

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM.
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (MESTRADO)

LEILANE BARBOSA DE SOUSA

DST NO ÂMBITO DA RELAÇÃO ESTÁVEL:
ANÁLISE CULTURAL COM BASE NA PERSPECTIVA DA MULHER

FORTALEZA

2007

LEILANE BARBOSA DE SOUSA

DST NO ÂMBITO DA RELAÇÃO ESTÁVEL:
ANÁLISE CULTURAL COM BASE NA PERSPECTIVA DA MULHER

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Curso de Mestrado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Grasiela Teixeira Barroso

FORTALEZA

2007

S697c Sousa, Leilane Barbosa de

DST no âmbito da relação estável: análise cultural com base na perspectiva da mulher/Leilane Barbosa de Sousa. 2007.

85f.:il

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Grasiela Teixeira Barroso

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2007.

1. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2. Cultura. 3. Enfermagem. I. Barroso, Maria Grasiela Teixeira (Orient.)

II. Título.

CDD 616.9792

LEILANE BARBOSA DE SOUSA

DST NO ÂMBITO DA RELAÇÃO ESTÁVEL:
ANÁLISE CULTURAL COM BASE NA PERSPECTIVA DA MULHER

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Curso de Mestrado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Grasiela Teixeira Barroso (orientadora)
Universidade Federal do Ceará

Prof.^a Dr.^a Bertha Cruz Enders (membro efetivo)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof.^a Dr.^a Patrícia Neyva da Costa Pinheiro (membro efetivo)
Universidade Federal do Ceará

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Duarte Pereira (membro suplente)
Universidade Estadual do Ceará

À Prof.^a Dr.^a Maria Grasiela Teixeira Barroso, que tem sido, para mim, ao longo dos anos, professora, orientadora, mãe e amiga.

Aos meus pais, João Batista e Maria Salete que, mesmo à distância, me apoiaram e me deram força para a subida de mais um degrau em minha carreira profissional.

Às informantes deste estudo, pela hospitalidade e relação de amizade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me haver concedido a alegria de realizar esta dissertação, além de ter me fornecido força e perseverança nos momentos difíceis.

Aos meus pais, João Batista e Maria Salete, por apoiarem minhas decisões e me incentivarem a lutar por este sonho.

À Prof.^a Dr.^a Maria Grasiela Teixeira Barroso, pelos ensinamentos, palavras sábias e conforto emocional.

À Prof.^a Dr.^a Ana Karina Bezerra Pinheiro e à Prof.^a Dr.^a Patrícia Neyva da Costa Pinheiro, pelas sugestões durante o exame geral de conhecimentos e pelo apoio no decurso de desenvolvimento do projeto em campo de pesquisa.

Aos funcionários do Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), pela receptividade, amizade e colaboração durante a coleta de dados.

Ao meu namorado, Gustavo, por compreender minha ausência em muitos momentos e me apoiar durante minha carreira profissional.

Aos meus colegas de mestrado, por compartilharem comigo momentos de dúvidas e incertezas.

Ao Prof. Vianey Mesquita (UFC), pelas correções gramaticais e sugestões estilísticas.

À Rosane Costa, pelas correções referentes às normas da ABNT.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), pelo apoio financeiro ao projeto.

Às mulheres portadoras de DST, que participaram de forma direta e indireta deste estudo.

RESUMO

Com suporte no advento da descoberta do HIV/aids, foram definidos os grupos de risco para as doenças sexualmente transmissíveis (DST), centralizados em homossexuais e profissionais do sexo, de forma que a população que não se encontrava nesses grupos não se considerava vulnerável às DST. A desconsideração do risco ocasionou inversão no número de casos de DST em populações específicas. Os números revelam, por exemplo, que em relação ao número de casos de HIV, a razão entre sexos tende a diminuir e a transmissão entre heterossexuais já prevalece sobre a transferência entre homossexuais. Diante disso, mulheres heterossexuais passaram também a concorrer como grupo de risco, entre as quais estão as que estabelecem união estável. Após o diagnóstico, a mulher pode experimentar uma situação de conflito com seu companheiro ao tentar descobrir a origem do contágio. Partindo desses pressupostos este estudo foi realizado. O objetivo geral da pesquisa foi investigar a contaminação por DST no âmbito de uma relação estável, e os objetivos específicos foram identificar fatores culturais que possam favorecer o risco de DST em casais e analisar as significações da contaminação por DST para o casal. Como metodologia adotou-se a abordagem etnográfica, com suporte na Teoria do Cuidado Cultural. Desenvolveu-se o estudo no Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM) e no contexto familiar de sete mulheres, durante nove meses. Como resultados, foi possível identificar a interação de informações sobre DST nos sistemas de saúde profissionais e populares, de modo que as lacunas em relação ao conhecimento e conscientização sobre o risco parecem emergir do entrelace de questões culturais e de gênero, enraizadas, transmitidas e compartilhadas dentro da sociedade. Assim, baseados nas informações sobre DST produzidas em seu contexto cultural, homens e mulheres desenvolveram percepções errôneas sobre risco de DST e, com suporte nisso, adotaram comportamentos sexuais que favoreceram a contaminação. Constatou-se, também, que o diagnóstico de DST influencia o comportamento sexual das mulheres, que passam a redescobrir seus corpos e desenvolver indícios de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva do casal. Em face disso, todavia, verificou-se que os homens parecem se comportar como coadjuvantes no processo e ainda consideram o problema como inerente apenas à parte feminina. Conclui-se, com arrimo nos achados, que é imprescindível a abordagem da cultura nas ações de Educação em Saúde para a promoção da saúde sexual e reprodutiva do casal. Acredita-se que, com esteio em estratégias de Educação em Saúde culturalmente direcionadas poderão ser alcançados resultados de impacto positivo na assimilação do risco e quebra da cadeia de transmissão de DST.

Palavras-chave: Doenças Sexualmente Transmissíveis. Cultura. Enfermagem.

ABSTRACT

Risk groups for sexually transmitted diseases (STD) were defined with the support of the advent of the HIV/aids discovery. They are centered in homosexuals and sex professionals, so the people who were not included in these groups did not consider themselves vulnerable to STD. The non-consideration of the risk caused an inversion in the number of STD cases in specific populations. The numbers reveal, for example, that the reason between the HIV occurrence among men and women tends to decrease and that the transmission among heterosexuals is already higher than among homosexuals. In face of this situation, heterosexual women started to be considered a risk group, including the ones with stable union. After the diagnosis, the woman may experience a situation of conflict with her partner when trying to discover the origin of contamination. When this problem was detected, it was perceived the necessity to investigate the STD contamination in the couple's dynamics, with the objective of identifying cultural factors which are determinant for the risk of contamination by STD and understand the meaning of STD contamination for the couple. It was considered necessary the execution of an ethnographical research, based on Theory of Cultural Care to accomplish the proposed objectives. The study was developed in the Center of Family Development (CEDEFAM) and in seven women's family context for nine months. It was possible to identify the interaction of information about STD in professional and popular (general) health systems, so that the gap in relation to knowledge and awareness about the risk seems to emerge from cultural and gender questions which are transmitted, shared and ingrained in society. It was also ascertained that the STD diagnosis influences on women's sexual behavior. They start to rediscover their body and to develop signs of care about the couple's sexual and reproductive health. On the other hand, it was verified that men seem to behave as having a secondary role in the process and still consider the problem a feminine one. As a conclusion, it was noticed the importance of the approach of culture in Health Education actions for the promotion of couple's sexual and reproductive health. We believe that, with the support of culturally directed Health Education strategies, results with positive impact can be reached in the assimilation of risks and rupture of the STD transmission chain.

Keywords: Sexually Transmitted Diseases. Culture. Nursing.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Delimitação do problema	11
1.1	Justificativa	13
1.3	Relevância	15
2	OBJETIVOS	17
2.1	Geral	17
2.2	Específicos	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	18
3.1	Etnografia: das tribos às cidades	18
3.2	Etnografia na Enfermagem: a contribuição de Madeleine M. Leininger	20
3.3	O modelo <i>Sunrise</i> (Sol Nascente) e as dimensões conceituais da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural	24
3.4	Etnoenfermagem	25
4	PERCURSO METODOLÓGICO	28
4.1	O caminho para a coleta dos dados	28
4.2	A análise das informações	38
4.3	Considerações éticas	39
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
6	PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL DE CASAIS: perspectivas para o cuidado com suporte no modelo <i>Sunrise</i>	78
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERÊNCIAS	88
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

1.1 Delimitação do Problema

Doenças sexualmente transmissíveis (DST) são patologias que contaminam preferencialmente o trato genital inferior, podendo restringir-se a uma contaminação local ou atingir também outros sistemas do organismo, ocasionando disfunções sexuais, esterilidade, aborto, nascimento de bebês prematuros com problemas de saúde, deficiência física ou mental, alguns tipos de câncer e até a morte. Além disso, um portador de DST está mais vulnerável à contaminação por outros tipos de DST, inclusive à AIDS (DUARTE, 2005).

As DST são classificadas em doenças de transmissão essencialmente, freqüentemente e eventualmente sexual. Assim, embora grande parte das contaminações por DST ocorra de pessoa para pessoa, por contato entre genitais, outras formas de contágio podem ocorrer, como o uso comum de toalhas ou roupas íntimas contaminadas (PASSOS, 2001).

Apesar do empenho de órgãos comprometidos com a saúde reprodutiva e sexual, as DST ainda constituem importante agravo de saúde pública. Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 12 milhões de DST são diagnosticadas a cada ano no Brasil, isso levando em consideração o fato de que muitos casos não são notificados, visto que muitos portadores de DST não procuram tratamento qualificado (BRASIL, 2006a). Por esta razão, os dados referentes à incidência de DST são escassos, exceto em relação à AIDS e sífilis.

No que se refere à prevalência de DST em populações específicas, estima-se que tenham ocorrido aproximadamente 12 milhões de casos envolvendo sífilis, gonorréia, clamídia e tricomoníase, durante o ano de 2005, entre a população em estado de pobreza, que tem menor acesso à educação e aos serviços de saúde (BRASIL, 2006b). Em relação à AIDS, uma das DST mais preocupantes, o Ceará apresentou durante o ano de 2006 o terceiro maior número de casos notificados do Nordeste (BRASIL, 2006c). Dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) revelam tendência à estabilização da incidência de casos de AIDS entre homens; entretanto, o crescimento da incidência em mulheres é observado (14 casos por 100 mil mulheres). Essa realidade é percebida em todas as regiões, principalmente nas regiões Sul, Norte e Nordeste. A taxa de mortalidade por conta da AIDS também aumenta. Os casos de transmissão pelo uso de drogas injetáveis continuam a decrescer, e de transmissão homo/bissexual mantiveram-se estabilizados. Já os eventos de transmissão entre heterossexuais apresentam uma tendência crescente. Se por volta da década de 1980 os maiores índices de AIDS concentravam-se entre os homossexuais, em 2006 os dados

revelaram inversão do número de casos, segundo exposição hierarquizada: 1.541 entre heterossexuais para apenas 606 casos entre homossexuais (BRASIL, 2006c). Portanto, mulheres que mantêm relações do tipo heterossexual compreendem a população que atualmente apresenta o maior crescimento de contaminação pelo HIV. Dentro desta população, encontram-se também mulheres em união consensual ou casadas, que antes não constituíam a população de risco.

Antes estigmatizadas como doenças de homossexuais e de profissionais do sexo, as DST hoje adentram também o ambiente familiar. Em interface a esta realidade relativamente recente está a influência de elementos culturais sobre o enfrentamento da situação pelo casal. Costa e Carbone (2004) assinalam que a ação humana é direcionada pela “herança social” carregada de idéias, crenças, hábitos e costumes que, internalizados, influenciam a interpretação de situações. Segundo as autoras, extraímos dos fatos vivenciados a certeza das convicções por nós formuladas. Trazendo este raciocínio para a realidade de contaminação por DST, percebi, por exemplo, que, muitas vezes, um dos membros do casal tende a associar a contaminação por DST a relações extra-conjugais do parceiro ou parceira, desconsiderando outras possibilidades, como o período de latência e outras possíveis formas de infecção, no caso de DST de transmissão frequentemente e eventualmente sexual, as quais, segundo Nadal e Manzione (2003), podem ser transmitidas por outros meios além da relação sexual. Além disso, quando a traição do parceiro ou parceira é confirmada, produz-se a mágoa e posteriormente o desencontro. Passos, Passos e Passos (2005) ressaltam que, em uma relação estável, quando um dos parceiros aparece com uma DST, o outro pressupõe que a pessoa infectada manteve relação sexual fora do “casamento”, e isso afeta o relacionamento.

Identifiquei a complexidade desse problema durante a realização da monografia de conclusão de graduação (SOUSA, 2005), quando entrevistei mulheres portadoras do papilomavirus humano (HPV), e durante minha atuação no Programa Saúde da Família (PSF), ao observar que muitas mulheres contaminadas por DST expressavam uma clara situação de conflito em relação ao companheiro. De fato, o conflito que permeia a situação de um indivíduo contaminado por DST que mantém uma relação estável consiste em um problema complexo, que não pode ser reduzido apenas à dimensão biológica. Para Petraglia (1995), a verdadeira complexidade é saber que somos um ser biológico e um ser cultural inseparavelmente, pois as ações, desejos e pensamentos são direcionados em função das normas transmitidas pela família e pela sociedade. Por trás de um indivíduo contaminado por uma DST existe uma relação afetiva, às vezes estável, que pode ser prejudicada e originar uma crise.

Elsen, Marcon e Silva (2004) ressaltam que a capacidade do cuidado familiar pode ser diminuída ou até ausente em situações em que o casal entra em conflito. Este conflito, por sua vez, pode incentivar o desenvolvimento de pensamentos, comportamentos e atitudes prejudiciais para a dinâmica do casal e, conseqüentemente, para a família.

A família, como unidade de saúde ou doença, não pode ser negligenciada pela enfermagem, fazendo-se necessário, portanto, o constante desenvolvimento e aperfeiçoamento de métodos que possibilitem uma assistência de saúde eficaz, levando em consideração as características próprias do cliente, influenciadas por elementos de âmbito familiar, tais como crenças e valores (PINHEIRO; VARELA, 2002). Nesse sentido, a cultura, dentro do contexto de casais contaminados por DST, constitui importante fator a ser explorado, uma vez que está intrinsecamente relacionada à elaboração da visão de mundo, modos de vida e comportamento diante das situações de saúde-doença.

A complexidade do diagnóstico de DST na dinâmica do casal constitui conflito afetivo que pode acarretar prejuízos de ordens diversas. Por seu caráter complexo, precisa ser repensado com base em uma visão totalizadora, a qual, segundo Petraglia (1995), considera a complexidade que compreende quantidades de unidades, interações, incertezas, indeterminações e fenômenos aleatórios. Assim, investigar a DST no âmbito da relação conjugal, sob uma perspectiva de complexidade, requer a abordagem de fatores que vão além do diagnóstico propriamente dito, exige que comportamentos, sentimentos e pensamentos sejam interpretados à luz do contexto cultural no qual o casal contaminado está inserido.

Diante da complexidade da contaminação por DST, sobretudo quando esta afeta uma unidade familiar, considero necessário investigar essa situação no intuito de desvendar a seguinte inquietação: no âmbito de uma relação estável, como ocorrem a contaminação por DST e a repercussão do diagnóstico? Pretendo, partindo deste problema, conhecer os elementos culturais que permeiam a situação retrocitada e que podem influenciar comportamentos e modos de vida.

1.2 Justificativa

O entendimento da situação de casais que enfrentam a realidade da contaminação por DST, sobretudo sob uma óptica cultural, poderá contribuir para o desenvolvimento de estratégias de cuidado satisfatórias, com a co-participação do profissional de saúde e do cliente, uma vez que, segundo Costa e Carbone (2004), as maiores dificuldades de comunicação em saúde residem na distância cultural e social entre o cliente e a equipe de

saúde. Leininger (1991), por sua vez, assegura que clientes que experienciam cuidados de enfermagem culturalmente incongruentes com seus valores e modos de vida desenvolvem conflitos e estresse.

A consulta de enfermagem constitui ocasião propícia para a promoção da saúde e da qualidade de vida. Durante essa prática, há maior aproximação entre o profissional de saúde e o cliente, quando este busca orientações e, muitas vezes, apoio emocional. Além disso, no contexto da consulta ginecológica, interagem a cultura, o estado de saúde e as experiências vivenciadas pelas clientes (BESERRA; ARAÚJO; BARROSO, 2007).

O manejo da consulta ginecológica deve ser realizado mediante a Educação em Saúde, em que educandos e educadores interajam de forma democrática, com abertura para expressar pensamentos e sentimentos e, desde então, possam fornecer subsídios para o aperfeiçoamento das ações de saúde. Freire (1999) ensina que uma prática educacional efetiva só se realiza com a participação livre e crítica de todos os envolvidos, principalmente educandos, sujeitos do processo.

É importante salientar ainda que, para ocorrer uma atividade eficiente de educação visando à saúde, é necessário que o profissional esteja sensibilizado para as dimensões culturais que envolvem pessoas em união estável contaminadas por DST e consciente da influência dessas dimensões sobre as condutas tomadas pelo casal desde o descobrimento da existência da doença.

O ser humano, único ser provido de cultura, é envolvido desde o nascimento pelos hábitos e costumes da sociedade em que vive, que lhes são “impostos”; considera sua visão de mundo e modo de vida absolutamente corretos, desconsiderando de imediato tudo o que destoa do que apreendeu culturalmente (LARAIA, 2006).

O enfermeiro, como profissional consciente de seu papel no trabalho de Educação em Saúde, tem o dever de elaborar estratégias educativas culturalmente satisfatórias, baseadas na conservação, ajustamento ou repadronização de valores, expressões e padrões de cuidado extraídos de seus clientes, para o bem-estar destes e de suas famílias, bem como para um melhor enfrentamento da doença. Costa e Carbone (2004) julgam necessária a compreensão da herança social do cliente, sobretudo para entender suas ações e direcioná-las para um modo de vida saudável.

Passos, Passos e Passos (2005) acentuam ainda que compreender a dimensão afetiva que envolve um portador de DST representa uma contribuição não apenas para a prática clínica; mas, sobretudo, uma estratégia para a interrupção da cadeia de transmissão e da ocorrência de novas DST.

1.3 Relevância

A realização deste estudo torna-se relevante por permitir que a visão do enfermeiro transponha a do indivíduo diretamente afetado e de sua doença; por possibilitar uma abordagem na qual a complexidade da contaminação por DST poderá ser compreendida desde seu âmbito mais íntimo e profundo, a família, por meio dos principais componentes da célula familiar, o casal.

Mielnik (1993) ressalta que o casal ocupa o primeiro lugar como fontes de afeto e como organizadores da família, e que carregam informações éticas e culturais que, por conseguinte, podem interferir em comportamentos e decisões para a saúde da família.

Portanto, esta investigação poderá auxiliar na compreensão justamente a respeito de valores e expressões culturais com a finalidade de delinear estratégias educativas eficientes para o cuidado. Com respaldo no conhecimento dos elementos da subjetividade presentes na inter-relação DST, cultura e cuidado de Enfermagem, será possível delinear ações educativas culturalmente direcionadas e, assim, cumprir com uma das estratégias de promoção da saúde presente no relatório de Lalond, de 1970: *a reorientação dos serviços de saúde* (BRASIL, 2001).

Nessa perspectiva de promoção da saúde, traço filosófico marcante na profissão de Enfermagem, e mais especificamente no curso de pós-graduação do qual me proponho obter o título de Mestre, tenciono aqui rever a abordagem do problema da contaminação por DST, às vezes tratada apenas sob uma compreensão causal, descontextualizada. A relevância de uma abordagem à subjetividade no âmbito do fenômeno da contaminação por DST é ressaltada como um grande desafio a ser trilhado, como uma necessidade ao cuidado ampliado (PÜSHEL; IDE; CHAVES, 2006; SILVA; MEREGHI, 2006).

O intuito maior deste estudo é alcançar espaços desapercibidos, procurando articular o habitual diagnóstico de DST às suas repercussões, fatores que levaram à contaminação, crenças, valores, comportamento diante da doença e relação afetiva entre os envolvidos com o problema e as pessoas significativas de seu contexto social. Assim sendo, pretendo, neste relatório de pesquisa, contribuir para investigação da contaminação por DST em casais, a fim de lançar bases para a reorientação dos serviços de saúde voltados à saúde pública, principalmente em relação à importância da abordagem cultural na promoção da saúde diante do risco e da contaminação por DST em casais.

Como enfermeira, a contribuição deste estudo contemplará minha própria prática de promoção da saúde no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e será estendida à divulgação

dos achados deste estudo para outros profissionais de saúde, inclusive àqueles que integram o contexto cultural onde esta pesquisa foi realizada, no intuito de aprimorar a prática da enfermagem com esteio em uma abordagem eficaz de educação em saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Investigar a contaminação por DST no âmbito da relação estável.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar fatores culturais que possam favorecer o risco da contaminação por DST em casais;
- Analisar as significações da contaminação por DST para o casal.

3 REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO

A análise da cultura e de suas entrelinhas, envolvendo questões como comportamento humano, crenças e valores, principalmente quando relacionados ao problema da contaminação por DST em casais, me fez refletir sobre a necessidade de investigar fatores intrínsecos dos envolvidos diretamente no problema. Julguei que, por conta da subjetividade da situação vivenciada pelos casais contaminados por DST, que envolve, sobretudo, sentimentos, pensamentos e atitudes, seria necessário realizar uma pesquisa de caráter qualitativo. Leopardi (2002) explica que, por meio da pesquisa qualitativa, é possível analisar um fenômeno ou representação de um fato, relativos a um mundo subjetivo e não mensurável, e tentar compreender o problema com origem na visão dos sujeitos que o estão vivenciando e das percepções do próprio pesquisador.

Desta perspectiva, então, procurei situar o estudo no universo da análise cultural. Estudando a etnografia, descobri que este tipo de investigação oferece subsídios para um estudo amplo e profundo a respeito de determinado fenômeno que recebe forte influência de elementos culturais.

Procurei, de acordo com a proposta metodológica deste estudo na realização de uma pesquisa etnográfica em ambiente urbano, investigar a representação da etnografia dentro dos diferentes tipos de pesquisa científica, suas raízes, a finalidade, sua origem e como a etnografia passou a ser utilizada das tribos às cidades e nas cidades.

3.1 Etnografia: das tribos às cidades

A etnografia, entendida como modalidade de pesquisa científica primordialmente de caráter qualitativo, possui traços da fenomenologia, do interacionismo simbólico e da Sociologia. Constitui um misto entre uma área especial dentro da Sociologia, uma metodologia e uma escola que se insere na tradição do interacionismo simbólico, por meio da qual se busca ver o mundo com suporte nos agentes sociais, desvendar culturas e, desde então, compreender os diferentes comportamentos humanos (HAGUETTE, 1987). A priori, esta compreensão tem como fim o fornecimento de subsídios para diversas áreas do conhecimento, no intuito de melhorar as condições de vida e promover o desenvolvimento do ser humano.

A pesquisa etnográfica é um método antigo aplicado nas mais diversas áreas do conhecimento. Inicialmente, possuía um caráter mais histórico, mas, pouco a pouco a

etnografia foi ganhando outros espaços: desde a investigação da cultura de outros países, muito explorada em matérias jornalísticas, até a exploração do comportamento humano para fins do conhecimento na área da saúde.

Embora alguns pesquisadores ainda considerem o método etnográfico de aplicação difícil e inadequado o uso da expressão pesquisa etnográfica para estudos realizados em ambiente urbano, com pessoas comuns, que falam nosso idioma, em lugares públicos, é necessário explicar que a etnografia evoluiu e pode ser realizada em qualquer ambiente, com quaisquer tipos de populações. Sua evolução, porém, não foi imediata. Até chegar ao cenário urbano, entretanto, a etnografia passou por três períodos críticos, conhecidos como as revoluções da etnografia (WINKIN, 1998).

O trabalho etnográfico foi iniciado por volta do século XIX. A pesquisa era voltada para civilizações distantes e exóticas, consideradas como estranhas e “selvagens”. Não havia contato entre pesquisador e campo, tampouco entre pesquisador e informantes. Para obtenção de dados, o até então denominado etnógrafo enviava questionários etnográficos a viajantes e missionários e pedia-lhes que roubassem todos os artefatos que fossem possíveis, como flechas, objetos de barro, lanças, vestimentas, enfim, tudo o que representasse a cultura local. Importante é salientar que estes viajantes, na maioria das vezes, tinham seus objetivos particulares nas viagens, não viajavam com o intuito de pesquisar a cultura das sociedades (WINKIN, 1998).

