPV a partir de uma metonímia socialmente mediada — a lembrança da vacina escolar. Nesses casos, a categoria é ativada não por uma definição científica, mas por um evento comunicativo vivido, o que Temmerman (2000a, 2000b) chama de prototipicalidade contextual. A autora defende que não se deve buscar um significado científico e fixo para uma unidade terminológica, mas sim investigar como as pessoas compreendem esse termo. Isso valida a análise de que o conceito de AN18 (**“Não me recordo agora, mas tem uma vacina de HPV também, né? Que eu já tomei. Que é a partir dos 9 anos, eu acho, eu me lembro disso”**) e IL23 (**“[...] que a gente toma uma vacina, não é não? São três doses e demora entre um e outro intervalo”**) é legítimo dentro da TST, mesmo sendo diferente do conceito técnico.

Não é o mundo objetivo tal como é que precisa ser nomeado, mas o mundo tal como é compreendido, interpretado e criado por um membro de uma comunidade de especialistas. Os membros dessa comunidade comunicam entre si e com outros, especialistas e não especialistas. Esse isomorfismo é de outra natureza e talvez possa ser melhor abordado a partir de uma compreensão da categorização estruturada prototipicamente e ancorada em frames¹⁸ (Temmerman, 2000a, p.128, tradução nossa).

Seguindo a acepção de Temmerman (2000a, 2000b), vemos que a fonte da compreensão demandada está no discurso real e subjetivo dos indivíduos. As entrevistas de AN18 e IL23 são testemunhos de como elas entendem o HPV. Suas respostas, ancoradas na memória da vacina, são a materialização desse

¹⁸ No original: “It is not the objective world as it is that needs to be named, but the world as it is being understood, interpreted and created by a member of a community of specialists. The members of this community are communicating with one another and with others, specialists and non-specialists. This isomorphism is of a different nature and can perhaps best be approached from a prototypically structured and frame-embedded understanding of categorisation”.

entendimento subjetivo e contextual. Ainda segundo a autora, entender uma categoria é entendê-la dentro de um *frame*. Assim, verificamos que para AN18 e IL23, o *frame* não é o da ciência, mas o da experiência escolar e campanhas de saúde pública. Dentro desse *frame*, o evento “tomar a vacina na escola” torna-se o elemento central e mais saliente para acessar a categoria HPV. Isso é a prototipicidade contextual, isto é, o protótipo do HPV, para elas, não é uma lista de propriedades virais, mas uma experiência comunicativa vivida a partir da vacinação. É a prototipicidade contextual de Temmerman (2000a, 2000b) que embasa a noção de metonímia socialmente mediada entendida como o processo cognitivo pelo qual um elemento de uma experiência compartilhada é usado para representar outro, de modo motivado por práticas discursivas e valores sociais específicos. Assim, ela conecta a estrutura conceptual da metonímia (baseada na experiência perceptiva) com o nível sociocognitivo de sua circulação e reinterpretação nos discursos sociais e especializados. Portanto, a parte (a vacina) representa o todo (o complexo conceito do HPV) porque o contexto social (a campanha de vacinação) estabeleceu essa conexão de forma mais forte e memorável do que qualquer definição científica poderia fazer.

Lakoff (1987) enfatiza que as metonímias não são apenas figuras linguísticas, mas princípios cognitivos gerais que orientam a categorização e o raciocínio humano. No entanto, quando esses princípios são aplicados em contextos discursivos específicos, como o científico, sofrem mediações sociais, pois o que é saliente ou representativo em uma relação metonímica depende do ponto de vista cultural e da experiência compartilhada dos interlocutores. Essa noção é reforçada por Temmerman (2000a, 2000b), ao discutir como o pensamento metafórico e metonímico na linguagem científica é experiencial e socialmente contextualizado, resultante de uma negociação contínua de significados.

Ao conjugar esse entendimento com o esquema de Wichter (1994), vemos que o conhecimento das informantes internaliza parcialmente o discurso técnico ao mesmo tempo em que apresentam dependência de experiências mediadas. No entanto, há entrevistas que evidenciam rupturas conceituais mais pronunciadas. A de LB22, à guisa de exemplificação, apresenta confusão entre HPV e HIV, criando um colapso categorial que combina atributos de vírus distintos sob o mesmo protótipo social, com foco na sexualidade, sangue, estigma e cronicidade. Isso ocorre porque, de acordo com Faber (2009), as categorias não são entidades estáticas e delimitadas,

mas apresentam uma estrutura prototípica dinâmica e multidimensional. A autora reforça que as estruturas cognitivas são baseadas em modelos *frames* que organizam os domínios conceituais de forma integrada, envolvendo eventos típicos e relações entre conceitos (Faber, 2009, p. 123-127). Nessa organização, ocorre um processo de ajuste dinâmico entre o discurso especializado e o leigo para que um termo técnico que circula fora de sua comunidade de origem possa ser reinterpretado em suas fronteiras conceituais por leigos, possibilitando a reconstrução de categorias a partir de esquemas cognitivos cotidianos.

Assim, um conceito técnico (como *HPV*) pode ser metacategorizado em outra estrutura mais acessível como *doença sexualmente transmissível* ou mesmo como um *câncer*. Essa metacategorização equivocada (Faber, 2009) resulta de lacunas nos processos de aprendizagem e da modelagem cognitiva incompleta, em que os termos são compreendidos por associação analógica e não por hierarquia conceitual. Isso explica porque a informante MO22 identifica o *HPV* com “câncer no útero”, suprimindo o elo causal entre infecção viral e processo oncológico. Essa metacategorização por compreensão metonímica transforma o efeito (câncer) em causa, demonstrando uma simplificação causal típica da conceptualização leiga. A categoria de transmissão confirma essa instabilidade: embora a maioria reconheça o contágio sexual, muitas entrevistadas mencionam modelos alternativos das formas de contágio (sangue, saliva ou objetos perfuro-cortantes) que expressam um modelo mental difuso de infecção, onde diferentes doenças virais se sobrepõem, como a Aids¹⁹ (IL23: “[...] **Eu não sei se é tipo HIV, tipo AIDS, não sei...**”) e as hepatites (TO18: “**Ai, gente. Hepatite, eu acho**”), conforme a fala de algumas entrevistadas.

De acordo com Wichter (1994), essa variação é típica do vocabulário leigo, cuja estrutura conceitual é reconstruída por analogias perceptuais e sociais, sem domínio da lógica interna do discurso científico (Felber, 1984; Wüster, 1979). Além disso, as incertezas sobre sintomas e manifestações revelam a ausência de um esquema causal estável. A maioria das entrevistas declara “não saber” (TO18: “**Eu não sei. Eu não sei.**”; LB18: “**Não faço ideia também, não sei.**”), e quando arrisca, cita sintomas genéricos como “coceira” e “manchas”, por exemplo (AN18: “**Não sei, coceira, dor**”; MG20: “**Se eu não me engano ela se manifesta, não sei se é por mancha, não**

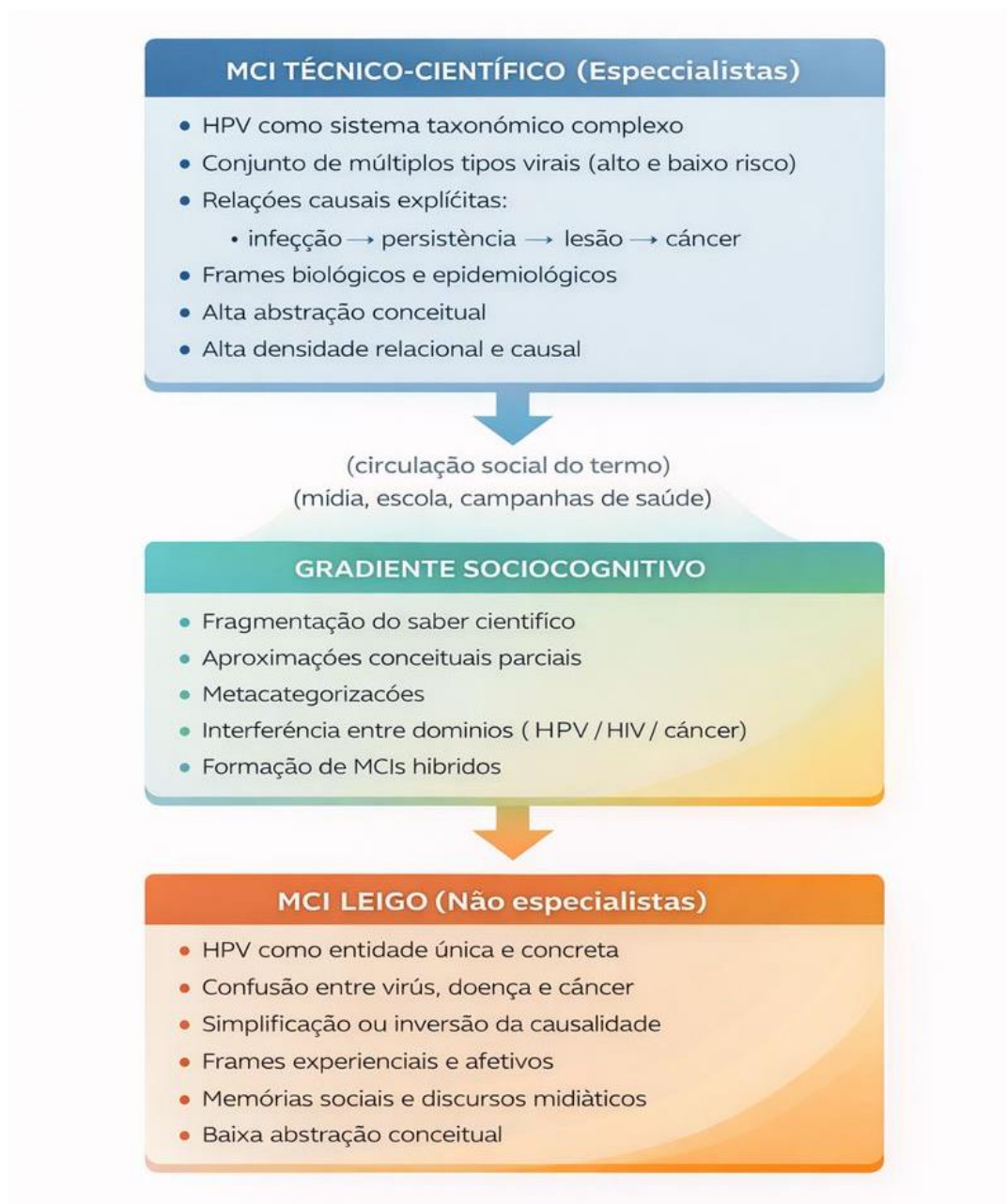
¹⁹ É preciso ressaltar, aqui, que: i) HIV é o vírus da imunodeficiência humana; e ii) Aids é a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Ambos não são sinônimos. Entretanto, os dois termos carregam estigmas sociais profundos (Araújo, *et. al.*, 2025).

estou lembrada. Mas se manifesta”; KA19: **“Eu não sei muitos sintomas. [...] alguma ferida, enjoo, secreção, só lembro desse”**). Apenas CS21 menciona que o HPV “pode ser assintomático” (**“Acho que seria assintomático não é não?”**) — um vislumbre de compreensão científica que Wichter (1994) define como aproximação cognitiva vertical, isto é, quando o leigo alcança parcialmente o modelo experto, mas de modo instável.

As consequências atribuídas ao HPV também demonstram uma reconstrução afetiva do modelo técnico. A ideia de “preconceito” (AC22) introduz a dimensão social, enquanto expressões como “fragilização do sistema imunológico” ou “tratamento vitalício” importam o discurso sobre HIV/AIDS, gerando o que Temmerman (2000a, 2000b) e Faber (2009) denominam interferência interdomínios, que é um fenômeno natural e funcional na TST. As autoras advogam que as fronteiras entre domínios não são estanques e, portanto, permitem que MCIs, metáforas e metonímias gerem novas compreensões e denominações. Isso explica o surgimento de termos multifacetados empregados em contextos diferentes (Faber, 2009; Temmerman, 2000a, 2000b).

Comparando os dois pólos da verticalidade analisados: o MCI técnico-científico e o MCI dos leigos, observa-se um gradiente de abstração e causalidade. No plano dos especialistas, o HPV é conceptualizado como um sistema dinâmico de relações causais, articulando tipos virais, mecanismos celulares e condições clínicas. Já no plano dos leigos, o termo se reduz a um significante unificado, cujos sentidos derivam de metáforas perceptuais, memórias sociais e discursos midiáticos. Essa diferença não configura uma oposição dicotômica, mas um continuum sociocognitivo, representado esquematicamente na Figura 5, a seguir.

Figura 5 – Gradiente de verticalidade conceitual do termo HPV entre especialistas e leigos.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Como evidencia a Figura 5, a diferença entre os níveis de conceptualização do termo HPV não se restringe à quantidade de informação disponível, mas diz respeito sobretudo ao modo como as relações causais e taxonômicas são estruturadas cognitivamente. No nível técnico-científico, o conceito se organiza como um sistema relacional abstrato, enquanto, no nível leigo, ele é reconstruído a partir de experiências, metáforas e memórias sociais, resultando em modelos cognitivos híbridos e instáveis. Essa organização vertical confirma a proposição de Wichter

(1994) de que a terminologia médica circula em um *continuum* sociocognitivo, no qual o significado é constantemente reconfigurado conforme o nível de letramento em saúde dos usuários.

Pela TST, o *corpus* de entrevistas mostra que o termo *HPV* opera no léxico leigo como uma categoria prototípica instável, situada entre o eixo científico impreciso e o eixo social estigmatizado. Portanto, para os não especialistas, o HPV é geralmente interpretado como uma entidade única e concreta, isto é, um vírus específico que causa infecção e pode levar ao câncer do colo de útero. Essa simplificação é coerente com a estrutura cognitiva de usuários não especialistas, que atribuem a um único termo um significado essencial e direto, sem distinguir os diversos tipos virais implicados.

Desse modo, a análise contrastiva entre a conceptualização dos especialistas e dos leigos confirma a tese de Temmerman (2000a, 2000b) e Wichter (1994) de que o significado terminológico não é fixo nem unívoco, mas socialmente negociado e dependente de contextos, experiências e níveis de letramento em saúde. A circulação do termo *HPV* entre diferentes comunidades revela a verticalidade lexicológica da terminologia médica, um espaço de mediação entre saber técnico e experiência cotidiana, onde o termo científico se transforma em signo social, cognitivo e simbólico — mais próximo do vivido do que do conceituado.

Para melhor entender a conceptualização na construção dos MCIs e da verticalidade lexicológica do HPV no contexto de leigos, aplicamos a Escala Categórica de Acurácia adaptadas de estudos prévios de avaliação de acurácia da informação em saúde (Pereira Neto *et al.*, 2023) e ajustadas para o presente *corpus* (Cf. procedimentos metodológicos), possibilitando o cruzamento entre as respostas orais e as definições de referência.

A análise individual das respostas permite observar a natureza e a profundidade dos conceitos, bem como os tipos de *frames* e MCIs ativados em cada caso. A informante AC22 demonstrou conhecer o termo HPV — **“Já, mas eu não vou saber explicar as siglas, mas eu sei o que é”** —, mas o conceitua como “doença”, confundindo-o com a manifestação clínica e não com o agente etiológico. Ela mencionou a via sexual (acerto) e o sangue (erro), além de sintomas genéricos, como “bolhas” e “secreção” — **“tem algumas doenças que você fica com bolha na pele, algumas que você tem secreção”**. Em relação às consequências, fez associação ao preconceito e à cronicidade — **“Além do preconceito que as pessoas que têm**

essa doença sofrem, tendo que tomar remédio pela sua vida toda". Portanto, sua acurácia foi classificada como INCORRETA (E).

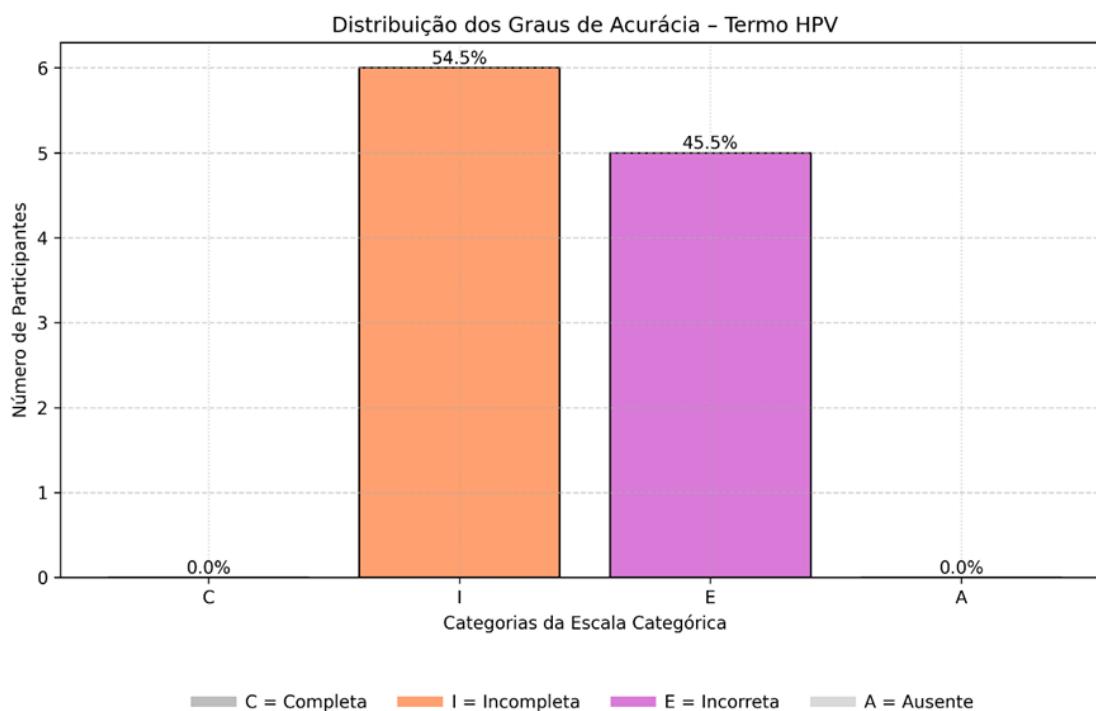
AN18 recorda-se da vacina — **"Não me recordo agora, mas tem uma vacina de HPV também, né? Que eu já tomei"** — e relaciona o HPV à prevenção, mas não conceitua o vírus. Reconhece corretamente a via sexual de transmissão — **"Por relações sexuais"** — e cita sintomas vagos como "desconforto", "coceira" e "manchas" — **"deve sentir algum desconforto. Não sei, coceira, dor. [...] imaginei, tipo, manchas aparecendo no corpo"**. Sua acurácia é INCOMPLETA (I), pois há aproximação parcial ao modelo técnico, mediada por memórias da campanha vacinal e não por compreensão conceitual. CS21 afirma não saber o que é HPV nem papilomavírus humano — **"Não"** —, mas associa o contágio a relações sexuais — **"Tendo relações"** — e acerta ao sugerir a possibilidade de ser assintomático — **"Acho que seria assintomático não é não?"**. Seu nível de acurácia é considerado INCOMPLETO (I), pois demonstra inferência correta sem domínio conceitual especializado, mobilizando conhecimentos basilares.

Já a informante IL23 entende o HPV como "um tipo de doença, de IST" — **"Não exatamente, mas é um tipo de doença, de IST"** —, reconhecendo o domínio geral, mas mistura categorias ao citar transmissão por sangue — **"Sexualmente? Não sei [...] Por medo de lesão no corpo, sangue, não sei"** — e sintomas semelhantes a sífilis e gonorreia — **"Tipo uma sífilis, uma gonorreia, um negócio, ferida, lesões, Não sei"**. Classificamos sua acurácia como INCORRETA (E), pois seu MCI mistura vírus e doenças distintas, gerando uma metacategorização falha. KA19 define o HPV como "um vírus" — **"Eu acho que é um vírus"** —, o que é correto, mas mistura meios de transmissão (sexo, sangue, saliva) — **"Relação... Outras, pelo sangue, feridas, saliva"** — e atribui sintomas genéricos — **"alguma ferida, enjoo, secreção, só lembro desse"** — e efeitos incorretos (**"Eu acho que ele pode ajudar a desenvolver outras doenças"**). A acurácia é INCOMPLETA (I), pois contém elementos corretos, porém mal articulados causalmente. O mesmo ocorre com LB18, que reconhece o HPV como "doença sexualmente transmissível" — **"Acredito que seja uma doença sexualmente transmissível"** — e acerta na via de transmissão — **"Durante a relação sexual"** —, mas não identifica sintomas nem consequências — **"Não faço ideia também, não sei"**. Sua acurácia é INCOMPLETA (I), situando-se no nível médio da verticalidade cognitiva.

LB22 confunde HPV com HIV — **“Às vezes, a gente confunde muito, né? HPV, com HIV”** — e apresenta um modelo fortemente distorcido, incluindo vias de contágio não pertinentes (sangue, objetos) — **“pode ser o contato com sangue, alguma coisa assim... ou algum material que possa...”** — e consequências equivocadas (“fragilização do sistema imunológico”, “uso contínuo de medicamentos”) — **“Na verdade, é como se ele fragilizasse o nosso sistema imunológico [...] precisa tomar alguns medicamentos para fortalecer o sistema imunológico”**. A acurácia foi avaliada como INCORRETA (E). MG20 associa o HPV à vacina — **“Eu já tomei a vacina, mas não lembro”** — e à categoria de IST — **“ela entra na parte dos grupos sexualmente transmissíveis, né?”** —, acerta parcialmente na via de transmissão, mas apresenta sintomas imprecisos, tais como “manchas” e “mudança no escorrimento” — **“É por manchas, alguma coisa assim [...] talvez a mudança [do escorrimento]”**. Há ausência de menção às consequências. Classificamos seu nível de acurácia como INCOMPLETA (I), por ativar um modelo híbrido, parcialmente ancorado no discurso escolar. ML19 não conceitua o termo — **“Já ouvi falar, mas não sei o que é assim”** —, mas reconhece a via sexual — **“Acho que na relação”** — e menciona que alguns casos são assintomáticos — **“Tem alguns que não sintomas assim aparente né”** —, o que é correto. Sua acurácia geral é INCOMPLETA (I), pois há acerto parcial sem compreensão do conceito científico.

A informante MO22 manifesta o maior grau de erro, equiparando o HPV ao câncer de colo do útero — **“É câncer no útero”** — e negando sua transmissibilidade — **“Eu acho que não é transmissível, né? Porque é câncer”**. A acurácia é totalmente INCORRETA (E), com colapso categorial completo e raciocínio causal invertido. Também é INCORRETA (E) a acurácia de TO18, pois ela confunde o HPV com hepatite — **“Ai, gente! Hepatite, eu acho”** —, reconhecendo apenas a transmissão sexual — **“Acho que pode ser uma doença sexualmente transmissível”**.

Em síntese, sete informantes (AN18, CS21, KA19, LB18, MG20, ML19) foram classificadas como INCOMPLETAS, enquanto quatro (AC22, IL23, LB22, MO22, TO18) apresentaram acurácia INCORRETA. Nenhuma participante demonstrou conceptualização COMPLETA ou AUSENTE integralmente, indicando a existência de modelos cognitivos híbridos e instáveis.

Figura 6 – Distribuição percentual dos graus de acurácia do termo *HPV*

Fonte: Elaborada pela autora.

Segundo vemos na Figura 6, as classificações resultantes mostram que 54,5% das entrevistadas alcançaram acurácia Incompleta (I), enquanto 45,5% apresentaram respostas Incorretas (E), sem ocorrências das categorias Completa (C) ou Ausente (A). Esses resultados demonstram que o entendimento médio sobre o que é o *HPV* é parcial, marcado por fragmentos de conhecimento científicos corretos, como a associação à via sexual de transmissão e à vacina preventiva, mas permeado por lacunas e distorções conceituais.

A prevalência da categoria Incompleta (I) revela que as participantes ativam *frames* conceituais parcialmente coerentes, porém sem integração causal ou taxonômica entre as informações. Esse padrão é compatível com o que Temmerman (2000a, 2000b) denomina *modelos cognitivos prototípicos contextuais*, nos quais o significado do termo especializado é construído com base em experiências mediadas (como campanhas de vacinação ou conversas cotidianas), e não a partir de uma estrutura conceitual abstrata e relacional.

Por outro lado, a presença de 45,5% de respostas incorretas (E) indica a ativação de MCIs desviantes, que entram em conflito com o saber especializado. Casos como a identificação de HPV com HIV, câncer de colo do útero ou hepatite

revelam metacategorização equivocada (Faber, 2009), em que diferentes domínios conceituais da área da saúde são amalgamados de modo inconsistente, produzindo uma interferência interdomínios. Essa sobreposição é típica de contextos de baixo letramento em saúde, nos quais os limites entre categorias médicas são tênues e mediados por experiências perceptuais e afetivas.

Do ponto de vista da Lexicologia da Verticalidade (Wichter, 1994), esses dados ilustram a distribuição esperada entre níveis de conhecimento expertos e leigos. No nível superior, ocupado pelos especialistas, o termo *HPV* corresponde a uma unidade conceitual complexa e relacional, ancorada em redes causais entre tipos virais, mecanismos de infecção e manifestações clínicas. No nível intermediário e inferior, onde se situam as participantes, observa-se a formação de modelos cognitivos híbridos, que preservam fragmentos do discurso técnico, mas os reconfiguram por meio de metáforas corporais, experiências de saúde e narrativas sociais. Essa estrutura vertical reflete o que Temmerman (2000a, 2000b) descreve como gradiente sociocognitivo de significação, isto é, a terminologia não é uma entidade estável, mas um espaço dinâmico de negociação entre comunidades de práticas. Assim, enquanto para os especialistas o *HPV* é um conceito taxonômico integrador, para as leigas ele se reduz a uma categoria experiencial difusa, frequentemente confundida com doenças crônicas ou condições clínicas visíveis.

A análise quantitativa e qualitativa integrada aponta, portanto, para uma acurácia média incompleta no conjunto do *corpus*. Isso significa que, embora as entrevistadas demonstrem contato com informações corretas sobre o tema, sua compreensão permanece superficial, sem articulação entre etiologia, transmissão, manifestação e consequência. Essa dissociação confirma a hipótese da fragmentação conceitual vertical proposta por Wichter (1994), isto é, para o autor, o vocabulário leigo tende a ser reorganizado a partir de inferências perceptivas e analogias sociais, e não segundo a estrutura lógica do discurso especializado.

Do ponto de vista comunicativo, esse resultado reforça a importância da ATT como estratégia de mediação entre níveis de saber. A predominância de conceptualizações incompletas ou incorretas evidencia uma lacuna cognitiva que compromete a leiturabilidade e a precisão terminológica das informações em saúde, reafirmando a necessidade de políticas comunicacionais que alinhem terminologia técnica, clareza textual e inteligibilidade social. Em síntese, os graus de acurácia observados refletem a coexistência de dois planos de conceptualização do termo

HPV: (1) o nível especializado, regido por categorias científicas, *frames* causais e modelos conceituais taxonômicos; e (2) o nível leigo, estruturado por metáforas, experiências e inferências contextuais.

A diferença entre esses planos confirma empiricamente a verticalidade lexicológica do domínio médico, demonstrando que a compreensão do *HPV* entre as participantes não é simplesmente deficiente, mas sociocognitivamente moldada por suas trajetórias de letramento em saúde, experiências discursivas e contextos culturais.

6.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO TERMO *PAPANICOLAU*

O exame de Papanicolau constitui a principal ferramenta de rastreamento secundário do câncer do colo do útero (CCU). Na literatura especializada, essa unidade de conhecimento é designada por múltiplas expressões terminológicas, como *exame citopatológico*, *citologia oncológica* ou, na linguagem leiga, *exame de lâmina*. Conforme a Teoria Sociocognitiva da Terminologia, “a existência de expressões sinônimas [...] também é funcional, pois os diferentes termos permitem a expressão de perspectivas variáveis e não são arbitrários” (Temmerman, 2000a, p. 14, tradução nossa)²⁰. Assim, “a sinonímia é funcional no discurso especializado; ela reflete diferentes perspectivas”²¹ (Temmerman, 2000a, p. 133, tradução nossa), evidenciando como o mesmo procedimento pode ser nomeado a partir de aspectos distintos: o método (*citopatológico*), a finalidade (*oncológica*), o epônimo (*Papanicolau*) ou o suporte material (*lâmina*).

Seu princípio baseia-se na coleta de células do colo uterino para análise microscópica, permitindo a identificação precoce de alterações celulares sugestivas de NIC antes da progressão para o câncer invasivo (Brasil, 2014; INCA, 2023). No corpus técnico de referência desta tese, o termo é definido como: “exame citológico de células coletadas da superfície de uma mucosa do colo do útero, coradas com

²⁰ No original: “The existence of synonymous expressions [...] is functional too, as the different terms allow for the expression of shifting perspectives and are not arbitrary”.

²¹ No original: “Synonymy is functional in specialised discourse; it reflects different perspectives”.

coloração de Papanicolaou, que ajuda a detectar células anormais no revestimento do colo uterino, que podem ser tratadas antes de se tornarem um câncer” (Quadro 4).

Trata-se, portanto, de uma unidade de conhecimento que integra um *frame* de *rastreamento oncológico*, conectando-se causalmente aos nós conceituais de *coleta celular*, *análise laboratorial*, *detecção de lesões precursoras* e *prevenção do CCU*. No nível especializado, esse *frame* é densamente articulado e acionado pelo termo, que funciona como um símbolo eficiente e consagrado. No entanto, para o público leigo, o termo *Papanicolaou* apresenta um desafio inicial: trata-se de um epônimo, este, por sua vez, é entendido como uma unidade terminológica formada a partir de um nome próprio, geralmente associado a indivíduos vinculados à descoberta, descrição ou sistematização de determinado fenômeno. No campo da medicina, esses termos são amplamente utilizados para designar doenças, síndromes, exames ou procedimentos (Estopà, 1999). Como apontam Estopà (1999) e Guardiola e Baños (2011), os epônimos frequentemente carecem de transparência semântica, uma vez que nomes próprios não revelam imediatamente sua referência ou função. Dessarte, essa opacidade pode dificultar a construção de um modelo conceitual funcional, especialmente quando coexiste com outras denominações mais descritivas (como *exame de lâmina*), criando um cenário de duplicidade e potencial confusão.

A análise do *corpus* de entrevistas revela exatamente essa fragmentação e a formação de MCIs híbridos e incompletos. Conforme a TST (Temmerman, 2000a, 2000b), o significado do termo para as leigas não é estático, mas negociado a partir de suas experiências, memórias e fragmentos discursivos. Assim, o MCI técnico especializado é desmontado e reconfigurado, resultando em compreensões que variam desde a completa desconexão até associações parciais e por vezes distorcidas.

Um achado central é a dissociação entre o significante *Papanicolaou* e o significante *exame de lâmina*, apesar de ambos referirem-se ao mesmo procedimento. Apenas uma participante conseguiu estabelecer essa relação, ainda que de forma hesitante e marcada por insegurança conceitual, como se observa na fala de IL23: **“É o exame do cotonete, é? Faz uma coleta lá. Já, já. Tem outro nome. Como é que chama? Tem um nome... Exame de lâmina? Exame de lâmina, né?”**.

A maioria das participantes declarou já ter ouvido falar de *Papanicolaou* (AC22, AN18, IL23, KA19, LB18, LB22, MG20, ML19, MO22, TO18), mas demonstra grande dificuldade em explicar sua finalidade. AC22 afirma **“Já ouvi falar, mas eu não sei**

explicar", padrão repetido por outras entrevistadas (KA19: **"Já"**. E quando questionada pela pesquisadora se sabia para que serve o exame, respondeu: **"Não"**; MG20: **"Eu não entendo nada. [...] Mas eu já ouvi bem de leve"**). Notavelmente, quando questionadas sobre o *exame de lâmina*, várias participantes conseguem descrever, ainda que vagamente, o procedimento físico. CS21 relata: **"O de lâmina, eu já ouvi falar que é um contonetezinho, né? Que ele pa... o ginecologista passa lá dentro e depois ele coloca numa laminazinha pra olhar no microscópio, né? Acho que é isso"**. LB18 complementa: **"Acredito que vai tirar um pouco do muco ou algo que tenha na vagina da mulher e vai colocar em uma lâmina, porque sei que o exame de lâmina é pra... para olhar no microscópio"**. Essa descrição procedimental revela um MCI ancorado na experiência corporal sensorial (a coleta, o objeto "lâmina"), conforme a ênfase da Linguística Cognitiva na cognição corporificada (Lakoff; Johnson, 1980; Lakoff, 1987) e no entendimento de unidade de compreensão da TST (Temmerman, 2000a, 2000b) que parte do fenômeno da experiência corporificada. Lakoff (1987, p. 14, tradução nossa) sustenta que:

o pensamento é corporificado, isto é, as estruturas utilizadas para construir nossos sistemas conceituais surgem da experiência corporal e fazem sentido em termos dela; além disso, o núcleo de nossos sistemas conceituais está diretamente fundamentado na percepção, no movimento corporal e na experiência de caráter físico e social.²²

Esse entendimento se alinha à premissa fundamental da Teoria Sociocognitiva da Terminologia, segundo a qual "[...] as unidades de conhecimento são experienciais em vez de objetivas" (Temmerman, 2000a, p. 14, tradução nossa)²³. Ambas as perspectivas convergem, portanto, no entendimento de que a unidade de conhecimento da TST parte inescapavelmente do fenômeno da experiência corporificada.

Contudo, essa compreensão procedimental não se traduz em compreensão funcional ou integração ao *frame* de rastreamento. Quando indagadas sobre a função do exame de lâmina, as respostas se tornam evasivas ou incorretas. Além disso, algumas participantes, a exemplo de AN18, AC22 e LB22, afirmam não saber para

²² No original: "Thought is embodied, that is, the structures used to put together our conceptual systems grow out of bodily experience and make sense in terms of it; moreover, the core of our conceptual systems is directly grounded in perception, body movement, and experience of a physical and social character".

²³ No original: "[...] units of understanding are experiential rather than objective".

que serve. Já IL23 conjectura que é “[...] **pra ver se você tem alguma... alguma lesão sei lá, alguma doença ali dentro, não sei**”, esta resposta, ainda que incorreta, sinaliza uma tentativa de preencher a lacuna funcional com um nó genérico (doença). MG20 associa o procedimento a um exame feito “ao decorrer da idade”, sem especificar o porquê. Este é um claro exemplo da verticalidade lexical descrita por Wichter (1994): as participantes operam com representações esquemáticas concretas (“algo é colocado numa lâmina”) que ocupam uma posição aproximada, mas não idêntica, ao conceito especializado. O saber técnico foi decomposto: a imagem mental do procedimento sobrevive, mas o elo causal que o conecta à prevenção do câncer se perdeu.

A opacidade do epônimo *Papanicolaou* agrava essa dissociação entre os significantes, por não ser transparente, o termo não ativa automaticamente o *frame* de coleta citológica ou prevenção do câncer. Em vez disso, ele ativa *frames* experienciais difusos de consulta ginecológica, exame de mulher ou práticas preventivas, que por sua vez, são interpretadas como ações voltadas a impedir diretamente o surgimento de doenças. Essa generalização funcional pode ser observada na fala de MO22, que define o *Papanicolaou* como algo destinado a “[...] **ver a possibilidade de alguma doença, ver se tá tudo ok com o útero e os ovários**”, demonstrando uma generalização que mistura a função do exame ginecológico geral com a do ultrassom.

De modo semelhante, TO18, embora reconheça a importância da consulta ginecológica, revela uma familiaridade apenas superficial com o termo ao afirmar: “**Eu acho que sim. Eu acho que eu já ouvi falar sim**”, mas quando indagada sobre se sabe para que ele serve, responde: “**Não**”, o que evidencia o reconhecimento do significante desacompanhado de uma compreensão efetiva de seu significado. Essa familiaridade oca é característica da circulação social de termos especializados que, ao se difundirem sem mediação conceitual adequada, passam a funcionar como verdadeiras palavras-fantasma no léxico leigo: formas presentes no discurso, mas destituídas de conteúdo conceitual preciso.

Segundo a categorização de Temmerman (2000a), que distingue UC do tipo entidade e do tipo atividade, observa-se no *corpus* empírico um movimento de reconfiguração categorial. Segundo a autora, a UC do tipo entidade refere-se a termos que designam unidades (concretas ou abstratas) cuja existência é delimitada dentro de um domínio específico. São conceitos estabilizados, frequentemente percebidos

como objetos ou fenômenos nomeáveis, mas cuja rede conceitual pode permanecer opaca para determinados interlocutores. Nessa acepção, o termo opera como um rótulo nominal cujo significado pragmático prescinde, em certos contextos, do domínio de sua estrutura interna ou de sua função processual. Já a UC do tipo atividade corresponde a termos que codificam processos, ações ou práticas socialmente instituídas, implicando uma compreensão de temporalidade, causalidade ou intencionalidade. Esses termos exigem, para sua plena apreensão, o reconhecimento de uma sequência operativa ou de uma finalidade clínica, técnica ou institucional. Diferentemente da UC entidade, a UC atividade mobiliza uma compreensão dinâmica e funcional do referente.

Enquanto no corpus técnico Papanicolau se configura como uma UC atividade, sua reconfiguração no discurso leigo revela uma mudança categorial. Nas entrevistas, o termo não é primariamente compreendido como uma atividade com uma finalidade clínica definida. Em vez disso, para a maioria das participantes, ele opera como uma UC entidade – um objeto discursivo opaco, um “nome de exame” cujos atributos e função são vagos ou desconhecidos. Para AC22, AN18, KA19, LB22, ML19 e TO18, *Papanicolau* é essencialmente uma entidade nominal reconhecível, mas desprovida de uma rede conceitual densa. Em outros casos, observa-se uma metonímia conceitual: a UC é reduzida a uma de suas partes materiais, transformando-se na UC entidade “lâmina” (CS21, LB18) ou no instrumental “cotonete” (IL23). Essa redução metonímica (PARTE PELO TODO) ancorada na experiência sensorial substitui a complexidade procedural da atividade especializada por uma entidade concreta e palpável. Apenas em poucas respostas (como a de MG20 e MO22) persiste uma noção vestigial de atividade preventiva, ainda que não específica e genérica (“ver se está tudo ok”, “prevenir doença”). Portanto, a migração vertical do termo resultou não apenas em uma perda de acurácia, mas em uma transmutação da categoria ontológica da UC: de atividade especializada para entidade leiga difusa ou fragmentada.

Desse modo, a análise evidencia uma clivagem entre o *saber como* e o *saber o que*, isto é, muitas participantes demonstram conhecimento, mesmo que básico, sobre *como* se faz um exame ginecológico ou o exame de lâmina (procedimento), mas falham em articular *para que* ele serve (função/objetivo). AN18 descreve uma consulta ginecológica envolvendo “avaliação”, “toque” e “ultrassom”, mas não consegue situar o *Papanicolau* neste contexto, já IL23 descreve o exame de lâmina com certo detalhe

físico, mas sua explicação funcional é vaga: “[...] **pra ver se você tem alguma, alguma lesão, sei lá, alguma doença ali dentro, não sei**”.

Essa lacuna é crucial, pois revela a ausência do nó causal central no MCI leigo. No *frame* especializado, o exame existe para detectar alterações celulares que *podem evoluir para câncer*. Porém, nas respostas, essa cadeia causal é truncada, visto que o exame é associado a “doença” de forma genérica (IL23, MO22). A conexão específica com o câncer do colo do útero praticamente não aparece, sendo ML19 uma exceção parcial ao mencionar para que o exame serve: **“Eu acho que a combinação dos dois, a pessoa tem que fazer os dois para ver, pra prevenir ou ver se tá tudo ok, se a pessoa não tem, não tem um câncer no colo do útero, é isso”**, mas, em seguida, ela própria pondera que seu conhecimento é pouco: **“Meu conhecimento é pouco”**. Assim, esta desconexão entre o procedimento (exame) e sua consequência mais grave (câncer) representa um ponto crítico de falha na comunicação em saúde, pois pode enfraquecer a motivação para a adesão ao rastreamento.

Para melhor compreender a conceptualização do termo *Papanicolau* no discurso das participantes, bem como a organização dos MCIs e os efeitos da verticalidade lexicológica em contextos não especializados, aplicou-se a Escala Categórica de Acurácia, adaptada de estudos prévios sobre avaliação da acurácia da informação em saúde (Pereira Neto *et al.*, 2023) e ajustada ao presente corpus. Assim, obtivemos a seguinte distribuição entre as 11 informantes:

A participante AC22 declarou: **“Já ouvi falar, mas eu não sei explicar”**. Quando perguntada sobre o *exame de lâmina*, respondeu: **“Exame de lâmina já. [...] Eu sei como é, mas para que serve eu não sei. [...] Não é a raspagem que faz? É isso, não é?”**. Sua conceptualização é vaga e funcionalmente vazia, já que, embora tenha reconhecido o termo, não conseguiu atribuir-lhe finalidade ou descrevê-lo com precisão, ativando um modelo confuso que mistura procedimentos. Destarte, sua acurácia foi classificada como INCOMPLETA (I).

A entrevistada AN18 afirmou conhecer o termo, mas ao ser questionada sobre sua função, respondeu que não sabia. Sua tentativa de associação é baseada em uma imagem visual difusa: **“Eu acho que já vi algum lugar, que é um negocinho assim, que você vai abrindo, né?”**. Embora a inferência seja vaga e não corresponda ao procedimento real, ela demonstra um esforço ativo de construção de significado a partir de memórias visuais fragmentadas. Conforme os critérios supracitados no início desta seção, respostas que apresentam reconhecimento do

termo associado a inferências, ainda que imprecisas, são classificadas como Incompleta (I), desde que não configurem uma afirmação categórica falsa. Não há, no caso de AN18, uma conceptualização estruturada que entre em conflito com o saber especializado, mas sim uma UC em formação, marcada pela vagueza e pela ausência de articulação funcional. Por isso, sua acurácia foi considerada INCOMPLETA (I) .

A informante CS21 respondeu de imediato: **“Não [...] Primeira vez que eu tô ouvindo o nome agora”**. No entanto, quando perguntada sobre o exame de lâmina, ofereceu uma descrição procedimental relativamente precisa: **“O de lâmina, eu já ouvi falar que é um cotonetezinho, né? Que ele pa... o ginecologista passa lá dentro e depois ele coloca numa laminazinha pra olhar no microscópio, né? Acho que é isso”**. Embora a participante não estabeleça a relação sinonímica entre os termos, seu conhecimento sobre o procedimento indica que a UC está presente em sua rede conceitual, ainda que de forma incompleta. De acordo com os critérios supracitados no início desta seção, a resposta de CS21 é inserida em: conhecimento procedimental desacompanhado de conhecimento funcional: a participante descreve corretamente como um procedimento é realizado, mas não consegue articular sua finalidade ou sua inserção na cadeia causal preventiva. Desse modo, sua acurácia foi classificada como INCOMPLETA (I) .

A entrevistada IL23 ofereceu uma definição: **“O Papanicolau é o exame do cotonete. É? Faz uma coleta lá”**. Questionada sobre o *exame de lâmina*, supõe que **“[...] introduz algum aparato para abrir aquele canal. Para ele poder botar o cotonetezinho”**. Sua explicação funcional é genérica e incerta: **“[...] pra ver se você tem alguma, alguma lesão sei lá, alguma doença ali dentro, não sei”**. Assim, o conhecimento é fragmentado, ancorado no instrumento (cotonete) e sem clareza sobre o objetivo específico, isto é, finalidade específica de rastreio. Por conseguinte, sua acurácia foi catalogada como INCOMPLETA (I). KA19 respondeu positivamente quando questionada se conhecia o termo *Papanicolau*. No entanto, ao ser indagada sobre a finalidade do exame, declarou não saber. Sua tentativa de descrever a UC *exame de lâmina* revelou um modelo mental distorcido, baseado em relatos indiretos: **“Seria um exame que envolve algum tratamento no útero, para ver se está tudo bem, ou alguma coisa assim”**. Esta resposta demonstra uma associação incorreta, confundindo o exame com um procedimento terapêutico, reclassificando erroneamente a natureza. A categoria Incorreta (E) aplica-se a respostas que

apresentam afirmação categórica de informações falsas ou colapso categorial. Assim, sua acurácia foi classificada como INCORRETA (E).

A informante LB18 também afirmou conhecer o termo, mas asseverou não saber sua finalidade. Sobre o *exame de lâmina*, descreveu: **“Acredito que vai tirar um pouco do muco ou algo que tenha na vagina da mulher e vai colocar em uma lâmina, porque sei que o exame de lâmina é pra... Para olhar no microscópio”**. A participante possui uma noção correta do procedimento, mas a função permanece em branco. Por isso, a acurácia foi qualificada como INCOMPLETA (I). LB22 declarou ter familiaridade com o termo Papanicolau: **“Já [...] Não. Agora, tipo assim, me falha a memória um pouco, mas eu já ouvi falar sobre”**. Enquanto em relação ao *exame de lâmina*, confirmou que já ouviu falar, no entanto não sabe para que serve ou como seria. Dessarte, o conhecimento limita-se a um reconhecimento superficial do termo sem explicá-lo ou associá-lo a uma função, resultando em uma acurácia catalogada como INCOMPLETA (I).

A participante MG20 iniciou sua resposta sobre *Papanicolau* com uma declaração de não compreensão: **“Eu não entendo nada”**, seguida de um reconhecimento superficial: **“Mas eu já ouvi bem de leve”**. Quando questionada sobre o *exame de lâmina*, reconheceu o termo, mas sua tentativa de atribuir uma finalidade revelou um modelo cognitivo temporariamente deslocado e funcionalmente vazio: **“Não, não acho que, não sei se é um que você faz ao decorrer da idade, não sei. Mas eu já ouvi falar dele também [...] Já ouvi falar mas não me recordo tanto”**. A formulação “ao decorrer da idade” sugere uma noção difusa de periodicidade relacionada ao ciclo de vida, mas sem qualquer atributo específico sobre o propósito do exame (rastreamento citológico). Seu conhecimento limita-se ao reconhecimento lexical, sem acesso ao *frame* da atividade preventiva especializada. Portanto, sua conceptualização é vaga, desprovida de conteúdo funcional preciso e ancorada apenas em familiaridade auditiva, configurando uma acurácia INCOMPLETA (I).

A participante ML19 afirmou ter ouvido falar do termo *Papanicolau*, mas não soube explicitar sua função. Ao ser indagada sobre o *exame de lâmina*, sua resposta revelou um processo de inferência confuso: **“Já ouvi falar, mas também não sei”**. Em seguida, tentou construir uma associação: **Assim, imaginando, eu acho que seria esse. Ou os três, ou os dois juntos, faz né pra saber? Ai não sei explicar. Eu acho que a combinação dos dois, a pessoa tem que fazer os dois para ver,**

pra prevenir ou ver se tá tudo ok, se a pessoa não tem, não tem um câncer no colo do útero, é isso. Meu conhecimento é pouco". Nota-se aqui uma sobreposição de *frames*: ela mescla a noção de "combinação de exames" com uma finalidade genérica ("ver se tá tudo ok") e, em um insight pontual, menciona corretamente o alvo ("câncer no colo do útero"). Contudo, essa menção surge como uma conjectura isolada, desvinculada de uma descrição procedimental ou de uma cadeia causal clara. A própria participante pontua que seu conhecimento é pouco. Sua conceptualização, portanto, é fragmentada, marcada uma intuição correta mas não integrada, caracterizando uma acurácia INCOMPLETA (I).

MO22 sobre *Papanicolau* definiu: **"Pra ver a possibilidade de alguma doença, ver se tá tudo ok com o útero e os ovários"**. Generaliza a função, incluindo erroneamente os ovários no escopo do exame, o que demonstra um *frame* impreciso. Quando perguntada sobre o *exame de lâmina*, sua resposta evidenciou uma dissociação categorial radical entre os dois termos: **"Papanicolau seria introduzir... como é o nome daquele negócio? [...] Introduzir para descobrir o possível avanço [...] E o de lâmina não é nada. [...] O de lâmina é só ser a teoria. Nunca pensei, nunca pesquisei"**. A operação cognitiva aqui revelada vai além de um mero erro factual; ela exemplifica a diferença de status psicológico que os conceitos podem assumir na cognição leiga. Conforme Lakoff (1987, p. 12-13, tradução nossa),

a ideia de que certos conceitos não são meramente compreendidos intelectualmente; em vez disso, são usados automaticamente, inconscientemente e sem esforço perceptível como parte do funcionamento normal. Conceitos usados dessa forma têm um status psicológico diferente e mais importante do que aqueles que são apenas pensados conscientemente.²⁴

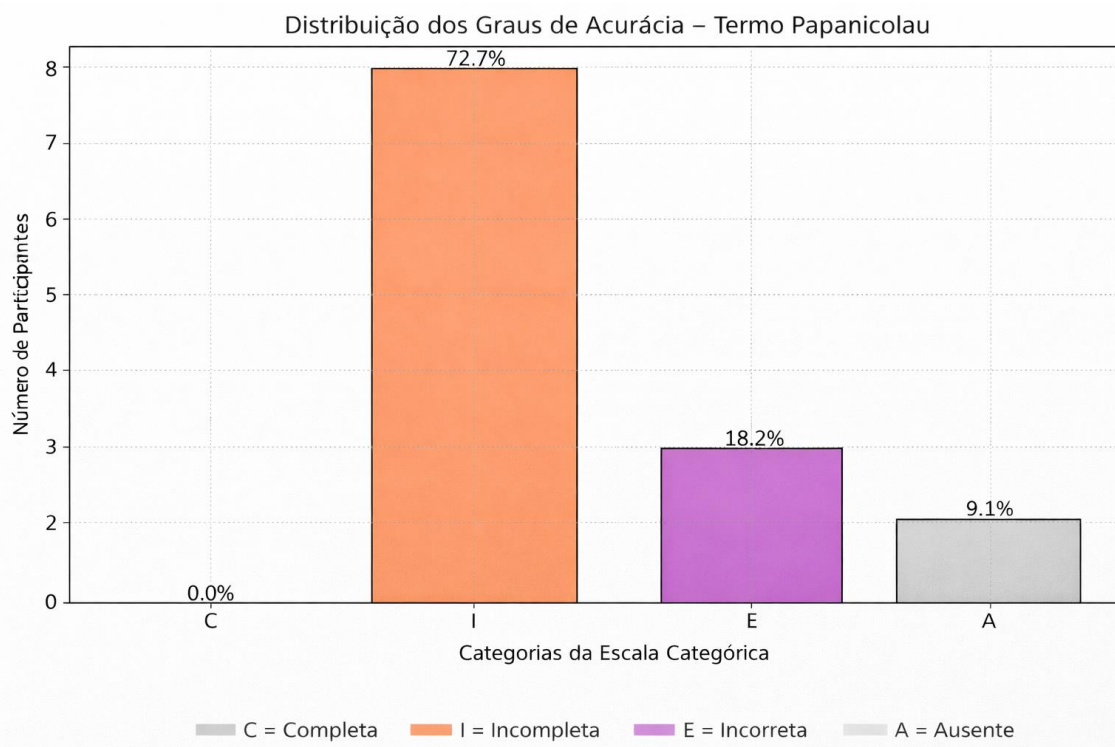
Aqui, ela constrói uma oposição binária entre o *Papanicolau* (associado a um procedimento físico de "introduzir") e o *exame de lâmina*, que é relegado a um plano abstrato e vazio ("nada", "só teoria"). Esse raciocínio demonstra não apenas um desconhecimento da sinonímia terminológica, mas a ativação de dois MCIs mutuamente excludentes e incoerentes: um que atribui ao *Papanicolau* uma ação concreta e outro que reduz o exame de lâmina a uma abstração irrelevante. Trata-se,

²⁴ No original: "The idea that certain concepts are not merely understood intellectually; rather, they are used automatically, unconsciously, and without noticeable effort as part of normal functioning. Concepts used in this way have a different, and more important, psychological status than those that are only thought about consciously".

portanto, de uma conceptualização ativa, porém em desacordo com o saber especializado. Nesse caso, a acurácia foi configurada como INCORRETA (E).

A entrevistada TO18 demonstrou reconhecimento hesitante do termo *Papanicolaou*: **“Eu acho que sim. Eu acho que eu já ouvi falar sim”** e acrescenta que não sabe para que serve. Sobre o *exame de lâmina*, confirmou familiaridade: **“Já, já ouvi falar”**, mas explicitou a ausência de conhecimento conceitual: **“Meu Deus, me desculpa, mas eu não sei”**. Sua única tentativa de caracterização recaiu inteiramente sobre a dimensão experiencial e afetiva da possível situação do exame: **“Eu acho que talvez um pouco desconfortável, até porque tudo que é novo é estranho. Mas nada muito... muito grande, sabe? Uma coisa normal. Talvez até um pouco desconfortável, realmente”**. Nota-se que a resposta não avança além de suposições sobre o desconforto sensorial e a novidade do procedimento, sem qualquer menção a aspectos funcionais, objetivos ou mesmo descritivos do exame. O *frame* ativado é exclusivamente o de uma vivência corporal antecipada genérica. Dado que não há conceptualização sobre o que o exame é ou para que serve, apenas reconhecimento auditivo dos termos e projeções afetivas, sua acurácia foi qualificada como AUSENTE (A).

Em síntese, oito informantes (AC22, AN18, CS21, IL23, LB18, LB22, MG20, ML19) foram classificadas como INCOMPLETAS, enquanto duas participantes (KA19, MO22) apresentaram acurácia INCORRETA e uma participante (TO18) acurácia AUSENTE. Nenhuma participante demonstrou conceptualização COMPLETA integralmente, o que corrobora a hipótese de que a migração do termo especializado para o nível leigo gera modelos cognitivos fragmentários e instáveis, ancorados em experiências sensoriais, memórias difusas ou associações metonímicas, mas desprovidos da estrutura relacional e causal que caracteriza o saber experto.

Figura 7 – Distribuição percentual dos graus de acurácia do termo *Papanicolau*

Fonte: Elaborada pela autora.

Como podemos observar na Figura 7, a distribuição percentual dos graus de acurácia da unidade terminológica *Papanicolau* revela que 72,7% das respostas foram classificadas como Incompletas (I), 18,2% foram consideradas Incorretas (E) e 9,1% foi consideradas Ausente (A), não havendo registros na categoria Completa (C). Esses dados indicam que o conhecimento sobre o exame de *Papanicolau* é majoritariamente parcial, baseado em informações corretas, porém insuficientes, sugerindo uma familiaridade superficial com o tema, mas com significativas lacunas e equívocos em sua compreensão precisa. A presença de dois casos de erro categorial (KA19, MO22) e um caso de ausência total de conteúdo (TO18) reforça a heterogeneidade dos modelos cognitivos no nível leigo, evidenciando que a migração vertical do termo resulta predominantemente em conceptualizações incompletas, mas também pode gerar distorções significativas ou mesmo a inexistência da unidade de conhecimento na rede conceptual da participante.

A predominância da acurácia Incompleta (I) confirma a hipótese da fragmentação conceptual. As participantes não estão completamente desinformadas; elas possuem nós de conhecimento isolados (Temmerman, 2000a, 2000b): uma memória da UC, uma imagem do procedimento, uma noção de prevenção. Contudo,

esses nós não se conectam para formar o frame integrado do especialista. Os casos de acurácia Incorreta (E) e Ausente (A) reforçam a opacidade do epônimo e a falha na mediação terminológica.

