



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

MIRELLA TEIXEIRA JOCA

MULHER ACOMETIDA PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO
E REPERCUSSÕES NA FAMÍLIA

FORTALEZA

2007

MIRELLA TEIXEIRA JOCA

**MULHER ACOMETIDA PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO
E REPERCUSSÕES NA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Comunitária

Linha de Pesquisa: Enfermagem na Saúde da Família e Redes Sociais de Apoio

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ana Karina Bezerra Pinheiro

FORTALEZA

2007

MIRELLA TEIXEIRA JOCA

**MULHER ACOMETIDA PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO
E REPERCUSSÕES NA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dra. Maria Albertina Rocha Diógenes
Universidade de Fortaleza

Prof. Dr. Eugênio Santana Franco
Universidade de Aveiro/Portugal

Prof. Dra. Maria Dalva Santos Alves
Universidade Federal do Ceará

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho àqueles que de alguma forma me auxiliaram com o desenvolvimento deste estudo científico, assim como também para a população que necessita de esclarecimentos quanto ao tema pesquisado e para os admiradores da área de saúde.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me enviado ao mundo, ajudando-me a iluminar o meu percurso.

Ao meu pai, João, por ter me repassado princípios educacionais.

À minha mãe, Terezinha, que mesmo com sua dor me mostrava um sorriso nos meus momentos de angústias.

À minha irmã, Alessandra, que com sua maturidade luta para o meu crescer.

Ao meu cunhadinho, Flávio, que me viu menina, sendo como um irmão e conselheiro nas horas mais oportunas.

Aos meus sobrinhos, que me fazem sorrir e brincar, o Flavinho que se aproxima para consolar quando nota em mim a tristeza.

Ao meu amado esposo, Artur, que compreendeu durante muitos anos os nossos quilômetros de distância, e hoje continua sempre me apoiando e ofertando forças para o meu caminhar.

À minha grande amiga Camilla, que sempre esteve ao meu lado disposta a ajudar e estimulando nos afazeres, e mesmo, agora, com a presente distância física continua a prestar suas gentilezas.

A Aninha, que auxiliou no processo seletivo do mestrado, ajudando a organizar o currículo.

À família participante do estudo, por ter aceitado colaborar com a pesquisa.

Ao médico do consultório ginecológico escolhido para a pesquisa, por ter aceitado o meu pedido e se prontificar para esclarecimentos.

À Professora Doutora Ana Karina Bezerra Pinheiro, minha querida orientadora, convivendo comigo desde a graduação, com sua jovialidade, sabedoria, paciência e companheirismo ajudou a delinear meus caminhos na academia, sempre compreendendo os meus desafios e encorajando-me para trilhá-los.

Aos participantes da Banca Examinadora, que concordaram participar da avaliação da minha dissertação contribuindo com suas experiências e seus cabedais científicos.

À Professora Doutora Maria Grasiela Teixeira Barroso, que me despertou para o mundo científico da enfermagem.

Ao CNPq, por ter disponibilizado bolsas de estudo ao programa de pós-graduação da Universidade Federal do Ceará e esta ter me auxiliado com alguns custeios da pesquisa.

À Universidade Federal do Ceará, em especial ao Departamento de Enfermagem, por ter me proporcionado boas bases sobre enfermagem, além da realização do mestrado.

À Coordenação de Enfermagem, por não medir esforços para facilitar as necessidades dos alunos.

Aos colegas do mestrado, pelas vivências harmoniosas que tivemos.

A todos aqueles que não foram citados especificamente, mas que de alguma forma colaboraram para o meu engrandecimento, que fazem parte da minha vida e que contribuíram para a pesquisa.

ÁGUIA

A águia é a ave que possui a maior longevidade da espécie. Chega há viver 70 anos. Mas para chegar a essa idade, aos 40 anos ela tem que tomar uma séria e difícil decisão. Aos 40 anos ela está com as unhas compridas e flexíveis, não consegue mais agarrar as suas presas das quais se alimenta e o bico alongado, e pontiagudo se curva. Apontando contra o peito estão as asas, envelhecidas e pesadas em função da grossura das penas e, voar já está estupidamente difícil!

Então, a águia só tem duas alternativas, morrer ou enfrentar um doloroso processo de renovação que irá durar 150 dias.

Esse processo consiste em voar para o alto de uma montanha e se recolher em um ninho próximo a um paredão onde ela não necessite voar.

Então, após encontrar esse lugar, a águia começa a bater com o bico em uma parede até conseguir arrancá-lo.

Após arrancá-lo, espera nascer um novo bico, com o qual vai depois arrancar suas unhas.

Quando as novas unhas começam a nascer, ela passa a arrancar as velhas penas.

E só após cinco meses sai para o famoso vôo de renovação e viver, então, mais 30 anos.

Em nossa vida, muitas vezes, temos de nos resguardar por algum tempo e começar um processo de renovação.

E para que continuemos a voar um vôo de vitória, devemos nos desprender de lembranças, costumes e outras tradições que nos causaram dor... Enfim, saber perdoar!

Somente livres do peso do passado e com a presença do alívio do perdão, poderemos aproveitar o valioso resultado de uma “RENOVAÇÃO”!

Autor desconhecido

RESUMO

MULHER ACOMETIDA PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO E REPERCUSSÕES NA FAMÍLIA

Papilomavírus Humano (HPV) é um agente viral que causa doença infecciosa, de transmissão freqüentemente sexual, conhecida usualmente como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo, é o principal agente causal do câncer de colo do útero, podendo repercutir na vida do indivíduo infectado e na saúde da família. Os objetivos foram avaliar a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento da família composta por mulher acometida pelo Papilomavírus Humano, com base no Modelo Calgary; identificar possíveis influências causadas na estrutura familiar, em decorrência da doença; reconhecer influências no desenvolvimento e funcionamento da família, em decorrência da doença; identificar fatores os quais a mulher relaciona com a causa da doença. A pesquisa foi do tipo descritiva com abordagem qualitativa, tendo sido realizado um estudo de caso, no domicílio da participante, utilizando como referencial o Modelo Calgary de Avaliação de Família. A coleta de dados foi realizada em janeiro e fevereiro de 2007 através de entrevista semi-estruturada com o casal, genograma e ecomapa da família. A família era composta por quatro membros, o casal: Josué e Rosa; e seus dois filhos: Gabriel e Bela. Em exame ginecológico de rotina foi diagnosticado em Rosa uma verruga externa e uma pequena lesão na junção escamo-colunar do colo uterino. Todos os membros da família mantêm relacionamento saudável entre si, há um pouco de negatividade no vínculo entre Rosa e Gabriel, em decorrência das cobranças com relação aos estudos. O casal não se distanciou da sua rede social em decorrência do acometimento com o vírus. A esposa compartilhou o caso com o marido, culpando-o, mas posteriormente conseguiu conscientizá-lo da importância dos hábitos sexuais seguros. O casal conseguiu superar a fase crítica vivenciada, deixando como melhor repercussão a mudança de hábitos e maior afeição entre a família. Com relação ao tema HPV, verifica-se que muitas pessoas ainda o desconhecem, ficando a cargo dos profissionais difundirem o assunto com maior ênfase tanto entre as mulheres como os homens. Assim como também promover a educação em saúde, para que as pessoas reflitam a respeito da importância de utilizar o preservativo.

Palavras-chave: avaliação, família, doenças virais sexualmente transmissíveis, enfermagem.

ABSTRACT

ATTACKED WOMAN BY HUMAN PAPILLOMAVIRUS AND REPERCUSSIONS IN THE FAMILY

Human Papillomavirus (HPV) is one viral agent that causes infective disease, of transmission frequently sexual, known usually as acuminated conduloma, genital wart or cockscomb, it is the main agent that causes the cancer of the uterus colon as sure as can be with repercussion in the life of the infected individual and in the health of the family. The aims were to evaluate the structure, the development and the function of the family composed by attacked woman by Human Papillomavirus, based in the Calgary Model; to identify possible influences caused within structural family due to disease; to identify factors that the woman relates with the cause of the disease. The search was the descriptive type with qualitative boarding, having been realized one case study, at the home of the informer making use of the Calgary Model as one touched topic of family valuation. Datum collection was realized in January and February from 2007, through interview semi-structured with the couple, genogram and echomap from family. The family was composed of four members such as: the couple Josué and Rosa and their two children: Gabriel and Bela. By gynecological routine exam it was diagnosed in Rosa, one external wart and one small lesion in the scale-columnar junction of the uterus colon. All the members of the family maintain healthy relationship among them; there is a little bit of negativity in the entail between Rosa and Gabriel, due to charges with relation to studies. The couple didn't keep away from their social net, due to undertaking with the virus. The housewife shared the case with her husband, accusing him, but lately she got acquired him of the importance from safe sexual habits. The couple got over comes the grasped critical phases, overlooking as better repercussion, the changing of their habits and bigger affection among the family. With regard to the theme HPV, it had seen that many people unknown still, staying to the load from professional spread the subject with more emphasis as among women well as men. As well as to promote the education within health, in order to the people reflect to respect of the great importance in utilizing the prophylactic.

Key-words: valuation, family, sexually transmissible viral diseases, nursing.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	16
3. REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1. Descrevendo famílias	17
3.2 Conhecendo o HPV	18
3.3 Conhecendo o Modelo Teórico – Modelo Calgary	24
3.3.1 Avaliação estrutural da Família	27
3.3.2 Avaliação do desenvolvimento da Família	33
3.3.3 Avaliação funcional da Família	34
4. PERCURSO METODOLÓGICO	38
4.1 Natureza do estudo	38
4.2 Local da pesquisa	38
4.3 Sujeito da pesquisa	39
4.4 Procedimentos para coleta de dados	39
4.5 Apresentação e análise dos dados	41
4.6 Aspectos Éticos	41
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	42
5.1. Avaliação Estrutural	42
5.2. Avaliação de desenvolvimento	50
5.3. Avaliação Funcional	71
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
7. REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	83
ANEXOS	86

1. INTRODUÇÃO

O ser humano inicia com seu crescimento, a construção dos valores e da personalidade na família; posteriormente, interage com a sociedade, lapidando o seu modo de ser e agir.

Em uma comunidade, existem pessoas diferentes, divergentes em termos culturais, econômicos e raciais. Contudo, é normalmente na família que são explícitos os conflitos pessoais e os momentos de alegria, contribuindo para o acolhimento de seus membros.

A família é um elemento-chave não apenas para a sobrevivência dos indivíduos, mas também para a proteção e a socialização de seus componentes, transmissão da cultura, do capital econômico e da propriedade do grupo, bem como das relações de gênero e de solidariedade entre gerações. Representando a forma tradicional de viver e uma instância mediadora entre indivíduo e sociedade, a família opera como espaço de produção e transmissão de pautas e práticas culturais e como organização responsável pela existência cotidiana de seus integrantes, produzindo, reunindo e distribuindo recursos para a satisfação de suas necessidades básicas (CARVALHO, 2003).

Família pode ser definida de várias formas, podendo estar relacionada com a consangüinidade, com a afinidade, com os moradores da mesma casa, com o parentesco. Neste estudo adotarei a definição de Wright e Leahey (2002), que família é quem seus membros dizem que são, ou seja, quem a família considera como família, isto é, independente do tipo de laço existente, a pessoa escolhe os familiares de acordo com a afeição.

Segundo Carvalho (2003), nas sociedades contemporâneas ocidentais, o modelo arquetipo é a família conjugal tradicional, constituída pelo casal e seus filhos não emancipados, e que residem em um domicílio independente. Contudo, há uma separação nítida e crescente entre este modelo e a realidade mais plural, na qual uma proporção crescente de famílias não se enquadra neste padrão.

Resolvi realizar este estudo com a definição de família referida anteriormente, devido às mudanças que vêm ocorrendo na estrutura familiar, como exemplo a questão de gênero, outrora tinham que existir a figura feminina e a masculina, hoje já é vista somente a figura paterna ou materna com os filhos, ou até mesmo duas pessoas do mesmo sexo, sendo ou não, bem aceitos pela sociedade.