A primeira revolução da etnografia aconteceu quando Bronislaw Malinowski resolveu realizar pessoalmente sua pesquisa. Defendendo a idéia de que o investigador deve realizar pessoalmente sua busca e procurar os dados que lhe interessam, introduz o trabalho de campo ao estudo etnográfico.

As pesquisas já realizadas pessoalmente pelos pesquisadores no campo, mas ainda restritas a tribos indígenas e civilizações “estranhas”, começaram a ser repensadas. Iniciava-se a segunda revolução, entre 1930 e 1935. Após ter estudado tribos aborígenes na Austrália, Lloyd Warner iniciou estudos em pequenas cidades, tratando-as como micro-sociedades. A pesquisa urbana dava os primeiros passos sob subsídio do Departamento de Sociologia da Universidade de Chicago. Robert Park, um dos fundadores do Departamento, iniciava seus alunos na cidade de Chicago no estudo de campo. O Departamento de Sociologia da Universidade de Chicago baseava seus estudos no princípio de que a etnografia não se fazia somente em tribos indígenas, que a cidade é um laboratório natural. Posteriormente, esse Departamento veio a se tornar a “Escola de Chicago” (WINKIN, 1998).

A terceira revolução, por volta de 1950, foi caracterizada pelo desprendimento da tendência da realização de estudos etnográficos apenas com classes tidas como marginalizadas pela sociedade, como pobres, desajustados e deficientes físicos.

A etnografia passou, então, a representar metodologia passível de ser aplicada a qualquer lugar, com quaisquer tipos de pessoas, desde que sistematizada e realizada de forma adequada. Morse e Field (1998), e Parse, Coyne e Smith (1995) ressaltam que alguns princípios precisam ser considerados durante a realização de um estudo etnográfico. Entre estes, destacam-se: a consideração do contexto sob uma perspectiva holística frente ao problema da pesquisa; o foco e a flexibilidade do problema/objeto, de modo a responder questões de como algo é ou como ocorre o problema em uma subcultura específica; a utilização de métodos essenciais de observação participativa, entrevista em profundidade e a procura de significados das atividades, comportamentos e outros aspectos de estilos de vida; e integralidade nos processos de seleção dos informantes, manejo dos dados e análise dos resultados.

Convém acentuar, ainda, que o método não é propriedade de uma minoria. É verdade que o trabalho etnográfico não é um trabalho simples, mas também não exige que o pesquisador possua anos de formação, pois, sob a supervisão de um orientador experiente, é possível realizar uma pesquisa etnográfica e aprender com os próprios erros e acertos (WINKIN, 1998).

3.2 Etnografia na Enfermagem: a contribuição de Madeleine M. Leininger

Ao reconhecer a necessidade da utilização da etnografia para investigar o problema proposto neste estudo, procurei aproximar a investigação dos fundamentos da Enfermagem. O intuito era realizar uma pesquisa em que a análise da cultura fosse um ponto forte, entretanto o foco seria o cuidado humano na prevenção de DST. A Teoria do Cuidado Cultural configurou-se como a alternativa eficaz na análise da interseção da contaminação por DST, cultura e cuidado de Enfermagem.

Optei, pois, pela realização de um estudo etnográfico, tendo como suporte teórico-metodológico a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural e a Etnoenfermagem, desenvolvidas pela enfermeira norte-americana Madeleine M. Leininger. Conforme a fundamentação teórico-metodológica deste estudo, a utilização do paradigma qualitativo em uma abordagem etnográfica favorece o descobrimento e a descrição de

variadas dimensões epistemológicas e ontológicas do cuidado humano, sobretudo quando se pretende estudar este fenômeno sob a perspectiva cultural e holística (LEININGER, 2002).

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, utilizada sob a perspectiva da etnoenfermagem, propicia uma compreensão ampla e sistemática do modo de vida das pessoas. Por meio da teoria, é possível reconhecer o valor da cultura no cuidado humano. A teoria considera o conhecimento sobre a cultura como elo necessário entre o enfermeiro e o cliente na prestação de um cuidado transcultural. A enfermagem transcultural foi definida por Leininger (1979, p. 15) como:

Um subcampo ou ramo da enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à enfermagem e às práticas de cuidados de saúde-doença, às crenças e aos valores, com a meta de proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem significativo e eficaz para as pessoas de acordo com seus valores culturais e seu contexto de saúde-doença.

A teoria retrocitada foi desenvolvida por volta da década de 1940. Leininger, ao executar cuidados a pacientes em um hospital geral, observou que existem diferenças e similaridades entre as diversas culturas. A teoria foi lançada tendo como base a Antropologia e como princípios a influência da visão de mundo, da linguagem, da religião e dos contextos social, político, educacional, econômico, tecnológico, etno-histórico e ambiental sobre o comportamento humano. A finalidade da utilização da teoria consiste em orientar enfermeiras na promoção de um cuidado culturalmente congruente, que pode ser utilizado com pessoas, grupos, famílias ou comunidades (LEININGER, 1991).

Como suporte para a teoria, Leininger (1991, p. 44) aponta os seguintes pressupostos teóricos:

- 1 o cuidado é a essência da enfermagem e possui um foco distinto, dominante e central nesta profissão;
- 2 o cuidado é essencial para o alcance do bem-estar, da saúde, da cura e da sobrevivência, e para o enfrentamento da morte;
- 3 cuidado cultural é uma abordagem holística proposta para entender, explicar, interpretar e prever o fenômeno do cuidado e para guiar práticas de cuidados de enfermagem;
- 4 a Enfermagem é uma profissão e disciplina científica humanística transcultural proposta a auxiliar o ser humano como um todo;
- 5 cuidado é essencial para a cura e reabilitação, por isso não há cura sem cuidado;

- 6 conceitos de cuidado, crenças, expressões, processos e formas estruturais de cuidado são diferentes (diversidade) e similares (universalidade) entre as culturas do mundo;
- 7 toda cultura tem conhecimentos e práticas de cuidados genéricos, e usualmente conhecimentos e práticas de cuidados profissionais que variam transculturalmente;
- 8 cuidado cultural, valores, crenças e práticas são formadas e freqüentemente incorporadas no contexto da visão de mundo, linguagem, religião, fatores sociais, políticos, educação, economia, tecnologia, etno-história e ambiental da cultura;
- 9 benefício, saúde e satisfação baseados culturalmente no cuidado de enfermagem contribuem para o bem-estar de indivíduos, famílias, grupos e comunidades dentro de seu contexto ambiental;
- 10 o cuidado de enfermagem culturalmente congruente pode ocorrer somente quando valores, expressões e padrões do cuidado cultural do indivíduo, grupo, família ou comunidade são conhecidos e utilizados por enfermeiras na abordagem ao cliente;
- 11 cuidados culturais diferentes e similares entre profissionais do cuidado e clientes existem em qualquer cultura;
- 12 clientes que experienciam cuidados culturalmente incongruentes com suas crenças, valores e modos de vida tendem a desenvolver conflitos, estresse e intranqüilidades de ordem moral e ética e
- 13 o paradigma qualitativo fornece novos caminhos para o conhecimento e diferentes maneiras de descobrir dimensões epistemológicas e ontológicas do cuidado humano transcultural.

Na década de 1960, a teoria começou a ser utilizada por enfermeiras pesquisadoras, entretanto de modo muito lento, pois ela ainda era considerada estranha e diferente. Somente em 1968, quando Leininger lançou o Comitê sobre Enfermagem e Antropologia (CONA), enfermeiras puderam criticar e reestruturar a teoria sob um ponto de vista antropológico. Desde aí, a teoria passou a fazer parte da Enfermagem, principalmente em meados de 1980, por meio de cursos de Enfermagem Transcultural e outros programas na linha de pesquisa da teoria desenvolvidos em muitas universidades.

Leininger (1991) publicou algumas definições, relacionadas, sobretudo, ao cuidado de enfermagem e à cultura, que explicaram mais objetivamente sua teoria. Afirmou, porém, que as definições são guias provisórios, passíveis de modificação, conforme ocorrerem mudanças culturais que provoquem alterações significativas nestas definições (LEININGER, 1991). As definições orientadoras de Leininger são as seguintes:

Cultura - refere-se aos valores e modos de vida de um determinado grupo, que são apreendidos e compartilhados, influenciando pensamento, decisões e ações.

Diversidade do Cuidado Cultural - corresponde às diferenças entre os variados tipos de culturas ou dentro de uma mesma cultura, no que se refere às percepções e expressões sobre o cuidado.

Cuidado Cultural: consiste em um conjunto de idéias culturalmente formuladas que contribuem para a saúde e/ou para o bem-estar.

Visão de Mundo - é a forma pela qual as pessoas vêem o mundo e formulam suas percepções.

Dimensões Culturais e Estrutura Social - envolvem os valores e fatores que podem exercer influência sobre o comportamento humano, tais como valores religiosos, de companheirismo (social), políticos (e legal), econômicos, educacionais, tecnológicos e culturais, os fatores etno-históricos.

Contexto Ambiental - corresponde às interpretações e interações sociais em ambientes físicos, ecológicos, sócio - políticos e/ou culturais determinados.

Sistemas de Cuidados Profissionais - refere-se ao cuidado profissional formalmente aprendido. Prevalece em instituições profissionais. É fundamentado teoricamente e repassado entre profissionais ou destes para seus clientes.

Saúde - é um estado de bem - estar culturalmente aprendido e reflete, sobretudo, a capacidade de desempenhar atividades diárias em modos de vida culturalmente benéficos.

Cuidado - é um fenômeno relacionado com a assistência, o apoio ou a capacitação de indivíduos para melhorar uma condição humana ou forma de vida.

Cuidar - envolve ações com a finalidade de melhorar uma condição humana ou forma de vida.

Preservação do Cuidado Cultural - inclui as ações e decisões profissionais que ajudam as pessoas de uma determinada cultura a reter e/ou preservar valores relevantes de cuidados, de forma que possam manter sua saúde e qualidade de vida.

Ajustamento do Cuidado Cultural - engloba ações e decisões profissionais criativas capacitadoras que ajudam as pessoas de uma determinada cultura a adaptar-se ou a negociar com as outras um resultado de saúde benéfico ou satisfatório com prestadores de cuidados profissionais.

Repadronização do Cuidado Cultural - compreende as ações e decisões profissionais, assistenciais ou capacitadoras, que ajudam o cliente a reorganizar ou modificar grandemente sua forma de vida para um padrão de atendimento de saúde novo e benéfico, respeitando os

valores culturais e as crenças do cliente e ainda proporcionando um modelo de vida benéfico e mais saudável do que o anterior.

Enfermagem - profissão e disciplina científica enfocada no fenômeno e nas atividades do cuidado humano para assistir, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manterem ou readquirirem seu bem-estar (ou saúde) em formas culturalmente significativas e benéficas.

Atendimento Profissional de Enfermagem (cuidar) - refere-se aos conhecimentos de cuidados profissionais e habilidades práticas obtidos por meio de instituições educacionais, visando melhorar a condição de saúde humana.

Cuidado Cultural Congruente - compreende os atos ou as decisões assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras, cognitivamente baseadas, que são elaboradas para se ajustarem aos valores culturais e modos de vida de um indivíduo, grupo ou instituição, visando a proporcionar ou apoiar o atendimento de saúde significativo, benéfico ou satisfatório, ou os serviços de bem-estar, considerando os padrões culturais do indivíduo, evitando o choque cultural entre profissional e cliente.

O reconhecimento da importância da teoria serviu para ressaltar a influência da cultura sobre o cuidado. Segundo a própria teórica, o cuidado é esquecido na Antropologia assim como a cultura é na Enfermagem (LEININGER, 2002). O resgate da relevância da influência cultural sobre o comportamento humano oferece subsídios para a descoberta de fatores que estejam dificultando ou impedindo o cuidado.

3.3 O modelo *Sunrise* (Sol Nascente) e as dimensões conceituais da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

O modelo *Sunrise* consiste em um guia cognitivo para pesquisar, em caráter qualitativo e etnográfico, um fenômeno de cuidado cultural sob a perspectiva holística, no qual múltiplos fatores podem influenciar potencialmente o cuidado e o bem-estar das pessoas (LEININGER, 1991). Estes fatores podem ser educacionais, econômicos, políticos e também legais, valores culturais e modos de vida, sociais e ambientais, religiosos e filosóficos, e tecnológicos. Todas as dimensões e componentes do modelo trazem como finalidade o cuidado culturalmente baseado, por meio da conservação/manutenção do cuidado, quando profissionais apóiam e incentivam ações benéficas já utilizadas pelo cliente; do ajustamento/negociação do cuidado, quando profissionais buscam formas de ajustar padrões de saúde e formas de atendimento ao cliente; ou da repadronização/reestruturação do

cuidado, quando profissionais ajudam clientes a alterar padrões de cuidado insatisfatórios para obter padrões de vida mais saudáveis.

O *Sunrise* consiste em um auxílio essencial para decifrar a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. Tem o objetivo de facilitar a compreensão sobre a complexidade dos componentes da teoria e de como eles influenciam o comportamento para o cuidado. Sua última finalidade, entretanto, de acordo com a análise de Oriá, Ximenes e Pagliuca (2007), é fazer com que um novo cuidado seja desenvolvido contando com a contribuição da própria unidade de cuidado mediante suas crenças e valores e, assim como o “Sol Nascente”, que este cuidado cultural brilhe e seja disseminado na sociedade.

O modelo possui semelhanças com o processo de enfermagem. O conhecimento sobre culturas, pessoas e sistemas de atendimento, sobretudo acerca de estrutura social e visão de mundo, linguagem e contexto ambiental e fatores de religião, tecnologia, filosofia, companheirismo, estrutura social, valores e crenças culturais, política, sistema legal, economia e educação do cliente, podendo este ser um indivíduo, família ou sociedade, corresponde às etapas de *investigação e diagnóstico* do processo de enfermagem. Após conhecer a realidade do cliente e fazer o diagnóstico de sua situação cultural em relação ao cuidado, ocorrem o *planejamento* e a *implementação* das ações de enfermagem, agora baseadas nos fatores culturais da unidade de cuidado. A fase de *avaliação* não é explicitada no contexto do modelo *Sunrise*; entretanto, por meio das orientações de Leininger, percebemos a necessidade de avaliar se os comportamentos relacionados aos cuidados de enfermagem e à cultura do cliente são apropriados para a saúde e bem-estar deste (GEORGE, 2000).

3.4 Etnoenfermagem

Preocupada com a sistematização da pesquisa - fator importante em investigações etnográficas - e com o estudo do fenômeno proposto desde uma visão holística e reflexiva, procurei e encontrei na etnoenfermagem o suporte para uma eficiente inserção no campo e interação com as informantes do estudo. A razão para isso residiu principalmente na utilização de modelos que me permitiram gradativa aproximação com o campo e as pessoas, na intenção de compreender a realidade investigada e estabelecer relação harmoniosa e amigável com as participantes do estudo, o que, por sua vez, facilitou a apreensão de dados fidedignos do contexto e do fenômeno analisados.

O termo etnoenfermagem foi desenvolvido por Leininger na década de 1980, com o intuito de auxiliar pesquisadores a estudar a Teoria do Cuidado Cultural (LEININGER, 1991). O método foi definido como qualitativo e focalizado, sob o ponto de vista naturalístico, nas descobertas, na documentação, na descrição, na explicação e na interpretação da visão de mundo, dos símbolos, dos pensamentos, das experiências de vida dos informantes e de como estes fatores influenciam potencialmente o fenômeno do cuidado de enfermagem. É indicado para estudos que visam a investigar práticas relacionadas ao cuidado, à saúde, ao bem-estar, às experiências nos ciclos de vida, aos modelos preventivos e a outras áreas potenciais, envolvendo o fenômeno do cuidado transcultural (LEININGER, 2002).

Como suporte para o desenvolvimento da etnoenfermagem, Leininger desenvolveu alguns modelos de pesquisa que podem ser utilizados para auxiliar o pesquisador a se inserir, permanecer, observar, desenvolver sua coleta de dados e realizar descobertas e intervenções (LEININGER, 1991). Entre estes estão os seguintes: “Observação – Participação - Reflexão” (modelo OPR) e “Estranho-Amigo”, os quais serão utilizados neste estudo.

Os modelos OPR e “Estranho-amigo” foram desenvolvidos pela teórica durante os trabalhos que ela realizou em Nova Guiné, na década de 1960. Estes modelos foram elaborados e utilizados como guias para que Leininger se inserisse e permanecesse entre as pessoas a fim de estudar seus modos de vida em relação ao cuidado de Enfermagem de uma maneira sistemática e reflexiva (LEININGER, 1991).

O modelo OPR é composto por quatro fases: observação primária e escuta, observação primária com participação limitada, observação primária com participação contínua, e reflexão primária e reconfirmação dos dados com os informantes (LEININGER, 1991). Mediante esta sistematização, é possível iniciar o estudo de campo e inserir-se no universo cultural dos informantes de maneira gradativa, de forma que todo o ambiente e demais componentes culturais possam ser identificados e relacionados ao fenômeno estudado. O OPR facilita a identificação de símbolos, a documentação de fatos e eventos históricos e reflexões sobre reações e interações, fatores essenciais para obtenção e entendimento de dados de etnoenfermagem (LEININGER, 2002).

Para verificar a validade dos dados obtidos, Leininger oferece o modelo do “estranho-amigo”. Reconhecendo que outra perspectiva sobre as idéias e respostas dos informantes é extremamente importante, e repelindo o comportamento de superposição do conhecimento do pesquisador sobre as pessoas e suas culturas, a teórica elaborou o modelo, que auxilia a pesquisa na medida em que busca substituir a imagem de pesquisador estranho pela de

pesquisador amigo, confiável. Essa substituição, por sua vez, facilita a obtenção de dados autênticos e com credibilidade para o estudo etnográfico.

O modelo é composto por seis apontamentos (Anexo A), relacionados ao comportamento dos participantes do estudo, que indicam a posição do pesquisador como estranho e como amigo. Desta maneira, é possível analisar a ocasião em que o depoimento e o comportamento dos participantes são expressos de maneira mais próxima da realidade. Leininger (2002) salienta, todavia, que a passagem de estranho para amigo requer tempo e certa sensibilidade, além de um verdadeiro interesse nos informantes, em suas idéias, sentimentos, crenças e valores.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 O caminho para a coleta de dados

Após a escolha pelo método qualitativo, etnográfico, fundamentado na Teoria do Cuidado Transcultural, segui para a escolha do campo de pesquisa. Para isto, procurei levar em consideração algumas orientações oferecidas por estudiosos da etnografia.

Winkin (1998) faz uma ressalva à importância da escolha do campo de pesquisa em estudos etnográficos. Segundo ele, é importante que estejam presentes os seguintes critérios:

- 1 os limites do campo correspondem ao de um lugar público ou semi-público;
- 2 é um lugar confortável;
- 3 não oferece perigo aparente à pesquisadora;
- 4 é um lugar simples, comum, que pode revelar-se complexo à análise;
- 5 é possível retornar ao campo quantas vezes for necessário e
- 6 é possível manter uma observação sistematizável.

Na escolha do campo observei os que ofereciam, além desses critérios, subsídios para minha inserção e permanência, bem como para o desenvolvimento deste estudo. Assim, decidi pela realização do estudo no Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), situado no bairro Planalto do Pici, localizado nas proximidades do *Campus* do Pici da Universidade Federal do Ceará (UFC). O CEDEFAM oferece à população local, constituída em sua maioria por pessoas de baixa renda, assistência à saúde por meio de atividades realizadas por profissionais e estudantes da área. Dentre estas atividades, o incentivo à pesquisa e desenvolvimento científico são pontos fortes da dinâmica do CEDEFAM. Considerando a natureza do problema deste estudo, centralizei a investigação no contexto da consulta ginecológica de Enfermagem, realizada de terça-feira a sexta-feira, pela manhã, no Setor de Ginecologia do CEDEFAM.

No desenvolvimento da etnografia, o período de permanência do pesquisador no campo pode variar desde algumas semanas até meses ou anos. Segundo André (1995), a decisão poderá depender, além dos objetivos do estudo e da disponibilidade de tempo do pesquisador, da aceitação pelo grupo e do número de pessoas envolvidas na coleta. Alguns autores ressaltam a importância de longa permanência em campo, a fim de obter uma visão profunda do fenômeno estudado. Ross e Kyle (1982), por exemplo, orientam o trabalho de campo para pesquisas de caráter antropológico, onde se inclui o estudo etnográfico, de, no mínimo, seis meses. Considerando minha integral e exclusiva disponibilidade e a

complexidade do fenômeno a ser analisado, desenvolvi a pesquisa em campo em um período de nove meses, o qual se estendeu de novembro de 2006 a julho de 2007.

Durante os nove meses de coleta de dados, procurei seguir as orientações do modelo “estranho-amigo” e modelo de Observação – Participação – Reflexão (OPR), ambos de Leininger (1991). O padrão estranho - amigo me auxiliou a adentrar o universo das informantes, de modo a identificar, por meio de alguns indicadores propostos pela teórica, o momento em que avancei da posição de pesquisadora estranha para a de investigadora amiga. Isso significou, sob a perspectiva da investigação, uma relação pesquisadora-informantes mais verdadeira, no qual sentimentos e dados confiáveis foram compartilhados. Assim, ao perceber, de acordo com os apontamentos de Leininger (1991), que as participantes estavam menos desconfiadas, observavam menos minhas palavras e ações, cooperavam comigo como amigas, compartilhavam segredos culturais e experiências particulares, forneciam indícios de que estavam confortáveis com a pesquisa e tencionavam mostrar “verdades” em relação aos valores, crenças e modos de vida para a pesquisa, defini o momento de realizar a entrevista. A passagem de estranha para amiga confiável, entretanto, ocorreu gradativamente. É importante ressaltar, também, o fato de que a familiaridade entre a comunidade e os serviços do CEDEFAM auxiliou a aproximação e a intimidade cultural entre mim e as informantes. Estas parecem depositar nas pessoas envolvidas com o serviço do CEDEFAM, inclusive pesquisadores, uma grande confiança, pois, ao longo dos anos, o serviço parece ter adquirido credibilidade, em virtude dos grandes benefícios que proporciona às famílias do bairro Planalto do Pici e adjacências.

Da entrada no campo de pesquisa à realização da entrevista, busquei registrar todas as informações no diário de campo, articulando os dados coletados às minhas observações. Encontrei, na literatura, o consenso de que o diário de campo é insubstituível e deve ser priorizado como fonte de dados em uma investigação etnográfica (WINKIN, 1998; ANDRÉ, 1995; MELLEIRO; GUALDA, 2005).

Obedeci uma seqüência de ações, propostas pelo modelo OPR, que me auxiliaram na inserção na realidade pesquisada e na análise do problema de forma ampla, extraindo, desta forma, fatores significativos para o processo investigativo etnográfico. Assim, o estudo foi realizado de acordo com as fases na seqüência delineadas.

Observação primária e escuta: momento em que realizei a observação simples e a escuta atenta, sem participação ativa. Nesta fase, que durou aproximadamente dois meses, observei minuciosamente a estrutura e a dinâmica do local de estudo, e registrei todas as informações no diário de campo.

Em virtude da complexidade do tema estudado, procurei analisar o problema sob diversos ângulos, quando realizei idas e vindas entre contextos gerais e particulares, no intuito de captar possíveis fatores influenciadores do cuidado na prevenção de doenças e promoção da saúde no que se refere à contaminação por DST em casais.

Iniciei a observação simples do ambiente macro, restrito ao bairro Planalto do Pici. Gradativamente, fui percebendo que o bairro corresponde a um universo misterioso e revelador, com características marcantes e possivelmente relacionadas aos padrões de cuidados de Enfermagem. Na medida em que percorri a estrutura da “Comunidade do Papoco” (nome popular), descobri paulatinamente suas particularidades, assim como as semelhanças culturais com outras comunidades.

Antes de iniciar a inserção no campo de pesquisa, eu acreditava que, por tratar-se de um ambiente que foi cenário de muitas de minhas práticas acadêmicas, não captaria tantas novas informações. Para minha surpresa, porém, a inserção em um campo já conhecido revelou-se bastante surpreendente porque eu estava concentrada em um objetivo etnográfico. Já nos primeiros dias, sutis peculiaridades apresentaram-se de uma forma inovadora, diferente. A chegada ao bairro, realizada da mesma forma como o acesso a maioria das pessoas daquele lugar (de ônibus), facilitou a captação de informações minuciosas e relevantes sobre a comunidade, como a linguagem, os meios de subsistência predominantes, os modos de vestir, os comportamentos em relação ao cuidado ambiental, o lazer, as preferências musicais, as relações interpessoais e os fatores que favorecem a mobilização social.