A análise do termo *Papanicolau* oferece uma ilustração vívida dos princípios da Lexicologia da Verticalidade (Wichter, 1994). Enquanto no nível do especialista o termo ativa um frame preciso e causalmente estruturado, no nível leigo ele ativa um MCI híbrido e esquemático. Este MCI é composto por: i) um elemento nominal opaco - *Papanicolau* - para muitas, o termo é reconhecível, mas sem conteúdo conceptual denso, ativando um *frame* de exame médico genérico, sem atributos específicos; ii) uma imagem procedimental concreta - quando *exame de lâmina* é mencionado, ativa-se um *frame* baseado em experiência corporificada ou relato indireto, com elementos como “cotonete”, “coleta”, “desconforto”, “lâmina”, “microscópio”. Este MCI é “rico” em detalhes sensoriais, mas “pobre” em intencionalidade clínica; e iii) prevenção difusa - algumas pessoas da pesquisa associam o exame a “prevenir doença” ou “ver se está tudo ok”, um *frame* superordenado que perde a especificidade do rastreio oncológico.

Conforme a TST, as participantes não são passivas; elas constroem ativamente significado a partir dos recursos disponíveis. A metonímia PARTE PELO TODO é frequente: o instrumento (“lâmina”) ou a sensação (“desconforto”) passam a representar todo o complexo exame. Da mesma forma, a generalização ESPECÍFICO PELO GENÉRICO ocorre: o exame específico para rastreio de CCU é assimilado à categoria mais ampla e compreensível de “exame preventivo ginecológico”. Esses mecanismos não são acidentais ou arbitrários, mas refletem um princípio estruturante da cognição humana. Como explica Lakoff (1987, p. 77, tradução nossa),

a metonímia é uma das características básicas da cognição. É extremamente comum as pessoas tomarem um aspecto bem compreendido ou fácil de perceber de algo e usá-lo para representar a coisa como um todo ou algum outro aspecto ou parte dela.²⁵

Esses processos cognitivos, embora naturais, resultam em uma perda de precisão informacional que pode ter consequências práticas: se uma mulher não compreende que o *exame de lâmina* (ou o *Papanicolau*) tem como objetivo específico

²⁵ No original: “Metonymy is one of the basic characteristics of cognition. It is extremely common for people to take one well-understood or easy-to-perceive aspect of something and use it to stand either for the thing as a whole or for some other aspect or part of it”.

prevenir um câncer que se desenvolve em anos, ela pode subestimar sua importância ou adiá-lo indefinidamente.

A quase ausência de menção à cadeia causal completa – coleta citológica → análise → detecção de atipias → prevenção do CCU – é o elo cognitivo perdido. O MCI leigo, portanto, não é uma versão simplificada do MCI técnico; é uma reestruturação com base em recursos disponíveis (memórias de campanhas, conversas, experiências sensoriais), típica do processo de negociação sociocognitiva do significado (Temmerman, 2000a, 2000b; Wichter, 1994).

Em síntese, a análise da unidade terminológica *Papanicolau* revela que a barreira à compreensão não é apenas uma falta de informação, mas uma desarticulação entre informações fragmentadas. O epônimo, por sua opacidade, não cumpre, no nível leigo, a função de ativar o frame especializado correspondente. A expressão terminológica mais descritiva, *exame de lâmina*, gera uma ancoragem experiencial, mas falha em transmitir a finalidade clínica. Esse cenário evidencia a necessidade premente de estratégias de ATT que: i) superem a opacidade dos epônimos mediante explicações descritivas e transparentes; ii) liguem explicitamente o procedimento à sua função e objetivo, reconstruindo a cadeia causal para o público; e iii) integrem sinônimos, ou seja, reconheça que *exame de lâmina* é um termo já presente no léxico leigo e utilizá-lo como ponte para explicar o *Papanicolau* ou *citologia oncológica*, explicando que todos são o mesmo exame. Desse modo, a mediação terminológica pode transformar um termo opaco e fragmentado em uma unidade de conhecimento acessível, funcional e motivadora para a prática do autocuidado. A tarefa da ATT, portanto, não é apenas informar, mas costurar conceptualmente os nós de conhecimento que, no nível leigo, permanecem soltos: unindo o nome ao procedimento, o procedimento à sua análise, e essa análise à sua consequência mais significativa – a prevenção de uma doença grave e potencialmente fatal.

Por fim, é preciso ressaltar, a título de informação nesta Tese, que as informantes foram questionadas sobre os sinônimos terminológicos: *citologia oncológica* e *citopatológico*, no entanto, as onze entrevistadas foram unânimes em dizer que não conheciam o termo e não sabiam para que esses exames servem.

6.3 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO TERMO *LESÃO PRECURSORA*

O termo *lesão precursora* constitui um nó conceitual crítico e de alta especialização no *frame* biomédico de rastreamento e prevenção do *câncer do colo do útero* (CCU). Diferentemente de *Papanicolau*, que é um epônimo, ou de *HPV*, que designa um agente etiológico, *lesão precursora* é um termo abstrato e relacional. No *corpus* técnico de referência, é definido como um “achado de teste citológico (...) que mostra lesões anormais de células epiteliais escamosas do colo do útero”, representando “resultado anormal do teste de Papanicolau” e demandando seguimento clínico (Quadro 4).

À luz da Teoria Sociocognitiva da Terminologia (Temmerman, 2000a, 2000b), trata-se de uma unidade de conhecimento do tipo entidade, porém de natureza profundamente relacional e processual. Diferentemente de entidades concretas (como um vírus), esta UC denota um estado limiar em um *continuum* biológico, articulando-se a nós conceituais de alteração celular, temporalidade (pré-), risco de progressão e oportunidade de intervenção.

Para o especialista, esse termo ativa um *frame* preciso de diagnóstico intermediário, situado em um *continuum* temporal e causal: infecção persistente por HPV → alteração celular (*lesão precursora*) → potencial de progressão → câncer invasivo. A *lesão precursora* é, por conseguinte, um estágio pré-clínico e assintomático. Sua detecção depende inteiramente de exames de rastreamento, como o *Papanicolau*, e seu entendimento requer a compreensão de noções como *continuum* biológico (normal → alteração → câncer) e prevenção secundária (diagnóstico precoce de lesões que ainda não são câncer). É um conceito que carrega, paradoxalmente, tanto uma carga de alerta quanto de oportunidade.

No entanto, para o público leigo, conforme prever a Lexicologia da Verticalidade (Wichter, 1994) e a TST (Temmerman, 2000a, 2000b), a migração desse termo para a esfera comum encontra barreiras significativas e uma reconceptualização de sua categoria ontológica. Enquanto para o especialista trata-se claramente de uma UC do tipo Entidade (um estágio nosológico definido), para o leigo, a transparência semântica (Estopà, 1999) conduz a uma interpretação que a enquadra predominantemente como uma UC do tipo Atividade. O termo composto é desmontado: *lesão* é associada a um evento danoso, e *precursora* a uma função de anúncio ou precedência. Dessa forma, *lesão precursora* é compreendida não como

uma condição em si, mas como o processo de avisar, de anteceder ou de estar a caminho de se tornar um câncer.

Desse modo, o termo composto, formado por palavras do léxico geral (lesão + precursora), gera uma ilusão de transparência semântica (Estopà, 1999), em que cada componente é interpretado isoladamente, conduzindo a reconfigurações conceituais distanciadas do saber técnico. Essa UC opera, portanto, em um nível de abstração e especialização que a distancia significativamente do conhecimento leigo sobre doenças, geralmente ancorado em sintomas perceptíveis e entidades nosológicas já estabelecidas. Assim, sua compreensão plena exige a ativação de um modelo abstrato de patogênese gradual e de prevenção secundária.

A análise do *corpus* de entrevistas revela que a migração vertical desse termo composto resultou não em uma simplificação, mas em uma quase completa na transposição do conceito, ou seja, é como se houvesse um “abismo” entre o modelo cognitivo do especialista e os recursos conceituais disponíveis ao leigo, tornando a compreensão adequada praticamente impossível sem uma mediação radical. Nenhuma das 11 participantes demonstrou familiaridade com a expressão terminológica. Quando confrontadas com a unidade terminológica, a estratégia cognitiva universal foi a decomposição e interpretação literal dos constituintes, um processo que Temmerman (2000a, 2000b) associa à tentativa ativa de construir significado a partir de recursos lexicais disponíveis.

O termo *lesão* foi sistematicamente interpretado por meio de um MCI concreto e corporal, ancorado na experiência sensorial direta (Lakoff; Johnson, 1980). As informantes o traduziram como machucado (AC22, AN18, CS21, IL23, TO18), ferida (LB18, KA19), ou algo que machucou (LB22, MG20). Este MCI é alicerçado na experiência sensorial direta, conforme preconiza a Linguística Cognitiva (Lakoff; Johnson, 1980), em que conceitos abstratos são compreendidos por meio de domínios fonte concretos. Assim, a *lesão* técnica, que é uma anomalia celular microscópica e assintomática, é reconceptualizada no nível leigo como um evento corporal manifesto e sintomático. Isso reflete um princípio fundante da cognição humana, descrito por Lakoff (1987, p. 15, tradução nossa):

O pensamento é corporificado [...] o núcleo de nossos sistemas conceituais está diretamente fundamentado na percepção, no movimento corporal e na experiência de caráter físico e social.²⁶

O termo *precursora*, por sua vez, ativou *frames* temporais e causais variados, mas nunca o sentido especializado de indicador de risco probabilístico. Para algumas, evocou-se a ideia de anterioridade temporal simples: “[...] **o que veio antes de algo**” (IL23), “[...] **aconteceu antes do que deveria, algo do tipo...**” (LB22). Para IL23, ainda, sugeriu uma relação de causa-efeito: “[...] **foi causada antes de alguma coisa?**”. MG20 tentou uma análise morfológica: “[...] **linguisticamente pelo pré seria... um requisito que veio antes...**”, demonstrando um esforço metalinguístico, ainda que inconclusivo. Nota-se a completa ausência da conceptualização de *precursor* como indicador de risco probabilístico e oportunidade de intervenção, que é central no *frame* especializado.

A tentativa de recombinar essas interpretações literais resultou em MCIs híbridos e desalinhados. Para IL23, *lesão precursora* seria “**a primeira lesão**”. Para LB22, seria uma “**ferida ocorrida de forma precoce**”. Em ambos os casos, criou-se um modelo cognitivo de um evento físico único e inaugural, perdendo-se completamente a noção de estado ou condição citológica com potencial evolutivo. O elo causal com o HPV e o câncer permaneceu inteiramente fora do *frame* ativado. A fala de CS21 sintetiza a confusão ao perguntar se uma *lesão precursora* seria um machucado na pele mais fundo (“**Algum machucado na pele. [...] Mais fundo?**”), ela revela a tendência de concretizar e localizar espacialmente (mais fundo) um conceito que é, por natureza, microscópico e no tecido.

A aplicação da escala categórica de acurácia às respostas sobre *lesão precursora* reflete a profunda distância entre os níveis de conhecimento. A classificação foi baseada no modo de articular, mesmo de forma mínima, um conceito que se aproximasse da noção de *alteração celular pré-maligna*.

A informante AC22 deu uma resposta descontínua que revelou um processo de decodificação truncado. A participante isola o termo da expressão *lesão* e o traduz literalmente para machucar, demonstrando a ativação do MCI concreto de dano físico. No entanto, ao deparar-se com o outro termo da expressão *precursora*, o processo interpretativo é interrompido: “**Precursora? Não**”, indicando que o segundo

²⁶ No original: “Thought is embodied... the core of our conceptual systems is directly grounded in perception, body movement, and experience of a physical and social character”.

constituente da expressão terminológica não ativou nenhum *frame* integrativo viável. O resultado é a ausência de um modelo combinatório, configurando uma acurácia AUSENTE (A). A entrevistada AN18 seguiu o mesmo padrão de decomposição e concretização. Definiu *lesão* de forma categórica como um machucado, ancorando o termo exclusivamente no domínio da experiência corporal perceptível. Lá sobre *precursora*, a declaração **“Ai, eu não sei”** sinaliza que ela não pôde estabelecer uma relação semântica entre os dois termos constituintes da expressão terminológica, resultando em um modelo cognitivo fragmentado e não integrado, caracterizando acurácia AUSENTE (A).

CS21 associa *lesão* a um machucado na pele, o que confirma a tendência à concretização espacial e superficial. Sua tentativa de interpretar o termo constituinte *precursora* pela pergunta **“Mais fundo?”** é significativa: ela busca uma relação de profundidade física, isto é, mais fundo na pele, em vez de uma relação temporal ou causal. Este deslocamento do domínio temporal (precedência) para o domínio espacial (profundidade) representa uma inferência qualitativamente incorreta e não apenas ausente, justificando a reclassificação para a acurácia INCORRETA (E). A participante IL23 engajou-se em um esforço interpretativo mais elaborado. Primeiro, decodificou o termo *lesão* como machucado. Em seguida, explorou possíveis *frames* para *precursora*: *frame* causal - **“Foi causada antes de alguma coisa?”** – e temporal – **“Foi o que veio antes de algo?”**. Contudo, sua síntese final: **“A primeira lesão”** resulta em um modelo reducionista, dado que transforma um conceito de estado ou condição de risco em um evento caracterizado no ordinal singular, a primeira. Essa simplificação, embora contenha um elemento de anterioridade, perde a noção de potencialidade e de processo, qualificando, desse modo, uma acurácia INCORRETA (E).

KA19 declarou para *lesão*: **“Uma ferida?”**, já para *precursora* afirmou: **[...] Não, não faço ideia**. Essa última resposta é categórica e não é precedida por nenhuma tentativa de decomposição ou associação, indicando que o termo composto não ativou nenhum processo de inferência significativo, representando a pura ausência do conceito na rede cognitiva. Dessarte, por não haver uma conceptualização - nem correta, nem incorreta - do conceito-alvo *lesão precursora*, sua acurácia geral é AUSENTE (A). A entrevistada LB18 limitou-se a definir a UC *lesão* como **“[...] uma ferida, algo que machucou”**. Não há qualquer tentativa de abordar ou integrar o constituinte do termo composto *precursora*. Logo, a resposta

refere-se apenas a um dos elementos do composto, deixando o conceito global parcial e não construído, assim, catalogamos a acurácia AUSENTE (A).

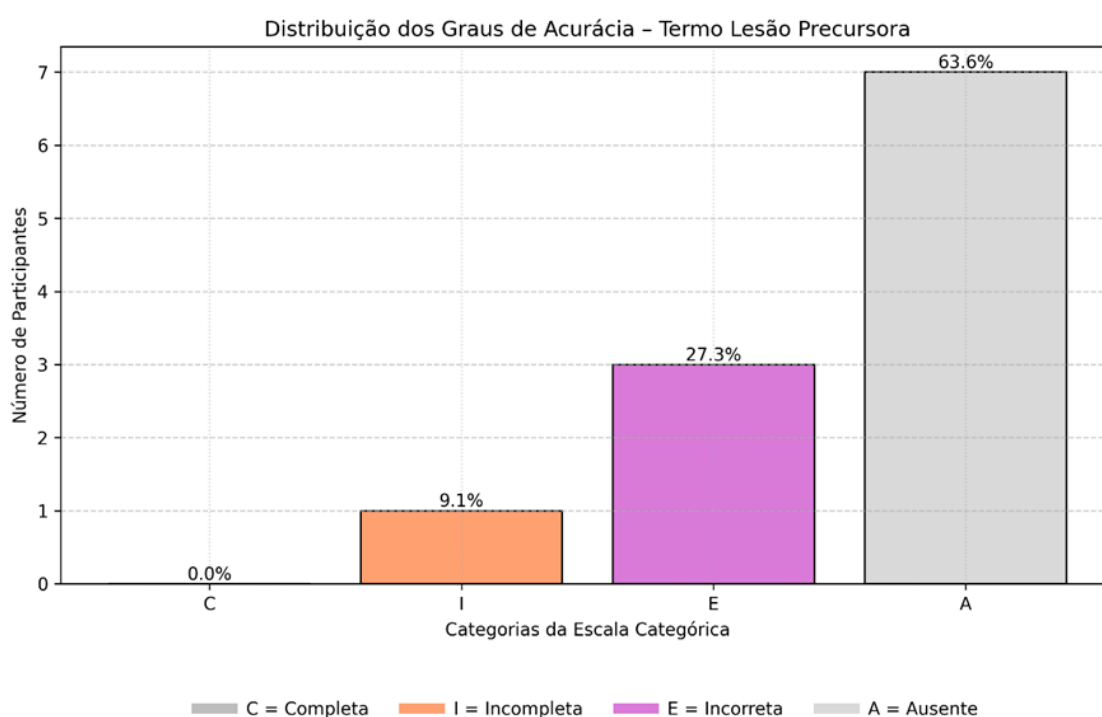
LB22 apresentou a tentativa mais complexa de integração. Parte da concretização (ferida), mas qualifica-a com o atributo temporal **“Lesão precursora, seria algo, uma ferida ocorrida de forma precoce”**, e com a noção de anomia temporal **“E aconteceu antes do que deveria...”**. Embora permaneça no domínio concreto de ferida, a construção “antes do que deveria” introduz uma nuance valorativa de anomalia que tangencia, de forma muito incipiente, a ideia de um desvio em um processo esperado. Por conter esse germe de uma relação temporal qualificada, mesmo dentro de um MCI incorreto, sua conceptualização é a que mais se aproxima de uma noção relevante de anterioridade anômala, isto é, essa ideia de anomalia no tempo, de algo que aparece de forma prematura como sinal de um problema. Ainda assim, o conceito atribuído a UC é insuficiente, sendo classificada, por isso, como acurácia INCOMPLETA (I).

MG20 demonstrou um esforço metalinguístico incomum, analisando o morfema *pré-* em *precursora*: **“[...] linguisticamente pelo pré seria... um requisito que veio antes...”**. No entanto, o modelo que propõe (requisito) é excessivamente abstrato, vago e descontextualizado do domínio da saúde. A própria participante reconhece a incompletude: **“[...] mas pra que serve assim de nome eu não entendo muito bem não, eu não sei te dizer”**. Trata-se de uma interpretação abstrata, porém desancorada e não operacional, distante do sentido técnico, qualificando, desse modo, acurácia INCORRETA (E). Já ML19 assevera: **“Nunca ouvi falar”**, apontando a ausência de familiaridade lexical/terminológica prévia, o que impede qualquer tentativa de interpretação, por conseguinte, catalogamos a acurácia AUSENTE (A). Enquanto a informante MO22 apresenta a ausência de resposta, não há fala direta registrada na tabulação para este termo, indicando provável ausência. Acurácia: AUSENTE (A).

A entrevistada TO18 associou a terminologia *lesão* a **“Ai... uma lesão, bem no popular, é algo que a gente machucou. A gente machucou, por exemplo, o joelho, a gente tem uma lesão no joelho”**, mantendo o MCI concreto. Sobre *precursora*, a afirmação **“Eu não sei. Eu não sei. Não faço ideia”** interrompe qualquer tentativa de composição semântica. O resultado é um modelo parcial e não integrado, configurando acurácia AUSENTE (A).

Resumindo, a distribuição de acurácia revela um cenário de profunda desconexão: apenas uma participante (LB22) alcançou um nível INCOMPLETO de acurácia, três (CS21, IL23, MG20) construíram modelos INCORRETOS, e a expressiva maioria de sete participantes (AC22, AN18, KA19, LB18, ML19, MO22, TO18) apresentou acurácia AUSENTE. A ausência de acurácia COMPLETA indica que *lesão precursora* é um termo intransponível no nível leigo investigado. Sua migração vertical resulta menos em reinterpretação e mais em apagamento conceitual ou em erro sistemático, demonstrando que a ilusão de transparência de seus constituintes é insuficiente, e até enganosa, para gerar inferências válidas. Esse achado sublinha a necessidade premente de estratégias de ATT que abandonem a tentativa de explicar o termo técnico e, em seu lugar, construam novas representações a partir de domínios fonte acessíveis à experiência leiga.

Figura 8 – Distribuição percentual dos graus de acurácia do termo *Lesão Precursora*



A distribuição percentual dos graus de acurácia do termo *lesão precursora*, apresentada na Figura 8, apresenta um perfil radicalmente distinto: 63,6% das respostas foram categorizadas como Ausentes (A), 27,3% como Incorretas (E) e apenas 9,1% como Incompletas (I), não havendo nenhum registro na categoria

Completa (C). Essas descobertas apontam que, diferentemente do observado para outros termos até o momento, a conceptualização dessa unidade terminológica não é apenas incompleta ou imprecisa, mas praticamente inexistente na rede cognitiva da maioria das participantes.

A eloquente predominância da categoria Ausente (A), somada à ausência de conceituações COMPLETAS, evidencia que *lesão precursora* é um “termo fantasma” no léxico leigo investigado, uma vez que, ele não circula, não é reconhecido e, quando confrontado, não é reconstruído de forma minimamente funcional. A ilusão de transparência de seus constituintes mostrou-se insuficiente para gerar inferências válidas; pelo contrário, funcionou como uma falsa pista, levando a interpretações literais que distanciam ainda mais o significado leigo do técnico.

A análise de *lesão precursora* expõe o limite crítico do desafio da verticalidade terminológica em saúde. O problema vai além da opacidade de um epônimo (*Papanicolau*) ou da ressignificação de um agente (*HPV*). Aqui, a barreira é a própria natureza abstrata e relacional do conceito científico. Por um lado, o MCI especializado requer a integração de níveis microscópicos (células), temporais (precursor) e probabilísticos (risco de progressão), operando em um *frame* de vigilância e intervenção precoce. O MCI leigo, por outro lado, demonstrou tendência à concretização e à singularização: a *lesão* vira um machucado físico; *precursora* vira um evento único no tempo (a primeira); o conjunto vira um episódio concreto e localizado. Essa recategorização, embora cognitivamente natural, é clinicamente perigosa, pois pode levar a uma compreensão errônea sobre a natureza do problema (um machucado que pode sarar sozinho, versus uma alteração celular que requer monitoramento) e sobre a urgência da ação, podendo minar a adesão ao seguimento clínico.

Este fenômeno de recategorização é estruturado por metáforas e metonímias que concretiza, provocando MCIs híbridos e instáveis. A principal estratégia é a metáfora (*lesão é ferida*), na qual o termo técnico abstrato é ancorado no domínio coloquial do traumatismo físico. A qualidade de precursora é, na melhor das hipóteses, interpretada como mera anterioridade temporal, sem o vínculo etiológico e probabilístico do saber especializado. Complementarmente, opera uma metonímia: PARTE PELO TODO, em que o estágio inicial (precursor) é tomado como a entidade completa, potencialmente gerando a confusão entre uma condição pré-cancerosa e um câncer em estágio inicial.

Aplicando a lente da Lexicologia da Verticalidade (Wichter, 1994), observa-se uma distribuição extrema. O conceito ocupa um estrato vertical elevado, caracterizado por terminologia técnica e noções de biologia celular. No nível leigo investigado, a situação é marcada por uma zona de não ocupação predominante, isto é, ausência do conceito, e uma zona de ocupação falsa, isto é, onde o termo é preenchido com conteúdo semântico errôneo (ex.: ferida precoce). Esta última é particularmente crítica, pois gera uma ilusão de compreensão que pode levar à minimização do diagnóstico ou à interpretação distorcida da conduta clínica.

Tal configuração caracteriza uma inacessibilidade radical do termo. Diferentemente de *HPV* ou *Papanicolau*, que ativam reconhecimento e associações (ainda que imprecisas), *lesão precursora* representa uma ruptura comunicativa: sua estrutura semântica interna parece bloquear a construção de inferências úteis a partir do conhecimento leigo, não encontrando ancoragem em MCIs sociais robustos sobre estados pré-doença.

Desse modo, as implicações para a ATT são das mais urgentes. Essa análise sugere que o termo *lesão precursora* deve ser considerado não-comunicativo para o público leigo e sistematicamente remediado na prática clínica e em materiais educativos. Em seu lugar, é necessário construir pontes terminológicas que (Finatto; Paraguassu, 2022): i) substituam a abstração por metáforas processuais ou espaciais: células que começaram a mudar, alterações no colo do útero que são um sinal de alerta, um ponto no caminho que ainda não é câncer; ii) Explicitam a conexão causal e a oportunidade: são alterações que o HPV pode causar e que, se a gente cuidar agora, não viram câncer; iii) ancorem-se no exame concreto: é o que o médico pode ver no seu exame de *Papanicolau/lâmina* que mostra que precisamos ficar atentos e fazer um acompanhamento.

Em suma, o caso de *lesão precursora* ilustra de forma paradigmática como um termo cientificamente preciso pode se tornar um obstáculo comunicacional completo quando transposto para o nível leigo sem mediação. A ATT, neste contexto, não é uma questão de simplificação, mas de tradução intersemiótica entre modelos cognitivos radicalmente distintos, do abstrato e probabilístico para o concreto e processual, sendo essa uma condição *sine qua non* para o empoderamento informacional e a adesão ao rastreamento.

6.4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO TERMO *CÂNCER DO COLO DO ÚTERO*

Na Terminologia, termos sinônimos são aqueles que, dentro de um dado domínio de especialidade, denotam o mesmo conceito. No contexto da saúde da mulher, *Câncer do colo do útero* e *Câncer cervical* constituem um par sinônimo perfeito, referindo-se à neoplasia maligna que se origina no epitélio de revestimento do colo uterino, predominantemente associada à infecção persistente por tipos de *Papilomavírus Humano* de alto risco oncogênico (INCA, 2023; WHO, 2021). Assim como observado nos casos de *Papanicolau* e *exame de lâmina*, a sinonímia existente no plano técnico não se converte automaticamente em equivalência cognitiva no nível leigo. A análise das entrevistas evidencia uma dissociação recorrente entre as diferentes denominações do termo *Câncer do colo do útero*, indicando que a variação terminológica (Araújo *et. al.*, 2025; Marengo, 2016, 2020), quando associada à opacidade semântica, favorece a construção de MCIs distintos e, por vezes, incompatíveis.

No *corpus* técnico de referência, o conceito de CCU é definido como: “Neoplasia maligna que se origina no colo do útero (*cérvice*), parte inferior do útero que se conecta à vagina. Sua principal causa é a infecção persistente por tipos oncogênicos do *Papilomavírus Humano* (HPV), sendo passível de prevenção através da vacinação contra o HPV e do rastreamento regular com exames como o *Papanicolau*” (Quadro 4). Sob a ótica da TST (Temmerman, 2000a, 2000b), no nível do especialista, essa UC é o nó central de um *frame* complexo de oncogênese viral prevenível, necessariamente conectado a uma rede causal que inclui: o agente etiológico (HPV de alto risco), o processo (infecção persistente), o estágio pré-clínico (lesões precursoras - NIC), as atividades de detecção (rastreamento citológico - Papanicolau) e de intervenção primária (vacinação). Nesse nível, o sinônimo *Câncer cervical* é um símbolo intercambiável, pois ambos os significantes ativam o mesmo *frame* integrado e multidimensional. Logo, essa UC configura-se, de acordo com a TST, como do tipo entidade-doença, porém de caráter dinâmico e relacional, já que não é uma mera entidade estática por ocupar um nó central no *frame* complexo de oncogênese viral e prevenção.

A migração vertical deste conceito (Wichter, 1994) para o nível leigo, no entanto, resulta em uma reconfiguração categorial e um esvaziamento relacional. A análise das entrevistas demonstra que, para as participantes, *Câncer de colo do útero*

é majoritariamente recategorizado como uma UC entidade, porém de natureza estática e isolada, perdendo seu caráter dinâmico e relacional. A maioria das informantes reconhece o termo e o associa a uma doença grave ou problema no útero. Porém, essa entidade é desconectada de sua rede causal, não sendo compreendida como o resultado de um processo viral (HPV), mas como um fato isolado, uma patologia genérica cujas causas são vagas ou desconhecidas. É, portanto, uma UC entidade-esquemática, que ativa um *frame* de doença grave da mulher, mas cujos vínculos com etiologia, prevenção e rastreamento estão rompidos.

Dessarte, a análise do quarto termo nuclear desta pesquisa, *Câncer de colo do útero*, revela um paradigma elucidativo da comunicação em saúde: um termo com transparência semântica relativa que, apesar de seu potencial descritivo, falha em ativar o *frame* conceitual completo e causalmente estruturado do conhecimento especializado. Esse fenômeno torna-se ainda mais nítido quando contrastado com a total opacidade de seu sinônimo técnico, *Câncer cervical*, cujo fracasso em ancorar-se no léxico leigo serve como contraprova da importância crucial da motivação terminológica.

A transparência do termo, por ser composto por palavras do léxico comum (câncer, colo, útero), permite um reconhecimento e uma localização anatômica vaga. Participantes como LB18, MG20 e MO22 afirmam conhecer o termo (**“Sei”**), MG20 comenta: **“Sei [...] É, sei os mais fatais assim, eu tive um breve conhecimento”**, indicando uma associação prototípica com a gravidade, já MO22 o associa a prejuízos para a **“Mas, acho que prejudica na questão do útero em si, eu não sei como, mas na saúde feminina de modo geral”**. Este é o primeiro degrau da compreensão: a UC é identificada como uma entidade patológica grave localizada no aparelho reprodutor feminino.

Contudo, ao serem interrogadas sobre as causas, o *frame* especializado desmorona. O elo causal fundamental (a infecção pelo HPV) está ausente. LB18 responde: **“Não, não sei”**; AC22 afirma: **“Não sei o que pode causar esse câncer. Mas eu sei que a ginecologia preventiva faz com que você descubra cedo, né?”**. Quando as causas são aventadas, são genéricas e difusas: MG20 menciona **“falta de prevenção”** e LB22 especula sobre fatores genéticos e alimentares. A doença, portanto, deixa de ser conceituada como o desfecho de um processo etiológico específico e prevenível para se tornar uma entidade autônoma, cuja origem é atribuída a noções vagas de descuido ou permanece enigmática. Conforme Lakoff (1987), o

MCI ativado é esquemático e “pobre”: a categoria é acessada por atributos prototípicos superficiais (doença grave, do útero), mas suas relações internas essenciais, ou seja, a cadeia viral que a constitui, são inacessíveis. Assim, há um colapso da rede causal: *HPV - Lesão precursora - Câncer de colo do útero*.

A análise do sinônimo técnico *Câncer cervical* serve como um experimento natural que comprova os riscos da falta de transparência. Enquanto *Câncer de colo do útero* consegue uma ancoragem tênue no domínio correto (mesmo que de forma empobrecida), *Câncer cervical*, cujo radical *cérvice* é estranho ao léxico comum, é majoritariamente metacategorizado (Faber, 2009) em um domínio completamente distinto, sendo puxado para o *frame* anatômico disponível da coluna vertebral: IL23 pontua: “**Câncer na coluna? É coluna, né, cervical?**”; AC22 diz: “**Na coluna cervical, né?**”; ou, em um desvio radical, associado ao ovário (MO22: “**Câncer cervical seria um ovário, uma parte do ovário específico?**”). Esse não é um mero erro, mas a evidência empírica de como a opacidade terminológica, na ausência de mediação, leva a MCIs radicalmente desviantes. A falha na interpenetração lexical (Wichter, 1994) é total: o termo técnico é reinterpretado pelo léxico comum de forma a perder completamente sua referência original. Desse modo, esse contraste gritante salienta que, embora a transparência de *Câncer de colo do útero* não garanta a compreensão integral, ela previne o mal-entendido categorial completo, funcionando como um ancoradouro mínimo necessário para qualquer comunicação efetiva.

A consequência mais crítica da análise é a desconexão absoluta entre a UC *Câncer de colo do útero* e os *frames* de prevenção, sem a associação causal ao HPV, a lógica que une *vacinação* (prevenção primária do agente) e rastreamento com *Papanicolaou* (prevenção secundária da lesão) fica semanticamente solta. As participantes veem elementos desconexos: uma doença grave, um vírus (HPV) e um exame (*Papanicolaou*), mas a rede conceitual que os tece em uma narrativa de cuidado sequencial e eficaz está rompida. Portanto, essa falha, descrita por Temmerman (2000a, 2000b) como a dissociação, neste caso, entre *frames* de doença e *frames* de intervenção, inviabiliza a construção de um modelo mental de autocuidado baseado em causalidade e risco.

A aplicação da Escala Categórica de Acurácia às respostas sobre *Câncer de colo do útero* reflete com precisão a natureza incompleta da conceptualização leiga, revelando uma distância significativa em relação ao conhecimento especializado. A classificação foi baseada na capacidade das participantes não apenas de reconhecer

o termo, mas de articular, ainda que minimamente, elementos do seu *frame* conceitual, especialmente a compreensão de sua localização anatômica específica e, de modo mais crucial, de sua principal causa (HPV). Os resultados expõem um cenário em que o reconhecimento nominal da doença não se traduz na compreensão de sua etiologia viral e, conseqüentemente, de sua cadeia preventiva.

A entrevistada AC22 demonstrou um reconhecimento imediato da existência da doença, mas sua conceptualização é funcionalmente vazia, visto que ela afirmou: **“Não sei o que pode causar esse câncer”**. No entanto, em um *insight* metacognitivo crucial, ela acrescenta: **“Mas eu sei que a ginecologia preventiva faz com que você descubra cedo, né? E tenha como prever e se prevenir dessa doença, né?”**. Este último comentário revela que ela consegue ativar um *frame* de prevenção através do rastreamento, conectando-o vagamente à ginecologia. Contudo, o nó central desse *frame*, isto é, a causa viral (HPV) que justifica o rastreamento, está completamente ausente. Sua acurácia é, portanto, INCOMPLETA (I), marcada por um modelo que associa a doença a uma solução (exame preventivo), mas ignora sua razão de ser.

Já AN18 respondeu de forma direta e desprovida de elaboração: **“Não, eu já ouvi falar, mas nunca parei para pensar. Tipo assim, ah, câncer no colo do útero. Tipo, Eu não sabia que era possível, né? Mas nunca parei para pesquisar sobre não, nunca tive muita informação”**. A fala é reveladora: o termo é reconhecido como uma possibilidade (*câncer no colo do útero*), mas é explicitamente caracterizado como um conceito não processado, não integrado ao seu repertório ativo de conhecimento. A ausência de qualquer tentativa de inferência ou associação, apenas o registro da falta de elaboração, configura, portanto, uma acurácia AUSENTE (A). A informante CS21 foi categórica na negação do conhecimento: **“Não [...] Tem muitos termos assim relacionados a essas coisas assim que eu sei, mas eu não me aprofundei muito, sabe?”**. Assim como AN18, ela explicita uma fronteira do saber: o termo está no horizonte do vocabulário médico, mas não foi internalizado. Dessarte, não há modelo cognitivo ativado, apenas o reconhecimento da própria não familiaridade, por isso, sua acurácia foi qualificada como AUSENTE (A).

A participante IL23 iniciou sua resposta com uma estruturação aparentemente correta: **“É um câncer do colo, do útero”**. Porém, imediatamente revela a fragilidade desse conhecimento ao reconhecer suas próprias limitações: **“[...] Não. Eu nunca conheci alguém que tivesse e também nunca pesquisei muito sobre. Mas como a gente sabe que é um câncer, é uma coisa muito, muito, muito complicada,**

né?”, revelando a ausência do nó causal fundamental (infecção por *HPV*) em sua conceptualização. O *frame* ativado é o de uma entidade-doença grave, desprovido das relações etiológicas e preventivas que caracterizam o saber especializado. Assim, percebemos que para IL23, o conhecimento parece exigir ancoragem experiencial (conhecer um caso) ou investimento ativo (pesquisa), desse modo, na falta de ambos, a definição nominal que ela oferece soa como uma decodificação linguística superficial, não como um conceito assimilado. A ênfase na “complicação” sinaliza a percepção de uma barreira cognitiva, ao mesmo tempo em que demonstra a tentativa de construir significado a partir dos recursos disponíveis. Conforme os critérios supracitados no início desta seção, a resposta de IL23 é classificada como acurácia INCOMPLETA (I) por apresentar reconhecimento nominal associado à localização anatômica, mas ausência do nó causal fundamental, caracterizando uma UC em formação, ainda que desprovida da densidade relacional do saber especializado.

A entrevistada KA19 respondeu **“Sim”** ao ser questionada se sabia o que é o câncer de colo do útero. Quando instigada a explicar o que pode causá-lo, sua resposta foi: **“Problemas com... com aqueles que não são preventivos, que não foi... Cuidado a desenvolver [...] E não foi no hospital”**. Logo, sua resposta é elíptica e reveladora, operando uma inversão da lógica causal: em vez de citar um agente (ex.: *HPV*) que causa a doença e contra o qual a prevenção atua, KA19 transforma a falta de prevenção ou falta de cuidado na própria causa. É um raciocínio circular e moralizante, típico de modelos leigos que atribuem doenças a falhas comportamentais genéricas, em que a causa biológica específica é substituída por uma categoria de negligência. A participante não apenas desconhece a etiologia viral do CCU, mas ativamente constrói um modelo causal alternativo e incorreto. Trata-se, portanto, de uma conceptualização ativa, porém em desacordo com o saber especializado, configurando uma acurácia INCORRETA (E).

LB18 apresentou um padrão claro de dissociação entre reconhecimento e compreensão causal. Afirmou de imediato saber o que é o CCU **“Sei”**, mas ao ser perguntada se saberia explicar o que pode causar esse tipo de câncer, respondeu: **“Não, não sei”**. Não havendo, portanto, uma tentativa de inferência ou elaboração. Nesse cenário, o termo ativa um nó conceitual isolado (doença conhecida), que não se conecta a nenhuma rede etiológica. Por isso, sua acurácia foi alocada como INCOMPLETA (I). A informante LB22 engajou-se na construção de um modelo explicativo multifatorial, porém desviante do *frame* especializado. Ela reconhece a

doença e especula sobre suas causas: **“O que pode causar? É porque às vezes depende muito, né? Uns falam que pode ser fator genético. Eu acredito também muito no, assim, no que a gente ingere. Até as emoções influenciam muito também. É porque falam que a gente é o que a gente come, que a gente é, assim, o fruto das nossas ações. E eu acho que seria isso”**. Seu modelo é um amálgama de teorias populares de saúde: genética, nutrição e psicossomática. É um sistema explicativo coerente dentro de um *frame* leigo holístico, mas que exclui completamente o agente etiológico específico (HPV). Por construir um modelo causal elaborado, ainda que incorreto, e por não mencionar a causa real, sua acurácia foi catalogada como INCOMPLETA (I).

MG20, assim como LB18, ao ser questionada se sabia o que é o *Câncer de colo do útero*, disse **“Sei”**. Ao explicar o que causaria esse câncer, ofereceu uma justificativa baseada em gravidade: **“É, sei os mais fatais, assim, eu tive um breve conhecimento”**. Ainda sobre as causas, propôs: **“Eu não sei exatamente, assim, não acho que seria alimentação dependendo, tipo eu sei que todo mundo tem as células cancerígenas que podem se desenvolver câncer depois, mas talvez em quesito, eu chamaria de desleixo, assim tipo, é... na falta de prevenção. Muitas vezes com vacinação, com a falta de proteção, nesse sentido. Acho que talvez poderia se desenvolver depois, mas não sei se é o certo”**. Sua resposta é complexa: mescla a ideia (equivocada) de células cancerígenas universais com a noção de desleixo e falta de prevenção/proteção. Curiosamente, é a única informante que menciona *vacinação* no contexto causal, tangenciando o domínio correto, mas sem especificar a vacina contra o HPV. Seu modelo é confuso, mesclando elementos biológicos vagos com avaliações comportamentais. Portanto, sua acurácia foi qualificada como INCOMPLETA (I).

ML19 seguiu o mesmo padrão de dissociação, ao ser questionada se sabia o que era o termo, respondeu: **“Sei”**, seguido de **“Não. Não, não consigo, não”** quando questionada sobre o que poderia causar esse câncer. A resposta é puramente negativa, sem tentativa de elaboração e o reconhecimento nominal não se desdobra em nenhuma tentativa de compreensão relacional, não havendo um *frame* causal sendo ativado, nem mesmo um incorreto. Dessarte, sua acurácia foi caracterizada como AUSENTE (A). Já MO22 afirmou **“Sim”** sobre saber o que é o CCU, entretanto sua explicação focou nas consequências e no impacto: **“Prejudicar? Prejudicar, sabe? Então, assim, vamos lá. Mas, acho que prejudica na questão do útero em**

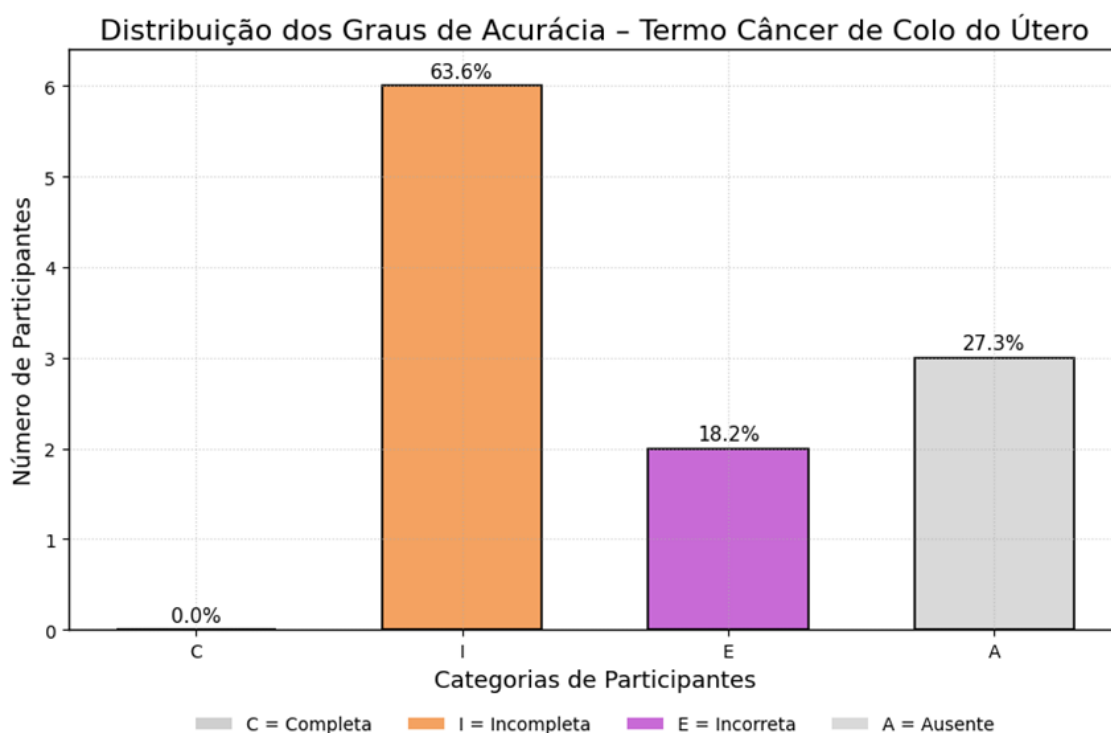
si, eu não sei como, mas na saúde feminina de modo geral. Você necessita de quimioterapia?”. Ela associa a doença a prejuízos funcionais e a tratamentos agressivos (quimioterapia), ativando um *frame* de gravidade e tratamento. No entanto, a questão da etiologia não é abordada. Seu modelo é centrado no desfecho e na intervenção, não na origem. Por isso, sua acurácia foi qualificada como INCOMPLETA (I).

Por fim, TO18 expressou uma familiaridade hesitante: **“Tenho uma ideia mais ou menos do que seria”**, quando perguntada sobre o que pode causar o *Câncer do colo do útero*, respondeu: **“Eu acho que esterilidade, talvez”**. Aqui, há uma tentativa de associação, mas ela é incorreta em seu conteúdo. A participante confunde o *Câncer de colo do útero* (uma neoplasia) com uma possível consequência de tratamentos ou condições associadas (esterilidade). Essa não é uma simples ausência de informação, mas uma associação equivocada entre conceitos distintos (doença vs. uma de suas possíveis sequelas). Portanto, sua acurácia, considerando a definição incorreta que oferece, foi classificada como INCORRETA (E) para este termo, e não INCOMPLETA (I).

Sintetizando, a distribuição de acurácia revela um cenário de reconhecimento nominal sem compreensão causal: a maioria das participantes (63,6% – AC22, IL23, LB18, LB22, MG20, MO22) foi classificada com acurácia INCOMPLETA, demonstrando familiaridade com o termo, mas falhando em identificar sua principal etiologia (HPV). Um grupo significativo (27,3% – AN18, CS21, ML19) apresentou acurácia AUSENTE, indicando que o termo não ativou nenhum modelo conceitual consistente, mesmo nominal. Duas participantes (KA19, TO18 – 18,2%) construíram um modelo INCORRETO, no caso de TO18, associando a doença a uma consequência (esterilidade) em vez de uma causa. A completa ausência de acurácia COMPLETA evidencia que, mesmo para um termo morfológicamente transparente como *Câncer de colo do útero*, a migração vertical resulta predominantemente em modelos esquemáticos e desprovidos do nó causal fundamental. Isso demonstra que a transparência descritiva garante, no máximo, a ancoragem no domínio correto, mas é insuficiente para transmitir a complexa rede causal do *frame* especializado, especialmente a ligação viral com o HPV. Este achado sublinha que estratégias eficazes de ATT (Finatto; Paraguassu, 2022; Marengo *et al.*, 2025) devem ir além da mera nomeação transparente e reconstruir explicitamente as relações causais

perdidas, transformando o reconhecimento vago em compreensão preventiva acionável.

Figura 9 – Distribuição percentual dos graus de acurácia do termo *Câncer de Colo do útero*



Fonte: Elaborada pela autora.

Os dados sintetizados na Figura 9 mostram um perfil marcado pela hegemonia da incompletude conceitual: 63,6% das respostas foram categorizadas como INCOMPLETAS (I), 27,3% como AUSENTES (A) e 18,2% como INCORRETAS (E), não havendo nenhum registro na categoria COMPLETA (C). Essa configuração evidencia que, ao contrário do que se observa nos termos de opacidade radical como *lesão precursora*, a conceptualização desta unidade terminológica não é majoritariamente ausente ou equivocada, mas sim parcial e esquemática. A grande maioria das participantes demonstra reconhecer a doença como entidade e localizá-la anatomicamente, contudo, falha em integrar o elemento causal central - o HPV - ao seu modelo mental. Esse perfil consolida a noção de que a transparência morfológica do termo atua como um ancoradouro semântico eficaz, prevenindo mal-entendidos categóricos, mas é insuficiente para garantir a internalização da complexa rede etiológica e preventiva que define o conceito no nível especializado.

A análise do termo *Câncer de colo do útero* confirma, sob a ótica integrada da TST, da Lexicologia da Verticalidade e da Linguística Cognitiva, que a transparência morfológica de uma unidade terminológica é uma condição necessária, mas longe de ser suficiente, para a construção de um MCI leigo funcional e acurado. O que a migração vertical (Wichter, 1994) desse termo revela não é um cenário de erro categorial massivo, como ocorreu com seu sinônimo opaco *Câncer cervical*, porém um fenômeno mais sutil e potencialmente mais insidioso: a formação de MCIs esquemáticos, estáticos e causalmente esvaziados.

No topo da verticalidade, o termo designa uma UC entidade-doença profundamente relacional, cujo significado é caótico de um *frame* dinâmico de oncogênese viral prevenível. Esse *frame* integra, de forma causal e obrigatória, os nós conceituais de agente etiológico (HPV), processo de infecção persistente, estágios pré-clínicos (*Lesão precursora*), atividades de rastreamento (*Papanicolau*) e prevenção primária (*Vacina*). Para o especialista, o termo é um símbolo eficiente que ativa instantaneamente esta rede densa.

Na base da verticalidade, onde se situam as participantes, observa-se uma reconfiguração categorial radical. O MCI especializado, de natureza dinâmica e relacional, é recategorizado como uma UC entidade-esquemática estática e isolada. A transparência descritiva (colo do útero) cumpre seu papel de ancoragem, permitindo que a maioria das participantes (63,6% com reconhecimento) localize a doença no domínio anatômico correto e a associe a atributos prototípicos de gravidade. No entanto, essa mesma transparência cria uma ilusão de compreensão: a sensação de saber do que se trata, que mascara o colapso completo da rede causal.

Esse colapso é o ponto central da análise: o nó causal principal, isto é, a infecção por HPV, está ausente na maioria dos MCIs leigos. Em seu lugar, surgem preenchimentos por *frames* alternativos e culturalmente disponíveis: i) *frame* moral/comportamental - a causa é atribuída à falta de prevenção, desleixo ou “não cuidou” (MG20, KA19). Assim, a doença deixa de ser um desfecho biológico para se tornar uma consequência de uma falha volitiva, um *frame* que pode gerar culpabilização e não promover a compreensão da transmissão viral; ii) *frame* holístico-popular - a etiologia é explicada por um amálgama de fatores genéticos, alimentares e emocionais (LB22). Este é um MCI híbrido que importa esquemas explicativos de outros domínios da saúde popular, criando um sistema coerente internamente, mas desviante em relação ao saber especializado; iii) *frame* de consequência - a doença é

confundida com uma de suas possíveis sequelas, como a esterilidade (TO18), demonstrando uma metonímia causal invertida (o efeito é tomado pela causa).

Logo, esse processo evidencia o princípio da negociação ativa do significado postulado pela TST. Diante da opacidade do componente etiológico, dado que a relação com o HPV não é inferível a partir do termo *Câncer de colo do útero*, as informantes não permanecem em um vazio; elas ativamente preenchem a lacuna com os recursos conceituais mais acessíveis em seu repertório cultural e experiencial. O resultado são MCIs híbridos e instáveis: corretos na localização, mas radicalmente desviantes ou vagos na etiologia.

As implicações para a comunicação em saúde e para a ATT são profundas (Finatto; Paraguassu, 2022; Marengo, *et. al.*, 2025). O caso demonstra que termos descritivos e transparentes não são autoexplicativos, visto que eles podem prevenir o erro grosseiro, mas não transportam automaticamente a arquitetura lógica da prevenção. A estratégia de ATT, por conseguinte, não pode se limitar a utilizar termos transparentes, devendo: a) explicitar e reconstruir o elo causal perdido - as mensagens devem conectar de forma clara, repetitiva e incontornável os nós *HPV* → *Câncer de colo do útero*, sendo necessário remediar a lacuna criada pela migração vertical; b) ancorar a causalidade em ações concretas, isto é, vincular essa cadeia causal diretamente às atividades de prevenção - a *Vacina* previne o HPV que causa esse câncer e o *Papanicolaou* detecta alterações que o HPV pode causar, antes de virar câncer; c) substituir frames leigos incorretos, confrontando ativamente as noções vagas de descuido com a informação específica sobre transmissão viral, e as teorias holísticas genéricas com a precisão da etiologia viral predominante.

À luz do exposto, a análise de *Câncer de colo do útero* ilustra que o maior desafio da verticalidade terminológica pode não estar nos termos completamente opacos, no entanto naqueles suficientemente transparentes para gerar uma ilusão de compreensão e insuficientes para veicular a complexidade relacional que fundamenta a ação preventiva. A ATT, neste contexto, assume o papel crítico de mediador ativo dos *frames* causais, transformando o reconhecimento nominal esquemático em um modelo mental instrumental, capaz de fundamentar a adoção de comportamentos de saúde baseados em uma compreensão correta da realidade biológica.

6.5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO TERMO *VACINA*

A análise do termo *Vacina* à luz da estrutura do conhecimento vertical proposta por Wichter (1994) revela uma dinâmica de circulação terminológica marcada pela aparente transparência semântica e pela forte ancoragem experiencial no cotidiano. No *corpus* técnico de referência desta tese, o termo *vacina* é definido conforme o Quadro 4 como: “Preparação biológica que fornece imunidade adquirida ativa para uma doença particular. Contém um agente que se assemelha a um microrganismo causador de doenças e é frequentemente feito de formas enfraquecidas ou mortas do micróbio, suas toxinas ou uma de suas proteínas de superfície. O agente estimula o sistema imunológico do corpo a reconhecer o agente como uma ameaça, destruí-lo e a reconhecê-lo e destruí-lo mais rapidamente se for encontrado posteriormente”.

Enquanto no domínio especializado o termo designa um conceito imunobiológico preciso: um imunobiológico que contém agentes patogênicos inativados, atenuados ou seus derivados, administrado para estimular uma resposta imune protetora específica (Brasil, 2020; WHO, 2022); sua circulação no nível leigo gera MCIs híbridos. Estes modelos são construídos a partir da interseção entre fragmentos do saber técnico e experiências pessoais, memórias sociais e vivências corporais, confirmando os postulados tanto da TST (Temmerman, 2000a, 2000b) quanto da Lexicologia da Verticalidade (Wichter, 1994).

No nosso *corpus* de entrevistas, a totalidade das onze participantes demonstrou familiaridade com o termo *Vacina*, associando-o majoritariamente à ideia de prevenção. No entanto, essa compreensão genérica opera em um nível esquemático e concreto, distante da complexidade relacional do conceito especializado. Conforme Lakoff (1987), os MCIs leigos são estruturados prototipicamente e culturalmente situados. Para as informantes, o protótipo central da categoria *Vacina* não é uma entidade bioquímica ou um mecanismo imunológico, mas sim uma ação preventiva concreta. Sobre isso, AC22 afirma: **“A vacina é uma coisa que vai prevenir as doenças. Eu acho que é um bom método de prevenção”**, já AN18 pondera: **“Ai eu não sei. Acho que é um jeito de prevenir a gente de várias coisas sabe”**, enquanto MG20 faz a seguinte colocação: **“É algo para nos deixar imune, não nos deixar que a gente não possa pegar doença ou coisas assim”**. Essa conceptualização reflete uma metonímia experiencial, na qual a função (prevenir) se sobrepõe e substitui a natureza do objeto (imunobiológico),

caracterizando uma categoria radial centrada na utilidade prática e imediata, e não em sua composição ou mecanismo de ação.

A análise vertical evidencia que a migração do termo para o nível leigo resultou em uma recategorização ontológica. Para o especialista, *Vacina* é uma UC do tipo entidade com atributos complexos: composição antigênica, via de administração, esquema vacinal, eficácia e eventos adversos. No entanto, nas falas das participantes, o termo é majoritariamente compreendido como uma UC do tipo atividade, sendo conceptualizada como: um **“método de precaver”** (KA19), um **“modo de prevenção”** (ML19), um **“meio de prevenção da saúde”** (MO22), por exemplo. Essa transformação é fundamental, tendo em vista que a *Vacina* deixa de ser uma entidade que se possui ou se analisa, para se tornar uma ação que se realiza, ou seja, um evento que se experimenta. Essa reformulação é coerente com a ênfase da Linguística Cognitiva na cognição corporificada (Lakoff; Johnson, 1980) e na experiência corporificada abordada pela TST (Temmerman, 2000a, 2000b): o significado emerge da interação corporal com o mundo, por isso, tomar uma *Vacina* é uma experiência física (a injeção, a dor momentânea, a ida ao posto ou a vinda à escola dos profissionais de saúde) que se torna mais saliente do que sua explicação biológica.