De acordo com Carvalho (2003), alguns fenômenos que traduzem as modificações na estrutura tradicional das famílias são: o aumento da proporção de domicílios formados por “não-famílias”, não apenas entre os idosos (viúvos), mas também entre adultos jovens que

expressam novo “individualismo”; a redução do tamanho das famílias; a fragilização dos laços matrimoniais, com o crescimento das separações e dos divórcios; incremento da proporção de casais maduros sem filhos; e a multiplicação de arranjos que fogem ao padrão da típica família nuclear, sobretudo de famílias com apenas um dos pais, e em especial, das chefiadas por mulheres sem cônjuge.

Carvalho (2003) afirma que, o declínio do poder patriarcal, de princípios e controles religiosos e comunitários mais tradicionais, traduziu-se em mudanças nas relações de gênero, na ampliação da autonomia dos diversos componentes da família e em um exercício bem mais aberto e livre da sexualidade dissociada das responsabilidades da reprodução. A presença de mulheres no mercado de trabalho passou a ser crescente, assim como a difusão e a utilização de práticas anticoncepcionais e a fragilização dos laços matrimoniais, com o aumento das separações, dos divórcios e de novos acordos sexuais.

Antigamente era comum a mulher depender financeiramente do companheiro, tornando-se assim submissa, aceitando os erros e acertos do marido, deixando velados os mais íntimos segredos, para preservar a estrutura familiar, até mesmo as relações extraconjugais, contudo, devido à emancipação da mulher, esta, hoje em dia, sente-se mais livre para tomadas de decisões.

Toda família tem momentos de alegria: a chegada de um filho desejado, a promoção no emprego, a compra de um bem material, como tem também os momentos de crises: a demissão do emprego, a perda de um ente querido, a participação de um membro com o abuso de drogas, a violência domiciliar, o acometimento por uma doença, relações extra-conjugais, entre outros.

Dentre os acontecimentos inesperados que podem acontecer no seio familiar, destaco o surgimento de doença em um membro. Todos os dias, várias pessoas são acometidas por algum tipo de doença, seja ela contagiosa ou não, e essas pessoas em sua maioria fazem parte de um contexto familiar. Segundo Wright e Leahey (2002) quando um membro de uma família está com problema, o cuidado deve se estender à família como um todo.

Uma das doenças que vem se tornando foco de atenção dos estudiosos e prioridade de políticas públicas são as doenças sexualmente transmissíveis (DST), pois são consideradas problemas relevantes da saúde pública devido à repercussão no processo saúde-doença e nas altas taxas de mortalidade que podem causar.

As DST estão entre as cinco principais causas de procura por serviço de saúde (OMS, 2001). Estas podem provocar sérias complicações, tais como infertilidade, abortamento espontâneo, malformações congênitas e até mesmo a morte, se não forem

tratadas; aumentam também a probabilidade, em pelo menos dez vezes, de contaminação pelo vírus da imunodeficiência humana. São doenças de difícil detecção, uma vez que acarretam poucos sintomas visíveis e, muitas vezes, apresentam-se de forma assintomática (CARRET *et al*, 2004).

O Papilomavírus humano (HPV) é considerado o agente viral mais freqüentemente transmitido por via sexual (NORONHA *et al*, 2005). Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde em 2001 cerca de 630 milhões de pessoas (9% a 13%) estavam infectadas com o HPV.

O HPV é uma doença infecciosa, de transmissão freqüentemente sexual, conhecida usualmente como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo (BRASIL, 2000). Segundo Tenório (2001), seu agente causal é um DNA-vírus capaz de modificar a célula epitelial infectada, em que, mais de oitenta tipos virais específicos já foram identificados, destes, de acordo com Noronha *et al* (2005), quarenta infectam o trato genital.

O Papilomavírus Humano possui relação com o câncer da epiderme e mucosas em vários locais, é o principal agente causal do câncer de colo do útero. O HPV apresenta uma infectividade que varia de 25 a 65%. A Organização Mundial de Saúde estima cerca de 30 milhões de novos casos por ano no mundo; que as taxas de incidência de infecção para o HPV alcancem cerca de 30 a 40% em pacientes abaixo dos 20 anos e após os 35 anos de idade essa prevalência diminui para cerca de 10%, e a infecção pelo HPV de alto risco (oncogênico) para cerca de 5%. Enquanto a infecção pelo HPV diminui com a idade, a incidência do câncer cervical aumenta, sugerindo que a prevalência da infecção pelo HPV é necessária para produzir lesões de alto grau. O pico de incidência do câncer de colo uterino ocorre 5 a 10 anos após a infecção pelo HPV. Pode-se afirmar que não existe câncer de colo de útero sem infecção pelo HPV e que, em mais de 97% dos casos, o HPV oncogênico está presente (FREITAS *et al*, 2001).

Até o presente momento ainda não lançaram as estimativas para o ano de 2007, as estimativas relativas ao ano anterior, definiam o câncer de colo do útero como o segundo mais comum entre mulheres no mundo, superado pelo câncer de mama, sendo responsável, anualmente, por cerca de 471 mil casos novos e pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano. O número de casos novos de câncer de colo do útero esperados para o Brasil em 2006 era de 19.260, com um risco estimado de 20 casos a cada 100 mil mulheres. No Nordeste, estimou-se 4.410 casos novos e, em Alagoas, estimou-se 210 novos casos, destes, 90 concentraria na capital, Maceió; esse estado sendo responsável por 5% da estimativa de novos casos dentro da região Nordeste. O Nordeste é a segunda região a

apresentar maior incidência desse tipo de câncer, perdendo apenas para a região sudeste (INCA, 2006a).

De acordo com Ceará (2002), o HPV é uma afecção que exige uma abordagem de caráter multidisciplinar, podendo acometer indivíduos em qualquer idade. Estima-se que haja, no Brasil, de 3 a 6 milhões de homens infectados. Em mulheres, um estudo com duração de doze anos mostrou que mais de 65% das infecções regredem espontaneamente, de acordo com a imunidade, e 14% progridem para lesões displásicas. A doença caracteriza-se pela recorrência elevada, em até 45% dos doentes tratados podem manter o vírus latente.

Dentre as mulheres ativas, 10 a 40%, principalmente as mais jovens, são infectadas por um ou mais tipos de HPV. Porém, a maioria das infecções é transitória. Na maioria das vezes, o sistema imune consegue combater de maneira eficiente esta infecção, alcançando a cura, com eliminação completa do vírus, principalmente entre as pessoas mais jovens. Qualquer pessoa infectada com HPV desenvolve anticorpos que poderão ser detectados no organismo, mas nem sempre estes são suficientemente competentes para eliminarem o vírus (INCA, 2006b).

Este vírus é transmitido principalmente através de contato sexual ou íntimo, sendo possível também o contágio por meio de roupa íntima contaminada ou assentos sanitários. Na maioria das vezes não causa sintomas, mas a mulher pode sentir leve prurido, dor na relação sexual, ou corrimento vaginal. Este vírus pode ficar instalado no organismo por um longo período sem se manifestar, entrando em ação em determinadas situações como na gravidez, em situações de estresse, dentre outras (CARVALHO, 2004).

Devido à relação que este vírus mantém com o câncer cérvico-uterino, provoca medo às suas portadoras, em que na maioria das vezes só descobrem a doença ocasionalmente, quando fazem o exame de detecção precoce do câncer de colo uterino. Entretanto, a não realização anual do exame dificulta o diagnóstico precoce, podendo assim além de favorecer ao agravamento da doença, estar sendo uma transmissora 'inconsciente' do vírus.

Enquanto estudante da área de saúde, mais especificamente da enfermagem, hoje já sendo também profissional de saúde, comecei a aprofundar os estudos na área saúde da mulher e suas relações com a família desde 2003, ainda na graduação, quando passei a fazer parte de um projeto de pesquisa, em que os estudos eram voltados para esta temática. Hoje, no mestrado, estreitei os estudos para saúde sexual e reprodutiva. Em decorrência da grande preocupação a nível de saúde pública, os vários questionamentos e anseios das mulheres com relação ao HPV, resolvi estudar este tema, como forma de compreender melhor os sentimentos e experiências das mulheres, acometidas por esse vírus, e seus familiares.

Como estas mulheres fazem parte de um contexto social, tive a intenção de pesquisá-la em seu contexto familiar, pois a participação e o apoio da família é tão importante quanto a pessoa índice para o melhor prognóstico da doença. Segundo Paes e Espírito Santo (2005), a família precisa ser ouvida e compreendida nas suas necessidades e dificuldades e nesse sentido, é fundamental que os enfermeiros incluam a família no planejamento e execução de suas ações junto ao cliente, seja no âmbito hospitalar ou domiciliar, pois o cuidado independe de espaço e tempo. Cuidado envolve compromisso, competência e responsabilidade do enfermeiro com a melhoria da saúde e qualidade de vida das pessoas sejam elas crianças, adultos ou idosos.

Em meus aprofundamentos didáticos e observando outros estudos, percebi a importância do apoio dispensado pelos familiares para que haja o bom desenvolvimento de qualquer acometimento, como é o caso de uma doença. A família como suporte social de apoio é de extrema importância, fazendo-se necessário a aproximação dos familiares, a família sendo considerada como um vínculo amoroso, de união (JOCA, 2004). Com isso venho questionar, será que a manifestação de uma doença sexualmente transmissível, em que muitas vezes os familiares desconhecem o fato, causa impactos na família? De que forma essa doença pode causar possíveis influências na estrutura, na dinâmica ou na função familiar? A qual fator a família associa o acometimento desta doença?

Para que o trabalho pudesse ser melhor desenvolvido, utilizei como suporte teórico o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), em que com ele torno-me capaz de conhecer e avaliar a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento de qualquer que seja a família, proporcionando então um meio eficiente de conhecê-la no seu modo de viver e experienciar o processo saúde-doença.

O Modelo Calgary de Avaliação da Família é “uma estrutura multidimensional, integrada, baseada em sistemas, cibernética, comunicação e fundamentos teóricos de mudança” (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

Então, é relevante estudar esse assunto, por haver a possibilidade de conhecer algumas das possíveis causas de crises e abalos na estrutura familiar, podendo assim esclarecer os achados proporcionando a diminuição das ameaças na unidade familiar, pois é através dos estudos e das descobertas que podemos solucionar ou amenizar diversos problemas.

2. OBJETIVOS

GERAL

- Avaliar a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento da família composta por mulher acometida pelo Papilomavírus Humano, com base no Modelo Calgary.

ESPECÍFICOS

- Reconhecer influências no desenvolvimento e funcionamento da família, em decorrência da doença;
- Identificar fatores os quais a mulher relaciona com a causa da doença.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Descrevendo famílias

Segundo Wright e Leahey (2002), a enfermagem tem compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A família oferece um significado para o bem-estar e a saúde de seus membros, assim como também a influência sobre a doença, isto deveria despertar o profissional de enfermagem para o cuidado centrado na família.

A enfermagem vem ampliando seus estudos na área de família, como a assistência direcionada a esse grupo, a busca do conhecimento da dinâmica familiar, seus sistemas e subsistemas e as relações intrafamiliares, pois o conhecimento do seu contexto saúde-doença, social, econômico e político é ponto relevante para quem deseja promover a saúde de famílias (MONTEIRO e BARROSO, 2002).

A família deve ser entendida como um sistema, composta pelos sistemas individuais e envolvida pelo supra-sistema. Toda família possui os seus membros, sistemas individuais e está inserida em um contexto, supra-sistema. De acordo com Wright e Leahey (2002), quando definimos família como um sistema, podemos ver a cada uma delas como uma unidade e focalizar a interação entre seus membros.

Quando um membro da família está doente, este sempre busca ou gostaria de ter algum de seus familiares para dispensar-lhe cuidados. A família é vista como a base do indivíduo, é uma instituição responsável pelo apoio físico, emocional e social de seus membros. É ela que dá origem à formação moral do ser humano, tendo, portanto, importância nas vidas das pessoas. Tal importância advém da concepção de que a família é ponto de referência e de segurança emocional dos seus membros, com os quais eles podem contar quando há necessidade de ajuda, além de responsabilizar-se pelos membros menores de idade. Apesar das manifestações afetivas fazerem parte da função da família, ela também tem o papel disciplinador, impondo limites aos seus membros (GOMES, GAÍVA e OLIVEIRA, 2002).