O bairro é caracterizado pelo grande número de indústrias têxteis. Muitas pessoas que trabalham nestes setores vêm de outros bairros. Na própria comunidade, pessoas transitam pelas ruas, algumas conversam nas calçadas e outras nos bares. A sensualidade é algo bem presente na comunidade: muitas adolescentes (assim como crianças) transitam com roupas sensuais, as músicas que prevalecem possuem conotação sexual e o grande número de adolescentes mães e/ou grávidas é perceptível.

Geralmente, quando eu chegava à comunidade, encontrava as ruas muito sujas. Após alguns dias de observação, percebi que naquela comunidade havia coleta de lixo, mas a população, minutos depois, jogava o lixo de suas casas na rua. Entre os rejeitos expostos, encontrei restos de comida, preservativos usados, animais mortos, entre outras coisas, que podem pôr em risco a saúde e o bem-estar de vários transeuntes, inclusive crianças que brincam nas proximidades.

Em contraposição à realidade da falta de cuidados com o ambiente, encontrei uma população extremamente participativa em iniciativas também referentes à saúde, mas que possuem origem na mobilização social em massa. As escolas se engajam em campanhas educativas e a população demonstra interesse em se informar sobre doenças. Certo dia, chegando à comunidade, fui surpreendida por uma passeata contra a dengue, realizada por alunos de uma escola pública e coordenada por um professor. A comunidade observava atenta e curiosa a manifestação dos alunos, realizada por meio de cartazes, faixas, auto-falantes e fantasias.

O CEDEFAM é conhecido pela comunidade também como “postinho” ou “creche”. As usuárias do serviço procuram atendimento geralmente em pares. Recorrem ao atendimento porque receberam boas referências de amigos, vizinhos ou parentes. Grande parte já conhece o CEDEFAM. Ao chegar, elas procuram ler os cartazes e outros impressos informativos. Por vezes, observei as gestantes lendo panfletos sobre cuidados na gestação. As usuárias se sentem à vontade na unidade e expressam grande respeito pelos profissionais.

O Setor de Ginecologia do CEDEFAM consiste em um ambiente bastante acolhedor. Por todas as partes, encontramos material informativo sobre DST, gravidez, abuso sexual, entre outros. No auditório, são realizadas atividades educativas, como oficinas e palestras, geralmente planejadas e executadas por alunos e profissionais de Enfermagem (funcionárias e professoras) durante as atividades de ensino, pesquisa e extensão. A comunidade interage bastante nestes momentos e mostra-se receptiva, principalmente quando os acadêmicos de Enfermagem se utilizam de termos populares, descontraindo as participantes.

A clientela atendida é bastante diversificada. Há mulheres virgens, solteiras, com parceiro único, profissionais do sexo, casadas, agredidas pelos companheiros, idosas, entre outras. Muitas relatam realizar periodicamente o exame porque conhecem pessoas próximas que tiveram câncer de colo de útero. Interessante é salientar que, entre as mulheres que realizam o exame periodicamente, prevalecem as adultas com vida sexual ativa. As clientes idosas e as adolescentes apresentam intervalo entre os exames maiores do que um ano. As gestantes que procuram a consulta ginecológica o fazem por conta de alguma queixa.

Enquanto esperam ser atendidas, as mulheres compartilham suas experiências anteriores sobre o exame de prevenção. À medida que vão saindo da sala, as clientes contam às outras sobre a assistência recebida. A maioria faz elogios aos atendimentos, exceto alguns comentários sobre o desconforto do exame ou acerca do constrangimento de expor o corpo a outra pessoa. Uma cliente saiu do atendimento de uma colega, elogiando e dizendo: “Foi bom. A doutora conversou muito comigo durante o exame”.

Na sala, o atendimento é iniciado com um acolhimento bastante eficaz. Inicialmente, na ocasião da anamnese, as clientes são interrogadas, por meio de uma linguagem acessível, porém abrangente e sincera, sobre seus hábitos sexuais, possíveis sintomas de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e outros assuntos relacionados à saúde sexual e reprodutiva. Após o exame, as mulheres são orientadas sobre cuidados e retorno para a entrega do resultado do exame laboratorial. Quando encontrados sintomas sugestivos de DST durante o exame, as enfermeiras explicam à cliente que ela pode estar com uma DST e ressaltam que isso não significa necessariamente que seu companheiro estabeleceu relacionamento extraconjugal, haja vista o período de latência, que pode significar uma contaminação dela ou dele em um momento anterior ao início do relacionamento entre ambos. Quando interrogadas sobre o motivo pelo qual não realizou o exame no último ano, grande parte das clientes alega a falta de vaga em outros postos de saúde.

No decorrer desta fase do estudo, de novembro a dezembro de 2006, que antecedeu a pré-seleção das informantes-chave, foram atendidas para realização de exame citopatológico 158 mulheres. Até o final desta fase, limitei-me a apenas observar a dinâmica do local e o diálogo entre as pessoas que interagiram no campo de estudo. No contato com as mulheres na dinâmica do ambiente, fui adquirindo confiança e credibilidade para me inserir diretamente no processo, inclusive realizando algumas consultas ginecológicas, o que significou oportunidade para interagir efetivamente com as clientes e, assim, iniciar a segunda fase da pesquisa.

Observação primária com participação limitada: concomitantemente à observação, nesta fase, que se estendeu por aproximadamente três meses, comecei a aproximação efetiva e a interação com as pessoas. Continuei observando e iniciei pequenas participações com as pessoas que compunham o ambiente investigado, incluindo aí clientes do CEDEFAM e possíveis informantes do estudo.

Encontrei, por meio das conversas durante o atendimento, idéias equivocadas de que: “a mulher grávida que realiza exame de prevenção do câncer ginecológico tem risco para o aborto”, “o HPV não é uma DST”, “algumas posições durante a relação sexual e o tamanho do pênis (grande) podem causar as lesões no útero”, “só quem tem homem (vida sexual ativa) precisa fazer prevenção”, entre outras crenças, mitos e tabus. Essas concepções parecem influenciar a maneira como as clientes vivenciam sua sexualidade, condicionando-as a, muitas vezes, negligenciar condutas de cuidado por conta de idéias equivocadas e, também, a repassar essas idéias para outras pessoas.

Ainda percorrendo o universo dos cuidados genéricos, muitas mulheres confessaram que utilizam remédios caseiros, dentre os quais os mais citados foram: chá da folha do cajueiro, água de aroeira (utilizada pelas vias oral e vaginal) e água da ameixa. Segundo as clientes, estes preparos são bastante eficazes. Muitas relataram que, depois de diagnosticadas com “raladura”, corrimento e outros problemas, fizeram uso dos remédios caseiros concomitantemente ao tratamento prescrito pela enfermeira. Afirmaram que, na ocasião do retorno para reavaliação, não apresentaram mais as alterações. Conversando com uma colega enfermeira, descobri que muitas dessas plantas já estão sendo estudadas por conta de sua comprovada eficácia, inicialmente em uso empírico. O uso de plantas medicinais não é desencorajado pelos profissionais do CEDEFAM, uma vez que eles acreditam que não devem sobrepor o conhecimento profissional ao saber popular. Além disso, resultados já observados pelas próprias enfermeiras fornecem indícios de que o conhecimento popular sobre plantas medicinais, inclusive para tratamentos em ginecologia, possui alguma fundamentação. Observei que no próprio CEDEFAM existe um projeto de Farmácia Viva, vinculado à Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, o qual interage com o conhecimento popular da comunidade por meio da elaboração de medicamentos, que têm como princípio ativo plantas familiares à população local, tais como aroeira (sabonete de aroeira) e alecrim (tintura de alecrim).

Após o contato direto e indireto com a prática da realização do exame ginecológico, quando obtive informações de que nem todas as mulheres atendidas retornam para receber o resultado do exame em tempo hábil, e algumas sequer retornam, tive a idéia de ligar para as clientes faltosas para convocá-las ao CEDEFAM a fim de receber o resultado do exame. O processo acontecia da seguinte forma: eu procurava no prontuário o telefone das faltosas que foram diagnosticadas com algum tipo de DST, ligava dizendo meu nome e me identificando como enfermeira que estava realizando um trabalho no CEDEFAM; explicava que eu estava ligando para todas as clientes que fizeram exame ginecológico e que não foram receber o resultado; e informava que o resultado havia chegado e que ela poderia receber na próxima terça-feira pela manhã (dia da entrega de resultados de exames). Então, na terça-feira, eu comparecia para acompanhar a revelação do diagnóstico, que era feito por uma enfermeira funcionária do CEDEFAM, e convidava as clientes diagnosticadas com DST e em união estável para participar da pesquisa.

Muitas das mulheres das quais realizei o exame de prevenção retornaram ainda no período de minha coleta de dados. Uma destas foi diagnosticada com uma DST. As DST prevalentes foram HPV e tricomoníase. Acompanhei, também, muitos resultados de exames.

As reações mediante o diagnóstico de DST foram variadas. Algumas clientes continham seus sentimentos, demonstrando-se indiferentes ao ouvir da enfermeira o esclarecimento sobre o diagnóstico. Grande parte, entretanto, escutou atentamente as orientações da colega e, posteriormente, demonstrou preocupação com relação à doença e com a forma como foram contaminadas. Nesta fase, ao interagir com as clientes, encontrei subsídios para a seleção das informantes-chave, iniciando o diálogo efetivo com as mulheres diagnosticadas com DST em união estável. Durante o momento do diagnóstico, observei algumas falas relacionadas ao problema deste estudo, tais como: “... e como é que eu peguei isso se eu só tive ele?”, “repete aí como é que eu vou ter que fazer agora? Fiquei zonzinha com essa notícia!”, “Eu devo é ter pegado dele porque ele vive raparigando...”, “Certo, mas eu vou ter que ficar esperando esses seis meses sem tomar nada? E isso não vai aumentar?” (cliente referindo-se ao primeiro diagnóstico de HPV, quando a conduta é repetir o exame após seis meses), “Eu não gosto desse homem. Eu já tô cheia de doença e ele ainda vem arranjar mais esse problema pra mim! Tenho relações com ele porque ele quer, porque por mim eu não tinha mais nada com ele... (choro)”, “Eu sei, eu conheço essas doenças... Mas eu acho que peguei foi em vaso sanitário mesmo, porque eu viajo muito e ando muito em lugar desconhecido. [...] Só tive ele; e ele é um marido maravilhoso. [...] Deus vai me curar assim como ele me mostrou que eu estava grávida de uma menina!” (cliente grávida, portadora do HPV, explicando, sorrindo, a crença sobre sua forma de contaminação), “Não quero mais nem saber de ter nada com ele, minha filha. Nem com camisinha nem sem camisinha.”

É importante ressaltar que, durante o diagnóstico, as colegas enfermeiras revelavam gradativamente o resultado do exame, explicando, respectivamente, a ocorrência de inflamação (leve, moderada, acentuada ou ausente), de infecção por vírus, bactéria ou microorganismo outro e, por último, a presença ou não de alguma neoplasia intracervical (NIC). Após, as enfermeiras explicavam as possíveis formas de contaminação, no caso de DST, deixando claro que, embora o companheiro não apresente sintomas, ele pode também estar contaminado e que possivelmente precisará ser examinado e/ou tratado. Informam ainda que a contaminação pode ter ocorrido dele para ela ou vice-versa, e que ele ou ela pode ter sido infectado há anos, haja vista o longo período de latência de alguns microorganismos. As clientes são orientadas sobre o tratamento (quando necessário), o retorno para repetir o exame, o exame do parceiro, o uso de preservativo em todas as relações e a higiene íntima.

Durante esta fase do estudo, além de dialogar com muitas clientes diagnosticadas com DST durante a realização do exame e a entrega do resultado, procurei também entrar em contato, por telefone, com mulheres já diagnosticadas por DST, registradas no livro de

registro de prontuários de ginecologia do local de estudo. Durante os diálogos e a investigação dos prontuários, verifiquei se essas mulheres atendiam aos seguintes critérios de inclusão, que julgamos imprescindíveis para atingir aos objetivos deste estudo:

- ✓ estar sendo assistida no local e período do estudo;
- ✓ ser portadora de uma DST transmitida essencialmente ou freqüentemente pela relação sexual;
- ✓ estar estabelecendo uma relação estável (casada ou em união consensual);
- ✓ morar em um local de fácil acesso e que não apresente riscos à vida da pesquisadora;
- e
- ✓ aceitar voluntariamente participar do estudo.

Observei que, durante esta fase do estudo, 54 clientes receberam o resultado do exame citopatológico. Entre estas clientes e as diagnosticadas com DST já na ocasião do exame, identifiquei 12 que atendiam aos dois primeiros critérios de inclusão. Conversei pessoalmente com algumas na ocasião da entrega do resultado de exames e estabeleci contato com outras (identificadas pelo prontuário de ginecologia) por telefone, a fim de convidá-las para participar do estudo e agendar a primeira visita domiciliar. Observei, entretanto, que apenas 10 estabeleciam união estável. Destas, uma morava em um bairro distante e procurou atendimento no CEDEFAM por indicação de amigos e/parentes que residiam no bairro Planalto do Pici. Para ser atendida, forneceu o endereço de conhecidos para preenchimento do prontuário no CEDEFAM. Assim, das 10 mulheres pré-selecionadas, 9 residiam na comunidade assistida pelo CEDEFAM. Procurei entrar em contato com elas, porém, uma havia mudado de cidade e outra os vizinhos não a conheciam. Consegui conversar com 7 clientes, ocasião na qual me identifiquei como enfermeira que estava realizando uma pesquisa sobre DST e as convidei para participar do estudo. As clientes aceitaram participar da pesquisa e se mostraram extremamente receptivas e disponíveis para continuar o estudo, além de revelarem-se, no decorrer da investigação, bastante interessadas em contribuir para a melhoria das condições da assistência de outras mulheres com DST. Portanto, a pesquisa foi realizada com suporte no depoimento de 7 informantes-chave, entre as quais prevaleceram aquelas diagnosticadas com HPV(5) em detrimento das diagnosticadas com *Trichomonas vaginalis* (2). Em relação às mulheres selecionadas, Leininger (1991) assegura que, em estudos fundamentados na Enfermagem Transcultural, o importante não é o número de informantes, mas sim o significado dos depoimentos em relação aos objetivos do estudo. Iniciando aproximação com as mulheres selecionadas, pude observar que seus relatos e

histórias de vida poderiam ser bastante significativos para esta pesquisa. Diante disso, obtive suporte para iniciar a terceira fase do estudo.

Participação primária com observação contínua: ocorreu maior aproximação entre mim e as 7 informantes. Esta fase, que durou aproximadamente três meses, foi iniciada por meio de uma abordagem dialógica com as informantes, quando iniciei o estabelecimento de um relacionamento efetivo. Mantivemos uma interação empática, escutando os informantes e considerando suas características pessoais, como a linguagem, as crenças e as necessidades. Investiguei o contexto sociocultural dos participantes, assim como a dinâmica do casal mediante o convívio com a DST. Desta forma, observei o relacionamento, as condutas tomadas antes e após o diagnóstico, entre outros aspectos referentes ao momento vivenciado pelo casal.

O prolongado contato com o Serviço de Ginecologia do CEDEFAM possibilitou grande aproximação entre mim e as clientes que vieram a ser informantes do estudo. Ao me reconhecerem como membro do serviço, mesmo sabendo que eu não era funcionária de fato, essas mulheres abriram para mim as portas de seus mundos particulares, repletos de segredos culturais. O contato com o contexto particular das informantes aconteceu por meio dos encontros no CEDEFAM, das conversas por telefone e das visitas domiciliares.

É válido salientar que não foi difícil me inserir na realidade vivenciada pelas informantes e iniciar a terceira fase deste estudo, uma vez que, além do laço de confiança que as clientes possuem com os profissionais advindos do CEDEFAM, muitas delas pareciam me ver como um apoio no esclarecimento de dúvidas sobre suas doenças e como elo entre elas e o Serviço de Ginecologia deste centro de saúde.

Como já havia acontecido o contato entre mim e a maioria das informantes-chave ainda no serviço, ao entrar em contato por telefone com elas, notei que continuavam a falar sobre sua doença, revelando sintomas, medos, dificuldades no tratamento (tais como aquisição e uso de medicamentos), conflitos com o companheiro e interferência do diagnóstico de DST nas atividades de vida. Elas se mostraram bastante disponíveis para as visitas domiciliares, exceto quando tinham de realizar exames de rotina durante o tratamento. Entre as visitas, quando não era possível me encontrar com alguma informante, eu ligava de duas a três vezes por semana para saber notícias da cliente e de seu tratamento ou condutas em relação à doença. Nesta ocasião, elas conversavam muito, inclusive sobre outros assuntos, como tiroteios no bairro, problemas na família e dificuldades conjugais. Finalizavam a ligação agradecendo muito a minha ajuda.

As visitas aconteceram de forma espontânea. Procurei me vestir discretamente durante estas atividades e obter acesso à casa das informantes a pé, para evitar a especulação de vizinhos e manter em sigilo o motivo pelo qual eu visitava a usuária do CEDEFAM. Em todas as ocasiões, fui muito bem recebida. As participantes se mostraram tão descontraídas que me convidavam para tomar café, me mostravam detalhes da casa, me convidavam para conversar em cômodos mais privados (como quarto e cozinha), me mostravam fotos de pessoas queridas, me contavam histórias inusitadas que vivenciaram, me revelavam sonhos e planos, pediam opiniões sobre a profissão de Enfermagem etc. Iniciava as visitas conversando sobre a DST em si, mas, no final, assuntos diversos compunham nossos diálogos. Durante as visitas realizadas, foi possível conhecer não só o ambiente cultural das informantes, como também fatores, como a história da doença atual, as doenças anteriores, a história de vida, o relacionamento com o companheiro, o histórico da vida sexual, o relacionamento com outros membros da família, as condutas de cuidado e as perspectivas em relação ao prognóstico da DST.

Ao perceber minha passagem da posição de estranha para amiga confiável, de acordo com as orientações de Leininger (1991), realizei a entrevista, pois, condizente com a teórica, percebi que este seria o momento em que poderia obter depoimentos verdadeiros, confiáveis, uma vez que as informantes-chave não se vigiavam tanto em relação à pesquisa, mostravam sinais de confiança e aceitação quanto à nova amiga (pesquisadora), procuravam ajudar na investigação, revelavam segredos e experiências particulares, desfrutavam da amizade, e buscavam explicar com detalhes os dados procurados para o estudo.

A entrevista foi composta por três perguntas abertas (Apêndice A), sendo dado sempre espaço para a complementação das respostas, quando necessário. Durante a entrevista, as perguntas funcionavam como início de um longo diálogo, intercalado muitas vezes por outros fatos que fizeram parte da realidade vivenciada pelas informantes. Esses momentos de interação foram bastante ricos, pois senti claramente a presença da influência de fatores culturais na realidade de mulheres contaminadas e em união estável. O significado da contaminação do casal também se revelou bastante complexo durante o diálogo com as informantes. Com os dados à mão, começamos a quarta fase.

Reflexão primária e reconfirmação dos achados com os informantes: nesta fase, que durou aproximadamente um mês, procurei validar, com os próprios sujeitos do estudo, os resultados da coleta de dados. Consistiu em uma das fases mais importantes do processo.

Nesta etapa, foram confrontadas as informações colhidas nos diferentes momentos, a fim de identificar inverdades e contradições nas falas.

Assim, diante das falas das participantes, verifiquei algumas contradições. Entre estas se destacaram os casos que se seguem: o primeiro, quando uma das informantes afirmou, inicialmente, que não teve relações com o marido sem camisinha e, posteriormente, relatou estar mantendo relação sexual com o mesmo; o segundo, quando outra informante disse ter parceiro fixo, porém, depois relatou ter tido relação sexual com outro homem além de seu companheiro; e o terceiro quando, na ocasião do diagnóstico de DST, uma das participantes apresentou-se calma, mas durante as visitas domiciliares expressou angústia e relatou haver chorado por conta do diagnóstico. Diante de ocorrências como essa, procurei investigar as contradições.

Na ocasião da reconfirmação dos achados, verifiquei que as participantes relatavam uma única realidade, mas, muitas vezes, os discursos e comportamentos em determinadas situações apresentavam lacunas que permitiam mais de uma interpretação. Nas situações retrocitadas, por exemplo, constatei, respectivamente, que no primeiro caso, a participante realmente não manteve relação sexual com o marido durante o tratamento para HPV, apenas após haver recebido alta da médica; no segundo caso, a participante considerava que ter parceiro fixo é ter relação sexual constantemente com uma pessoa, apesar de ter outro parceiro; e no terceiro caso, que a expressão serena da participante representava a contenção de sentimentos diante da enfermeira, que era uma pessoa “de fora”, estranha (não era parente, nem amiga).

Esta fase foi imprescindível para a obtenção de dados verdadeiros, uma vez que, se não houvesse a reconfirmação dos achados, alguns relatos poderiam ser interpretados de forma errônea. Os esclarecimentos feitos pelas participantes proporcionaram, além da validação dos indicadores, o enriquecimento das informações, pois na reconfirmação as informantes forneciam depoimentos que reforçavam a veracidade dos achados.

4.2 A análise das informações

O exame dos dados ocorreu concomitantemente à coleta. Para isso, obedecemos às quatro fases para análise qualitativa de indicativos, descritas por Leininger (1991), as quais permitiram uma análise das informações coletadas desde a entrada no campo de pesquisa até a reconfirmação dos dados com as informantes.

Assim, no primeiro momento, *coletei, descrevi e registrei* os dados de forma bruta, valorizando todas as informações adquiridas no percurso do estudo, oriundas das observações, do diário de campo e das falas das mulheres portadoras de DST.

Na segunda fase, os dados foram *identificados*. Neste momento, acrescentei minhas observações às informações coletadas com as informantes, no intuito de verificar semelhanças e diferenças entre os achados e caracterizar o significado dos dados dentro do contexto.

A *análise contextual e dos pares* aconteceu na terceira fase, quando selecionei dados significativos, idéias saturadas e pares recorrentes. Após reunir as informações de cada informante, agrupei os dados relevantes para os objetivos do estudo e, posteriormente, as informações semelhantes extraídas das participantes da pesquisa. Examinei as informações para avaliar a afinidade com os objetivos do estudo e a credibilidade dos dados.

Na quarta fase, as principais idéias encontradas nos depoimentos foram *sintetizadas e agrupadas*, procurando demonstrar de forma clara e objetiva os achados. Procurei realizar a síntese do pensamento e interpretação dos achados, apresentando-os em temas maiores. Esta fase consistiu, também, em um momento em que pude tecer recomendações condizentes com o problema analisado, correlacionando-o ao contexto cultural investigado.

4.3 Considerações éticas

A pesquisa com seres humanos envolve condutas éticas e científicas fundamentadas, entre outras coisas, no consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo, na proteção aos grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes, bem como na ponderação entre riscos e benefícios.

Na pesquisa etnográfica, que envolve seres humanos e sua cultura, é importante prezar pelos princípios da ética desde a entrada em campo até a apresentação dos resultados a outras pessoas. Leininger (2002) ensina que a dimensão ética e também moral das pessoas é definida de acordo com a cultura a que pertencem, de modo que pode haver diferenças de significados, valores e estilos de vida entre pesquisador e informantes. Dessa maneira, ao se inserir em uma cultura diferente, o pesquisador deve se isentar de valores e crenças preconcebidos, no intuito de evitar conflito cultural desfavorável à ética do estudo.

Assim, em todas as etapas do estudo, em conformidade com as às instruções presentes na Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, referente a estudos a serem realizados com seres humanos, e com as orientações de Leininger para a

ética em pesquisas sobre a cultura, o presente estudo teve o compromisso de tratar os participantes com dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade, tendo como princípios resguardar a integridade dos valores, dos modos de vida e do ambiente cultural das pessoas envolvidas na pesquisa, bem como primar pela privacidade, ressaltar a relação risco/benefício (de forma a procurar fornecer o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos), não discriminar os participantes e proteger grupos vulneráveis.

Durante o processo burocrático para a realização desta pesquisa solicitei, inicialmente, à unidade de saúde a autorização para o desenvolvimento do estudo. Após autorização, encaminhei o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e, logo tendo aprovação pelo protocolo COMEP nº 223/06, iniciei os procedimentos para a coleta de dados.

As pessoas que se interessaram em participar da pesquisa foram submetidas ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Procurei desenvolver o TCLE baseado em uma linguagem respeitosa e acessível, a fim de tornar claros a justificativa, os objetivos e os procedimentos necessários para a realização do estudo, os possíveis riscos e desconfortos e os benefícios esperados por meio da contribuição dos informantes.

Em relação à linguagem, busquei fornecer informações acessíveis ao plano intelectual e cultural das participantes. Evitei o uso de terminologias de compreensão difícil, incompatíveis com o nível de escolaridade fundamental, frases ou parágrafos muito longos, e primei pelo grau de facilidade de leitura do TCLE. No caso de pessoas analfabetas ou com dificuldades de leitura, tratei de ler o Termo na frente de uma testemunha imparcial alfabetizada, sem envolvimento direto com o projeto de pesquisa, esclarecendo dúvidas ou reforçando o significado das palavras.