A aparente transparência do termo, uma vez que circula linguisticamente na língua comum, cria uma ilusão de compreensão completa, mascarando lacunas conceituais profundas. Enquanto todas as informantes associam *Vacina* à prevenção, a especificidade dessa prevenção é raramente articulada. Dessa maneira, o modelo causal subjacente é frequentemente vago ou baseado em analogias imperfeitas. Por exemplo, CS21 define *Vacina* como uma forma de **“deixar menos grave o vírus”**, aproximando-se do conceito de atenuação da doença, no entanto sem especificar o mecanismo imunológico. Já IL23 elabora um modelo mais técnico, mencionando **“uma vacina é tipo uma medicação que a pessoa injeta em você para que você tenha imunidade [...] para que você adquira anticorpos [...]”**, demonstrando uma apropriação vertical parcial do discurso especializado, possivelmente mediada por campanhas educativas ou formação escolar. Contudo, mesmo nesse caso, a descrição permanece genérica, sem diferenciar tipos de *Vacinas* (por exemplo, virais atenuadas vs. subunidades proteicas) ou detalhar o processo de memória imune.

Um fenômeno notável é a sobreposição de *frames* entre diferentes domínios de experiência. Várias participantes exemplificam a função da *Vacina* com base na

experiência mais recente e massiva: a vacinação contra a *Covid-19*. O *frame* da pandemia tornou-se o cenário cognitivo predominante para acessar a categoria, ofuscando outros exemplos (como vacinas infantis), isso evidencia como os MCIs são dinâmicos e sensíveis a contextos históricos e experiências coletivas traumáticas ou marcantes. Outro aspecto relevante é a dimensão afetiva e valorativa associada ao termo. Para algumas, a *Vacina* está ligada a uma obrigação moral ou social. AN18, por exemplo, reconhece que não tomar vacinas regularmente é **“um erro”**, enquanto LB22 relata a necessidade de se vacinar para cumprir requisitos de estágio profissional. Já TO18 associa a vacinação a uma prática de cuidado e responsabilidade: **“atualizar o cartão para ficar tudo certinho, para não ter problema nenhum depois”**. Essas falas revelam que o MCI da *Vacina* integra não apenas conhecimentos sobre saúde, mas também valores de disciplina corporal, conformidade social e gestão de risco individual, constituindo um modelo híbrido onde o técnico e o normativo se entrelaçam.

A aplicação da Escala Categórica de Acurácia ao termo *Vacina* revela um fenômeno de superficialidade conceitual aparentemente paradoxal: a quase universalidade do reconhecimento lexical e da associação prototípica à ideia de prevenção mascara uma compreensão majoritariamente incompleta e esquemática do seu *frame* especializado. A classificação aqui adotada avalia não apenas a familiaridade com essa terminologia, mas a capacidade de articular, mesmo minimamente, elementos constitutivos do conceito biomédico, como seu mecanismo de ação imunológica, sua natureza de preparado biológico e sua distinção entre tipos e finalidades específicas. Os resultados demonstram que, embora a função prática da *Vacina* seja amplamente conhecida, sua essência como uma entidade biotecnológica e os processos de imunização ativa que a definem permanecem, na maioria dos casos, fora do modelo cognitivo leigo, confirmando a hipótese de que a transparência lexical não garante a integração vertical do conhecimento especializado.

A entrevistada AC22 definiu a vacina como **“uma coisa que vai prevenir as doenças”**. Sua resposta, embora correta na esfera funcional, permanece no nível mais básico do *frame* leigo. O termo é categorizado como uma **“coisa”** (entidade vaga) cujo único atributo é a prevenção genérica, não havendo menção a mecanismos, composição ou especificidade. Assim, há a ativação do protótipo central da categoria no nível leigo: prevenção = vacina. Portanto, sua acurácia é classificada como INCOMPLETA (I). Já AN18, ao ser questionada sobre o que é uma vacina,

respondeu: **“Ai eu não sei, acho que é um jeito de prevenir a gente de várias coisas sabe. Eu não sei explicar”**. A fala da participante é marcada pela insegurança (**“não sei”**, **“acho”**) e pela generalização extrema (**“várias coisas”**). Dessa forma, ela demonstra não possuir um modelo conceitual estruturado, apenas uma intuição difusa sobre a função. Logo, a definição é esvaziada de conteúdo descritivo, configurando uma conceptualização vaga e não operacional. Por isso, sua acurácia foi qualificada como INCOMPLETA (I).

CS21 ofereceu uma definição que tangencia um mecanismo: **“Acho que é uma forma de, como é? Deixar menos grave o vírus”**. Esta resposta é interessante por realizar uma inferência causal em que a vacina não previne totalmente, mas atenua. No entanto, ela restringe incorretamente o domínio a apenas vírus, excluindo vacinas bacterianas, além de não mencionar o sistema imunológico. Portanto, é um modelo parcial e com limitações de escopo, que demonstra um esforço de raciocínio além do protótipo, mas ainda insuficiente. Dessarte, sua acurácia foi catalogada como INCOMPLETA (I).

A informante IL23 elaborou a resposta mais precisa: **“Uma vacina é tipo uma medicação que a pessoa injeta em você para que você tenha imunidade contra algum tipo... Para que você adquira anticorpos”**. Aqui, encontramos elementos-chave do *frame* especializado: a via de administração (injeta), o objetivo final (imunidade) e o mecanismo central (adquirir anticorpos). Apesar de usar o termo *medicação* como unidade guarda-chuva (o que é uma aproximação aceitável no nível leigo) sua resposta sintetiza de forma correta a cadeia lógica básica, demonstrando uma apropriação vertical eficaz de conceitos técnicos. Portanto, sua acurácia é classificada como COMPLETA (C). Já KA19 definiu *Vacina* de forma extremamente concisa como **“O método de precaver”**. Trata-se de uma redução maximalista do conceito à sua função, não havendo qualquer descrição da natureza ou do *modus operandi* da vacina. É uma definição que, embora não errada, é totalmente desprovida de especificidade e conteúdo substantivo, ativando apenas o nó superordenado de prevenção. Por conseguinte, sua acurácia foi caracterizada como INCOMPLETA (I).

LB18 respondeu de maneira similar: **“É algo que vai prevenir uma doença”**. Novamente, a definição é puramente funcional e genérica (algo, uma doença), não existindo elaboração ou tentativa de detalhamento. Dessa forma, o modelo cognitivo ativado é o mais esquemático possível dentro do domínio correto. Por isso, sua acurácia foi considerada INCOMPLETA (I). Já a entrevistada LB22 afirmou: **“São, é...”**

formas de prevenir uma doença, né? Acho que é isso, no geral". Assim, a hesitação inicial ("**são, é...**") e a busca por confirmação ("**né?**") indicam baixa segurança na conceptualização. Tendo isso em vista, a definição, mais uma vez, recai sobre a função ampla (formas de prevenir), sem qualquer especificação. Dessarte, há um modelo cognitivo difuso e pouco consolidado, logo, a acurácia foi catalogada como INCOMPLETA (I).

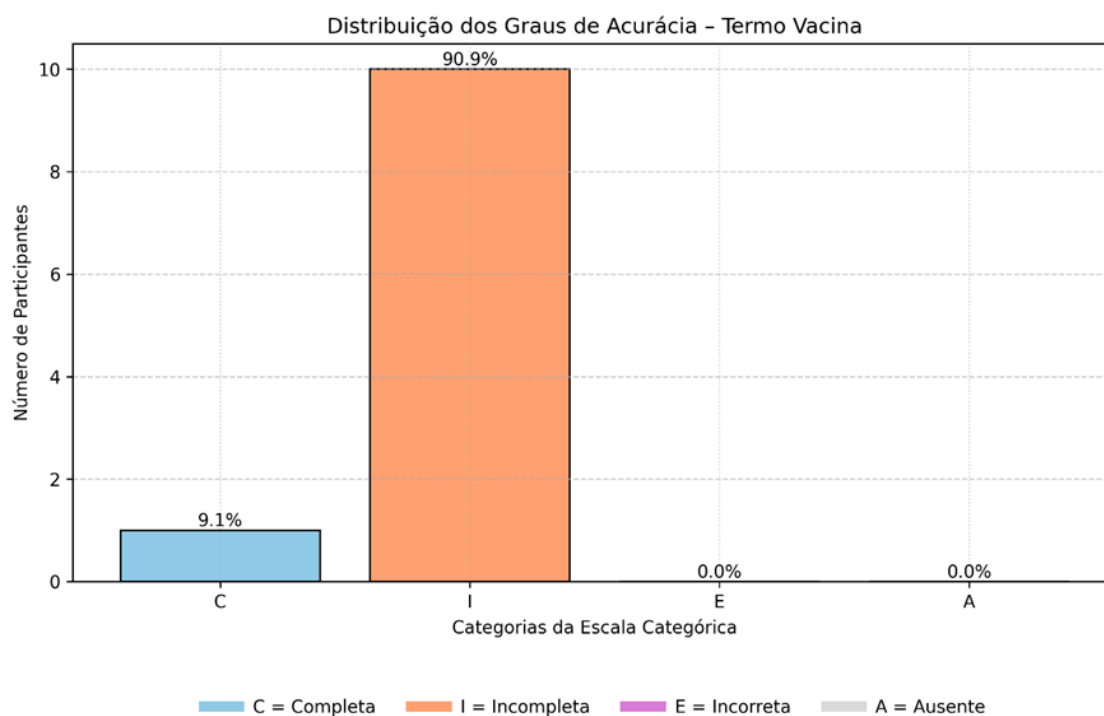
A informante MG20 apresentou uma resposta mais elaborada: "**É algo para nos deixar imune, não nos deixar que a gente não possa pegar doença ou coisas assim. Quando existe gente tipo super saudável, e precisou tipo a cura já. Não é bem também não é igual a cura, é algo para nos prevenir de não ter algo pior da determinada doença. Vamos deixar em um certo sentido, acredito nesse sentido**". MG20 introduz o conceito central de imunidade, o que eleva sua resposta acima do mero slogan preventivo. No entanto, a formulação é redundante e um tanto confusa (prevenir de não ter algo pior), mesclando a ideia de prevenção primária com a de atenuação. Apesar disso, a menção à imunidade representa um salto qualitativo, aproximando-se do mecanismo especializado, ainda que de forma não técnica. Por conseguinte, sua acurácia foi qualificada como INCOMPLETA (I), porém em um patamar mais elevado de aproximação conceitual.

ML19 definiu de forma lacônica: "**Modo de prevenção. Só é isso, só**". Esta é a expressão mais condensada do protótipo funcional. A participante encerra o raciocínio de forma abrupta ("**Só é isso, só**"), sinalizando que não considera haver mais nada a ser dito. Dessa forma, o conceito é reduzido a uma categoria instrumental, o que faz com que a acurácia seja considerada INCOMPLETA (I). Já MO22 conceituou o termo *Vacina* como: "**Um meio de prevenção da saúde**". Esta resposta realiza uma generalização ainda maior, deslocando o foco de doença para a saúde, trata-se de uma leitura positiva e ampliada, mas que perde a especificidade do objeto (vacina como intervenção contra patógenos específicos) em favor de uma noção mais difusa de promoção do bem-estar. Logo, é um modelo genérico e impreciso, sendo sua acurácia caracterizada como INCOMPLETA (I).

A participante TO18 forneceu a explicação mais longa e cheia de nuances: "**A vacina, ela é o... Ele vai prevenir a gente de ter um problema futuro. Por exemplo, você tomar vacina contra a gripe, você vai ter alguns sintomas após tomar a vacina. Porque ele vai... questão de anticorpos e tudo mais, que a gente vê em biologia isso, para prevenir. Caso você seja contaminado lá na frente, você não**

sofra tantos danos quanto uma pessoa que não foi vacinada. É o que eu entendo é isso, eu sou leiga". Nesse caso, TO18 conecta explicitamente a prática vacinal ao conhecimento escolar ("**que a gente vê em biologia**") e menciona o conceito técnico "anticorpos". No entanto, sua explicação é híbrida e um tanto contraditória, pois apresenta os "**sintomas após tomar**" quase como uma etapa necessária do mecanismo, não como um efeito colateral. A resposta possui os elementos (prevenção futura, anticorpos), mas os articula de forma imperfeita e confusa. Portanto, sua acurácia permanece INCOMPLETA (I).

Em resumo, a distribuição de acurácia para o termo *Vacina* mostrou um cenário de reconhecimento lexical e associação funcional universal, mas de compreensão mecanicista profundamente deficiente: a esmagadora maioria das participantes (90,9% – AC22, AN18, CS21, KA19, LB18, LB22, MG20, ML19, MO22, TO18) foi classificada com acurácia INCOMPLETA, demonstrando familiaridade com o termo e seu propósito geral de prevenção, mas falhando em articular os elementos que constituem seu *frame* especializado, principalmente seu mecanismo de ação imunobiológico. Apenas uma participante (IL23 – 9,1%) alcançou a acurácia COMPLETA, conseguindo integrar noções de imunidade e anticorpos a uma definição coerente. A ausência total de classificações AUSENTE ou INCORRETA evidencia que, para um termo de alta circulação social como *Vacina*, a migração vertical resulta quase que integralmente em modelos cognitivos utilitários e esquemáticos, nos quais a função (prevenir) substitui a compreensão da natureza e do processo (como e por que previne). Isso demonstra que a familiaridade lexical e a aceitação social garantem, no máximo, a ancoragem no domínio correto da prevenção, mas são insuficientes para transmitir a complexa rede conceitual do *frame* biomédico, especialmente os elos entre antígeno, resposta imune e memória imunológica. Este achado sublinha que estratégias eficazes de ATT (Finatto; Paraguassu, 2022; Marengo, *et. al.*, 2025), mesmo para termos aparentemente simples e consolidados, devem ir além do reforço da importância e reconstruir explicitamente os mecanismos causais e a natureza do objeto, transformando a aceitação passiva em uma compreensão ativa e fundamentada.

Figura 10 – Distribuição percentual dos graus de acurácia do termo *Vacina*

Fonte: Elaborada pela autora.

A hegemonia da acurácia INCOMPLETA (I), atingindo 90,9% das participantes, não é um dado marginal, mas o retrato estatístico do hiato cognitivo estrutural na apropriação leiga do conceito. A quase total ausência de acurácia AUSENTE (A) ou INCORRETA (E) (ambas 0%) confirma que o termo *Vacina* não enfrenta barreiras de reconhecimento ou de rejeição categórica; seu desafio é mais sutil e profundamente enraizado na própria natureza de sua circulação social. O gráfico evidencia que a migração vertical bem-sucedida do termo e de sua função prototípica (previne) não produz, como subproduto automático, a transferência do modelo explicativo subjacente. A singular exceção da participante IL23 (9,1% - Completa) funciona como um *insight* metodológico, já que ela demonstra a viabilidade da apropriação conceitual integral, mas, ao mesmo tempo, sua condição de minoria salienta que essa apropriação é a exceção que prova a regra da incompletude generalizada.

Este perfil quantitativo, portanto, não apenas descreve um resultado, mas demarca o terreno preciso do desafio para a ATT (Finatto; Paraguassu, 2022;

Marengo *et. al.*, 2025): como intervir em um campo semântico já ocupado por um modelo simplificado, estável e socialmente validado, com o objetivo de complexificá-lo e enriquecê-lo, sem desestabilizar a adesão comportamental que ele já sustenta. A tarefa passa a ser, então, a de uma mediação terminológica de segundo grau, que não introduz um termo novo, mas reconstrói e aprofunda a compreensão de um termo já conhecido.

A análise do termo *Vacina* confirma, sob a ótica integrada da TST, da Lexicologia da Verticalidade e da Linguística Cognitiva, que a familiaridade lexical e a transparência funcional de uma unidade terminológica são condições necessárias, mas profundamente insuficientes, para a construção de um MCI leigo robusto e acionável. É importante destacar que, a migração vertical (Wichter, 1994) desse termo não é um cenário de erro categorial ou de ausência de reconhecimento.

O nó explicativo principal, isto é, o processo imunológico de indução de proteção específica, está ausente em 90,9% dos MCIs leigos (categoria Incompleta). Em seu lugar, impera uma relação metonímica direta e simplificada que compacta a cadeia causal em uma equação mágica: tomar vacina → não ficar doente. Essa simplificação, embora funcional para a adesão em contextos de alta confiança, pode fragilizar a compreensão em cenários de hesitação vacinal, em que a noção de eficácia não absoluta, a existência de eventos adversos raros ou a necessidade de doses de reforço exigem um modelo mental mais matizado e resiliente. Apesar da aparente simplicidade do conceito, a análise das entrevistas revela uma fragmentação na compreensão da rede causal preventiva. Embora todas saibam que a *Vacina* previne, a ligação entre a administração do imunobiológico, a resposta imune adaptativa e a proteção futura contra um patógeno específico raramente é explicitada.

Do ponto de vista da TST, esse funcionamento evidencia o princípio da negociação ativa do significado. Diante da opacidade do componente mecanicista, uma vez que a resposta imune não é diretamente observável, as participantes não permanecem em um vazio explicativo, mas estabilizam o conceito a partir dos elementos mais acessíveis de sua experiência: a ação concreta (a injeção, a ida ao posto de saúde), a função socialmente compartilhada (prevenir doenças, cumprir uma obrigação coletiva) e a confiança delegada às autoridades médicas ou estatais. O resultado são MCIs operacionais: corretos na finalidade, mas vazios no como e no porquê biológico.

Nesse sentido, a análise do termo *Vacina*, no nível leigo, corrobora as teses centrais de Wichter (1994) e Temmerman (2000a, 2000b), já que a migração vertical não produz um simples empobrecimento semântico, mas uma reconfiguração ativa e contextual do conceito. O MCI especializado, denso e relacional, é desmontado e reconstruído como um modelo prototípico baseado na experiência sensorial, na função prática e em valores sociais amplamente compartilhados. O paradoxo comunicacional que emerge é que, sendo um dos termos mais difundidos e aceitos no repertório da saúde pública, *Vacina* apresenta uma conceptualização leiga simultaneamente consolidada e esquemática, demonstrando que familiaridade lexical não equivale a domínio conceitual.

As implicações desse cenário para a comunicação em saúde e para a ATT são particularmente relevantes. O caso da *Vacina* evidencia que termos familiares e socialmente legitimados não são, por isso, autoexplicativos. Embora garantam adesão comportamental baseada em hábito, norma ou confiança, eles não transportam automaticamente a arquitetura causal necessária à construção de uma confiança informada e duradoura. Nesse contexto, a ATT não pode restringir-se ao reforço de mensagens prototípicas genéricas, mas deve assumir um papel ativo na reconstrução dos elos conceituais entre a ação de vacinar, a resposta imune e a proteção específica, utilizando estratégias explicativas que tornem visíveis processos abstratos, antecipem limites do modelo simplificado e promovam uma compreensão mais realista e cientificamente alinhada da prevenção imunológica.

Em síntese, o termo *Vacina* ilustra de forma exemplar que a migração vertical pode produzir modelos conceituais altamente funcionais do ponto de vista social, mas estruturalmente frágeis do ponto de vista explicativo. A aceitação generalizada do termo assegura sua ancoragem no domínio correto da prevenção, mas a compreensão de seus mecanismos permanece restrita ao estrato superior da verticalidade. Esse achado reforça a necessidade contínua de estratégias de ATT que, para além de sustentar a adesão, promovam a passagem de um uso rotineiro e acrítico para um entendimento consciente, fundamentado e conceitualmente robusto da proteção imunológica.

A análise detalhada dos cinco termos-chave revelou um panorama consistente, ainda que complexo, de compreensão leiga. A hipótese central da pesquisa confirmou-se: a migração vertical dos termos do domínio técnico para o social desencadeia efetivas reinterpretações sociocognitivas, gerando modelos híbridos de

entendimento em que fragmentos de saber científico se mesclam a experiências, metáforas e inferências cotidianas. Os graus de acurácia predominantemente incompletos ou incorretos, especialmente para termos abstratos como *Lesão precursora*, evidenciam a perda informacional e a necessidade premente de mediação. Tendo exposto e discutido esses achados, a tese encaminha-se para suas reflexões conclusivas, na seção seguinte, em que serão retomados os fios condutores da investigação para tecer as considerações finais.

6.6 REFLEXÕES GERAIS SOBRE AS ANÁLISES DOS TERMOS

A análise detalhada dos cinco termos nucleares realizada à luz dos referenciais da TST (Temmerman, 2000a, 2000b), da Lexicologia da Verticalidade (Wichter, 1994) e da Linguística Cognitiva (Fillmore, 1985; Lakoff, 1987), revela um panorama consistente e complexo sobre a migração do saber técnico-científico para o domínio leigo. Mais do que a soma dos resultados individuais, este tópico propõe reflexões transversais que emergem do contraste entre as diferentes UCs analisadas, respondendo a questões centrais sobre a natureza, as causas e as implicações das reconfigurações sociocognitivas observadas.

A pesquisa confirma, de forma empírica, a estrutura do conhecimento vertical proposta por Wichter (1994). No topo da verticalidade, situa-se o saber especializado, representado pelo *corpus* técnico de referência (Brasil, 2014; BIREME, 2025). Nesse nível, os cinco termos operam como nós conceituais densamente articulados dentro de um *frame* biomédico complexo, que integra de forma causal e sistemática as noções de agente etiológico (*HPV*), prevenção primária (*Vacina*), rastreamento secundário (*Papanicolau*), desfecho patológico (*Câncer do colo do útero*) e estágio intermediário (*Lesão precursora*). Para o especialista, a ativação de qualquer um desses termos tende a evocar, em maior ou menor grau, toda essa rede de relações, como um sistema de hiperlinks conceituais.

Na base da verticalidade, onde se situam as participantes, observa-se um fenômeno radicalmente distinto. A migração dos termos resulta não em uma simples simplificação ou perda de precisão, mas em uma reconfiguração ontológica e relacional. Os MCIs leigos são construídos ativamente a partir de recursos experienciáveis, metáforas, memórias sociais e fragmentos do discurso técnico. O

continuum vertical, portanto, não é marcado apenas por um gradiente de conhecimento, mas por modos fundamentalmente diferentes de categorizar e dar sentido ao mundo.

A Linguística Cognitiva fornece as ferramentas para descrever os principais mecanismos que estruturam a conceptualização leiga. Dois processos se destacam, a saber: i) Metonímia Experiencial - a substituição de um conceito complexo por um de seus aspectos mais salientes e perceptíveis. Este é o mecanismo dominante na compreensão de *Papanicolau* (reduzido ao exame de lâmina ou ao cotonete) e de *Vacina* (reduzida à sua função preventiva ou à experiência da injeção). A parte material ou sensorial substitui o todo conceitual, ancorando o significado na experiência concreta. Este processo é natural e funcional, mas resulta na perda do conhecimento relacional e causal; e ii) Metáfora Estrutural e Ontológica - a compreensão de conceitos abstratos por meio de domínios fonte concretos. O caso de *Lesão precursora* é paradigmático. O domínio fonte concreto da experiência traumática (machucado, ferida) é usado para compreender o domínio alvo abstrato da alteração celular microscópica. Embora seja um esforço cognitivo ativo e compreensível, essa metáfora é radicalmente inadequada para representar a realidade biológica, gerando um MCI não apenas incompleto, mas fundamentalmente desviante.

A análise demonstra que a circulação social do conhecimento científico, longe de ser uma transmissão passiva, é um processo ativo de tradução, em que o discurso técnico é desmontado e remontado utilizando os recursos da cognição humana: a experiência corporificada, a analogia e o raciocínio metonímico.

Os resultados expõem a falácia de que a transparência morfológica é suficiente para garantir a compreensão conceitual. Os termos opacos (*Papanicolau*, *Câncer cervical*) são os que apresentam os maiores índices de “fracasso comunicativo”. *Papanicolau*, apesar de reconhecido, não ativa o *frame* de rastreamento oncológico, sendo tratado como uma entidade vazia ou confundida com outros procedimentos. Já o *Câncer cervical* sofre uma metacategorização catastrófica, sendo associado à coluna vertebral, em alguns casos. A opacidade, portanto, bloqueia qualquer ancoragem inicial no domínio correto, levando a inferências equivocadas ou ao apagamento conceitual.

Os termos com potencial descritivo (*Câncer do colo do útero*, *Lesão precursora*) têm transparência que gera uma ilusão de compreensão. As participantes

reconhecem o domínio correto (localização anatômica para o câncer; noção de dano para lesão), mas essa familiaridade superficial mascara o colapso da rede causal que os define no saber especializado. A maioria das participantes sabe que *Câncer do colo do útero* é uma doença grave, mas não estabelece seu elo etiológico com o HPV. A ilusão de transparência é, portanto, um obstáculo tão significativo quanto a opacidade, pois gera uma falsa sensação de entendimento que pode inibir a busca por esclarecimento.

A perda de acurácia mais crítica e recorrente na análise é o rompimento da cadeia causal que, para o especialista, é o eixo estruturante do domínio. A análise do termo *Câncer do colo do útero* demonstra que o vínculo causal com o HPV está quase completamente ausente no MCI leigo. A doença é percebida como uma entidade autônoma, cujas causas são atribuídas a fatores genéricos (desleixo, genética, alimentação), mas não ao agente infeccioso específico que a origina. Enquanto o caso de *Papanicolaou* revela uma clivagem entre o saber como (descrição do procedimento físico) e o saber o que (compreensão de sua finalidade no rastreamento oncológico). As participantes podem descrever o exame de lâmina, mas não conseguem articulá-lo à prevenção do câncer. Já para *Lesão precursora*, a compreensão de um processo biológico (alteração celular em um *continuum*) é substituída pela noção de um evento singular e concreto (uma primeira ferida). O tempo, a progressão e a probabilidade, que são centrais ao conceito especializado, são eliminados do modelo. Desse modo, esse colapso da rede causal é o achado mais significativo e preocupante, pois representa a perda dos elementos que justificam e motivam a ação preventiva.

A distribuição dos graus de acurácia, resumida no quadro abaixo, revela padrões marcantes:

Quadro 5 – Resumo dos graus de acurácia

TERMO	COMPLETA (C)	INCOMPLETA (I)	INCORRETA (E)	AUSENTE (A)
<i>HPV</i>	0%	54,5%	45,5%	0%
<i>Papanicolaou</i>	0%	72,7%	18,2%	9,1%
<i>Lesão precursora</i>	0%	9,1%	27,3%	63,6%
<i>Câncer do</i>	0%	63,6%	18,2%	27,3%

<i>colo do útero</i>				
<i>Vacina</i>	9,1%	90,9%	0%	0%

Fonte: Elaborada pela autora.

A hegemonia da acurácia INCOMPLETA (I) para a maioria dos termos (*HPV*, *Papanicolau*, *Câncer do colo do útero*, *Vacina*) confirma a hipótese central de que a migração vertical resulta em modelos híbridos e fragmentados. As participantes não são desinformadas ou completamente equivocadas; elas possuem fragmentos de conhecimento, isto é, um nó aqui, um nó acolá, que não se conectam para formar o *frame* integrado do especialista. A exceção é *Vacina*, em que a quase universalidade da acurácia INCOMPLETA (I) (90,9%) revela um modelo funcional extremamente esquemático, e a presença de uma única participante com acurácia COMPLETA (C) (9,1%) prova que a apropriação vertical integral é possível, embora rara.

Os casos de acurácia INCORRETA (E) são particularmente críticos, pois indicam a ativação de MCIs ativos e estruturados, porém em conflito com o saber científico. Isso é mais evidente em *HPV* (45,5%), em que a confusão com *HIV* e *câncer* gera modelos desviantes, e em *Lesão precursora* (27,3%), em que a concretização metafórica do termo leva a interpretações literalmente erradas. Esses casos exigem uma mediação terminológica não apenas informativa, mas corretiva.

Por fim, a acurácia AUSENTE (A), que atinge seu ápice em *Lesão precursora* (63,6%), demonstra que alguns conceitos não são apenas mal compreendidos, mas simplesmente não existem na rede cognitiva leiga. Para esses termos, a comunicação falha em seu estágio mais fundamental, por isso, a importância da ATT.

A análise das 11 entrevistas permite ir além do exame isolado de cada termo para investigar a configuração do conhecimento no nível individual. A questão que emerge é: há um perfil de participante que consistentemente demonstra maior domínio conceitual? Como o saber se distribui entre as informantes? Para responder a essas questões, procedeu-se a uma análise integrada dos graus de acurácia alcançados por cada participante nos cinco termos, conforme sintetizado no quadro abaixo. Esta visão panorâmica revela padrões de concentração do conhecimento e perfis de desempenho que escapam à análise fragmentada por termo.

Quadro 6 – Perfil de acurácia por participante

Participante	HPV	Papanicolau	Lesão precursora	Câncer do colo do útero	Vacina
AC22	E	I	A	I	I
AN18	I	I	A	A	I
CS21	I	I	E	A	I
IL23	E	I	E	I	C
KA19	I	E	A	E	I
LB18	I	I	A	I	I
LB22	E	I	I	I	I
MG20	I	I	E	I	I
ML19	I	I	A	A	I
MO22	E	E	A	I	I
TO18	E	A	A	E	I

Legenda: C = Completa; I = Incompleta; E = Incorreta; A = Ausente

Fonte: Elaborada pela autora.

A análise integrada do quadro acima revela um padrão claro: não há uma participante que demonstre domínio completo ou mesmo incompleto em todos os termos. O conhecimento, portanto, não é um bloco homogêneo que se possui ou não; ele é distribuído de forma desigual e fragmentada, tanto entre os termos quanto entre as participantes.

Em suma, não há um perfil de excelência generalizada, mas sim um espectro de aproximação ao saber técnico. A participante IL23, por exemplo, emerge como uma exceção significativa para o termo *Vacina*, cujo perfil sugere que a combinação de escolarização, memória de campanhas estruturadas e possível letramento em saúde familiar pode catalisar a formação de modelos cognitivos mais robustos. Para as demais, o conhecimento é um mosaico de fragmentos corretos e inferências equivocadas, distribuído de forma desigual e imprevisível.

Esse achado reforça a complexidade do desafio da comunicação em saúde: não se trata de transmitir um bloco de informação a um público homogêneo, mas de

mediar a construção de conhecimento em um cenário de perfis cognitivos, experiências e históricos de acesso à informação radicalmente diversos.

Por fim, vale destacar que as análises também revelam que a compreensão terminológica é perpassada por dimensões sociais e afetivas que moldam os MCIs. O estigma associado às *ISTs* emerge em falas que mencionam “preconceito” e associam o *HPV* a um problema de “desleixo” ou “falta de cuidado”. A hesitação, a vergonha e a sensação de desconforto ao falar sobre o corpo, reiteradas em várias entrevistas, são indicadores de que a barreira à compreensão não é apenas informativa, mas também cultural e emocional. A ATT, portanto, não pode ignorar essa dimensão; ela deve ser construída com sensibilidade para desestigmatizar, acolher e promover um diálogo seguro.

Em síntese, as reflexões gerais sobre a análise dos cinco termos demonstram que a comunicação em saúde sobre o *HPV* e sua prevenção enfrenta desafios estruturais profundos, enraizados nos processos cognitivos de categorização, na opacidade e na falsa transparência dos termos técnicos, no rompimento das cadeias causais e na influência de fatores sociais e afetivos. Os resultados validam a articulação teórica proposta e fornecem um diagnóstico preciso e multidimensional que, como se verá nas considerações finais, aponta para a necessidade premente de estratégias de ATT que não apenas informem, mas que traduzam, conectem e humanizem o discurso biomédico.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta seção, objetivamos sintetizar as respostas ao problema de pesquisa, reafirmar a contribuição do estudo para os campos da Terminologia, Linguística Cognitiva e Saúde Pública, discutir as limitações do trabalho e, sobretudo, projetar as implicações práticas dos achados, com destaque para a elaboração de estratégias de Acessibilidade Textual e Terminológica capazes de fomentar uma comunicação em saúde verdadeiramente clara, equitativa e humanizada (Finatto; Paraguassu, 2022; Marengo, *et. al.*, 2025).

Esta Tese teve como objetivo geral: descrever, analisar e discutir os usos e a compreensão dos termos *HPV*, *Papanicolau*, *Lesão precursora*, *Câncer do colo do útero* e *Vacina* entre mulheres cis sergipanas, comparando os conceitos vinculados ao léxico leigo em relação às estruturas conceptuais do corpus técnico-científico e avaliando o seu grau de acurácia. Os objetivos específicos foram: (i) identificar e analisar os MCIs e frames que estruturam a compreensão desses termos-chave; (ii) avaliar a acurácia conceitual dessas compreensões, contrastando-as com o conhecimento especializado consolidado; e (iii) discutir as implicações dos resultados para a ATT em comunicação em saúde.

Ao longo da análise, cada um desses objetivos foi cumprido. A descrição e análise dos termos, sustentadas pelos referenciais da Teoria Sociocognitiva da Terminologia, da Lexicologia da Verticalidade e da Linguística Cognitiva, permitiram mapear os Modelos Cognitivos Idealizados e os *frames* ativados pelas participantes. A aplicação da escala categórica de acurácia (Completa, Incompleta, Incorreta, Ausente) forneceu uma avaliação quantitativa e qualitativa do alinhamento entre o saber leigo e o saber técnico, confirmando a predominância de conceptualizações incompletas e incorretas. A discussão dos resultados explicitou, de forma concreta, os pontos de ruptura na comunicação e as necessidades de mediação terminológica.

O problema de pesquisa, que questionava de que modo as participantes conceptualizam e compreendem os termos especializados sobre HPV e prevenção, e em que medida suas interpretações se aproximam ou se distanciam do saber técnico, revelando graus distintos de acurácia informacional, foi amplamente respondido. A análise demonstrou que a compreensão é predominantemente fragmentada, híbrida e ancorada em experiências sensoriais, memórias sociais e analogias com outros domínios de saúde (como a confusão entre *HPV* e *HIV*). A migração vertical dos

termos do domínio técnico para o leigo resultou em perda de precisão, desarticulação das relações causais e, em casos extremos (como *Lesão precursora*), em apagamento ou distorção conceitual completa.

A hipótese central sustentava que, ao migrarem do domínio técnico para o social, esses termos sofrem reinterpretações sociocognitivas, gerando modelos híbridos de compreensão. Esta hipótese foi comprovada, visto que a acurácia incompleta foi de fato predominante para a maioria dos termos (*HPV*: 54,5%; *Papanicolau*: 72,7%; *Câncer de Colo do útero*: 63,6%; e *Vacina*: 54,5%), corroborando a ideia de que o acesso à informação não garante sua integração conceitual correta. Além disso, a hipótese foi ampliada pelos achados: observou-se também uma significativa taxa de acurácia incorreta e, no caso de *Lesão precursora*, uma predominância de acurácia ausente (63,6%), evidenciando que a barreira não é apenas a falta de informação, mas a incompatibilidade entre a estrutura abstrata do conhecimento especializado e os recursos cognitivos do nível leigo.

A tese central defendida neste trabalho — de que o sentido dos termos em saúde não é fixo, mas negociado socialmente e ancorado em experiências e tal fato produz, em contextos menos especializados, a perda de acurácia informativa que devem ser mapeadas para que haja mediações linguísticas que favoreçam uma comunicação em saúde mais clara, acessível e terminologicamente consistente — foi fundamentada e validada pelos dados empíricos. A articulação teórico-metodológica entre a TST, a Lexicologia da Verticalidade e a Linguística Cognitiva mostrou-se potente para descrever esse fenômeno de reconfiguração sociocognitiva. O estudo demonstrou que a ATT não é um luxo, mas uma necessidade ética e prática para a efetividade das políticas de saúde pública, particularmente no complexo domínio da prevenção do HPV e do câncer do colo do útero.

Os resultados deste trabalho possuem relevância que ultrapassa o contexto local investigado. Eles irão contribuir diretamente para o projeto de pesquisa internacional *Digitender*²⁷ em língua espanhola, que investiga a comunicação digital

²⁷ O *Digitender* (Sistema Inteligente e Automático para a Análise de Gênero em Projetos Digitais) é um projeto desenvolvido e hospedado no Instituto Universitário de Lenguas Modernas y Aplicadas (IULMA) da Universidade de Alicante (Universidad de Alicante), na Espanha. Coordenado por Chelo Vargas Sierra, Isabel Santamaría Pérez e Antonio Moreno Sandoval, tem como objetivo principal disponibilizar recursos linguísticos (terminologias multilíngues, *corpora* e conjuntos de dados) em formatos abertos e interoperáveis, com foco específico na integração de informação sensível ao gênero. Isso inclui a marcação do gênero gramatical em termos relacionados a profissões e a criação de recursos terminológicos em

sobre saúde ginecológica e terminologia médica entre mulheres jovens em diferentes países ibero-americanos. Vale ressaltar que a partir do mês de novembro do ano de 2025 o LADOC passou a integrar esse projeto. Os métodos de análise desenvolvidos e os achados sobre as lacunas de compreensão na interface entre o técnico e o leigo oferecerão um valioso aporte comparativo e metodológico para essa iniciativa colaborativa, fortalecendo a investigação transnacional sobre acessibilidade informacional em saúde. Para esse empreendimento colaborativo, o português brasileiro e o contexto sociocultural e sanitário do Brasil constituirão um eixo analítico fundamental. Os procedimentos metodológicos aqui desenvolvidos, articulando a Teoria Sociocognitiva da Terminologia, a Lexicologia da Verticalidade e a Linguística Cognitiva, e os achados empíricos sobre as lacunas de compreensão na interface entre o saber técnico e o leigo fornecerão um aporte comparativo e metodológico valioso. A incorporação da realidade brasileira permitirá contrastes produtivos com os cenários hispanófonos, enriquecendo a análise transnacional sobre acessibilidade informacional em saúde e fortalecendo a compreensão dos fenômenos de mediação terminológica em diferentes políticas públicas e ecossistemas comunicativos da América Latina.

Ademais, os resultados léxico-semânticos da pesquisa integrarão o banco de dados da Plataforma da Diversidade Linguística Brasileira (Freitag *et. al.*, 2025). Essa plataforma é uma iniciativa que visa documentar, preservar e disponibilizar o rico patrimônio linguístico do Brasil.

Assim, o produto final desta Tese consolida-se em duas contribuições principais de igual peso. A primeira é acadêmico-comparativa, materializada na sua integração ao projeto internacional *Digitender*, conforme exposto. A segunda é teórico-aplicada: o trabalho demonstra, de forma robusta, como a ATT deve ser concebida e operacionalizada no contexto específico da saúde pública. Ele não se limita a diagnosticar falhas na compreensão; oferece um modelo analítico para identificar onde e como a mediação terminológica deve atuar, priorizando a substituição de termos opacos ou abstratos por pontes semânticas baseadas na experiência leiga. Dessa forma, a pesquisa transcende seu escopo descritivo original e assume um caráter propositivo, abrindo caminhos concretos para a elaboração de diretrizes de

saúde focados em questões femininas (menopausa, endometriose, etc.). Os recursos são disponibilizados em <https://terms.iulma.ua.es/> e na plataforma ZENODO. Disponível em: <https://digitender.iulma.ua.es>. Acesso em: 18 dez. 2025.

comunicação e para novas investigações que testem a eficácia de estratégias de ATT desenhadas a partir de seus achados, esse desenho foi planejado de modo que os resultados da investigação sejam integrados aos programas de residência multiprofissional na área da saúde.

Olhando para o futuro, esta pesquisa abre várias frentes para investigações subsequentes, a saber:

1. Estudos com outros perfis populacionais: aplicar a mesma metodologia a mulheres de outras faixas etárias, níveis de escolaridade, contextos rurais ou urbanos, e com diferentes experiências de uso do sistema de saúde, para compreender como essas variáveis modulam a conceptualização terminológica;
2. Análise de materiais de comunicação em saúde: investigar, com as mesmas ferramentas teóricas, a acurácia e a acessibilidade de cartilhas, folhetos, posts em redes sociais e vídeos educativos do SUS e de outras fontes, criando um diagnóstico sistemático dos pontos fortes e fracos da comunicação oficial;
3. Elaboração e teste de estratégias de ATT: desenvolver, com base nos achados desta tese, protótipos de materiais informativos que utilizem pontes terminológicas, metáforas acessíveis e frames reconstruídos, e testar sua eficácia na melhoria da compreensão e na intenção de adesão às práticas preventivas;
4. Investigação da dimensão afetiva e social: aprofundar a análise do papel do estigma, do medo e das normas sociais na reconfiguração dos MCIs relacionados a ISTs, integrando perspectivas da sociolinguística e da antropologia da saúde;
5. Expansão do escopo terminológico: estender a análise para outros eixos da saúde ginecológica (como contracepção, endometriose, climatério) ou para outras áreas da saúde pública (como saúde mental ou doenças crônicas), mapeando padrões semelhantes ou distintos de variação vertical.

Conclui-se, portanto, que a tarefa de comunicar ciência e saúde de forma ética e eficaz exige mais do que a mera transposição de termos técnicos. Exige um olhar atento aos processos sociocognitivos pelos quais as comunidades interpretam e ressignificam esses termos. Esta Tese ofereceu um modelo para esse olhar, evidenciando que investir na Acessibilidade Textual e Terminológica é investir na

autonomia, no autocuidado e, em última instância, na equidade em saúde. Que os achados aqui apresentados possam inspirar não apenas novas investigações, mas também práticas comunicacionais mais reflexivas, inclusivas e comprometidas com o direito de todas as pessoas a compreenderem as informações que são fundamentais para suas vidas e sua saúde.

REFERÊNCIAS

- AAGL - American Association of Gynecologic Laparoscopists. Guidelines for Colposcopy Practice. **Journal of Minimally Invasive Gynecology**, v. 30, n. 4, p. 45-62, 2023.
- ABERRA, D. **Prototype Theory in Cognitive Linguistics**. Paper presented at University of Alberta, 2006.
- ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR ISO 24495-1: Linguagem Simples — Parte 1: princípios e diretrizes norteadores**. Rio de Janeiro: ABNT, 2024.
- ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists. **Well-Woman Visit: Committee Opinion No. 755**. Washington: ACOG, 2020.
- ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Histeroscopia: Diretrizes de Segurança**. Brasília: ANVISA, 2018.
- ALMEIDA, R. C. **Ginecologia Cirúrgica: Princípios e Técnicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.
- ALTMAN, A. D. *et al.* **Colposcopy and Cervical Pathology: A Comprehensive Guide**. 5th ed. New York: Springer, 2022a.
- ALTMAN, A. D. *et al.* **Gynecologic Ultrasound: Principles and Techniques**. 4th ed. New York: Springer, 2022b.
- ALVES, Josefa Mônica Almeida Silva. **Terminologia da quimioterapia para Leucemia Linfoblástica Aguda: uma análise sociocognitiva com foco na experiência de pacientes pediátricos**. 2025. Tese (Doutorado em Letras) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2025.
- ARAÚJO, Débora Simões *et al.* Análise diacrônica da concorrência entre termos do HIV. *In*: SANTIAGO, Márcio Sales; BON, Gabriela (org.). *In: Terminologia no mundo pós-pandemia: desafios para a Ibero-América: anais do XVIII Simpósio Ibero-Americano de Terminologia*, 27 a 29 de setembro de 2023, Natal, RN. Natal, RN: EDUFRN, 2025. p. 29-41. Disponível em: <http://repositorio.ufrn.br>. Acesso em: 17 dez. 2025.
- ARBYN, M. *et al.* Virologic versus cytologic triage of women with equivocal Pap smears: a meta-analysis of the accuracy to detect high-grade intraepithelial neoplasia. **Journal of the National Cancer Institute**, 96, n. 4, p. 280-293, Fev. 18 2004.
- BEREK, J. S.; NOVAK, E. **Berek & Novak's Gynecology**. 16th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2020.

BERNARD, H. U. *et al.* Classification of papillomaviruses (PVs) based on 189 PV types and proposal of taxonomic amendments. **Virology**, v. 401, n. 1, p. 70–79, 2010.

BIERRENBACH, Ana Luiza *et al.* Impact of HPV vaccination on the hospitalizations for anogenital warts and high-grade cervical intraepithelial neoplasia in Brazil: A national analysis. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, v. 21, n. 1, p. 2514949, 15 jun. 2025. PubMed Central (PMC12169030). Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12169030/pdf/KHVI_21_2514949.pdf. Acesso em: 17 jan. 2026.

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**: DeCS [recurso eletrônico]. São Paulo: BIREME, OPAS, OMS, 2025. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/>. Acesso em: 6 abr. 2025.

BOSHART, Michael *et al.* A new type of papillomavirus DNA, its presence in genital cancer biopsies and in cell lines derived from cervical cancer. **The EMBO journal**, v. 3, n. 5, p. 1151-1157, 1984. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6329740/>. Acesso em: 14 mar. 2025.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011b. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e o art. 5º da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 nov. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 04 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. 95 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 17 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Viva mulher**: programa nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama. Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_mulher.pdf. Acesso em: 3 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Sistema de informação do controle do câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Sistema_de_informacao_do_controle_do_cancer_de_mama.pdf. Acesso em: 14 dez. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Guia Prático sobre o HPV**: Guia de perguntas e respostas para profissional de saúde. Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Histórico das ações de controle do câncer do colo do útero**. Brasília, DF, 2022a. Atualizado em: 30 set. 2025. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/historico-das-acoes?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 27 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Controle do câncer do colo do útero**. Brasília, DF: INCA, 2022b. Atualizado em: 16 set. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-do-colo-do-utero>. Acesso em: 12 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.981, de 26 de outubro de 2023**. Institui o uso do teste de HPV como método de rastreamento do câncer do colo do útero no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (SECTICS). Portaria nº 3, de 07 de março de 2024. Torna pública a decisão de incorporar o teste de HPV oncogênico como método de rastreamento do câncer do colo do útero no SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 47, p. 93, 08 mar. 2024a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Nota Técnica nº 1/2024-INCA/DIDEPRE/INCA/CONPREV/INCA/SAES/MS. **Diretrizes para implementação do Teste de HPV oncogênico no SUS**. Brasília: MS, 2024b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde adota esquema de vacinação em dose única contra o HPV**. Brasília, DF, 17 abr. 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/ministerio-da-saude-adota-esquema-de-vacinacao-em-dose-unica-contr-o-hpv>. Acesso em: 15 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Histórico das ações de controle do câncer do colo do útero**. Brasília, DF, 2022a. Atualizado em: 30 set. 2025a. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/historico-das-acoes?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 27 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministro da Saúde reafirma meta do Brasil de vacinar 90% das meninas contra o HPV durante seminário da OPAS**. Brasília, DF, 6 nov. 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/novembro/ministro-da-saude-reafirma-meta-do-brasil-de-vacinar-90-das-meninas-contr-o-hpv-durante-seminario-da-opas>. Acesso em: 08 jan. 2026.

BRITO, Kaliane Caldas *et al.* **Intervenção em dispositivo móvel para aumentar a cobertura da vacina HPV em pessoas vivendo com HIV.** 2022. Tese (Doutorado em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Gonçalo Moniz, Salvador, 2022.

CABRÉ, M. T. **La terminología:** representación y comunicación. Elementos para una teoría de base comunicativa y otros artículos. Barcelona: Institut Universitari de Lingüística Aplicada. Universitat Pompeu Fabra, 1999.

CÂMARA, R. H. **Procedimentos Invasivos em Ginecologia:** Classificação e Indicações. São Paulo: Atheneu, 2021.

CARDIAL, Marcia Fuzaro Terra *et al.* Colpocitologia Oncológica. *In:* FERNANDES, César Eduardo; SÁ, Marcos Felipe Silva de; SILVA FILHO, Agnaldo Lopes da (org.). **Tratado de ginecologia Febrasgo.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. p. 252-273.

CARVALHO, M. B. **Histeroscopia Diagnóstica e Cirúrgica.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

CARVALHO, Newton Sergio de *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo papilomavírus humano (HPV). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, p. e2020790, 2021.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede.** São Paulo: Paz e Terra, v. 1, 1999.

CLARK, T. J.; GUPTA, J. K. **Handbook of Outpatient Hysteroscopy.** 2nd ed. London: CRC Press, 2022.

COSTA, A. M. L. Neoplasia Intraepitelial Cervical: Diagnóstico e Tratamento. **Revista Brasileira de Ginecologia**, v. 44, n. 2, p. 89-95, 2022.

COSTA, I. M. *et al.* Polyomavirus and its similarities with Papillomavirus. *In:* CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DAS FACULDADES INTEGRADAS DE OURINHOS, 11., 2017, Ourinhos. **Anais [...].** Ourinhos: FIO, 2017. Disponível em: http://www.cic.fio.edu.br/anaisCIC/anais2017/pdf/11_13.pdf. Acesso em: 13 jan. 2026.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativos, quantitativos e mistos. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRESWELL, John W; CLARK, Vicki L. **Pesquisa de métodos mistos.** Porto Alegre: Penso, 2007.

DA SILVA, Erielton Gomes *et al.* Letramento em saúde e prevenção do câncer do colo de útero. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 43439-43448, 2020.

DE CAMPOS, Renata Sanzovo Pires; DE SOUZA, Laila Batata Lopes Nunes; **Gestação e papilomavírus humano (HPV):** vias de transmissão e complicações. *Revista do Departamento de Medicina*, v. 21, n. 3, p. 109-114, 2016. Disponível em:

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1369/rdt_v21n3_109-114.pdf. Acesso em: 4 nov. 2024.

DE OLIVEIRA, C. M.; FREGNANI, J.; VILLA, L. L. HPV Vaccine: Updates and Highlights. **Acta Cytol**, 63, n. 2, p. 159-168, 2019.

DE SOUZA, Aline Ferreira; COSTA, Lúcia Helena Rodrigues. Conhecimento de Mulheres sobre HPV e Câncer do Colo do Útero após Consulta de Enfermagem. **Revista Brasileira de cancerologia**, v. 61, n. 4, p. 343-350, 2015.

DE VILLIERS, E. M. *et al.* Classification of papillomaviruses. **Virology**, n 324, p. 17-27. 2004.

DERCHAIN, Sophie Françoise Mauricette *et al.* Câncer do colo uterino. *In*: FERNANDES, César Eduardo; SÁ, Marcos Felipe Silva de; SILVA FILHO, Agnaldo Lopes da (org.). **Tratado de ginecologia Febrasgo**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. p. 1705-1729.

DIAS, J. C. **Laparoscopia em Ginecologia: Técnicas e Aplicações**. São Paulo: Manole, 2020.

DIVIANI, N.; VAN DEN PUTTE, B.; MEPPELINK, C. S. A. A systematic review of instruments to measure health literacy and health literacy-related constructs. **Patient Education and Counseling**, 102(6), 1045–1052, 2019.

DOCHEZ, C. *et al.* HPV vaccines to prevent cervical cancer and genital warts: an update. **Vaccine**, 32, n. 14, p. 1595-1601, Mar. 2014.

DOORBAR, J. *et al.* The Biology and Life-Cycle of Human Papillomaviruses. **Vaccine**, Holanda, v. 30, n. 05, p. F55-70, Nov. 2012.

DÜRST, Matthias *et al.* DNA de papilomavírus de um carcinoma cervical e sua prevalência em amostras de biópsia de câncer de diferentes regiões geográficas. **Anais da Academia Nacional de Ciências**, v. 80, n. 12, p. 3812-3815, 1983. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6304740/>. Acesso em: 14 mar. 2025.

ESTOPÀ, R. **Extracció de terminologia: elements per a la construcció d'un SEACUSE** (Sistema d'Extracció Automàtica de Candidats a Unitats de Significació Especialitzada). Tese (Doutorado). Barcelona: Universidade Pompeu Fabra. Instituto Universitário de Linguística Aplicada, 1999.

ESTOPÀ, R.; MONTANÉ, M. A. Terminology in medical reports: Textual parameters and their lexical indicators that hinder patient understanding. **Terminology**, 26, 213-236. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1075/term.00051.est>. Acesso em: 17 set. 2025.

FABER, Pamela. The cognitive shift in terminology and specialized translation. *In*: **MonTI: Monografías de Traducción e Interpretación**, n. 1, p. 107-134, 2009. DOI: 10.6035/MonTI.2009.1.5. Acesso em: 23 jul. 2025.

FDA, U. S. *et al.* FDA Licenses New Vaccine for Prevention of Cervical Cancer and Other Diseases in Females Caused by the Human Papillomavirus. **Rapid Approval Marks Major Advancement in Public Health**, 2006.

FÁVERO, Luiz Paulo; BELFIORE, Patrícia. **Manual de análise de dados**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Orientação: Procedimentos Invasivos em Ginecologia**. São Paulo: FEBRASGO, 2019.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Diretrizes para Abordagem do Sangramento Uterino Anormal**. São Paulo: FEBRASGO, 2020.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Exame Ginecológico: Técnicas e Interpretação**. São Paulo: FEBRASGO, 2021.

FEINERER, I.; HORNIK, K.; MEYER, D. Text Mining Infrastructure in R. **Journal of Statistical Software**, v. 25, n. 5, p. 1-54, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.18637/jss.v025.i05>. Disponível em: <http://www.jstatsoft.org/v25/i05/>. Acesso em: 10 jun. 2025.

FERREIRA, Fernanda Medrado de Souza. **Vacinação infantil em infográfico animado: tecnologia para a educação permanente sobre o processo de enfermagem**. 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

FEYERABEND, Paul. **Against method: outline of an anarchistic theory of knowledge**. 3. ed. London; New York: Verso, 1993.

FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics. Staging and Management of Cervical Intraepithelial Neoplasia. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 155, n. 2, p. 45-52, 2022.

FILLMORE, Charles. Frames and the semantics of understanding. **Quaderni di semantica**, v. 6, p. 222-254, 1985.

FILLMORE, Charles J. *et al.* Semântica de quadros. **Linguística cognitiva: leituras básicas**, v. 34, p. 373-400, 2006.

FINATTO, M. J. B.; PARAGUASSU, L. B. (org.). **Acessibilidade textual e terminológica**. Uberlândia: EDUFU, 2022.

FONSECA, Jairo Simon da; MARTINS, Gilberto de Andrade. **Curso de estatística**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

FORMAN, G. An extensive empirical study of feature selection metrics for text classification. **Journal of Machine Learning Research**, v. 3, p. 1289-1305, 2003.

FREITAG, R. *et al.* Brazilian Linguistic Diversity Platform: Linguistic Data for a Brazilian AI. **Cadernos de Linguística**, Campinas, SP, Brasil, v. 6, n. 4, p. e863, 2025. DOI: 10.25189/2675-4916.2025.v6.n4.id863. Disponível em: <https://cadernos.abralin.org/index.php/cadernos/article/view/863>. Acesso em: 09 jan. 2026.

FREITAS, F. **Cirurgia Ginecológica: Abordagens e Técnicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Vacina para HPV reduz em até 58% os casos de câncer do colo do útero no Brasil**. Rio de Janeiro, 13 out. 2025. Disponível em: <https://fiocruz.br/noticia/2025/10/vacina-para-hpv-reduz-em-ate-58-os-casos-de-cancer-do-colo-do-utero-no-brasil>. Acesso em: 8 jan. 2026.

GARLAND, Suzanne M. *et al.* Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases. **New England Journal of Medicine**, v. 356, n. 19, p. 1928-1943, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17494926/>. Acesso em: 28 dez. 2025.

GUARDIOLA, Elena; BAÑOS, Joep-Eladi. Eponímia mèdica. Els altres epònims. **Annals de Medicina**, v. 94, n. 3, p. 130-132, 2011.

GIL, Antônio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, W. J. **Emergências em Ginecologia: Diagnóstico e Tratamento**. Belo Horizonte: Coopmed, 2020.

HAGER W. D. Human Papilloma Virus Infection and Prevention in the Adolescent Population. **J Pediatr Adolesc Gynecol**, 22:197-204, 2009.