Se dentro das famílias não houver o papel disciplinador, principalmente entre pais e filhos, com o relacionamento complementar enquanto crianças, em que um inicia a ação e o outro acompanha a ação, pode haver muitas discórdias em decorrência da falta de estabelecimento dos papéis. Assim, entre o casal é importante haver o equilíbrio entre os relacionamentos complementares e simétricos, este é aquele em que cada um manifesta o

desejo de iniciar a ação, devendo haver discernimento e, sobretudo compreensão entre os dois.

A dinâmica familiar passou por muitas transformações, uma delas é a crescente participação da mulher na força de trabalho, conseqüentemente das dificuldades econômicas enfrentadas pela família. Isto faz com que exista uma nova posição na esfera do lar, alterando os vínculos afetivos entre seus membros (ROMANELLI, 2003).

Atualmente, os casamentos são muito frágeis, isto se deve principalmente às mudanças sócio-culturais que vêm ocorrendo na sociedade, o papel social que a mulher está desempenhando influi sobremaneira no relacionamento dos casais. Antes o papel da figura feminina era cuidar do lar e dos filhos, hoje os papéis se inverteram ou equilibraram-se, a mulher vai ao trabalho fora do lar, a mulher auxilia nas despesas da casa, os homens ajudam na educação dos filhos.

Cada família, assim como cada membro da família, possui uma maneira de reagir aos eventos decorrentes do cotidiano. Por isso, no processo saúde-doença o profissional de saúde deve saber escutar os problemas referidos e mostrar meios para solucioná-los, não inferindo a sua concepção como a verdade da família, pois esta depende de suas crenças.

3.2 Conhecendo o HPV

A educação em saúde é um assunto importante para os profissionais de saúde, favorece a promoção e a manutenção da saúde, sendo assim, um exercício de construção da cidadania. A educação sobre as DST é um assunto emergente, contudo já poderia ser mais esclarecido entre os cidadãos, pois de fato a prevenção e controle das DST é sempre foco de atividades educativas. É fundamental que essas doenças sejam discutidas, pois elas têm relação direta com a sexualidade, com a vida reprodutiva de homens e mulheres e, portanto, com a qualidade de vida das pessoas (PEREIRA, 2005).

Pereira (2005) afirma que as mulheres são mais suscetíveis às DST, devido a fatores sociais, fatores biológicos com as diferenças entre as genitálias, a passividade e desconhecimento que se espera da mulher relacionado à sexualidade, a falta de poder de barganha nas relações sexuais, a aceitação social com ocultamento da infidelidade masculina, e a dificuldade de acesso aos métodos preventivos controláveis pela mulher.

Apesar das mudanças na rotina das famílias, a mudança de papéis, em que antes os homens eram os provedores do lar, hoje, muitas mulheres já adentraram no mercado de trabalho, possuindo de certa forma mais autonomia sobre o seu ser; com relação à sexualidade

muitas ainda se vêem por trás do homem, como um ser frágil, sem autenticidade nos seus anseios.

Pereira (2005) ainda retrata que as DST estão entre os problemas mais comuns de saúde pública em todo o mundo, nos países industrializados ocorre um novo caso de DST para cada 100 pessoas, por ano, estando entre as cinco principais causas de procura por serviços de saúde nos países em desenvolvimento. As DST são infecções que podem ser transmitidas através do contato sexual sem proteção, ou de mãe para filho (antes ou durante o parto) ou por transfusão de sangue contaminado. Se não tratadas podem trazer complicações tanto para as mulheres quanto para os homens, como exemplo o maior risco de câncer cervical, inflamação e dor nos testículos e infertilidade.

As mulheres com história ou portadoras de doenças sexualmente transmissíveis, apresentam um maior risco de adquirir câncer cérvico-uterino, principalmente as infecções por HPV, representando 98% dos casos de câncer de colo uterino, transmitido por contato, sobretudo nas relações sexuais. Contudo é importante frisar que, nem toda lesão por HPV resulta em câncer (BRASIL, 1999).

A maioria das mulheres que são atingidas pelo câncer de colo do útero já foi infectada pelo vírus do HPV, porém nem sempre o vírus progride para o câncer.

De acordo com Neves *et al* (2004), a infecção pelo Papilomavírus humano é uma doença infecciosa, de transmissão freqüentemente sexual que acomete preferencialmente o trato genital inferior e região perineal. O HPV pertence ao grupo *Papovavírus*, em que é um DNA-vírus não cultivável. Atualmente, são conhecidos mais de 120 tipos de HPV, sendo que cerca de 40 deles podem infectar o trato genital.

A infecção causada pelo HPV pode apresentar-se de três formas: a) infecção clínica em que pode ser diagnosticada com visão desarmada, geralmente representada por condilomas acuminados, também chamado verruga genital ou crista de galo, ou seja, verrugas pequenas ou grandes, secas, podendo estar localizadas na vagina, vulva, colo uterino, pênis e ânus, podem causar prurido e corrimento; b) infecção subclínica em que é diagnosticada por citologia cérvico-vaginal, peniscopia, colposcopia e/ou biópsia; c) infecção latente em que só pode ser diagnosticada por meio de teste para detecção de HPV-DNA, a captura híbrida. O HPV normalmente não traz sintomas, podendo a mulher sentir leve prurido, dor no ato sexual ou corrimento vaginal. (CARVALHO, 2004).

Em muitos casos a infecção é assintomática ou inaparente, podendo ser visível com a aplicação de ácido acético a 5%, o vírus pode permanecer por muitos anos em estado de latência possibilitando assim o aparecimento de novas lesões (BRASIL, 1999). Quando o

indivíduo não consegue visualizar nenhum sinal da doença, torna difícil aceitar de que esteja doente, contaminado, o homem é um bom exemplo, pois a maioria das vezes a lesão é subclínica, logo muitos deles não aceitam o diagnóstico, às vezes ocorrendo desavenças no relacionamento e disseminando cada vez mais entre suas parceiras.

Segundo Parellada (2006), o principal meio de transmissão do HPV é através de contato sexual ou íntimo com pessoas infectadas. Entretanto, também é possível a contaminação por meio de objetos como toalhas, roupas íntimas, vasos sanitários ou banheiras. Devido a estes outros meios de transmissão, é preciso realizar um acompanhamento com o indivíduo que procura o serviço de saúde, convocando o (a) parceiro (a), para que não confirme o difusor de forma errada.

Quando o indivíduo é infectado pelo HPV o organismo pode reagir de três maneiras. Mais de 90% das pessoas infectadas conseguem eliminar o vírus naturalmente, em cerca de dezoito meses, sem ocorrer manifestação clínica; em poucos casos o vírus pode se multiplicar e então provocar o aparecimento de lesões, como as verrugas genitais visíveis sem o auxílio de aparelhos, ou lesões microscópicas que só são visíveis por meio de aparelhos, estas chamadas de lesões subclínicas; outra forma, o vírus pode permanecer latente dentro da célula por vários anos, sem causar nenhuma manifestação, somente com a diminuição da resistência do organismo pode desencadear a multiplicação do vírus e, conseqüentemente provocar o aparecimento das lesões (PARELLADA, 2006).

Parellada (2006) diz que, o período necessário para surgirem as primeiras manifestações da infecção pelo HPV é de aproximadamente dois a oito meses, mas este período pode perdurar por 20 anos; devido a variação do tempo de surgimento do sinal de infecção pelo vírus, torna-se difícil determinar com precisão a época e a forma que o indivíduo foi infectado pelo HPV. A verruga genital é altamente contagiosa, já a infecção subclínica tem menor poder de transmissão, porém na maioria das vezes, o indivíduo desconhece que é portador do vírus, podendo assim transmitir aos seus parceiros sexuais, sendo um meio veiculador do HPV.

De acordo com Neves *et al* (2004), os vários tipos de HPV estão divididos em três grupos de acordo com o potencial de oncogenicidade, baixo risco oncogênico, risco oncogênico intermediário e de alto risco oncogênico. A tendência está sendo considerar os subtipos de HPV com risco oncogênico intermediário como de alto risco. Os tipos de alto risco quando associados a outros co-fatores, como má higiene, tabagismo, multiplicidade de parceiros, apresentam estreita relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais e do câncer invasivo do colo uterino.

O diagnóstico de HPV pode ser feito pelo exame clínico em que geralmente se detecta as lesões condilomatosas, recomendando-se biópsia quando: a) existe dúvida no diagnóstico ou suspeita de neoplasia intra-epitelial, esta sendo uma lesão pigmentada, endurecida, fixa ou ulcerada; b) as lesões não respondem ao tratamento convencional; c) as lesões aumentam de tamanho ou número durante ou após o tratamento; d) ou quando a paciente é imunodeprimida. As lesões subclínicas são geralmente detectadas pelo exame de Papanicolaou, devendo posteriormente ser avaliadas pela colposcopia, identificando microscopicamente as lesões (NEVES *et al*, 2004).

O exame de Papanicolaou, exame de diagnóstico precoce do câncer do colo do útero, popularmente chamado exame preventivo, que também é chamado de esfregaço cérvico-vaginal, detecta alterações na célula causadas pelo HPV. É um exame indolor, de baixo custo e eficaz, em que o colo do útero é raspado com uma espátula e o material, coletado, as células, é colocado em uma lâmina de vidro e fixado, este material interpretado (avaliado) por um citologista (PARELLADA, 2006). Segundo Santos (2006), a mulher deve evitar relações sexuais, não usar duchas, medicamentos vaginais ou anticoncepcionais locais nos três dias anteriores ao exame, para que fique garantida a eficácia do resultado do exame. O exame não deve ser realizado durante o período menstrual, exceto se for um período prolongado.

Algumas mulheres evitam o exame, as causas são várias, como o medo do câncer e o medo do desconhecido, pois muitas não sabem como é o exame, o que vai ser introduzido em seu corpo, ficando claro a abordagem de como é realizado o exame nas palestras educativas.

A colposcopia é um aparelho de aumento, que permite examinar com mais detalhes o colo uterino, identificando com precisão o local e a extensão da doença, também é possível mostrar o local mais adequado para realizar a biópsia (PARELLADA, 2006). Para Neves *et al* (2004), a investigação colposcópica em presença de vulvovaginites ou cervicites torna-se limitada, com isso é recomendável realizar o tratamento dessas infecções antes do exame.

De acordo com Parellada (2006), o Papanicolaou é um método de rastreamento, em que identifica a alteração, porém não diz o local em que está instalada, e a colposcopia é um exame mais preciso, localiza a lesão, sendo assim dois exames complementares.

Existem também os testes que identificam os vários tipos de HPV, o teste de hibridização molecular por captura híbrida, pesquisa se existe material genético do HPV dentro das células do organismo humano, definindo o tipo e a carga viral. Quando a infecção pelo HPV é diagnosticada somente por meio da biologia molecular, sem apresentar lesões no Papanicolaou e colposcopia, não precisa ser tratada, é a infecção latente, nesta não há replicação viral, não existindo risco de transmissão do vírus. Na infecção latente o próprio

sistema imune do indivíduo se encarrega de combater o vírus. Mesmo após o tratamento das lesões, os testes de biologia molecular resultam positivo, até o organismo eliminar totalmente o vírus, o que em condições habituais o HPV demora cerca de 8 a 24 meses para ser eliminado do organismo (PARELLADA, 2006).

Parellada (2006) ainda retrata que a evolução, a manifestação e o tratamento são diferentes no homem e na mulher. Isto se deve, principalmente, às diferenças anatômicas e hormonais existentes entre os sexos. A mulher possui um ambiente mais favorável para o desenvolvimento e multiplicação do HPV, podendo ocorrer complicações mais sérias, como lesões, que, se não tratadas, podem evoluir para o câncer.