Para obtenção do consentimento pelo TCLE, considerei, de acordo com as orientações de Clotet, Goldim e Franciscone (2000), os seguintes pontos relevantes:

Precondições

- ✓ Autonomia e capacidade para decisão – legalmente capazes de decidir; e
- ✓ decisão voluntária – exercício da escolha sem qualquer intervenção de elementos de força, fraude, mentira, coação, astúcia ou outra forma de restrição.

Elementos de informação

- ✓ Realização de um processo deliberativo e informativo, visando à aceitação de um tratamento específico ou experimentação;

- ✓ esclarecimento da natureza do estudo e dos procedimentos – explicação sobre a justificativa, os objetivos, os métodos e a duração da pesquisa;
- ✓ informação sobre possíveis riscos e desconfortos, e benefícios (individuais e coletivos) – efeitos sobre a saúde da participante e de outras pessoas que eventualmente possam ocorrer, devido à sua participação na pesquisa;
- ✓ direitos – direito de não participar; no caso de aceitação, de desistir em qualquer momento, sem qualquer prejuízo; e em todos os casos de ser defendida e protegida moralmente, e de serem resguardadas a confidencialidade e privacidade das informações coletadas, e a preservação do anonimato; e
- ✓ alternativas – considerações a respeito das alternativas de aceitação ou não-aceitação em participar do estudo.

Elementos de consentimento

- ✓ Decisão em favor de uma opção; e
- ✓ autorização para a realização – verbal e por escrito.

Após compreensão e consentimento propriamente dito e confirmado por escrito no TCLE, comecei a coleta de dados com as informantes. Durante esse processo, ouvi as participantes sem fazer pré-julgamentos e mantive em sigilo a correlação entre suas identidades e seus depoimentos. Após a coleta dos dados em campo de pesquisa, rerepresentei as informações colhidas para as próprias informantes no intuito de que elas reafirmassem seus depoimentos. Foi garantido o anonimato das suas participantes, as quais foram identificadas por pseudônimos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Usando da excelente relação que consegui estabelecer com cada uma das 7 informantes, pude mergulhar na vivência do momento do diagnóstico, do ambiente em que vivem, da história de vida, do relacionamento com o companheiro e da história da doença. Estabeleci para cada informante um pseudônimo baseado em uma deusa mitológica. Assim, as informantes receberam as seguintes denominações: Ariadne (mitologia grega), Aditi (mitologia Hindu), Deméter (mitologia grega), Brígida (mitologia islandesa), Atena (mitologia grega), Kalwadi (mitologia australiana), Pandora (mitologia grega) e Ártemis (mitologia grega).

A escolha dessas denominações não se deu por acaso. Além de a mitologia estar estritamente relacionada à cultura de vários povos, encontrei, ao investigar a subjetividade feminina entrelaçada com seus sentimentos, comportamentos e mitos, uma forte relação entre a leitura das deusas como arquétipos e o inconsciente da mulher. Percebi que muitas características mitológicas permanecem presentes nos modos de vida de várias pessoas, sobretudo na psicologia feminina. Cada divindade ilustra características das personalidades de cada uma das informantes deste estudo.

Ariadne

Ela daria a Teseu o fio condutor para ele sair ileso do labirinto, mas ele não aceitou o seu feminino. E a humanidade perdeu-se... Enquanto os homens virem o monstro fora deles, e não forem ao fim do labirinto, matar-se-ão uns aos outros... O mundo dará apenas voltas em círculo até à agonia final...
(GLOSSÁRIO DA DEUSA, 2007).

Ariadne é alguém que se pode chamar de menina-mulher. Apesar da pouca idade, 26 anos, carrega consigo uma visão de futuro e enorme senso de responsabilidade. Semelhante à deusa mitológica, Ariadne sabe que a vida é cheia de labirintos, mas procura sempre o fio condutor para solucionar seus problemas e seguir em busca de seus objetivos. Tem o sonho de ser enfermeira. Admira muito uma de suas vizinhas que, mesmo estudando em escola pública, conseguiu ser aprovada no vestibular para cursar Letras, na Universidade Federal do

Ceará. Diz, entretanto, não “pensar muito alto”, pois acredita que será muito difícil recuperar o tempo perdido e voltar a estudar o suficiente para ser aprovada em uma faculdade pública, além de ter condições financeiras para custear uma escola superior particular. Sendo assim, tem esperanças de conseguir um emprego digno que lhe permita cursar e pagar um curso de técnico em Enfermagem.

A informante possui o ensino médio completo. Há três meses trabalhava como atendente em uma lanchonete, sem carteira assinada. Segundo ela, além da decepção em virtude das inúmeras promessas sem êxito de que sua carteira seria assinada, os exames dispendiosos (colposcopia), suas conseqüências e a possibilidade de passar dias realizando tratamento para sua DST acabaram por fazê-la desistir da ocupação que exercia.

A vida de Ariadne mudou antes mesmo da realização do exame ginecológico no Setor de Ginecologia do Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM). Segundo a informante, em exame realizado em outra unidade de saúde, em 2006, foi diagnosticado HPV. Ela diz, porém, que depois de encaminhada nesta unidade para realizar a colposcopia, conversou com uma amiga que realizara o exame e “descobriu” que o procedimento é doloroso. Diante disso, ficou receosa e não fez a colposcopia. Decidiu repetir o exame de prevenção do câncer ginecológico meses depois, no CEDEFAM. Nesta unidade, foi diagnosticado novamente HPV. Presenciei o momento da notícia e observei que Ariadne se manteve atenta e serena durante todo o processo. Disse que não recebeu o exame realizado em 2006, em outra unidade, onde o resultado ficou arquivado. Isso, em tese, dificultaria o encaminhamento dela para a realização da colposcopia, uma vez que, para a execução deste procedimento, são necessários dois resultados positivos para HPV durante o intervalo de no mínimo seis meses. Ariadne demonstrou preocupação em esperar tanto tempo, indagando várias vezes se poderia tomar algum remédio. Temia que a doença se agravasse. Em outra ocasião, alguns dias depois, retornou ao CEDEFAM, explicou sua angústia, conseguiu um encaminhamento para uma unidade de referência e agendou a colposcopia. Aceitou prontamente participar deste estudo, oferecendo disponibilidade inclusive a qualquer dia e qualquer horário da semana.

Ariadne reside em uma casa localizada em uma área de risco, próxima a um canal onde são perceptíveis dejetos, água poluída e mau cheiro. A rua não é asfaltada, sendo, por isso, freqüente o acúmulo de lama durante o período chuvoso. O trânsito de veículos é quase inexistente, principalmente por conta da dificuldade de acesso. Muitas crianças e pessoas adultas transitam pela rua, inclusive nas margens do canal. Ao procurar pela casa de Ariadne, na primeira visita, deparei-me com o auxílio de pessoas bastante prestativas e atenciosas.

Estas me alertaram para que eu não descesse depois do canal porque lá, segundo eles, é muito perigoso. Continuei as visitas depois que percebi que especificamente na rua de Ariadne não há perigo aparente.

Ariadne realiza diariamente atividades domésticas e escuta uma emissora de rádio evangélica, correspondente à sua religião. O marido trabalha como vendedor na praia. O relacionamento entre eles foi iniciado há dez anos, por meio de namoro. Os dois se casaram e constituíram a família. Segundo Ariadne, ele foi o primeiro e único homem com quem manteve relações sexuais. Afirma ainda que nunca aconteceu traição ou desconfiança em relação à fidelidade de ambos até o diagnóstico de DST.

Ariadne me confidenciou que há alguns anos seu marido apresentou prurido intenso na região genital. Após tratamento para micose, entretanto, o sintoma desapareceu. Atualmente, revelou que ele apresenta “ínguas”, mas que é quase impossível que realize exame porque, segundo ela, ele é muito ignorante e tem vergonha de ser examinado. A enfermeira que atendeu Ariadne no CEDEFAM ofereceu encaminhamento para seu marido; porém, até o final deste estudo, ele não compareceu. Ariadne, no entanto, desde o diagnóstico, demonstrou grande preocupação com sua doença; percebi isso por meio de sua assiduidade na realização dos exames, da busca de informações sobre sua doença e da prática de condutas oriundas dos sistemas de saúde populares e profissionais.

Após o exame de prevenção do câncer ginecológico, Ariadne realizou ultrassonografia transvaginal e colposcopia em uma unidade de referência do CEDEFAM. Os primeiros exames revelaram ovários com padrões micropolicísticos. A informante me disse que antes da realização da colposcopia estava bastante angustiada por conta das informações negativas obtidas com sua vizinha, conforme mencionado anteriormente. Ariadne relatou que, na ocasião da colposcopia, por conta da dor e do nervosismo, ainda em posição ginecológica, suou tanto que seu pé acabou escorregando do apoio da cama. O incidente causou, além de grande desconforto, um trauma para a informante, que afirma que “nunca irá esquecer aquela agonia”. Após o exame, a informante apresentou sangramento transvaginal (STV) que se alternou entre períodos de ausência até STV intenso, acompanhado de cólica durante 10 dias, a contar do dia da realização da colposcopia. Nesse período, incentivei a procurar atendimento especializado, caso o STV intenso persistisse. Quando voltei a visitá-la, o STV havia cessado.

O resultado da colposcopia e da coleta citopatológica foi negativo para HPV, sendo identificada apenas uma inflamação moderada. A médica prescreveu, além de outros medicamentos, creme de aroeira (2 tubos). Ariadne afirmou que, se não encontrasse o creme

de aroeira nos postos próximos de sua casa “daria um jeito de comprar”, pois acredita que ele é eficiente, uma vez que a informante já vinha utilizando a “água da aroeira”, um preparo feito com a fervura da casca do caule da aroeira. A utilização da planta era feita pelas vias oral e vaginal.

Ariadne me confidenciou que, após ter recebido alta da médica (exame negativo para HPV), voltará a manter relações sexuais com seu marido, as quais não aconteciam desde o diagnóstico de HPV. Disse que por todo esse tempo não quis manter nenhum tipo de relação sexual com o marido, nem com camisinha nem sem camisinha, porque, segundo ela, além de “não ter cabeça pra pensar nisso”, tinha medo de ser contaminada por alguma doença, já que a médica que realizou sua colposcopia a informou de que, até mesmo com camisinha, é possível contrair o HPV. Agora, com o resultado negativo e com a ausência de sintomas no marido (as “ínguas” desapareceram), após realizar o tratamento prescrito pela médica, a informante espera que seu relacionamento volte ao normal. Ainda expressa, todavia, a crença de que seu marido pode ter estabelecido relacionamento extraconjugal, pois eles estão juntos há mais de 10 anos e ela não acredita que um vírus fique “guardado” tanto tempo assim.

Após a realização da entrevista, encerramos o acompanhamento por meio de um diálogo sincero sobre as DST. Expliquei, por meio de uma linguagem simples e concisa, os tipos, formas de contaminação, períodos de latência e possíveis prejuízos ocasionados pelas DST. A cliente escutava atentamente e interagiu sempre que necessitava de esclarecimento. Afirmou que vai passar a usar camisinha em todas as relações, pois não pretende passar por todo esse processo novamente. Ao final, quando eu já estava na porta para ir embora, ela sorriu e disse “Muito obrigada, você me ajudou muito psicologicamente!”. Ao ouvir isso, percebi que o alívio que pude proporcionar à trajetória sofrida de Ariadne me compensou qualquer exposição ao bairro perigoso em que ela vive.

Adit

Significa, literalmente, "livre de laços". Não há dúvida de que a expressão se refere ao céu infinito, que é o domicílio de seus "filhos": o sol, a lua, a noite e o dia. Adit é o céu, o ar, todos os deuses, as cinco nações, é o passado e o futuro (GLOSSÁRIO DA DEUSA, 2007).

Adit é a participante que possui menos informações sobre DST deste estudo. É bastante espontânea, simpática e hospitaleira. Oriunda da cidade de Jaguaratama, Adit, após separar-se de seu marido, veio a Fortaleza com vinte anos de idade, a convite de uma advogada, para a qual trabalhou como empregada doméstica durante 10 anos. Na cidade natal, deixou um casal de filhos que hoje possuem 27 (ele) e 22(ela) anos de idade. Como ela mesma se denomina “livre de laços”, ela encontrou em Fortaleza seu “céu infinito” e adaptou-se rapidamente ao cotidiano da Capital. Trabalhou em outros lugares, sempre com o mesmo ofício.

Acompanhei as últimas palavras do anúncio do diagnóstico desta participante e observei que ela parecia indiferente diante da notícia de que era portadora de *Trichomonas vaginalis*. Não fez perguntas, não expressou surpresa nem tristeza nem expectativa, sequer curiosidade. Considerei este comportamento bastante diferente das demais, que, por vezes, choravam ou faziam perguntas ou demonstravam um olhar de indignação ou angústia. Adit parecia estar ouvindo uma frase em um idioma desconhecido. Em um momento posterior, descobri o porquê de sua reação (ou a falta dela). Passado o momento do diagnóstico, expliquei sobre a pesquisa e a convidei para ser uma das informantes-chave. Ela aceitou e me forneceu o telefone da residência onde estava trabalhando na época, para que pudéssemos agendar a primeira visita.

Mesmo com pouco tempo livre, dispôs-se a me receber durante suas folgas, no domingo. Com 45 anos de idade, considera-se semi-analfabeta, pois, apesar de ter cursado até a primeira série do ensino fundamental, não consegue ler. Trabalhou muitos anos como empregada doméstica.

Adit mora um pouco distante do CEDEFAM, mas ainda dentro dos limites do bairro Planalto do Pici. Sua rua possui tanto casas simples como mais sofisticadas. Poucas pessoas transitam por ali em virtude de ser uma rua com bastante movimento de veículos. A morada de Adit é extremamente limpa, resultado do zelo e dedicação que Adit afirma ter com relação à limpeza doméstica. Moram na casa apenas ela e o companheiro, com quem mantém uma união consensual há seis anos.

Ao chegar a Fortaleza, fixou residência no bairro Planalto do Pici, onde conheceu seu atual companheiro, que trabalha como servidor público. Ele é uma pessoa calma e bastante introspectiva. Durante as visitas, porém, às vezes intervinha para esclarecer dúvidas sobre saúde, principalmente referentes aos exames que realizara após ter descoberto que é hipertenso. A informante me contou que não demorou muito para que viessem morar juntos, os dois compraram a casa onde vivem até hoje. Adit não quis ter filhos durante seu segundo

relacionamento, pois acredita que “criança dá muita dor de cabeça” e sempre fez de tudo para evitar gravidez. Segundo a própria informante, ela toma anticoncepcional injetável mensal para não correr o risco de esquecer, como pode acontecer com usuárias de anticoncepcional oral. Adit ressalta que não usa camisinha porque nem ela nem o companheiro se acostumaram.

Adit possui bons hábitos de higiene, mas é um pouco negligente em relação à periodicidade do exame ginecológico. Refere que veio saber da existência de tal procedimento no CEDEFAM somente em 2006. Antes, era usuária de outro serviço de saúde, no qual era bastante difícil agendar o referido exame. Por essa razão, explicou que ficou durante dois anos sem realizar o exame de prevenção. Resolveu procurar o CEDEFAM por indicação de uma amiga e por conta de dores que sentia na região do baixo ventre, acompanhadas de corrimento moderado. Após diagnosticado *Trichomonas vaginalis*, a paciente e seu companheiro foram submetidos ao tratamento medicamentoso. Adit informou que seu companheiro não apresentou dificuldades em aceitar a medicação. A informante ressaltou em diversas ocasiões sua satisfação com o atendimento no CEDEFAM e confessou que por isso vai passar a realizar o exame ginecológico periodicamente.

Interessante é que em nenhuma ocasião observei em Adit ou em seu companheiro algum indício de conflito conjugal em virtude da DST. Considero que a falta de informação contribua para que eles não desenvolvam a idéia de que algum deles possa ter estabelecido relação extraconjugal. Expliquei a ela as formas de contaminação, os prejuízos e outras características das DST. Percebi que, apesar de a enfermeira do CEDEFAM haver explicado de forma clara e dialógica o diagnóstico de Adit, esta não assimilou que era portadora de uma DST. Notamos que esta informante se apóia na crença de que sua doença é ocasionada por um germe “natural da mulher”, e não sexualmente transmissível. Acredito que ela, como outras mulheres, mesmo devidamente esclarecidas sobre a contaminação por DST, necessitam de um diálogo culturalmente direcionado sobre essas doenças a fim de desvendar correlações sem fundamentação científica.

A receptividade de Adit, mesmo aos domingos, dias em que muitos preferem se recolher com sua família, me deixou muito feliz, pois notei que o casal me acolheu com grande satisfação. Apesar de não falar muito sobre sua doença, visto que já não se encontrava em tratamento nem apresentava sintomas, Adit conversava abertamente sobre vários assuntos.

Deméter

Representava o solo fértil e cultivado. Sua maior importância entre os gregos deveu-se à sua figura de mãe, embora seu caráter original, de mãe terra, tenha sido preservado em certas regiões da Grécia (GLOSSÁRIO DA DEUSA, 2007).

Maturidade e espontaneidade são características marcantes de Deméter. Esta informante de 37 anos e pouca escolaridade (cursou até a 4ª. Série do ensino fundamental) possui o aguçado instinto maternal semelhante ao da deusa grega. Batalha muito para educar os três filhos e dar assistência à mãe e ao marido, que trabalha durante a noite como vigilante. Deméter é diarista, mas também comercializa cosméticos. O cotidiano agitado dela fez com que demorasse a comparecer ao CEDEFAM para receber o resultado de seu exame citopatológico. Liguei várias vezes para incentivá-la a recebê-lo.

Deméter compareceu ao CEDEFAM para a entrega do resultado no final do expediente, após as 11h. Neste momento eu já havia me retirado da unidade de saúde. A colega enfermeira que atendeu Deméter me ligou para falar sobre a cliente, que, no momento do diagnóstico, chorou muito. Como eu já estava dentro do ônibus, pedi que a colega conversasse sobre a existência de minha pesquisa. Dois dias depois, sabendo da disponibilidade de Deméter em me receber, liguei para fornecer esclarecimentos e para agendar a primeira visita. Realizei muitas visitas sem êxito, pois Deméter constantemente saía para visitar a mãe que estava doente e necessitava de seus cuidados. Na quarta visita consegui, enfim, manter contato com a informante.

A residência de Deméter fica próxima ao CEDEFAM. A rua é bastante movimentada, com grande trânsito de veículos e pessoas. Deméter relatou que a rua é cenário de vários acidentes e “sem-vergonhices” (atitudes obscenas). Quando encontra serviço, Deméter passa o dia trabalhando fora de casa e seus filhos ficam sozinhos. Certo dia comentou que um homem muito perigoso, com um “instinto mau” (pois “matou uma vaca com um tiro, sem motivos, só por maldade”), bêbado, perguntou se a filha de Deméter estava sozinha e pediu para que ela abrisse a porta para que ele entrasse para ir ao banheiro. A criança, inocente, abriu a porta. Felizmente, Deméter, que estava ainda em casa, no quintal, ao ver o tal homem, impediu que ele entrasse. A informante conta, também, que outro homem parou em uma moto próximo à sua casa e mostrou os órgãos genitais a outra filha de Deméter, que correu para casa e contou o ocorrido à mãe. Esses eventos causam grande preocupação em Deméter

e em seu companheiro, que não deixam os filhos saírem para longe de casa e os orientam para não abrir a porta para qualquer outra pessoa que não seja da família.

Deméter estabelece com seu companheiro uma união consensual há 15 anos. Antes, ele fora casado com outra mulher e Deméter teve outros parceiros. Deméter e seu companheiro mantêm um relacionamento estável e são bastante cúmplices um do outro. Após o diagnóstico de HPV, não enfrentaram nenhum tipo de atrito, não se culpam pela contaminação porque ambos tiveram outros parceiros no passado. Tanto Deméter como seu companheiro conversaram muito comigo durante as visitas, inclusive sobre assuntos alheios à DST. Ele, entretanto, possui consciência da gravidade dessa doença, por isso expressou diversas vezes a intenção de realizar um exame para saber se está contaminado. Diante disso, incentivei-o a procurar o serviço que está atendendo sua companheira. Ele afirmou que tentará agendar uma consulta.

A história da doença de Deméter é muito complexa. Há quatro anos realizou um exame ginecológico em outra unidade de saúde, onde foram diagnosticados *Trichomonas vaginalis* e inflamatório acentuado. O médico da tal unidade prescreveu quatro comprimidos de secnidazol e metronidazol gel vaginal. Deméter disse que o médico não a orientou efetivamente sobre o tratamento, por isso usou a pomada, mas negligenciou os comprimidos. Agora, depois de quatro anos, realizou novo exame no CEDEFAM, onde foi diagnosticado: HPV + NICIII + inflamatório acentuado. Deméter relatou que, ao ouvir da enfermeira que seu problema era sério, ficou tão nervosa que chegou a chorar; entretanto, ela ressalta que a profissional a acalmou muito, dizendo que ela tivesse “calma, esperança e fé em Deus”. Ao ser interrogada sobre o local para o qual desejaria ser encaminhada, Deméter pediu para que fosse para o melhor. Após o diagnóstico, Deméter ficou em depressão durante um mês. A informante disse que ficou tão desorientada durante esse período que perdeu o resultado do exame realizado no CEDEFAM. Na unidade para onde foi encaminhada, realizou uma cirurgia de alta frequência (CAF).

Durante a realização da CAF, Deméter sentiu fortes contrações uterinas e taquicardia; entretanto, relata que ficou constrangida em interromper a médica para contar o que estava acontecendo. O pós-operatório foi caracterizado pela utilização das seguintes plantas medicinais: corama, boldo e mastruz com leite. Relata que ao tomar esta mistura sentiu fortes cólicas abdominais, semelhantes às contrações pré-parto. Procurou a unidade de saúde onde realizara a CAF. Lá a médica explicou que as dores não decorriam do mastruz com leite, mas sim eram características da própria intervenção cirúrgica. A médica receitou alguns analgésicos, agendou retorno para revisão cirúrgica e liberou a continuação do uso de

preparos caseiros. Na data do retorno Deméter recebeu o resultado da biopsia, que revelou, em suma: lesões de caráter neoplásico ou pré-neoplásico NIC III (displasia acentuada/carcinoma *in situ*); margens comprometidas. Diante disto, Deméter seguiu a conduta orientada pela médica: dois tubos de metronidazol gel, via vaginal, e retornar em outubro para realizar novo exame. A informante, porém, manteve relações sexuais concomitantemente ao uso da pomada no início do tratamento pois, segundo ela, a médica não teceu orientações em relação a isso. Ao descobrir o ocorrido, durante uma de nossas conversas informais, expliquei a maneira adequada de utilizar pomadas vaginais.

A informante é motivada e influenciada por muitos fatores culturais. Atribui sua doença ao fato de não ter tratado efetivamente a DST diagnosticada há quatro anos. Quando interrogada sobre o motivo que a impulsionou a utilizar remédios caseiros durante o tratamento da última DST, Deméter explica que acredita que “a pomada só não basta porque ela sara só por fora, por isso é preciso tomar os remédios caseiros para sarar por dentro”. Por conta de uma questão cultural, quando se referia à palavra câncer, durante as visitas, substituía o verbete pela expressão “aquela doença”. Após o primeiro mês depois do diagnóstico, todavia, a informante está conduzindo sua vida normalmente. Às vezes se lembra da doença e da possibilidade de o diagnóstico se repetir no próximo exame (em outubro), mas exprime que isso não está prejudicando suas atividades diárias.

Deméter nos confessou que não possuía muito conhecimento sobre DST, muito menos sobre HPV. Seu diagnóstico, contudo, a incentivou a buscar informações sobre esta “doença estranha”. Começou a ler todos os cartazes que falavam sobre DST e pediu que sua sobrinha pesquisasse na internet, em uma *lan house*, o máximo de informações sobre HPV. Em todas as visitas, Deméter me perguntava muito sobre a doença, forma de contaminação, conseqüências, cura, tratamento e, inclusive, a relação do HPV com a AIDS. Esta indagação foi oriunda, segundo ela, de um artigo da internet que fala desta relação. Expliquei a Deméter que esta relação vem do fato de algumas DST servirem de porta de entrada para outras, mas ressaltei que HPV e HIV são vírus diferentes.

Durante as últimas visitas, a informante já se encontrava bastante à vontade com minha presença. Adotou uma atitude bem menos interrogativa, mostrou-se mais familiarizada com a pesquisa, explicou-me suas crenças e confessou sentimentos e expectativas. Agradeceu-me muito pelo fato de eu haver oferecido meu telefone e disse que “é bom ter alguém com quem possa contar quando precisar”. Deméter me perguntou quando eu voltaria novamente e me disse que, quando realizar seu exame de retorno, me “dará notícias”. Torço para que estas sejam as melhores.