HAMMES, Luciano Serpa; NAUD, Paulo Viero; DE MATOS, Jean Carlos. Reconhecimento pela descoberta do Papilomavírus Humano (HPV). **Clinical and Biomedical Research**, v. 28, n. 3, 2008.

HASTIE, Trevor; TIBSHIRANI, Robert; FRIEDMAN, Jerome. **The elements of statistical learning: data mining, inference, and prediction**. 2nd ed. New York: Springer, 2009. 745 p. (Springer series in statistics).

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama – Brasil / Sergipe**: município de Pan (consulta em: 2023). 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/panorama>. Acesso em: 22 mar. 2025.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2021.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2023.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. **Manual de Procedimentos para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2023.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. **Protocolos para o Diagnóstico das Lesões Cervicais**. Rio de Janeiro: INCA, 2023.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. **Teste de HPV no Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2023.

ISO – International Organization for Standardization. ISO 24495-1:2023 - **Plain Language**- Part 1: Governing principles and guidelines. Geneva: ISO, 2023.

JOHNSON, Mark. **The body in the mind**: the bodily basis of meaning, imagination, and reason. Chicago: The University of Chicago Press, 1987.

LAKOFF, G. **Women, Fire, and Dangerous Things**: What Categories Reveal About the Mind. Chicago: University of Chicago Press, 1987.

LAKOFF, George; JOHNSON, Mark. **Metaphors we live by**. Chicago: The University of Chicago Press, 1980.

LEI, Jiayao *et al.* HPV vaccination and the risk of invasive cervical cancer. **New England Journal of Medicine**, v. 383, n. 14, p. 1340-1348, 2020.

LEÓN-ARAÚZ, Pilar; FABER, Pamela. Incluindo a dimensão cultural da terminologia em um recurso baseado em frames. In-chief, **Aspects of Cognitive Terminology Studies**, p. 39-72, 2024.

MAAß, C. **Easy Language - Plain Language - Easy Language Plus**: balancing comprehensibility and acceptability. Berlin: Frank & Timme, 2015.

MAIA, Carla Jardim. **Avaliação do conhecimento das mulheres sobre o vírus HPV e sua relação com o câncer do colo do útero**. 2023. 71 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2023.

MANNING, Christopher D.; RAGHAVAN, Prabhakar; SCHÜTZE, Hinrich. **Introduction to information retrieval**. New York: Cambridge University Press, 2008.

MARENGO, S. M. D. A. **Variações terminológicas e diacronia**: estudo léxico-social de documentos manuscritos militares dos séculos XVIII e XIX. Tese (Doutorado em Estudos Linguísticos) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

MARENGO, Sandro Márcio Drumond Alves. Variação da terminologia jurídica: aportes diacrônicos para um (re)constructo de Faulstich, *In*: ARAUJO, Silvania Silva de Farias; OLIVEIRA JUNIOR, Miguel; BARREIROS, Liliane Lemos Santana. **Linguagem e Sociedade**: questões variacionistas, filológicas e discursivas. São Paulo: Pontes, 2020.

MARENGO, S. M. D. A. *et al.* Caminhos para uma Terminologia Experimental: o léxico do câncer em processamentos linguísticos. **Organon**, Porto Alegre, v. 40, n. 81, 2025. DOI: 10.22456/2238-8915.152618. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/organon/article/view/152618>. Acesso em: 04 jan. 2026.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2., 2004, Bauru. **Anais...** Bauru, 2004.

MAYO, M. Changes to virus taxonomy 2004. **Arch. Virol.**, v. 150, n. 1, p. 189–198, 2005.

MENDES, P. R. **Técnicas em Histeroscopia Cirúrgica**. São Paulo: Segmento Farma, 2021.

MENEZES, A. C. *et al.* Questionários direcionados ao diabetes mellitus validados para o português do Brasil. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 56, n. 3, e-209446, 2023.

MUNRO, M. G.; BROOKS, P. G. **Gynecologic Ultrasound: A Practical Guide**. 3rd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2021.

MURPHY, Gregory. **O grande livro dos conceitos**. MIT Press, 2004.

NOVAES, C. A. Biópsia Endometrial: Métodos e Indicações. **Revista Femina**, v. 50, n. 4, p. 234-240, 2022.

OLIVEIRA, S.; GUIMARÃES, O. M.; FERREIRA, J. L. As entrevistas semiestruturadas na pesquisa qualitativa em educação. **Revista Linhas**, Florianópolis, v. 24, n. 55, p. 210-236, maio/ago. 2023.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **HPV e câncer do colo do útero**. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/hpv-e-cancer-do-colo-do-utero>. Acesso em: 27 dez. 2024.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Papilomavírus Humano e o câncer cervical**: folhetos informativos. 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63554/papilomavirus-humano-e-cancer-cervical-folhetos-informativos>. Acesso em: 9 abr. 2025.

PAOLUCCI, Rodolfo; PEREIRA NETO, André de Faria; NADANOVSKY, Paulo. Avaliação da acurácia da informação em sites de saúde: métodos para construção de indicadores baseados em evidência. **Em Questão**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 137-188, out./dez. 2021. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4656/465668631007/html/>. Acesso em: 6 jun. 2025.

PAOLUCCI, R., PEREIRA NETO, A., NADANOVSKY, P. Uma taxonomia da desinformação em saúde: parâmetros para classificação de conteúdo falso ou enganoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(11), 5377–5388, 2021.

PAYNE, J. On the contagious rise of common warts. **Br. J. Dermatol.** 3, p. 185–189, 1891.

PEREIRA, A. K. **Laparoscopia Diagnóstica: Avanços e Aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PEREIRA NETO, André de Faria *et al.* Avaliação da acurácia da informação em sites sobre leishmaniose visceral: uma estratégia de enfrentamento da desordem informacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 136, p. 126-140, jan./mar. 2023. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4063/406374968009/>. Acesso em: 10 jun. 2025.

PESSOA, Nara Diniz Soares. **Estudos sobre a expressão do Papilomavírus Humano (HPV):** avaliação comparativa sobre lesões cervicais, sangue periférico e retinoblastomas. 2014. Tese (Doutorado em Biologia Celular e Molecular) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2014.

PILS, S.; JOURA, E. A. From the monovalent to the nine-valent HPV vaccine. **Clinical Microbiology and Infection**, v. 21, n. 9, p. 827-833, 2015.

PINTO, Francisco José Maia; SILVA, Maria Rocineide Ferreira da; MORAIS, Sônia Samara Fonseca de. **Pesquisa científica:** abordagem quantitativa em saúde coletiva. Fortaleza: EdUECE, 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação, utilização. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PUTNAM, Hilary. **Mind, language and reality:** philosophical papers, volume 2. Cambridge: Cambridge University Press, 1979.

RCOG - **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.** Standards for Colposcopy Services. London: RCOG, 2021.

R CORE TEAM. R: **A language and environment for statistical computing.** Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2023. Disponível em: <https://www.R-project.org/>. Acesso em: 4 jun. 2025.

RODRIGUES, L. M. **Cirurgia Histeroscópica:** Técnicas e Complicações. São Paulo: Atheneu, 2022.

RODRIGUES, T.; OLIVEIRA, G.; SANTOS, J. As pesquisas qualitativas e quantitativas na educação. **Revista Prisma**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 154-174, 2021.

RONCO, Guglielmo *et al.* Eficácia do rastreio baseado no HPV para a prevenção do cancro do colo do útero invasivo: seguimento de quatro ensaios clínicos

randomizados europeus. **The Lancet**, v. 383, n. 9916, p. 524-532, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24192252/>. Acesso em: 28 dez. 2025.

ROSCH, E. Cognitive Reference Points. **Cognitive Psychology**, 7, 532-547, 1975.

ROSCH, E. Principles of Categorization. *In: Cognition and Categorization* (pp. 27–48). Lawrence Erlbaum Associates, 1978.

ROSCH, Eleanor *et al.* Objetos básicos em categorias naturais. **Psicologia cognitiva**, v. 8, n. 3, p. 382-439, 1976.

ROSS, José de Ribamar *et al.* Classificação do Papillomavirus humano segundo um banco internacional de padronização. Classification of human Papillomaviruses according to an international standardization bank. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 9, p. 88475-88487, 2021.

SANTOS, J. E. **Patologia Endometrial: Diagnóstico e Tratamento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2020.

SANTOS, Silvania Santana dos. **Terminologia e cognição: acessibilidade textual e terminológica sobre diabetes mellitus tipo 2 para pacientes idosos no Sistema Único de Saúde**. 2025. Tese (Doutorado em Letras) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2025.

SCHWARZ, E. *et al.* Structure and transcription of human papillomavirus sequences in cervical carcinoma cells. *Nature*, v. 314, n. 6006, p. 111-114, 1985. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2983228/>. Acesso em: 21 mar. 2025.

SILVA, M. A. Curetagem Uterina: Indicações e Técnicas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 43, n. 5, p. 378-384, 2021.

SILGE, Julia; ROBINSON, David. tidytext: Text mining and analysis using tidy data principles in R. **Journal of Open Source Software**, v. 1, n. 3, p. 37, 2016.

SOUZA, Sandra Ely Barbosa de *et al.* **Conhecimento e atitude de enfermeiros sobre câncer do colo do útero, infecção pelo Papilomavirus humano vacinas contra Papilomavirus humano e vacinas contra Papilomavirus humano**. 2015. Tese (Doutorado em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa) – Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz, Salvador, 2015.

TAYLOR, John R. **Linguistic categorization**. Oxford University Press, 1995.

TEMMERMAN, Rita. Questioning the univocity ideal: the difference between socio-cognitive terminology and traditional terminology. **HERMES – Journal of Linguistics**, n. 18, p. 51–90, 1997.

TEMMERMAN, Rita. **Towards New Ways of Terminology Description: the sociocognitive - approach**. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company Amsterdam/Philadelphia, 2000a. 3 v.

TEMMERMAN, Rita. Une théorie réaliste de la terminologia: le sociocognitivism. *In: Terminologies nouvelles*. n. 21, p. 58-64, 2000b. Disponível em: <https://www.academia.edu/31325740>. Acesso em: 17 jun. 2025.

TEMMERMAN, Rita. Sociocognitive terminology theory. *In: Terminology Science and Research: Journal of the International Institute for Terminology Research*, v. 12, n. 2, p. 75–95, 2001.

TRANSKRIPTOR. **Transkriptor**: Áudio em texto. Versão 1.2.3 [Software]. 2024. Disponível em: <https://transkriptor.com>. Acesso em: 1 jun. 2025.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação. O Positivismo. A Fenomenologia. O Marxismo**. São Paulo: Ed. Atlas, 1987.

TROTTIER, H.; FRANCO, E. L. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. **Vaccine**, 24 Suppl 1, p. S1-15, Mar. 30 2006.

VARGAS-SIERRA, Chelo *et al.* Open Gender-sensitive Terminology Resources for the Digital Society: **the Digitender Project (Short Paper)**. 2023.

VERDOODT, F.; DEHLENDORFF, C.; KJAER, S. Dose-related Effectiveness of Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine Against Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Danish Nationwide Cohort Study. **Clinical Infectious Diseases**, 70, n. 4, 2020.

VERGARA, Sylvia C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3.ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2000.

VILLA, Luísa Lina. Vacinas contra infecções e doenças por papilomavírus. **Salud pública do México**, v. 443-448, 2003.

WALBOOMERS, Jan MM *et al.* Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. **The Journal of pathology**, v. 189, n. 1, p. 12-19, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10451482/>. Acesso em: 10 jun. 2025

WEN, Xu; TAYLOR, John R. (ed.). **The Routledge handbook of cognitive linguistics**. London; New York, NY: Routledge, 2021.

WHO – World Health Organization. **Guide to introducing HPV vaccine into national immunization programmes**. Geneva: WHO, 104p. 2016.

WHO – World Health Organization. **Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice**. 2nd ed. Geneva: WHO, 2021.

WHO – World Health Organization. **WHO Guidelines for Screening and Treatment of Cervical Pre-cancer Lesions**. Geneva: WHO, 2021.

WICHTER, S. **Experten-und Laeiwortschätze**. Umriss einer Lexikologie der Vertikalität. Tübingen: Niemeyer, 1994.

WÜSTER, E. **Internationale Sprachnormung in der Technik, besonders in der Elektrotechnik**: die allgemeinen theoretischen Grundlagen der Terminologielehre und terminologischen Arbeit. Bonn: Romanistischer Verlag, 1931. Reimpresso em 1979.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, Juliana; ECHEIMBERG, J. de O.; LEONE, Claudio. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **J Hum Growth Dev**, v. 28, n. 3, p. 356-60, 2018.

ZARDO, G. P. et al. Vaccines as an agent for immunization against HPV. **Ciênc. saúde coletiva**, 19, n. 9, p. 3799-3808, 2014.

ZUR HAUSEN, H. Papillomaviruses and cancer: from basic studies to clinical application. **Nat. Rev. Cancer**, v. 2, n. 5, p. 342–350, 2002.

ZUR HAUSEN, H. The search for infectious causes of human cancers: where and why. **Virology**, v. 392, n. 1, p. 1–10, 2009.

APÊNDICE A – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO **(TCLE)**

A Senhora está sendo convidado(a) para participar de uma investigação científica da Universidade Federal de Sergipe orientada pelo Dr. Sandro Marcio Drumond Alves Marengo, do Programa de Pós-graduação em Letras (PPGL) e coordenador do Laboratório de Humanidades Digitais e Documentação Terminológica (LADOC), cujo título é: ***Terminologia da ginecologia preventiva contra o HPV.***

O objetivo proposto visa, de modo geral, contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mulheres em relação à comunicação, propondo estratégias que favoreçam a inteligibilidade do discurso da saúde e que aproximem os usuários do conhecimento médico de que necessitam ou desejam saber. Para alcançar esse objetivo, nós planejamos utilizar metodologias de coleta de dados como entrevistas, para a detecção das necessidades informacionais de mulheres, principalmente em relação aos usos de terminologias em processos de interação comunicativa.

Forma de acompanhamento e assistência: A coleta de dados será realizada por meio da aplicação de questionário semiestruturado e/ou de entrevista presencial ou on-line gravada por aplicativo de gravação. Faremos perguntas a mulheres e elas responderão. Será necessário um pouco do seu tempo, que pode variar entre 20 a 30 minutos. A senhora e as demais voluntárias receberão todas as orientações necessárias para a realização dessa pesquisa, sendo que é seu direito saber informações sobre a pesquisa, como os riscos e benefícios, bem como o esclarecimento de dúvidas em qualquer fase da pesquisa.

Desconforto, risco e benefícios: Salientamos que não há nenhum tipo de prejuízo caso não queira participar da pesquisa. O desconforto que a senhora poderá sentir é em relação a alguma pergunta, mas asseguramos que em nenhum momento você será submetida a algum constrangimento e tudo que for dito será acessado apenas pelos pesquisadores do Laboratório de Humanidades Digitais e documentação terminológica (LADOC) para alcançar o objetivo da pesquisa, sendo garantido o total sigilo e privacidade, não sendo divulgado o seu nome em qualquer documento, informação pessoal ou rede social. Por outro lado, participar deste estudo pode trazer alguns benefícios, como: ampliar/melhorar o acesso a informações compreensíveis e confiáveis sobre doenças, diminuindo os níveis de ansiedade e estresse e fazendo com que as pacientes tenham uma maior adesão ao tratamento, a fim de permitir um melhor uso do sistema de saúde. Caso seja observado qualquer risco ou dano significativo aos participantes dessa pesquisa, este estudo será imediatamente suspenso.

Complicações e danos decorrentes da pesquisa: Os pesquisadores asseguram que em caso de qualquer complicação ou dano decorrente durante a pesquisa será fornecida assistência gratuita, integral e imediata, conforme assegurado pela Resolução CNS Nº 466 de 2012.

Garantia de esclarecimento, liberdade de recusa e garantia de sigilo: Você poderá ter todas as informações que quiser a respeito do estudo. Poderá não participar da entrevista, se não quiser. Também pode recusar-se quanto à gravação da sua voz a qualquer momento e terá o direito de não responder qualquer pergunta em qualquer momento da pesquisa, caso não se sinta confortável. Você sempre será esclarecida sobre qualquer aspecto da pesquisa sobre o qual tenha dúvida. Caso se sinta constrangida com alguma pergunta ou situação, também deve nos informar. Sua vontade será sempre acatada. Em caso de recusa ou desistência, você não será penalizada de forma alguma e, a qualquer momento, você poderá retirar seu consentimento, mesmo após o início da entrevista/coleta de dados, sem qualquer prejuízo. Desde já, fica garantido o sigilo das informações. É assegurada a sua privacidade, o sigilo do seu nome e dos seus dados pessoais. Os mesmos não serão divulgados. Será entregue uma via deste documento a você, em que todas as páginas serão rubricadas e assinadas pela senhora e pelos pesquisadores. Destaca-se a importância de **GUARDAR EM SEUS ARQUIVOS UMA VIA DESTE DOCUMENTO**. Para esclarecimento de dúvidas, reclamações ou denúncias acerca da pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFS), órgão responsável pela avaliação e acompanhamento dos processos éticos envolvendo pesquisas com seres humanos e pela proteção ao participante. O Comitê está disponível no endereço Rua Cláudio Batista s/nº Bairro: Sanatório – Aracaju CEP: 49.060-110 – SE Contato por e-mail: cep@academico.ufs.br Telefone e horários para contato: (79) 3194-7208 – Segunda a Sexta-feira das 07 às 12h.

Resultados e Divulgação do Estudo: Os pesquisadores garantem que os resultados do estudo serão divulgados em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada e às instituições onde os dados foram obtidos, e encaminhados para publicação com os devidos créditos aos autores, garantindo o anonimato dos voluntários.

Custos da participação: Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Garantia de ressarcimento: Os pesquisadores garantem que o estudo não implicará em custos adicionais aos participantes, logo não haverá necessidade de ressarcimento. Além disso, ressalta-se que, havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização por meio das vias judiciais, conforme assegurado pelo Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (Inciso V).

Em caso de dúvidas, você poderá esclarecê-las entrando em contato com a pesquisadora de doutorado **Débora Simões Araújo** (dsa.debora1995@gmail.com ou 79-99913-9183), sob orientação do **Prof. Dr. Sandro Marcio Drumond Alves Marengo**, endereço Avenida Marechal Rondon, S/N, Didática 3, sala 100, Laboratório de Humanidades Digitais e Documentação Terminológica (LADOC) - Rosa Elze, São Cristóvão-SE, email: ladoc.ufs@gmail.com / smda@academico.ufs.br ou pelo telefone: (79) 99136-3740. Os

resultados da pesquisa serão divulgados de forma acessível à população, além disso, os encaminhamentos necessários serão feitos aos participantes.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO COMO VOLUNTÁRIO(A) DA PESQUISA

Eu, _____,
declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo
em participar do estudo “*Terminologia da ginecologia preventiva contra o HPV*”, como
voluntário(a) da pesquisa, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer
qualquer punição ou constrangimento.

São Cristóvão, _____ de _____ de 20____

Assinatura da participante da pesquisa ou responsável

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador coordenador

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semiestruturada

INTRODUÇÃO

6. Diga o seu nome e a data completa do seu nascimento?
7. Em que estado e cidade você nasceu?
8. Qual a sua religião?
9. Qual é a sua ocupação atual?
10. Você é aluno(a) de qual curso aqui na UFS?
11. De quantos salários mínimos seria aproximadamente a sua renda familiar? (1 salário=1.500)
12. Você tem plano de saúde? Se Sim, qual? Se não, para onde você vai quando precisa de atendimento médico?
13. O que você acha do SUS?
14. Como você classifica o atendimento em hospitais ou postos de saúde públicos? Por quê?
15. Durante a covid-19, você tomou alguma vacina? Se Sim, quais? Se não, Por quê?
16. Você já tomou vacinas ao longo da sua vida? Se sim, quais?
17. Para você, o que é uma vacina?
18. Para quais doenças você sabe que existe vacina?
19. Você sabe o que são ISTs? (caso digam DST, perguntar se sabem a diferença entre IST e DST).
20. Diga algumas doenças que são transmitidas sexualmente.
21. Você já fez tratamento para alguma IST? Se sim, como foi?

PARTE 1: PERCEPÇÃO SOBRE A GINECOLOGIA PREVENTIVA

22. Como é o nome do médico(a) que trata da saúde do sistema reprodutor feminino?
23. Com que frequência você vai ao ginecologista?
24. Você prefere ser atendida por uma ginecologista mulher ou por um ginecologista homem? Por quê?
25. Você tem ginecologista fixo?
26. Seu profissional é da saúde pública ou particular?
27. Como é uma consulta ginecológica?
28. Você sabe o que é um exame preventivo? Se sim, explique. Se não, insista para que a entrevistada responda fazendo associações.
29. Você já fez algum exame preventivo? Se sim, quais? Se não, Por quê?
30. Você acha importante fazer exames preventivos? Por quê?
31. Para você, qual deve ser a frequência que uma mulher deve ir ao ginecologista?
32. Você sabe o que é e para que serve o exame Papanicolau?
33. Você já fez papanicolau alguma vez?
34. Como você explicaria para uma mulher que vai pela primeira vez ao ginecologista o que é o papanicolau?

PARTE 2: SOBRE O HPV

35. Você sabe o que é HPV? Se sim, explique. Se não, insista para ver se a informante relaciona HPV com algo.
36. Como você acha que se pode pegar ou transmitir o HPV?
37. Como você acha que se manifesta o HPV quando você o pega? Quais os sintomas?
38. O que o HPV pode causar?
39. Como você acha que se trata o HPV?
40. Como você acha que podemos nos prevenir de ter HPV?
41. Você já tomou a vacina contra o HPV? Se sim, quando você tomou a vacina? Se sim, foi em dose única ou várias doses que você tomou? Se não, qual o motivo de não ter tomado a vacina?

PARTE 3: COMPREENSÃO DOS TERMOS TÉCNICOS

42. Para você, o que é *ginecologia preventiva*?
43. Você sabe o que é câncer de colo do útero?
44. Você sabe o que é câncer cervical?
45. Você sabe o que é "lesão precursora"?
46. Quais fontes você costuma usar para se informar sobre HPV e saúde ginecológica? (a) Internet; b) Médicos; c) Campanhas de saúde; d) Amigos/família; e) Outros.
47. Você concorda que meninas a partir de 9 anos de idade devem se vacinar contra o HPV? Por quê?
48. Você se recorda de alguma campanhas de conscientização sobre o HPV? Se sim, quais?
49. Como você acha que se pode conscientizar mais as mulheres sobre o HPV e sua prevenção?

APÊNDICE C – Transcrição dos áudios da pesquisa

PARTICIPANTE AC22

SP01:

Boa noite, novamente. Queria agradecer a disponibilidade em participar da pesquisa, vou precisar que você me diga o seu nome completo.

AC22:

AC22.

SP01:

Você tem quantos anos?

AC22:

22.

SP01:

Qual a sua data completa de nascimento?

AC22:

23 de fevereiro de 2003.

SP01:

Certo. Você nasceu aonde?

AC22:

Nasci aqui em Aracaju, mas eu sou de Maruim.

SP01:

Certo. Qual o estado?

AC22:

Sergipe.

SP01:

Você vem e vai todos os dias?

AC22:

Não, só dois dias na semana.

SP01:

Certo. Você faz que curso aqui na UFS?

AC22:

Letras Português Inglês.

SP01:

Qual o turno?

AC22:

Da manhã.

SP01:

Certo. Quando você vem para cá, de Maruim, você vem com o ônibus que vem todos os estudantes ou você vem de outra forma?

AC22:

É eu venho com o ônibus que eles trazem os estudantes.

SP01:

Ah, perfeito. Lá é cooperativo ou a prefeitura cede?

AC22:

É da prefeitura.

SP01:

Ah, perfeito. Maravilha. Lá em Tobias, no meu interior, infelizmente a prefeitura não cede é cooperativa.

AC22:

Lá eles cedem de manhã, tarde e noite.

SP01:

Aí, que bom que é nos três turnos. Lá em Tobias é só à noite, quem quiser.

AC22:

Geralmente é só à noite, né?

SP01:

Aham, tem algumas cidades, tipo Japaratuba, que também é manhã, tarde e noite, mas são poucas.

SP01:

Atualmente, além de estudar, você tem outra ocupação?

AC22:

Não, só estudo.

SP01:

Certo, você saberia dizer... De quantos salários mínimos seria a sua renda familiar aproximadamente?

AC22:

De 1 a 2 salários mínimos.

SP01:

Ok. Você tem plano de saúde?

AC22:

Não.

SP01:

Quando você precisa de atendimento médico, seja ele clínico ou hospitalar, você recorre a que lugar?

AC22:

Ao SUS.

SP01:

Ao SUS. Ok.

SP01:

O que você acha do SUS, de modo geral?

AC22:

Eu acho... esqueci como falar. Ele atende o que a gente precisa, não é perfeito, mas ele atende o que a gente precisa.

SP01:

Perfeito. Você daria que nota ao SUS?

AC22:

Daria um 8.

SP01:

Certo. Lá na sua cidade tem um hospital público?

AC22:

Tem.

SP01:

Funciona direitinho?

AC22:

Funciona.

SP01:
Você, então quando precisa de atendimento hospitalar, vai no Hospital de Maruim?

AC22:

É... isso.

SP01:

Ok. Atendimento clínico, por exemplo, consulta, um alergista ou outro tipo de especialidade, você costuma ir aonde?

AC22:

É porque eu não vou muito, eu não tenho muita alergia e eu não frequento muito, só em casos realmente que precisa.

SP01:

Certo, ok.

SP01:

Como você classificaria o atendimento no posto de saúde da sua cidade?

AC22:

Em nota ou para explicar?

SP01:

Em nota e para explicar.

AC22:

Eu daria um 7. Eu acho que poderia melhorar muito mais, tanto as pessoas que estão lá dentro, quanto o atendimento em si.

SP01:

Perfeito. Durante a Covid-19, você tomou alguma vacina?

AC22:

Tomei.

SP01:

Você tomou a de Covid?

AC22:

Sim.

SP01:

Quantas?

AC22:

Umas quatro doses.

SP01:

Certo. Fora de Covid, você tomou vacina para alguma outra coisa durante a pandemia?

AC22:

Tomei para gripe, que eu me lembro foi essa só.

SP01:

Certo. Você já tomou vacinas ao longo da sua vida?

AC22:

Já.

SP01:

Lembra quais vacinas você tomou?

AC22:

Não lembro, mas a minha carteirinha de vacinação é bem carimbada.

SP01:

Certo. Para você o que é uma vacina?

AC22:

A vacina é uma coisa que vai prevenir as doenças, eu acho que é um bom método de prevenção.

SP01:

Perfeito.

SP01:

Você sabe para quais doenças existe vacina?

AC22:

Eu sei que tem pra Covid, pra gripe, porque agora você me pegou, não lembro de nenhuma, quando vem doença, só lembro da Covid porque é a mais recente né?

SP01:

Certo.

SP01:

Durante a Covid-19, você precisou de atendimento hospitalar?

AC22:

Não.

SP01:

Que bom, maravilha.

AC22:

Graças a Deus.

SP01:

Você sabe o que é uma IST?

AC22:

Sei.

SP01:

Poderia dizer?

AC22:

São doenças sexualmente transmissíveis, né? Ou não? IST?

SP01:

Doenças sexualmente transmissíveis?

AC22:

Isso.

SP01:

Seria qual a sigla?

AC22:

Ah...

SP01:

Porque a gente tem DST e IST.

AC22:

DST né? e ITS...

SP01:

Esse I aí que só muda um I e o D, né? Esse I aí você saberia dizer o que é?

AC22:

I? Intoxicação? Não saberia dizer.

SP01:

Certo. Você poderia citar alguns DSTs que você conhece? Já ouviu falar?

AC22:

HIV, sífilis. É só essas que vem na minha cabeça eu lembro.

SP01:

Certo. Você, em algum momento da sua vida, precisou fazer algum tratamento para alguma IST ou DST?

AC22:

Não.

SP01:

Ok.

SP01:

Como é o nome do médico que trata do sistema reprodutor feminino?

AC22:

Esqueci agora.

SP01:

Pode ficar à vontade.

AC22:

Foi, eu esqueci, tava na ponta da língua, mas eu não consigo lembrar. É, não consigo.

SP01:

De jeito nenhum, não vem assim, nada somente.

AC22:

Não, me deu um branco. Foi.

SP01:

Acontece, normal.

SP01:

Com que frequência você vai ao ginecologista?

AC22:

Ginecologista! eu não vou ao ginecologista.

SP01:

Com que frequência você vai?

AC22:

Eu não vou.

SP01:

Nunca foi?

AC22:

Nunca.

SP01:

Certo.

SP01:

Você quando for em algum momento da sua vida, todos nós vamos, você prefere ser atendida por um profissional homem ou mulher?

AC22:

Mulher.

SP01:

Por quê?

AC22:

Pela segurança, né? As coisas que a gente vê nos jornais, na internet, não está muito para confiar em homem.

SP01:

Então você se sente mais confortável com uma mulher, né?

AC22:

Muito mais confortável.

SP01:

Certo.

SP01:

Como você imagina que é uma consulta ginecológica? Você acha que o que acontece no consultório?

AC22:

Bom, pelo que a gente viu, é pra você ver se está tudo bem nas suas partes íntimas, né? Para ver se está ruim, está... Tá tudo organizado do jeito que é pra tá. É isso que eu vejo. Saber se você não tem nenhuma doença. Acompanhar a sua saúde sexual, né?

SP01:

Certo. E você acha que essa consulta é uma consulta tranquila? Ou é uma consulta complicada?

AC22:

Rapaz, como eu nunca fui, eu tenho um medinho. É, pelas coisas que a gente lê na internet, é uma coisa que me deixa um pouco envergonhada.

SP01:

É normal, principalmente na primeira vez, a gente fica mais envergonhada, é super normal. E principalmente ter esse receio, vamos dizer assim, por nunca ter ido. A gente fala, meu Deus, como é? É como o primeiro dia de aula, né? A gente fica, Jesus, como será? Como é que vai ser? É normal, né?

AC22:

Minha mãe quando fala, ela fala que é uma coisa normal, acho que depois de um tempo a gente se acostuma, né?

SP01:

Sim, com certeza. E é uma coisa super normal. Quando você for um dia, você vai ver, não tem nenhum bicho de sete cabeças. A gente é que muitas vezes acaba fantasiando.

AC22:

É, pensa demais.

SP01:

Você sabe o que é um exame preventivo?

AC22:

É um exame que você... é um exame pra fazer todo ano, né? Pra você... cuidar para não ter as doenças ou você se precaver.

SP01:

Isso, ok.

SP01:

Você em algum momento da sua vida já fez algum exame preventivo?

AC22:

Não.

SP01:

Você acha importante que as pessoas façam exames preventivos?

AC22:

Acho sim.

SP01:

Por quê?

AC22:

Porque é importante você saber o que está rolando com o seu corpo, né?

SP01:

Perfeito.

SP01:

Para você, qual seria a frequência ideal que uma mulher deve ir ao ginecologista?

AC22:

Eu acho que é uma vez no ano né?

SP01:

Então, para você, essa seria a frequência, vamos dizer assim, ideal?

AC22:

Pelo pouco que eu sei, é.

SP01:

Certo. Você já ouviu falar no exame Papanicolau?

AC22:

Já ouvi falar, mas eu não sei explicar.

SP01:

Não sabe para que ele serve?

AC22:

É.

SP01:

Certo. E o exame citológico oncótico já ouviu falar?

AC22:

Não, esse não.

SP01:

E também não saberia dizer para que que serve?

AC22:

Não.

SP01:

E citopatológico, já ouviu falar?

AC22:

Também não.

SP01:

E também não saberia dizer para que que serve?

AC22:

Não.

SP01:

Certo. E exame de lâmina, já ouviu falar?

AC22:

Já, exame de lâmina já.

SP01:

Sabe para que que serve?

AC22:

Eu sei como é, mas para que serve eu não sei.

SP01:

Poderia dizer, por favor, como ele é?

AC22:

Não é a raspagem que faz? É esse, não é? Eu acho que é isso.

SP01:

É um exame bem famoso, né? As mulheres cometam muito. E, assim, na nossa casa a gente começa a ouvir, muitas vezes desde cedo, né? Mãe, irmã, irmã...

AC22:

É, só escuta a minha mãe falando o que vai fazer, mas ela nunca chegou a falar comigo sobre como é.

SP01:

Mas você saberia dizer mais ou menos como é?

AC22:

Ela fala que é incômodo, mas só isso também.

SP01:

Fala mais alguma coisa, se coleta alguma coisa ou não?

AC22:

Não. Eu sei que coleta porque faz raspagem, mas o que...

SP01:

Certo. E sabe para que ele serve?

AC22:

Não.

SP01:

Certo, ok. Você sabe o que é HPV? Já ouviu falar?

AC22:

Já, mas eu não vou saber explicar as siglas, mas eu sei o que é.

SP01:

Certo. Você saberia dizer se é um vírus, uma bactéria, um fungo, uma doença?

AC22:

É um vírus, né? ele é um vírus.

SP01:

Certo, certo. Você sabe como uma pessoa pode pegar ou transmitir o HPV? Você acha que a pessoa pega ou transmite de que forma?

AC22:

Eu acho que é pelo sexo, né?

SP01:

Essa seria a única forma de transmissão?

AC22:

Sim, eu sei que tem outra que é pelo sangue também, mas eu não vou saber dizer se o HPV é.

SP01:

Certo, então a relação sexual seria uma das formas de transmissão?

AC22:

Sim

SP01:

E você não sabe dizer se tem outra ou não?

AC22:

Não

SP01:

Como você acha que uma pessoa que está com HPV, né, é... Você acha que ela

apresenta quais sintomas? Como esse HPV se manifesta no corpo dela?

AC22:

Não sei, eu já ouvi falar muito, só que agora na pesquisa está tudo indo embora, não consigo pensar em nada.

SP01:

Mas pode ficar tranquila, à vontade, pode fazer associações se você achar melhor, falar com suas palavras, não tem problema.

AC22:

É porque eu fico trocando algumas, eu sei que tem algumas doenças que você fica com bolha na pele, algumas que você tem secreção, ou que você tem feridas na boca, mas eu não sei dizer de quais delas são.

SP01:

Qual associar, né? Qual sintoma, qual IST, ok.

SP01:

Você sabe o que o HPV pode causar?

AC22:

Além do preconceito que as pessoas que têm essa doença sofrem, viver tendo que tomar remédio né, não tem uma que você está tomando remédio pela sua vida toda. Mas eu não consigo pensar em mais nenhuma desses.

SP01:

Certo. Você acha que nós podemos nos prevenir de ter HPV de que forma?

AC22:

Se protegendo, né? Usando camisinha. Eu acho que essa é a melhor forma de se proteger, né?

SP01:

Perfeito. Você acha que uma pessoa que tem HPV, o tratamento é feito de que forma?

AC22:

Medicação né.

SP01:

Ok. Você já tomou a vacina contra o HPV?

AC22:

Já.

SP01:

Você lembra quantos anos você tinha mais ou menos?

AC22:

Acho que eu tinha, foi no ensino médio, uns 15, 16 anos.

SP01:

Você lembra quantas doses você tomou da vacina?

AC22:

Acho que eu tomei mais de duas a três.

SP01:

Duas a três? Certo. Você lembra se quando você tomou foi através de alguma campanha na escola ou no posto de saúde?

AC22:

Foi na escola.

SP01:

Daí eles deram um termo, os responsáveis autorizaram.

AC22:

Isso.

SP01:

Certo.

SP01:

Para você, o que é ginecologia preventiva?

AC22:

Ginecologia preventiva? É você se cuidar, né? Cuidado que você tem que ter com o seu corpo.

SP01:

Perfeito.

SP01:

Então, você sabe o que é câncer de colo do útero?

AC22:

Sei...

SP01:

Já ouviu falar?

AC22:

Já.

SP01:

Saberia dizer o que pode causar esse câncer?

AC22:

O que causar? Não. Não sei o que pode causar esse câncer. Mas eu sei que a ginecologia preventiva faz com que você descubra cedo, né? E tenha como...

SP01:

Perfeito. E tenha como...

AC22:

Como prever e se prevenir dessa doença, né?

SP01:

Perfeito.

SP01:

Você sabe o que é câncer cervical?

AC22:

Não.

SP01:

Nunca ouviu falar?

AC22:

Nunca ouviu falar do câncer cervical.

SP01:

Pelo nome, você conseguiria dizer onde que esse câncer ocorre?

AC22:

Na coluna cervical, né?

SP01:

Certo.

SP01:

Você sabe o que é lesão precursora?

AC22:

Não.

SP01:

Pelo nome, consegue fazer algum tipo de associação?

AC22:

Lesão, machucar né? Precursora... não.

SP01:

Ok. Quando você quer saber mais informações sobre ginecologia, ginecologia preventiva, até mesmo sobre HPV, você costuma recorrer quais fontes?

AC22:

Geralmente eu pesquiso na internet.

SP01:

Na internet, quando você pesquisa, tem um lugar específico que você costuma ir, por exemplo, um site?

AC22:

Ah, quando eu vou fazer pesquisa eu não gosto de olhar em um só, eu olho geralmente em mais de um.

SP01:

em vários certo, ok.

SP01:

Mas tem um que você sempre vai esse site é o que você sempre, não né?

AC22:

Não,

SP01:

Certo, depende muito do tema então.

AC22:

Como eu não tenho uma vida sexual ativa não paro muito para pesquisar sobre essas coisas.

SP01:

Certo, perfeito.

SP01:

Você concorda que meninas a partir de 9 anos de idade devem se vacinar contra o HPV?

AC22:

Concordo.

SP01:

Por quê?

AC22:

Prevenção, né? Geralmente essas meninas, elas não têm, não é falado sobre isso em casa. Eu acho que quando não é falado, você tem que pelo menos prevenir para essas meninas terem pelo menos uma chance de não ter... essas doenças, porque se não é falado, logo elas não vão saber como se prevenir, aí a vacina já é uma avanço muito grande.

SP01:

Verdade, tem assuntos que ainda são tabus dentro de casa. Por exemplo, especialmente quem é do interior, como eu, dentro de casa, alguns assuntos são tabus. No seu caso, esses assuntos relacionados à saúde da mulher, é um tabu? ou nunca foi tabu? Sempre foi muito comentado?

AC22:

Até um momento na minha idade a gente não comentava muito sobre isso mas depois que foi ficando mais adulta minha mãe não comenta muito sobre mas ela fala sobre as coisas que ela faz, só que ela não fala muito comigo não sobre.

SP01:

Sobre ginecologia então.

AC22:

É ela geralmente fala sobre os exames que vai fazer mas ela não entra muito em detalhes.

SP01:

Perfeito. Você se recorda de alguma campanha de conscientização sobre o HPV na escola ou na cidade no postinho?

AC22:

Me recordo acho que eu ouvi falar sobre isso algumas vezes na escola. Aqui na faculdade eu acho que eu já vi uma vez, mais uma só também, não lembro de ter visto mais de uma. E no posto... Eu acho que já, no posto também.

SP01:

Certo. Como você acha que nós poderíamos conscientizar mais as mulheres sobre o HPV, as formas de prevenção, sobre ginecologia preventiva?

AC22:

Acho que o melhor momento para você falar sobre isso é na escola, né? Por mais que as meninas, às vezes elas não vão ter a consciência sobre isso, mas elas já vão ter um pouquinho sobre as coisas que elas vão aprender, o que elas vão ver na vida depois. Depois disso, talvez elas se interessem mais em pesquisar.

SP01:

Perfeito. E você acha que na escola, a partir de quantos anos, seria uma boa idade para começar a introduzir e essas informações, por exemplo?

AC22:

Tirando na minha percepção, eu acho que no ensino médio já é uma dúvida, porque no ensino fundamental eu não tinha muita noção das coisas. Eu não sei se era porque...quando eu estudei numa escola muito pequena, num lugar muito pequeno e depois eu fui pra um lugar maior no ensino médio, a minha cabeça ela abriu mais, eu acho que no ensino médio foi melhor, eu prestei mais atenção nas coisas no ensino médio do que no fundamental. Acho que no primeiro ano já é...

SP01:

Perfeito, queria agradecer mais uma vez a sua disponibilidade em participar, muito obrigada, vou encerrar, tá?

PARTICIPANTE AN18

SP01:

Boa tarde, Novamente. Muito obrigada por participar da pesquisa. Eu vou começar a fazer as perguntas, tá?

AN18:

Boa tarde

SP01:

Eu preciso que você me diga o seu nome completo.

AN18:

AN18.

SP01:

Quantos anos você tem?

AN18:

Eu tenho dezoito anos.

SP01:

Qual a sua data de nascimento?

AN18:

dezoito de julho de dois mil e seis.

SP01:

Certo. Em qual cidade você nasceu?

AN18:

Eu nasci em Aracaju.

SP01:

Estado?

AN18:

Sergipe.

SP01:

Atualmente você reside em Aracaju ou em outro lugar?

AN18:

Eu moro em Santo Amaro das Brotas.

SP01:

Perfeito. Você faz qual curso aqui na UFS?

AN18:

Eu faço publicidade e propaganda.

SP01:

Você vai e vem todos os dias?

AN18:

Eu vou e venho todos os dias.

SP01:

Você tem religião?

AN18:

Tenho, eu sou evangélica.

SP01:

Perfeito. Você é da qual igreja?

AN18:

Adventista do sétimo dia.

SP01:

Adventista, bacana. Eu tenho alguns familiares também, mas lá em Tobias Barreto, eu sou de lá, então minha família acaba que está majoritariamente lá, Só alguns poucos estão aqui. Atualmente, você só estuda ou trabalha também?

AN18:

Eu estudo e eu trabalho duas diárias, sábado e domingo, vendendo pastel. E o trailer de Pastelão na minha cidade.

SP01:

Ah, bacana, mas é de dia, de noite? De noite. De noite, bacana. E fica próximo da sua casa, você consegue andar?

AN18:

Eu vou andando porque é perto.

SP01:

Ah, perfeito. Interior é bom por isso. Eu sinto falta, inclusive, dessa coisa de se locomover, fazer um monte de coisa a pé, né? É. Aqui na capital, infelizmente.

AN18:

É impossível.

SP01:

É a gente não consegue.

SP01:

Você saberia me informar de quantos salários mínimos, mais ou menos, é a sua renda familiar?

AN18:

Dois salários mínimos. Só que os meus pais são casados. Ôh! São divorciados.

SP01:

E daí você mora com a sua mãe?

AN18:

Eu moro com a minha mãe e recebo a pensão alimentar do meu pai.

SP01:

Certo. Você tem muito tempo que os seus pais se separaram?

AN18:

Tem uns cinco anos, já.

SP01:

Você, quando escolheu o curso aqui na UFS, foi o curso que você sempre quis? Como foi que você chegou nesse curso?

AN18:

Não a minha primeira opção era psicologia, mas por alguns motivos eu desisti. Eu tinha até colocado no SISU, né, pra ver se eu conseguiria. Não consegui, mas aí, pesquisando uma segunda opção, eu descobri publicidade e propaganda e aí eu decidi tentar, porque eu parei pra pensar assim. Desde criança, eu sempre gostei de fotografia, de criação de comunicação. Aí eu decidi dar uma chance e estou gostando muito.

SP01:

Ah que legal, que bom, que você está gostando. Espero que você consiga bastante sucesso dentro do seu curso.

AN18:

Eu também espero.

SP01:

Nessa profissão.

SP01:

Você tem algum plano de saúde?

AN18:

Não.

SP01:

Então, quando você precisa, por exemplo, de atendimento... Clínico ou hospitalar, onde você vai?

AN18:

Eu normalmente não sou muito de ir para hospital, Eu sou muito difícil de adoecer, mas quando eu preciso, eu vou no postinho de saúde, lá da minha cidade o postinho vinte e quatro horas.

SP01:

Da sua cidade

SP01:

E o postinho lá da sua cidade, você classificaria o atendimento como bom, ruim, razoável?

AN18:

Razoável.

SP01:

Se fosse para dar uma nota, qual nota você daria?

AN18:

Seis, eu acho. Tipo, tem muita coisa para melhorar, sabe? E também o nome está lá vinte e quatro horas, mas nem é vinte e quatro horas as você precisa e nem tem ninguém para atender, sabe?

SP01:

Nossa!

AN18:

É complicado. 24 horas Só o nome. Às vezes, é preciso ir no postinho da outra cidade vizinha, Marum, porque não tem ninguém lá para atender. É complicado

SP01:

Só no nome

SP01:

E deixa eu te perguntar uma coisa. Quando você vai até o postinho, você normalmente vai para quais especialidades? Clínico geral?

AN18:

Geral.

SP01:

Clínico geral, né? Certo.

SP01:

De uma forma, de um modo geral, assim, como você classificaria o atendimento do SUS?

AN18:

Ai, tem muito tempo que eu não vou. Então, acho que eu nem lembro. Mas acho que razoável também.

SP01:

Por que você daria um razoável?

AN18:

Porque tem muita coisa para melhorar porque tipo assim é o básico, né? A gente precisa que tenha o básico, mas tem muita coisa para melhorar.

SP01:

Perfeito. Na época da Covid-19, você tomou alguma vacina?

AN18:

Tomei, tomei duas doses, só.

SP01:

Da Covid-19 E você tomou alguma vacina para alguma outra coisa? Por exemplo, tétano, gripe ou só Covid-19 nessa época?

AN18:

Nessa época, só da Covid.

SP01:

Certo. Durante a sua vida, você já tomou outras vacinas, além da Covid?

AN18:

Ahan.

SP01:

Você sempre tomou muita vacina, pouca? Como foi?

AN18:

Eu não sou muito de tomar vacina. Como eu disse, eu não sou muito de... Inclusive é um erro, né? De não ir sempre fazer exame, essas coisas. E qual foi a pergunta. se eu já também muito? Eu acho que eu já tomei vacina necessária, sabe? Por exemplo, Eu adoeci, agora, a gente fala, ah, tem que tomar vacina da gripe. Mas eu não vou. Eu espero melhorar, sabe?

SP01:

Isso.

SP01:

Entendo. Mas tem, assim, um motivo específico? Porque você não toma muita vacina?

AN18:

Não, acho que, tipo assim, a minha família, por exemplo, quando adoecer, não é muito de ir assim para o hospital, sabe? A gente só fica em casa esperando melhorar. Porque tem família, assim, qualquer coisinha. Aí já vai, sabe? É muito preocupada Na minha família, não. Até porque a gente não é muito de adoecer, quando a gente vai para o hospital, é porque é realmente muito necessário.

SP01:

Entendi. Você acha que as vacinas, elas são muito necessárias ou nem sempre?

AN18:

Eu acho que são muito necessárias.

SP01:

Certo. Para você, o que é uma vacina? Você pode falar da forma que você entende, do melhor jeito que você achar.

AN18:

Ai eu não sei.

AN18:

Acho que é um jeito de prevenir a gente de várias coisas sabe. Eu não sei explicar.

SP01:

Perfeito. Então, seria uma forma de prevenção.

AN18:

É, foi o que foi ensinado para mim.

SP01:

Certo perfeito. Você sabe para quais doenças existe vacina?

AN18:

Eu sei que tem contra o Covid, contra a gripe. Tem outras também, que eu não vou me lembrar agora, mas acho que são essas que vêm na minha mente agora.

SP01:

Perfeito. Você sabe o que é um IST?

AN18:

Sei

SP01:

Pode falar?

AN18:

Antes era DST, né? Que mudou agora. Eu não sei o que significa o I, mas era doença sexualmente transmissível.

SP01:

E aí o I você não consegue fazer algum tipo de associação do que seria esse I?

AN18:

Não.

SP01:

Certo. Você conhece alguma infecção ou alguma doença sexualmente transmissível? Sim, data da escola, Ou já ouviu falar em campanha de TV, ou, enfim, em algum lugar.

AN18:

Não, eu nem lembro.

SP01:

Então, não saberia se há nenhuma? Certo. Em algum momento da sua vida, você já precisou fazer algum tipo de tratamento para alguma IST ou DST?

AN18:

Não também

SP01:

Certo. Você, como que a gente chama o médico que cuida do sistema reprodutor feminino?

AN18:

Ginecologista.

SP01:

Perfeito. Você já foi alguma vez ao ginecologista?

AN18:

Não é um erro também.

SP01:

Mas tem um motivo específico, assim, para você não nunca ter ido?

AN18:

Porque... não, acho que só relaxamento, assim, por parte da minha família, sabe?

SP01:

Certo. E você imagina que uma consulta ginecológica, como seria, assim? Você acha que é como consultar o ginecologista?

AN18:

Eu não sei, é a ginecologista ou o ginecologista vai avaliar. Eu sei que tem os exames, que é por ultrassom, sei que tem outros, que é por toque também. Depende do exame que você vai fazer, né?

SP01:

Sim. Você, assim, porque todos nós um dia precisamos ir. Quando chegar esse momento que você precisa ir ao ginecologista, você prefere ir ao ginecologista, mulher ou homem?

AN18:

Mulher.

SP01:

Por quê?

AN18:

Porque eu acho que eu me sentiria mais confortável.

SP01:

Perfeito.

AN18:

Não sei, na minha cabeça, não faz sentido o homem ser ginecologista, sabe?

SP01:

Entendo. Você acha que uma mulher deve ir com qual frequência ao ginecologista?

AN18:

Não sei.

SP01:

A cada... de um em um ano, a cada dois anos?

AN18:

Eu acho que duas vezes por ano, eu acho.

SP01:

Duas vezes por ano, certo. Você sabe o que é um exame preventivo? Pelo nome, assim, exame...

AN18:

Prevenir que não tenha nenhum tipo de doença, né?

SP01:

Perfeito. Você conhece algum exame preventivo? Já ouviu falar de algum exame?

AN18:

Não... Não que eu saiba que seja preventivo.

SP01:

Entendi. Então, você também não saberia dizer se em algum momento da sua vida

você precisou fazer algum tipo de exame preventivo?

AN18:

Não, acho que não.

SP01:

Para qualquer coisa?

AN18:

Não, para qualquer coisa, não. Não no ginecologista.

SP01:

Mas exame preventivo relacionado a outras coisas. Você já fez algum exame?

AN18:

Sim, tipo assim, anemia, diabetes, que a gente faz, exame de sangue, de fezes. Não é preventivo também? Ou não ?

SP01:

Eu não posso te dar essa informação. Mas entendi. Perfeito. Você... Acha importante uma pessoa fazer exames preventivos?

AN18:

Sim.

SP01:

Por quê?

AN18:

Porque é ali que você vai saber se tem alguma coisa que você precisa ir, tratar, né? Pra não virar algo muito grande que não dê pra você reverter depois.

SP01:

Perfeito. Você conhece, já ouviu falar, no exame. Papanicolau?

AN18:

Já.

SP01:

Você sabe pra que ele serve?

AN18:

Não.

SP01:

E transvaginal, já ouviu falar alguma vez na sua vida?

AN18:

Já, também.

SP01:

Mas sabe para que serve?

AN18:

Não

SP01:

E exame de lâmina, já ouviu falar?

AN18:

Já, também.

SP01:

Sabe para que serve?

AN18:

Não.

SP01:

Você consegue imaginar como seria, por exemplo, um exame de lâmina?

AN18:

Pelo nome, eu imaginaria alguma coisa que envolva lâmina. Não consigo pensar em mais nada, não.

SP01:

E Papanicolau, Você consegue pelo nome fazer algum tipo de associação?

AN18:

Não... Eu acho que tem, não sei. Eu acho que já vi algum lugar, que é um negocinho assim, que você vai abrindo, né? Ou não, posso estar errada.

SP01:

E somente isso você conseguiria dizer?

AN18:

É... Uhum.

SP01:

Certo. E também não consegue nem mensurar pra que que ele serve?

AN18:

Não.

SP01:

Ok.

SP01:

Você sabe o que é HPV?

AN18:

Não me recordo agora, mas tem uma vacina de HPV também, né?

SP01:

Sim.

AN18:

Que eu já tomei. Que é a partir dos 9 anos, eu acho, eu me lembro disso.

SP01:

E papiloma vírus humano, sabe o que é?

AN18:

Nunca ouvi falar eu acho.

SP01:

Certo. Você acha que uma pessoa, ela... Pode pegar HPV ou transmitir HPV de que forma?

AN18:

Por relações sexuais.

SP01:

E essa seria a única forma. Ou você acha que também, de uma outra forma?

AN18:

Não sei.

SP01:

Certo. E você acha que, quando a pessoa pega o HPV, ela apresenta algum tipo de sintoma?

AN18:

Acho que provavelmente deve sentir algum desconforto. Não sei, coceira, dor.

SP01:

Certo. E você acha que a pessoa, quando pega o HPV, ele se manifesta de que forma no corpo? Assim, forma que a pessoa consiga notar, forma física?

AN18:

É porque eu não sei o que é. HPV, eu não me lembro agora. Mas, como você falou, físico. Eu imaginei, tipo, manchas. Aparecendo no corpo

SP01:

Em todo o corpo?

AN18:

Em todo o corpo, não. Acho que, tipo assim, manchas aleatórias.

SP01:

Certo. Mas aleatórias, em qualquer parte do corpo ou em partes específicas?

AN18:

Sim em qualquer parte do corpo.

SP01:

Certo.

AN18:

Eu não sei, eu já estou muito errada.

SP01:

Tudo bem. E HPV, assim, você mencionou que sabe que existe uma vacina, que já tomou inclusive, mas não consegue nem imaginar o que é, o que ele pode causar, qual doença ele pode causar. Você saberia se uma doença que o HPV pode causar, por exemplo?

AN18:

Ah, eu sei.

SP01:

Você acha que uma pessoa pode tratar o HPV de que forma?

AN18:

Vacina.

SP01:

Então, vacina também seria uma forma de tratamento. Só vacina ou você acha que também teria outras formas de tratar?

AN18:

Acho que não, acho que deve ter... dedica... ô medicamento, Acho que só.

SP01:

Certo. E você acha que uma pessoa pode se prevenir de pegar o HPV? De que forma?

AN18:

É doença sexualmente transmitível, Transmissível é o HPV?

SP01:

Você acha que ele é uma doença sexualmente transmissível ou uma infecção sexualmente transmissível? Ou você acha que ele é uma outra coisa que não tem nada a ver com infecção ou doença.

AN18:

Ai, eu não sei agora. Vamos chutar que seja alguma infecção. Se for, dá para prevenir com preservativo.

SP01:

Certo. E essa seria a única forma de prevenção?

AN18:

Eu acho que sim.

SP01:

Certo. Então, só o preservativo iria prevenir o HPV? E, no caso, ele seria transmitido de que forma, então, se o preservativo preveniria, vamos dizer assim?

AN18:

Se não tivesse uso do preservativo durante a relação, aí ia transmitir a infecção.

SP01:

Certo. Você disse que já tomou a vacina contra o HPV. Na época que você tomou, você lembra quantos anos você tinha?

AN18:

Eu acho que a primeira dose foi com 9 anos.

SP01:

Você tomou quantas doses, você lembra?

AN18:

Que eu me lembro, eu tomei duas.

SP01:

Duas doses.

AN18:

Mas eu acho que é três, né? Alguma coisa assim.

SP01:

Depende, né? Porque mudou ao longo dos anos. Por exemplo, agora, atualmente é só uma.

AN18:

Ah, sim.

SP01:

Foi mudando. Mas, na sua época você lembra que tomou duas doses? Certo Você lembra por que você foi tomar essa vacina? Se você viu alguma campanha ou seus pais em algum lugar na escola?

AN18:

Uhum.