Conseguiu-se descobrir a vacina para esse vírus, esta foi um avanço no ramo da saúde, porém precisa-se ter o cuidado para continuar alertando as pessoas quanto às práticas de sexo seguro, para que a promiscuidade entre casais não seja estimulada, facilitando o aparecimento de outras doenças. Passos (2006) citou que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aprovou a vacina quadrivalente (tipos virais 6, 11, 16,18) contra Papilomavírose humana em 28/08/2006. A mesma vacina já havia sido aprovada, em junho de 2006, no México, nos Estados Unidos, na Austrália e no Canadá para aplicação em pessoas do sexo feminino na faixa etária de 9 a 26 anos. A vacina deve ser aplicada nessa faixa etária porque estudo de imunogenicidade em crianças e adolescentes (meninos e meninas) de 9 a 15 anos demonstra uma grande produção de anticorpos. Na verdade, bem maior do que na população mais velha.

A vacina estimula a produção de anticorpos específicos para cada subtipo de HPV, a proteção contra a infecção irá depender da quantidade de anticorpos produzidos pelo indivíduo vacinado. O tratamento completo, administrado em três doses durante seis meses, possui alto valor. Mesmo que se tenha a possibilidade, após diversas negociações com os laboratórios, para se implantar no calendário anual de imunização, a vacina não substituirá a realização rotineira do exame de detecção precoce do câncer cervical, será mais uma estratégia para o enfrentamento do problema. A duração da imunidade conferida pela vacina ainda continua indeterminada, baseia-se uma média de cinco anos (INCA, 2006b). Vale ressaltar que a mulher vacinada não está totalmente imune, uma vez que a vacina não protege contra todos os subtipos virais, devendo assim permanecer com hábitos saudáveis e conscientes de sexo seguro, e permanecer com a prática do exame ginecológico.

De acordo com Carvalho (2004), o tratamento para o HPV consistirá na remoção das lesões condilomatosas visíveis e subclínicas, pois não será possível erradicar o vírus, as recidivas são freqüentes. Para Neves *et al* (2004), nenhuma forma de tratamento assegura a

cura da infecção pelo HPV, espera-se que a remoção das lesões resulte em diminuição do risco de transmissão do HPV e que possa influenciar no risco de transformação neoplásica no colo uterino. É relevante os portadores deste vírus saberem da importância do acompanhamento com um profissional de saúde, para que possa se evitar a transmissão devido às recidivas, pois o indivíduo achando que por ter realizado o tratamento, possa supor que está curado.

O tratamento prévio de infecções vaginais concomitantes torna-se importante, pois pode haver regressão espontânea dos condilomas acuminados e das lesões subclínicas de baixo grau de malignidade do colo uterino. O tratamento das lesões por HPV pode ser diferenciado de acordo com cada caso, como a localização, o tamanho e número das lesões, o risco para transformação neoplásica, imunodepressão, gestantes (NEVES *et al*, 2004).

De acordo com Neves *et al* (2004), o tratamento para a vulva, períneo e região perianal pode usar ácido tricloroacético a 80%, podofilina a 25% em solução oleosa ou tintura de benjoim, podofilotoxina a 0,5% solução ou gel, diatermocoagulação, laserterapia, remoção cirúrgica, imiquimod a 5% em creme. A podofilina, a podofilotoxina e o imiquimod não devem ser utilizados durante a gestação. Para o meato uretral utiliza-se o ácido tricloroacético a 30% e a remoção cirúrgica. Para as lesões anais usa o ácido tricloroacético a 50% e a remoção cirúrgica e para a vagina e colo uterino pode ser utilizado o ácido tricloroacético a 80% e a remoção cirúrgica.

Neves *et al* (2004) ainda ressalta a importância de informar ao indivíduo a possibilidade de recorrência, isto é, o reaparecimento dos sintomas da doença, com isso deve ser realizado o acompanhamento, após 3, 6 e 12 meses do tratamento, aconselhando a mulher a realizar a citologia cérvico-vaginal periodicamente. O indivíduo deve ficar ciente de que pode ser infectante mesmo na ausência de lesões visíveis do HPV.

Muitas pessoas acham que, por utilizarem o condom como meio de prevenção para as DST e contraceptivo, estão totalmente precavidos de adquirir todas as doenças. Porém de acordo com Neves *et al* (2004), o condom não elimina totalmente o risco de transmissão do HPV, pois fornece proteção apenas para o corpo do pênis, o preservativo feminino oferece um pouco mais de proteção do que o masculino, porém é menos acessível.

De acordo com Carvalho (2004), a abstinência sexual durante o tratamento, e o tratamento dos parceiros sexuais é importante. O tratamento na gestante deve ser apenas para os condilomas, caso exista lesões subclínicas devem ser acompanhadas e reavaliadas após três meses depois do parto, o parto cesáreo poderá ser indicado nos casos de condilomas que provoquem obstrução do canal de parto ou risco de hemorragia.

É útil e esclarecedor para as enfermeiras, avaliar também o impacto da doença sobre a família e a influência da interação familiar sobre a causa, o curso e a cura da doença (WRIGHT E LEAHEY, 2002).

3.3 Conhecendo o Modelo Teórico – Modelo Calgary

O Modelo Calgary proporciona avaliar e intervir nas famílias em sua totalidade, não estuda somente o indivíduo, solitário, e sim este, dentro de um sistema, de um contexto. Wright e Leahey (2002) consideram a família como um sistema, que necessita ser compreendida como um todo.

Este Modelo proporciona uma estrutura que facilita o entendimento do funcionamento das famílias de modo interacional. O Modelo Calgary se subdivide em Modelo de Avaliação da família e de Intervenção na Família.

O Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), de acordo com Wright e Leahey (2002, p.65), “é uma estrutura multidimensional, integrada, baseada em sistemas, cibernética, comunicação e fundamentos teóricos de mudança, que consiste de três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional”.

O Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF) “é uma estrutura organizadora para conceptualizar a intersecção entre um domínio particular do funcionamento familiar e a intervenção específica proposta pela enfermeira” (WRIGHT E LEAHEY, 2002, p.151).

Para o melhor entendimento e aplicação do Modelo Calgary é importante o profissional conhecer as teorias subjacentes a este modelo. Wright e Leahey (2002) demarcam os fundamentos teóricos em que o Modelo Calgary se baseia, que são: teoria dos sistemas, cibernética, teoria da comunicação, teoria da mudança, biologia da cognição do pós-modernismo.

Com relação à teoria dos sistemas, Wright e Leahey (2002) referem que foi introduzida em 1936 por Von Bertalanffy e tem sido aplicada pelos profissionais de saúde para a compreensão das famílias. As autoras entendem família como um sistema, conceituam o sistema familiar como parte de um supra-sistema mais amplo, como vizinhanças, organizações ou comunidades religiosas, composto de muitos subsistemas, como pais-filho, cônjuge e irmãos. Os subsistemas são também compostos de subsistemas de indivíduos, pois estes são sistemas complexos compostos de muitos subsistemas, como sistemas físicos ou psicológicos.

Os sistemas são definidos por seus limites, em que ajudam a especificar o que faz parte ou não deles. Normalmente os limites estão associados aos sistemas de vida de natureza física, como o número de pessoas em uma família ou a cor da pele de um indivíduo. Portanto, é possível criar um sistema ao redor de idéias, crenças, expectativas ou papéis, construindo assim um limite. Como exemplo, um sistema de múltiplos papéis para uma pessoa como o de filha, esposa, irmã, enfermeira e mãe (WRIGHT E LEAHEY, 2002).

Ainda em relação aos sistemas e subsistemas familiares, é importante observar os limites, que devem ser permeáveis e restritos. Para Wright e Leahey (2002), se o limite da família for muito permeável, o sistema perde a identidade e a integridade, como abrir-se muito às idéias e absorção do ambiente externo, não permitindo a família empregar seus próprios recursos ao tomar decisões. Contudo, se for muito restrito, a família estará impedida de ter a necessária interação com um mundo mais amplo, como famílias migrantes, que a princípio tornam-se fechadas devido às grandes diferenças culturais.

Partindo do princípio que a família é um sistema, torna-se mais fácil a sua compreensão e de seus membros quando estudada em sua totalidade. Segundo Wright e Leahey (2002), ao estudar a família como um todo, é possível observar as interações entre seus membros, o que em geral explica o funcionamento individual de cada um deles. Às vezes, um fato significativo com um dos membros da família pode afetar a todos os outros.

Com relação à cibernética, de acordo com os pensamentos de Wright e Leahey (2002), é a ciência da teoria da comunicação e controle, observa os fenômenos simples desenvolvidos na família, como os relacionamentos conjugais, observando a comunicação circular. A comunicação circular pode ocorrer simultaneamente em vários níveis do sistema familiar, com isso a cibernética desloca-se para um contexto mais amplo.

Um terceiro fundamento teórico para melhor entender este Modelo é a teoria da comunicação, que para Wright e Leahey (2002) é a maneira pela qual os indivíduos interagem uns com os outros. É importante lembrar o significado de que a comunicação não verbal, expressão facial, entonação da voz e postura corporal, oferece ao contexto, portanto o comportamento é relevante apenas quando se considera o contexto imediato, sendo de grande importância utilizar a observação como meio de auxiliar a compreensão do contexto familiar.

Wright e Leahey (2002) ainda retratam os padrões típicos de interação familiar, em que abordam o relacionamento complementar e o relacionamento simétrico. No relacionamento complementar, as duas pessoas têm uma posição desigual, uma inicia a ação e a outra acompanha a ação, um complementando o outro, como na relação de mãe e filho. Enquanto que no relacionamento simétrico, as duas pessoas se comportam como se tivessem

uma posição horizontal, cada uma manifesta o desejo de iniciar a ação, criticar a outra, cada um expressa a sua vontade, como um grupo de amigos. Casais precisam vivenciar o equilíbrio entre situações complementares e simétricas, o relacionamento entre pais e filhos, precisa alterar do relacionamento complementar para o simétrico, à medida que os filhos vão amadurecendo.

Quanto à teoria da mudança, Wright e Leahey (2002) relatam que esta é uma alteração na estrutura familiar que ocorre como compensação das perturbações e tem a finalidade de mantê-la. A mudança está constantemente se desenvolvendo nas famílias, em que muitas vezes não é possível perceber, também pode acontecer uma transformação importante em toda a unidade familiar, como enfermidades, divórcio, desemprego ou óbito.

Segundo Wright e Leahey (2002), a mudança depende da percepção do problema. A maneira em que se percebe um problema específico tem implicações sobre o modo de intervenção e, portanto, como se efetuará a mudança e se esta será eficaz. É importante não tomar como verdade absoluta o discurso de um só membro da família, sendo relevante aceitar a percepção de todos os membros, oferecendo à família uma nova visão de seus problemas.

Somente identificar e compreender o problema não irá trazer mudança, pois a transformação depende da modificação de crenças e comportamentos. Complementam Wright e Leahey (2002), que a mudança não ocorre necessariamente de maneira igual em todos os membros da família, portanto uma pequena intervenção pode levar a uma variedade de reações. As mudanças podem ocorrer ou não com o auxílio de um profissional, sendo de responsabilidade da enfermeira facilitar a mudança em colaboração com cada família.

A biologia da cognição propõe que os seres humanos produzem diferentes visões para entender os eventos e experiências da vida, Wright e Leahey (2002) referem que, nós produzimos a realidade de acordo com o que interagimos com o mundo, conosco e com os outros.

Depois de ter relatado os fundamentos teóricos aos quais o Modelo Calgary se baseia, posso dar início ao estudo do próprio modelo. Nesta pesquisa adentrar-me-ei ao Modelo Calgary de Avaliação da Família.

O Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) identifica a família como uma estrutura multidimensional e integrada, sendo dividido em três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional, em que irá possibilitar uma visão ampla da estrutura familiar e sua interação.

Cada categoria possui várias subcategorias, em que pode ir formando uma estrutura, ainda mais definida da unidade familiar, contribuindo para uma melhor avaliação da família e

possível intervenção. As várias categorias e subcategorias ficam melhor visualizadas no diagrama ramificado do MCAF (anexo 1)

Segundo Wright e Leahey (2002), é importante definir quais subcategorias são relevantes e apropriadas para exploração e avaliação junto de cada família, ou seja, nem todas as subcategorias precisam obrigatoriamente ser avaliadas. Com isso deixa margem para que, no decorrer deste estudo, sejam referidas as subcategorias a serem analisadas.