Atena

Uma mulher regida pela deusa Atena é uma guerreira incansável, sempre em busca de causas nobres para defender e de injustiças sociais para combater. Enquanto Mãe cultural, Atena satisfazia a necessidade de coesão social dos primeiros povos da “polis” (Estado) e dava-lhes consciência de seus deveres morais como Mãe do Estado (GLOSSÁRIO DA DEUSA, 2007).

Atena é uma mulher que deixa transparecer no olhar misterioso toda uma educação tradicional, caracterizada pela repressão e insuficiência de diálogo sobre sexualidade. Assim como a deusa, esta informante possui seus instintos muito direcionados para a mente, restando à sexualidade pouco conhecimento ou desembaraço. Com 38 anos de idade, Atena provavelmente não receberia de qualquer pessoa mais do que 25 anos, tanto por sua aparência física como pela ingenuidade e desconhecimento em relação a muitos assuntos. Mostrou-se bastante séria e introspectiva nos primeiros contatos, mas depois de ser abordada com delicadeza e sinceridade foi capaz de estabelecer comigo uma relação de confiança e relatou fatos reveladores de sua vida.

Realizei o exame ginecológico de Atena; entretanto, não pude acompanhar o resultado de seu exame. Ao descobrir que seu diagnóstico revelou uma DST, liguei e a convidei para participar da pesquisa. Ela aceitou e demonstrou grande interesse, oferecendo-se disponível para me receber a qualquer hora do dia. Acredito que a participação em outras pesquisas e a relação que Atena tem com algumas funcionárias do CEDEFAM facilitaram sua adesão ao estudo.

Atena mora muito próximo ao CEDEFAM. Segundo a informante, “toda confusão que tem nas redondezas acaba em sua rua”. Durante a realização deste estudo, Atena me relatou alguns episódios de troca de tiros entre gangues, inclusive com feridos por bala perdida. As casas da rua são simples. Algumas pessoas transitam e poucas crianças brincam nas calçadas. Minha presença parecia ser tratada com indiferença pela maioria dos vizinhos.

A residência de Atena fica vizinha a um bar. A casa é pouco ventilada, mas bastante limpa. Atena mora com duas irmãs, uma sobrinha (que trata como irmã), um menino e uma

menina (adotados) e o pai. A mãe morreu há alguns anos. O companheiro passa alguns momentos na casa, mas não possui residência fixa porque trabalha viajando.

Atena está atualmente desempregada, mas isto não a impede de auxiliar as famílias do bairro, colocando em prática o conhecimento adquirido em sua formação colegial e em vários cursos sobre saúde comunitária, realizados no CEDEFAM há alguns anos. A informante e suas irmãs foram educadas segundo o modelo tradicional: saem poucas vezes de casa, possuem poucos amigos e estabelecem relacionamentos amorosos estáveis e duradouros. Perderam a virgindade após 30 anos de idade, em virtude do casamento. No caso de Atena, os acontecimentos foram semelhantes, mas alguns eventos relatados pela informante marcaram não só sua história de vida, mas, principalmente, sua visão sobre a sexualidade.

Quando criança, voltando de uma aula de natação, Atena foi perseguida por um homem que tentou estuprá-la. Atena relatou que lembra claramente quando ele a puxou pelos cabelos. Felizmente ela conseguiu fugir, mas até hoje carrega consigo uma cicatriz de ferimento por arma branca no membro inferior direito. Por conta do evento, desenvolveu trauma psicológico que a impede de deixar os cabelos crescerem abaixo dos ombros.

Aos quinze anos, a informante vivenciou outro evento traumático. Sentindo fortes dores nos seios (início de displasia), Atena foi levada por sua mãe ao ginecologista de outra unidade de saúde. A mãe teve que se ausentar do consultório médico por alguns instantes para providenciar uma documentação. Nesse momento, Atena relata que o médico tentou violentá-la, felizmente sem êxito. O fato foi do conhecimento de algumas pessoas que se encontravam na instituição, da mãe de Atena e de alguns de seus familiares. A informante passou anos sem ir ao ginecologista e, mesmo agora, só realiza exame ginecológico se estiver acompanhada por alguma pessoa de sua confiança e se o exame for realizado por *uma* profissional.

Atena só teve dois relacionamentos em sua vida. O primeiro namorado a traiu com sua amiga, casada. Quando o fato foi descoberto, o (ex) namorado e a “amiga” de Atena foram morar em São Paulo. Atena e o (ex) marido de sua “amiga” se tornaram amigos confidentes. Com o passar do tempo, a amizade se transformou em namoro. Após 10 anos deste relacionamento, com 35 anos de idade, Atena decidiu estabelecer sua primeira relação sexual com o companheiro. Antes, porém, antes ela exigiu que ele realizasse exames (HIV, VDRL etc), os quais ela também realizou.

A relação entre Atena e seu companheiro, segundo a informante, é bastante estável, apesar de não ter acontecido casamento. Não possuem filhos, contudo me revelou o sonho de um dia ser mãe, reforçando, porém, que tem consciência de que não possui ainda uma

estrutura financeira suficiente para isso. Atena se previne da gravidez por meio de anticoncepcionais orais. Afirmou que seu companheiro cuida muito da própria saúde; todavia, em contrapartida, confessou que ele é alérgico à camisinha. Relatou que um dia, quando eram ainda apenas amigos, ele, após ter estabelecido relação sexual com outra mulher com camisinha, apresentou bolhas no pênis (a informante contou que viu as bolhas). Segundo Atena, seu companheiro estabeleceu relação com apenas três mulheres em sua vida. Uma destas teve sífilis. Atena acredita que ele adquiriu HPV por conta do contato sexual com essa mulher, há muitos anos. Atena é bastante ansiosa, também, por conta de uma crença: a de que o tamanho do pênis e algumas posições durante a relação sexual podem causar ferida no útero, que ela mesma denomina de “raladura”. Atena relatou que esta crença é compartilhada e reforçada por muitas mulheres de seu convívio.

O acompanhamento de Atena me fez conhecer também um pouco da realidade de algumas pessoas de seu convívio. Certo dia, sua cunhada, que conversava com Atena quando cheguei para visitá-la, participou de uma de nossas conversas, confessando que onde ela mora não existem enfermeiras tão atenciosas como no CEDEFAM. Relatou que, em um de seus exames ginecológicos, o médico, apressado, esqueceu um chumaço de algodão embebido em iodo em seu canal cervical. Chamou-me a atenção a exclamação positiva de Atena: “Pois então vem morar aqui que você vai ser atendida no CEDEFAM!”. Percebi, que o CEDEFAM é tido como referência positiva como serviço de saúde pela comunidade, por conta de sua assistência estar voltada para o cuidado ampliado. Atena mostrou-se sincera e orgulhosa em estar sendo atendida pelo CEDEFAM, por isso referenciou o serviço para sua cunhada.

Entre muitas conversas descontraídas, consegui estabelecer uma relação de confiança com Atena, que, para mim, foi o maior desafio deste estudo, isso em virtude de sua personalidade mais retraída. Por vezes me surpreendi com suas confissões, mas a prova maior da minha passagem de estranha para amiga aconteceu quando Atena me pediu para acompanhá-la na repetição de seu exame ginecológico. Segundo a própria informante relatou nas primeiras visitas, ela só realiza exame ginecológico “se acompanhada de alguma pessoa de sua confiança”. Senti-me realizada por conta disso. Encerrei as visitas me colocando disponível para qualquer eventualidade. Ela, totalmente descontraída, reforçou o pedido e disse que eu poderia voltar a visitá-la sempre que o desejasse.

Kalwadi (Kalu)

De origem na mitologia australiana, Kalwadi é representada como uma deusa maternal. A mitologia conta que a vocação maternal da deusa era tão grande que ela prestava serviços de babá para conseguir engravidar novamente das crianças de quem cuidava (GLOSSÁRIO DA DEUSA, 2007).

Kalu carrega consigo uma personalidade brejeira, característica da mulher interiorana, que, mesmo diante das dificuldades, resiste e segue com entusiasmo e a esperança de que tudo há de melhorar. Kalu, extremamente receptiva, recebeu-me sempre com alegria e demonstrou disponibilidade e prazer em participar da pesquisa. A informante me confessou que participou de outros estudos que envolveram visita domiciliar, e que por isso sente-se à vontade com pesquisadores, mesmo em domicílio. Esse fato facilitou muito minha aproximação com a informante, favorecendo a passagem da condição de pesquisadora-estranha para pesquisadora-amiga, conforme orientado no modelo estranho-amigo do referencial teórico-metodológico utilizado neste estudo.

Em contraste com o diagnóstico de DST, Kalu vive um dos melhores momentos de sua vida: a espera de seu primeiro filho. A gravidez foi devidamente planejada, pois ela considera esta a ocasião ideal, tanto por conta de sua idade, 27 anos, como por causa da maturidade do relacionamento entre ela e seu companheiro, de 32 anos.

Semelhante à deusa australiana, Kalu prestou serviços como babá e, coincidentemente, ao deixar o emprego, engravidou. A informante, que cursou o ensino médio, trabalhava como babá de duas crianças, ofício que ela deixou por considerar bastante desgastante. Com o advento da gravidez, acentua que pretende passar um bom tempo se dedicando apenas ao matrimônio e à maternidade. O marido trabalha para uma empresa que presta serviços de limpeza à UFC, mais especificamente ao *Campus* do Pici.

Kalu e seu marido são naturais de Trairí, um município no litoral do Estado. Há quatro anos se casaram e moram em Fortaleza. Segundo a informante, eles mantêm desde o início do relacionamento uma grande cumplicidade e um “diálogo aberto”, conforme ela mesma denomina. A residência de Kalu fica em uma rua de médio movimento, com grandes comércios (farmácia, salão de beleza, igreja). O casal mora na parte superior de uma casa duplex, alugada. A residência é extremamente limpa e organizada.

Ao descobrir a gravidez, Kalu realizou uma consulta de pré-natal e de prevenção em uma unidade de saúde próxima de sua casa. Lá ela relatou haver descoberto, por meio das considerações do médico que a atendera, que não havia problema em seu colo de útero pois, nas palavras da própria informante, o colo uterino estava “bem limpinho”. Alguns dias depois, durante o banho, Kalu sentiu “uns carocinhos” nos grandes lábios. Pediu que seu marido olhasse e descrevesse esses carocinhos. Ele disse que eram “pedacinhos de carne dependurados”. Diante disso, Kalu procurou atendimento ginecológico no CEDEFAM. Lá foram visualizadas verrugas genitais sugestivas de HPV. A paciente foi, então, encaminhada para uma unidade de referência no diagnóstico e tratamento de HPV. Ao retornar da consulta na unidade de referência, Kalu conversou com o marido e explicou que estava com um vírus e que ele teria que fazer o exame para saber se ele também estava contaminado. Segundo Kalu, o marido respondeu de forma positiva, afirmando que eles iriam juntos para tratar logo. Impregnada de ensinamentos oriundos do sistema de cuidados genéricos de sua origem, expressou que sempre foi muito preocupada com sua saúde e por isso fazia uso, quando morava com sua mãe, do sumo da malva, uma vez por dia, durante três dias antes de sua menstruação. Conforme Kalu, a malva, assim como o mastruz com leite e a ameixa, é eficaz contra qualquer tipo de inflamação. Ela disse que tomava o referido sumo para evitar inflamação ginecológica.

Kalu me contou que ficou muito angustiada no período entre o exame no CEDEFAM e a consulta na unidade de referência, chegando até a chorar na noite que antecedeu a consulta. Segundo a informante, o seu medo não era descobrir que o marido estabeleceu relação extraconjugal, mas sim que o HPV fosse diagnosticado apenas nela. A razão desta preocupação residia, de acordo com Kalu, na hipótese de o marido abandoná-la, uma vez que ele não foi seu “primeiro homem”. A depoente explicou que sentia muito medo que ele não compreendesse a origem da contaminação e a abandonasse grávida.

Os dois foram juntos à unidade de referência e ambos estavam contaminados. Kalu conta que fizeram o exame individualmente. Afirmou, entretanto, que depois compartilharam informações sobre o que aconteceu na consulta de cada um. Segundo ela, o marido afirmou que confessou ao profissional de saúde que não teve relação extraconjugal, e que antes de seu casamento, sempre que teve relação sexual com outras mulheres e estava sóbrio, utilizava camisinha; porém, se estivesse ébrio, não se protegia contra as DST. Diante do ocorrido, ele confessou que antes havia percebido a presença de pequenas verrugas no pênis, mas não imaginava que fosse uma doença grave porque não incomodavam muito.

Kalu acredita que se o marido estabeleceu alguma relação extraconjugal, certamente não contaria a ela. Diante disso, todavia, disse que não procurou interrogá-lo sobre o assunto, pois preferiu “não mexer muito nisso”. A informante parece não se importar muito com a possibilidade de ter sido traída, já que no momento, para ela, o importante é ter o apoio do marido como companheiro (já que ela não possui parentes em Fortaleza) e pai de seu primeiro filho, que nascerá provavelmente no início do mês de janeiro de 2008.

Ao encerrar o acompanhamento, Kalu expressou que foram bons os momentos das visitas porque ela passa o dia só e, com o diagnóstico do HPV, estava cheia de dúvida e medo. Segundo Kalu, “foi bom ter com quem conversar, com quem se abrir mais sobre a doença e sobre a gravidez também”.

Pandora

Com raízes na mitologia grega, Pandora é considerada uma deusa energizadora. É conhecida em boa parte do mundo através da lenda de que uma caixa era mantida em segredo até que foi aberta e disseminou as mazelas do mundo, a “Caixa de Pandora” (GLOSSÁRIO DA DEUSA, 2007).

Pandora foi a informante com a situação mais complicada deste estudo. Além de contaminada pelo HPV, ela está grávida do primeiro filho, desempregada, separada “de teto” de seu (ex) marido, sem familiares na cidade, entre outros agravantes. Assim como o segredo mantido na história mitológica da “Caixa de Pandora”, a informante deste estudo acredita que, ao revelar o segredo de sua contaminação para o ex-marido e atual parceiro, todo um mal se disseminará sobre sua vida, que já não está tão bem diante dos últimos acontecimentos.

A informante, que aceitou prontamente minha visita, disponibilizando-se em qualquer hora do dia, mora em uma área de risco. A rua é pequena, com casas em situação precária. Crianças brincam descalças nas calçadas e muitas mulheres trabalham de porta aberta no detalhamento de redes e outros tipos de manufaturas. A morada da informante consiste em apenas um cômodo, nos fundos de uma casa, alugado. A residência é organizada e higienizada.

Pandora é natural de Caucaia. Mora há um ano em Fortaleza. Foi casada durante 5 anos e se separou em março de 2006. O ex-marido, entretanto, ainda paga o aluguel do cômodo e mantém relações sexuais freqüentemente com a informante. Segundo ela, eles estão separados apenas na “palavra dele”, pois pela vontade dela e pela realidade que vivem ainda estão de fato juntos.

Em uma conversa informal, Pandora me confessou que, depois da separação, continuou mantendo relações sexuais com seu ex-marido e, semanas depois, conheceu outro homem com quem também passou a manter relações sexuais. Segundo Pandora, ela e o ex-marido nunca usaram camisinha. No início do relacionamento com o outro parceiro, ele utilizava, mas no final, não. Certo dia, ao observar que sua menstruação estava “estranha” (pouca quantidade, escura e fétida), Pandora procurou atendimento em uma unidade de saúde, onde foi orientada a retornar depois de um mês. Assustada com a situação e decepcionada com o atendimento, procurou o CEDEFAM por indicação de uma amiga vizinha.

No CEDEFAM, Pandora recebeu duas notícias impactantes: ela estava grávida e com HPV. Diante do resultado da ultra-sonografia, que indicou as semanas gestacionais, a informante descobriu que estava grávida de seu ex-marido. Informou a este apenas sobre a gravidez e iniciou o tratamento para HPV na unidade de saúde referenciada pelo CEDEFAM. Segundo Pandora, o ex-marido pediu que ela tomasse “chá amargo” (chá de marcela) para abortar. Ela tomou, mas não obteve o resultado esperado. Pandora acredita que “quando Deus quer que uma criança venha ao mundo não tem chá que consiga impedir”.

Pandora afirmou que, após descobrir sobre a gravidez, está se relacionando sexualmente apenas com seu ex-marido. Confessou-me, entretanto, que, apesar de estar preocupada com o diagnóstico de HPV, não contou para seu parceiro atual sobre a doença e ainda não utiliza camisinha nas relações sexuais. Ao interrogar Pandora sobre sintomas sugestivos de DST em seu parceiro, descobri que ele apresentou freqüentes aparecimentos de bolhas no pênis (sugestivas de herpes genital). Mesmo diante do risco ao qual continua exposta, Pandora se recusa a conversar com o ex-marido sobre a necessidade de ele realizar o exame para identificar se está contaminado por alguma DST e, caso positivo, quais os tipos para posterior tratamento do casal. O motivo da recusa da informante reside no fato de que ela teme que, ao descobri-la com HPV, o ex-marido e atual parceiro descubra também que ela teve relações sexuais com outro homem e, com base nisso, desconfie de que o filho que ela está esperando não seja dele.

Dialoguei muito com Pandora sobre a gravidade de sua situação, principalmente a respeito da possibilidade de ela estar sendo recontaminada pelo HPV ou pelo herpes. Procuramos, eu e Pandora, delinear estratégias para levar seu ex-marido ao consultório de Enfermagem do CEDEFAM, mas não conseguimos uma negociação. Pandora me confessou que seu parceiro é carregado de mitos e tabus sobre sexualidade, tais como o de que “homem não precisa realizar exame nas partes íntimas” e que “homem de verdade não se submete ao exame de próstata”. Em relação à inspeção do pênis, Pandora explica que o ex-marido se recusa, alegando que, certa vez, durante um exame para admissão em um emprego, foi ridiculizado. A informante contou que os profissionais de saúde examinaram o pênis de seu ex-marido com dois bastões de madeira. Durante o exame, Pandora conta que seu parceiro teve ereção e, por conta disso, os profissionais de saúde acertaram o pênis com um dos bastões como forma de repreender a ereção. A informante conta que seu parceiro tem medo de ter ereção durante o exame e ser novamente ridiculizado, por isso recusa-se a fazê-lo.

Pandora foi franca e sincera ao me confessar que não conseguirá fazer com que seu parceiro use camisinha, mas garantiu que vai buscar uma maneira de fazê-lo comparecer à unidade de referência para DST.

Ártemis

Referenciada pela cultura grega como “A caçadora”, a princípio era considerada uma divindade agrícola e adorada na Arcádia. Ártemis é deusa da caça e da floresta, seu caráter é lunar e ela é representada como uma jovem virgem (GLOSSÁRIO DA DEUSA, 2007).

Ártemis é a informante mais jovem deste estudo. Com apenas 19 anos de idade, todavia, já carrega longa experiência de vida, especialmente no que se refere à vivência sexual. O sorriso e o entusiasmo jovial de Ártemis escondem os conflitos vivenciados durante a infância, com a separação dos pais; no início da adolescência, com a gravidez precoce e indesejada; e atualmente, diante das responsabilidades que está assumindo, que não são características de uma adolescência comum.

Aproximadamente aos 13 anos, Ártemis conta que sua família passou por um momento de crise, pois seu pai, que bebia e maltratava sua mãe, resolveu sair de casa. Segundo a informante, isso foi ruim no primeiro momento, mas depois ela confessou que sentiu um “alívio”. Um ano depois, Ártemis veio a engravidar de seu namorado, com quem iniciou a vida sexual. Ele não assumiu a gravidez e, até hoje, segundo ela, não auxilia na criação do filho. Ártemis disse que demorou, mas hoje ela “caiu na realidade”. Tenta recuperar o tempo perdido com o advento da maternidade, estudando para concursos e tentando concluir o ensino médio. Com outro parceiro (namorado), Ártemis relata que não quer mais ter filhos, por isso se previne, utilizando anticoncepcionais, mas também não deixa de viver sua juventude e de ter um relacionamento agradável com alguém.

Ártemis mora com a mãe, uma irmã mais nova e o filho, em uma rua próxima ao CEDEFAM, com média movimentação de automóveis e pessoas. Ártemis é responsável pelos afazeres domésticos, e mantém a casa limpa e organizada.

O exame realizado no CEDEFAM data de novembro de 2006, quando foi diagnosticado *Trichomonas vaginalis*. Em janeiro, Ártemis foi morar em Roraima para tentar uma nova vida, haja vista a iminência de um grande concurso que ocorreria lá. Essa mudança de vida a impulsionou a terminar o relacionamento com um antigo namorado. Em Roraima, Ártemis realizou novo exame, não tendo sido diagnosticada DST. Depois de seis meses sem êxito na vida profissional, Ártemis retornou à Fortaleza e retomou o relacionamento com o ex-namorado, com quem completa 3 anos e cinco meses de namoro, quase conjugal, como ressalta. Ela sabe que a camisinha é a única maneira de evitar algumas DST, mas diz que não usa “por descuido”, conforme ela mesma denomina “por falta de vergonha na cara”. Para ela, “o amadurecimento está acontecendo agora, mas felizmente está acontecendo; aos poucos, mas acontecendo”.

CULTURA E SUA INFLUÊNCIA NO RISCO DE DST NA RELAÇÃO ESTÁVEL

Pensar na ocorrência de DST em casais relativamente estáveis, principalmente quando estes estabelecem uma união consensual ou são casados, significa mergulhar em um mundo extremamente intrínseco e, até que tenha ocorrido a contaminação, paradoxalmente distante. Essa distância, contudo, parece não decorrer somente do completo desconhecimento sobre esse tipo de doença, mas, sobretudo, da interação ocorrente entre as diversas fontes de informações sobre DST.

Durante todo o período que antecedeu a realização das entrevistas, já foi possível perceber diversos fatores culturais presentes na visão de mundo e na estrutura social das entrevistadas, sobretudo quando o assunto em destaque é a saúde sexual e reprodutiva, determinando o processo de saúde-doença. Conceitos antigos se entrelaçam com novas concepções oriundas dos sistemas de cuidados profissionais e populares, descritos por Leininger (1991), e produzem uma série de crenças, entre as quais algumas sequer chegaram ao conhecimento dos profissionais de saúde, nem foram esclarecidas, a fim de repadronizar o cuidado cultural. Isso parece acontecer não por conta da falta de informação oferecida pelos profissionais sobre DST, mas em virtude da ineficiência da comunicação entre sistemas de políticas públicas e a população, e, acrescento, que o desconhecimento acerca do universo cultural desta parte pode ser a chave do problema.

É notável o grande investimento na divulgação das DST. A assimilação do conhecimento sobre estas, entretanto, é ainda bastante ineficiente, haja vista o grande número de pessoas diagnosticadas a cada ano. Diversas são as fontes de informação, variando entre fontes fundamentadas nos sistemas de cuidados profissionais, como escolas, propagandas televisivas e material impresso de divulgação do Ministério da Saúde, e vertentes fundamentadas nos sistemas de cuidados populares, como comentário de outras pessoas e crenças transmitidas em ambiente familiar, conforme pode ser observado nas falas seguintes:

Sei das coisas que ensinaram no colégio. Eles ensinam mais a forma como pega... (ARIADNE).

Ouvi falar em televisão, em pessoas que comentam... (ADIT).

Na escola a gente vê as doenças, né? Toda semana falavam sobre as doenças transmissíveis. Tinha até seminário!. Mas eu parei em 2002, de estudar... (risos) Lá eles falavam muito sobre as prevenções das doenças transmissíveis. E diziam pra gente usar camisinha... (KALU).

Já vi falar nos postos (de saúde), em cartazes (...) (DEMÉTER).

O que eu sabia, antes, eu aprendi por aí, errado, mas agora sei o que as meninas (Enfermeiras do CEDEFAM) e você me explicaram. (ATENA).

DST são doenças que são transmitidas. Algumas, né? Algumas... Aí tem a AIDS. Tem até um amigo meu que tem o vírus... O vírus! Por que é diferente, né? Tem que ter dez anos, parece, pra aparecer a AIDS mesmo... Tem também um amigo do meu pai que morreu de AIDS. Meu pai e minha mãe iam até cuidar dele. Eu me lembro que ele tinha tudo separado: copo, prato, colher... E máscara também. Tudo pra não transmitir, pra eu não pegar. (...) A gente passa a aprender mais na escola... Na escola onde eu estudo, de seis em seis meses o pessoal da odontologia vai pra falar sobre saúde e toca nesses assuntos de DST. (ÁRTEMIS).