AN18:

Eu não me lembro de ter. Eu acho que já ouvi alguém falando sobre tipo assim, na escola. Mas eu era bem novinha, então eu não me lembro e minha mãe também falava que era importante. Não me lembro por quê, e aí foi isso

SP01:

Certo. Você acha que é importante Meninas, a partir dos 9 anos, tomar vacina contra o HPV?

AN18:

Sim.

SP01:

Você concorda, então, que a partir dos 9 anos, elas podem tomar? Por quê?

AN18:

Porque ali já é o processo que você já está na puberdade, acho que começa nessa faixa etária, então é importante. Que é o momento que a menina está desenvolvendo, né?

SP01:
Perfeito. Para você, o que é Ginecologia preventiva?

AN18:
É difícil.

SP01:
Através do nome, né? Assim, ginecologia e preventiva. Você consegue fazer algum tipo de associação? Do que seria?

AN18:
Um exame no ginecologista. Uma prevenção de ISTs.

SP01:
Pronto. Ok. E você sabe o que é câncer de colo do útero?

AN18:
Não, eu já ouvi falar, mas nunca parei para pensar. Tipo assim, ah, câncer no colo do útero. Tipo, Eu não sabia que era possível, né? Mas nunca parei para pesquisar sobre não, nunca tive muita informação.

SP01:
Certo. E você saberia dizer, por exemplo, o que pode causar um câncer de colo do útero?

AN18:
Não.

SP01:
Nem consegue imaginar, assim, fatores que poderiam...

AN18:
Acho que provavelmente seria ISTs, já que a gente está falando sobre isso. Eu chutaria isso.

SP01:
Certo. E câncer cervical você sabe o que é?

AN18:
Não.

SP01:
Nunca ouviu falar?

AN18:
Não.

AN18:
Não que eu me lembre.

SP01:
E consegue fazer algum tipo de associação pelo nome, né? Câncer cervical consegue associar ao...

AN18:
Eu não sei nem o que é cervical, pra falar a verdade.

SP01:
Então, também não conseguiria fazer essa associação. Certo. E lesão precursora? Você consegue saber o que é? Ou fazer algum tipo de associação? Por exemplo, o que é uma lesão?

AN18:
Lesão é um machucado.

SP01:

Então, lesão, precursora, você acha que seria um machucado como?

AN18:
Ai eu não sei.

SP01:
E também não consegue associar.

AN18:
Não

SP01:
Quando você quer saber informações sobre ginecologia, Ginecologia preventiva, HPV, enfim, sobre temas relacionados à saúde da mulher, Você costuma buscar quais fontes?

AN18:
Eu pesquiso no Google e, hoje em dia, a minha rede... De social que eu mais uso. E acho que, hoje em dia, tipo assim todos adolescentes e jovens, mais usa é o TikTok. Então, eu pesquiso tudo lá, assim, sobre qualquer coisa. Então, acho que se fosse para eu pesquisar algo sobre isso, eu iria lá no TikTok.

SP01:
Você, lá, no TikTok, você costuma seguir médicos? Como que é?

AN18:
Eu não sigo, mas às vezes aparece para mim. Ai eu vejo.

SP01:
Bacana. Então, esses... Normalmente, são os meios de informação que você utiliza, né? Ok.

SP01:
E você se recorda de alguma campanha de vacinação contra o HPV? Ou na escola, ou nos postinhos da sua cidade ou na TV?

AN18:
Eu já devo ter visto em algum lugar. tipo assim Você falando agora, eu me recordo. Não é muito claro. Mas eu lembro que eu já vi em algum lugar, sabe? É que eu era muito mais nova, né?

SP01:
E agora, assim, com a idade que você está agora, ou assim, a partir dos seus 16, 17, né? Você lembra de alguma campanha assim que você viu? Também não, né? Certo

AN18:
Não.

SP01:
Você acha que nós podemos conscientizar outras mulheres sobre o HPV e as formas de prevenção de que forma?

AN18:
Bom, Eu acho que em escola seria muito necessário, né? Essas informações na escola, porque a gente aprende sobre tanta coisa. E, por exemplo, tem muita coisa aqui que você perguntou e eu nem sei dizer.

Então, a gente passa na escola, tipo assim, a maior parte da nossa vida. São coisas que seriam necessárias ser explicadas lá, sabe? Porque, por exemplo, tem muitas famílias que isso é um... Como é a palavra? Um tabu. E aí, sabe, Deve de ser muito necessário explicar isso nas pessoas.

SP01:

Verdade, assim, realmente, né, em muitas casas, falar sobre ginecologia, sexo, até mesmo menstruação, que é algo tão comum na vida da mulher. E muitas vezes é um tabu falar sobre isso dentro de casa. Então, assim, então, essas seriam as formas que você acha que seria legal de transmitir informações e conscientizar.

AN18:

Sim, inclusive na minha escola. Teve um ano no ensino médio, no segundo ano, a gente teve um projeto de como é a palavra? Eu esqueci a palavra agora, mas tipo, sobre menstruação. A gente foi em várias salas, foi em uma escola, acho que foi na terceira série, quarta série, A gente falou sobre isso.

PARTICIPANTE CS21

SP01:

Boa tarde, novamente.

CS21:

Boa tarde

SP01:

Eu vou começar a fazer a entrevista, tudo bem?

CS21:

Tudo

SP01:

Eu preciso que você me diga primeiro o seu nome completo.

CS21:

CS21.

SP01:

Qual a sua data de nascimento?

CS21:

24 de abril de 2004.

SP01:

Você tem quantos anos?

CS21:

21.

SP01:

Ok. Você nasceu em qual cidade?

CS21:

Aracaju, Sergipe.

SP01:

Certo. Você atualmente mora em Aracaju ou em algum interior?

CS21:

Eu moro no município de Nossa Senhora do Socorro.

SP01:

Tipo assim, A gente via como umas crianças ficavam mais tímidas, tipo, meu, Deus, porque estão falando sobre isso. E tinha outras meninas que já tiravam mais dúvidas, sabe? E aí é que a gente vê como em famílias, é muito tabu, enquanto outras, tipo assim, falam um pouco, mas não tiram essas dúvidas, sabe?

SP01:

Verdade nossa que legal. Que bom que rolou esse projeto

AN18:

foi muito legal, até tipo assim entre a turma mesmo sabe os meninos começaram a falar sobre isso, mas normalmente foi incrível.

SP01:

Bacana. Mais uma vez, eu queria agradecer sua disponibilidade em participar da pesquisa e em contribuir muito. Obrigada.

AN18:

de nada

SP01:

Eu vou encerrar a gravação.

Ah, pertinho. Então, bem, tranquilo, né?

CS21:

É. Sim...

SP01:

A Grande Aracaju não dá tanta dificuldade de você ir e vir todos os dias.

CS21:

Sim.

SP01:

Perfeito. Você faz que curso aqui na UFS?

CS21:

Letras Português Espanhol.

SP01:

Graduação?

CS21:

Isso.

SP01:

Você sempre quis esse curso? Como foi que você chegou nesse curso?

CS21:

É... Na verdade, eu queria publicidade e propaganda ou nutrição.

SP01:

Nossa!

CS21:

Mas, como a minha nota não foi tão boa para essas duas, eu resolvi tentar letras portuguesas e espanhol. Porque o espanhol também Eu gostava muito de assistir séries em espanhol e porque o português era uma das matérias que eu mais gostava na escola.

SP01:

Perfeito! E está gostando do curso?

CS21:

Tô

SP01:

Que bom! Mas pensa em terminar o curso ou pensa depois em ir para o que você queria antes, no caso publicidade e propaganda.

CS21:

Eu não sei, eu estou nesse dilema mesmo, assim, de ver se eu consigo fazer outro também, sabe?

SP01:

Ai, que bom.

CS21:

O de publicidade.

SP01:

Legal. Mas até agora está gostando?

CS21:

Sim, sim.

SP01:

Perfeito. Atualmente, você só estuda ou tem uma outra ocupação também?

CS21:

Eu faço estágio pela manhã.

SP01:

O estágio é pela UFS mesmo?

CS21:

Não eu... na Semed de Socorro. Que eu consegui por causa de uma amiga da minha mãe. Aí eu sou apoio de turma.

SP01:

Bacana. E você está gostando?

CS21:

Estou.

SP01:

Perfeito. E é turma de fundamental?

CS21:

Terceiro ano.

SP01:

Terceiro ano. Bacana. Eles dão muito trabalho?

CS21:

Não, são bem carinhosos.

SP01:

Ah, perfeito porque geralmente, terceiro ano tem fama, né?

CS21:

É.

SP01:

Pelo menos quando eu estudava terceiro ano, a minha turma era a famosinha da escola. Coitados de nós.

SP01:

De quantas rendas mais ou menos seria a sua renda familiar?

CS21:

Eu não sei.

SP01:

Quantos salários mínimos

CS21:

Eu nem sei. Não sei quanto minha mãe ganha. Eu também comecei o estágio esse mês. Aí eu também não sei quanto eu vou ganhar no final do mês, sabe? Aí eu não tenho ainda uma ideia.

SP01:

Uma ideia né de quanto seria essa renda. Tudo bem.

Você atualmente tem plano de saúde ou não?

CS21:

Não.

SP01:

Então, quando você, por exemplo, precisa ir a algum atendimento clínico ou hospitalar, você vai aonde?

CS21:

Ou eu marco uma consulta no... ne clínica privada ou tento pelo SUS.

SP01:

Então, você tem... Esse costume de ir ou no privado ou no SUS. E quando você vai através do SUS, em que lugar? Lá em socorro, mesmo? Aqui e Aracaju.

CS21:

É em Socorro. Às vezes, aqui na Aracaju também

SP01:

Mas tem algum posto de saúde específico?

CS21:

Não.

SP01:

Certo. E hospital? Quando você precisa ir, você costuma ir em qual hospital?

CS21:

HUSE.

SP01:

HUSE, né?

SP01:

E como você classificaria, por exemplo, o atendimento no HUSE em uma escala de 0 a 10?

CS21:

Acho que 7,5.

SP01:

Por quê?

CS21:

Não sei, porque tem alguns médicos que eles são... Como é que se diz? Não são muito receptivos. Ah, receptivos, sabe?.

SP01:

Sim, entendo.

CS21:

E aí tratam não tratam a gente tão também.

SP01:

E no postinho de saúde, quando você vai, você acha que o atendimento é bom, mais ou menos ruim como que é?

CS21:

Acho bom porque é... acho que como é um que tem menos, assim, médicos e tal eles costumam tratar melhor a gente, mas são mais acolhedores com o público.

SP01:

Se fosse para dar uma nota você daria que nota então ao postinho

CS21:

dez

SP01:

Dez, perfeito. E, de modo geral, né, como você classificaria o atendimento O SUS? de um modo geral, É... o SUS é bom mais ou menos ruim ?

CS21:

oito e meio

SP01:

Por quê?

CS21:

Por causa dessas guardas também. A gente tem, mesmo que sejam alguns acolhedores, também tem os que são... assim, meio menos receptivos.

SP01:

Entendo. Durante a Covid-19 você tomou alguma vacina?

CS21:

tomei.

SP01:

Você tomou só de Covid ou também tomou de... ?

CS21:

Só de Covid.

SP01:

Só de Covid. Você lembra quantas você tomou, quantas doses?

CS21:

Três.

SP01:

Três doses. E por que que você tomou essas vacinas?

CS21:

Não sei. porque eu precisava.

SP01:

Então... Você julgou que precisava naquele momento e tomou. Ok.

CS21:

Sim.

SP01:

Para você, o que é uma vacina?

CS21:

Eu não.. Complicado. Acho que é uma forma de como é? deixar menos grave o vírus.

SP01:

Então, seria uma forma de deixar menos grave o vírus. Perfeito. Ao longo da sua vida, você tomou todas as vacinas, algumas? Como que foi?

CS21:

Algumas.

SP01:

Algumas. E você lembra por que não tomou todas?

CS21:

Não Lembro

SP01:

Essas algumas que você tomou, você lembra de alguma específica para alguma doença específica?

CS21:

de HPV

SP01:

De HPV você tomou? Tomou de mais alguma coisa assim, tipo gripe?

CS21:

Não lembro, faz muito faz tanto tempo.

SP01:

A de gripe você costuma tomar quando tem?

CS21:

Não.

SP01:

Certo. Você sabe o que é que é uma IST?

CS21:

Sim.

SP01:

O que seria? pode falar pra mim.

CS21:

Né doenças trans... É... Doença sexualmente transmissíveis.

SP01:

Seria IST?

CS21:

Peraí não, peraí. Eu sei o que é, mas eu tô... ta sumindo na mente

SP01:

Vamos lá. Doença sexualmente transmissível. Seria que sigla?

CS21:

D... DST é verdade.

SP01:

Perfeito.

CS21:

IST É o que mesmo?

SP01:

IST, você consegue diferenciar? Só muda uma letra, uma...

CS21:

o l eu não...

SP01:

Você conseguiria imaginar o que seria esse l?

CS21:

Eu sei que é alguma coisa... Eu sei que é também relacionado a isso, mas a letra I eu to... me Fugiu a mente agora.

SP01:

Certo. Você conhece alguma IST ou DST, que aprendeu na escola, que ouviu falar?

CS21:

Herpes, eu acho.

SP01:

Herpes, tem mais alguma que você lembra?

CS21:

Como é o nome, tem uma bem famosa que todo mundo fala, esqueci... AIDS?

SP01:

AIDS?

CS21:

Né? Tem outras também que eu aprendi, mas agora não me lembro mais.

SP01:

Ok. Posso te pedir uma coisa, por favor?

Você pode falar só um pouquinho mais alto?

CS21:

Ah, sim posso.

SP01:

Muito obrigada.

CS21:

Desculpa.

SP01:

Não, imagina, não tem problema nenhum.

Eu, que agradeço.

Você, em algum momento da sua vida, ao longo da sua vida, precisou fazer algum tratamento para alguma DST?

CS21:

Não.

SP01:

Certo. Como se chama o médico que trata do sistema reprodutor feminino?

CS21:

Ginecologista?

SP01:

Perfeito. Você já foi alguma vez ao Ginecologista?

CS21:

Não, tô precisando.

SP01:

Nunca foi.

CS21:

Não.

SP01:

Mas você imagina como que seria uma consulta ao ginecologista? Você acha que seria como, assim?

CS21:

Que ele perguntaria sobre minhas relações, sobre meu sis., o meu sistema... como é o nome?

SP01:

Pode falar como...

CS21:

O sistema reprodutor feminino, né?

SP01:

Certo.

CS21:

E pediria alguns exames, eu acho.

SP01:

Perfeito. Quando você for ao ginecologista, né? Todos nós precisamos ir um dia, você acha que prefere ir ao ginecologista, mulher ou homem?

CS21:

Sim.

CS21:

Mulher.

SP01:

Por quê?

CS21:

Porque eu me sinto mais segura com mulher do que com homem.

SP01:

Mais à vontade?

CS21:

Isso.

SP01:

Certo, você já ouviu falar em algum exame ginecológico?

CS21:

De lâmina e transvaginal.

SP01:

De lâmina e transvaginal. Perfeito. E você sabe para que serve o exame de lâmina, por exemplo?

CS21:

Não.

SP01:

E o transvaginal sabe?

CS21:

Também não.

SP01:

Certo. Você sabe o que é um exame preventivo?

CS21:

Na verdade, eu sei, mas eu não sei explicar.

SP01:

Mas, pelo nome assim, exame preventivo, você acha que é um exame que faz o quê?

CS21:

Prevenção a alguma coi... alguma doença sexualmente transmitível? Ou qualquer outra doenças né?

SP01:

Perfeito. Em algum momento da sua vida, você já precisou fazer algum exame preventivo?

CS21:

Não.

SP01:

Certo. Você acha importante que a mulher faça exames preventivos?

CS21:

Sim.

SP01:

Por quê?

CS21:

O nome eu acho que já diz, né? Então é isso, todo mundo precisa se prevenir de alguma coisa.

SP01:

Verdade. Tem um ditado que diz assim, Melhor prevenir do que remediar. Muito bem.

CS21:

Remediar...

SP01:

E você acha que, com que frequência uma mulher deve ir ao ginecologista? Qual seria a frequência que ela deveria ir assim na sua opinião?

CS21:

De ano em ano ou de seis em seis meses?

SP01:

Anualmente ou em seis meses seria essa frequência para você?

CS21:

Sim.

SP01:

Certo, você consegue imaginar como seria um exame ginecológico? Por exemplo, como seria o exame de lâmina? Você consegue imaginar como seria?

CS21:

O de lâmina, Eu já ouvi falar que é um contonetezinho, né? Que ele pa... o ginecologista passa lá dentro e depois ele coloca numa laminazinha pra olhar no microscópio, né?

CS21:

Acho que é isso.

SP01:

Então, de lâmina seria isso.

SP01:

Você já ouviu falar no exame papanicolau alguma vez?

CS21:

Não.

SP01:

Nunca ouviu falar?

CS21:

Primeira vez que eu tô ouvindo o nome agora.

SP01:

E saberia dizer pra que que serve?

CS21:

Não.

SP01:

Assim, pelo nome faz algum tipo de associação?

CS21:

Não.

SP01:

Certo. Você sabe o que que é HPV?

CS21:

Não.

SP01:

E papiloma vírus humano, você... sabe o que é que é ?

CS21:

Não.

SP01:

Mas já ouviu falar em HPV?

CS21:

HPV sim, mas esse outro não.

SP01:

Papiloma vírus humano não.

SP01:

Você acha que uma pessoa ela pode pegar ou transmitir o HPV como?

CS21:

Tendo relações.

SP01:

Tendo relações, essa seria a única forma ou teria alguma outra?

CS21:

Não sei.

SP01:

Essa seria a única forma que você consegue associar então?

CS21:

Acho que não mas, deve ter acho que... eu consigo imaginar outras, mas...

SP01:

Pode falar do jeito que você consegue imaginar, não tem problema.

CS21:

Eu não sei.

SP01:

Você acha que HPV é uma IST uma DST ou não é. É uma outra coisa?

CS21:

Uma dessas duas, de uma IST ou DST.

SP01:

Certo. E você acha que quando uma pessoa pega HPV, por exemplo, ela apresenta algum tipo de sintoma?

CS21:

Acho que seria assintomático não é não?

SP01:

Seria assintomático na sua opinião. E você acha que o HPV se manifesta de que forma no corpo da pessoa que pega?

CS21:

Não sei.

SP01:

Eu não saberia nem associar com alguma coisa que aparece no corpo de repente.

CS21:

Não.

SP01:

Certo. Quando uma pessoa, ela tem HPV, por exemplo, você acha que ela pode é... o HPV ele pode causar algum tipo de doença?

CS21:

AH... ele, como assi... como é ?

SP01:

Vou refazer a pergunta.

SP01:

Você acha que o HPV pode causar algum tipo de doença?

CS21:

Não, acho que não.

SP01:

Certo, você acha que uma pessoa pode se prevenir de pegar o HPV de que forma?

SP01:

Com vacina?

CS21:

Com vacina? Esse seria a outra forma?

Eu acho que sim.

SP01:

Você alguma vez tomou a vacina contra o HPV?

CS21:

Sim.

SP01:

Você lembra?

CS21:

Acho que foi com 14 anos. Por aí.

SP01:

Você lembra se tomou uma dose, duas, três?

CS21:

Acho que foi uma.

SP01:

Uma dose? Certo. E deixa eu perguntar mais uma coisa em relação a isso. Mas você tomou uma dose e tinha duas? Ou quando você tomou, era só uma dose?

CS21:

Tinha duas.

SP01:

E aí você não tomou a segunda. Você lembra por que não tomou a segunda?

CS21:

Não.

SP01:

Certo. Quando você tomou essa vacina, foi por conta de alguma campanha? Ou como foi que você foi tomar a vacina?

CS21:

Foi por causa de campanha.

SP01:

Você lembra se foi na escola, na TV?

CS21:

Minha mãe, na verdade, me obrigou a ir tomar.

SP01:

Sua mãe que viu a campanha e te levou.

CS21:

Sim, mas a segunda vez eu não me lembro, porque eu não tomei.

SP01:

Ok. Você... Quando eu falo Ginecologia preventiva, você acha que é o que? Você saberia me dizer?

CS21:

É alguma coisa relacionada à prevenção da mulher.

SP01:

Perfeito. Você sabe o que é câncer do colo do útero?

CS21:

Sim.

SP01:

Você sabe o que pode causar o câncer do colo do útero?

CS21:

Não.

SP01:

Mas não consegue nem associar?

CS21:

Não.

CS21:

Tem muitos termos assim relacionados a essas coisas assim que eu sei, mas eu não me aprofundei muito, sabe?

SP01:

Termos que você fala seria o quê?

CS21:

IST, DST, HPV. Os exames que precisa no ginecologista, o exame preventivo, já ouvi falar também. Muitas coisas assim, só que eu nunca me aprofundei bastante a saber isso, sabe?

SP01:

Mas você nunca se aprofundou por causa de pouco acesso à informação, dificuldade em entender a informação, Você saberia dizer por quê?

CS21:

Eu acho que eu não procurei o suficiente.

SP01:

Sabe que não procurou o suficiente, certo.

CS21:

E também porque na minha casa eu não me sinto segura em conversar sobre essas coisas.

SP01:

É um tabu,

CS21:

Sim

SP01:

Entendo. Na casa de muitas pessoas na verdade. Na minha, também foi um tabu durante muito tempo. Falar sobre temas relacionados a sexo, a... A útero, ovários, a menstruação. Então, a própria menstruação, que é algo tão comum na vida

da mulher, acaba, por vezes, sendo um tabu dentro da nossa própria casa. Com a nossa mãe, com as nossas irmãs, que também menstruam. Engraçado como a sociedade imprime esses papéis.

CS21:

Então, eu sinto muito. Se eu não souber responder muita coisa assim, eu pareci, viu? Não meio burra, mas sabe, Não soube tanta coisa assim quanto eu deveria saber para entrevista.

SP01:

Você não precisa pedir desculpas, você, inclusive, essa entrevista é muito importante para saber como que a gente lida com essa temática, com esses temas. Então, não precisa pedir desculpas, né? Eu só tenho a agradecer a sua disponibilidade em participar da minha pesquisa. Muito obrigada, mais uma vez.

CS21:

Por nada

SP01:

Você sabe o que é câncer cervical?

CS21:

Não

SP01:

Pelo nome conseguiria fazer algum tipo de associação?

CS21:

Não.

SP01:

Lesão precursora, quando eu falo esse nome, você consegue saber o que é?

CS21:

Também não.

SP01:

Fazer algum tipo de associação do que que é uma lesão?

CS21:

Não

SP01:

Sabe o que que é uma lesão?

CS21:

Sei, mas...

SP01:

Seria o que?

CS21:

Algum machucado na pele

SP01:

Seria algum machucado na pele, e precursora seria um machucado na pele como?

CS21:

Mais fundo?

SP01:

Mais fundo.

SP01:

Certo, quando você quer saber sobre temas relacionados a Ginecologia preventiva, HPV, temas relacionados à saúde da mulher, você costuma procurar em quais fontes?

CS21:

O Instagram tem várias ginecologistas e tem uma que eu gosto bastante. E no TikTok também eu acompanho ela.

SP01:

Poderia dizer o nome dela?

CS21:

Não me lembro, acho que, não sei se é Maitei, não me lembro agora o nome dela. Mas começa com M.

SP01:

Começa com M. Tem umas bem famosas realmente no Instagram, né? Eu também sigo algumas. Então seria a sua fonte principal. Seria médicas que estão no Instagram?

CS21:

Sim.

CS21:

Certo, perfeito. E você se recorda de alguma campanha sobre vacinação contra o HPV quando você era adolescente na escola, no Postinho da cidade?

CS21:

Não, só lembro desse mesmo, porque a minha mãe fez eu ir tomar a vacina.

SP01:

Que ela viu, você sabe se ela viu na TV ou se foi na cidade?

CS21:

Eu acho que foi na escola que ela ensinava, porque ela é professora também.

SP01:

Ah, bacana sua mãe é professora de quê?

CS21:

É pedagoga, mesmo.

SP01:

Pedagoga, Que legal. E quando você vê campanhas, podem até ser relacionadas a outros temas, né? Por exemplo... Contra a gripe, contra o Covid, Você acha que essas campanhas auxiliam na hora de levar a pessoa para vacinar, da pessoa, ir vacinar ou levar o filho?

CS21:

Sim.

SP01:

Certo. Você concorda que meninas, a partir de 9 anos de idade, devem tomar a vacina contra o HPV?

CS21:

Sim.

SP01:

Por que? Saber...?

CS21:

Ah, eu não sei dizer. Eu acho que sim, porque nós, mulheres, no caso, estamos sempre sujeitas a muita coisa perigosa no mundo. Muita gente mal intencionada, muito homem mal intencionado, dentro da nossa família, inclusive. Então, meninas de 9 anos também correm o perigo de muitas coisas. Então, acho que sim.

SP01:

PARTICIPANTE IL23

SP01:

Boa noite novamente e obrigada pela disponibilidade de participar da pesquisa. Eu preciso que você me diga o seu nome completo.

IL23:

Boa noite

IL23:

SP01:

Você tem quantos anos?

IL23:

23 anos.

SP01:

Me diga, por favor, a data do seu nascimento, completa.

IL23:

28 do 3 de 2002.

SP01:

Perfeito. Qual a cidade-estado você nasceu?

IL23:

Nasci em Lagarto, na cidade de Lagarto, Sergipe.

SP01:

Ok. Você tem religião?

IL23:

Não.

SP01:

Certo. Atualmente, você estuda ou você também trabalha?

IL23:

Eu estudo e trabalho. Faço faculdade em pedagogia aqui na UFS. E trabalho como almoxarife lá na cidade de Lagarto.

SP01:

Então você vai e vem todos os dias.

IL23:

Isso.

SP01:

Você vem por conta própria ou tem um ônibus da prefeitura?

IL23:

Não é da prefeitura. É um ônibus da associação que a gente paga uma taxa e é isso...

SP01:

Verdade. Você acha que nós poderíamos conscientizar outras mulheres sobre o HPV e as formas de prevenção de que forma?

CS21:

Através de companhas, também de conversas em grupo.

SP01:

Perfeito. Eu queria agradecer novamente sua disponibilidade em fazer parte da minha pesquisa. Muito obrigada. Eu vou encerrar a gravação.

E é isso, né? Eu sei como que é. Eu sou de Tobias, né? E lá também funcionava da mesma forma. Tinha associação e tal. Daí a gente vinha pra cá. O seu curso é... Você diz faz pedagogia, né? O seu curso, ele é vespertino, noturno? Noturno, certo.

IL23:

Noturno.

SP01:

Você... sabe me dizer de quantos salários mínimos seria, mais ou menos, a sua renda familiar?

IL23:

A minha renda familiar, até três. Até três salários mínimos.

SP01:

Certo. Você tem plano de saúde?

IL23:

Não.

SP01:

Quando você precisa de atendimento médico, seja ele hospitalar ou clínico, você recorre aonde?

IL23:

Quando depende. Eu vou geralmente no posto, mesmo. Recorro o SUS, já fui no hospital também, mas às vezes, dependendo de se for clínico, exames clínicos que o médico do SUS peça, às vezes eu faço por conta mesmo.

SP01:

De forma particular?

IL23:

Isso, particular.

SP01:

Perfeito. Você, lá na sua cidade, faz esses atendimentos hospitalares e clínicos lá na sua cidade, em Lagarto, ou você tem que vir aqui para Aracaju?

IL23:

Lá em lagarto mesmo. Geralmente faço lá e até no povoado que eu moro. Eu moro na Colônia 13, que é um povoado do lagarto. Aí, lá, também tem algumas clínicas e tem um posto aí eu faço ali mesmo.

SP01:

Perfeito. Se fosse pra você dar uma nota, por exemplo, a esses postos de saúde, você daria que nota?

IL23:

Ai, obrigada. É... Cinco, por aí, uns cinco.

SP01:

Por quê?

IL23:

Porque é muito demorado. O atendimento, às vezes, é péssimo. Assim, e, principalmente, se você for durante o dia. Eu já, agora, aprendi que agora tá 24 horas. Agora aprendi, eu vou depois que eu saio do trabalho, ali de 6 horas, 7 horas, que tá 24 horas. Aí o médico tá lá e tem menos pessoas, porque geralmente de noite, o pessoal não vai, né? Vai quem tá mais de emergência. Aí eu aprendi aí, nesse horário que eu consigo atendimento, consigo, que o médico me avalie, me olhe com mais atenção do que durante o dia.

SP01:

Perfeito.

IL23:

Mas isso da demora aquele caos, que é o posto.

SP01:

Verdade. E ao atendimento hospitalar, Se você tivesse que dar uma nota ao hospital, você daria que nota?

IL23:

No hospital, eu vou menos, então eu fui uma vez agora, no ano passado com a minha irmã demorou bastante, mas... Eu daria uns sete, porque é o Hospital universitário, o Hospital da universidade, O que tem lá. Então, ele tem o atendimento, tem aquela demora que é regular, mesmo, porque tem muita gente, mas ele atende e faz exame lá, o que é ótimo.

SP01:

Perfeito. De modo geral, O que você acha dos SUS ?

IL23:

Eu acho que é ótimo, porque dá o atendimento para quem não tem plano de saúde, para quem mais precisa, principalmente ali nas UBSS, nas Unidades Básicas de saúde, para a comunidade. Tem o atendimento, tem os agentes de saúde que estão ali, que é para acompanhar as famílias. E ele entrega o que ele promete, assim, com uma precariedade, que a gente sabe que tem essa precariedade, mas entrega, de certa forma, para quem não tem o poder aquisitivo de ter um plano de saúde, para quem não tem dinheiro para pagar consultas, que são muito caras, consultas particulares com Médicos de áreas e até clínico geral é muito caro. Então, tá,

cumpra, demora, mas você consegue ser atendido.

SP01:

Você então daria, por esses motivos que você mencionou, que nota ao SUS?

IL23:

Ah, eu daria uns oitozinho.

SP01:

Oito, né?

IL23:

Tem muito pra melhorar. Assim, em questão de serviço, mesmo, de atendimento, de agilidade. Mas ele é muito, muito bom.

SP01:

Perfeito. Durante a Covid-19, você precisou de algum atendimento médico?

IL23:

Eu precisei porque eu comecei a sentir algumas coisas estranhas, aí eu fui até o posto. De lá, eles me passaram para fazer o exame da Covid e foi super rápido. Na época, foi uma coisa que eu fiz um dia e no outro dia eu já fui fazer o exame e saiu o exame uns dois dias, eu acho, depois e foi rápido.

SP01:

Maravilha. E quando saiu o exame, você foi diagnosticada com Covid?

IL23:

Não deu negativo. Aí teve outro suspeito, que era uma infecção urinária, que eu tive muita febre. Aí eu fui para o posto que eu fiquei preocupada, né, porque eu também estava com, eu tenho alergia. Aí, e depois fiz o tratamento também pelo SUS, da infecção urinária, né.

SP01:

Perfeito. Durante a Covid-19... Durante a Covid-19, você tomou alguma vacina?

IL23:

Tomei. As vacinas da Covid.

SP01:

Da Covid.

IL23:

Isso.

SP01:

Tomou todas?

IL23:

Só não tomei a... Depois, teve uma extra, né?

SP01:

Sim.

IL23:

Teve um reforço. Eu não tomei essa.

SP01:

Certo. E você tomou vacina para alguma outra coisa ou não?

IL23:

Durante a Covid, eu acho que não. Teve alguma outra campanha de vacina? Eu acho que não.

SP01:

É que depende da idade, né? Mas você acha que não?

IL23:

Não, eu creio que não, porque teve a do HIV e não tem uma que é... São três doses que você toma. Uma Eu tomei em 2014, aí depois outra eu tomei, acho que em 2019. Tem um tempo longo. Alguma coisa assim.

SP01:

Certo, você, ao longo da sua vida, tomou todas as vacinas certinho ou intercalou, né? Não tomou alguma?

IL23:

Tomei. Tomei, eu tenho a... A carteirinha lá toda, preenchida.

SP01:

Para você, o que é uma vacina?

IL23:

O que é que é uma vacina? É muito complexo, É uma ai... Não sei.

SP01:

Pode explicar do jeito que você achar melhor, assim, mais a vontade.

IL23:

Uma pergunta muito complexa. O que é uma vacina? Uma vacina é tipo uma medicação que a pessoa injeta em você para que você tenha imunidade contra algum tipo... Para que você adquira anticorpos, sei lá. Alguma coisa contra algum tipo de doença específica. Um tétano, uma hepatite, um sei lá. Tem umas coisas assim.

SP01:

Perfeito! Foi bom que você já foi citando algumas doenças. Que já existe vacina.

IL23:

Sim

SP01:

Você sabe o que é que é uma IST?

IL23:

Sim, uma infecção sexualmente transmissível.

SP01:

Isso. E você sabe qual é a diferença entre IST e DST?

IL23:

Não. Uma doença e uma infecção.

SP01:

Ok. E você saberia citar alguma IST?

IL23:

Agora, mudou, não foi a terminologia? Ou tem ainda DST? Uma gonorreia, uma sífilis, uma... ?

SP01:

Perfeito, mudou.

IL23:

Mudou, né?

SP01:

É, eu pergunto, faço essa associação, porque às vezes a pessoa não sabe, mas aí não associa a IST, porque acha que, como antes era DST, é uma DST e não pode ser uma IST.

IL23:

Entendi, É tudo a mesma coisa, né? Mudou a terminologia por algum motivo, não sei.

SP01:

E você poderia citar algumas ISTs?

IL23:

Sífilis, gonorreia, HIV, não sei mais.

SP01:

Perfeito.

IL23:

Não lembro mais.

SP01:

Você, em algum momento da sua vida, já precisou fazer algum tratamento para alguma IST?.

IL23:

Não

SP01:

Ok.

IL23:

Candidíase é?

SP01:

Sim.

IL23:

falei, eu perguntando do nada jogando.

SP01:

Você já fez, então?

IL23:

Não.

SP01:

Não? Ok.

SP01:

Como é o nome do médico que trata o sistema reprodutor feminino?

IL23:

Ginecologista.

SP01:

Perfeito.

SP01:

Com que frequência você vai à ginecologia?

IL23:

Eu nunca fui.

SP01:

Nunca foi?

IL23:

Nunca fui.

SP01:

Mas você acha, por exemplo, que uma mulher deveria ir com que frequência ao ginecologista?

IL23:

Talvez anualmente. Provavelmente anualmente.

SP01:

Certo. Quando você for ginecologista, quando chegar o momento e você decidir ir você prefere ser atendida por um ginecologista, homem ou mulher?

IL23:

Uma mulher.

SP01:

Por quê?

IL23:

Porque eu acho que eu me sentiria mais confortável. Porque, tendo em vista, a gente vê muitas questões de abuso, principalmente em faculdades de medicina. A gente vê muito... Eu vejo, né? Nas redes sociais, de alusão a estupro, as coisas assim, em momentos de jogos de futebol, essas coisas assim, né, de acadêmicos, Sei lá. Eu acho que eu me sentiria mais confortável.

SP01:

Perfeito. Você imagina que uma consulta ginecológica seria de qual forma?

IL23:

Eu acredito que a pessoa chega, conversa com você, faz algumas perguntas sobre sua vida no geral. Provavelmente faz perguntas, O que é que você come, como é que você se exercita. Essas coisas que o médico, no geral, pergunta, né? No. Clínico geral. E talvez uma consulta visual, né? Pra ver, pedir alguns exames. Acho que é isso.

SP01:

Perfeito. Você sabe o que é um exame preventivo?

IL23:

Um exame para você prevenir alguma doença. Provavelmente para você ver como é que você está, para fazer algum tratamento que previna algum tipo de doença de IST.

SP01:

Perfeito. Você, em algum momento na sua vida, já precisou fazer algum exame preventivo? Ou já fez algum exame preventivo?

IL23:

Ginecológico?

SP01:

De cunho geral?

IL23:

Já fiz alguns exames para ver como estava a minha saúde, para ver se eu precisava fazer algo, tomar alguma suplementação de vitamina, se precisava fazer algum tipo de tratamento específico, para sei lá, qualquer coisa.

SP01:

Perfeito. Você acha importante a pessoa fazer exames preventivos?

IL23:

Sim.

SP01:

Por quê?

IL23:

É importante porque a gente vive achando que nosso corpo está bem, né? Eu espero que as pessoas vivam esperando que o corpo delas esteja funcionando bem, né? E aí, você só ir no médico, como é o caso de muitos homens, que só vai no médico se tiver muito doente. Meu pai é um caso desse. Tipo assim, tá morrendo, Aí eu vou no médico. Não faz um exame periódico, não faz um check-up pra ver como é que tá a saúde. E se você não faz esses exames, você não tem noção do que é que tá acontecendo por dentro de você, né?

SP01:

Exato.

IL23:

E é que tá rolando. Inclusive, eu tô... em dívida com ginecologista, né? Tem que marcar uma consulta.

SP01:

Você sabe o que é o exame? Papanicolau? Já ouviu falar?

IL23:

O papanicolau é o exame do cotonete. É? Faz uma coleta lá. Já, já.

SP01:

Já ouviu falar.

IL23:

Tem outro nome. Como é que chama? Tem um nome...

SP01:

Sim... Você sabe qual outro nome ele tem?

IL23:

Então, eu lembro que tem um outro nome de lâmina. Exame de lâmina? Exame de lâmina, né?

SP01:

Sim, tem pessoas que também chamam de exame de lâmina.

SP01:

Você imagina como seria um exame desse, um papanicolau? Como seria fazer um exame?

IL23:

Como seria como? Como é feito o exame?

SP01:

Sim, você já ouviu alguém relatar?

IL23:

Não.

SP01:

Ou já viu na internet?

IL23:

Eu acho que introduz algum aparato para abrir aquele canal. Para ele poder botar o cotonetezinho, faz uma coleta de... Uma raspagenzinha, tipo aqueles exames de boca, mesmo, como o da Covid, e coleta aquele material, tira e tchau. Eu acho que é isso.

SP01:

Perfeito. E você sabe para que serve esse exame?

IL23:

Não, eu não vou saber.

SP01:

Nem imagina.

IL23:

Não, aí já vai ser pra algum... pra ver se você tem alguma, alguma lesão sei lá, alguma doença ali dentro, não sei.

SP01:

Perfeito. Você sabe o que é que é HPV?

IL23:

Não exatamente, mas é um tipo de doença, de IST.

SP01:

Já ouviu falar. Já.

IL23:

Eu acho que é isso aí. O que a gente toma uma vacina, não é não? São três doses e demora entre um e outro intervalo.

SP01:

Você sabe como uma pessoa pode pegar ou transmitir o HPV?

IL23:

Sexualmente? ou por... Não sei. Eu não sei. Eu lembro que teve, que me falaram, que era quando fizeram a campanha lá na primeira dose que eu tomei, que eu acho que foi em 2014, que eu lembro que eu estava no meu sexto ano, Eu acho. E eu acho que foi a última vez que eu ouvi falar, Depois eu nunca pesquisei sobre.

SP01:

Certo. Então, você acha que, por exemplo, uma mulher poderia pegar HPV de que forma? Ou transmitir, né? Também.

IL23:

Sexualmente? Não sei. Eu não sei se é tipo HIV, tipo AIDS, não sei. Por medo de lesão no corpo, sangue, não sei.

SP01:

Certo. Você acha que o HPV, uma vez que a pessoa pega, ele se manifesta no corpo. De que forma?

IL23:

Faltei as aulas do HPV. Não.

SP01:

Você acha que tem algum sintoma, que tem alguma coisa que é visível, que a pessoa pode ver ali?

IL23:

Tipo uma sífilis, um gonorreia, um negócio, ferida, lesões, Não sei.

SP01:

Você acha que...

IL23:

Pode ser.

SP01:

Que seria?

IL23:

Chutaria isso.

SP01:

Certo. Você acha que o HPV pode causar o quê? Ele pode causar alguma coisa ou não?

IL23:

Toda doença causa alguma coisa, né? Talvez uma... É que eu não sei. Aí fica difícil de eu responder para você, porque eu realmente não me vejo a memória. O que é exatamente o HPV. Então, eu realmente não sei o que responder.

SP01:

Você acha que ele poderia, por exemplo, estar relacionado a outras doenças ou não? Porque, por exemplo, diabetes, né? A gente tem outras doenças que se relacionam ao diabetes, né? Por exemplo, doença de coração pode estar relacionada ao diabetes. E ao HPV, você acha que teria alguma doença que poderia estar relacionada?

IL23:

É exatamente isso. Eu não faço ideia do que seja. O HPV agora, que eu não lembro. Mesmo que é. Eu não sei se é alguma coisa que tem a ver com ferimentos, não sei se é alguma coisa que vai trazer uma anemia, ou que vai trazer uma fraqueza para a pessoa, Não sei, entendeu?

SP01:

Entendi. E você acha que uma pessoa poderia tratar o HPV? De que forma?

IL23:

O tratamento com acompanhamento ginecológico, né? Para você primeiro, diagnosticar esse... Esse HPV e aí tratamento com medicação, provavelmente, né? Pra fazer aquele... E se tiver alguma doença relacionada a ele, tratar também essa doença junto. Mas...

SP01:

Perfeito. Você já tomou a vacina contra o HPV?

IL23:

Eu tomei duas doses. Eu lembro que tem uma dose, que é 2026. Eu acho que eu tenho que tomar... É porque demora. A terceira demora muito. Eu me lembro disso.

SP01:

Você tomou... No caso, a primeira dose, você lembra quantos anos mais ou menos você tinha?

IL23:

Eu estava, eu acho que foi em 2014, eu tinha 12 anos.

SP01:

Na época que você tomou, eram três doses, duas doses?

IL23:

Eram três doses.

SP01:

Três doses.

IL23:

Eram uma no ano, outra foi mais ou menos, Eu já estava. Acho que no ensino médio, foi em dois mil e dezoito, porque eu já estava de manhã ainda. Aí foi em dois mil e treze, dois mil e quatorze, um de dois mil e dezoito e a outra era dois mil e vinte e cinco, dois mil e vinte e seis. Era alguma coisa assim, inclusive, tem que olhar.

SP01:

Entendi. Então, você já tomou duas?

IL23:

Já tomei duas.

SP01:

Perfeito. Para você, o que é... Na verdade, agora eu fiquei curiosa. Você lembra por que você tomou essa vacina? Se foi iniciativa sua?

IL23:

Foi na escola.

SP01:

Foi na escola?

IL23:

Foi uma campanha que teve na escola aí, por isso que eu disse que eu não lembro, porque explicaram pra gente. Foi logo na época que começou que eles deram um tipo, um folderzinho pra gente sobre educação sexual. Era educação sexual, né? Falando sobre os órgãos genitários sobre o uso de camisinha sobre DST, que na época era DST. E aí teve toda uma movimentação assim na escola, na Escola pública, né? Municipal para a gente tomar essa vacina. Aí foi na escola esse movimento.

SP01:

Hum... Bacana

SP01:

E você lembra se, nessa época da campanha, você pediu autorização à sua mãe para tomar a vacina?

IL23:

Teve autorização. A gente levou um documento para casa, aí a mãe tinha que assinar para a gente poder tomar a medicação na escola.

SP01:

Perfeito. Para você, o que é uma ginecologia preventiva?

IL23:

A Ginecologia preventiva, eu acho que é o que a gente conversou no instante, de você fazer um acompanhamento ginecológico para prevenir qualquer tipo de... De doença, pra estar observando como está o seu quadro de saúde, né?

SP01:

Perfeito. Você sabe o que é câncer do colo do útero?

IL23:

É um câncer do colo, do útero.

SP01:

Você sabe o que causa esse câncer?

IL23:

Não. Eu nunca conheci alguém que tivesse e também nunca pesquisei muito sobre. Mas como a gente sabe que é um câncer, é uma coisa muito, muito muito complicada, né?

SP01:

Perfeito. E câncer cervical, você sabe o que seria?

IL23:

Câncer na coluna? É coluna, né, cervical?

SP01:

E você sabe o que poderia causar esse câncer?

IL23:

Se for na coluna, pode causar. Provavelmente, uma parada na pessoa, né? A pessoa ficar sem movimento. E o que o câncer causa? O câncer é... É isso aí, né?

SP01:

Verdade, é sempre.

IL23:

Muito, né?

SP01:

Você sabe o que é Lesão precursora?

IL23:

Lesão precursora?

SP01:

Isso. Conseguiria fazer algum tipo de associação pelo nome? Por exemplo, o que seria uma lesão?

IL23:

Machucado. Precursora. Foi causada antes de alguma coisa? Foi o que veio antes de algo? Porque quando alguém é precursor de algo a pessoa é a primeira, né? A primeira lesão.

SP01:

Ok. Quando você quer se informar sobre ginecologia ou sobre HPV, IST enfim temas ligados à saúde, que envolvem a saúde da mulher, você costuma buscar, recorrer quais fontes?

IL23:

Como a gente viu, eu ando procurando muito sobre a saúde da mulher. Mas eu acho que internet, YouTube, tá olhando. Sempre tem um superfície de ginecologista, de médico falando sobre essas coisas. E internet, né? De artigo, se eu quiser olhar mais a fundo, né?

SP01:

Seria então as principais coisas que você busca.

IL23:

A internet

IL23:

Isso. Ou, No caso de marcar uma consulta, eu ia tirar todas as minhas dúvidas ali, né?

SP01:

Perfeito. Você concorda que meninas a partir de 9 anos devem tomar vacina contra o HPV?

IL23:

Concordo

SP01:

Por quê?

IL23:

Eu tomei. Antes, depois um pouco dos nove, mas eu tomei. Mas como é uma doença, uma doença que... É uma doença de meninas, de mulheres. O HPV, só em mulheres que tem?

SP01:

Não, tem em meninos também.

IL23:

Ah tá, há por quê, Então eu acho que as pessoas deveriam prevenir o quanto antes, né? Porque se a gente faz um tratamento. É igual a vacina da gripe, né? Todas as vacinas que a gente toma. Não é que a gente vai ter ali, naquele momento, que a gente vai estar instigando a eu furar meu dedo, porque eu tomei uma vacina, entendeu? Eu acho que é um tratamento, uma coisa que você vai fazer para prevenir qualquer dano futuro, né? Qualquer possibilidade de adquirir aquela doença.

SP01:

Perfeito. Você acha que nós poderíamos conscientizar outras mulheres sobre o HPV, sobre as formas de prevenção, de que maneira?

IL23:

Informação e comunicação, né? Trazer sempre ao debate, tipo, Como quando eu tomei a primeira, que teve toda uma mobilização de explicar para a gente o que é as doenças, os cuidados que tem que ter. Isso tudo tem que acontecer, Eu acho que

não só quando a gente vai fazer um tratamento ou quando querem dizer, olha, É por isso que você tem que tomar essa vacina. Tipo quando teve a Covid, né? A gente tinha que lavar as mãos, usar máscaras, não espirrar na cara das pessoas, né? E isso não fica guardado na nossa memória. É como se só fosse importante ali naquele momento. Mas é importante a gente ainda continuar fazendo esses cuidados. E a gente não vê isso falado por aqui, mas na UFS. Essa importância de usar máscara, de fazer um cuidado na hora de espirrar, Então, a mesma coisa é para essas campanhas, que acho que é importante que tenha. Campanha que tenha informação, que saia mais divulgações sobre esses temas. Eu não tenho acesso a esse tipo de divulgação. Quando aparece alguma coisa ginecológica, geralmente é alguma pessoa que está se formando médico, que está postando no Instagram para fazer aquele crescimento, geralmente homem, geralmente branco, aquela coisa, né? A gente vê só num recorte muito pequeno, não, uma coisa muito aprofundada, é uma coisa muito superficial. Não sai muito nos canais de... Pra público, em geral, na TV aberta, Eu não vejo, pelo menos.

SP01:

Verdade.

IL23:

Mas acho que seria essa divulgação, essa coisa constante. Uma coisa que seja constante, sempre. Junto com o SUS, né, também tá no post essas informações. Porque eu já não sei mais quando é que eu tenho que tomar minha próxima vacina. Vou até ter que procurar meu cartão. Porque eu lembro, assim, vagamente, na minha memória, que é dois mil e vinte e seis. Que eu fiquei assim, nossa, eu vou tá morta até lá. Quando eu vi lá em dois mil e quatorze, né? Tipo, 500 anos depois. Mas eu acredito que tem que ser mais divulgado. E também trazer para as mulheres a importância de pesquisar, né? Porque eu nunca fui pesquisar sobre câncer de colo do útero. Nunca fui pesquisar. Mas deveria.

SP01:

Muito obrigada, novamente, pela sua disponibilidade em participar da pesquisa. Sua contribuição foi de extremo valor para a gente. Vou encerrar a gravação.

PARTICIPANTE KA19

SP01:

Boa noite, novamente queria agradecer a sua disponibilidade em participar da pesquisa. Eu preciso que você me diga o seu nome completo.

KA19:

KA19:

SP01:

Certo.

SP01:

Qual a sua data de nascimento completa?

KA19:

Dia 20 de abril de 2006.

SP01:

Ok.

SP01:

Você tem quantos anos?

KA19:

Tenho 19 anos.

SP01:

Certo.

SP01:

Em que estado e cidade você nasceu?

KA19:

Nasci aqui em Aracaju.

SP01:

Certo.

SP01:

Você reside em Aracaju atualmente ou em outro lugar?

KA19:

Não, atualmente eu moro em Indiaroba.

SP01:

Daí você vai e vem todos os dias?

KA19:

Isso.

SP01:

Você vem através de ônibus com outros estudantes ou através de outro meio de transporte?

KA19:

Ônibus com os outros estudantes.

SP01:

Certo. Você, lá na sua cidade, o ônibus ele é da prefeitura ou é cooperativa? Como que é?

KA19:

Da prefeitura.

SP01:

Certo.

SP01:

Você faz qual curso aqui na UFS?

KA19:

Faço o secretariado executivo.

SP01:|

Qual Turno?

KA19:

Noturno.

SP01:

No turno, certo.

SP01:

Você tem religião?

KA19:

Não.

SP01:

Ok.

SP01:

Você atualmente fora o curso aqui na UFS, tem alguma outra ocupação?

KA19:

Por enquanto, não.

SP01:

Certo.

SP01:

De quantos salários mínimos seria aproximadamente a sua renda familiar?

KA19:

Dois.

SP01:

Ok.

SP01:

Você tem plano de saúde?

KA19:

Não.

SP01:

Quando você precisa de atendimento médico, seja ele hospitalar ou clínico, você costuma ir aonde?

KA19:

Ao SUS.

SP01:

Certo,

SP01:

Lá na sua cidade tem hospital, funciona, como que é?

KA19:

Tem um posto, funciona algumas funções, não é muito...

SP01:

Entendo

SP01:

Você se fosse para dar uma nota ao posto de saúde lá da sua cidade, você daria que nota?

KA19:

Nota 6.

SP01:

Por quê?

KA19:

Porque não tem muitos recursos aí quando é casos mais sem ser básicos, tem que recorrer em Estância ou Aracaju

SP01:

Certo.

SP01:

Você, durante a Covid-19, precisou fazer algum atendimento hospitalar?

KA19:

Não.

SP01:

Graças a Deus.

SP01:
De modo geral, você daria que nota ao SUS?

KA19:
Daria um 8.

SP01:
Por quê?

KA19:
Ele atende o necessário,

SP01:
Mas não é perfeito?

KA19:
Não é perfeito, nada é perfeito, mas de graça, supre a necessidade.

SP01:
Certo.

SP01:
Você, durante o Covid-19, tomou alguma vacina?

KA19:
Tomei.

SP01:
Tomou as vacinas da Covid?

KA19:
Tomei três delas.

SP01:
E tomou fora da Covid vacina para uma outra coisa?

KA19:
Acho que pra gripe.

SP01:
Pra gripe? certo.

SP01:
Para você, o que é uma vacina? Pode falar com suas palavras, do modo que você se sintam mais confortável. Não se preocupe.

KA19:
O método de precaver?

SP01:
Certo.

SP01:
Você... Ao longo da sua vida, tomou muitas vacinas, poucas? Como é que foi?

KA19:
Poucas, não todas, mas o suficiente.

SP01:
Você lembra de algumas que você tomou?

KA19:
De nome, não vou lembrar não mas, tomei da hepatite, da gripe, das básicas, né?

SP01:
Sim.

KA19:
Tomei todas das básicas.

SP01:
Perfeito.

SP01:
E você sabe para quais doenças existem vacinas?

KA19:

Tem muitas.

SP01:
Poderia citar uma ou algumas?

KA19:
Para gripe, hepatite, tem pra catapora?, pra catapora, não sei, não lembro mais.

SP01:
Certo.

SP01:
Você sabe o que é uma IST?

KA19:
Doença sexualmente transmissível.

SP01:
Doença sexualmente transmissível. Seria? Qual a sigla?

KA19:
DST

SP01:
Isso, e IST, você saberia qual é a diferença com esse I e o D? O que seria esse I?

KA19:
Infecção.

SP01:
Isso, então infecção, pode falar por favor?

KA19:
Infecção sexualmente transmissível.

SP01:
Perfeito.

SP01:
Você conhece alguma IST ou DST? Já ouviu falar?

KA19:
Já

SP01:
Poderia explicar algum ou algumas?

KA19:
Tem a Aids, HIV, sífilis, gonorréia, só um pouco dessas.

SP01:
Ok.

SP01:
Você em algum momento da sua vida já precisou fazer algum tratamento para algum IST ou DST?

KA19:
Nunca.

SP01:
Ok.

SP01:
Como é o nome do médico que trata da saúde do sistema reprodutor feminino?

KA19:
Ginecologista.

SP01:
Isso.

SP01:
Com que frequência você vai ao ginecologista?

KA19:
Nunca fui.

SP01:
Nunca foi? certo.
SP01:
Mas tem um motivo específico ou simplesmente... Acha que não precisou ainda.
KA19:
Não eu ainda não fui porque não tive a experiência da primeira vez, então ainda não tive necessidade.
SP01:
Certo, perfeito. E você nunca teve nenhum sintoma, muita cólica, alguma coisa que precisou ir?
KA19:
Não, não.
SP01:
Ok. Porque às vezes a gente nunca teve relação, mas tem muita cólica, um tipo de problema e acaba tendo que ir. Por conta de outras questões, né?
KA19:
Isso.
SP01:
Quando você for, porque um dia todo mundo vai, quando você for, você vai preferir ser atendida por um profissional homem ou mulher?
KA19:
Mulher.
SP01:
Por quê?
KA19:
Mais confortável.
SP01:
Você acha que vai se sentir mais à vontade?
KA19:
É, mais à vontade.
SP01:
Perfeito.
SP01:
Você, quando for, provavelmente irá pela rede privada né, particular ou pública?
KA19:
Pública.
SP01:
Certo.
SP01:
Você sabe o que é um exame preventivo?
Já ouviu falar?
KA19:
Já ouviu falar, mas eu não sei explicar.
SP01:
Pelo nome, você conseguiria fazer algum tipo de associação?
SP01:
Exame, preventivo?
KA19:

Para prevenir se tem alguma doença? de alguma doença?
SP01:
Certo.
SP01:
Você, em algum momento da sua vida, já fez algum exame preventivo?
KA19:
Nunca.
SP01:
Ok.
SP01:
Você acha importante que as pessoas façam exames preventivos?
KA19:
Acho.
SP01:
Por quê?
KA19:
Porque, principalmente para quem pratica, tem que se precaver pra... tipo Porque doença sexualmente é muito difícil de curar e tem algumas que nem tem cura. Então, se precaver é importante do que esperar ter algum sintoma.
SP01:
Certo.
SP01:
Você acha que uma mulher, ela deve ir com que frequência ao ginecologista? Qual a frequência ideal para que uma mulher vá ao ginecologista?
KA19:
Eu acho que de três em três meses.
SP01:
Ok.
SP01:
Você já ouviu falar no exame Papanicolau?
KA19:
Já.
SP01:
Sabe pra que ele serve?
KA19:
Não.
SP01:
Certo. Você já ouviu falar no exame citológico oncológico?
KA19:
Não.
SP01:
Sabe pra que ele serve?
KA19:
Não sei.
SP01:
E o exame citopatológico, já ouviu falar?
KA19:
Não.
SP01:
Sabe pra que ele serve?
KA19:

Não sei.