Para que fique melhor compreensível o MCAF, descreverei a seguir as categorias e suas respectivas subcategorias.

3.3.1 Avaliação estrutural da Família

De acordo com Wright e Leahey (2002), ao avaliar uma família é preciso examinar sua estrutura, quem faz parte dela, o vínculo afetivo entre seus membros comparado com os indivíduos de fora e qual é o seu contexto. Ficando assim três aspectos da estrutura familiar para serem estudados: a estrutura interna, a estrutura externa e o contexto.

Estrutura Interna

Este aspecto possui seis subcategorias: composição da família, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas, limites.

I - Composição da família: esta subcategoria tem muitos significados em razão das muitas definições para o termo família. Há autores que definem de acordo com os fortes vínculos emocionais, com os relacionamentos a longo prazo; existem várias formas de composição da família na sociedade de hoje, como a família de procriação biológica, a família nuclear, a família de um só genitor, a família adotiva, a família comum e a família de homossexuais. Wright e Leahey (2002) observaram uma definição de família que abrangesse qualquer critério, em que a pessoa escolhe os membros da família. Esta definição não se restringe aos critérios de consangüinidade, de adoção e matrimônio, aos limites tradicionais de membro da família.

Com esta definição de família, deve ser indagado quem faz parte desta família e quem a família considera como família, respeitando assim as idéias dos membros da família no que diz respeito aos relacionamentos significativos e experiências de saúde e doença, ficando fundamentado nas crenças da família e não em quem mora na casa.

II – Gênero: o sexo, masculino ou feminino, é uma base fundamental para todos os seres humanos, assim como também uma premissa individual. É importante considerar na essência da conversação a forma diferente de homens e mulheres terem a experiência do mundo. O sexo é um conjunto de crenças sobre as expectativas de conduta e experiências femininas e masculinas, estas crenças são desenvolvidas por influências culturais, religiosas e familiares. O sexo desempenha um papel fundamental no cuidado de saúde da família, normalmente o papel de cuidar do filho é exercido pela mulher, mãe e esposa desta família (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

III – Orientação sexual: neste tópico inclui os homossexuais, heterossexuais e os bissexuais. Ao abordar este assunto precisamos de cautela, deixando de fora os nossos preconceitos e falta de conhecimento. Wright e Leahey (2002) dizem que, este aspecto deve ser abordado com vários níveis de aceitação, bem-estar e conhecimento, devendo ser observado a linguagem ao trabalhar com as famílias, assim como também observando a aceitação do membro na família.

IV – Ordem de nascimento: de acordo com Wright e Leahey (2002) esta subcategoria refere-se à posição dos filhos na família com relação à idade e ao sexo, ordem de nascimento, o sexo e a diferença de idade entre os irmãos são fatores importantes na realização da avaliação familiar. A posição dos irmãos no ambiente familiar é uma influência sobre a personalidade, porém não é fixa. O indivíduo transfere as experiências familiares para os ambientes sociais externos à família, contudo com o passar do tempo também ocorrem influências sobre a organização da personalidade fora do grupo de irmãos.

V – Subsistemas: caracteriza o nível de diferenciação do sistema familiar, podem ser delineados por geração, sexo, interesse, função ou história. Na família cada pessoa pertence a vários subsistemas diferentes, em cada um deles possui diferente nível de poder e utiliza diferentes habilidades, isto é possui divergentes tipos de papéis a serem exercidos. Por exemplo, um filho mais velho é um membro do subsistema de irmãos, do subsistema masculino e do subsistema pai-filho, comportando-se de acordo com sua posição em cada um dos subsistemas (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

VI – Limites: referem-se às regras para definir quem e como participa. Existe limite tanto no sistema quanto nos subsistemas familiares, cuja função é proteger a diferenciação destes entre

si, os limites tendem a mudar com o tempo. Os limites podem ser difusos, rígidos ou permeáveis, podendo facilitar ou restringir o funcionamento familiar. À medida que os limites se tornam difusos, diminui a diferenciação do sistema familiar. Por exemplo, os membros da família se tornam íntimos em termos emocionais, estabelecendo uma rica ligação entre eles, ficando com um alto senso de pertencimento à família e pouca autonomia individual, e um exemplo de limite difuso de subsistema é quando um filho recebe o poder de adulto para tomar decisões. Quando ocorrem limites rígidos os subsistemas tendem a se separar, já com os limites permeáveis permitem uma flexibilidade adequada, existem regras, mas podem ser moldadas (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

Estrutura Externa

Este aspecto possui duas subcategorias: família extensa e sistemas mais amplos.

I – Família extensa: de acordo com Wright e Leahey (2002) inclui a família de origem e a família de procriação, assim como a atual geração e membros da família adotiva. Os vários vínculos de lealdade dos membros da família podem ser imperceptíveis, mas são forças influentes na estrutura familiar, em que poderão recorrer para um eventual apoio. É útil avaliar a quantidade e o tipo de contato com a família extensa, a fim de obter informações sobre a quantidade e qualidade de apoio que possam vir a ser oferecidos.

II – Sistemas mais amplos: são as instituições sociais mais amplas e pessoas com as quais a família tem contato significativo. Os sistemas mais amplos abrangem sistemas de trabalho, bem-estar público, bem-estar da criança, tribunais, clínicas ambulatoriais, instituições autorizadas a prestar serviços a idosos com incapacitação física. Outro sistema de relacionamento mais amplo é a rede de computadores, com o avanço da tecnologia isso pode oferecer uma valiosa assistência às famílias em termos de informação, validação, empatia, conselho e estímulo. Para muitas pessoas a participação em sistemas mais amplos não é problemática, entretanto algumas famílias podem gerar relacionamentos difíceis. (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

Contexto

Para Wright e Leahey (2002), o contexto é a situação total ou as informações básicas relevantes a algum fato ou personalidade, em que cada sistema familiar está instalado em sistemas muito mais amplos que a vizinhança, classe, região e país, e é influenciado por eles.

Este aspecto possui cinco subcategorias: etnia, raça, classe social, religião e espiritualidade, e ambiente.

I – Etnia: refere-se ao conceito de unidade da família derivado da combinação de sua história, raça, classe social e religião. Descreve a qualidade comum dos processos sutis e manifestos transmitidos de geração em geração pela família, sendo em geral reforçada pela comunidade adjacente. É um fator importante que influencia a interação familiar (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

II – Raça: influencia a identificação essencial do indivíduo do grupo. As diferenças raciais, sejam intra ou interculturais, não são problemas, o que se torna problema é o preconceito, a discriminação e outros tipos de agressão intercultural com base nas diferenças. É importante entender os pontos de vista e as condutas de saúde da família influenciados por identidade racial, privilégio ou opressão. Atitudes raciais e discriminação são influências fortes sobre a interação familiar e, se não orientadas, podem representar restrições negativas nos relacionamentos entre família e enfermeira (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

III – Classe social: de acordo com Wright e Leahey (2002, p. 80) “esta subcategoria molda os resultados educacionais, de renda e ocupacionais”. Cada classe tem seu próprio conjunto de valores, estilos de vida e comportamento que influenciam a interação da família e as práticas de cuidado da saúde. A classe social afeta o modo pelo qual os membros da família se definem e são definidos, como organizam sua vida diária e como atendem aos desafios, lutas e crises. Assim como pode influenciar nas opiniões, valores e utilização de serviços de saúde.

IV – Religião e espiritualidade: influencia os valores, tamanho, cuidados de saúde e hábitos sociais da família. A religião influencia as crenças sobre doenças e adaptação, as emoções como paz, medo, culpa e esperança podem ser incentivadas ou balanceadas pelas crenças religiosas. A espiritualidade é um recurso pouco utilizado na atuação familiar, é a maneira pela qual as pessoas orientam suas vidas à luz de uma percepção interna, pode ser um anseio

de contato além da experiência da vida comum. Sendo importante observar se a religião e espiritualidade influenciam as práticas de cuidados da saúde da família (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

V – Ambiente: segundo Wright e Leahey (2002), o ambiente abrange aspectos da comunidade mais ampla, vizinhança e lar. Os fatores ambientais, tais como adequação de espaço, privacidade e acesso a escolas, creche, recreação e transporte público, influenciam o funcionamento da família.

Após a descrição da categoria estrutural do MCAF, relatarei os instrumentos úteis para a avaliação estrutural das famílias.

Instrumentos para Avaliação Estrutural

Para delinear as estruturas internas e externas da família assim como também o contexto as autoras do MCAF sugerem a utilização de dois instrumentos: o genograma e o ecomapa. Estes instrumentos foram desenvolvidos para assessorar na avaliação, no planejamento e intervenção das famílias.

Segundo Wright e Leahey (2002), o genograma é um diagrama do grupo familiar, é uma árvore familiar representando a estrutura familiar interna. Sua aplicação deve ser realizada na primeira reunião com a família, propiciando informações sobre os relacionamentos, podendo também incluir dados sobre saúde, ocupação, religião, etnia e migrações.

É prática usual incluir pelo menos três gerações, os membros da família são colocados em séries horizontais que significam linhagens de geração. Um casamento é denotado por uma linha horizontal, as crianças são denotadas por linhas verticais, sendo ordenadas em uma classificação da esquerda para a direita, começando pela mais velha. No genograma cada indivíduo da família é representado (WRIGHT e LEAHEY, 2002, p.85).

O nome e a idade da pessoa devem ser anotados do lado de dentro do quadrado, sexo masculino, ou do círculo, sexo feminino. Do lado de fora do símbolo, devem ser anotados dados significativos. Se um membro da família morreu, o ano da morte deve ser indicado acima do símbolo. Quando utilizado o símbolo de aborto, triângulo, identificar o sexo da criança caso seja conhecido (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

Para conhecermos os símbolos e ter um melhor entendimento do genograma faça a exibição destes na figura 01 e 02 respectivamente:

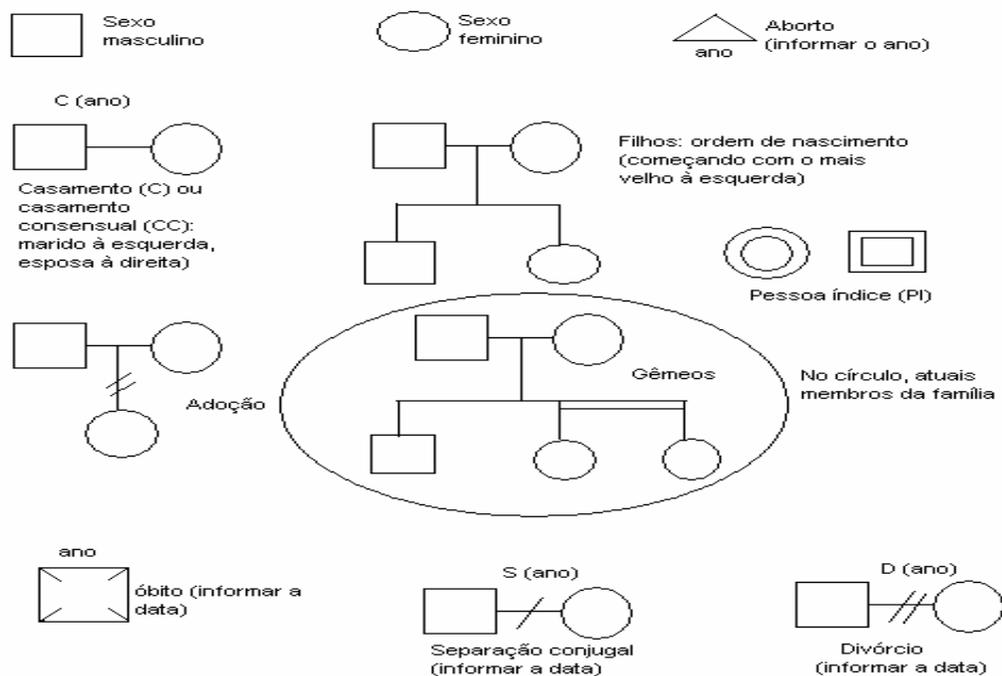


Figura 01 – Símbolos utilizados no genograma.