Não sei sobre as DST mesmo, dos tipos... Sei que... Como vejo na televisão, nos postos de saúde e com os agentes de saúde, pega pela relação sexual... Sei isso, mais... (PANDORA).

A interação do que é cientificamente conhecido com o genericamente comprovado mexe com o imaginário popular e promove o desenvolvimento de vários pensamentos acerca do universo das DST a partir do que é absorvido do ambiente cultural. Conforme lembra André (1995), a elaboração de idéias e representações acontece desde a influência do ambiente social e das relações nele estabelecidas. Assim, se a contaminação ocorreu e a parte feminina não estabeleceu em nenhum momento de sua vida contato sexual com outro homem, as crenças sobre a forma de contaminação concentram-se no fato de o companheiro ter sido contaminado durante a relação sexual mantida com alguma outra pessoa. Até aí o raciocínio parece ser simples, lógico e isento de elementos culturais. O fato é que a “outra” mulher, responsável pela contaminação do companheiro, é sempre imaginada como necessariamente uma mulher de vida promíscua. Já em casos em que homem e mulher tiverem outros parceiros, a crença de contaminação não sexual, através de assento de ônibus, por exemplo, é cogitada. Essas concepções podem ser percebidas nos depoimentos a seguir:

Não sabia direito como é que se pega uma DST (...) O que eu sabia, antes, que eu aprendi por aí era que essas doenças a mulher pega de homem que sai com outras mulheres e... Se um homem fica com uma mulher e, pouco tempo antes, uma semana, por exemplo, ficou com outra, passa a doença para sua mulher. (ATENA).

Sei que pega de assento (de ônibus), de homossexual... Pega também, assim, de homem que fica com essas mulher véia (profissionais do sexo), né? (...) É difícil, mas acontece... (ADIT).

Nesta última fala, é perceptível perceber que, assim como o mito de que a contaminação por DST provém provavelmente de profissionais do sexo, a forte relação entre homossexuais e as DST ainda permanece presente no imaginário popular. Esses valores foram estabelecidos há mais de vinte anos, em virtude do advento da AIDS, e foram fortalecidos nas comunidades culturais por meio de campanhas direcionadas aos grupos de risco, da observação de casos reais, de histórias de homossexuais e prostitutas acometidos pelo HIV, da relação entre as DST e a promiscuidade, entre outros fatores. Todo esse contexto faz parte do que Leininger (1991) define como etno-história, pois os conceitos

atuais explicitados parecem ter sido influenciados e constituídos com base em fatos, eventos e experiências do grupo cultural investigado. Essas experiências e observações centralizadas em prostitutas e homossexuais ainda permanecem acesas no subconsciente das pessoas e justificam suas escolhas e modos de vida. Sobre isso, Medeiros *et al.* (2007) explicam que o ser humano responde aos desafios da vida, inclusive em questões relacionadas ao processo saúde-doença, por meio das normas da cultura a qual pertencem, considerando tudo o que seu contexto sociocultural define como verdadeiro.

Se, por um lado, entretanto, o fato de trabalhadoras do sexo e homossexuais pertencerem ao grupos de risco para DST é de conhecimento público, de outra parte, muitos casos de DST em relacionamentos conjugais são desconhecidos pela sociedade por conta do estigma que essas doenças carregam consigo e da capacidade que possuem de ocasionar polêmica e conflito. Esse abismo entre as DST e os casais é resultado, entre muitos outros fatores, da ausência da abordagem do tema entre os pares, o qual só passa a se tornar íntimo e freqüente quando dos sintomas ou do diagnóstico (OLIVEIRA, 2005).

Os grupos de profissionais do sexo e homossexuais, embora tenham sido os primeiros e durante muito tempo só estes grupos de risco para as DST, atualmente perdem espaço para outros, como o de mulheres heterossexuais casadas, cujos números de casos de contaminação trazem à tona a reflexão sobre como mitos, repassados entre as gerações, podem influenciar a negligência do cuidado na prevenção de DST. A vivência da sexualidade baseada em mitos pode fornecer condições de risco para a contaminação por DST (SOUSA; FERNANDES; BARROSO, 2006). Assim, por não se encontrarem no grupo de prostitutas ou homossexuais, muitas mulheres que estabelecem um relacionamento estável acreditam que sua contaminação e a de seus parceiros dificilmente podem acontecer.

O fato é que temos na sociedade atual mulheres que, por estabelecerem relacionamento estável, acreditam que não estão propensas a adquirir DST, ou, se acreditam na possibilidade da contaminação, a vêem como utopia. Em uma posição passiva em relação ao cuidado na prevenção de DST, as mulheres parecem ficar à mercê de seus parceiros e a esperar daqueles a quem amam uma relação de exclusividade ou, na pior das hipóteses, elas esperam que eles não se relacionem com homossexuais ou prostitutas, os grupos “geradores das DST” (segundo sua crença), e que se protejam da contaminação. Percebe-se a presença do fator cultura no processo de Educação em Saúde no contexto das DST e sua importância na conscientização de mulheres. Em uma abordagem educativa, é necessário repensar a educação com base em um paradigma etnográfico, cujo contexto cultural dessas clientes seja

considerado e valorizado como pilar do processo de Educação em Saúde, com vistas à promoção da saúde (FORQUIN, 1993; LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

O que, porém, os companheiros, que também integram o contexto cultural investigado, conhecem sobre prevenção de DST? Com tal interrogação, o diálogo com as informantes deste estudo revelou questões bastante significativas. Os homens, segundo informações de suas companheiras, além de possuírem um conhecimento insuficiente sobre as DST, não possuem interesse em buscar informações referentes a estas doenças e ainda convivem com crenças e tabus de que as DST são doenças de mulher e que não precisam se preocupar com “deslizes” cometidos há anos, conforme constatado nos comentários seguintes:

O risco de se contaminar? Ele conhece sim... Mas ele pensa assim... Que ele não tem nada, nem precisa usar camisinha... (pausa) Não tem nada aparente... (ÁRTEMIS).

Ele conhecia o risco, sabia que evitava usando camisinha. Mas ele nunca usava porque diz que não gosta de usar, que incomoda. (PANDORA).

Ele conhece muito pouco... Ele pensa que é só uma doença de mulher. (ARIADNE)

Ele sabe que pode pegar de mulher... (ADIT).

Ele perguntou porque eu estava com isso. Eu disse que poderia ter pegado dele. Aí ele disse: “Engraçado, filha, porque eu confio em você e a última mulher que eu fiquei antes de você foi em 97, em São Paulo.” (ATENA).

No dia da consulta (na unidade de referência para tratamento de HPV) o doutor perguntou a ele se ele usava camisinha e se ele teve relação já tando comigo. Ele (marido) disse que não teve relação depois de mim. Isso ele disse assim... Ele não vai me dizer que teve, né? (risos) (...) mas ele disse que antes de mim, quando ele ficava com uma mulher tando bom – porque ele bebe - ele usava preservativo; mas se ele tivesse bebo, não usava (...) Isso eu digo por que nem me preocupo muito se ele teve mulher depois da gente junto... Eu me preocupei mais foi assim, se ele não tivesse com o HPV, ele ía pensar o quê de mim? E se ele me deixasse grávida? Minha preocupação era essa... Por que ele não foi meu primeiro homem. (KALU).

Nos quatro últimos depoimentos, a presença da palavra mulher vem ressaltar a relação entre a vulnerabilidade feminina e as DST, relação essa que deixa o homem sempre à margem do problema da contaminação por estas enfermidades. O homem, por não apresentar muitas vezes sintomas, transfere a responsabilidade da doença para sua companheira, que responde pela contaminação do casal ou pelas conseqüências da patologia em seu próprio

corpo, em uma situação muitas vezes angustiante e solitária. Em um estudo realizado em Buenos Aires, ficou constatado que os homens acreditam que as DST são doenças que as mulheres disseminam entre eles e que são desencadeadas pela falta de cuidados com a higiene e pela promiscuidade, e essa crença pode também estar presente em comunidades de nosso país (VILLELA, 2005).

Na realidade, o corpo da mulher é mais susceptível à instalação das DST; entretanto, é necessário ressaltar que este fato não é determinante para que o casal aceite a contaminação como algo inerente apenas à parte feminina. Villela (2005) assinala que homens e mulheres, além de adotarem atitudes masculinas e femininas em consequência de sua anatomia, trazem como produto da cultura um modo de agir e pensar que reforçam suas diferenças de uma forma extremamente forte, de modo que suas posições na sociedade são irredutivelmente definidas.

As diferenças de gênero nas abordagens saúde-doença, incluindo principalmente aquelas relacionadas à sexualidade, parecem partir do âmbito biológico e se enraizar culturalmente no subconsciente das mulheres que representam o fato de estarem contaminadas como uma predeterminação biológica, inerente ao feminino. Os lugares sociais são estabelecidos com origem no biológico, daí são delineadas as representações dos pensamentos (ARÀN, 2003). Esse raciocínio condena a mulher a permanecer em uma posição de conformismo diante do risco de contaminação por uma DST. O corpo parece não ser de propriedade da mulher, pois esta não exerce seu direito de proteger-se, praticar o autocuidado, principalmente em virtude da ineficiência do poder de convencimento e negociação com o parceiro em relação ao uso da camisinha.

Diante da influência dos fatores cultura e gênero neste problema, convém ressaltar o fato de que a busca de avanços no campo da saúde da mulher não pode ser vista somente no reconhecimento das desigualdades e problemas, mas necessita ser amplamente trabalhada, de modo a focar a participação das próprias mulheres, no intuito de fazê-las perceberem-se como sujeitos de suas histórias, com responsabilidades sobre as consequências de seus atos e com direitos sobre seus corpos e saúdes, por meio do exercício autônomo e consciente da sexualidade, conforme os preceitos do movimento em prol dos direitos reprodutivos, que tem como lema “Nosso Corpo nos Pertence” (ÁVILA; CORREIA, 1989).

Os dois últimos depoimentos trazem também a crença de que a contaminação por DST em casais está exclusivamente relacionada ao relacionamento extraconjugal. O desconhecimento acerca do longo período de latência de alguns microorganismos sexualmente transmissíveis, como o HPV, favorece o fortalecimento da idéia de que uma

relação sexual ocorrida há dez anos não pode ocasionar conseqüências posteriores. O casal que está nessa situação e compartilha desta crença não encontra resposta para a origem da contaminação. E isso, por sua vez, não só pode ocasionar uma situação de crise conjugal como também pode repercutir de forma incisiva e negativa em um futuro comportamento de prevenção da ocorrência de novas DST.

Por outro lado, os casais não são completamente negligentes em relação ao cuidado preventivo por conta do desconhecimento acerca do real universo das DST. Eles apenas estabelecem cuidados culturalmente baseados em suas crenças e valores que, embora distorcidos, são considerados por eles verdades absolutas. A respeito disso, Laraia (2006) e Leininger (2002) explicam que a cultura interfere no plano biológico dos indivíduos ao condicionar decisões e comportamentos que se refletem no processo saúde-doença, sobretudo nos conceitos atribuídos para saúde, cuidados, cura, morte e vida.

A prevenção de DST na cultura pesquisada acontece de acordo com a forma como as entrevistadas acreditam que podem ser contaminados: por meio da relação sexual desprotegida praticada com os grupos que eles acreditam ser de risco. A prova disto é que, quando situados nas consideradas situações “perigosas”, os homens tentam se prevenir da maneira mais eficiente. O inusitado é que até mesmo esse excesso de cuidados, fundamentado em crenças, pode expor o homem às DST. Atena alega que seu companheiro se cuida muito porque nunca foi do tipo que se relaciona sexualmente com uma mulher desconhecida; mas, quando isso acontece, utiliza um preservativo sobreposto ao outro. Por meio do depoimento seguinte, é possível perceber a convicção com que a participante relata a crença do companheiro compartilhada também por ela:

Ele conhecia o risco de se contaminar, porque ele me falou que só ficava com uma mulher depois que ele conhecia ela. E quando acontecia de ele ficar com alguma desconhecida, ele usava duas camisinhas, uma por cima da outra, pra não ter perigo! (ATENA).

O casal desconhece, entretanto, duas coisas importantes na prevenção de DST: a primeira é que muitas pessoas contaminadas por DST não apresentam sintomas sistêmicos e até mesmo locais, portanto, o fato de ser uma mulher conhecida não exclui a possibilidade da contaminação; a segunda informação importante é que o uso correto de um preservativo é suficiente para prevenir grande parte das DST, e o uso concomitante de dois destes artifícios pode prejudicar sua finalidade, uma vez que o atrito entre as peças pode ocasionar rasura e

conseqüentemente favorecer o contato entre os fluidos corporais, favorecendo a contaminação. O acesso superficial ao conhecimento pode impedir que as pessoas promovam um autocuidado eficaz (SOUSA; FERNANDES; BARROSO, 2006).

O paradoxo entre o demasiado cuidado que o companheiro de Atena exprime ter com sua saúde sexual e o evento contaminação pelo HPV enfatizam, mais uma vez, outro paradoxo: o empenho de órgãos relacionados com a saúde sexual em divulgar a prevenção das DST e o grande número de pessoas contaminadas por essas doenças. Assim como Atena e seu companheiro, muitas pessoas que foram contaminadas sabem como poderiam evitar as DST: usando preservativo em todas as relações sexuais. Todas as informantes deste estudo possuem esta informação, pelo menos de forma básica, conforme presente nas falas a seguir produzidas, em resposta à interrogação a respeito da forma como se pode prevenir uma DST:

Alguma você pode prevenir usando camisinha... (ÁRTEMIS).

Usando camisinha (ARIADNE).

Mas eu sei que a única maneira de prevenir, evitar... é usando camisinha. Agora, como não vou poder tomar mais anticoncepcional por causa da orientação do meu neurologista, ele vai ter que usar camisinha... (risos) (ATENA).

Ter usado preservativo desde o começo. (DEMÉTER).

O risco maior é pelo sexo, quando a pessoa não usa camisinha. (PANDORA).

Esses dados revelam que o conhecimento profissional por si só não é suficiente para reverter um agravo de saúde. Assim como garante Leininger (2002), um cuidado de Enfermagem culturalmente embasado e congruente com a cultura da pessoa a receber o cuidado pode contribuir na prevenção de muitas doenças. Nesta investigação, foi constatado que mais importante do que dizer que é preciso utilizar a camisinha é investigar por que as pessoas de determinada cultura não utilizam a camisinha, mesmo sabendo de sua finalidade e importância.

Na tentativa de promover um diálogo cultural por meio de uma relação aberta, na qual o conhecimento genérico da unidade de cuidado teve a oportunidade de ser exposto, foi possível extrair muitos fatores significativos para a não-adesão ao uso da camisinha. Observemos o que as participantes falam sobre como poderiam ter evitado a própria contaminação:

Se a gente tivesse usado camisinha desde o começo teria evitado, né? Mas nunca usamos porque eu confiava nele (...) E também eu usava anticoncepcional. (KALU).

Quer dizer, é e não é (a forma de evitar as DST)... Por que a médica me falou que mesmo usando camisinha pode pegar, porque o HPV pode estar até no saco (escrotal), e a camisinha não protege lá. Ela disse que pode até ter um carocinho que a gente nem imagina mas é HPV. (ARIADNE).

Algumas você pode prevenir usando camisinha. Algumas... Né? Nem todas. (ÁRTEMIS).

Mas eu usava camisinha há dois anos, mas parece que não adiantou... (DEMÉTER).

Elas (Enfermeira) disseram que se eu tivesse usado camisinha... Mas essa alergia que ele tem... Quando a gente era só amigo... Olha, a gente era tão assim, não tinha nada a ver, que quando ele teve relações com camisinha com uma mulher e teve esse problema da alergia ele veio aqui em casa me mostrar. E eu vi o pênis dele cheio de bolhas. Ele chegou até a ir ao médico! Ele (médico) passou neomicina para ele usar. Ele usava a pomada, fazia asseio com bicarbonato, vinagre... Mas quando ele ficava bom e usava camisinha de novo, voltava tudo de novo. Aí não dava, né? Ele não ia ficar usando remédio toda hora! (ATENA).

São diversificadas as razões que as mulheres exprimem para não utilizar o preservativo. Kalu justifica-se pela confiança no parceiro. Ariadne, Deméter e Atena, submissas ou não à decisão do companheiro por usar preservativo, expressaram motivos reais e experiências vivenciadas e/ou observadas que contribuem de forma negativa para a credibilidade do preservativo.

Ariadne, embora durante as visitas tenha afirmado que, após saber de seu diagnóstico, não estabeleceu relações sexuais com o companheiro, nem com camisinha nem sem camisinha, justifica por meio de uma afirmação advinda dos sistemas de cuidados profissionais a crença de que a camisinha não é um meio totalmente eficaz na proteção contra as DST. Ártemis verbaliza o mesmo pensamento. Essa crença, embora científica e genericamente comprovada, pode adquirir outras interpretações dentro dos sistemas de cuidados genéricos, como, por exemplo, o pensamento de que “se alguém se contaminou utilizando camisinha é porque esta não protege contra as DST”, e ser transmitida entre várias gerações. As práticas populares tendem a se perpetuar por conta da herança cultural, que atribui extremo valor aos elementos culturais de uma sociedade ou comunidade (MEDEIROS *et al.*, 2007).

No terceiro depoimento, o motivo é diferente, mas também com fundamentação científica, embora não profundamente esclarecido. Por causa do desconhecimento sobre o período de incubação do HPV, Deméter acredita que os cuidados que teve nos últimos cinco anos, desde quando vinha utilizando preservativo em todas as relações sexuais, foram em vão, pois foi diagnosticado HPV em seu último exame. Questões como esta, muitas vezes, permanecem como segredos culturais, longe do conhecimento dos profissionais de saúde, necessitando de uma reflexão conjunta com os casais, no intuito de esclarecer concepções errôneas.

Sobre o exposto, Laraia (2006) explica que a herança cultural funciona como lente óptica, condicionando o homem a formar sua visão de mundo de acordo com suas crenças e valores e a comportar-se de modo semelhante aos seus “irmãos culturais”. As informações fortemente afirmadas por uma cultura tendem a ser compartilhadas pelos membros de uma comunidade ou sociedade e ser transmitidas para os descendentes. Daí pode advir a dificuldade em repadronizar crenças, mitos e tabus do processo saúde-doença (LEININGER, 1991, 2002).

AS SIGNIFICAÇÕES DA CONTAMINAÇÃO POR DST NA RELAÇÃO ESTÁVEL

As mulheres, após ouvirem três simples letras de seu diagnóstico: DST, algumas vezes até se mostrando num primeiro momento indiferentes à notícia, mergulham em um universo antes desconhecido ou até mesmo inimaginável. O pensamento de que “isso nunca vai acontecer comigo” dá lugar a muitas indagações, como: “Por que eu?”, “O que eu fiz de errado?”, “O que ele fez de errado?”, “Como vamos fazer agora?”.

Na vivência de um consultório de ginecologia, é possível ter uma idéia do primeiro impacto que a notícia provoca. Isso representa, entretanto, apenas a ponta de um iceberg. O que acontece no íntimo das clientes diagnosticadas após saírem do consultório? Muitos sentimentos ficam retidos e, após profunda reflexão acerca do que e de como aconteceu, podem ser extravasados com (ou entre) os possíveis culpados.

Após observar diversas reações em consultório de ginecologia, no momento do diagnóstico de DST, procurei investigar o que havia por trás de olhares de surpresa, de choros e expressões de indiferença. As entrevistadas revelaram os seguintes sentimentos e pensamentos ao descobrirem-se portadoras de uma DST:

Fiquei muito assustada... A sensação que eu tive foi de receber um resultado de AIDS. Deve ser muito ruim (receber um diagnóstico de HIV), tu é doida, mulher! (expressão de angústia). (ARIADNE).

Pra mim eu ía morrer já no outro mês. Na hora, ela (Enfermeira) me falando, eu fiquei normal... Até porque eu sou assim: tenho problemas, mas não consigo demonstrar as coisas (sentimentos). Mas quando eu cheguei em casa desabei no choro(...). (ATENA).

Quando a Enfermeira disse que poderia ser coisa de até 10 anos atrás eu me apavorei logo. Pensei: meu Deus, será que eu passei isso pra ele? Será que fui eu? Era só no que eu pensava! No dia antes do exame dele eu chorei, de tão nervosa, com medo dele me deixar. (KALU).

Pensei que não tinha mais jeito! Ai, mulher, eu caí... A gente pensa logo nos filhos, no marido... Pensa logo que vai morrer! Fiquei tão nervosa que comecei a chorar. (DEMÉTER).

Os primeiros sentimentos experimentados com o diagnóstico, conforme os depoimentos, deixam explícita a idéia da perda da vida. O processo de descobrir-se com uma doença estigmatizante repercute na vivência da mulher, de modo que ela experimenta um estado de desorganização de seu mundo interno e externo (SILVA; MEREGHI, 2006).

A notícia do diagnóstico de DST soa como sentença de morte, inicialmente apenas física. A relação entre DST-AIDS e DST – câncer prevalece no subconsciente das informantes, que interpretam o diagnóstico estigmatizante de acordo com suas visões de mundo que, por sua vez, se baseiam nas maiores preocupações divulgadas e observadas no cotidiano atual em relação às DST: a AIDS que mata e o HPV que pode propiciar o câncer de colo de útero, que também pode matar. Para Duarte (1994) e Morin (2000), assim como um evento psicológico pode acarretar danos físicos, um evento físico pode favorecer o desenvolvimento de prejuízos de ordem psicossocial. A idéia de morte desenvolvida desde o diagnóstico permanece no pós-diagnóstico, constituindo a morte social, do relacionamento amoroso, de toda uma vida de confiança no companheiro, a morte da auto - estima, dentre outras perdas significativas para a qualidade de vida da mulher e/ou do casal. Alves (2004) acrescenta que as DST ocasionam perdas que culminam na morte afetiva e social mediante a vergonha que os contaminados expressam de serem vistos como sujos, promíscuos e indignos e, ainda, de serem rejeitados pelo parceiro ou parceira.

O impacto do diagnóstico na mulher é representado pelo choro, que pode acontecer ainda no consultório de ginecologia ou depois. Procurando conhecer mais profundamente essa reação de choro das mulheres, descobri que ele possui vários significados e pode resultar

de vários sentimentos. De acordo com o Dicionário Aurélio Básico, o ato de chorar possui 15 significados, dentre eles o de: exprimir tristeza e dor, com gemidos, soluços, acompanhados ou não de lágrimas; sentir profundo desgosto pela perda, falta ou ausência de alguma coisa; e sentir remorsos ou arrependimento de: *chorar os pecados*. O choro, uma reação natural, presente desde os primeiros instantes de nossas vidas, explica, com lágrimas ou sem elas, a tristeza e a dor causadas pela perda da saúde em seu sentido mais amplo e o arrependimento pelas condutas que levaram à contaminação pela DST. *Chorar os pecados*, neste contexto, parece ter ligação direta com o sentimento de culpa que as mulheres contaminadas carregam por seus diagnósticos. Em pesquisa, Alves (2004) observou que o choro consiste em uma representação feminina para a angústia vivenciada ante ao diagnóstico de HPV.

Nos casos nos quais não foi diagnosticado HPV, mas sim *Trichomonas vaginalis*, a reação das informantes no instante e após o diagnóstico foi diferente, apesar de a tricomoníase tratar-se também de uma DST. Isso pode ser observado nestes depoimentos:

Fiquei preocupada, mas ela (enfermeira) disse que eu não ficasse preocupada... Eu também não tinha raladura, nem inflamação... (ADIT).

Reagi bem, normal. Tratei de me cuidar. Não fui me entregar à doença. (ÁRTEMIS).

O fato de a contaminação por *Trichomonas vaginalis* não estar relacionada diretamente com doenças que possam levar à morte colabora para que as mulheres não procurem maiores informações sobre a tricomoníase e que não a considerem um agravo significativo para sua saúde. Esse raciocínio ignora, também, o fato de que algumas DST podem servir de porta de entrada para outras. Duarte (2005) ressalta a concomitância da tricomoníase com outras DST e seu curto período de incubação, que pode ser um indicativo de infecção recente.

Olhando por este ângulo, o diagnóstico pode ser sugestivo, em casais unidos há muitos anos, de relação sexual extraconjugal recente de alguma parte. O desconhecimento acerca disso, entretanto, e a pouca importância de uma DST que, além de não trazer grandes malefícios de imediato, pode ser tratada facilmente, fazem com que o diagnóstico de tricomoníase passe despercebido muitas vezes no cotidiano dos casais. Preocupante em relação a isso é o fato de que a prevenção para evitar novas contaminações pelo *Trichomonas vaginalis*, ou mesmo por outras DST, pode não ser considerada importantes pelo casal.