SP01:

Exame de lâmina, já ouviu falar?

KA19:

Minha mãe fez esse mas eu não sei.

SP01:

Também não sabe para que serve?

KA19:

Não

SP01:

Sua mãe já comentou algo a respeito do exame? Se, por exemplo, ela é confortável, desconfortável?

KA19:

Ela só falou que é desconfortável.

SP01:

Certo.

SP01:

Se você fosse explicar como seria esse exame, através do que você já ouviu falar, né? Por parte de sua mãe, por exemplo, você saberia explicar?

KA19:

Seria um exame que envolve algum tratamento no útero, para ver se tá tudo bem, ou alguma coisa assim.

SP01:

Certo.

SP01:

Como você imagina que é uma consulta ginecológica? Você nunca foi, mas acredito que você já parou em algum momento para imaginar como seria. Como você acha que é?

KA19:

Eu acho que na primeira vez seria só perguntas, se tem algum sintoma, se tem alguma coisa para fazer o exame. Aí, quando realmente tiver alguma coisa, fazer o prático.

SP01:

Certo. Ok.

SP01:

Você já ouviu falar no HPV?

KA19:

Já.

SP01:

Sabe o que é o HPV?

KA19:

Não sei explicar.

SP01:

Você acha que é, sei lá, um vírus, uma bactéria, um fungo, uma doença?

KA19:

Eu acho que é um vírus.

SP01:

Certo.

SP01:

Você acha que uma pessoa pode pegar ou transmitir o HPV de que forma?

KA19:

Relação?

SP01:

Essa seria a única forma ou você acha que tem outras formas também?

KA19:

Outras, pelo sangue, feridas, saliva.

SP01:

Ok.

SP01:

Você acha que uma vez que a pessoa pegou o HPV, agora ela está com o HPV, como ele se manifesta, quais seriam os sintomas que essa pessoa vai ter?

KA19:

Sintomas? eu não sei muitos sintomas, mas...

SP01:

Consegue imaginar algum?

KA19:

Alguma ferida, enjoo? Secreção? Só imagino isso.

SP01:

Ok.

SP01:

Você acha que uma pessoa que tem HPV pode ser tratada de qual forma? Qual seria o tratamento?

KA19:

Vacinas, remédios e vacinas.

SP01:

Certo.

SP01:

Você sabe o que o HPV pode causar? Se ele pode causar alguma doença? Se sim, qual doença?

KA19:

Eu acho que ele pode ajudar a desenvolver outras doenças.

SP01:

Você conseguiria pensar em alguma doença, por exemplo, que ele pode ajudar a desenvolver?

KA19:

Uma parecida da HPV. Pode ser sífilis, pode ser gonorreia.

SP01:

Certo.

SP01:

Você acha que nós podemos nos prevenir de ter HPV de que forma?

KA19:

Se protegendo na relação tomar vacina preventiva, e se tiver algum sintoma, antes de desenvolver mais, procurar ajuda.

SP01:

Ok.

SP01:

Você já tomou a vacina contra o HPV?

KA19:

Não, ainda não. Acho que não.

SP01:

Você se recorda se na época que você estudava na escola teve alguma campanha sobre o HPV, alguma campanha de vacinação, você lembra?

KA19:

Eu acho que sim, teve de doenças sexualmente transmissíveis ou seja era várias não só essas.

SP01:

Sim, mas aí você não tomou a vacina, ou não lembra?

KA19:

Eu não lembro.

SP01:

Não lembra, né?

KA19:

Devo ter tomado.

SP01:

Certo.

SP01:

Fora essa campanha da época que você estudava, você se recorda se teve alguma outra campanha na TV ou no posto da cidade que você tenha visto? Ou recentemente, ou há muito tempo atrás?

KA19:

No posto? Sempre postam, né? Algumas coisas, mas não evento sobre isso.

SP01:

Certo.

SP01:

Para você, o que é ginecologia preventiva?

KA19:

Cuidado com a saúde da mulher.

SP01:

Ok. Você sabe o que é câncer de colo do útero?

KA19:

Sim.

SP01:

Já ouviu falar?

KA19:

Sim.

SP01:

Você sabe o que pode causar o câncer de colo do útero?

KA19:

Problemas com... úteros que não são preventivo, que não foi... Cuidado aí desenvolveu.

SP01:

Certo.

SP01:

Então, a pessoa que não cuidou do útero e teve algum tipo de problema...

KA19:

E não foi no hospital.

SP01:

Certo.

SP01:

Você saberia dizer qual é o tratamento para quem tem câncer de colo do útero?

KA19:

Tem casos que tem que retirar né? o útero.

SP01:

Certo.

SP01:

Você já ouviu falar em câncer cervical?

KA19:

Não.

SP01:

Sabe o que é?

KA19:

Não.

SP01:

Pelo nome, você conseguiria fazer algum tipo de associação de onde esse câncer ocorre? Em que parte do corpo?

KA19:

Como é o nome?

SP01:

Câncer cervical.

KA19:

Cervical? Não sei.

SP01:

Ok. Você sabe o que é lesão precursora?

KA19:

Também não.

SP01:

Consegue fazer algum tipo de associação? Por exemplo, o que seria uma lesão?

Quando eu digo assim, tipo, aí, lesionei aqui minha mão, o que seria?

KA19:

Uma ferida.

SP01:

Isso. E precursora, você saberia dizer que tipo de ferida é?

KA19:

Não, não faço ideia.

SP01:

Ok. Quando você quer saber mais informações sobre ginecologia, HPV, ginecologia preventiva, outros temas relacionados à saúde da mulher, você costuma recorrer quais fontes onde você busca informações?

KA19:

No google.

SP01:

Além dessa fonte, você costuma recorrer a uma ou a outra, como família, amigos, médico, campanhas?

KA19:

Amigas.

SP01:

Amigas? Certo.

SP01:

Quando você busca informações na internet, tem um site específico que você sempre busca informações ou depende do tema, tem sites aleatórios?

KA19:

Depende do tema, em sites aleatórios.

SP01:

Certo.

SP01:

Então você não tem um site fixo sobre saúde da mulher que você sempre busca informação?

KA19:

Não.

SP01:

Ok.

SP01:

Você concorda que meninas a partir de 9 anos de idade devem se vacinar contra o HPV?

KA19:

Concordo.

SP01:

Por quê?

KA19:

Porque se prevenir é muito melhor do que esperar acontecer.

SP01:

Então, essa seria a sua justificativa. Ok.

SP01:

Como você acha que nós poderíamos conscientizar mais as mulheres sobre o HPV, sobre ginecologia preventiva, as formas de prevenção do HPV?

KA19:

Que ocorra mais conversas sobre isso e que nas escolas ensinem o básico de educação sexual envolvendo isso e que aconselhem a procurar ginecologista, mesmo sendo antes de perder a virgindade. Pode ajudar com a saúde da mulher, com o útero, com a questão da menstruação, tudo isso pode ajudar.

SP01:

Perfeito.

SP01:

E você acha que a partir de qual série ou qual idade na escola seria ideal começar a transmitir essas informações?

KA19:

Eu acho que a partir do quinto ano, tá bom. Lançando com questão de ensinar sobre a saúde feminina, como ocorre a menstruação porque nessa idade já as meninas já estão menstruando como eu, eu menstruei com 9 anos. Então, acho que é uma ótima ideia.

SP01:

Perfeito, queria agradecer mais uma vez sua disponibilidade em participar da pesquisa. Muito obrigada.

KA19:

Obrigada, eu que agradeço.

SP01:

Vou encerrar a gravação, tá?

KA19:

Tá certo.

PARTICIPANTE LB18

SP01:

Boa noite, eu queria agradecer novamente a disponibilidade de participar da pesquisa. Eu vou precisar que você me diga o seu nome completo.

LB18:

LB18.

SP01:

Quantos anos você tem?

LB18:

18.

SP01:

Qual a sua data completa de nascimento?

LB18:

26 do 07 de 2006.

SP01:

Você nasceu em qual cidade?

LB18:

Aracaju.

SP01:

Qual o estado?

LB18:

Sergipe.

SP01:

Atualmente você mora aqui em Aracaju?

LB18:

Em Aracaju.

SP01:

Você faz que curso aqui na UFS?

LB18:

Letras Inglês.

SP01:

Esse curso foi o que você escolheu mesmo?

LB18:

Foi minha primeira opção, de verdade.

SP01:

Ai, que legal, que bom. Você está gostando do curso?

LB18:

Muito, muito.

SP01:

Você está em qual período?

LB18:

Primeiro.

SP01:

Primeiro.

SP01:

Você, seu curso é manhã, tarde ou noite?

LB18:

Noite.

SP01:

Noite. E como é essa rotina da noite? É tranquila?

LB18:

É tranquila, eu achei que seria pior, mas está sendo tranquila.

SP01:

Que bom. Você, além de estudar aqui na UFS, tem alguma outra ocupação?

LB18:

Não, só estudar.

SP01:

Só estuda, ok.

SP01:

Você saberia dizer mais ou menos de quantos salários mínimos seria a sua renda familiar?

LB18:

É, deixa eu ver, acho é dentro de casa, só um, que é o meu padrasto.

SP01:

Certo. Você tem irmãos?

LB18:

Quatro.

SP01:

Quatro. São mais velhos?

LB18:

Todos são mais velhos, são três mulheres e um homem, todos mais velhos, e nenhum mora comigo.

SP01:

Você é a mais nova.

LB18:

Verdade

SP01:

Você tem plano de saúde?

LB18:

Não.

SP01:

Quando você precisa de atendimento médico, seja ele clínico ou hospitalar, você costuma ir aonde?

LB18:

No posto, perto de casa.

SP01:

No posto. E hospital, você costuma? Ou urgência e emergência, você costuma ir aonde?

LB18:

Público também, Hospital Público. Mas assim, na verdade, nunca precisei, nunca fui na urgência ou emergência.

SP01:

Que bom! Se fosse para você dar uma nota ao posto, próximo à sua casa, você daria que nota?

LB18:

Uns, oito.

SP01:

Por quê?

LB18:

Todas as vezes que eu precisei, eu fui atendida. Quando eu tive problemas de saúde, a médica passou todos os exames necessários. Fui sempre muito bem atendida. Não tenho muito o que reclamar, não.

SP01:

Ah, que bom.

SP01:

E você disse que nunca precisou ir na urgência, emergência, né?

LB18:

Isso.

SP01:

Também nunca foi internada.

LB18:

Não.

SP01:

Que bom, graças a Deus.

SP01:

De modo geral, assim, o que você acha do SUS? Se fosse para você dar uma nota ao SUS, você daria que nota?

LB18:

Eu acho que um 8 também, porque assim, até o momento, tudo que eu precisei, o SUS conseguiu atender tranquilamente. Então, eu não tenho muito o que reclamar. Poderia, às vezes, ser mais rápido, ter uma estrutura melhor, mas apesar de tudo, sempre atendeu as minhas necessidades.

SP01:

Perfeito. Você, durante a Covid-19 tomou alguma vacina?

LB18:

Tomei. Tomei duas doses.

SP01:

Duas doses da vacina da Covid?

LB18:

Isso.

SP01:

E você tomou vacina para alguma outra coisa, além da Covid? Alguma outra doença, vírus?

LB18:

Não, recentemente. Só quando era menorzinha, criança.

SP01:

Certo. Então, durante Covid foi só a vacina da Covid?

LB18:

Foi só da Covid, isso.

SP01:

E, ao longo da sua vida, você costumou tomar todas as vacinas, tomou a maioria? Como é que foi?

LB18:

Eu acredito que a grande maioria. Não sei dizer se eu tomei todas, não.

SP01:

Mas a maioria você acha que sim.

LB18:

Sim.

SP01:

Ok. Você sabe o que é uma vacina? Para você, o que é uma vacina?

LB18:

É algo que vai prevenir uma doença.

SP01:

Certo. Você sabe que existe vacina, para quais doenças?

LB18:

Deixe eu ver... São muitas, né? Tem... deixe eu ver? Tem para... Para gripe, tem vacina, febre amarela, tem vacina da dengue, né? Tem vacina da pólio, entre outras, que eu não vou saber dizer.

SP01:

Certo.

SP01:

Você sabe o que são ISTs?

LB18:

Sim.

SP01:

Poderia falar, por favor?

LB18:

Infecções sexualmente transmissíveis.

SP01:

Isso, você poderia citar algumas ISTs?

LB18:

Sífilis, gonorreia também, HIV, seria?

SP01:

Sim.

SP01:

Você, em algum momento da sua vida, precisou fazer algum tratamento para alguma IST?

LB18:

Não.

SP01:

Ok.

SP01:

Como é o nome do médico que trata da saúde do Sistema Reprodutor feminino?

LB18:

Ginecologista.

SP01:

Perfeito.

SP01:

Você vai com frequência ao ginecologista?

LB18:

Nunca fui ao ginecologista.

SP01:

Nunca foi? Por quê? Tem um motivo específico?

LB18:

Eu nunca sinto necessidade até o momento.

SP01:

Certo.

SP01:

Quando você for, um dia, todo mundo vai, No momento que você decidir ir ao ginecologista, você prefere que esse profissional seja um homem ou uma mulher?

LB18:

Uma mulher.

SP01:

Por quê?

LB18:

É mais confortável, se sente mais confortável.

SP01:

Como você imagina que é uma consulta ginecológica?

LB18:

Pelo que eu sei, é bem tranquilo, é mais uma conversa e talvez, Dependendo das minhas queixas, preciso fazer um exame que seja mais invasivo digamos assim.

SP01:

Ok, você sabe o que é um exame preventivo?

LB18:

Não.

SP01:

Pelo nome, você conseguiria fazer algum tipo de associação, exame preventivo?

LB18:

Algo que, pra antes da doença ocorrer ou antes de algo ocorrer deve ser.

SP01:

Ok.

SP01:

Você em algum momento da sua vida, já fez algum exame preventivo?

LB18:

Não

SP01:

Você acha importante que mulheres, as pessoas, de modo geral, façam exames preventivos?

LB18:

Sim.

SP01:

Porque?

LB18:

Pra né, se prevenir, para não correr um risco assim maior.

SP01:

Ok.

SP01:

Você acha que a frequência ideal para uma mulher ir ao ginecologista deveria ser de quanto em quanto tempo?

LB18:

Eu acredito que de seis em seis meses.

SP01:

Ok.

SP01:

Você já ouviu falar no exame transvaginal?

LB18:

Já ouvi falar.

SP01:

Sabe para que serve?

LB18:

Não, exatamente.

SP01:

Pode falar.

LB18:

Não sei dizer, pra que serve.

SP01:

Certo. Você já ouviu falar no exame Papanicolau?

LB18:

Já, também.

SP01:

Sabe pra que que serve?

LB18:

Também não.

SP01:

Exame citológico oncótico já ouviu falar?

LB18:

Não.

SP01:

Citopatológico, já ouviu falar?

LB18:

Não.

SP01:

Exame de lâmina, já ouviu falar?

LB18:

Já.

SP01:

Sabe pra que que serve?

LB18:

Também não.

SP01:

Se fosse pra você imaginar, diante de, de repente, relatos de pessoas próximas que vão à ginecologista fazer exames, ou até mesmo de filmes, coisas que a gente vê na TV ou nas redes sociais. Se fosse para você explicar ou imaginar como seria um exame ginecológico, você imagina que seria como?

LB18:

Eu acho que, não sei, acho que... Desses, aí que você falou, acho que vai ter um toque, quando a mulher chegar lá na maca, sentar, o médico ou a médica vai examinar e vai dizer o que está acontecendo.

SP01:

Esse de lâmina, por exemplo, você consegue imaginar como ele é feito?

LB18:

Acredito que vai tirar um pouco do muco ou algo que tenha na vagina da mulher e vai colocar em uma lâmina, porque, sei que o exame de lâmina é pra... Para olhar no microscópio.

SP01:

Perfeito.

SP01:

Você sabe o que é HPV?

LB18:

Eu já ouvi muito falar, mas não sei exatamente te dizer o que é.

SP01:

Não sabe o que seria, por exemplo, uma doença, um vírus, um fungo?

LB18:

Não.

SP01:

Certo.

SP01:

É, mas já ouviu falar?

LB18:

Já.

SP01:

Ok.

SP01:

Você acha que uma pessoa (ela) pode pegar ou transmitir o HPV de que forma?

LB18:

Acredito que seja uma doença sexualmente transmissível.

SP01:

Certo. Então, ela seria transmitida de que forma?

LB18:

Durante a relação sexual.

SP01:

Ok. Você acha que quando uma pessoa está com HPV, como ele se manifesta no corpo dessa pessoa?

LB18:

Não faço ideia também, não sei.

SP01:

Não consegue imaginar?

LB18:

Não.

SP01:

Certo. Você saberia dizer o que o HPV pode causar?

LB18:

Também não.

SP01:

Saberia dizer se tem alguma doença relacionada ao HPV?

LB18:

Não, não sei dizer.

SP01:

Ok. Você... Acha que uma pessoa pode se tratar do HPV uma vez que ela esteja contaminada de que forma?

LB18:

Não sei dizer também.

SP01:

Ok.

SP01:

Você acha que nós poderíamos nos prevenir de pegar HPV de que forma?

LB18:

Acredito que tenha vacina para isso, mas também acho que se é sexualmente transmissível, usando camisinha, aí.

SP01:

Perfeito. Você, em algum momento, tomou a vacina contra o HPV?

LB18:

Acredito que não. Acho que não.

SP01:

Você lembra se tem um motivo pelo qual não tomou?

LB18:

Assim na época era uma decisão da minha mãe, então acredito que ela deve ter algum motivo, que eu não sei qual.

SP01:

Na época, É... que você fala que não tomou e que deve ter sido uma decisão dela, você... Presenciou alguma campanha na escola?

LB18:

Sim.

SP01:

Então teve campanha na escola?

LB18:

Teve campanha, sim, na escola.

SP01:

De vacinação?

LB18:

Isso.

SP01:

Você lembra quantos anos você tinha mais ou menos?

LB18:

Eu acho que eu tinha uns 13. É, acho que 13.

SP01:

Por aí, né?

LB18:

Isso.

SP01:

Fora essa campanha que teve na sua escola, você lembra de alguma outra campanha no posto de saúde ou na TV?

LB18:

Acredito que sim também, já vi.

SP01:

Certo.

SP01:

Para você, o que é uma ginecologia preventiva?

LB18:

É... eu acho que é explicar as coisas, né? A pessoa tem mais conhecimento sobre o assunto para que não, é... venha a pegar algum tipo de doença ou algo do tipo.

SP01:

Perfeito.

SP01:

Você sabe o que é câncer do colo do útero?

LB18:

Sei.

SP01:

Já... já ouviu falar?

LB18:

Já ouviu falar.

SP01:

Mas saberia explicar o que pode causar o câncer do colo do útero?

LB18:

Não, não sei

SP01:

Ok.

SP01:

E câncer cervical, você sabe o que é?

LB18:

Não.

SP01:

Já ouviu falar?

LB18:

Não.

SP01:

Pelo nome, conseguiria fazer algum tipo de associação, da onde esse câncer acontece?

LB18:

Também não.

SP01:

Certo.

SP01:

Você sabe o que é lesão precursora?

LB18:

Não.

SP01:

Pelo nome, consegue fazer algum tipo de associação? Por exemplo, para você, o que é uma lesão?

LB18:

É uma ferida, algo que machucou.

SP01:

Pronto. Então, lesão precursora, na sua opinião, seria uma ferida, um machucado de que tipo?

LB18:

Não sei exatamente onde, mas sei que é uma lesão, algo que foi causado ali por alguma coisa.

SP01:

Ok. Quando você quer saber informações sobre o HPV, ou sobre ginecologia preventiva, sobre saúde da mulher, você costuma recorrer a quais fontes?

LB18:

A internet, na maioria delas, mas, especificamente, páginas de ginecologistas. Então, tem algumas no Instagram, no TikTok, então é mais fácil de encontrar.

SP01:

Tem algum site específico que você costuma buscar?

LB18:

Não que eu me lembre o nome, mas tem uma médica que eu sempre vejo o vídeo dela, Não sei o nome dela, mas toda vez aparece para mim, é eu esqueci.

SP01:

Certo.

SP01:

Você concorda que meninas, a partir de 9 anos de idade, devem tomar a vacina contra o HPV?

PARTICIPANTE LB22

SP01: Novamente, Eu queria agradecer a sua disponibilidade em participar da pesquisa e vou começar a fazer as perguntas, tá?

Primeiro, eu preciso que você diga o seu nome completo e a sua data de nascimento completa também.

LB22: Certo. LB22 é 11 de dezembro de 2002

SP01: Olha, também sou de dezembro. Quantos anos você tem?

LB22: 22.

SP01: Em qual cidade e estado você nasceu?

LB22: Eu nasci... É a que nasceu, né? Não é?

SP01: Isso.

LB22: Eu nasci aqui em Aracaju, em Sergipe.

SP01: Mas atualmente você mora aqui?

LB22: Não, em Japaratuba.

SP01: Japaratuba. Legal! Aí daí você vem e volta todos os dias no carro?

LB22: Isso, no ônibus.

SP01: E seu curso é vespertino?

LB22: Isso.

SP01: Qual é a sua religião?

LB22: Eu sou católica.

SP01:

Atualmente, você tem uma ocupação atual ou só estuda?

LB22:

Eu faço estágio pela manhã e estudo à tarde.

SP01:

LB18:

Eu não sei dizer. Acho que sim, acho que não vai causar nenhum mal. Acho que tenha nenhum. Nenhum malefício.

SP01:

Certo. Você acha que nós poderíamos conscientizar mais mulheres sobre a HPV e as suas formas de prevenção de que modo?

LB18:

Acho que campanhas, principalmente pelas redes sociais, porque é onde as pessoas têm mais contato e é onde o público-alvo né, que é das vacinas, que é dali dos 13, 14, tem mais acesso hoje em dia, então por esses meios de comunicação.

SP01:

Perfeito. Muito obrigada pela sua colaboração. Quero agradecer mais uma vez. Vou encerrar a gravação. Tá.

LB18:

Certo.

O estágio é por aqui pela UFS, mesmo?

LB22:

Não. É em uma escola privada.

SP01:

Ah, legal. Mas é na área?

LB22:

Sim

SP01:

Tá gostando?

LB22:

Na verdade, é como acompanhante, né? A maioria dos estágios, né? Como a maioria dos estágios.

SP01:

Mas e aí, você tá gostando?

LB22:

Sim. Assim, não é tão a minha área, porque eu estou fazendo letras, português e espanhol, mas... E eu estou com uma turma de primeiro ano, mas é parecido, né? No caminho.

SP01:

Sim, então já dá para ter um parâmetro?

LB22:

Isso, uma ideia.

SP01:

Uma ideia. Que bom. Então, você, no caso, é aluna aqui do Curso de Letras Português e Espanhol.

LB22:

Isso.

SP01:

Esse curso você sempre quis? Ou como você chegou nesse curso?

LB22:

É uma história um pouco mirabolante. Porque, assim, inicialmente, eu queria fazer Psicologia. Só que aí eu fiz o Enem, não deu muito certo. E aí eu busquei uma licenciatura que tivesse com a média menor para iniciar. Porque o meu foco era iniciar na UFS. E tentar fazer transferência interna. depois. Mas aí eu descobri que era muito difícil fazer transferência interna para a psicologia. E aí, quando eu fazia geografia, eu comecei um estágio. E esse estágio não era na área de geografia. Era para você sanar as dúvidas do aluno relacionado ao Curso de letras. E aí eu me identifiquei bastante com o... Com a licenciatura em letras, né? E resolvi mudar. O espanhol foi porque seria uma coisa a mais no currículo, né? Não seria só o português. Seria o espanhol junto.

SP01:

E você está gostando do curso?

LB22:

Sim.

SP01:

Ai, que bom.

LB22:

Mas ainda quero fazer psicologia depois que terminar essa.

SP01:

Bacana. De quantas rendas familiares, quantos salários mínimos, aliás, é mais ou menos a sua renda familiar?

LB22:

Um pouco mais de um salário mínimo.

SP01:

Certo. Você tem plano de saúde?

LB22:

Não.

SP01:

Então, quando você precisa de atendimento médico, seja de consulta, seja atendimento médico hospitalar, você recorre a que lugar?

LB22:

Ao posto, do lado da minha cidade. Ou quando é alguma coisa que consigo pagar, né? Eu vou, tipo, ao médico.

SP01:

Certo. E Serviço de Urgência e emergência, assim, Se você precisar, aí...

LB22:

É o do lado da minha cidade mesmo.

SP01:

O hospital de Japaratuba, né?

LB22:

Sim

SP01:

Certo. O que você acha do SUS?

LB22:

A gente chama de clínica, né? Não sei se é um hospital mesmo, é uma clínica, né? Eu

não sei se tem diferenciação para o outro. Eu acho que tem, né? Porque no hospital, geralmente, tem mais...

SP01:

Então, lá. No caso, em Japaratuba, não tem hospital só clínica.

LB22:

Não, é clínica.

SP01:

Mas é pública? Interessante.

LB22:

Sim.

SP01:

E o que você acha, assim, do atendimento dessa clínica? É bom, ruim, mais ou menos?

LB22:

Assim, as minhas experiências sempre foram boas. Mas muitas pessoas reclamam de alguns atendimentos às vezes.

LB22:

Só que comigo, as minhas experiências sempre foram ótimas. Assim, não tenho o que falar sobre. Só que teve uma vez que eu fui com a minha mãe e eu achei, assim, que não foi tão boa, assim, a experiência. Eu não gostei muito da experiência.

SP01:

Entendo.

LB22:

Porque, tipo assim, ele atendeu ela. no... Não tem aquela... Não era na sala do médico. Foi, assim, fora. Sabe? Como... Tipo assim, como se fosse... Não tivesse atendendo uma pessoa. Eu senti isso Entendeu?

LB22:

Nossa, que sinto muito.

LB22:

Tipo assim. Vou passar isso aqui para você e é isso. Foi dessa forma, Não sei se era porque ele estava cansado, não sei o que era, porque ele estava passando, mas eu achei assim, Não achei o atendimento muito humano.

SP01:

Nossa, infelizmente, Às vezes a gente acaba se deparando com esse tipo de situação, né? No atendimento público, no privado também, às vezes. Mas, de modo geral, pensando no SUS de uma forma geral, o que você acha do SUS?

LB22:

Sim. Assim, partindo do ponto que tem outros países que não ofertam um sistema gratuito, ok, em partes. Só que eu acho que ainda é muito para melhorar. A gente tem gratuito, só que quando a gente vai procurar algum serviço, a gente não consegue. Então, até que ponto isso funciona? Eu penso dessa forma. Porque, por exemplo, aí

você tem um câncer e vai procurar o serviço de saúde, Muitas vezes você vai morrer se você não conseguir outro tipo de ajuda. Então, é gratuito, mas quase ninguém consegue ter acesso. Eu acho assim, apesar de que, assim, né, tem outros países que... A gente não tem acesso, né? Quem não pode pagar não tem acesso de forma alguma, mas para a gente é gratuito, mas a qualidade desse acesso gratuito, né?

SP01:

Certo.

SP01:

Se fosse, então, para você dar uma nota, por exemplo, ao SUS de 0 a 10, que nota você daria?

LB22:

Aí eu acho que seriam uns 4.

SP01:

Uns 4, por conta de tudo isso que você mencionou.

LB22:

Sim. A qualidade do serviço. A falta dos materiais, né? Quando você vai pra um... Pronto, eu tive uma crise uma vez e aí eu fui. Eu tive que ficar no balão e aí só tinha um. E uma pessoa chegou, precisando também. E aí, meio que ela teve que esperar, porque o caso dela era um pouco mais leve, enquanto eu estava sendo atendida.

SP01:

E isso foi durante a Covid?

LB22:

Não. Não...

SP01:

Foi outra ocasião ?

LB22:

Foi em caso de alergia, mesmo.

SP01:

Ah, tu tem o quê?

LB22:

Eu tenho alergia. Só que, nesse caso, não foi especificamente sobre a minha alergia. Eu tenho alergia a poeira, ácaro, esse tipo de coisa. E mariscos. Só que eu não entendo o motivo. Foi do nada essa alergia. E eu fiquei toda empolada e tudo mais. E aí atacou a glote. Quando começa a inchar, né? A pessoa vai ficando sem respirar.

SP01:

Caramba, mas que bom que no final deu tudo certo. Graças a Deus.

LB22:

Foi, deu tudo certo. Sim

SP01:

Durante a Covid-19, né? Já que eu mencionei. Você tomou alguma vacina?

LB22:

Tomei.

SP01:

Todas da Covid. Ou teve uma outra coisa também? Tipo gripe, tétano?

LB22:

Em geral, acho que foi da Covid. Se eu tomei, porque eu não lembro muito bem, foi da gripe. Mas eu acho que, no período em que eu tomei a vacina da Covid, foi só da Covid, mesmo.

SP01:

Entendi. E ao longo da sua vida, você costumou tomar todas as vacinas?

LB22:

Não,não. Inclusive, eu tenho muitas em atraso. Eu atualizei algumas, porque eu comecei a fazer os técnicos de enfermagem, e aí eu precisei de algumas vacinas para fazer o estágio. Só que... Aí eu tomei algumas, ficaram faltando outras. As obrigatórias para o estágio. Eu tomei e ficou faltando outras.

SP01:

Entendi. E esse curso técnico você chegou a finalizar como foi?

LB22:

Não. Porque, tipo assim, eu não me identifiquei muito. Eu estava muito perdida, Eu tinha recém saído do ensino médio. E aí eu fiquei... Minhas primas foram fazer o curso e eu disse, acho que eu vou fazer para ver se eu me identifico com a área da saúde. E aí foi isso. No final, eu não me identifiquei muito. Mas eu estava quase terminando. Só faltava um estágio e eu abandonei.

SP01:

Nossa, então... Em anos, assim, você ainda fez quanto tempo?

LB22:

Todo, praticamente todo.

SP01:

Nossa.

LB22:

Só faltava um estágio, mesmo pra finalizar.

SP01:

No final, você abandonou.

LB22:

Aí eu abandonei no final, antes de acabar.

SP01:

Para você, né? Não, então, retomando Você disse que pulou algumas vacinas, né? Mas por que você saberia dizer assim?

LB22:

Sim

LB22:

Por que eu retom...

SP01:

Por que você pulou, assim, se foi uma decisão, sua dos seus pais?

LB22:

Uma decisão minha. Assim, o tempo e às vezes chega lá uma fila, às vezes dá uma... Como é um pouco longe da minha casa, eu fico ah, não vou, não, eu vou outro dia e não termino. Esse tipo de coisa. Entendi.

SP01:

E acaba não indo. Entendi.

LB22:

E a minha mãe, digamos que assim, não é o tipo de pessoa que estimula muito isso.

SP01:

Entendo.

LB22:

Entendeu?

SP01:

Para você, o que é uma vacina?

LB22:

São, é... formas de prevenir uma doença, né? acho que é isso, no geral.

SP01:

Certo. Você sabe o que é uma IST?

LB22:

IST? Não, acho que já ouvi falar, mas eu não me recordo muito bem. O que é.

SP01:

E DST?

LB22:

Doença sexualmente transmissível.

SP01:

E você consegue fazer algum tipo de associação para conseguir diferenciar o que seria uma IST de uma DST?

LB22:

Eu acho que a seria a primeira palavra, né? Porque IST e DST é infecção sexualmente transmissível, né?

SP01:

É.

LB22:

Foi pela lógica da letra, da primeira letra.

SP01:

Perfeito, você conhece algumas infecções sexualmente transmissíveis?

LB22:

Infecção não, eu diria que mais doenças sexualmente transmissíveis, infecção não.

SP01:

Poderia citar as que você conhece?

LB22:

Infecção sexualmente transmissível.

SP01:

Ou doença sexual que você consegue citar...

LB22:

HIV, Hepatite. Eu acho também, né?

SP01:

Sim

LB22:

Deixa eu ver mais.

LB22:

Ai, não lembro assim. Vai fugindo da memória.

SP01:

Vai fugindo...Você, em algum momento da sua vida, precisou fazer algum tratamento para algum IST ou DST?

LB22:

Não, Não...

SP01:

Ok. Como é o nome do médico que trata o sistema reprodutor feminino?

LB22:

Ginecologista.

SP01:

Perfeito. E com que frequência você costuma ir ao ginecologista?

LB22:

Nunca fui. Nunca...

SP01:

Mas tem um motivo específico assim, medo, alguma coisa do tipo?

LB22:

Não. Não...

LB22:

Eu acho que é porque, tipo assim, como a gente não tem muita condição, a gente vai mais pro que a gente tá sentindo se a gente vai sentindo alguma coisa. A gente corre, né? Como eu nunca tive problema com isso, nunca precisei, eu nunca fui.

SP01:

perfeito. Então, por exemplo, como você imagina, já que você nunca foi, né? Como, diante do que você vê, que as pessoas falam, ou da sua família, ou amizades, Como você imagina que seria uma consulta ginecológica?

LB22:

Ah, eu acho que, tirando os exames, seria parecida com todas as outras, né? Mais perguntas e depois exames também, né? E depois, os diagnósticos.

SP01:

E sobre os exames, assim, Você tem um imaginário de como seria esses exames?

LB22:

É, muitas pessoas falam que são invasivos, esse tipo de coisa, mas eu não tenho uma opinião formada sobre, porque, como eu nunca fui, entendeu? Tem gente que fala bem, tem gente que fala mal. E aí eu não tenho, pra mim, é mais, tipo assim, Se você tiver experiência, você tem como falar sobre. Como eu nunca tive a experiência, então, para mim, eu fico assim, sem ter uma posição, entendeu? Digamos assim.

SP01:

Ok. E também não consegue nem imaginar, então, seria, sei lá, um exame de, por exemplo, transvaginal.

LB22:

Nunca parei para pensar assim sobre.

SP01:

Tranquilo. Você sabe o que é um exame preventivo?

LB22:

Sim. Mais ou menos.

SP01:

Pode falar como você acha.

LB22:

Seria um exame para prevenir uma possível doença.

SP01:

Ok. E ao longo da sua vida, você já fez algum exame preventivo?

LB22:

Não.

SP01:

Certo. E você acha importante a pessoa fazer exames preventivos?

LB22:

Sim.

SP01:

Por quê?

LB22:

Acho que, porque quando uma doença é descoberta o quanto antes, maior é a chance de cura, né?

SP01:

Verdade. Então, por isso seria importante, na sua opinião, né?

LB22:

Sim

SP01:

E para você, qual deveria ser a frequência que uma mulher deveria ir ao ginecologista?

LB22:

Acho que seria uma consulta anual. E se tivesse, se tiver algum problema, acho que teria que ser com mais frequência, né?

SP01:

Sim, perfeito

LB22:

Tipo, seis em meses, algo do tipo.

SP01:

Tranquilo. Em relação a exames, né? Você já ouviu falar em algum momento da sua vida sobre o exame? Papanicolau?

LB22:

Já.

SP01:

Saberia explicar mais ou menos? O que seria esse exame? Ou pra que serve?

LB22:

Não Agora, tipo assim, me falha a memória um pouco, mas eu já ouvi falar sobre.

SP01:

Sobre, né? Mas também não saberia, nem lembra dizer para que que ele serve.

LB22:

Não.

SP01:

Imagina como seria esse exame, ou também não?

LB22:

Ele é o do masculino ou do feminino?

Porque agora...

SP01:

Feminino.

LB22:

Feminino, né? Seria de toque? é o que é de toque é?

SP01:

Não. Não especificamente.

LB22:

Não especificamente.

LB22:

Então, não sei descrever, não.

SP01:

E exame de lâmina, já ouviu falar?

LB22:

Sim.

SP01:

Sabe para que que serve?

LB22:

Não.

SP01:

E consegue imaginar como seria esse exame ou também não?

LB22:

Também não.

SP01:

Engraçado, né? Quando a pessoa fala assim, exame de lâmina é até interessante.

LB22:

Sim, Sim... É bem famoso com sobre o quando falamos, né? Sobre né? Mas eu, tipo assim, nunca procurei saber muito sobre isso. Não

SP01:

É interessante, né? Porque o nome, por exemplo, a primeira vez que eu ouvi quando eu era pré-adolescente e esse nome me assustava muito, né? Assim, lâmina Bom colocar uma lâmina na mulher com isso.

LB22:

Sim. Sim...

SP01:

Então, assim, o nome às vezes pode até causar algum tipo de reação. E você já causou algum tipo de reação?

LB22:

Não.

SP01:

Certo, você sabe o que é HPV?

LB22:

Agora me fugiu um pouco. O significado, mas... É porque, às vezes, a gente confunde muito, né? HPV, com HIV. Mas seria uma doença sexualmente transmissível, né?

SP01:

Sim.

LB22:

E eu não lembro, mas eu acho que elas são semelhantes em algum ponto. Então, eu não sei se eu descrevendo uma, eu estaria confundido com a outra, entendeu?

SP01:

Com a outra. Então vamos tentar entender melhor. Por exemplo, Como você acha que uma pessoa pode... Transmitir ou pegar o HPV?

LB22:

Na verdade, eu acho que o HIV, ele é na relação sexual, né? E o HPV pode ser o contato com sangue, alguma coisa assim.

SP01:

Eu não posso te afirmar, né? Se é ou não, mas as associações que você consegue fazer... Leva então você a fazer esse tipo de diferenciação?

LB22:

Sim. Mas é alo do tipo né?

LB22:

Sim

SP01:

Que seria através de contato com sangue?

SP01:

Só com sangue ?

LB22:

Ou algum material que possa... Mas eu acho que, em geral, seria assim, né? Com sangue.

SP01:

Com sangue.OK

LB22:

A relação sexual, contato com sangue ou algum objeto que a pessoa, tipo... Fazendo a unha, por exemplo, quando tira algum bife na outra pessoa. E aí você vai fazer também. E tem um bife no seu, alguma coisa assim.

SP01:

E aí teria esse contato com o sangue.

Sério.

LB22:

Sim.

SP01:

E você mencionou anteriormente na relação sexual também?

LB22:

Sim.

SP01:

Também seria uma forma de transmitir ou pegar o HPV?

LB22:

Sim.

SP01:

certo

LB22:

Mas eu acho que é o HPV, porque o HIV, eu acho que não tem relação com o sangue. Eu acho que é alguma... Tem. Não tem. Tem alguma diferença dos dois e eu não lembro muito bem qual é.

SP01:

Tudo bem. Você acha que quando uma pessoa pega, então, HPV, ou, como você mencionou, através da relação sexual, ou através do contato com o sangue, Você acha que essa pessoa apresenta algum tipo de sintoma?

LB22:

Deve ter sintomas, com certeza, mas eu não lembro qual. Mas certamente tem algum, porque geralmente o nosso corpo, eu acho que ele é uma resposta de tudo que a gente tem, tipo doença. Às vezes, pode ser um sintoma que não dê muito a entender que é aquela doença, mas ele sempre oferece alguma coisa. Tipo, Às vezes, uma simples dor de cabeça pode não ser só uma simples dor de cabeça. E a gente não sabe identificar isso, Eu acho.

SP01:

Então, sei lá, Na sua concepção, A dor de cabeça poderia ser um sintoma de...

LB22:

Não, eu falei só um exemplo. Não é que seria um sintoma, foi um exemplo geral, porque...

SP01:

Entendi.

LB22:

Eu não sei... eu não lembro quais seriam os sintomas para isso.

SP01:

Os sintomas para uma pessoa que pega HPV

SP01:

Ok. E você acha que o HPV pode causar algum tipo de doença?

LB22:

Sim. Na verdade, é como se ele fragilizasse o nosso sistema imunológico, né? Isso nos deixa mais expostos às outras doenças, Porque geralmente uma pessoa que possui, precisam tomar alguns medicamentos para fortalecer o sistema imunológico. E também alguns cuidados, que eu não vou lembrar o que é, mas eu sei que precisa ter alguns cuidados, né?

SP01:

E você consegue imaginar como que, por exemplo, o HPV pode ser tratado?

LB22:

Seria com esses medicamentos, Eu acho.

SP01:

Certo.

LB22:

Que é mais para, na minha concepção, pelo que eu lembro, para fortalecer o sistema imunológico.

SP01:

Ok. E como você acha que uma pessoa pode se prevenir de pegar o HPV?

LB22:

Eu acho que, na questão do cuidado, com o contato do sangue e usando preservativo, né? Caso não conheça com quem você está tendo relação. E é isso. No geral, seria isso, se prevenindo.

SP01:

Certo. Você, em algum momento da sua vida, já tomou a vacina contra o HPV?

LB22:

Já.

SP01:

Quando você tomou, foi uma dose, duas doses? Você lembra?

LB22:

Se eu não me engano, eram as duas doses ainda. Aí eu tomei uma. Quando era para voltar e tomar a outra, foi quando mudou e seria uma dose só. Foi algo assim. E aí eu não tomei a segunda dose, porque falaram que não era preciso, porque já tinha mudado.

SP01:

Certo.

SP01:

Quando você se vacinou, você lembra se foi motivado por algum tipo de campanha ou na TV ou na escola?

LB22:

Campanha? Eu não lembro. Eu acho que foi mais o boca a boca, como falam. Tipo, aí, tá tendo isso. Não lembro se foi exatamente uma campanha na escola. Mas eu lembro que, assim, essa informação chegou a mim através de pessoas. Eu acho que foi, assim, mais um contato com pessoas do que o que me motivou a ir, né? Certamente, eu acho que teve... Deve ter tido algumas campanhas. Mas, assim, o que me motivou, de fato, foi o contato, uma conversa com alguém.

SP01:

Perfeito. Para você, o que seria uma ginecologia preventiva?

LB22:

Acho que, de início, seria fazendo os exames, né? E fazendo aquilo que o médico falou, tipo, se você não faz isso, você não faz, né? Assim, os cuidados que ele pedir para tomar, você... Fazer, assim, executar os cuidados, né?

SP01:

Entendo. Você sabe o que é câncer de colo do útero?

LB22:

Eu, tipo assim, eu já ouvi falar muito, mas eu não sei explicar como ele ocorre, entendeu?

SP01:

Mas, por exemplo, saberia dizer o que pode causar esse câncer do colo do útero?

LB22:

O que pode causar? É porque às vezes depende muito, né? Uns falam que pode ser fator genético. Eu acredito também muito no, assim, no que a gente ingere. Até as emoções influenciam muito também, É porque falam que a gente é o que a gente come, que a gente é, assim, o fruto das nossas ações. E eu acho que seria isso.

SP01:

Certo. Você sabe o que é câncer cervical?

LB22:

Não. Isso não.

SP01:

Pelo nome, você conseguiria associar com...

LB22:

Sim, seria na cervical, né? Mas agora assim, como ocorre, por que ocorre, não.

SP01:

Certo. E quando eu digo assim, pra você, lesão precursora, você saberia dizer o que que é?

LB22:

Lesão precursora. Seria algo, uma ferida ocorrida de forma precoce, alguma coisa assim eu acho.

LB22:

E aconteceu antes do que deveria, algo do tipo.

SP01:

E essa ferida, por exemplo, seria qualquer ferida ou seria só uma ferida externa ou interna, por exemplo?

LB22:

Eu acho que iniciaria assim, iniciaria de forma... externa.

SP01:

Ok. Quando você precisa se informar sobre temas relacionados à Ginecologia preventiva, ou até mesmo sobre HPV, você costuma recorrer. Quais fontes?

LB22:

Acho que na internet, fontes seguras, porque tem muita fake news, mas em sites seguros ou... Em contato com algum médico, por mais que eu nunca fui, assim, no especialista, mas quando acontece algum tipo de situação e eu for em outro tipo de médico, eu pergunto, entendeu? Porque caso ele saiba me falar alguma coisa, é claro que ele não vai saber o que o ginecologista sabe, né? Porque o ginecologista, ele é específico daquela área, mas certamente

ele vai saber me informar mais do que eu e mais do que qualquer outra pessoa que não esteja na área da medicina, né? Eu acho assim.

SP01:

E quando você fala assim, por exemplo, fontes seguras, você poderia citar uma?

LB22:

Às vezes, no Ministério da Saúde, tem alguns médicos que eu acompanho, alguém acompanha, ou até médico que alguém da minha família foi e eu acompanho nas redes sociais, esse tipo de coisa.

SP01:

Perfeito. Você acha que... você concorda com fato que meninas a partir dos 9 anos de idade, tomem a vacina contra o HP?

LB22:

Aí eu teria que saber o motivo pelo qual e são a partir dos 9 anos e por que, se antes ou depois, algo assim.

SP01:

Atualmente, o calendário vacinal era dos 9 Aos 14, né? Agora também, até 19 anos, A pessoa pode tomar a vacina. E antes eram duas doses, agora é uma dose única. Você até passou por uma situação parecida, né? Mas, pensando nisso, quando você tomou a vacina, você lembra mais ou menos que idade, você tinha?

LB22:

Eu acho que era... Por volta de 11, 12, 10, por aí. Mas eu... 9 Não foi. Acho que foi 10, 11, 12, por aí. Mas eu ainda acredito que foi entre os 11 e os 12 anos.

SP01:

Certo. E também essa questão dos 9 anos, você também não teria uma posição agora?

LB22:

É sim. Porque eu acho que, assim, né, pra... Eu não seria a pessoa mais indicada para ter essa posição, porque eu não entendo nada sobre isso. E eu acho que o mundo está desse jeito, porque muitas pessoas compram uma briga que não deveriam ser delas.

SP01:

Ok. E em relação ao HPV e a campanha, você se recorda de alguma campanha de vacinação?

LB22:

Campanha na escola, campanha do posto lá de onde eu moro. Eles geralmente fazem campanhas sobre as doenças, né? Sobre a prevenção das doenças.

SP01:

Certo. E aí você recorda de já ter ocorrido uma campanha contra o HPV?

LB22:

Sim. Hoje, na internet também, né, Eles divulgam muito as pessoas sobre, né?

SP01:

Sim. E você acha que nós poderíamos conscientizar outras mulheres sobre o HPV e a prevenção ee que forma?

LB22:

Acho que pelos meios que eu te falei. Hoje... Acredito que a internet seja um meio muito importante, já que muitas vezes as pessoas, assim, né, por vários motivos, Não buscam, assim, um posto, um hospital, coisa do tipo, e até na escola também, né, Nem sempre você tem acesso, e com, na internet, Eu acho que seja um meio que pode alcançar mais pessoas, pela internet.

SP01:

Perfeito. Queria agradecer mais uma vez a sua colaboração com a pesquisa. Muito obrigada. Vou encerrar a gravação.

PARTICIPANTE MG20

SP 01:

Boa noite, mais uma vez.

MG20:

Boa Noite.

SP 01:

Quero agradecer a sua disponibilidade em participar da pesquisa, eu vou precisar primeiro que você me diga o seu nome completo.

MG20:

MG20

SP 01:

Você tem quantos anos?

MG20:

Vinte.

SP 01:

Você nasceu, pode dizer, por favor, a data do seu nascimento completo?

MG20:

24 do 8 de 2004.

SP 01:

Certo. Você nasceu, em que cidade?

MG20:

Simão Dias, Sergipe.

SP 01:

Ok. Você tem religião?

MG20:

Sim, sou católica.

SP 01:

Ok. Atualmente, você só estuda ou tem uma outra ocupação também?

MG20:

Só na UFS mesmo só estudo.

SP 01:

Ok. Você faz que curso aqui na UFS?

MG20:

Letras portuguesas e espanhol.

SP 01:

Qual o turno?

MG20:

Vespertino.

SP 01:

Ok. Você saberia dizer de mais ou menos quanto é a sua renda familiar em salários mínimos?

MG20:

Junto assim com todo mundo da família mas eu menos uns 700 reais pelo bolsa família.

SP 01:

Certo. Você tem plano de saúde?

MG20:

Não.

SP 01:

Quando você precisa de atendimento médico, seja ele hospitalar ou clínico, você costuma ir onde?

MG20:

É o SUS.

SP 01:

Na sua cidade mesmo?

MG20:

Na minha cidade mesmo

SP 01:

Na sua cidade tem hospital que funciona?

MG20:

Sim, tem o de Urgência.

SP 01:

Ah, que bom. Na minha cidade, que é Tobias Barreto, nem sempre o hospital funciona. E aí, muitas vezes ou vai para Lagarto ou para aqui Aracaju, depende do que a pessoa tenha.

MG20:

Meu Deus.

SP 01:

Tipo assim, quebrou um braço, não tem máquina de fazer raio-x, tem que fazer em Lagarto.

MG20:

É.

SP 01:

É tenso. Mas lá em Simão Dias é tranquilo?

MG20:

Nesse quesito se for fazer cirurgia, acho que transferi. Mas essas coisas de urgência que pode resolver por ali mesmo.

SP 01:

Certo. E atendimento clínico, por exemplo, quando você precisa de uma consulta com um clínico geral, você costuma ir no posto de saúde da cidade?

MG20:

Sim.

SP 01:

Como é o atendimento lá? É bom, ruim, mais ou menos?

MG20:

Depende as vezes está meio desorganizado, porém tem dias que é bem tranquilo, atendimento é bom, é legal.

SP 01:

Se fosse para você dar uma nota, que nota você daria ao postinho de saúde?

MG20:

Seis ou sete.

SP 01:

Por quê?

MG20:

Acho que, assim, sete eu acho que eu considero nota já de excelência, assim, que quando está, tipo, eles estão assim de bom humor, assim, atende super bem. E eu Considero seis, em dias que eles estão mais desorganizados, Estão mais cansados, Acredito que nesse sentido.

SP 01:

Certo. E ao hospital você daria que nota?

MG20:

Eu acho que daria esse termo assim também. Não sei classificar muito bem, mas acho que daria entre seis e sete.

SP 01:

Pelo mesmo motivo?

MG20:

É. ele já... Como ele é, o de emergência já não é da prefeitura, é do governo. Aí tende um atendimento um pouco melhor, assim, tipo tem uma sala com dois médicos, assim, também muita gente tem dias, como tipo virose mesmo enche. Mas eles nesse sentindo é um pouco mais organizado.

SP 01:

Ah, que bom. Você, de modo geral, o que você acha do SUS? Você daria que nota ao SUS, de uma forma geral?

MG20:

Deixe eu ver como eu posso classificar.

SP 01:

Certo, pode ficar à vontade.

MG20:

Eu acho que não sei. Eu acho que uns sete também. Na minha cabeça tem muitas coisas assim para melhorar. também, mas também tem muitas coisas que eu fico feliz, que a gente consegue muitas coisas também, graças a ele

SP 01:

Que bom. Você, durante a Covid-19, precisou de algum atendimento hospitalar?

MG20:

Graças a Deus, não.

SP 01:

Que bom. E as vacinas durante a Covid, você tomou?

MG20:

Tomei, tomei todas.

SP 01:

Quando estava tendo a Covid-19, você tomou só as vacinas de Covid ou teve vacina de uma outra coisa que você também precisou tomar?

MG20:

Eu não lembro, mas assim, geralmente eu nunca costumo atrasar a vacina não eu tomo tudo certinho.

SP 01:

Então, seu cartão de vacina é bem completo?

MG20:

É, é completinho, desde criança, minha mãe era vacina muito bem.

SP 01:

Perfeito. Você, para você, o que é uma vacina?

MG20:

É algo para nos deixar imune, não nos deixar que a gente não possa pegar doença ou coisas assim. Quando existe gente tipo super saudável, e precisou tipo a cura já. Não é bem também não é igual a cura, é algo para nos prevenir de não ter algo pior da determinada doença. Vamos deixar em um certo sentido, acredito nesse sentido.

SP 01:

Perfeito. Você saberia dizer para quais doenças já existe vacina? Poderia citar uma ou algumas?

MG20:

Tem a da gripe, que é a mais recente, que estava tendo ultimamente, né?

SP 01:

Sim.

MG20:

É teve também a da covid, que foi da pandemia, tem a da Febre amarela, né?

SP 01:

Sim.

MG20:

Tem a de... que é perigoso com ferro eu esqueci o nome dessa vacina.

SP 01:

Tétano.

MG20:

Tétano, é, que tem os tempos determinado tempo né?

SP 01:

Isso, perfeito.

MG20:

Que eu lembro são essas.

SP 01:

Perfeito.

SP 01:

Você sabe o que é um IST?

MG20:

É a sigla

SP 01:

Poderia dizer o que é que é a sigla?

MG20:

Doenças sexualmente transmissíveis nesse sentido né?

SP 01:

Certo você saberia diferenciar a DST né que a doença sexualmente transmissível que você citou da IST saberia a diferença do D e do I.

MG20:

Não certinho assim exatamente, mas o que é nesse sentido né, não certinho.

SP 01:

Certo, mas saberia imaginar, por exemplo, que seria esse I?

MG20:

IST?

SP 01:

Poderia fazer algum tipo de associação, de que esse I aí seria?

MG20:

Ai, no momento não estou conseguindo não tá dando branco.

SP 01:

Tudo bem. Você poderia citar alguma DST que você já ouviu falar, ou na escola, enfim, algum lugar você saberia?

MG20:

Deixa eu ver.

SP 01:

Certo.

MG20:

Pior que eu não lembro, eu já ouvi realmente na escola já teve muita palestra mas eu realmente não estou lembrada.

SP 01:

Certo, ok. Você, em algum momento da sua vida já precisou fazer algum tipo de tratamento para alguma DST?

MG20:

Não.

SP 01:

Ok.

SP 01:

Como é o nome do médico que trata da saúde do Sistema Reprodutor feminino?

MG20:

Eu também não sei.

SP 01:

Pode ficar tranquila.

SP 01:

Você alguma vez já foi ao ginecologista?

MG20:

Não.

SP 01:

Na sua opinião, com que frequência uma mulher deveria ir ao ginecologista?

MG20:

Assim, eu vou dizer chutando assim, mas realmente, por baixo seis meses, há um ano

geralmente realmente é muito bom verificar a saúde do seu corpo.

SP 01:

Perfeito. Você, quando chegar o momento e for um ginecologista, você prefere ser atendida por um homem ou por uma mulher?

MG20:

Eu vou preferir por uma mulher, porque eu acredito que eu vou me sentir mais confortável, mas eu sei que se for um homem, ele vai agir profissionalmente e vai dar tudo certo também.

SP 01:

Sei, Mas a sua preferência nesse momento será uma mulher.

MG20:

É, até porque eu nunca fui.

SP 01:

Perfeito. Perfeito.

SP 01:

Você imagina que uma consulta ginecológica é como?

MG20:

Eu imagino que não seja esses exageros que realmente muita gente tem medo e fala, acho que deve ser assim um pouco desconfortável, porque não é como analisar outra parte do corpo, realmente. Mas não tem tanto... não deveria ter tanto tabu igual as pessoas falam, eu acho que nesse sentido.