Figura 02 – Exemplificação de um genograma.

De acordo com Wright e Leahey (2002), o ecomapa é um diagrama do contato da família com outras pessoas além da família imediata, representa as conexões importantes entre a família e o mundo. O objetivo deste instrumento é representar os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos.

O genograma da família é colocado no círculo central a que se dá o nome de família ou membros da família. Os círculos externos representam pessoas, órgãos ou instituições no contexto familiar. O tamanho dos círculos não é importante. São desenhadas linhas entre a família e os círculos externos para indicar a natureza dos vínculos afetivos existentes. Linhas retas indicam fortes vínculos, linhas pontilhadas indicam vínculos tênues e linhas cortadas indicam relações estressantes. Quanto

maior a linha, mais forte o vínculo afetivo. As setas podem ser desenhadas ao longo das linhas para indicar o fluxo de energia e os recursos (WRIGHT e LEAHEY, 2002, p.92).

Para facilitar o entendimento do que seja ecomapa, exemplifico na figura 03:

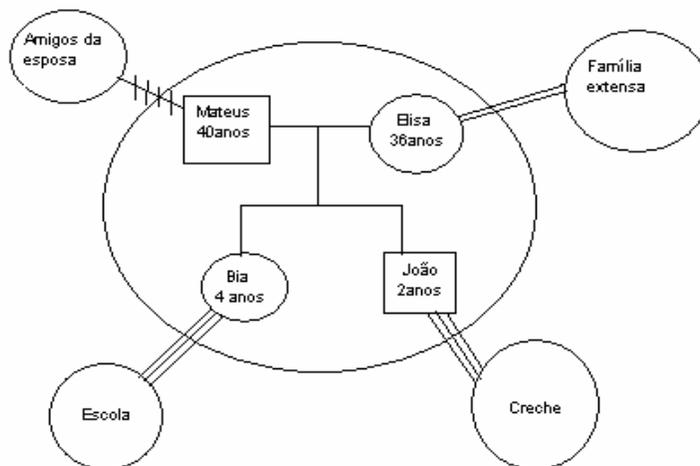


Figura 03 - Exemplificação de um ecomapa.

Wright e Leahey (2002) sugerem que seja realizada uma discussão com as informações do ecomapa juntamente com a família, para identificar os tipos de relacionamentos desejáveis que seus membros e parentes gostariam de ter.

3.3.2 Avaliação do desenvolvimento da Família

Além de conhecer a estrutura da família é importante a enfermeira entender o desenvolvimento do ciclo vital de cada família. O conceito de desenvolvimento da família é divergente do conceito de ciclo vital da família. O primeiro enfatiza a trajetória exclusiva construída por uma família, é modelado por eventos previsíveis e imprevisíveis, como: doença, catástrofes e tendências sociais. O segundo refere-se à trajetória típica que a maioria das famílias percorre, os eventos associam-se às entradas e saídas dos membros da família, como nascimento, educação das crianças, saída dos filhos de casa, aposentadoria e morte. Estes eventos provocam mudanças que necessitam de reorganização dos papéis e regras familiares. O curso deste evolui em seqüências, geralmente previsíveis, de estágios, a despeito das variações culturais e étnicas (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

Para Wright e Leahey (2002) além dos estágios e tarefas delineadores, implícitos à vida dos membros da família, é apropriado avaliar os vínculos afetivos entre os membros da

família. Os vínculos se referem a um laço emocional exclusivo e resistente entre duas pessoas. Estes vínculos afetivos entre os membros da família também são ilustrados com diagramas, os símbolos utilizados são semelhantes aos usados nos diagramas de avaliação estrutural (Figura 04).

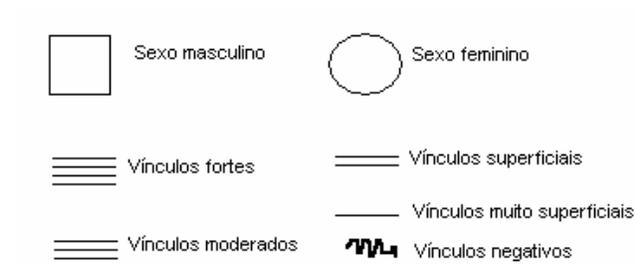


Figura 04 - Símbolos utilizados nos diagramas de vínculos.

3.3.3 Avaliação funcional da Família

Para Wright e Leahey (2002), a avaliação funcional diz respeito aos detalhes sobre como os indivíduos realmente se comportam uns com os outros. Existem dois aspectos básicos: instrumental e expressivo, em que a maioria das famílias precisa enfrentar a combinação desses dois aspectos.

Wright e Leahey (2002) ainda falam que as famílias são compostas de indivíduos, mas o foco da avaliação familiar é menor sobre o indivíduo e maior sobre a interação entre todos os membros da família, portanto, a família é vista como um sistema de membros que interagem. Devido a isto são muito importantes os relacionamentos do indivíduo com os membros da família e outros membros significativos de um ambiente social mais amplo.

Funcionamento instrumental

O aspecto instrumental do funcionamento da família refere-se às atividades rotineiras da vida diária, como alimentar-se, dormir, preparar refeições, mudar de roupas, e outras. Estas atividades, instrumentais da vida diária, normalmente são em maior número e frequência, assumindo um maior significado quando há um membro doente na família que passa a depender de outra pessoa (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

Funcionamento expressivo

Quando uma família não está se adaptando às questões instrumentais, normalmente surgem as questões expressivas. Embora tanto os comportamentos passados como os objetivos futuros sejam levados em consideração na avaliação funcional, o enfoque principal é o presente.

Este aspecto possui nove subcategorias: comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões.

I – Comunicação emocional: refere-se à amplitude e tipos de emoções e sensações demonstradas. Geralmente as famílias expressam um amplo espectro de sentimentos, como a felicidade, a tristeza, a raiva, mas famílias com dificuldades têm uma estreita variação de expressão emocional (WRIGHT e LEAHEY, 2002). As sensações dependem de como a família ou o membro da família se encontra e reage aos fatos.

II – Comunicação verbal: segundo Wright e Leahey (2002) concentra-se principalmente no relacionamento exposto pelo conteúdo verbal, ou seja, o enfoque está no significado das palavras, é importante a clareza na fala. A comunicação direta implica em que a mensagem está sendo enviada ao destinatário.

III – Comunicação não verbal: enfoca as mensagens paraverbais e não verbais transmitidas pelos membros da família. As mensagens não verbais incluem postura corporal, contato ocular, toque, gestos, movimentos faciais, dentre outros; a proximidade ou distância entre os membros da família também é um importante tipo de comunicação não verbal. Já a comunicação paraverbal compreende a tonalidade, o choro, gaguejos, dentre outros. A comunicação não verbal sofre influência da cultura e está estreitamente ligada à comunicação emocional (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

IV – Comunicação circular: esta subcategoria segundo Wright e Leahey (2002) refere-se à comunicação recíproca entre pessoas, uma pessoa pode influenciar o comportamento da outra. Um exemplo é quando a esposa está com raiva e critica o marido, o marido enraivece e evita tanto o assunto quanto a esposa, cada um acha que o problema está no outro, tornando assim um padrão circular. A comunicação circular também pode ter o padrão adaptativo, quando

uma das pessoas sente-se orgulhosa e dispensa elogios, assim o elogiado sente-se confiante e exerce o papel com bom desempenho.

Esta comunicação pode ser representada por meio dos diagramas de padrão circular (DPC), em que concretizam e simplificam as seqüências repetitivas observadas em um relacionamento. O DPC mais simples compreende dois comportamentos e duas inferências de significado, as inferências podem ser cognitivas, referem-se a idéias, conceitos ou crenças, ou podem ser afetivas, refere-se aos estados emocionais, ou ainda podem ser as duas. As inferências impulsionam o comportamento (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

V – Solução de problemas: de acordo com Wright e Leahey (2002) refere-se à capacidade da família em dar uma solução eficaz aos próprios problemas, nos quais é bastante influenciada pelas convicções da família a respeito de suas capacidades e êxitos passados. Muitas famílias extensas, quando estreitamente entrelaçadas, contam com os parentes para auxiliar na hora da necessidade, outras tendem a buscar auxílio de profissionais, amigos ou instituições.

VI – Papéis: esta subcategoria refere-se aos padrões de comportamento dos membros da família. Um papel é um comportamento constante em uma situação específica, mas os papéis não são estáticos, desenvolvem-se por meio de interações com outros indivíduos, são, portanto influenciados pelas aprovações e normas dos outros. Embora, na sociedade atual, prevaleça cada vez mais a mudança de papéis, tanto para as pessoas do sexo masculino quanto para as pessoas do sexo feminino, é preciso que a enfermeira avalie a maneira pela qual os membros da família se adaptam a seus papéis, alguns papéis são o de mãe, marido, amigo (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

VII – Influência e poder: de acordo com Wright e Leahey (2002), esta subcategoria refere-se aos métodos para afetar os comportamentos de um indivíduo. As questões de gênero são quase sempre entremeadas por questões de poder. A influência psicológica ou poder referem-se ao uso da comunicação e sentimentos para influenciar o comportamento, como os elogios, críticas, ameaças e indução de culpa. É importante observar as influências positivas e negativas utilizadas na família, a utilização do elogio relaciona-se de modo positivo ao sucesso, já as punições físicas, verbal e psicológica são influências constrangedoras.

VIII – Crenças: referem-se a atitudes fundamentais, premissas, valores e pressupostos adotados pelos indivíduos e pelas famílias. As famílias desenvolvem em conjunto crenças que

surgem de contextos de interações, sociais e culturais, as crenças constrangedoras diminuem as opções de solução de problemas e as crenças facilitadoras as aumentam. Uma transação curativa envolve, pelo menos, três séries de crenças: as do paciente enfermo, as dos membros da família e as da enfermeira. Cada ação e cada escolha feitas pelas famílias e pelos indivíduos desenvolvem-se a partir de nossas crenças, conseqüentemente as crenças moldam a maneira pela qual as famílias se adaptam a doenças crônicas e potencialmente fatais (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

IX – Alianças e uniões: Wright e Leahey (2002) afirmam que esta subcategoria concentra-se na orientação, equilíbrio e intensidade dos relacionamentos entre os membros da família ou entre famílias e enfermeiras. Embora os termos complementar e simétrico sejam usados para descrever o relacionamento a dois, o termo triângulo tem sido utilizado para distinguir um relacionamento entre três pessoas. A maioria dos relacionamentos familiares é organizada em torno de três pessoas, os relacionamentos não são unidirecionais, ainda que o membro do triângulo seja um bebê, um idoso ou alguém com incapacidade. A intensidade de cada relacionamento e a quantidade total de interação são razoavelmente equilibradas. Se um relacionamento se torna mais intenso, mais um ou dois se tornam menos intensos. Além disso, se um membro de um relacionamento entre três pessoas se retira, os outros dois se tornam mais íntimos. É importante que a enfermeira observe o grau de flexibilidade e fluidez na família, à medida que seus membros se ajustam a novas chegadas, morte ou doença.

Wright e Leahey (2002) observam a importância das enfermeiras inter-relacionarem os aspectos da avaliação da família:

Quando as enfermeiras avaliam esta subcategoria funcional de alianças e uniões, devem estar cientes de sua interligação com as categorias estruturais e de desenvolvimento. A subcategoria estrutural de limites é uma parte importante da subcategoria de aliança ou união, o limite define quem faz ou não parte do triângulo. Existem muitos triângulos e muitas alianças e uniões deslocadas nas famílias, entretanto é preciso para a enfermeira e para a família observar se estes são problemáticos ou enriquecedores. A subcategoria de desenvolvimento de vínculos também está interligada com a subcategoria funcional de alianças e uniões, os vínculos de uma família, ou os laços emocionais subjacentes, que têm uma qualidade estável ou durável, são semelhantes às alianças porque ambas implicam em uniões. A tendência dos vínculos é serem diferente das uniões, entretanto, a última implica em um alinhamento entre dois membros, ficando um terceiro membro dividido ou em oposição. (p. 141).