A vigilância na prevenção de DST, no entanto, deve abranger a mulher e seu companheiro, o qual, mesmo não apresentando sintomas, está diretamente envolvido com o

problema. Em alguns casos, no entanto, o homem pode permanecer indiferente à situação, em uma posição de espectador, isso muito em razão do desconhecimento sobre o HPV e outras DST menos conhecidas; afinal, DST parece se restringir apenas ao conceito de AIDS. As doenças diagnosticadas mediante o exame ginecológico parecem ser consideradas apenas “doença de mulher”.

(...)Ele não teve nenhuma reação porque ele não tem conhecimento (sobre a doença) Se ele soubesse, do jeito que ele não apresentou nada, ele ia talvez brigar comigo, ele ia logo pensar : “que negócio é esse?” Se fosse uma coisa mais conhecida, uma AIDS, por exemplo, ele ia ficar me perguntando... (ARIADNE).

Neste estudo, grande parte dos companheiros não apresentou sintomas sugestivos de DST. As reações esperadas diante do fato de só as mulheres apresentarem sintomas poderiam ocasionar uma situação complicada: “se ela tem uma DST e eu não tenho nada, ela me traiu”. De acordo com Alves (2004), esta representação, freqüentemente envolvendo a raiva como manifestação afetiva-emocional, é característica do homem, substituindo o choro feminino.

Alguns homens, inicalmente, expressaram preocupação com a saúde “da companheira”; entretanto, essa preocupação foi semelhante à que ocorre em qualquer outra doença não transmitida por via sexual. Por outro lado, a idéia de contaminação sexual faz com que muitos despertem para a importância de tratar a doença, talvez para não serem contaminados, para impedir o agravo da saúde da companheira ou para proteger o filho, no caso de grávidas contaminadas. Diante disso, os homens parecem expressar maior interesse, interrogam sobre o tratamento e contribuem aderindo ao uso de medicamentos indicados para o acompanhamento do casal, embora ainda não tenham incorporado a importância de comparecer ao posto de saúde. Isso pode ser confirmado pelos depoimentos a seguir:

Quando eu contei pra ele : “Olha, eu to com um vírus, uma DST...”, a primeira coisa que ele fez foi baixar a cabeça.(...) Quando eu disse do resultado e disse que teria que repetir o exame, ele me disse: “e não vai tomar nada pra matar isso?” Ainda ontem ele me perguntou se eu já marquei o exame (retorno). (ATENA).

Ele ficou muito preocupado. (DEMÉTER).

Ele ficou preocupado, mas ele tomou os comprimidos... Ela (enfermeira) disse que ele não ficasse preocupado. (ADIT).

Quando eu cheguei em casa, à noite, cheguei pra ele e disse que eu tava com um vírus e que ele teria que fazer um exame para ele saber se tinha o

vírus também. Ele não falou nada, só disse assim: que era bom a gente fazer logo pra tratar (...) A preocupação dele era se ía afetar o bebê. (KALU).

A aproximação prévia do casal com as DST é carregada de vários elementos culturais, que podem ser expressos de formas diversas. A mulher, principalmente por ser diretamente envolvida com os sintomas e conseqüências, busca maiores informações sobre aquelas doenças nos sistemas de cuidados genéricos, conforme mostram as falas a seguir:

Por que eu vi como foi o tratamento da minha vizinha aqui! Foi pesado! Ela e o marido dela fizeram um tratamento muito sofrido... (ARIADNE).

O médico disse que era uma coisa simples, mas que eu tinha que tratar, porque se não daria câncer quando eu tivesse 50 anos. Lá no CEDEFAM a enfermeira explicou logo que não é a mesma coisa que HIV (HPV). (...) mas eu tenho que dizer uma coisa (risos), só o fato de ser vírus já assusta a pessoa. Quando eu falei pra minha irmã que eu tava com um vírus ela disse: “Ai! Então pega!”. As pessoas pensam que todo vírus pega assim, fácil, de ônibus, assento, copo... (KALU).

A busca por informações sobre o diagnóstico de DST e, mais especificamente, do tipo de DST resulta na formação de uma visão de mundo baseada na experiência de vizinhas ou parentes. A idéia de passar por uma experiência que possui significação entre indivíduos de seu contexto social remete a um sentimento ruim, promove o choque ante o diagnóstico, faz com que a cliente tenha uma visão de seu prognóstico em relação à doença ou mesmo desenvolva sentimentos ambíguos.

Outro fato interessante envolvendo a influência da etno-história na repercussão do diagnóstico e na visão que as mulheres têm sobre sua contaminação reside na interpretação de que as DST são doenças imundas, de pessoas que não possuem higiene, envolvidas com pessoas promíscuas, ou até mesmo causadas por germes que se desenvolvem em razão da falta de higiene da mulher. Os depoimentos seguintes mostram significativamente esse pensamento:

Ela me explicou tudo: que eu poderia ter pegado dele, que poderia regredir ou aumentar... Mas foi mesmo que nada pra mim (...) eu olhava pra essas mulheres daqui da rua que passam o dia sentadas nas calçadas, sujas, fedorentas, e que todo mundo sabe que o marido é cheio de mulher, e me pergunto: por que deu essa vírus em mim? Ela (vizinha) fez exame e deu: inflamação moderada. Já o meu deu esse problema! E eu me cuido tanto! Olha, eu só lavo minhas calcinhas com sabão de côco, não deixo a calcinha estendida no varal com o fundo pra fora pra não pegar mosquito, me lavo com Dermacid... Isso é que eu queria saber! (ATENA).

Ela disse que ía passar dois comprimidos para matar o germezinho (...) Ela disse que eu tomasse e pronto. Matava o germe e pronto (...) Esse germezinho que a gente, mulher, tem, né?(ADIT).

A mulher “não limpa” dentro do estereótipo da cultura de gênero passa a ser a principal fonte das doenças. Essa idéia foi expressa principalmente na indignação de Atena em ver que suas vizinhas não possuem DST, ao contrário dela que, mesmo tendo extremos cuidados de higiene, foi contaminada. Em estudo anterior, Pinheiro (2005), entrevistando homens portadores do HIV, verificou a presença, na sociedade, da relação entre limpeza e saúde. Isso pressupõe a crença de que, ao se relacionar com mulheres limpas, não há risco de contrair DST. Villela (2005) lembra que a relação das DST com mulheres sujas advém de muitos anos, desde os primórdios da saúde pública brasileira, quando as campanhas de “higiene e saúde” ficaram retidas no subconsciente social que passou a confundir os conceitos sujeira, limpeza, saúde e pureza dentro do universo da sexualidade.

Concomitante ao sentimento de nojo, mal-estar e indignação diante da realidade de portar uma DST, o casal ainda experimenta uma série de conflitos inerentes às entrelinhas do fenômeno da contaminação. Além de afetar o âmbito biológico, as DST, principalmente quando presentes no cotidiano familiar, ocasionam danos expressivos na vida social e afetiva. A baixa auto-estima da mulher contaminada, aliada aos sentimentos de mágoa e desconfiança a respeito de uma possível traição do companheiro, pode culminar em um distanciamento entre o casal, que, por sua vez, vai afetar toda a dinâmica familiar. Valores e tensões permeiam os relacionamentos conjugais, impondo normas e significados referentes ao comportamento do homem e da mulher nas diferentes situações do cotidiano. Assim, diante do conflito originado pela descoberta de uma DST, desenvolve-se um ambiente propício para o julgamento de quem errou, quem ultrapassou os limites do desejo no relacionamento conjugal.

Ao perceber-se contaminada por uma doença que a pode levar a desenvolver câncer ginecológico, a mulher reflete sobre suas condutas e aos comportamentos de seu companheiro. Procura saber de quem é a culpa. E quando ele foi “o único”, a situação torna-se ainda mais complicada, uma vez que só resta uma resposta, de acordo com a crença dela: ele manteve relacionamento extraconjugal. Oliveira (2005) explica que, ao se descobrir portadora de uma DST, a pessoa tende a desenvolver auto-reflexão a respeito da vida amorosa, das situações vividas com cada parceiro e da origem da contaminação.

A possibilidade do período de latência parece ser algo ainda desconhecido ou pouco presente no universo cultural investigado e, portanto, relações sexuais anteriores à união do

casal parecem ser desconsideradas pela mulher como fonte de contaminação do companheiro pelo HPV, mesmo em face das informações e orientações fornecidas pelo sistema de cuidados profissionais. Quando não apresenta sinais nem sintomas, o homem permanece inerte ao problema; mas a mulher, diretamente afetada com as conseqüências, tende a apresentar mudanças em seus sentimentos e comportamentos em relação ao companheiro, conforme confirmado nos depoimento a seguir:

Do dia do resultado do exame do CEDEFAM até o dia da consulta (na unidade de referência para DST) a gente não teve relação (...) (KALU).

Mudei muito, fiquei muito diferente com ele (...) Ele não mudou nada. Ele não pergunta nada sobre a doença porque não é esclarecido, não sabe nem o que é... Você saber que tem uma doença como essa, séria, e que não foi seu corpo que produziu... (expressão de rancor e mágoa). Por que quando você não sabe de onde vem a doença, tudo bem... Mas quando você sabe que a culpa é dele! Por que o único homem que eu tive foi ele... E já faz dez anos que a gente tá junto... Tem até um filho, mulher! Eu fiquei perguntando se ele não teve com mulher por aí, ele disse que não... (tom de dúvida) (ARIADNE).

O comportamento sexual antes da contaminação é determinado pela falta de cuidado do casal em relação à prevenção de DST, mais especificamente pela não-adesão ao uso do preservativo por parte do homem e pela ineficiência do poder de negociação e submissão da mulher. A importância que os homens atribuem à vivência do momento os leva a não avaliar as conseqüências do sexo dito não seguro, e a confiança que as mulheres têm em seus parceiros as fazem submissas do desejo deles (ALVES, 2004).

Após a contaminação, porém, a mulher desenvolve pensamento crítico sobre sua condição de saúde e acerca de seu “amor incoseqüente”. A gravidade que doenças como o câncer e a AIDS adquiriram no imaginário popular e suas correlações com o sistema de cuidados genéricos proporcionaram um cenário favorável para o autocuidado. Em um comportamento de autoproteção, as mulheres seguem rigorosamente as condutas orientadas pelos profissionais de saúde e evitam relações sexuais, temendo outras contaminações ou o agravamento de sua doença, conforme confessam estas entrevistadas:

Depois da consulta (na unidade de referência para DST), que a gente descobriu que os dois têm o vírus, e que o doutor disse que a gente podia ter, a gente tem relação usando camisinha. (KALU).

Só tive relação (sexual) com ele depois que a Dra me deu alta (...) Nem com camisinha nem sem camisinha (...) (ARIADNE).

A minha vida com ele mudou. Mudou mais da minha parte. Como eu te falei antes, eu sempre fico com medo quando o pênis dele penetra porque eu acho que a ferida no útero vai se abrindo. Ele não sabe disso... Quer dizer, eu acho que ele sabe... Eu espero que ele saiba! (risos) Mas mudou muito porque sempre eu fico dizendo: “Não, assim não, não coloca toda” Aí quando ele vem eu fico perguntando também: “Já lavou as mãos? Tomou banho?” Sei que isso quebra o clima. (ATENA).

Só depois do tratamento ficou tudo normal. A médica passou uma pomada vaginal e disse que eu tava de alta... Eu entendi que eu tava de alta pra ter relações... (...) Continuei tendo relações com camisinha. O comportamento dele não mudou... Quando fiz a CAF era pra ela (médica) ter me dado alta com um mês, aí eu fiquei esse tem sem ter relações... Acho que a gente não devia ter relações porque fica batendo (no colo uterino), né? Meu medo é no futuro. A gente pejeja pra esquecer, mas de vez em quando lembra... (DEMÉTER)

É interessante observar que, após o diagnóstico, as entrevistadas parecem ter (re) descoberto seus corpos. Uma anatomia antes desconhecida passa a adquirir familiaridade na linguagem das mulheres e a preocupação com os órgãos diretamente afetados pela DST, no caso dos últimos depoimentos, pelo HPV, é verbalizada e relacionada a crenças recentes constituídas na relação entre as informações profissionais e genéricas.

Ao receber o diagnóstico de HPV, a mulher procura informar-se sobre essa doença estranha, desconhecida. Ao encontrar a relação entre HPV e colo uterino, sobretudo tendo o estigma da palavra câncer permeando esta realidade, elas parecem desenvolver pensamentos sobre o que está acontecendo em seus corpos, a respeito da lesão (compreendida como ferida) que o vírus causa, e acerca de como podem se proteger de forma a evitar o mínimo de transtorno. Assim, compreendendo que durante a relação sexual o pênis pode atingir o colo uterino, elas evitam a penetração ou, pelo menos, a penetração profunda, pois acreditam que “o contato com o colo do útero pode fazer com que a ferida aumente”. Em estudo anterior, verifiquei que mulheres portadoras do HPV, após receberem o diagnóstico e serem devidamente esclarecidas sobre a doença e as condutas durante e após o tratamento, apresentaram uma atitude de autocuidado e cuidado com o parceiro (SOUSA, 2005).

As prevenções e cuidados oriundos de crenças e outros elementos culturais, apesar de trazerem prejuízos pelas punições exageradas em razão da doença, promoveram uma aproximação entre a mulher e seu autocuidado, despertando para um fato: a importância do autoconhecimento e da auto-estima para o autocuidado. Infelizmente, esses valores só são

incorporados após um evento negativo significativo, vivenciado pela própria mulher no processo saúde-doença.

Talvez por conta de a mulher não ter, muitas vezes, dentro da sociedade e dos sistemas de saúde, oportunidade para desenvolver reflexão e pensamento crítico a respeito de seus direitos como cidadã e de seu poder de transcendência, tenha se submetido a situações de risco por conta do amor e confiança em seu companheiro, ou mesmo pela falta de conscientização sobre a importância do amor próprio e da emancipação como elementos de promoção da saúde.

Uma das informantes, que possui dependência de seu parceiro no plano econômico, sentimental e sexual, mesmo após o diagnóstico, continua se expondo à contaminação pelo vírus HPV durante seu tratamento. Esta informante foi destacada por que, embora diferente das demais participantes do estudo (pois, mesmo após a contaminação, não apresentou comportamento de autocuidado), pode representar uma parcela da população feminina que necessita de um estímulo maior que o diagnóstico para a auto-reflexão a respeito de sua autonomia e capacidade de transcendência diante dos problemas incorporados no contexto saúde-doença, principalmente no âmbito sexual e reprodutivo. O contexto sociocultural e a condição psicossocial da informante fazem-na crer que o diagnóstico de DST soaria para o parceiro como uma prova de que ela estabeleceu relacionamento extraconjugal, o que, por sua vez, poderia acarretar a separação do casal. Isso é algo inimaginável para a informante, que atribui ao relacionamento e ao julgamento do parceiro um valor maior do que ao da proteção da própria saúde. O depoimento a seguir expressa parte do sentimento da referida informante:

Mas ainda fiquei sem querer contar a ele... Porque eu tenho medo de ele saber (do diagnóstico de DST) e ir atrás de saber se eu fiquei com outro homem. (...). Eu não quero que ele saiba que eu fiquei com outro homem porque ele vai achar que esse filho que vai nascer não é dele. (...) Minha vida conjugal continuou do mesmo jeito, porque ele vive vindo aqui, a gente tem relação... Mas como eu disse: a gente tem relação sem camisinha porque ele não gosta de usar e eu não posso contar do HPV. (PANDORA).

As mulheres, antes ou após a contaminação, necessitam de oportunidade de reflexão sobre seu estado de saúde-doença, principalmente no que tange ao âmbito da sexualidade, em que a submissão e a ineficiência do poder de negociação pela busca da saúde do casal ainda permanecem sublimes, mesmo depois das tão ressaltadas conquistas femininas na sociedade.

As questões de gênero, representadas pela submissão feminina no relacionamento sexual, parecem constituir entraves ainda maiores do que a falta de informação, uma vez que englobam também elementos culturais fortemente enraizados na sociedade.

A respeito deste fato, Freire (1999) ressalta que, apesar de não sermos capazes de conscientizar ninguém, podemos fornecer meios para que a pessoa desenvolva a própria conscientização. E esse meio é promovendo a auto-reflexão. Por intermédio da reflexão, o ser humano é capaz de assumir um compromisso de mudança para alcançar a democracia e a liberdade. Nesse contexto, o autor assegura que apenas o ser humano é capaz de se erguer e enfrentar seus problemas, e que para isso deverá estar em contato com a realidade e compreender-se como parte dela. Assim ele não será apenas um produto da cultura e da sociedade, mas um sujeito de transformação de sua visão de mundo e de seu modo de vida.

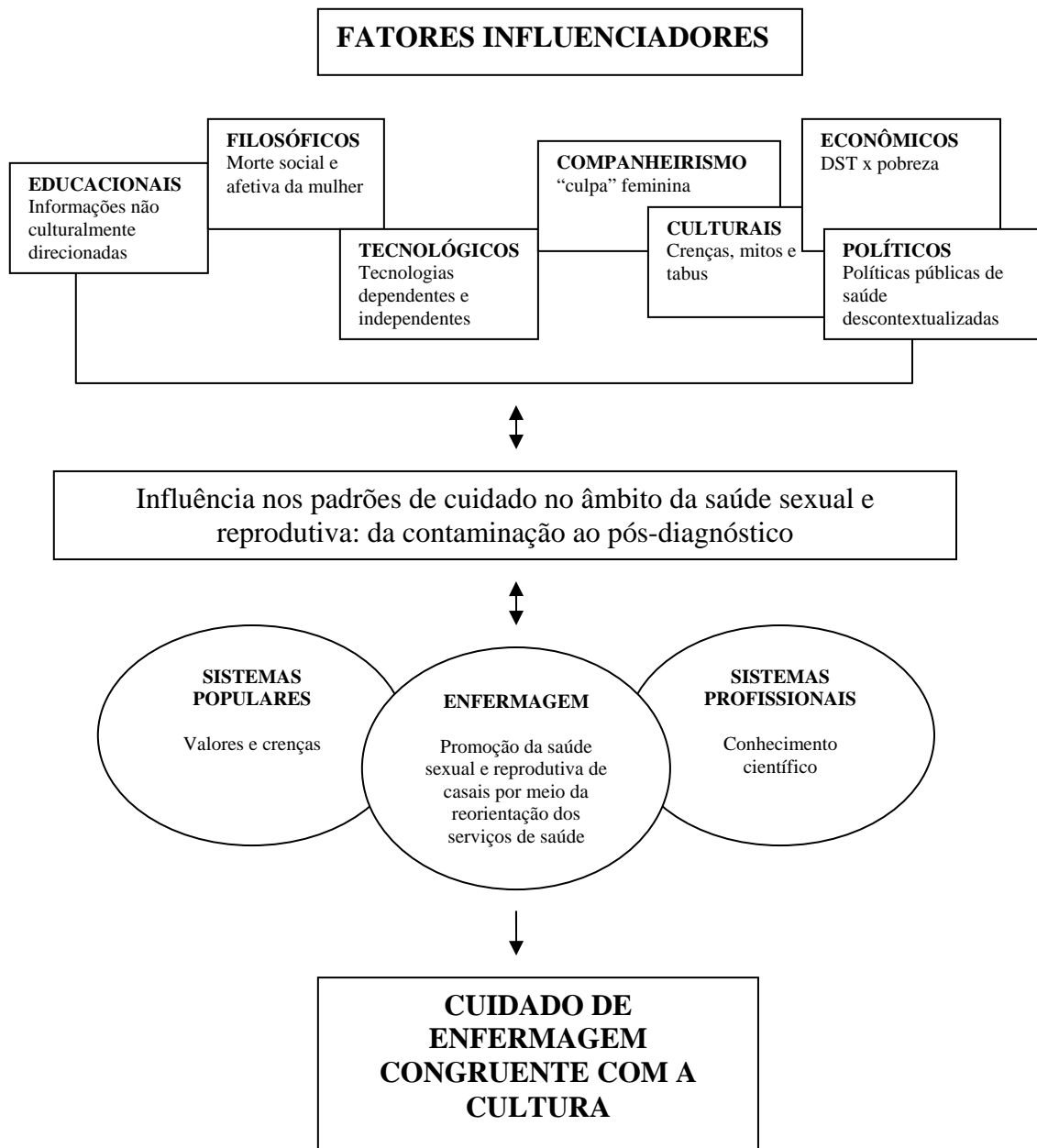
Garrafa e Pessini (2003) ressaltam que a autonomia que as pessoas têm em relação ao cuidado da própria saúde está relacionada aos direitos humanos à vida, à liberdade, à justiça e à felicidade. Nesse sentido, resta ao profissional compreender que deve promover o que os autores denominam de *alfabetização para a saúde*, a fim de que a cliente realize uma opção informada e aceite a responsabilidade de suas escolhas para sua saúde.

6 PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL DE CASAIS: perspectivas para o cuidado com suporte no modelo *Sunrise*.

Durante a análise dos dados obtidos desde a inserção no campo até a reconfirmação dos achados, foi possível perceber como diversos fatores que permeiam a estrutura social e cultural das informantes influenciam significativamente a forma como exercem elas a sexualidade e como promovem o autocuidado.

Para representar o cuidado cultural diante do risco e da contaminação por DST, utilizamos o modelo *Sunrise* (LEINIGER, 1991). Por meio deste, foi possível situar fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, de companheirismo e sociais, culturais e modos de vida, legais e políticos, econômicos e educacionais, todos inseridos no âmbito investigado, influenciando padrões de cuidados de mulheres em situação conjugal.

A identificação dos fatores influenciadores possibilitou a análise reflexiva a respeito da complexidade do problema da contaminação por DST em casais e da amplitude e importância da abordagem da cultura durante práticas de promoção da saúde sexual e reprodutiva. A interação dos diversos fatores contribuiu para a contaminação e para o comportamento em relação ao cuidado após o diagnóstico. Apresento, a seguir, a adaptação do modelo sunrise baseada nos achados deste estudo.



O fator educacional, representado neste estudo principalmente pela escola, forneceu bases importantes para que as mulheres viessem a obter uma visão geral sobre as DST por meio de seminários e palestras, por exemplo. A falta de informação sobre como prevenir DST não foi um problema, uma vez que todas afirmaram que na escola aprenderam que a forma mais segura para a prevenção dessas doenças é usando camisinha. As informações adquiridas, entretanto, não foram culturalmente direcionadas, o que ocasionou lacunas sobre a gravidade das DST para a saúde. O método tradicional de ensino, em que, de um lado, fica aquele que ensina, detentor do saber, e de outro, aqueles que aprendem, os alunos, parece ter sido um fator negativo para a conscientização das informantes deste estudo.

O impacto do diagnóstico de DST ocasionou a morte social e afetiva da mulher, conforme explicamos em momento anterior. Diante disso, a auto-reflexão a respeito do relacionamento com o marido ou companheiro desencadeou questões filosóficas sobre “como aconteceu isso?”, “como me deixei ser contaminada?” ou “de quem é a culpa?”. Uma revisão sobre a vida social e amorosa aconteceu e, nesse intervalo, as mulheres buscaram forças na religiosidade e tentaram barganhar a cura. Na realidade, fatores religiosos e filosóficos parecem se entrelaçar num misto entre a busca de respostas para os porquês e a busca de um bom prognóstico.

Após o diagnóstico, diante do desconhecimento sobre algumas DST, sobretudo o HPV, muitas das participantes buscaram esclarecimento mediante tecnologias dependentes (internet) e independentes (cartazes, sistemas de cuidados profissionais, revistas, vizinhos). Uma das informantes ressaltou a importância do fator tecnológico no contexto de seu adoecimento, relatando a pesquisa que pediu que um sobrinho fizesse na internet sobre o que é HPV. Após o diagnóstico, as mulheres descrevem detalhes da doença e do tratamento que antes não conheciam.

Por conta da importância do tratamento do parceiro e da preocupação que a mulher desenvolve após o diagnóstico, o casal tende a se engajar para resolver o problema da contaminação. Vale salientar, porém, o fato de que apesar de o homem contribuir após o diagnóstico, a contaminação ainda parece ser vista culturalmente como algo inerente à parte feminina: acredita-se que a contaminação veio de outra mulher (fora do relacionamento conjugal) e que o corpo feminino é o mais afetado pelos sinais e sintomas da doença. Diante disso, a mulher desenvolve uma espécie de autodiscriminação e tenta esconder o diagnóstico, compartilhando-o apenas com pessoas de confiança ou com mulheres que já apresentaram a mesma doença, isso com a finalidade de obter informações e apoio social.