SP 01:

Perfeito. Então de modo geral, você diria que é algo tranquilo ou não tranquilo?

MG20:

Acho que vamos levar pelo lado tranquilo né, porque também é algo que precisa ser medicado também.

SP 01:

Perfeito.

MG20:

Não pode esquecer. Então, não seria tão confortável, mas também deveria ser levado tranquilamente.

SP 01:

Perfeito. Você sabe o que é um exame preventivo?

MG20:

Ai pior que eu sabia.

SP 01:

Pelo nome você conseguiria fazer algum tipo de associação, exame, preventivo o nome preventivo você conseguiria associar com alguma coisa?

MG20:

Acredito eu não estou muito lembrada mais era pra prevenir é.... sobre é ... doenças assim, também cuida as sexualmente transmissíveis e as outras que também

podem ocorrer tipo normalmente como qualquer outra doença acho que nesse sentido também.

SP 01:

Perfeito. Em algum momento da sua vida, você já fez algum tipo de exame preventivo?

MG20:

Não.

SP 01:

Certo, você acha importante uma mulher fazer exames preventivos?

MG20:

Eu acho, principalmente no decorrer da idade.

SP 01:

Porque?

MG20:

Porque... possa assim porque, por falta de conhecimento mesmo como também é muito tabu, existe muito tabu na sociedade. Muitas pessoas não ligam e pensam, falta de conhecimento mesmo, pensam que está tudo bem, mas às vezes não está. Aí só vai descobrir muito tempo depois, muitas das vezes quando já estão grávida.

SP 01:

Verdade. Você sabe, já ouviu falar o que é o exame Papanicolau?

MG20:

Não.

SP 01:

Nunca ouviu falar?

MG20:

Eu não entendo nada.

SP 01:

Certo

MG20:

Mais eu já ouviu bem de leve.

SP 01:

Mas não sabe para que serve?

MG20:

Não.

SP 01:

E exame citopatológico, já ouviu falar?

MG20:

Não, esse não eu nunca ouvir falar não.

SP 01:

Citologia oncótica, já ouviu falar?

MG20:

Não.

SP 01:

E já ouviu falar em exame de lâmina?

MG20:

Já.

SP 01:

Sabe para que serve?

MG20:

Não, não acho que, não sei se é um que você faz ao decorrer da idade, não sei. Mas eu já ouvi falar dele também.

SP 01:
Já ouviu falar, mas também não...

MG20:
Já ouviu falar mas não me recordo tanto.

SP 01:
Não sabe também para que serve, né?

MG20:
Não.

SP 01:
Certo. Você sabe o que é HPV?

MG20:
Eu já tomei a vacina mas não lembro.

SP 01:
Já ouviu falar?

MG20:
Eu já ouvi falar.

SP 01:
Mas saberia dizer se é um vírus, uma bactéria, uma doença?

MG20:
Nossa eu não lembro faz muito tempo que eu ouvi falando nisso na escola, na última vez eu tinha uns 15 pra menos eu realmente não estou lembrada.

SP 01:
Quando você ouviu falar na sua escola, foi por palestra, foi alguma campanha de saúde?

MG20:
Foi campanha de vacinação.

SP 01:
Ah, campanha de vacinação?

MG20:
Foi.

SP 01:
Ok. Você acha que uma pessoa pode pegar ou transmitir o HPV de que forma?

MG20:
Eu não estou lembrada, eu não se te responder

SP 01:
Mas nem consegue assim tipo imaginar de que forma a pessoa poderia pegar ou transmitir o HPV?

MG20:
Não, exatamente, eu não to lembrada. Faz muito tempo.

SP 01:
O HPV é uma IST você...

MG20:
Sim, sim, é realmente, que ela entra na parte dos grupos sexualmente transmissíveis, né?

SP 01:
Isso.

MG20:
É assim faz muito tempo que eu vi eu estou esquecida total.

SP 01:

Ok. Você acha que quando uma pessoa pega HPV, ele se manifesta de alguma forma no corpo dela ou não?

MG20:
Se eu não me engano ela se manifesta, não sei se é por mancha, não estou lembrada. Mas se manifesta.

SP 01:
Se manifesta, né?

MG20:
Sim.

SP 01:
Só que aí você acha que seria por mancha?

MG20:
É por manchas, alguma coisa assim. Mas eu lembro que eu acho que manifesta.

SP 01:
Certo. Você... Acha que uma pessoa pode se prevenir de pegar o HPV de que forma?

MG20:
É através de vacinação também para imunizar e através de, como ela entra no grupo de sexualmente transmissíveis, por camisinha também.

SP 01:
Certo. Ok. Você sabe o que o HPV pode causar?

MG20:
Eu não estou lembrada

SP 01:
Certa. Você chegou na época que teve a campanha de vacinação a tomar vacina contra o HPV?

MG20:
tomei.

SP 01:
Você lembra quantos anos você tinha, mais ou menos?

MG20:
Eu lembro que no tempo tinha três fases. Eu tomei as duas fases e depois disse que já não precisava tomar a terceira, quem tomou a segunda, já tava tudo certo no cartão de vacina. Eu tomei as duas, então está tudo certo.

SP 01:
Isso mesmo, eram três doses, depois passou para duas e agora recentemente é só uma dose. Porque tinha muita gente que estava levando os filhos, né, porque a vacina também está de só nível para meninos, para tomar a primeira dose, esquecia de levar para tomar a segunda, E aí agora é só uma dose.

SP 01:
Na vez que você tomou a vacina... Foi através da campanha da sua escola ou foi no postinho?

MG20:
Foi na campanha que teve na escola.

SP 01:

Na campanha, né?

MG20:

Foi.

SP 01:

Certo, você sabe o que seria uma Ginecologia preventiva?

MG20:

Não.

SP 01:

Pelo nome, conseguiria fazer algum tipo de associação? Ginecologia preventiva?

MG20:

Vou chutar que seria uma pré consulta. Não sei assim de fato, mas acho que é isso.

SP 01:

Muito bem.

SP 01:

Você sabe o que é câncer de colo do útero?

MG20:

Sei.

SP 01:

Você sabe o que pode causar o câncer de colo do útero?

MG20:

É, sei os mais fatais assim, eu tive um breve conhecimento.

SP 01:

Certo, É você acha que, por exemplo, uma mulher poderia pegar...

SP 01:

Ou melhor ter o câncer do colo do útero através de que?

MG20:

Eu não sei exatamente assim, não acho que seria alimentação dependendo, tipo eu sei que todo mundo tem as células cancerígenas que podem se desenvolver câncer depois, mas talvez em quesito, eu chamaria de desleixo, assim tipo, É... na falta de prevenção. Muitas vezes com vacinação, com a falta de proteção, nesse sentido. Acho que talvez poderia se desenvolver depois, mas não sei se é o certo.

SP 01:

Perfeito. Você sabe o que é câncer cervical?

MG20:

Não.

SP 01:

Saberia dizer, por exemplo, em que parte do corpo ele pode ocorrer?

MG20:

Não sei, de certo acho que seria um pouco próximo do colo do útero ou dentro do canal vaginal, por aí. Não sei se seria bem nesse local eu vou chutar que sim.

SP 01:

Ok. Então, seria ali no canal que liga o útero à vagina da mulher?

MG20:

É ali, é... é... Isso. Seria ali.

SP 01:

Certo. Você sabe o que é lesão precursora?

MG20:

Não

SP 01:

E pelo nome saberia fazer algum tipo de associação? Por exemplo, o que seria uma lesão, você sabe?

MG20:

Sei, mas não lembro. É, tipo, quando machuca alguma coisa e fica meio inflamado, infeccionado, lesionado, assim.

SP 01:

Perfeito.

SP 01:

E precursora, você saberia dizer que tipo de machucado seria esse?

MG20:

Não, assim linguisticamente pelo pré seria... um requisito que veio antes mas pra que serve assim de nome eu não entendo muito bem não, eu não sei te dizer.

SP 01:

Certo, quando você precisa de informações sobre Ginecologia, Ginecologia Preventiva, HPV, outros temas ligados à saúde, você costuma recorrer a quais fontes?

MG20:

Eu costumo me apoiar quando tenho dúvidas a... se eu sei que tem uma pessoa que tenha mais informação, que eu, eu perguntaria a essa pessoa, se não, diretamente no celular, no Google, procuraria saber... mas independentemente.

SP 01:

Certo, perfeito.

SP 01:

Você concorda que meninas, a partir de 9 anos de idade, devem tomar a vacina contra o HPV?

MG20:

Concordo.

SP 01:

Por quê?

MG20:

Porque eu acho que isso seria mais ou menos já a base das vacinações. Acho que atualmente uns 10 ou 11, então 9 Também está num caminho tranquilo, acho que seria importante também porque já estaria ali mais cedo, não esqueceria tanto assim.

SP 01:

Perfeito. Você se recorda, fora essa campanha que houve na sua Escola de

prevenção, de conscientização sobre o HPV, você se recorda de alguma outra campanha na cidade, no postinho ou na televisão?

MG20:

Eu lembro que no tempo das vacinações, acho que tinha passava assim na televisão. E no postinho, eu acho que somente assim o cartaz, eu lembro que tinha cartazes explicando tudo sobre a doença, o que era, o que podia causar, os sintomas, as causas. Tinha um cartaz que dizia. É que eu não estou lembrada mais do que estava escrito, mas...

SP 01:

Perfeito.

SP 01:

Você acha que nós poderíamos conscientizar outras mulheres sobre o HPV

e as formas de prevenção do HPV, de que forma, de que maneira?

MG20:

É, eu acho que mais anunciado, igual tipo que tem nas campanhas, em vez de ser somente nas campanhas, isso é... mas no dia a dia, tipo deixar mais exposto, mas evidente igual as outras doenças em que ficam bem mais faladas do que a que é somente falada nas campanhas.

SP 01:

Perfeito, queria agradecer mais de uma vez a sua disponibilidade em participar da minha pesquisa, muito obrigada.

MG20:

De nada.

SP 01:

Vou encerrar a gravação, tá?

PARTICIPANTE ML19

SP01:

Boa tarde, novamente.

ML19:

Boa tarde

SP01:

Eu vou começar a fazer as perguntas, tá?

ML19:

Tá.

SP01:

Primeiro, eu preciso que você me diga o seu nome completo.

ML19:

ML19:

SP01:

Qual a sua data de nascimento?

ML19:

Primeiro, setembro de 2005.

SP01:

Certo. Você tem quantos anos?

ML19:

tenho 19 anos.

SP01:

Posso te pedir uma coisa? Você pode falar só um pouquinho mais alto, por favor?

ML19:

Tá certo. Vou tentar.

SP01:

Obrigada. Em qual cidade você nasceu?

ML19:

Nasci em Aracaju.

SP01:

E o estado?

ML19:

Sergipe.

SP01:

Você mora aqui ou mora no interior?

ML19:

Moro no interior. Carmópolis.

SP01:

Ai, Carmópolis. Amo Carmópolis. Inclusive, saudades. Daí você vem todos os dias?

ML19:

Todos os dias. Pego o ônibus escolar de lá mesmo e venho pra cá.

SP01:

Seu curso é o vespertino, né isso?

ML19:

Isso.

SP01:

E aí você vem em torno de que horas?

ML19:

O ônibus sai 11 horas de lá de Carmópolis aí chega aqui meio-dia e a mesma coisa pra voltar. O ônibus chega aqui 6h30 e chega em casa quase 8 horas.

SP01:

É um pouquinho tarde.

ML19:

É

SP01:

Qual a sua religião?

ML19:

Catolicismo.

SP01:

Você atualmente só estuda ou tem uma outra ocupação?

ML19:

Só estudo.

SP01:

Aqui na UFS você faz qual curso?

ML19:

Letras, português e espanhol.

SP01:

Amo esse curso, porque será. Você sempre quis fazer esse curso? Como foi que você chegou nele?

ML19:

Não, eu queria fazer pedagogia. Aí, eu fiz o Enem, né? E, por conta da nota e tal, aí coloquei pedagogia como minha primeira opção. Em segunda opção, português e espanhol, porque achava assim que seria mais fácil mudar para pedagogia. Aí chegou lá a lista de espera, Eu botei para português e espanhol porque estava mais próximo e entrei em português e espanhol. E não quero mudar para Pedagogia, porque estou gostando do curso de português e espanhol.

SP01:

Que maravilha! Consegui mais uma para o grupo! Que bom que você está gostando. Eu sou suspeita para falar, porque eu amo o curso. Eu sou fã de carteirinha. Então, assim, como eu disse, uma vez, uma pessoa que me perguntou se eu tivesse que escolher só o português ou só o espanhol, eu disse, nossa, eu ia sofrer muito, porque eu amo os dois. Então, seria bem... Bem sofrido escolher ou português ou o espanhol.

SP01:

Você atualmente tem plano de saúde?

ML19:

Não.

SP01:

Certo. De quantos salários mínimos seria sua renda familiar, mais ou menos?

ML19:

Ah, não sei dizer. Eu acho que dois, eu acho, não tenho certeza.

SP01:

Tudo bem. Você, então, já que... Como não tem plano de saúde atualmente, né? Quando você precisa de atendimento médico, seja clínico ou hospitalar, onde que você vai?

ML19:

No postinho da cidade, mesmo. Exames é tudo marcado lá, consultas com o médico é marcado lá também.

SP01:

Tudo lá em Carmópolis?

ML19:

Tudo, SUS no caso.

SP01:

Certo, e lá para o Hospital Público?

ML19:

Tem

SP01:

Tem, né? Então, quando você precisa de um serviço de urgência e emergência, você...

ML19:

você tem o hospital lá.

SP01:

Entendi. Perfeito.

SP01:

Quando você precisa desses serviços, seja no posto ou no hospital, você acha o atendimento? bom, mais ou menos, ruim? Como você classificaria?

ML19:

No postinho, até é bom. Os médicos são bons, O atendimento é bom. Agora, em questão do hospital, quando a pessoa precisa de uma emergência, já é diferente. O atendimento não é bom, os médicos também não fazem questão de estar ali sendo médico. E aí, deixa a desejar.

SP01:

Se fosse para você dar uma nota ao postinho e ao hospital, qual nota você daria cada um?

ML19:

Ao hospital, eu daria seis e ao postinho eu daria oito e meio. Porque também nada é perfeito, né?

SP01:

Verdade. E o SUS, de modo geral, como você classificaria, se fosse para você dar uma nota ao SUS, de modo geral, você daria que nota?

ML19:

Acho que eu daria uns 9.

SP01:

Por quê?

ML19:

Porque, querendo ou não ele atende muita gente. E não estou dizendo que tipo faz os deveres que ele tem que fazer, tudo certinho, mas ele está aí. Ai eu não sei explicar assim...

SP01:

Você está indo bem.

ML19:

Ai, meu, Deus, eu não sei explicar. Mas ele, assim, cumpre, entre aspas, o que promete, vamos dizer assim. E também a pessoa consegue muito coisa através dos SUS. Porque tem muitas vidas que estão sendo salvas através dos SUS. Então, acho que eu daria nota 9.

SP01:

Perfeito.

SP01:

Durante a Covid-19, você tomou alguma vacina?

ML19:

Tomei.

SP01:

Todas que você tomou foi da Covid ou teve de outras coisas, como por exemplo, gripe, tétano?

ML19:

Só da Covid.

SP01:

Só da Covid.

SP01:
Você lembra quantas doses você tomou?

ML19:
Eu tomei três doses. Quando eu fui tomar a quarta dose, o postinho da minha cidade não disponibilizou para mim a quarta dose. Por mais que eu já estivesse no... Porque tinha a idade, né?

SP01:
Sim.

ML19:
Eu já estava na idade de tomar e eles não disponibilizaram a quarta dose e se você for procurar hoje, também não vai ter. Porque ele dá a desculpa de, ah, não, Tem que abrir uma ampola só para você. Não, tem que esperar. Uma está aberta para poder...

SP01:
Meu Deus!

SP01:
Nossa, e aí acaba...

ML19:
Aí acaba não tomando.

SP01:
Que situação, hein? Que situação. Bem chata, eu diria.

SP01:
Ao longo da sua vida, você tomou todas as vacinas? Como que foi?

ML19:
Sim, tomei. Todas, todas, tomei todas.

SP01:
Por que assim? Você...

ML19:
Pra prevenir, assim, de alguns casos, né? Algumas doenças.

SP01:
Então, para você o que seria uma vacina?

ML19:
Ai meu Deus eu não sei explicar.

SP01:
Pode explicar do jeito que você entende, não tem problema algum. Do jeito que você...

ML19:
Eu não sei.

SP01:
Vamos lá. Você acabou de dizer que tomou para prevenir algumas doenças.

ML19:
Isso, Isso...

SP01:
Então, vacina para você seria...

ML19:
Modo de prevenção. Só é isso, só.

SP01:
Perfeito. Perfeito.

SP01:
Você sabe o que é uma IST?

ML19:

Sim.

SP01:
Poderia dizer.

ML19:
É infecção sexualmente transmissível.

ML19:
Né isso?

SP01:
Isso. Infecção sexualmente transmissível.

SP01:
E você conhece alguma IST?

ML19:
Sim. Eu acho que já... É pra citar?

SP01:
Pode citar.

ML19:
AIDS

SP01:
Sim.

ML19:
Ai, não lembro do resto, sífilis é a mesma coisa? Não sei, não! é diferente.

SP01:
Não, é diferente.

ML19:
E, esqueci.

SP01:
Mas já está bom. Você citaria então AIDS e sífilis.

ML19:
Isso, o que vem à mente é essas.

SP01:
Tranquilo. Em algum momento da sua vida, você já ouviu falar em DST?

ML19:
Sim.

SP01:
E saberia diferenciar o que é uma IST de uma DST?

ML19:
Hum... não, Eu não sei diferenciar.

SP01:
Por exemplo, IST e DST, né? A gente tem a letra I... e a Letra D diferente.

ML19:
Não, o termo eu sei que um é doença e o outro é infecção.

SP01:
Perfeito.

ML19:
Mas a coisa em sim... tipo diferenciar o coisa eu não sei não.

SP01:
O que seria IST, o que seria DTS. Entendi.

ML19:
Sim.

SP01:
Mas você consegue diferenciar. Perfeito.

ML19:
O termo sim.

SP01:
Perfeito.
SP01:
Você, em algum momento da sua vida, precisou fazer algum tratamento para alguma IST?

ML19:

Não.

SP01:

Ok. Como seria o nome do médico que trata do sistema Reprodutor feminino?

ML19:

Ginecologista.

SP01:

Perfeito, ginecologista. E você, alguma vez na sua vida, já foi ao ginecologista?

ML19:

Não.

SP01:

Nunca foi?

ML19:

Nunca fui.

SP01:

E como você? Uma pessoa que nunca foi a uma consultoria ginecológica, imagina o que seria essa consultoria ginecológica. Como você acha que seria?

ML19:

Ah, eu acho que ele iria perguntar coisas assim, O que acontece no cotidiano da pessoa, tipo se acontece algo anormal ou não, perguntaria sobre a menstruação da pessoa, se tá regular ou não, e é isso, perguntinhas básicas.

SP01:

Perfeito.

ML19:

Eu acho.

SP01:

Perfeito. Você tem um motivo específico que fez você nunca ter ido ao ginecologista?

ML19:

Não, vergonha mesmo eu acho.

SP01:

Quando você precisar ir um dia ao ginecologista, todos nós precisamos em algum momento.

ML19:

Aham.

SP01:

Você cogita que vai com uma ginecologista, mulher ou com ginecologista, homem?

ML19:

De preferência mulher.

SP01:

Por quê?

ML19:

Porque a gente se sente mais confortável com uma mulher, porque assim tem as

mesmas coisas né eu acho que fica mais confortável.

SP01:

Seria mais confortável para você, né?

ML19:

Aham.

SP01:

E deixa eu te perguntar uma coisa, você acha né, que uma mulher ela deve ir ao ginecologista com qual frequência?

ML19:

Ai.... Não sei dizer assim.

SP01:

Mais assim no seu imaginário você acha sei lá, a cada ano, de dois em dois anos de três em três.

ML19:

Acho que todo o ano a pessoa...

SP01:

Anualmente certo.

SP01:

Você sabe o que é um exame preventivo?

ML19:

Mais ou menos.

SP01:

Pelo nome você conseguiria...

ML19:

É, Eu acho que é um exame geral para ver se está tudo ok com a saúde do órgão.

SP01:

Reprodutor?

ML19:

Isso.

SP01:

Então, seria um exame que vai verificar como que o órgão reprodutor feminino está?

ML19:

Sim, eu creio que é isso.

SP01:

Tudo bem. Deixa eu te perguntar uma coisa e como você imagina que seria um exame ginecológico, por exemplo? Vou citar aqui um que é bem conhecido, transvaginal. Como você imagina que seria esse exame?

SP01:

Não consegue dizer? Certo. Ok.

ML19:

Não consigo dizer.

SP01:

E você já ouviu falar alguma vez na sua vida no exame Papanicolau?

ML19:

Já ouvi falar.

SP01:

E sabe o que? O que é para que serve?

ML19:

Não, não.

SP01:

E exame de lâmina já ouviu falar?

ML19:

Já ouvi falar, mais também não sei.

SP01:

Mas também não sabe para que serve. Certo.

SP01:

Se você tivesse que, por exemplo, imaginar, vamos dizer assim, o que seria, para que serve um exame de lâmina, você imaginaria o... Para que serve o Papanicolau? Que seria para prevenir algum tipo de doença específica ou não necessariamente?

ML19:

Para o câncer do colo do útero.

SP01:

O qual?

ML19:

É... não sei o de lama? de lâmina?

SP01:

O de lâmina?

ML19:

Eu acho que sim, eu não sei direito.

SP01:

Então, você...

ML19:

Assim, imaginando, eu acho que seria esse. Ou os três, ou os dois juntos, faz né pra saber? Ai não sei explicar.

SP01:

Você está indo muito bem, não precisa ter vergonha. Como eu disse essa conversa vai ficar só entre nós duas não precisa ter vergonha assim né.

ML19:

Eu acho que a combinação dos dois, a pessoa tem que fazer os dois para ver, pra prevenir ou ver se tá tudo. Ok, se a pessoa não tem, não tem um câncer no colo do útero, é isso. Meu conhecimento é pouco.

SP01:

Tudo bem, só corrigindo, né? Eu disse que essa conversa ia ficar entre nós. duas, Na verdade, a sua voz não será divulgada, Então não se preocupe.

SP01:

Em relação a...

SP01:

Vamos para o universo das infecções sexualmente transmissíveis.

SP01:

Em relação ao HPV, você já ouviu falar, conhece, sabe o que é?

ML19:

Já ouvi falar, mas não sei o que é assim.

SP01:

E papiloma vírus humano você sabe o que é?

ML19:

Não.

SP01:

Nunca ouviu falar?

ML19:

Nunca ouviu falar.

SP01:

Certo. Como você acredita, acha, por exemplo, que uma pessoa pode transmitir ou pegar o HPV?

ML19:

Acho que na relação. Eu acho, eu não sei.

SP01:

A relação sexual seria a única forma de transmissão, ou você acha que teria outras formas também?

ML19:

Eu acho que desse, acho que só a relação, eu acho.

SP01:

Certo, então ok.

SP01:

Como você acha, por exemplo que a pessoa que pega o HPV ela fica, ela apresenta alguns sintomas?

ML19:

Tem alguns que não sintomas assim aparente né. O HPV que você está falando propriamente?

SP01:

Isso, não você pode falar de forma...

ML19:

Ai, não sei, aí não sei...

SP01:

O HPV você não consegue imaginar?

ML19:

Não consigo imaginar é.

SP01:

Certo. E você acha que ele se manifesta de que forma no corpo?

SP01:

Pode ficar à vontade para falar como você...

ML19:

Eu não estou conseguindo raciocinar não.

SP01:

Pode falar quando você sentir, mais à vontade possível. Não se preocupe.

ML19:

Como ele se manifesta no corpo?

SP01:

Isso.

ML19:

Ai meu Deus, rapaz eu não estou conseguindo pensar.

SP01:

Não conseguiria nem, tipo, associar uma coisa assim a uma forma visual.

ML19:

Talvez. A mulher tem normalmente aquele escorrimento, né? Talvez a mudança dele, talvez seria um, não sei.

SP01:

Seria um sintoma, né?

ML19:

Sim, um sintoma.

SP01:

Por exemplo um corrimento feminino. Certo.

SP01:

E em relação a doenças que o HPV pode causar, você saberia dizer alguma?

ML19:

Não. Ai meu Deus.

SP01:

Tudo bem.

SP01:

Você já tomou a vacina contra o HPV?

ML19:

tomei

SP01:

Você lembra se quando você tomou foi uma dose ou duas?

ML19:

Acho que foram duas. Na verdade, no postinho, na época eu acho que era três. Não era não? Não sei.

SP01:

Na sua época foram três?

ML19:

Faz muito tempo, se eu não me engano eu tomei três.

SP01:

Ok, tudo bem. Você lembra mais ou menos quantos anos você tinha?

ML19:

Eu acho que eu tinha... Doze? Alguma coisa assim.

SP01:

Certo, tranquilo. E você sabe o que é uma ginecologia preventiva?

ML19:

Não

SP01:

E pelo nome, assim ginecologia preventiva, você conseguiria fazer algum tipo de associação?

ML19:

Um check-up um exame geral?

SP01:

Um exame geral que serviria para quê?

ML19:

Eu vou ficar repetindo a mesma coisa, para prevenir uma doença ou alguma coisa assim.

SP01:

Perfeito. Você sabe o que é câncer do colo do útero?

ML19:

Sei.

SP01:

E você saberia, por exemplo, dizer o que pode causar o câncer do colo do útero?

ML19:

Não. Não, não consigo, não.

SP01:

E câncer cervical você já ouviu falar?

ML19:

Não, nunca ouvi falar.

SP01:

E pelo nome, você consegue fazer algum tipo de associação?

SP01:

Também não? Certo.

SP01:

E lesão precursora, você... ?

ML19:

Nunca ouvi falar.

SP01:

E também consegue fazer algum tipo de associação pelo nome lesão precursora?

ML19:

Não.

SP01:

Quando você precisa se informar sobre temas relacionados à Ginecologia Preventiva ou ao HPV, por exemplo, você costuma recorrer a quais fontes?

ML19:

Google.

SP01:

Essa seria a sua única fonte ou teria mais algo?

ML19:

Sim.

SP01:

Seria a única fonte?

ML19:

Isso. Como eu falei, nunca fui para um ginecologista. E informações vêm de casa não é tanta.

SP01:

Então, quando você preci...

ML19:

Ainda é um tabu.

SP01:

Ainda é um tabu. Isso acontece em muitas casas, né? Por exemplo, na minha também sempre foi um tabu muito grande, né? E, enfim, aí a gente acaba não recorrendo a essa fonte, que também é uma fonte de informação é a família por conta da dos tabus que são criados em torno de muitos temas.

SP01:

E quando você é, Precisa, por exemplo, Saber sobre temas que são relacionados a outros aspectos da saúde, como Covid, por exemplo você consegue recorrer a outras fontes, além da internet ou também só a internet?

ML19:

Só a internet.

SP01:

Tranquilo.

ML19:

Na verdade, na época que estava no auge do Covid, tinha sim campanhas do postinho da cidade e aí a gente sabia também por conta daquilo, Além da internet.

SP01:

Perfeito. Você concorda que meninas, a partir de 9 anos de idade, devem tomar vacina contra o HPV?

ML19:

Sim.

SP01:

Por que você tem uma opinião?

ML19:

Porque quanto mais cedo melhor eu acho assim, né? para prevenir.

SP01:

Perfeito. Você se recorda de alguma campanha de conscientização sobre o HPV na escola, na sua cidade?

ML19:

Não. Nas escolas que eu estudei nunca tive.

SP01:

E quando você foi tomar a vacina, por exemplo, você foi através de alguém?

ML19:

PARTICIPANTE MO22

SP01:

Boa noite, queria agradecer novamente a disponibilidade para participar da pesquisa. Eu vou precisar que você me diga o seu nome completo.

MO22:

MO22:

SP01:

Qual a sua data completa de nascimento?

MO22:

22 de novembro de 2002.

SP01:

Quantos anos você tem?

MO22:

22.

SP01:

Em qual cidade você nasceu?

MO22:

Lagarto.

SP01:

Qual o estado?

MO22:

Sergipe.

SP01:

Atualmente você reside em Lagarto ou você reside em outra cidade? Aqui em São Cristóvão.

MO22:

Em São Cristóvão.

SP01:

Minha mãe viu campanha na televisão, porque sempre fazem campanhas assim, né, quando tá no auge. Também... Pelo postinho da cidade, fazendo campanha. Então, minha mãe me levou até o postinho para tomar.

SP01:

Perfeito, mas na escola mesmo?

ML19:

Na escola, não teve.

SP01:

Tranquilo. E você acha que nós poderíamos conscientizar mais mulheres sobre o HPV e sua prevenção? De que forma?

ML19:

Em campanhas. Eu acho que assim. Não sei, ou convidando elas pessoalmente. Não sei.

SP01:

Perfeito, mas campanha para você ainda é uma estratégia?

ML19:

Sim, É.

SP01:

Perfeito, eu queria te agradecer novamente sua disponibilidade em participar da pesquisa. MUITÍSSIMO, obrigada. Vou encerrar a gravação.

Isso. Aqui no Rosário mesmo?

MO22:

No Rosário.

SP01:

Perfeito. Mas você vai com frequência, a lagarto, como que é?

MO22:

Todo fim de semana.

SP01:

Todo fim de semana.

MO22:

Isso.

SP01:

E aqui você mora sozinha ou você divide?

MO22:

Eu divido com cinco meninas.

SP01:

Também aqui da universidade? Mas do seu curso?

MO22:

Não, só o modo do curso.

SP01:

Você faz que curso aqui na UFES?

MO22:

Português e inglês.

SP01:

Qual o turno?

MO22:

Pela manhã.

SP01:

Certo. E essa disciplina à noite?

MO22:

Eu não tenho disciplina. Ah, você não tem disciplina. Eu estou acompanhando ela.

SP01:

Ah, achei que você também iria ter aula agora.

MO22:

Não.

SP01:

Perfeito. Você, além de estudar, tem alguma outra ocupação?

MO22:

Eu sou professora de inglês para criança, educação infantil.

SP01:

Ah, que maravilha. Aqui em São Cristóvão mesmo?

MO22:

Em Aracaju.

SP01:

Em Aracaju. Isso. Você dá aula todos os dias? Como que é?

MO22:

Todas as manhãs.

SP01:

Todas as manhãs, de segunda a sexta?

MO22:

Segunda a sexta.

SP01:

Nossa! De quantos salários mínimos seria aproximadamente a sua renda familiar?

MO22:

Dois salários mínimos.

SP01:

Certo. Você tem religião?

MO22:

Sou católica.

SP01:

Ok. Você tem plano de saúde?

MO22:

Não.

SP01:

Quando você precisa de atendimento, médicos? Seja ele, hospitar lá o clínico, você costumava ir aonde?

MO22:

Na hospital.

SP01:

Certo. Aqui em São Cristóvão ou lá em Lagarto? Em Lagarto. Em Lagarto. Aqui em São Cristóvão você já foi alguma vez ao hospital? Não. Só lá?

MO22:

Só lá.

SP01:

E atendimento clínico, assim, por exemplo, no posto de saúde, você já foi aqui ou só em Lagarto também?

MO22:

Só em Lagarto.

SP01:

Só em Lagarto também. Se fosse... E para dar uma nota ao hospital que você vai quando você precisa, qual nota você daria?

MO22:

Sete.

SP01:

Por quê?

MO22:

Porque tem uma escassez de médicos muito grande.

SP01:

E ao posto de saúde, que nota você daria?

MO22:

Seis.

SP01:

Por quê?

MO22:

Porque para falar com médicos é uma exclusividade.

SP01:

Você é fora essas... questões do hospital, especificamente do posto de saúde, de modo geral, ao SUS, você daria que nota?

MO22:

Oito.

SP01:

Por quê?

MO22:

Acho que tem que melhorar muita coisa.

SP01:

Certo. Você durante a COVID-19 tomou alguma vacina?

MO22:

Tomei.

SP01:

As de COVID?

MO22:

Isso.

SP01:

Quantas?

MO22:

Acho que as quatro.

SP01:

Certo. E fora as... Vacinas da Covid, você tomou vacina para alguma outra coisa durante a pandemia?

MO22:

Para a gripe.

SP01:

Para a gripe, ok. E durante a pandemia você precisou de algum atendimento hospitalar?

MO22:

Não.

SP01:

Graças a Deus, que bom. Você durante a pandemia teve Covid?

MO22:

Tive suspeita, mas nada confirmado.

SP01:
Mas não foi confirmado, né? Certo. Você, durante a pandemia, estava aqui em São Cristóvão, em Lagarto?

MO22:
Lagarto.

SP01:
Ok. Para você, o que é uma vacina?

MO22:
É um meio de prevenção da saúde.

SP01:
Certo. Você tomou, ao longo da sua vida, vacinas? Como que está o seu cartão de vacina?

MO22:
Eu tomei pra HPV, pra adolescente, mas acho que tá bem desatualizado.

SP01:
Mas você tomou algumas?

MO22:
Isso, das HPV.

SP01:
Certo. Você saberia dizer para quais doenças existe vacina?

MO22:
Bela? É... não sei.

SP01:
Pode ir.

MO22:
Pra gripe, bela. É... doente sexual e homossexuais... Os seus lucros em sucesso, né?

SP01:
Pode ficar tranquila e calma. Calma! Saberá se dá mais alguma?

MO22:
É, é transpirose.

SP01:
Pode ficar calma e falar o que você acha que tem, não se preocupe.

MO22:
Eu acho que são essas.

SP01:
Certo.

MO22:
A tétano.

SP01:
Perfeito. Você... Sabe o que é uma IST?

MO22:
Sim.

SP01:
Poderia dizer o que é?

MO22:
Doença sexualmente transmissível.

SP01:
Doença sexualmente transmissível seria a mesma coisa que IST? Pra você?

MO22:
Eu acho que sim.

SP01:

Você já ouviu falar em DST?

MO22:
Ah, então eu não sei o que é IST.

SP01:
Esse aí você saberia diferenciar?

MO22:
Infecções? Isso.

SP01:
Então... O IST seria?

MO22:
As doenças ou infecções.

SP01:
Pronto, ok. Você poderia citar alguma doença ou infecção sexualmente transmissível?

MO22:
Não, pode falar o que você lembrar. Épsis.

SP01:
Sim.

MO22:
Épsis, não se recorda de outra.

SP01:
Não se recorda de outra?

MO22:
AIDS.

SP01:
O que mais? Você acorda de mais alguma?

MO22:
Não, herpes e AIDS.

SP01:
Certo. Você em algum momento da sua vida pensou em fazer algum tratamento para algum IST ou DST?

MO22:
Não.

SP01:
Ok. Como é o nome do médico que trata da saúde do sistema reprodutor feminino?

MO22:
Ginecologista.

SP01:
Isso. Você costuma ir com que frequência ao ginecologista?

MO22:
Nunca fui.

SP01:
Nunca foi? Certo. Quando você for, é o momento onde nós vamos, você vai preferir ser atendida por um profissional homem ou mulher?

MO22:
Mulher.

SP01:
Mulher, ok. Por quê?

MO22:
Porque eu acho mais confortável, né? Mais seguro.

SP01:

Certo. Você acha que a frequência ideal para que uma mulher vá até o ginecologista é de quanto em quanto tempo?

MO22:

A cada quatro meses.

SP01:

A cada quatro meses, certo. Você imagina que uma consulta ginecológica seja de que forma? Como que você já ouviu? As pessoas sempre comentam, né? Ou em casa, ou entre ciclo de amizades. Você imagina que seria como uma consulta?

MO22:

Eu acho que vai ter uma conversa teórica, que vai explicar. Depois vai dar mais prática. E depois repassar alguns exames.

SP01:

Certo. Você sabe o que é um exame preventivo?

MO22:

Não.

SP01:

Pelo nome, você conseguiria fazer algum tipo de associação?

MO22:

É.

SP01:

Exame preventivo...

MO22:

Ainda com a gente como a gente tem?

SP01:

Não, nessa parte de exame mesmo. Um exame preventivo...

MO22:

Um exame para descobrir uma possível doença.

SP01:

Certo. Você acha importante que as pessoas façam exames preventivos?

MO22:

Sim.

SP01:

Por quê?

MO22:

Porque a gente tem que se preocupar com a saúde, né? Nessa correria da vida. E às vezes a doença pode ser silenciosa. Então é importante estar atualizado.

SP01:

Verdade. E poder evitar. Exato. Você, em algum momento da sua vida, já fez algum exame preventivo?

MO22:

Já. Eu fiz uma tomografia que eu estava sentindo dor no ovário e eu estava com cisto.

SP01:

Nossa, aí eu estava vendo a importância. Daí você descobriu. E você fez algum tipo de tratamento ou não precisou?

MO22:

Não, eu esperei um ano porque o médico falou que provavelmente ia desmanchar sozinha e com um ano eu fiz novamente e tem desmanchado.

SP01:

Certo, perfeito. Você... Já ouviu falar no exame Papanicolau?

MO22:

Sim.

SP01:

Sabe pra que ele serve?

MO22:

Pra ver a possibilidade de alguma doença, ver se tá tudo ok com o útero e os ovários.

SP01:

Ok. E citológico oncótico, já ouviu falar nesse exame?

MO22:

Não.

SP01:

E citopatológico, já ouviu falar?

MO22:

Não.

SP01:

Saberia dizer pra que serve o citológico oncótico e o citopatológico?

MO22:

Não.

SP01:

Já vou falar no exame de lâmina?

MO22:

Já.

SP01:

Sabe pra que que serve?

MO22:

Pra descobrir uma possibilidade de doença também.

SP01:

Certo. Você, é... O exame de lâmina é um exame muito comentado entre as mulheres. Você imagina como seria esse exame?

MO22:

Eu acho que estou confundida com o Papanicolau. Mas...

SP01:

Pode falar também como você acha que é o Papanicolau, se ficar melhor pra você.

MO22:

O Papa Nicolás seria introduzir... Como é o nome daquele negócio? Aquele negócio...

SP01:

Pode falar do jeito que você achar melhor e mais viável.

MO22:

Introduzir para descobrir o possível avanço, muito, e de lâmina.

SP01:

Então o Papanicolau introduz um objeto?

MO22:

Isso. E o de lâmina não é nada.

SP01:

E você sabe por que que precisa introduzir esse objeto no Papanicolau? Pra que que seria?

MO22:

Não.

SP01:

Certo. E o de lâmina, você sabe?

MO22:

O de lâmina, o de lâmina é só ser a teoria.

Nunca pensei, nunca pesquisei.

SP01:

Certo. Ok, você sabe o que é HPV?

MO22:

HPV?

SP01:

Já ouviu falar?

MO22:

É câncer no útero.

SP01:

HPV seria?

MO22:

Câncer no útero.

SP01:

Câncer do colo de útero.

MO22:

Do colo do útero.

SP01:

Certo. Você acha que uma pessoa pode pegar ou transmitir? De que forma o HPV?

MO22:

Eu acho que não é transmissível, né?

Porque é câncer. É sensível.

SP01:

Então não é transmissível?

MO22:

Acho que não.

SP01:

Certo. Tô com certeza. Certo, tudo bem. Você pode ir do jeito que você acha, pode responder com as suas palavras, do jeito que você achar mais confortável, não se preocupe. Como você acha... Que o HPV, ele se manifesta na pessoa quando ela pega, quais seriam os sintomas?

MO22:

Seria uma alteração, uma questão da menstruação, do próprio interno, dores, inchaço.

SP01:

Certo, então esses seriam alguns sintomas?

MO22:

Acho que sim.

SP01:

Ok, você sabe o que o HPV pode causar?

MO22:

Seria a retirada do útero.

SP01:

Ok. Você acha que uma pessoa que tem HPV pode ser tratada? De que forma? Qual seria o tratamento que um profissional da saúde passaria para essa pessoa?

MO22:

Quimioterapia, retirada do útero.

SP01:

Certo, então a quimio e a retirada do útero seriam algumas vias de tratamento?

MO22:

Isso.

SP01:

Ok. Como você acha que nós podemos nos prevenir de ter HPV?

MO22:

Fazendo exames constantemente, se alimentar bem, acho que isso.

SP01:

Essas seriam algumas medidas?

MO22:

Sim.

SP01:

Certo. Você já tomou a vacina contra o HPV?

MO22:

Já.

SP01:

Você lembra quantos anos você tinha mais ou menos quando tomou essa vacina?

MO22:

Doze.

SP01:

Doze anos. Você lembra quantas doses da vacina você tomou?

MO22:

Acho que foram duas, que a terceira foi cancelada. A última foi cancelada.

SP01:

Certo. E você lembra se você tomou através de alguma campanha na escola? A pessoa responsável por você levou você até o postinho de saúde?

MO22:

Fui pela escola.

SP01:

Pela escola?

MO22:

Foi,

SP01:

foi direto pela escola. Então eles foram lá, né, e deram um termo e a pessoa responsável por você assinou esse termo e você vacinou? Certo. Você acha, concorda, né, que meninas a partir de 9 anos de idade devem tomar a vacina contra o HPV?

MO22:

Acho que sim.

SP01:

Por quê?

MO22:

Se for a prescrição médica, eu acho que já temos tudo sobre isso e é necessário.

SP01:

Certo. Para você, o que é ginecologia preventiva?

MO22:

Seria cuidar dessa parte da saúde feminina constantemente, com exames, ter essa prevenção nessa parte da saúde, que ainda é um tabu.

SP01:

Certo. Você mencionou que a saúde relacionada à parte psicológica ainda é um... Como foi ao longo da sua vida as informações dentro de casa sobre esses assuntos? Foi tranquilo ou foi tratado como tabu dentro de casa?

MO22:

Foi tranquilo, tenho algumas irmãs, então elas já são mais velhas e eu já ouvi alguns relatos. Então, um tabu para mim.

SP01:

Ok. Você sabe o que é câncer de colo do útero?

MO22:

Sim.

SP01:

Você sabe o que pode causar o câncer de colo do útero?

MO22:

Prejudicar? Prejudicar, sabe? Então, assim, vamos lá. Mas, acho que prejudica na questão do útero em si, eu não sei como, mas na saúde feminina de modo geral. Você necessita de quimioterapia?

SP01:

Certo. Você já ouviu falar em câncer cervical?

MO22:

Não.

SP01:

Pelo nome, você saberia dizer onde esse câncer ocorre?

MO22:

Não.

SP01:

Não conseguiria fazer nenhum tipo de associação?

MO22:

Na questão da saúde feminina, não.

SP01:

Não posso falar.

MO22:

Câncer cervical seria um ovário, uma parte do ovário específico?

SP01:

Desculpa. Então, pra você, essa associação seria feita com um ovário?

MO22:

Sim.

SP01:

Ok. Quando você precisa saber informações sobre ginecologia, ginecologia preventiva, HPV, enfim, ou sistemas olhados à saúde da mulher, você... costuma recorrer quais fontes? A internet. Fora a internet, tem alguma outra fonte como família, amigo, campanha médica?

MO22:

A internet.

SP01:

Certo. Na internet tem algum site específico que você sempre procura? Por exemplo, sempre vai no mesmo site saber esse tipo de informação? Ou são vários sites, depende do tema?

MO22:

Eu vejo o TikTok e o... médica específica aqui de Aracaju, que ela fala muito sobre isso, muito interativo.

SP01:

E essa médica você vê através do Instagram? Do Instagram, sim. Então, seriam os meios que você utiliza. Ok. Você se recorda de alguma campanha de conscientização sobre o HPV, ou na escola, ou no posto de saúde, ou na TV?

MO22:

No posto de saúde? Acho que na faculdade de agulha.

SP01:

Acho que eu acredito que sim. Certo. Faz muito tempo que você viu campanha sobre esse tema ou você viu alguma recente?

MO22:

Faz algum tempo já.

SP01:

Antes da pandemia, saberia dizer? Depois da pandemia. Depois da pandemia, certo. Como você acha que nós poderíamos conscientizar outras mulheres sobre o HPV e as formas de prevenção?

MO22:

Eu acho que tem que começar pelas escolas, que é importante, né? Tem um maior público, principalmente com as jovens, e vai crescendo na faculdade e nas empresas.

SP01:

Certo. Na escola você acha que a partir ali de que idade seria ideal, vamos dizer assim, para iniciar esse processo de conscientização?

MO22:

A partir do ano que eles têm 13, 14 anos, que já tem a consciência.

SP01:

Que já estão ali prestes a ir para o ensino médio, né?

MO22:

Isso.

SP01:

Certo, ok. Eu queria agradecer novamente a sua disponibilidade de participar da

PARTICIPANTE TO18

SP01:

Boa noite, mais uma vez.

TO18:

Boa noite.

SP01:

Eu queria novamente agradecer a disponibilidade em participar da minha pesquisa. Obrigada.

TO18:

De nada. Se puder ajudar.

SP01:

Obrigada. Eu vou precisar que você me diga o seu nome completo.

TO18:

TO18.

SP01:

Certo. Eu preciso também que você me diga quantos anos você tem.

TO18:

Eu tenho 18 anos.

SP01:

Qual a sua data completa de nascimento?

TO18:

Dia 10 de maio de 2007.

SP01:

Oh! Foi o seu aniversário pertinho.

TO18:

Foi sim.

SP01:

Parabéns!

TO18:

Muito obrigada.

SP01:

Você nasceu em qual cidade e estado?

TO18:

Eu nasci na cidade de Estância, aqui de Sergipe mesmo.

SP01:

Ok. Você tem religião?

TO18:

Sim.

SP01:

Qual é a sua religião?

TO18:

Eu sou cristã católica.

SP01:

Ok. Atualmente, você só estuda ou tem outra ocupação também?

TO18:

Não. Atualmente, eu só estudo mesmo.

SP01:

Certo. Você é aluna de qual curso aqui na UFS?

TO18:

pesquisa e as suas respostas. Eu vou encerrar a gravação, tá? Muito obrigada.

Eu sou aluna do curso de Ciências Sociais.

SP01:

Certo. Seu curso é: manhã, tarde ou noite?

TO18:

É a tarde, turno vespertino

SP01:

Está gostando?

TO18:

Ah, estou sim. Estou sim. Está sendo incrível.

SP01:

É um curso que você sempre quis? Como foi que você chegou nesse curso?

TO18:

Ah, sim. Não era a minha primeira opção, mas eu já havia pesquisado anteriormente. Tanto que o meu antigo coordenador da minha antiga escola, ele era formado em Ciências Sociais e aí ele já havia falado sobre o curso dele, sobre o processo dele na UFS também e eu achei muito interessante e eu fui pesquisar. E aí... foi por conta disso que eu quis colocar como minha segunda opção no SISU em 2024. Então... no caso... começou esse ano, no caso.

SP01:

Bacana! É... mas até agora está gostando?

TO18:

É, tô, tô gostando.

SP01:

Eu fiquei curiosa. Qual seria a sua primeira opção?

TO18:

Ai, gente! É bem diferente de Ciências Sociais, mas eu queria fazer Direito. Eu queria fazer Direito, mas não deu. Aí eu estou aqui agora, estou gostando.

SP01:

Mas você pretende em algum momento retomar o Direito ou vai concluir Ciências sociais? E quem sabe, depois?

TO18:

Bom, sinceramente, eu tô gostando tanto do curso que eu acho que, por agora, eu não quero mudar. Eu acho que eu não quero mais saber de Direito, eu quero continuar nesse curso e ver no que dá daqui pra frente.

SP01:

É uma coisa muito boa quando a gente se encontra, né? E, às vezes, a vida faz isso com a gente. A gente pensa, vou fazer uma

coisa, e a vida vai ali e encaminha para uma outra coisa totalmente diferente, e a gente se encontra e descobre: nossa! Que bom que a vida fez esse caminho.

TO18:

Sim, verdade.

SP01:

Fico muito feliz por você.

TO18:

Muito obrigada.

SP01:

Você, na sua família, qual seria mais ou menos a renda familiar em salários mínimos?

TO18:

Cerca de dois salários mínimos, mais ou menos.

SP01:

Você tem plano de saúde?

TO18:

Não

SP01:

Você mencionou que você nasceu em Estância.

TO18:

Isso.

SP01:

Mas você mora em Estância mesmo?

TO18:

Não, eu moro na cidade de Cristinápolis.

SP01:

Então você vai e vem todo dia?

TO18:

Não, não, não. Eu resido aqui, por enquanto. Aí, final de semana ou aos feriados, eu volto para o meu interiorzinho.

SP01:

Certo. E daí, quando você precisa, nesse momento que você está aqui ou lá, né? Quando você precisa de atendimento médico, seja ele hospitalar ou clínico, você costuma recorrer a quais lugares?

TO18:

Eu normalmente vou no postinho mesmo de atendimento de lá, de onde eu moro. No caso, aqui, no Roza Elze, mesmo. E é isso... Vou no público, realmente.

SP01:

E hospital você já precisou alguma vez aqui, estando aqui ou lá na sua cidade, em Cristinápolis?

TO18:

Sim, já sim. Principalmente na minha antiga cidade. Aqui até então, não. Eu agradeço por não precisar ainda. Mas quando eu preciso, eu sempre vou ao posto de saúde, ao centro de Urgência Médica mesmo.

SP01:

O centro de Urgência lá funciona direitinho?

TO18:

Sim, todos os dias, 24 horas por dia.

SP01:

Ah, que bom. Porque eu também sou do interior, né? Sou de Tobias Barreto. E nem sempre o hospital lá funciona.

TO18:

É, eu entendo.

SP01:

E quando funciona, tem uns perregezinhas. Por exemplo, é... caiu e aí machucou o braço, está com suspeita se quebrou ou não. Não tem raio-x, tem que ir ou pra Lagarto ou Aracaju. Porque lá não tem máquina para fazer Raio-X.

TO18:

É uma questão muito problemática, mesmo, isso. Mas funciona as 24h por dia, todos os dias. Que bom! Mas um tempo atrás, realmente, ele não funcionava. Mas... vem funcionando.

SP01:

Que bom que isso foi corrigido.

TO18:

Sim, sim, sim.

SP01:

Se fosse para você dar uma nota ao hospital, que nota você daria?

TO18:

Sinceramente? Eu acho que uns oito e meio, por aí. Porque, igualmente o seu caso lá também foi a questão de quebrar um braço, não tem máquina de Raio-X, tem que ser levado pra onde eu nasci, Estância, e... por conta disso, né realmente, aí eu acho que podia melhorar certas coisas, entendeu?

SP01:

Sim, E ao postinho daqui do Roza Elze, quando você precisa usar, você daria qual nota a ele?

TO18:

Ah, sim. Eu não precisei ainda. Então, eu não posso dar nota em relação a isso, porque eu não tive a oportunidade de ir ainda. Eu agradeço por isso, mas realmente eu não...

SP01:

E ao postinho de lá da sua cidade, você daria de nota?

TO18:

Ah, eu daria uns 9, mais ou menos, porque sempre tem exame de rotina sempre funcionando.

SP01:

Perfeito. E ao SUS, de modo geral, que nota você daria?

TO18:

Bom, eu acho... que uns 8,5 também. Porque tem problemas, ele tem muitos problemas, a gente entende, mas ele

funciona. E eu sei de muitas pessoas que são encaminhadas pelo SUS para fazer uma cirurgia, por exemplo, e tem resultado. Ou seja, muitas pessoas acreditam que, tipo, meu Deus, é a coisa mais horrível do mundo, porque não funciona, e o SUS é uma demora, e a pessoa demora uma vida naquela fila. Mas tem casos que não é sempre. E a gente vai levar em consideração que são muitas pessoas no Brasil, todo. Então tipo, né. É claro que não vai ser da hora, do dia para a noite que vai funcionar, mas eu gosto. Eu acho que ele atende relativamente às necessidades da população brasileira, então eu acho que uns 8,5 mais ou menos.

SP01:

Perfeito. Durante a Covid-19 você precisou de algum atendimento hospitalar?

TO18:

Não.

SP01:

Que bom, graças a Deus!

SP01:

E durante a Covid, você tomou alguma vacina?

TO18:

Sim, eu tomei, sim. As três doses.

SP01:

Fora as vacinas de Covid, você tomou vacina para alguma outra coisa durante a Covid?

TO18:

Só quando tinha vacinação, mesmo. Por exemplo, a gripe. É eu sim, eu tomei sim para a [prevenção] prevenção.

SP01:

Certo

SP01:

E a sua carteirinha de vacinação, como que... como que está o seu cartão de vacina? Está faltando muita vacina? Está bem completinho? Como que é?

TO18:

Não, ele tá completo. Está sim.

SP01:

Parabéns!

TO18:

Muito obrigada.

SP01:

Maravilha. Para você, o que é uma vacina?

TO18:

A vacina, ela é o... Ele vai prevenir a gente de ter um problema futuro. Por exemplo, você tomar vacina contra a gripe, você vai ter alguns sintomas após tomar a vacina. Porque ele vai... questão de anticorpos e tudo mais, que a gente vê em biologia isso, para prevenir. Caso você seja contaminado lá na frente, você não sofra tantos danos

quanto uma pessoa que não foi vacinada. É o que eu entendo é isso, eu sou leiga.

SP01:

Perfeito. Você sabe, poderia citar para quais doenças existe vacina? Sabe dizer?

TO18:

Doença, doença mesmo... não. Eu sei, tipo... a questão de ví... viroses, que é diferente de doenças, eu acho.

SP01:

Poderia citar as viroses que você conhece?

TO18:

Ah... dengue, eu não sei se é virose, mas... dengue, gripe, HIV, eu acho, HPV, um negócio assim, eu não entendo muito bem essas coisas. Só... essas.

SP01:

Perfeito.

TO18:

Tem também contra o tétano, né, também?

SP01:

Sim.

TO18:

São muitas. São muitas.

SP01:

Perfeito. Você sabe o que é uma IST?

TO18:

Não, eu não sei.

SP01:

E DST, você sabe o que é?

TO18:

Não.

SP01:

Também não?

TO18:

Não

SP01:

Nunca ouviu falar?

TO18:

Assim, eu já posso ter ouvido falar, mas dizer assim: aí eu sei. É isso, isso e isso. Eu diria que eu não sei não.

SP01:

Certo, perfeito. Como é o nome do médico que trata do sistema reprodutor feminino?

TO18:

Ginecologista.

SP01:

Perfeito. Você vai com frequência aos ginecologistas?

TO18:

Eu confesso que eu nunca fui.

SP01:

Certo. Você... na sua opinião, uma mulher deve ir com que frequência ao ginecologista?

TO18:

Sinceramente, não é o que eu sigo, mas eu acho que, no mínimo, uma vez por ano. No

mínimo, no mínimo, mesmo. Eu nunca fui, mas, no mínimo, uma vez por ano.

SP01:

Certo, perfeito. Quando chegar o momento de você ir ao ginecologista, você prefere que essa pessoa seja um profissional, homem ou mulher?

TO18:

Ah. Eu acho que eu prefiro mulher.

SP01:

Por que?

TO18:

Talvez eu me sinta mais à vontade, sabe? Eu não sei, eu posso até generalizar, mas eu acho que eu me sinto mais à vontade com uma personalidade feminina, uma mulher.

SP01:

Perfeito. Você imagina que, como seria uma consulta ginecológica?