Após a explanação do MCAF, torna-se possível realizar a avaliação estrutural, de desenvolvimento e funcional de qualquer que seja a família, de qualquer classe sócio-econômica, ficando exposto o desenho daquela família.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Natureza do estudo

A pesquisa é do tipo descritiva, em que segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a finalidade dos estudos descritivos é observar, descrever e documentar os aspectos da situação, procurando assim conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir para modificá-la.

O estudo tem abordagem qualitativa por favorecer a avaliação da estrutura, do desenvolvimento e do funcionamento da família a ser estudada, utilizando como referencial teórico o Modelo Calgary de Avaliação de Família (MCAF), proposto por Wright e Leahey (2002). A pesquisa qualitativa aponta que os conhecimentos sobre os indivíduos somente são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida por seus próprios atores (POLIT, HUNGLER, 1995).

Foi realizado um estudo de caso, juntamente com uma família em que a mulher fora acometida pelo Papilomavírus humano. Segundo André (2005), estudo de caso não é um método específico de pesquisa, mas uma forma particular de estudo, em que tem a capacidade de retratar situações da vida real. O estudo de caso ilumina a compreensão do leitor sobre o fenômeno estudado, pode revelar a descoberta de novos significados, estender a experiência do leitor ou confirmar o já conhecido.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada inicialmente em um consultório médico de Maceió – Alagoas, este foi escolhido devido a minha acessibilidade, como pesquisadora; nele houve a escolha intencional da pessoa índice do estudo, por meio do acesso aos prontuários das pacientes acometidas pelo HPV, esta seleção foi baseada em alguns critérios especificados mais adiante, houve também nesse local o meu primeiro contato com a possível participante do estudo; e, posteriormente a pesquisa aconteceu no domicílio da selecionada para colaborar com a pesquisa.

Nesse consultório são realizados atendimentos ginecológicos particulares ou através de convênios de saúde, subentendendo-se que são atendidas mulheres com um melhor poder aquisitivo.

Em conversa informal com o médico deste consultório, ele relatou que do total de mulheres atendidas, 40% já foram acometidas pelo HPV. Destas diagnosticadas com o

vírus, 90% não precisam de tratamento. O médico deste consultório, conceituado em Maceió, além de outras atividades, realiza citologia, colposcopia e histopatologia.

4.3 Sujeito da pesquisa

Selecionei a participante do estudo de forma intencional e baseada em alguns critérios: 1- ter sido acometida pelo Papilomavírus humano em qualquer fase da sua vida; 2- ter uma família constituída; 3- ter mais de dezoito anos de idade; 4- ter sido diagnosticada e tratada no consultório particular selecionado; 5- aceitar participar do estudo.

4.4 Procedimentos para coleta de dados

Após a seleção intencional da mulher seguindo aos critérios de seleção especificados anteriormente, estabeleci um contato com a possível participante do estudo no consultório médico, neste encontro me apresentei, e informei a realização e os objetivos da pesquisa, após ter informado convidei para a colaboração do sujeito na realização da pesquisa. Com a resposta afirmativa para a participação no estudo, solicitei a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 1). Ainda neste primeiro contato, aproveitei o momento para agendar o próximo encontro, este sendo uma visita domiciliária. Nesse mesmo dia, aproveitei para colher alguns dados do prontuário da paciente, já que ela havia consentido participar do estudo.

Quando visitei a mulher acometida pelo HPV, aproveitei para convidar o esposo dela para também fazer parte da pesquisa, pois seria valiosa a participação dele, desde que poderia colher dados com mais de um membro da família, estabelecendo o indivíduo dentro de um sistema, sistema este a família, e devido à íntima relação da doença com o casal e não somente com um indivíduo. Com o aceite dele em colaborar com o estudo, solicitei a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Realizei quatro encontros com a família, sendo três deles com a mulher, pessoa índice da pesquisa, acometida pelo HPV, sendo um para cada categoria do Modelo proposto no estudo, isto é, estrutural, de desenvolvimento e funcional, e outro com o esposo dela. Em decorrência da falta de oportunidade em realizar um encontro com o esposo dela no mesmo

encontro que o dela, decorrente do tempo atribulado dele, marquei outro dia para que pudesse conversar com ele, com isso, baseado nas falas dela selecionei algumas questões para que o mesmo discorresse sobre o assunto.

A aceitação da colaboração pelos dois membros da família realmente foi enriquecedor, pois com isso foram ouvidos alguns fatos vivenciados pelos dois, Com estes encontros, ficaram esclarecidos os dados necessários para o desenvolvimento da pesquisa, contudo, deixei acordado com a família, que poderia retornar caso houvesse necessidade, no decorrer da análise dos dados, a fim de obter maior esclarecimento em algum fato que porventura ficasse dúbio, conseguindo com isso todos os dados precisos para a progressão do estudo. A periodicidade dos encontros foi de acordo com a minha disponibilidade e da pesquisada, sempre agendando o próximo encontro na visita anterior.

A amostragem intencional é baseada no pressuposto de que o conhecimento do pesquisador sobre a população pode ser usado para selecionar o caso a ser estudado. O pesquisador pode decidir, selecionar, propositalmente ou escolher o sujeito que irá participar da pesquisa (POLIT, BECK e HUNGLER 2004).

Segundo Kawamoto; Santos; Mattos (1995), visita domiciliária é um dos instrumentos mais indicados para se começar a trabalhar o indivíduo, a família e a comunidade, sendo assim um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial. É através dela que podemos avaliar as condições ambientais e físicas em que vivem o indivíduo e sua família. A visita domiciliária é um método de trabalho em enfermagem que tem como objetivo principal levar ao indivíduo, no seu domicílio, assistência e orientação sobre saúde e ainda, por se dar no domicílio, a visita possibilita compreender parte da dinâmica das relações familiares.

Realizei a coleta de dados em janeiro e fevereiro de 2007, coletei alguns dados do prontuário da mulher acometida pelo vírus, assim como também por meio de entrevista semi-estruturada com o uso de um gravador, para que posteriormente facilitasse a transcrição das falas como verdadeiramente aconteceram. A entrevista foi constituída de tópicos norteadores (apêndice 2) baseada no diagrama ramificado do MCAF (anexo 1), em que aborda aspectos de avaliação estrutural, de desenvolvimento e funcional da família. O genograma e o ecomapa da família foram estruturados de acordo com os dados coletados.

Auxiliando a entrevista, utilizei a observação livre para que pudesse ser percebida a comunicação verbal e não-verbal, estabelecidas pela participante do estudo e seu esposo, esclarecendo em alguns momentos assuntos relacionados ao estudo. Para Cruz Neto (1995), a observação livre é feita através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado,

com a intenção de obter informações desejadas sobre a totalidade do contexto da realidade dos sujeitos pesquisados, em seus princípios e particularidades.

A entrevista semi-estruturada é usada quando o pesquisador tem uma lista de tópicos, questionamentos básicos interessantes à pesquisa, que devem ser alcançados. O entrevistador utiliza um guia de tópicos escritos para garantir que todas as áreas das questões sejam respondidas, bem como surgem outros questionamentos advindos do desenvolvimento da própria entrevista, das informações recebidas do sujeito da pesquisa. A função do entrevistador é encorajar os participantes a falar livremente sobre todos os tópicos constantes no guia (POLIT, BECK e HUNGLER 2004).

4.5 Apresentação e análise dos dados

Apresentei os dados com as falas pertinentes da mulher acometida pelo HPV e de seu esposo. A partir das falas identifiquei pontos relevantes para que pudesse subdividir com base no Modelo Teórico em três categorias: avaliação estrutural, avaliação de desenvolvimento e avaliação funcional. Posteriormente, recorrendo aos fundamentos teóricos do estudo e pesquisas já existentes, estas na maioria com a temática HPV e família, pois existem poucas fontes divulgando o Modelo Calgary, estabeleci a conexão entre os temas família, Papilomavírus humano e o Modelo Calgary, para assim realizar os apontamentos do estudo.

4.6 Aspectos Éticos

Respeitei os princípios éticos e legais da pesquisa que envolve seres humanos, de acordo com a Resolução nº 196/96. Para tanto enviei o projeto da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará para apreciação, tendo sido posteriormente aprovado (anexo 2).

Para entrada no campo, solicitei por escrito à mulher e ao esposo a participação na pesquisa, sendo informado o propósito da pesquisa; conforme aceitação, ainda solicitei que os mesmos assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido.

Informei ao casal de que os dados da pesquisa seriam divulgados com fins científicos, porém sempre sendo preservadas as suas identidades e de seus familiares.

Utilizei nomes fictícios para os membros da família em estudo, tornando garantido o anonimato dos mesmos, estes nomes foram escolhidos de forma aleatória por mim, pesquisadora.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. Avaliação Estrutural

A família em estudo é constituída por Josué, com 37 anos de idade, provedor do lar, empresário e excessivamente envolvido com o trabalho; por Rosa, pessoa índice da pesquisa, com 30 anos de idade, administradora; por Gabriel, com 12 anos de idade, que está cursando o 8º ano, antiga 7ª série do ensino fundamental; por Bela, com 6 anos de idade, que está cursando o 2º ano, antiga 1ª série. No lar vivem apenas eles quatro.

Todos os integrantes desta família possuem boa base educacional, pois tanto os pais estudaram, quanto os filhos estudam, em escolas particulares de renome da capital, assim como têm um bom nível sócio-econômico. A casa é própria, com serviço de água, luz, telefone, internet e televisão com canais por assinatura, dois carros e a média da renda familiar é oito mil reais por mês.

Rosa mostrou espontaneidade em suas falas, participando ativamente da entrevista, sem apresentar nenhum receio com relação aos assuntos abordados, enfatizava bastante quando se referia à causa da doença, para ela, com bastante clareza, que adquiriu através da relação sexual e em consequência de relacionamentos extraconjugais do marido.

Em 1998, Rosa sofreu um aborto espontâneo, tinha apenas três semanas e dois dias de gestação; foi diagnosticado que era uma gravidez anembrionária, não foi necessário realizar nenhum tipo de tratamento, ou curetagem. Rosa ficou abalada com o aborto sofrido, mas procurou superar depois das explicações do médico que ali não existia embrião, que não havia sido aborto de uma vida, pois ali não existia vida, com isso conseguiu se conformar e tranquilizar-se. Para ela, momento sofrido sempre une o casal, quando não ocorre briga entre eles. Ela se acha feliz com o seu casamento e não gostaria de realizar nenhuma mudança.

Utilizei os dois instrumentos propostos pelo Modelo Calgary de Avaliação para avaliar a estrutura da família em questão, o genograma e o ecomapa, para que fique melhor a visualização de todo o grupo familiar de forma simplificada.

O genograma apresenta por meio de diagrama todo o grupo familiar. Segue a demonstração da família de Rosa e de Josué, estando circulada a família nuclear, ou seja, quem a informante do estudo considera como família.

Josué é o único filho do sexo masculino e é o filho mais novo da prole de três filhos; Rosa é a filha mais velha da prole de duas filhas. Rosa e Josué casaram-se no ano de 1994 e

tiveram dois filhos: um menino, Gabriel e posteriormente uma menina, Bela. Tanto os pais de Josué quanto os de Rosa, estão vivos e continuam casados.