Os valores culturais e modos de vida estiveram presentes durante toda a investigação do contexto analisado neste estudo. Identifiquei crenças de que a forma de contaminação acontece necessariamente pelo relacionamento extraconjugal, de que as DST são doenças advindas de mulheres de vida promiscua ou que não têm higiene, de que para prevenir-se eficientemente das DST é necessário utilizar duas camisinhas (uma sobreposta a outra) concomitantemente durante a relação sexual; mitos sobre a contra-indicação da realização do exame ginecológico em grávidas, de que apenas mulheres sexualmente ativas ou que apresentem algum sinal ou sintoma sugestivo de DST precisam procurar o Serviço de Ginecologia; e tabus envolvendo principalmente a convocação de parceiros (homens). Esses valores interferem no modo de vida e cuidado de casais na prevenção e durante o tratamento da DST.

O fator econômico é outro agravante no processo que determina a contaminação de casais por DST. Em momento anterior, foi citada a relação entre a população pobre e as DST. Essa relação advém do acesso restrito ou ineficiente à educação e aos serviços de saúde. É necessário salientar que esse tipo de acesso não se resume necessariamente ao acesso geográfico, uma vez que a população dispõe de escolas e serviços de saúde; entretanto, barreiras culturais podem prejudicar também a integração entre a população e os educadores (incluindo profissionais de saúde).

Toda a problemática que envolve o fenômeno da contaminação por DST vem a ressaltar a influência do fator político e também legal. Representado de maneira intrínseca, este fator foi citado sob a forma de falta de vagas em outros postos de saúde, ferindo o princípio de universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em interface incidência da contaminação por DST em casais pressupõe que a atual política pública de saúde voltada ao âmbito sexual e reprodutivo não contempla a população de forma homogênea nem o contexto cultural das pessoas. Considerar o problema da contaminação sob uma visão descontextualizada consiste em um agravamento, uma vez que a complexidade do problema exige políticas públicas culturalmente direcionadas para uma realidade nova, em que a população vulnerável não está mais concentrada apenas em homossexuais e profissionais do sexo. O crescente número de mulheres heterossexuais, dentre estas muitas em união estável, que acreditam, por conta de uma série de crenças e valores culturais, que não precisam se proteger porque não correm risco de serem contaminadas, exige que políticas públicas sejam lançadas com outra perspectiva sobre a população e com uma nova abordagem sobre o problema em si.

Diante disso, conforme orienta o modelo *Sunrise*, é possível perceber que as ações de Enfermagem devem estar em interseção com os sistemas populares (genéricos) e sistemas profissionais de saúde, a fim de alcançar o desenvolvimento de um cuidado congruente com a cultura, seja ele na prevenção de DST ou promoção e reabilitação da saúde sexual.

Para isso, o processo de preservação/manutenção, acomodação/negociação ou repadronização/reestruturação do cuidado cultural para promoção da saúde sexual de casais deve considerar o que vai além do exame de genitais. Os valores e crenças no contexto dos fatores influenciadores do cuidado devem ser investigados e valorizados durante a elaboração de estratégias de promoção da saúde.

A reorientação dos serviços de saúde no contexto da promoção da saúde sexual de casais, com respeito nos achados, consiste em preservar fatores favoráveis à saúde, como o comportamento de autocuidado da mulher após a contaminação, principalmente transferindo isso para a prevenção de novas DST.

No que concerne à negociação do cuidado cultural, é perceptível a necessidade de elaborar estratégias criativas que auxiliem os casais a, juntos, realizarem exames periódicos e a adaptarem-se ao uso do preservativo, inserindo aí a idéia de que o casal deve tratar de problemas referentes à sexualidade, e não apenas a mulher.

Sobre a repadronização do cuidado cultural, destacou-se a necessidade de reorganizar elementos culturais que prevalecem no consciente e subconsciente da população investigada, e que ensejam prejuízos de ordem física e psicológica, pois, respeitando algumas crenças e valores, mas esclarecendo idéias equivocadas que possam trazer malefícios à saúde, é possível proporcionar um modo de vida mais saudável que o anterior à contaminação.

Com suporte nos achados, finalizei esta investigação abordando, com as informantes, aspectos relevantes sobre cuidado congruente com a cultura e DST na conjugalidade. Por meio da identificação dos fatores culturais determinantes no risco para contaminação por DST, da investigação sobre o significado da contaminação para o casal e das perspectivas para o cuidado obtidas com base no modelo *Sunrise*, foi possível estabelecer um diálogo produtivo com as informantes após a coleta de dados, a fim de promover reflexão e esclarecer alguns conceitos culturais que poderiam influenciar negativamente a saúde sexual e reprodutiva dos casais. Com base nas conversas que tive com as informantes e no intuito de reafirmar o diálogo sobre DST na conjugalidade, elaborei um material informativo que foi distribuído entre as informantes. A idéia de desenvolver este material surgiu após a coleta de dados, no intuito de reforçar as informações e, talvez, multiplicá-las na comunidade. Ressalto, porém, que o material é sucinto e objetivo, não tendo a pretensão de esgotar o tema,

uma vez que o diálogo entre profissional de saúde e cliente deve ser o foco do processo de Educação em Saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto das doenças sexualmente transmissíveis (DST), principalmente depois do advento da descoberta do HIV, adquirem diversas representações ao longo dos anos. Caracterizadas como doenças de homossexuais e profissionais do sexo, hoje as DST atingem uma parcela oculta da população: mulheres heterossexuais com relacionamento estável. Essa nova realidade, porém, interage ainda com caracteres culturais herdados de gerações anteriores que exercem significativa influência nas condutas de casais em relação à prevenção de DST e ao comportamento pós-diagnóstico.

Na interface desta problemática, profissionais se vêem diante do desafio de ampliar a perspectiva sobre o cuidado, no sentido de abordar o fenômeno da contaminação por DST com a clientela retrocitada, antes não tão focalizada, e rever a questão com suporte em uma óptica totalizadora. O cuidado de enfermagem no âmbito das DST, com sua proposta de trabalhar a doença incorporando elementos que envolvam a dimensão biológica, mas também considerando a subjetividade, surge como estratégia para promoção da saúde e para a interrupção da cadeia de transmissão.

Por meio deste estudo, desvela-se o paradoxo entre o investimento na prevenção de DST e crescente número de mulheres contaminadas. Subentende-se a existência de lacunas que se iniciam na abordagem educativa na escola, perpassando os sistemas de saúde profissionais e atingindo os sistemas de saúde populares. Nesse sentido, foi possível verificar o entrelace de conceitos adquiridos e reformulados dos sistemas de saúde profissionais e populares, originando crenças, mitos e tabus que podem aumentar a vulnerabilidade ou, pela proibição e culpa exagerados, prejudicar o bem-estar do casal no contexto da pós-contaminação.

A produção cultural também influencia as relações de gênero. O evento da contaminação por DST na conjugalidade envolve ações de cuidado que passam por questões de gênero e cultura, as quais, por vezes, se entrelaçam. Isso pode ser percebido na ineficiência do poder de negociação e convencimento da mulher quanto ao uso da camisinha, na submissão feminina que faz com que algumas mulheres negligenciem o cuidado na prevenção de DST em decorrência da supervalorização do desejo do parceiro e na idéia de que DST são problemas apenas de mulher. A dependência emocional da mulher é perceptível neste contexto, enfatizando que, mesmo diante das conquistas do seguimento feminista na sociedade, ainda permanece o sentimento de que a mulher necessita da figura masculina para se reafirmar na conjuntura sócio-cultural. Assim, diante dos desejos e “supremacia” cultural

da figura masculina e de seus desejos, as mulheres se submetem às práticas de risco de DST. As relações de poder parecem impedir a negociação entre os homens e as mulheres informantes deste estudo, pois estas, mesmo se percebendo mais propícias a adquirir uma DST, não conseguiram negociar com o companheiro o uso de camisinha. A confiança afetiva depositada no parceiro sexual e a desinformação sobre o período de latência de alguns microorganismos também contribuem para a contaminação.

Como agravante à ineficiência da mulher em relação à prevenção de DST, é possível identificar que alguns homens se comporta como coadjuvante no problema, isso em parte por conta da ausência de sinais e sintomas e da importância que eles dão ao prazer do momento, negligenciando condutas de autocuidado.

Esses conceitos parecem estar enraizados culturalmente nas relações entre homens e mulheres, que assumem papéis passivo e ativo, respectivamente, no processo de cuidado da saúde sexual e reprodutiva do casal. A consciência a respeito da vulnerabilidade do corpo feminino às DST possui origens culturais de gênero enraizadas no subconsciente para enfatizar a representação das figuras masculina e feminina, sobrepondo suas singularidades. A contaminação da mulher, embora vista como biologicamente predeterminada, ainda atribui a ela o papel de ser desmoralizada, haja vista o fato de apresentar a doença e o companheiro não pressupor uma conduta de falta de cuidado, também carregada de elementos culturais transmitidos (e compartilhados) por gerações anteriores, nos quais as DST são consideradas doenças de mulheres “não limpas” e/ou de vida sexual promíscua.

O advento da descoberta do diagnóstico desperta, além de mágoa e de autopunição, sentimentos de autocuidado e proteção da saúde. Depois de descobrir-se portadora de uma DST, algumas mulheres tendem a revisar comportamentos de submissão e passam a expressar indícios de autonomia sobre seus corpos. Isso é percebido pelo seguimento das orientações de profissionais de saúde, quando as mulheres reivindicam de seus parceiros a colaboração no tratamento para a obtenção da saúde do casal. Esse impacto positivo, contudo, varia de acordo com o tipo de DST diagnosticada. DST diretamente envolvidas com a morte, o HIV/AIDS e o câncer (no imaginário popular), repercutem de modo mais incisivo, pois a etno-história prova para a população, por meio de exemplos reais, que essas são DST graves porque podem culminar na AIDS e no câncer de colo de útero. Já no caso de contaminação por *Trichomonas vaginalis*, a preocupação é momentânea. Apesar das orientações dos serviços de saúde, as mulheres não atribuem significativo valor à tricomoníase, desconsiderando o fato de ela servir de porta de entrada para outros tipos de DST.

Tomando essas evidências, revelam-se pontos positivos e negativos que precisam ser trabalhados dentro da complexidade da contaminação por DST em casais. A realidade do desenvolvimento de um comportamento de cuidado após o evento negativo do diagnóstico merece visão mais apurada de profissionais de saúde, pois representa, de certa forma, uma expressão cultural de cuidado. O antes e o depois da contaminação, na dinâmica do casal, revela que as mulheres podem “acordar” para a importância de cuidar da saúde sexual e reprodutiva depois de um evento negativo vivenciado. A realidade do risco da contaminação por DST na conjugalidade só passa a ser considerada uma possibilidade depois que o casal vivencia o diagnóstico, quando o choque diante da diagnose evidencia o abismo que ainda prevalece entre o risco das DST e o cotidiano de casais em união estável.

Com a promoção da auto-reflexão da mulher por meio da “sentença” de estar contaminada por uma DST, lançam-se bases para o desenvolvimento da conscientização não apenas diante de eventos negativos, mas, sobretudo, na prevenção dessas doenças. Uma vez que a promoção da saúde tem como bases uma visão positiva da saúde das pessoas, enfocando a saúde e o bem-estar em vez da doença ou sintomas, mesmo quando uma doença já está instalada, ressalta-se a alternativa de realizar uma abordagem de *empowerment* (empoderamento) durante o momento vivenciado pelo casal e, mais especificamente, pela mulher. Essa abordagem, no contexto da contaminação por DST, visa a extrair do problema uma possibilidade para conscientização sobre, entre outras coisas, o risco de novas contaminações e quebra da cadeia de transmissão.

A interação do profissional de saúde com mulheres portadoras de DST visando à saúde destas e de seus parceiros deve focar, no processo de Educação em Saúde, o que há de positivo, rever o que há de negativo e considerar a capacidade do casal de refletir sobre sua condição de vida, no intuito de alcançar o mais alto nível de saúde e bem-estar. Dessa forma, surgem expectativas para obtenção de um novo comportamento para o cuidado com a identificação de ações de cuidado que devem ser preservadas/mantidas, acomodadas/negociadas ou repadronizadas/reestruturadas.

O papel dos profissionais engajados na saúde sexual e reprodutiva consiste em procurar desenvolver meios para que as mulheres reflitam sobre a autonomia que possuem (devem possuir) sobre seus corpos, promover a conscientização masculina sobre a responsabilidade do casal (e não só da mulher) a respeito da saúde sexual do casal e elaborar estratégias educativas para que a questão do risco e da contaminação por DST seja tratada com o emprego de uma abordagem positiva, na prevenção de DST ou mesmo na promoção da saúde de casais já contaminados.

A elaboração do cuidado de Enfermagem, visando à plenitude do ser humano, requer a integração de saberes diversos, que, juntos, contribuam para a constituição de um cuidado eficaz. Fundamentado em saberes técnicos, científicos e populares, o processo educativo para o cuidado poderá promover a conscientização a respeito de saúde-doença, configurando uma importante estratégia de Educação em Saúde para promover a saúde.

No contexto da Educação em Saúde, a análise de culturas corresponde a um importante instrumento na busca por um cuidado de Enfermagem eficaz na prevenção de DST. As compreensões das crenças e dos valores, de como as pessoas vêem o mundo e se vêem como parte dele, das expressões culturais benéficas ou incoerentes, dos fatores que influenciam pensamentos e comportamentos sobre sexualidade dentro de uma comunidade/sociedade constituem o caminho para um cuidado congruente com a cultura e, portanto, com possibilidades maiores de obter resultados satisfatórios para a saúde.

Nesse sentido, tendo a promoção da saúde como filosofia do cuidado, subentende-se que este deve ser repensado em uma relação de bilateralidade, na qual cliente e profissionais de saúde interajam de forma democrática. Esse repensamento do cuidado, por sua vez, deve permear o sistema de saúde como um todo, incluindo meios de comunicação, unidades de saúde, políticas públicas, entre outros, e deve também ser exercido nos vários ambiente de atuação, como família, escola e unidades de saúde. Assim, vislumbra-se a noção de que, uma vez que procedido ao resgate da cultura no cuidado de Enfermagem na prevenção de DST, os serviços de saúde possam ser reorientados a considerar o que vai além do diagnóstico de DST como diretamente envolvido na promoção da saúde sexual e reprodutiva do casal.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M. D. S. **Papilomavírus e mal-estar: representações sociais de homens e mulheres.** Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC/Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 2004.
- ANDRÉ, M. **Etnografia da prática escolar.** Campinas, SP: Papirus, 1995.
- ARÁN, M. Os destinos da diferença sexual na cultura contemporânea. **Rev. Estud. Feministas**, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://ww.portalfeminista.org.br>>. Acesso em: 22 out. 2006.
- ÁVILA, M. B.; CORREIA, S. Discurso feminista no mundo ocidental. In: _____. **Direitos reprodutivos e a condição feminina.** Recife: [s.n.], 1989.
- BESERRA, E. P.; ARAÚJO, M. F. M.; BARROSO, M. G. T. Prevenções das doenças sexualmente transmissíveis: narrativas em uma área de espera. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 18-25, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde** (Declaração de Alma-Ata, Declaração de Adelaide, Declaração de Santafé de Bogotá, Rede dos mega-países, Carta de Ottawa, Declaração de Sundsvall, Declaração de Jacarta, Declaração do México). Brasília, 2001.
- _____. **Dados e pesquisas em DST e AIDS.** Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/final/dados/dst.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2006a.
- _____. **Prevalência de DST em populações específicas.** Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/final/dados/prevalência>>. Acesso em: 20 ago. 2006b.
- _____. **Boletim Epidemiológico AIDS.** Brasília, 2006c.
- CLOTET, J.; GOLDIM, J. R.; FRANCISCONE, A. F. (Org.) **Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil.** Porto Alegre: EDIPURS, 2000.
- COSTA, M. H.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar.** Rio de Janeiro: Rubio, 2004.
- DUARTE, G. DST durante a gravidez e o puerpério. In: PASSOS, M. R. L. **Deesetologia: DST 5.** Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.
- DUARTE, L. F. D. A outra saúde – mental, psicossocial, físico moral? In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S (Org.). **O viver em família em interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduem, 2004.
- FORQUIN, J. C. **Escola e cultura: as bases sociais e epistemológicas do conhecimento escolar.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

GARRAFA, V.; PESSINI, L. **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Loyola, 2003.

GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GLOSSÁRIO DA DEUSA. Disponível em: <http://www.geocities.com/brid_moon/Glossario.htm>. Acesso em: 28 de jul. 2007.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1992.

LARAIA, R. de B. **Cultura: um conceito antropológico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006

LEININGER, M. M. **Culture care diversity and universality: a theoría of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.

LEININGER, M. M. **Transcultural nursing: concepts, theories, research e practice**. [S.l.]: Mc Graw–Hill, 2002.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Florianópolis: UFSC/Pós – Graduação em Enfermagem, 2002.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MELLEIRO, M. M.; GUALDA, D. M. R. Explorando a fotovoz em um estudo etnográfico: uma estratégia de coleta de dados. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 2, p. 191-193, 2005.

MEDEIROS, L. C. M.; AZEVEDO, G. A. V.; MACHADO, F. M.; SOUSA, S. R. Práticas de cura utilizadas por rezadores no Piauí. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 112-117, mar. 2007.

MIELNIK, I. **Mãe, pais e filhos: encontros e desencontros**. São Paulo: Hucitec Graphbox, 1993.

MORIN, E. **Saberes globais e saberes locais: o olhar transdisciplinar**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.

MORSE, J. M.; FIELD, P. A. **Nursing research: the application of qualitative approaches**. Chentelhem, UK: Stanley Thornes, 1998.

NADAL, S. R.; MANZIONE, C. R. Identificação de grupos de risco para as doenças sexualmente transmissíveis. **Rev Bras Coloproct**. 2003;23(2):128-129.

OLIVEIRA, D. P. o paciente com DST: possíveis implicações na resposta sexual. In: PASSOS, M. R. L. **Deessetologia, DST 5**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

ORÍ, M. O. B.; XIMENES, L. B.; PAGLIUCA, L. M. F. *Sunrise* model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 15, n. 1, p. 130-135, jan./mar. 2007.

PARSE, R. M.; COYNE, A. B.; SMITH, M. J. **Nursing research: qualitative methods**. Bowie Md: Brady, 1995.

PASSOS, M. R. L.; PASSOS, M. D. L.; PASSOS, Z. P. S. Aspectos psicossociais das DST. In: PASSOS, M. R. L. **Deesetologia, DST 5**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

PASSOS, M. R. L. **DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis: se educar dá para evitar**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

PETRAGLIA, I. C. **Edgar Morin: a educação e a complexidade do ser e do saber**. Petrópolis: Vozes, 1995.

PINHEIRO, P. N. C. **A cultura masculina e sua influência na soropositividade pelo HIV à AIDS**. 2005. 105 f. Tese (Doutorado)–Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

PINHEIRO, A. K. B.; VARELA, Z. M. V. Desmame precoce x cotidiano familiar de nutrizes adolescentes. In: BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. (Org.). **Saúde da Família: abordagem multirreferencial em pesquisa**. Sobral: Edições UVA, 2002.

PÜSHEL, V. A. A.; IDE, C. A. C.; CHAVES, E. C. Modelos clínico e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar – bases conceituais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 2, p. 261-8, 2006.

ROSS, D. D.; KYLE, D. W. **Qualitative inquiry: a review and analysis**. Trabalho apresentado no Encontro Annual da AERA. New York, 1982.

SILVA, A. R. B.; MEREGHI, M. A. B. Compreendendo o estar com câncer ginecológico avançado: uma abordagem heideggeriana. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 2, p. 253-260, 2006.

SOUSA, L. B.; FERNANDES, J. F. P.; BARROSO, M. G. T. Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. **Acta Paul. Enferm.**, v. 19, n. 4, p. 408-13, 2006.

SOUSA, L. B. **Ser mulher portadora do HPV: uma abordagem cultural**. 2005. 33 f. Monografia (Graduação)–Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

VILLELA, W. V. Saúde sexual e reprodutiva como direitos humanos. In: PASSOS, M. R. L. **Deesetologia, DST 5**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

WINKIN, Y. **A nova comunicação: da teoria ao trabalho de campo**. Campinas: Papirus, 1998.

APÊNDICE A
ROTEIRO DE ENTREVISTA

1- O que você sabe sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST)?

- Você conhecia o risco do contágio?

- E seu companheiro?

- Gostaria de falar mais alguma coisa?

2- Como você foi diagnosticada com uma DST? Como você reagiu?

- E seu companheiro, como reagiu?

- Como você acha que poderia ter evitado a contaminação?

- Gostaria de falar mais alguma coisa?

3- Como ficou sua vida conjugal depois da descoberta da DST?

- Aconteceu algum fato marcante?

- Ocorreu alguma mudança no comportamento do casal?

- Gostaria de falar mais alguma coisa?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Leilane Barbosa de Sousa, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, estou realizando uma pesquisa, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Grasiela Teixeira Barroso, que tem por objetivo identificar a repercussão do diagnóstico de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (DST) no casal. Assim, você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que tem como título “A complexidade da contaminação por DST na dinâmica do casal”.

Por meio desta investigação pretendo investigar a realidade de casais que enfrentam o problema da contaminação por DST e, a partir daí, contribuir para uma melhor qualidade de vida desses casais. Para isso, preciso de sua colaboração, respondendo algumas perguntas. Caso aceite, explico que as perguntas serão feitas e as respostas serão copiadas por mim. Ressalto que as perguntas serão realizadas de forma a lhe causar o mínimo de constrangimento.

É necessário esclarecer que: 1 a participação na pesquisa será de livre e espontânea vontade; 2 ao participar da pesquisa, não ficará exposta a nenhum risco; 3 sua identificação será mantida em segredo; 4 você poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo de sua assistência; 5 será permitido o acesso a informações sobre o estudo; 6 somente após o devido esclarecimento e entendimento sobre o que foi acima explicado, poderá assinar este documento, caracterizando sua autorização em participar da pesquisa.

Em caso de dúvida, poderá entrar em contato com a responsável pela pesquisa (Enf^a Leilane Barbosa de Sousa) pelo telefone (85) 91235396 e pelo endereço: rua Padre Guerra n^o. 2279, Parquelândia. O Comitê de Ética em pesquisa (CEP) encontra-se disponível para reclamações pertinentes à pesquisa pelo telefone (85) 33888338 e pelo endereço: rua Coronel Nunes de Melo n^o. 1127, Bairro Rodolfo Teófilo. Fortaleza. Ceará.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

Enf^a. Leilane Barbosa de Sousa
Pesquisadora/entrevistadora

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura da testemunha

ANEXO A

Guia facilitador de Leininger de estranho para amigo confiável

Indicadores de Estranho**(Largamente ético ou visão do estranho)****Informante (s) ou pessoas são:**

1. Propensas a protegerem a si e aos outros. São vigias e guardiões contra intrusos. Desconfiados e questionadores.
2. Propensas a observar e atentas ao que o pesquisador faz e diz. Sinais limitados de confiança ao pesquisador estranho.
3. Céticas sobre os motivos e trabalhos do pesquisador. Podem perguntar como as descobertas serão utilizadas pelo pesquisador ou estranho.
4. Relutantes em dividir segredos e visões culturais como conhecimento privado. Protetores do modo de vida local, valores e crenças. Não gostam de ser sondadas pelo pesquisador ou estranho.
5. Não se sentem confortável em se tornar um amigo ou confidenciar com o estranho. Podem chegar atrasadas, não comparecerem aos encontros e algumas vezes fugirem do pesquisador.
6. Tendem a oferecer dados imprecisos: modificam “verdades” para proteger a si mesmo, sua família, sua comunidade e seus modos de vida culturais. Valores emic, crenças e práticas não são divididos espontaneamente.

Fonte: Traduzido de Leininger (1991, p. 82)

Dados Observados**Indicadores de amigo confiável****(Largamente emico ou visão do informante)****Informante (s) ou pessoas são:**

1. Menos propensas a se protegerem. Mais confiantes nos pesquisadores (seus “vigias não são tão atentos”). Menos desconfiados e menos questionadoras com os pesquisadores.
2. Observam menos as palavras e ações do pesquisador. Mais sinais de confiança e aceitação quanto ao novo amigo.
3. Menos questionadoras dos motivos, trabalho e comportamento do pesquisador. Cooperar e ajudam o pesquisador como um amigo.
4. Dispostas a compartilharem segredos culturais, e informações e experiências do mundo particular. Fornecem a maioria das visões locais, valores e interpretações de maneira espontânea ou sem questionamentos.
5. Índícios de que estão confortáveis, desfrutando de amigos e dividindo amizades. Fornecem presença, no momento combinado, e oferecem evidências de que estão sendo verdadeiramente amigas.
6. Desejam buscar “verdades” para serem objetivas com relação às opiniões, às pessoas, aos valores e aos modos de vida. Explicam e interpretam as idéias emic de maneira que o pesquisador tenha dados confiáveis.

Dados Observados