TO18:

Eu acho que não seria um bicho de sete cabeças, até porque todas nós temos o nosso sistema reprodutor, então é algo que tem que ser cuidado, como qualquer outra área do nosso corpo. Por exemplo, se a gente vai... é... se examinar com qualquer outra pessoa, eu acho que é muito importante. Então, eu acho que não é um bicho de sete cabeças e não existe um tabu a ser quebrado, minha gente. É normal, todo mundo tem, todo mundo precisa se consultar. Então é isso

SP01:

Perfeito. Você sabe o que é um exame preventivo?

TO18:

Talvez eu possa ter uma ideia, mas certeza do que seja...

SP01:

Pelo nome, você imagina que seria o que?

TO18:

É... no literal, acho que para prevenir alguma doença, alguma coisa, algum problema.

SP01:

Perfeito. Você, em algum momento da sua vida, já fez algum tipo de exame preventivo?

TO18:

Eu acho que não. Sinceramente, eu acho que não.

SP01:

Certo. Você acha importante que as pessoas façam exames preventivos?

TO18:

Eu acho que sim. Eu não tenho muita ideia do que seja, mas eu acho que é importante.

SP01:

Por quê?

TO18:

Por se tratar realmente de um exame, por ser algo ligado, provavelmente ligado à questão do Sistema [Reprodutivo] feminino, como eu já foi falado. Então, eu acho que todo tipo de exame é importante ser realizado, porque se tem um exame é para prevenir um problema. Então, tudo que é para prevenir, é bom.

SP01:

Perfeito. Você já ouviu falar no exame Papanicolau?

TO18:

Eu acho que sim. Eu acho que eu já ouvi falar sim.

SP01:

Sabe para que serve?

TO18:

Não.

SP01:

E já ouviu falar no exame citológico?

TO18:

Já. Mas também não sei para que serve.

SP01:

E citopatológico oncótico, já ouviu falar?

TO18:

Esse não.

SP01:

E também não sabe para que serve?

TO18:

Não sei.

SP01:

E exame de lâmina, já ouviu falar?

TO18:

Já, já ouvi falar.

SP01:

Sabe pra que que serve?

TO18:

Não, mas já ouvi falar. Meu Deus, me desculpa, mas eu não sei.

SP01:

Não, imagina. Você consegue imaginar como seria um exame de lâmina?

TO18:

Sinceramente?

SP01:

Sim.

TO18:

Não.

SP01:

Sei lá, se é através do sangue ou se realmente é um monitoramento interno através do órgão reprodutor. Você consegue imaginar esse tipo de coisa?

TO18:

Eu acredito que seja mais a segunda opção. Eu acho que seria.

SP01:

Certo, e você acha que seria um exame tranquilo ou desconfortável, assim, na sua

concepção? De uma pessoa que nunca fez, por exemplo.

TO18:

Eu acho que talvez um pouco desconfortável, até porque tudo que é novo é estranho. Mas nada muito... muito grande, sabe? Uma coisa normal. Talvez até um pouco desconfortável, realmente.

SP01:

Perfeito. E você sabe o que é HPV?

TO18:

Sim, mais ou menos. Eu tenho uma ideia mais ou menos do que seja.

SP01:

Poderia falar, por favor?

TO18:

Ai, gente. Hepatite, eu acho.

SP01:

Que seria o nome por extenso da sigla?

TO18:

Isso, isso. É, eu acho que sim. Não é certeza, mas eu acho que sim.

SP01:

Certo. Você acha que uma pessoa, ela pode pegar ou transmitir HPV de que forma?

TO18:

Eu acho que pode ser uma doença sexualmente transmissível.

SP01:

Certo. Você acha que o HPV, ele se manifesta de alguma forma no corpo, quando a pessoa pega?

TO18:

Eu não sei. Eu não sei.

SP01:

E consegue imaginar?

TO18:

Não. Não. Infelizmente, não.

SP01:

Certo. Você sabe o que o HPV pode causar?

TO18:

Não.

SP01:

E você poderia imaginar como que uma pessoa pode ser tratada uma vez que ela tem HPV? Como seria esse tratamento?

TO18:

Por eu não saber como ela pode ser gerada, como ela pode ser gerada ao nosso ver, então, eu acho que eu não saberia dizer como ela pode ser tratada também.

SP01:

Ok. Você, é... acha que uma pessoa pode se prevenir de pegar o HPV? De que forma?

TO18:

Vacinação, eu acho. Vacinação.

SP01:

Perfeito. Você, em algum momento da sua vida, tomou a vacina contra o HPV?

TO18:

Já. Já sim.

SP01:

Você lembra quantos anos mais ou menos você tinha?

TO18:

Eu acho que uns 13, por aí.

SP01:

Você lembra quantas doses você tomou?

Se uma, duas ou três?

TO18:

Faz muito tempo. Assim, treze anos, não faz tanto tempo. Mas assim, eu acho que foram as três. Foram duas ou três, por aí. Eu acho que foram três. Três doses, não é certeza.

SP01:

Certo. E você, quando tomou a vacina, foi, através de alguma campanha? Ou foi, tipo... foi no postinho e tomou a vacina sem ter visto alguma campanha na escola ou na TV ou no próprio postinho?

TO18:

Foi no postinho, realmente. Minha mãe me levou e eu fui com a minha mãe para tomar a vacinação.

SP01:

No dia você foi para tomar especificamente essa vacina ou para atualizar o seu cartão de vacina. Você lembra?

TO18:

Isso. Foi para atualizar, para ficar tudo certinho, para não ter problema nenhum depois.

SP01:

Perfeito. Você lembra se em algum momento... Na sua escola, houve alguma campanha, mesmo depois de ter tomado a vacina, sobre o HPV?

TO18:

Já sim, já teve algumas. Eu confesso que eu não me lembro do que seria essa HPV.

SP01:

Mas já teve campanha na escola?

TO18:

Já, já teve sim.

SP01:

Certo, perfeito. Para você, o que é uma ginecologia preventiva?

TO18:

Eu acho que seria na mesma ideia de um exame preventivo. Mas focado, realmente, nessa questão do sistema ginecológico da gente, né? Sistema reprodutor. Eu diria.

SP01:

Certo. Você sabe o que é câncer do colo do útero?

TO18:

Tenho uma ideia mais ou menos do que seria.

SP01:

Você sabe o que pode causar o câncer do colo do útero?

TO18:

Eu acho que esterilidade, talvez.

SP01:

Seria um dos fatores?

TO18:

Sim, poderia causar isso.

SP01:

Ok. E câncer cervical. Você já ouviu falar? Sabe o que é?

TO18:

Eu não sei o que é. Eu já ouvi falar, mas eu não sei o que é.

SP01:

Mas imagina em que parte do corpo ele poderia ocorrer?

TO18:

Não, não, não faço ideia.

SP01:

Certo.

SP01:

E lesão precursora, você sabe o que é?

TO18:

Não.

SP01:

Pelo nome, conseguiria fazer algum tipo de associação? Por exemplo, o que é uma lesão para você?

TO18:

Ai... uma lesão bem no popular é algo que a gente machucou. A gente machucou, por exemplo, o joelho, a gente tem uma lesão no joelho.

SP01:

Perfeito.

TO18:

No popular bem básico mesmo.

SP01:

Então, uma lesão precursora você imaginaria que seria que tipo de machucado, por exemplo?

TO18:

Eu não sei. Eu não sei. Não faço ideia.

SP01:

Ok. Quando você quer se informar sobre temas como ginecologia preventiva, HPV, ou temas ligados à saúde, né, e à saúde da mulher, nesse caso, você costuma recorrer a quais fontes?

TO18:

Eu costumo, uma das principais fontes, que não é bem uma fonte, mas é minha mãe, é... e... pela internet. Eu faço bastante pesquisa pela internet, em se tratando disso.

SP01:

Perfeito. Tem algum site específico que você sempre busca ou não?

TO18:

Não, não, não.

SP01:

Ok. Você concorda que meninas a partir de 9 anos de idade, devem tomar vacina contra o HPV?

TO18:

Sim, eu concordo.

SP01:

Por quê?

TO18:

Porque, aos 9 anos de idade, ainda é uma criança, uma menina de 9 anos de idade ainda é uma criança, mas a gente já consegue sentir algumas diferenças no nosso corpo. Por ser mulher, por já ter passado por essa fase, eu acho que seria um bom começo. Começar aos 9 anos já seria interessante. Depende também muito do organismo de cada um, né? Porque tem processos e diferenças. Mas eu acho que, no geral, aos 9 anos, seria uma boa idade para começar a tomar. Eu acho que eu comecei com 9.

SP01:

Como foram mais de uma dose, né?

TO18:

Isso, isso...

SP01:

Perfeito. E você acha que nós poderíamos conscientizar outras mulheres sobre o HPV e sua prevenção de que forma?

TO18:

Eu acho que uma das principais formas seria por meio de palestras, como você disse, de conscientização. E, antes de conscientizar, explicar o que seria essa problemática, essa questão, essa doença. Porque se for pegar muitas pessoas, no meu caso, que não fazem ideia do que seja, uma pale..., uma ideia, um projeto de conscientização não vai valer de nada, caso a pessoa não saiba. Então é bom que... por meio de explicação, mesmo, no mais geral, mesmo, no prático, no usual, o que seria o problema, de que forma essa doença pode ser transmitida, de que forma ela pode se apresentar para a gente, no nosso corpo e aí, a partir disso, a gente fazer uma conscientização. Eu acho que seria interessante dessa forma.

SP01:

Certo, queria agradecer, mais uma vez, a sua disponibilidade em participar da pesquisa. Muito obrigada.

TO18:

De nada.

SP01:

Vou encerrar a gravação.

APÊNDICE D – Tabulações

Primeira tabulação (HPV)

PARTICIPANTE	Você sabe o que é HPV?	Como você acha que se pode pegar ou transmitir o HPV?	Como você acha que se manifesta o HPV quando você o pega? Quais os sintomas?	O que o HPV pode causar?	Como você acha que se trata o HPV?	Como você acha que podemos nos prevenir de ter HPV?
AC22	“Já, mas eu não vou saber explicar as siglas, mas eu sei o que é.”	“Eu acho que é pelo sexo, não? [...] Sim, eu sei que tem outra que é pelo sangue também, mas eu não vou saber dizer se o HPV é.”	“Não sei, eu já ouvi falar muito, só que agora na pesquisa está tudo indo embora, não consigo pensar em nada. [...] Eu sei que tem algumas doenças que você fica com bolha na pele, algumas que você tem secreção, ou que você tem feridas na boca, mas eu não sei dizer de quais delas são.”	“Além do preconceito que as pessoas que têm essa doença sofrem, tendo que tomar remédio, não tem uma que você está tomando remédio pela sua vida toda. Mas eu não consigo pensar em mais nenhum desses.”	“Medicação.”	“Se protegendo, né? Usando camisinha. Eu acho que essa é a melhor forma de se proteger, né?”
AN18	“Não me recordo agora,”	“Por relações sexuais.”	“Acho que provavelmente deve sentir	“Ah, eu não sei.”	“Vacina. [...]Acho que não, acho que	“É doença sexualmente transmitível,

	mas tem uma vacina de HPV também, né? Que eu já tomei. Que é a partir dos 9 anos, eu acho, eu me lembro disso.”		algum desconforto. Não sei, coceira, dor. [...] É porque eu não sei o que é HPV, eu não me lembro agora. Mas, como você falou, físico, eu imaginei, tipo, manchas aparecendo no corpo.”		deve ter... ô medicamento, acho que só.”	Transmissível é o HPV? [...] Ai, eu não sei agora. Vamos chutar que seja alguma infecção. Se for, dá pra prevenir com preservativo.”
CS21	“Não.” SP01: “E papiloma vírus humano, você... sabe o que é que é?” CS21: “Não.” SP01: “Mas já ouviu falar em HPV?” CS21: “HPV sim, mas esse outro não.”	“Tendo relações.”	“Acho que seria assintomático não é não?” [...] Não sei.”	“Não, acho que não.”	-----	“Com vacina.”
IL23	Não exatamente, mas é um tipo de doença,	“Sexualmente? ou por... Não sei. Eu não sei.	“Faltei as aulas do HPV. Não.” [...] “Tipo uma sífilis, um gonorreia, um	“Toda doença causa alguma coisa, né?	“O tratamento com acompanhamento ginecológico, né? Para você	-----

	de IST. [...] Eu acho que é isso aí. O que a gente toma uma vacina, não é não? São três doses e demora entre um e outro intervalo.”	Eu lembro que teve, que me falaram, que era quando fizeram a campanha lá na primeira dose que eu tomei, que eu acho que foi em 2014, que eu lembro que eu estava no meu sexto ano, Eu acho. E eu acho que foi a última vez que eu ouvi falar, Depois eu nunca pesquisei sobre [...] “Sexualmente? Não sei. Eu não sei se é tipo HIV, tipo AIDS, não sei. Por medo de lesão	negócio, ferida, lesões, Não sei.”	Talvez uma... É que eu não sei. Aí fica difícil de eu responder para você, porque eu realmente não me vejo a memória. O que é exatamente o HPV. Então, eu realmente não sei o que responder.”	primeiro, diagnosticar esse... Esse HPV e aí tratamento com medicação, provavelmente, né? Pra fazer aquele... E se tiver alguma doença relacionada a ele, tratar também essa doença junto. Mas...”	
--	--	---	---	--	---	--

		no corpo, sangue, não sei.”				
KA19	“Não sei explicar [...]Eu acho que é um vírus.”	“Relação [...] Outras, pelo sangue, feridas, saliva.”	“Eu não sei muitos sintomas. [...] alguma ferida, enjoo, secreção, só lembro desse.”	“Eu acho que ele pode ajudar a desenvolver outras doenças [...]Uma parecida da HPV. Pode ser sífilis, pode ser gonorreia.”	“Vacinas, remédios e vacinas.”	“Se protegendo na relação, tomar vacina preventiva. E se tiver algum sintoma, antes de desenvolver mais, procurar ajuda.”
LB18	“Eu já ouvi muito falar, mas não sei exatamente e te dizer o que é.”	“Acredito que seja uma doença sexualmente transmissível. [...] Durante a relação sexual.”	“Não faço ideia também, não sei.”	“Também não.”	“Não sei dizer também.”	“Acredito que tenha vacina para isso, mas também acho que se é sexualmente transmissível, usando camisinha, aí.”
LB22	“Agora me fugiu um pouco. O significado, mas... É porque, às vezes, a gente confunde muito, né? HPV, com HIV. Mas seria uma	“Na verdade, eu acho que o HIV, ele é na relação sexual, né? E o HPV pode ser o contato com sangue,	“Deve ter sintomas, com certeza, mas eu não lembro qual. Mas certamente tem algum, porque geralmente o nosso corpo, eu acho que ele é uma resposta de tudo que a gente tem, tipo	“Sim. Na verdade, é como se ele fragilizasse o nosso sistema imunológico, né? Isso nos deixa mais expostos às outras doenças, porque	“Seria com esses medicamentos, eu acho. (...) Que é mais para, na minha concepção, pelo que eu lembro, para fortalecer o sistema imunológico.”	“Eu acho que, na questão do cuidado, com o contato do sangue e usando preservativo, né? Caso não conheça com quem você está tendo relação. E é isso. No geral,

	doença sexualmente transmissível, né? (...) E eu não lembro, mas eu acho que elas são semelhantes em algum ponto. Então, eu não sei se eu descreverei uma, eu estaria confundindo com a outra, entendeu?"	alguma coisa assim. (...) Ou algum material que possa... Mas eu acho que, em geral, seria assim, né? Com sangue. (...) A relação sexual, contato com sangue ou algum objeto que a pessoa, tipo... Fazendo a unha, por exemplo, quando tira algum bife na outra pessoa. E aí você vai fazer também. E tem um bife no seu, alguma	doença. Às vezes, pode ser um sintoma que não dê muito a entender que é aquela doença, mas ele sempre oferece alguma coisa."	geralmente uma pessoa que possui, precisa tomar alguns medicamentos para fortalecer o sistema imunológico."		seria isso, se prevenindo."
--	--	--	---	--	--	------------------------------------

		coisa assim.”				
MG20	“Eu já tomei a vacina mas não lembro. [...] Eu já ouvi falar. [...] Nossa eu não lembro faz muito tempo que eu ouvi falando nisso na escola, na última vez eu tinha uns 15 pra menos eu realmente não estou lembrada.”	“Eu não estou lembrada, eu não se te responder. [...]Não, exatamente, eu não to lembrada. Faz muito tempo. [...]“Sim, sim, é realmente, que ela entra na parte dos grupos sexualmente transmissíveis, né?”	“Se eu não me engano ela se manifesta, não sei se é por mancha, não estou lembrada. Mas se manifesta. [...] Sim. [...]É por manchas, alguma coisa assim. Mas eu lembro que eu acho que manifesta. [...]Talvez. A mulher tem normalmente aquele escorrimento, né? Talvez a mudança dele, talvez seria um, não sei.”	“Eu não estou lembrada.”	-----	-----
ML19	“Já ouvi falar, mas não sei o que é assim.” SP01: “E papiloma vírus humano você sabe o que é?” ML19: “Não.”	“Acho que na relação. Eu acho, eu não sei. [...]Eu acho que desse, acho que só a relação, eu acho.”	“Tem alguns que não sintomas assim aparente né. O HPV que você está falando propriamente? [...] Ai, não sei, aí não sei... [...]Não consigo imaginar é.”	“Não. Ai meu Deus.”	-----	-----

	SP01: “Nunca ouviu falar?” ML19: “Nunca ouvi falar.”					
MO19	“É câncer no útero.”	“Eu acho que não é transmissível, né? Porque é câncer. É sensível. [...] Acho que não.”	“Seria uma alteração, uma questão da menstruação, do próprio interno, dores, inchaço.”	“Seria a retirada do útero.”	“Quimioterapia, retirada do útero.”	“Fazendo exames constantemente, se alimentar bem, acho que isso.”
TO18	“Sim, mais ou menos. Eu tenho uma ideia mais ou menos do que seja.” SP01: “Poderia falar, por favor?” TO18: “Ai, gente. Hepatite, eu acho.” SP01: “Que seria o nome por extenso da sigla?” TO18: “Isso, isso.”	“Eu acho que pode ser uma doença sexualmente transmissível.”	“Eu não sei. Eu não sei. [...] Não. Não. Infelizmente, não.”	“Não.”	“Por eu não saber como ela pode ser gerada, como ela pode ser gerada ao nosso ver, então, eu acho que eu não saberia dizer como ela pode ser tratada também.”	“Vacinação, eu acho. Vacinação.”

	É, eu acho que sim. Não é certeza, mas eu acho que sim."					
--	--	--	--	--	--	--

Segunda Tabulação (*Papanicolau, Lesão Precursora, Câncer de colo do útero*)

PARTICIPANTE	Você sabe o que é e para que serve o exame Papanicolau?	Como você imagina que é uma consulta em um ginecologista?	Como você acha que é o exame Papanicolau/exame de lâmina	Você sabe o que é câncer de colo do útero? E o que pode causar esse câncer	Você sabe o que é câncer cervical?	Você sabe o que é "lesão precursora"?
AC22	"Já ouvi falar, mas eu não sei explicar."	"Bom, pelo que a gente viu, é para você ver se está tudo bem nas suas partes íntimas, né? Para ver se está ruim, está... Tá tudo organizado do jeito que é pra tá. É isso que eu vejo. Saber se você não tem nenhuma doença. Acompanhar a sua saúde sexual, né?"	"Exame de lâmina já. [...] Eu sei como é, mas para que serve eu não sei. [...] Não é a raspagem que faz? É isso, não é? [...] Só escuta a minha mãe falando o que vai fazer, mas ela nunca chegou a falar comigo sobre como é. [...] Ela fala que é incômodo, mas só isso também. [...] Eu sei que coleta porque faz raspagem, mas o que?"	"Não sei. [...] Já. [...] O que causar? Não. Não sei o que pode causar esse câncer. Mas eu sei que a ginecologia preventiva faz com que você descubra cedo, né? E tenha como prever e se prevenir dessa doença, né?"	"Não. [...] Nunca ouviu falar do câncer cervical. [...] Na coluna cervical, né?"	"Não. [...] Lesão para machucar, né? Precursora? Não"
AN18	"Já." SP01: "Você sabe pra que ele	"Eu não sei, é a ginecologista	"E exame de lâmina, já ouvi falar?" AN18:	Não, eu já ouvi falar, mas nunca	"Não. Eu não sei nem o que é	"Lesão é um machucado." SP01:

	serve?” AN18: “Não.” SP01: “E Papanicolau, você consegue pelo nome fazer algum tipo de associação?” AN18: “Não... Eu acho que tem, não sei. Eu acho que já vi algum lugar, que é um negocinho assim, que você vai abrindo, né? Ou não, posso estar errada.” SP01: “E somente isso você conseguiria dizer?” AN18: “É... Uhum.”	ou o ginecologista vai avaliar. Eu sei que tem os exames, que é por ultrassom, sei que tem outros, que é por toque também. Depende do exame que você vai fazer, né?	“Já, também.” SP01: “Sabe para que serve?” AN18: “Não.” SP01: “Você consegue imaginar como seria, por exemplo, um exame de lâmina?” AN18: “Pelo nome, eu imaginaria alguma coisa que envolva lâmina. Não consigo pensar em mais nada, não.”	parei para pensar. Tipo assim, ah, câncer no colo do útero. Tipo, Eu não sabia que era possível, né? Mas nunca parei para pesquisar sobre não, nunca tive muita informação.	cervical, pra falar a verdade.”	“Então, lesão, precursora, você acha que seria um machucado como?” AN18: “Ai eu não sei.”
CS21	“Não [...] Primeira vez que eu tô ouvindo o nome agora”	“Que ele perguntaria sobre minhas relações, sobre meu	“O de lâmina, eu já ouvi falar que é um contonetezinho, né? Que ele pa... o ginecologista	“Não [...] Tem muitos termos assim relacionados a essas	“Não [...] Não”	SP01: “Sabe o que que é uma lesão?” CS21: “Sei, mas...” SP01: “Seria

		sis., o meu sistema... como é o nome? O sistema reprodutor feminino, né? E pediria alguns exames, eu acho.”	passa lá dentro e depois ele coloca numa laminazinha pra olhar no microscópio, né? Acho que é isso.”	coisas assim que eu sei, mas eu não me aprofundei muito, sabe?”		o quê?” CS21: “Algum machucado na pele.” SP01: “Seria algum machucado na pele, e precursora seria um machucado na pele como?” CS21: “Mais fundo?”
IL23	“O Papanicolau é o exame do cotonete. É? Faz uma coleta lá. Já, já.” “Tem outro nome. Como é que chama? Tem um nome... Exame de lâmina? Exame de lâmina, né?”	“Eu acredito que a pessoa chega, conversa com você, faz algumas perguntas sobre sua vida no geral. Provavelmente faz perguntas, o que é que você come, como é que você se exercita. Essas coisas que o médico, no geral, pergunta, né? No	“Eu acho que introduz algum aparato para abrir aquele canal. Para ele poder botar o cotonetezinho, faz uma coleta de... Uma raspagenzinha, tipo aqueles exames de boca, mesmo, como o da Covid, e coleta aquele material, tira e tchau. Eu acho que é isso.” SP01: “E você sabe para que serve esse exame?” IL23: “Não, eu não vou	“É um câncer do colo, do útero [...] Não. Eu nunca conheci alguém que tivesse e também nunca pesquisei muito sobre. Mas como a gente sabe que é um câncer, é uma coisa muito, muito, muito	“Câncer na coluna? É coluna, né, cervical? [...] Se for na coluna, pode causar. Provavelmente, uma parada na pessoa, né? A pessoa ficar sem movimento. E o que o câncer causa? O câncer é... É isso aí, né?”	“Machucado. Precursora. Foi causada antes de alguma coisa? Foi o que veio antes de algo? Porque quando alguém é precursor de algo, a pessoa é a primeira, né? A primeira lesão.”

		clínico geral. E talvez uma consulta visual, né? Pra ver, pedir alguns exames. Acho que é isso."	saber. [...] Não, aí já vai ser pra algum... pra ver se você tem alguma, alguma lesão sei lá, alguma doença ali dentro, não sei."	complicada, né?"		
KA19	"Já. SP01: Sabe pra que ele serve? KA19: Não."	Eu acho que na primeira vez seria só perguntas, se tem algum sintoma, se tem alguma coisa para fazer o exame. Aí, quando realmente tiver alguma coisa, fazer o prático."	"Minha mãe fez esse [...] Ela só falou que é desconfortável [...] "Seria um exame que envolve algum tratamento no útero, para ver se está tudo bem, ou alguma coisa assim".	"Sim [...] Problemas com... com aqueles que não são preventivos, que não foi... Cuidado a desenvolver." SP01: "Certo. Então, a pessoa que não cuidou do útero e teve algum tipo de problema..." KA19: "E não foi no hospital."	"Não [...] Não sei."	"Também não. [...] Uma ferida? [...] Não, não faço ideia."
LB18	"Já, também." SP01: "Sabe pra que que serve?"	"Pelo que eu sei, é bem tranquilo, é mais uma conversa e	"Acredito que vai tirar um pouco do muco ou algo que tenha na vagina da mulher	"Sei. [...] Já ouvi falar [...] SP01: "Mas saberia	"Não."	"É uma ferida, algo que machucou. [...] Não sei

	LB18: “Também não.”	talvez, dependendo das minhas queixas, preciso fazer um exame que seja mais invasivo, digamos assim.”	e vai colocar em uma lâmina, porque sei que o exame de lâmina é pra... Para olhar no microscópio.”	explicar o que pode causar o câncer do colo do útero?” LB18: “Não, não sei.”		exatamente onde, mas sei que é uma lesão, algo que foi causado ali por alguma coisa.”
LB22	“Já [...] Não. Agora, tipo assim, me falha a memória um pouco, mas eu já ouvi falar sobre.”	“Ah, eu acho que, tirando os exames, seria parecida com todas as outras, né? Mais perguntas e depois exames também, né? E depois, os diagnósticos.”	SP01: “E exame de lâmina, já ouviu falar?” LB22: “Sim.” SP01: “Sabe para que que serve?” LB22: “Não.” SP01: “E consegue imaginar como seria esse exame ou também não?” LB22: “Também não.”	“Eu, tipo assim, eu já ouvi falar muito, mas eu não sei explicar como ele ocorre, entendeu? [...]O que pode causar? É porque às vezes depende muito, né? Uns falam que pode ser fator genético. Eu acredito também muito no, assim, no que a gente ingere. Até as emoções	“Não. Isso não. [...]Sim, seria na cervical, né? Mas agora assim, como ocorre, por que ocorre, não.”	Lesão precursora. Seria algo, uma ferida ocorrida de forma precoce, alguma coisa assim eu acho. E aconteceu antes do que deveria, algo do tipo. [...]Eu acho que iniciaria assim, iniciaria de forma... externa.”

				influenciam muito também. É porque falam que a gente é o que a gente come, que a gente é, assim, o fruto das nossas ações. E eu acho que seria isso.”		
MG20	“Eu não entendo nada. [...]Mas eu já ouvi bem de leve.”	“Eu imagino que não seja esses exageros que realmente muita gente tem medo e fala, acho que deve ser assim um pouco desconfortável, porque não é como analisar outra parte do corpo, realmente. Mas não tem tanto... não deveria ter tanto tabu igual as	“Já [...]Não, não acho que, não sei se é um que você faz ao decorrer da idade, não sei. Mas eu já ouvi falar dele também [...] Já ouviu falar mas não me recordo tanto.”	“Sei [...] É, sei os mais fatais assim, eu tive um breve conhecimento. [...]Eu não sei exatamente assim, não acho que seria alimentação dependente, tipo eu sei que todo mundo tem as células cancerígenas que podem se desenvolver	“Não sei, de certo acho que seria um pouco próximo do colo do útero ou dentro do canal vaginal, por aí. Não sei se seria bem nesse local eu vou chutar que sim.”	SP01: “Você sabe o que é lesão precursora?” MG20: “Não.” SP01: “E pelo nome saberia fazer algum tipo de associação? Por exemplo, o que seria uma lesão, você sabe?” MG20: “Sei, mas não lembro. É, tipo, quando machuca alguma coisa e fica meio

		pessoas falam, eu acho que nesse sentido. [...]Acho que vamos levar pelo lado tranquilo né, porque também é algo que precisa ser medicado também. [...]Não pode esquecer. Então, não seria tão confortável, mas também deveria ser levado tranquilamen te.”		r câncer depois, mas talvez em quesito, eu chamaria de desleixo, assim tipo, é... na falta de prevenção. Muitas vezes com vacinação, com a falta de proteção, nesse sentido. Acho que talvez poderia se desenvolve r depois, mas não sei se é o certo”.		inflamado, infeccionado , lesionado, assim.” SP01: “Perfeito. E precursora, você saberia dizer que tipo de machucado seria esse?” MG20: “Não, assim linguisticame nte pelo pré seria... um requisito que veio antes mas pra que serve assim de nome eu não entendo muito bem não, eu não sei te dizer.”
ML19	“Já ouvi falar. [...]Não, não.”	“Ah, eu acho que ele iria perguntar coisas assim, O que acontece no cotidiano da pessoa, tipo se acontece algo anormal ou não, perguntaria	Já ouvi falar, mas também não sei. [...] Já ouvi falar, mais também não sei. [...] SP01: “O qual?” ML19: “É... não sei o de lama? de lâmina?” SP01: “O de lâmina?” ML19: “Eu acho	“Sei [...] Não. Não. Não, não consigo, não.”	“Não, nunca ouvi falar.”	“Nunca ouvi falar.”

		sobre a menstruação da pessoa, se tá regular ou não, e é isso, perguntinhas básicas.”	que sim, eu não sei direito. Assim, imaginando, eu acho que seria esse. Ou os três, ou os dois juntos, faz né pra saber? Ai não sei explicar. Eu acho que a combinação dos dois, a pessoa tem que fazer os dois para ver, pra prevenir ou ver se tá tudo. Ok, se a pessoa não tem, não tem um câncer no colo do útero, é isso. Meu conhecimento é pouco.”			
MO19	“Sim [...] Pra ver a possibilidade de alguma doença, ver se tá tudo ok com o útero e os ovários.”	“Eu acho que vai ter uma conversa teórica, que vai explicar. Depois vai dar mais prática. E depois repassar alguns exames.”	“Pra descobrir uma possibilidade de doença também [...]Eu acho que estou confundida com o Papanicolau. Mas... o Papanicolau seria introduzir... como é o nome daquele negócio? Aquele negócio...[...]	“Sim [...] Prejudicar? Prejudicar, sabe? Então, assim, vamos lá. Mas, acho que prejudica na questão do útero em si, eu não sei como, mas na	“Câncer cervical seria um ovário, uma parte do ovário específico?”	

			Introduzir para descobrir o possível avanço, muito, e de lâmina. [...] Isso. E o de lâmina não é nada. [...] O de lâmina é só ser a teoria. Nunca pensei, nunca pesquisei.”	saúde feminina de modo geral. Você necessita de quimioterapia?”		
TO18	“Eu acho que sim. Eu acho que eu já ouvi falar sim. [...] Não”.	“Eu acho que não seria um bicho de sete cabeças, até porque todas nós temos o nosso sistema reprodutor, então é algo que tem que ser cuidado, como qualquer outra área do nosso corpo. Por exemplo, se a gente vai... é... se examinar com qualquer outra pessoa, eu acho que é muito importante.	“Já, já ouvi falar. [...] Não, mas já ouvi falar. Meu Deus, me desculpa, mas eu não sei. [...] “Eu acho que talvez um pouco desconfortável, até porque tudo que é novo é estranho. Mas nada muito... muito grande, sabe? Uma coisa normal. Talvez até um pouco desconfortável, realmente.”	“Tenho uma ideia mais ou menos do que seria. [...] Eu acho que esterilidade , talvez.”	“Eu não sei o que é. Eu já ouvi falar, mas eu não sei o que é. [...] Não, não, não faço ideia.	“Ai... uma lesão bem no popular é algo que a gente machucou. A gente machucou, por exemplo, o joelho, a gente tem uma lesão no joelho. [...] No popular bem básico mesmo. [...] Eu não sei. Eu não sei. Não faço ideia.”

		Então, eu acho que não é um bicho de sete cabeças e não existe um tabu a ser quebrado, minha gente. É normal, todo mundo tem, todo mundo precisa se consultar. Então é isso."				
--	--	---	--	--	--	--

Terceira tabulação (*Vacina*)

PARTICIPANTE	Durante a covid-19, você tomou alguma vacina? Se Sim, quais? Se não, Por quê?	Você já tomou vacinas ao longo da sua vida? Se sim, quais?	Para você, o que é uma vacina?	Para quais doenças você sabe que existe vacina?	Você já tomou a vacina contra o HPV? Se sim, quando você tomou a vacina? Se sim, foi em dose única ou várias doses que você tomou? Se não, qual o motivo de não ter tomado a vacina?	Você concorda que meninas a partir de 9 anos de idade devem se vacinar contra o HPV? Por quê?
---------------------	--	---	---------------------------------------	--	---	--

AC22	AC22:Tomei. SP01: Você tomou a de Covid? Sim. Quantas? AC22: Umas quatro doses. SP01:Certo. Fora de Covid, você tomou vacina para alguma outra coisa durante a pandemia? AC22: Para gripe, que eu me lembro que foi essa.	Não lembro, mas a minha carteirinha de vacinação é bem carimbada.	A vacina é uma coisa que vai prevenir as doenças. Eu acho que é um bom método de prevenção.	Eu sei que tem para a Covid, para a gripe, porque agora você não pegou. Não lembro nenhuma. Quando vem doença, só lembro da Covid. É mais recente.	AC22: Já. SP01: Você lembra quantos anos você tinha mais ou menos? AC22: Acho que eu tinha uns 15,16 anos.,foi no ensino médio. SP01: Você lembra quantas doses você tomou da vacina? AC22: Acho que eu tomei mais de duas a três. Duas a três. SP01: Certo. Você lembra se quando você tomou foi através de alguma campanha na escola ou no posto de saúde? AC22: Foi na escola.	AC22:Concordo. SP01: Por quê? AC22: Prevenção, né? Geralmente essas meninas, elas não têm, não é falado sobre isso em casa. Eu acho que quando não é falado, você tem que pelo menos prevenir para essas meninas terem pelo menos uma chance de não ter... essa doença, porque se não é falado, logo elas não vão saber como se prevenir. A vacina já é uma doença muito grande.
--------------------	---	--	--	---	--	---

AN18	AN18: “Tomei, tomei duas doses, só. SP01: Da Covid-19. E você tomou alguma vacina para alguma outra coisa? Por exemplo, tétano, gripe ou só Covid-19 nessa época? AN18: “Nessa época, só da Covid.”	SP01: Durante a sua vida, você já tomou outras vacinas, além da Covid? AN18: “Ahan.” SP01: Você sempre tomou muita vacina, pouca? Como foi? AN18: “Eu não sou muito de tomar vacina. Como eu disse, eu não sou muito de... Inclusive é um erro, né? De não ir sempre fazer exame, essas coisas. E qual foi a pergunta. se eu já também muito? Eu acho que eu já tomei vacina necessária, sabe? Por exemplo, Eu adoeci,	SP01: Para você, o que é uma vacina? Você pode falar da forma que você entende, do melhor jeito que você achar. AN18: “Ai eu não sei, “Acho que é um jeito de prevenir a gente de várias coisas sabe. Eu não sei explicar.” SP01: Então, seria uma forma de prevenção? AN18: “É, foi o que foi ensinado para mim.	AN18: Eu sei que tem contra o Covid, contra a gripe. Tem outras também, que eu não vou me lembrar agora, mas acho que são essas que vêm na minha mente agora.	AN18: acho que eu já tomei. Que é a partir dos 9 anos, eu acho, eu me lembro disso. SP01: Você tomou quantas doses, você lembra? AN18: “Que eu me lembro, eu tomei duas, mas eu acho que é três, né? Alguma coisa assim.	AN18: “Sim. SP01: Você concorda, então, que a partir dos 9 anos, elas podem tomar? Por quê? AN18: “Porque ali já é o processo que você já está na puberdade, acho que começa nessa faixa etária, então é importante.” “Que é o momento que a menina está desenvolvendo , né?
--------------------	---	---	--	---	--	--

		agora, a gente fala, ah, tem que tomar vacina da gripe. Mas eu não vou. Eu espero melhorar, sabe?"				
--	--	--	--	--	--	--

CS21	CS21: tomei. SP01: Você tomou só de Covid ou também tomou de...? CS21: Só de Covid. SP01: Só de Covid. Você lembra quantas você tomou, quantas doses? CS21: Três. SP01: E por que que você tomou essas vacinas? CS21: Não sei. porque eu precisava.	CS21: Algumas. SP01: Algumas. E você lembra por que não tomou todas? CS21: Não Lembro SP01: Essas algumas que você tomou, você lembra de alguma específica para alguma doença específica? CS21: de HPV SP01: De HPV você tomou? Tomou de mais alguma coisa assim, tipo gripe? CS21: Não lembro, faz muito faz tanto tempo. SP01: A de gripe você costuma tomar quando tem? CS21: Não.	CS21: Eu não.. Complicado. Acho que é uma forma de como é? deixar menos grave o vírus.		CS21: Sim. SP01: Você lembra? CS21: Acho que foi com 14 anos. Por aí. SP01: Você lembra se tomou uma dose, duas, três? CS21: Acho que foi uma. SP01: Mas você tomou uma dose e tinha duas? Ou quando você tomou, era só uma dose? CS21: Tinha duas. SP01: E aí você não tomou a segunda. Você lembra por que não tomou a segunda? CS21: Não. SP01: Quando você tomou essa vacina, foi por conta de alguma campanha? Ou como foi que você foi	CS21: Sim. SP01: Por que? Saber...? CS21: Ah, eu não sei dizer. Eu acho que sim, porque nós, mulheres, no caso, estamos sempre sujeitas a muita coisa perigosa no mundo. Muita gente mal intencionada, muito homem mal intencionado, dentro da nossa família, inclusive. Então, meninas de 9 anos também correm o perigo de muitas coisas. Então, acho que sim.
--------------------	---	---	---	--	--	---

					tomar a vacina? CS21: Foi por causa de campanha. SP01: Você lembra se foi na escola, na TV? CS21: Minha mãe, na verdade, me obrigou a ir tomar. SP01: Sua mãe que viu a campanha e te levou. CS21: Sim, mas a segunda vez eu não me lembro, porque eu não tomei.	
--	--	--	--	--	---	--

IL23	IL23: Tomei. As vacinas da Covid. SP01: Tomou todas? IL23: Só não tomei a... Depois, teve uma extra, né? SP01: Sim. IL23: Teve um reforço. Eu não tomei essa. SP01: E você tomou vacina para alguma outra coisa ou não? IL23: Durante a Covid, eu acho que não. Teve alguma outra campanha de vacina? Eu acho que não.	IL23: Tomei. Tomei, eu tenho a... A carteirinha lá toda, preenchida.	IL23: O que é que é uma vacina? É muito complexo, é uma ai... Não sei. SP01: Pode explicar do jeito que você achar melhor, assim, mais a vontade. IL23: Uma pergunta muito complexa. O que é uma vacina? Uma vacina é tipo uma medicação que a pessoa injeta em você para que você tenha imunidade contra algum tipo... Para que você adquira anticorpos, sei lá. Alguma coisa contra	IL23: Um tétano, uma hepatite, um sei lá.	IL23: Eu tomei duas doses. Eu lembro que tem uma dose, que é 2026. Eu acho que eu tenho que tomar... É porque demora. A terceira demora muito. Eu me lembro disso. SP01: Você tomou... No caso, a primeira dose, você lembra quantos anos mais ou menos você tinha? IL23: Eu estava, eu acho que foi em 2014, eu tinha 12 anos. SP01: Na época que você tomou, eram três doses, duas doses? IL23: Eram três doses. IL23: Eram uma no ano,	IL23: Concordo SP01: Por quê? IL23: Eu tomei. Antes, depois um pouco dos nove, mas eu tomei. Mas como é uma doença, uma doença que... É uma doença de meninas, de mulheres. O HPV, só em mulheres que tem? SP01: Não, tem em meninos também. IL23: Ah tá, há por quê, então eu acho que as pessoas deveriam prevenir o quanto antes, né? Porque se a gente faz um tratamento. É igual a vacina da gripe, né? Todas as vacinas que a gente toma. Não é que a
--------------------	--	--	---	---	---	---

			algum tipo de doença específica. Um tétano, uma hepatite, um sei lá. Tem umas coisas assim.		outra foi mais ou menos, eu já estava. Acho que no ensino médio, foi em dois mil e dezoito, porque eu já estava de manhã ainda. Aí foi em dois mil e treze, dois mil e quatorze, um de dois mil e dezoito e a outra era dois mil e vinte e cinco, dois mil e vinte e seis. Era alguma coisa assim, inclusive, tem que olhar. SP01: Então, você já tomou duas? IL23: Já tomei duas. SP01: Você lembra por que você tomou essa vacina? Se foi iniciativa sua? IL23: Foi na escola. IL23: Foi uma campanha que	gente vai ter ali, naquele momento, que a gente vai estar instigando a eu furar meu dedo, porque eu tomei uma vacina, entendeu? Eu acho que é um tratamento, uma coisa que você vai fazer para prevenir qualquer dano futuro, né? Qualquer possibilidade de adquirir aquela doença.
--	--	--	--	--	--	--

					teve na escola aí, por isso que eu disse que eu não lembro, porque explicaram pra gente. Foi logo na época que começou que eles deram um tipo, um folderzinho pra gente sobre educação sexual. Era educação sexual, né? Falando sobre os órgãos genitários, sobre o uso de camisinha, sobre DST, que na época era DST. E aí teve toda uma movimentação assim na escola, na escola pública, né? Municipal para a gente tomar essa vacina. Aí foi na escola esse movimento. SP01: E você lembra se,	
--	--	--	--	--	--	--

					nessa época da campanha, você pediu autorização à sua mãe para tomar a vacina? IL23: Teve autorização. A gente levou um documento para casa, aí a mãe tinha que assinar para a gente poder tomar a medicação na escola.	
KA19	KA19: Tomei. SP01: Tomou as vacinas da Covid? KA19: Tomei três delas. SP01: E tomou fora da Covid vacina para uma outra coisa? KA19: Pra gripe.	KA19: Poucas. Não todas, mas o suficiente. SP01: Você lembra de algumas que você tomou? KA19: De nome, não vou lembrar. Tomei da hepatite, da gripe, das básicas, né?	KA19: O método de precaver	Para gripe, hepatite, tem para catapora, não sei, não lembro mais..	KA19: Não, ainda não. Acho que não. SP01: Você se recorda se na época que você estudava na escola teve alguma campanha sobre o HPV, alguma campanha de vacinação, você lembra? KA19: Eu acho que sim. KA19: Eu de mais sexo somente,	KA19: Concorde. SP01: Por quê? KA19: Porque se prevenir é muito melhor do que esperar acontecer.

					tenho muitas, ou seja, era várias, não é só essa. Sim, SP01: mas você não tomou a vacina, ou não lembra? KA19: Eu não lembro. Eu não lembro de tomar. SP01: Fora essa campanha da época que você estudava, você se recorda se teve alguma outra campanha na TV ou no posto da cidade que você tenha visto? Ou recentemente, ou há muito tempo atrás? KA19: Sempre postam, né? Algumas coisas, mas não é muito sobre isso.	
--	--	--	--	--	---	--

--	--	--	--	--	--	--

LB18	LB18: Tomei. Tomei duas doses. SP01: Duas doses da vacina da Covid? LB18: Isso. SP01: E você tomou vacina para alguma outra coisa, além da Covid? Alguma outra doença, vírus? LB18: Não, recentemente . Só quando era menorzinha, criança. SP01: Então, durante Covid foi só a vacina da Covid? LB18: Foi só da Covid, isso.	LB18: Eu acredito que a grande maioria. Não sei dizer se eu tomei todas, não. SP01: Mas a maioria você acha que sim. LB18: Sim.	LB18: É algo que vai prevenir uma doença.	LB18: Deixe eu ver... São muitas, né? Tem... deixe eu ver? Tem para... Para gripe, tem vacina, febre amarela, tem vacina da dengue, né? Tem vacina da pólio, entre outras, que eu não vou saber dizer.	LB18: Acredito que não. Acho que não. SP01: Você lembra se tem um motivo pelo qual não tomou? LB18: Assim na época era uma decisão da minha mãe, então acredito que ela deve ter algum motivo, que eu não sei qual. SP01: Na época, você presenciou alguma campanha na escola? LB18: Sim. SP01: Então teve campanha na escola? LB18: Teve campanha, sim, na escola. SP01: De vacinação? LB18: Isso. SP01: Você lembra quantos anos você tinha	LB18: Eu não sei dizer. Acho que sim, acho que não vai causar nenhum mal. Acho que tenha nenhum. Nenhum malefício.
-------------	---	---	---	--	---	--

					mais ou menos? LB18: Eu acho que eu tinha uns 13. É, acho que 13. SP01: Fora essa campanha que teve na sua escola, você lembra de alguma outra campanha no posto de saúde ou na TV? LB18: Acredito que sim também, já vi.	
--	--	--	--	--	--	--

LB22	LB22: Tomei. SP01: Todas da Covid. Ou teve uma outra coisa também? Tipo gripe, tétano? LB22: Em geral, acho que foi da Covid. Se eu tomei, porque eu não lembro muito bem, foi da gripe. Mas eu acho que, no período em que eu tomei a vacina da Covid, foi só da Covid, mesmo.	LB22: Não,não. Inclusive, eu tenho muitas em atraso. Eu atualizei algumas, porque eu comecei a fazer os técnicos de enfermagem, e aí eu precisei de algumas vacinas para fazer o estágio. Só que... Aí eu tomei algumas, ficaram faltando outras. As obrigatórias para o estágio. Eu tomei e ficou faltando outras. SP01: Para você, né? Não, então, retomando Você disse que pulou algumas vacinas, né? Mas por que	LB22: São, é... formas de prevenir uma doença, né? acho que é isso, no geral.		LB22: Já. SP01: Quando você tomou, foi uma dose, duas doses? Você lembra? LB22: Se eu não me engano, eram as duas doses ainda. Aí eu tomei uma. Quando era para voltar e tomar a outra, foi quando mudou e seria uma dose só. Foi algo assim. E aí eu não tomei a segunda dose, porque falaram que não era preciso, porque já tinha mudado. SP01: Quando você se vacinou, você lembra se foi motivado por algum tipo de campanha ou na TV ou na escola? LB22: Campanha?	LB22: Aí eu teria que saber o motivo pelo qual e são a partir dos 9 anos e por que, se antes ou depois, algo assim. SP01: E também essa questão dos 9 anos, você também não teria uma posição agora? LB22: É sim. Porque eu acho que, assim, né, pra... Eu não seria a pessoa mais indicada para ter essa posição, porque eu não entendo nada sobre isso. E eu acho que o mundo está desse jeito, porque muitas pessoas compram uma briga que não deveriam ser delas.
--------------------	---	---	---	--	---	---

		você saberia dizer assim? LB22: Uma decisão minha. Assim, o tempo e às vezes chega lá uma fila, às vezes dá uma... Como é um pouco longe da minha casa, eu fico ah, não vou, não, eu vou outro dia e não termino. Esse tipo de coisa. LB22: E a minha mãe, digamos que assim, não é o tipo de pessoa que estimula muito isso.			Eu não lembro. Eu acho que foi mais o boca a boca, como falam. Tipo, aí, tá tendo isso. Não lembro se foi exatamente uma campanha na escola. Mas eu lembro que, assim, essa informação chegou a mim através de pessoas. Eu acho que foi, assim, mais um contato com pessoas do que o que me motivou a ir, né? Certamente, eu acho que teve... Deve ter tido algumas campanhas. Mas, assim, o que me motivou, de fato, foi o contato, uma conversa com alguém.	
--	--	---	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

MG20	MG20: Tomei, tomei todas. SP01: Quando estava tendo a Covid-19, você tomou só as vacinas de Covid ou teve vacina de uma outra coisa que você também precisou tomar? MG20: Eu não lembro, mas assim, geralmente eu nunca costumo atrasar a vacina não eu tomo tudo certinho. SP01: Então, seu cartão de vacina é bem completo? MG20: É, é completinho, desde criança, minha mãe era vacina muito bem.	MG20: Eu não lembro, mas assim, geralmente eu nunca costumo atrasar a vacina não eu tomo tudo certinho. SP01: Então, seu cartão de vacina é bem completo? MG20: É, é completinho, desde criança, minha mãe era vacina muito bem.	MG20: É algo para nos deixar imune, não nos deixar que a gente não possa pegar doença ou coisas assim. Quando existe gente tipo super saudável, e precisou tipo a cura já. Não é bem também não é igual a cura, é algo para nos prevenir de não ter algo pior da determinada doença. Vamos deixar em um certo sentido, acredito nesse sentido.	MG20: Tem a da gripe, que é a mais recente, que estava tendo ultimamente, né? É teve também a da covid, que foi da pandemia, tem a da Febre amarela, né? Tem a de... que é perigoso com ferro eu esqueci o nome dessa vacina. SP01: Tétano. MG20: Tétano, é, que tem os tempos determinado tempo né? Que eu lembro são essas.	MG20: tomei. SP01: Você lembra quantos anos você tinha, mais ou menos? MG20: Eu lembro que no tempo tinha três fases. Eu tomei as duas fases e depois disse que já não precisava tomar a terceira, quem tomou a segunda, já tava tudo certo no cartão de vacina. Eu tomei as duas, então está tudo certo. SP01: Na vez que você tomou a vacina... Foi através da campanha da sua escola ou foi no postinho? MG20: Foi na campanha que teve na escola.	MG20: Concordo. SP01: Por quê? MG20: Porque eu acho que isso seria mais ou menos já a base das vacinações. Acho que atualmente uns 10 ou 11, então 9 também está num caminho tranquilo, acho que seria importante também porque já estaria ali mais cedo, não esqueceria tanto assim.
--------------------	--	--	--	--	---	---

ML19	ML19: Tomei. SP01: Todas que você tomou foi da Covid ou teve de outras coisas, como por exemplo, gripe, tétano? ML19: Só da Covid. SP01: Você lembra quantas doses você tomou? ML19: Eu tomei três doses. Quando eu fui tomar a quarta dose, o postinho da minha cidade não disponibilizou para mim a quarta dose. Por mais que eu já estivesse no... Porque tinha a idade, né? Eu já estava na idade de tomar e eles não	ML19: Sim, tomei. Todas, tomei todas. SP01: Por que assim? ML19: Pra prevenir, assim, de alguns casos, né? Algumas doenças.	ML19: Modo de prevenção. Só é isso, só.		ML19: tomei SP01: Você lembra se quando você tomou foi uma dose ou duas? ML19: Acho que foram duas. Na verdade, no postinho, na época eu acho que era três. Não era não? Não sei. SP01: Na sua época foram três? ML19: Faz muito tempo, se eu não me engano eu tomei três. SP01: Você lembra mais ou menos quantos anos você tinha? ML19: Eu acho que eu tinha... Doze? Alguma coisa assim.	ML19: Sim. SP01: Por que você tem essa opinião? ML19: Porque quanto mais cedo melhor eu acho assim, né? para prevenir.
--------------------	--	---	---	--	---	--

	disponibilizar am a quarta dose e se você for procurar hoje, também não vai ter. Porque ele dá a desculpa de, ah, não, Tem que abrir uma ampola só para você. Não, tem que esperar. Uma está aberta para poder...					
--	--	--	--	--	--	--

MO22	MO22:Tomei. SP01: As de COVID? MO22:Isso. SP01: Quantas? MO22:Acho que as quatro. SP01: E fora as vacinas da Covid, você tomou vacina para alguma outra coisa durante a pandemia? MO22:Para a gripe.	MO22:Eu tomei pra HPV, pra adolescente, mas acho que tá bem desatualizado. SP01: Mas você tomou algumas? MO22:Isso, das HPV.	MO22:É um meio de prevenção da saúde.	MO22:Pra gripe, bela. É... doente sexual e homossexual... Os teus lucros em sucesso, né? MO22:É, é transpirose. MO22:Eu acho que são essas. MO22:A tétano.	MO22:Já. SP01: Você lembra quantos anos você tinha mais ou menos quando tomou essa vacina? MO22:Doze. SP01: Você lembra quantas doses da vacina você tomou? MO22:Acho que foram duas, que a terceira foi cancelada. A última foi cancelada. SP01: Você lembra se você tomou através de alguma campanha na escola ou foi no postinho de saúde? MO22:Fui pela escola.	MO22:Acho que sim. SP01: Por quê? MO22:Se for a prescrição médica, eu acho que já temos tudo sobre isso e é necessário.
--------------------	--	--	---	--	---	---

TO18	TO18: Sim, eu tomei, sim. As três doses. SP01: Fora as vacinas de Covid, você tomou vacina para alguma outra coisa durante a Covid? TO18: Só quando tinha vacinação, mesmo. Por exemplo, a gripe. É eu sim, eu tomei sim para a prevenção.	TO18: Não, ele tá completo. Está sim.	TO18: A vacina, ela é o... Ele vai prevenir a gente de ter um problema futuro. Por exemplo, você tomar vacina contra a gripe, você vai ter alguns sintomas após tomar a vacina. Porque ele vai... questão de anticorpos e tudo mais, que a gente vê em biologia isso, para prevenir. Caso você seja contaminado lá na frente, você não sofre tantos danos quanto uma pessoa que não foi	TO18: Ah... dengue, eu não sei se é virose, mas... dengue, gripe, HIV, eu acho, HPV, um negócio assim, eu não entendo muito bem essas coisas. Só... essas. TO18: Tem também contra o tétano, né, também? TO18: São muitas. São muitas.	TO18: Já. Já sim. SP01: Você lembra quantos anos mais ou menos você tinha? TO18: Eu acho que uns 13, por aí. SP01: Você lembra quantas doses você tomou? Se uma, duas ou três? TO18: Faz muito tempo. Assim, treze anos, não faz tanto tempo. Mas assim, eu acho que foram as três. Foram duas ou três, por aí. Eu acho que foram três. Três doses, não é certeza. SP01: Quando você tomou a vacina, foi através de alguma campanha? Ou foi no postinho?	TO18: Sim, eu concordo. SP01: Por quê? TO18: Porque, aos 9 anos de idade, ainda é uma criança, uma menina de 9 anos de idade ainda é uma criança, mas a gente já consegue sentir algumas diferenças no nosso corpo. Por ser mulher, por já ter passado por essa fase, eu acho que seria um bom começo. Começar aos 9 anos já seria interessante. Depende também muito do organismo de cada um, né? Porque tem processos e diferenças. Mas eu acho que, no geral, aos 9 anos, seria uma boa
-------------	---	---	---	--	--	--

			vacinada. É o que eu entendo é isso, eu sou leiga.	TO18: Foi no postinho, realmente. Minha mãe me levou e eu fui com a minha mãe para tomar a vacinação. SP01: No dia você foi para tomar especificamente essa vacina ou para atualizar o seu cartão de vacina? TO18: Isso. Foi para atualizar, para ficar tudo certinho, para não ter problema nenhum depois. SP01: Você lembra se em algum momento, na sua escola, houve alguma campanha sobre o HPV? TO18: Já sim, já teve algumas. Eu confesso que	idade para começar a tomar. Eu acho que eu comecei com 9.
--	--	--	---	---	--

					eu não me lembro do que seria essa HPV. SP01: Mas já teve campanha na escola? TO18: Já, já teve sim.	
--	--	--	--	--	---	--