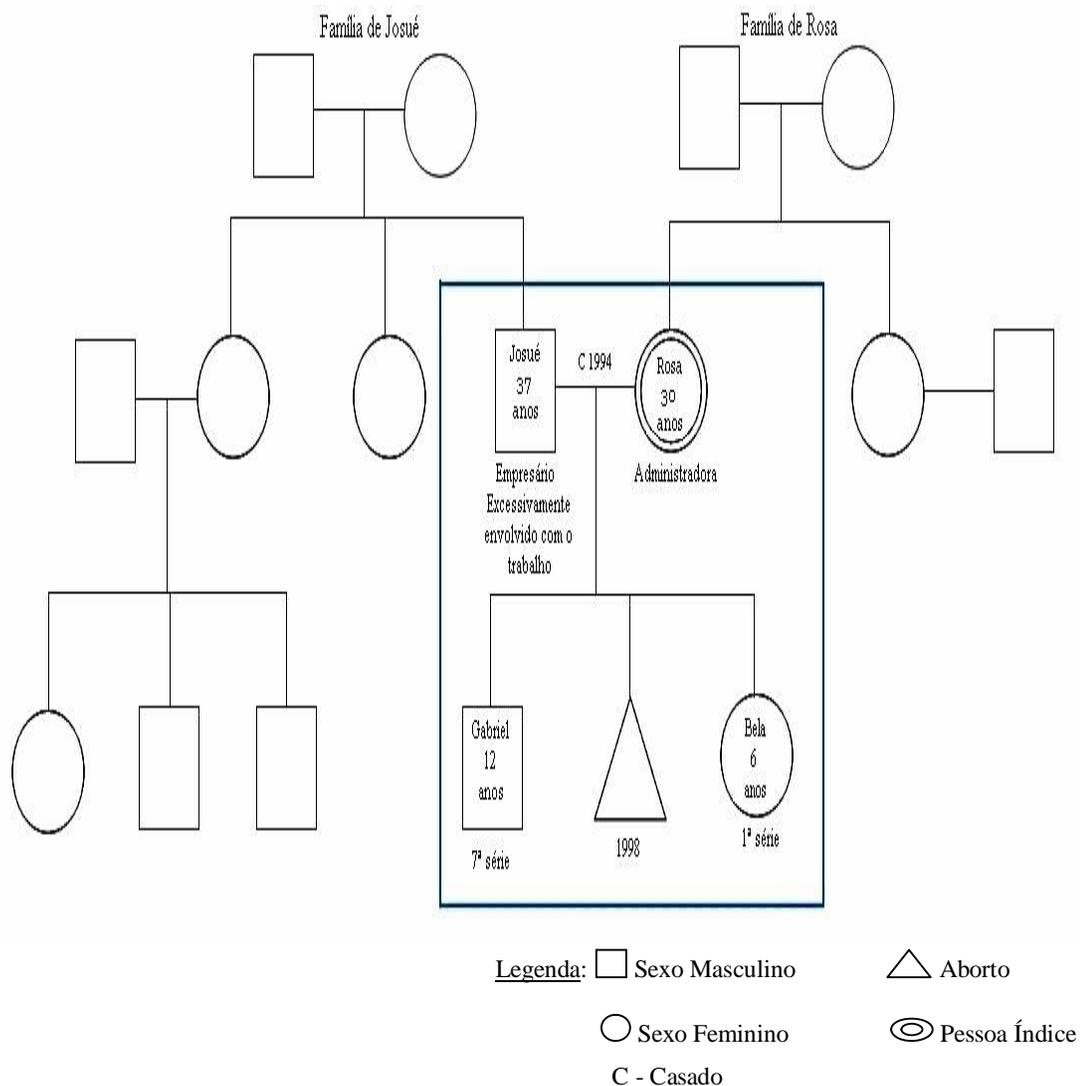


Figura 05 – Genograma.

Essa família vivencia dois estágios do ciclo vital: o primeiro é a fase de família com filhos pequenos, em que segundo Wright e Leahey (2002) durante este estágio, os adultos tornam-se responsáveis pela geração mais jovem. Quando os pais se envolvem de modo intenso na profissão, a questão sobre assumir a responsabilidade e lidar com as demandas das crianças dependentes tornam-se desafiadoras para a maioria das famílias, a reorganização de responsabilidades no eixo trabalho-família devem ser enfrentados pelo casal e não somente pela mulher. O segundo estágio vivenciado por essa família é o de família com adolescentes,

para Wright e Leahey (2002), esta é uma fase caracterizada geralmente como de transtorno e transição intensos. Ocorrendo grandes mudanças biológicas, emocionais e socioculturais com uma enorme rapidez.

Ao avaliar os relacionamentos da família de Rosa com os sistemas mais amplos por meio do ecomapa, percebi que o contato deles, com a família extensa, tanto de Rosa como de Josué, é significativo. Rosa tem maior contato com a sua irmã, esta freqüentemente visita sua residência.

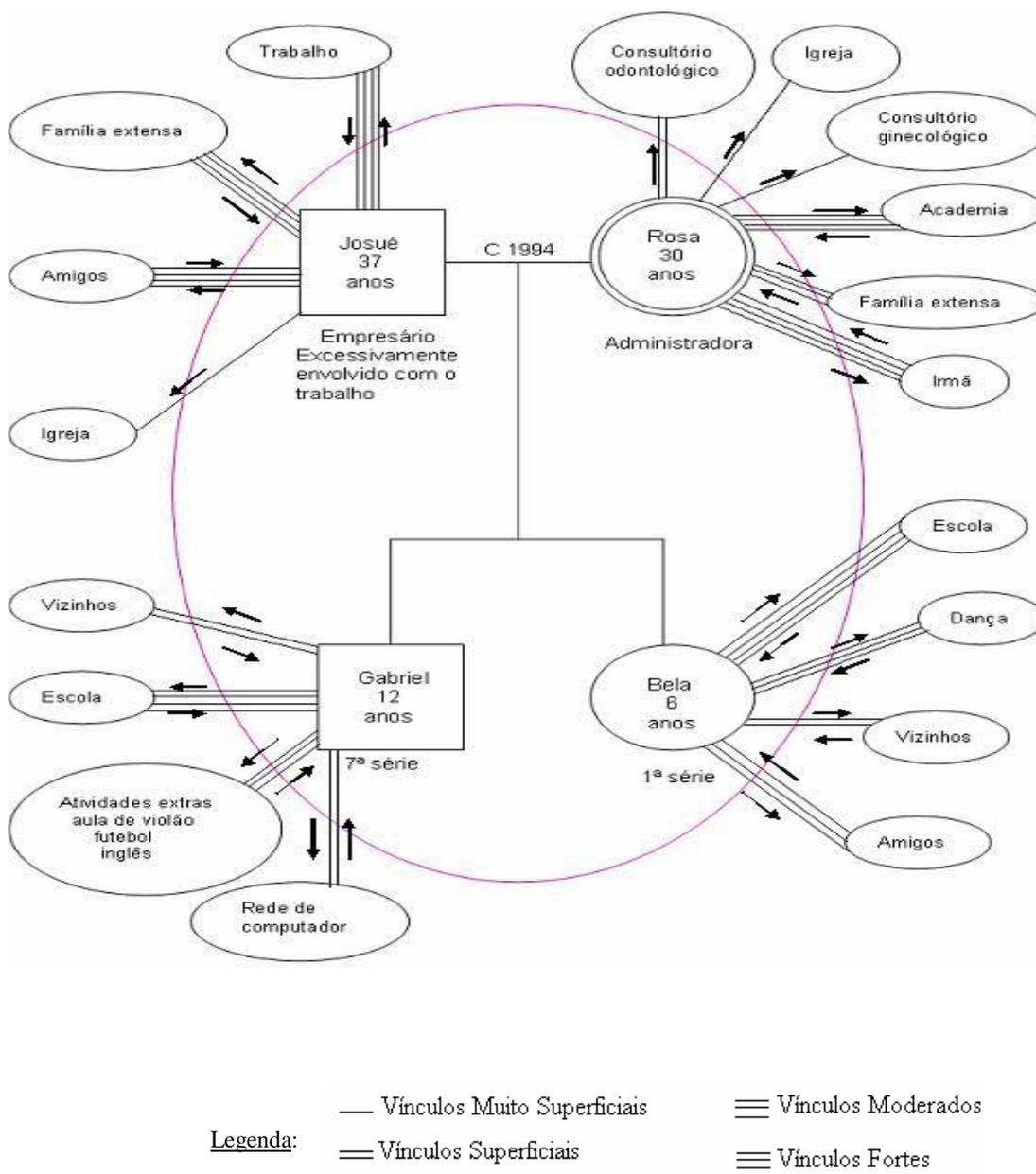


Figura 06 – Ecomapa da família de Rosa

Quanto aos outros sistemas mais amplos, observei que todos os integrantes desta família têm vários afazeres e contatos com pessoas externas à família, a interação com os vizinhos é mínima, não sendo nem citado por eles. As crianças têm uma maior interação com os vizinhos, pois brincam durante as férias e quando não possuem atividade extra ou estudo.

As instituições de apoio à família são: a academia, o consultório ginecológico e odontológico para Rosa; Josué possui vínculo forte com o trabalho, confirmando o envolvimento excessivo com o labor; a igreja é citada por ambos de forma muito superficial; as escolas para as crianças, sejam elas de música, dança, esporte ou educacional; Gabriel também possui envolvimento com a rede de computador, seja para conversar com os colegas, ou realizar pesquisas escolares.

Essa família revela vários laços de relacionamentos, que podem vir a ser úteis em caso de auxílio na solução de problemas, seja de forma direta ou indiretamente, muitas vezes um ambiente, uma atividade física, funciona como apoio para liberação das tensões ocasionadas pelas crises, ou até mesmo das que terminam ocasionando um problema.

Quando indagados sobre a definição de família, Rosa e Josué relataram:

“Eu acho que família..., tem o núcleo familiar, que é o cerne que convive junto, mora junto, que no meu caso é marido, eu e os dois filhos. Minha família somos nós quatro, aí tem família de maneira geral que é minha irmã, minha mãe, meu pai e tem as famílias afins, que eu ganhei com o casamento, que é sogra, cunhados, cunhadas” (Rosa).

“Família é algo sagrado, que deve durar para sempre” (Josué).

A família nuclear em estudo é constituída por Josué, o provedor do lar, Rosa e seus dois filhos, Gabriel e Bela. Para a limpeza da casa e para preparar as refeições existe uma secretária que permanece o dia todo, porém não dorme no emprego.

Para Rosa, mesmo se uma funcionária dela dormisse no trabalho, não teria participação na família, pois ela acha que família é o centro familiar, vínculos familiares, contudo ela poderia fazer parte afetivamente, podendo ser considerada, segundo ela, como uma família afim. Observo que Rosa define de forma bem heterogênea, a família nuclear e a família extensa, definindo a sua família de forma bastante tradicional.

Rosa teve a menarca aos nove anos de idade e iniciou a atividade sexual aos 15 anos com seu atual marido. A inserção e ascensão da mulher na vida pública, a difusão dos métodos contraceptivos e a ampliação e fortalecimento dos movimentos feministas formam fatores decisivos para a transformação do comportamento sexual feminino. Uma das mudanças mais significativas que ocorreram ao longo dos anos, foi a iniciação sexual cada

vez mais precoce, repercutindo nas relações familiares e fazendo com que os adolescentes se deparassem com as doenças sexualmente transmissíveis, a gravidez e o aborto (ORÍÁ e ALVES, 2004). Rosa participa desta realidade, pois teve início da vida sexual cedo, engravidou também precocemente, aos 16 anos de idade, e já foi acometida por pelo menos uma DST, com diagnóstico formado por profissional; iniciou-se a suspeita do contágio com o HPV quando ela tinha 25 anos de idade.

Quando Rosa e Josué uniram-se em um só lar no ano de 1994, ela tinha 17 e ele tinha 24 anos de idade. E o motivo pelo qual resolveram se casar foi a gestação:

“A gente já namorava a três anos, naquele ano no Natal ele ia... tinha comprado uma aliança, ia pedir a mão pro meu pai em noivado, não tinha pretensão de casar de imediato, mas aí eu engravidei e a gente casou, ao invés de noivar, casou. Não teve nenhuma pressão para o casamento, foi decisão nossa” (Rosa).

Quando uma pessoa resolve se casar, torna-se harmonioso quando há a união não só dos cônjuges, mas das famílias também, no mínimo a família nuclear de cada cônjuge, sendo importante lembrar que os costumes, na maioria das vezes, são diferentes, precisando, para que haja um saudável relacionamento, compreensão de ambas as partes.

“A família dele foi contra o nosso casamento, todos: pai, mãe, irmãs, porque eles achavam que eu estava dando o golpe do baú, que eu era uma aproveitadora, porque ele era um menino bom e eu só estava querendo me aproveitar. Eu não soube disto na época, na época do casamento eu só sabia da minha sogra que não queria, ela disse que eu estava roubando o filho dela. Não tive nenhuma reação, não sabia como lhe dar, e a reação dele se a minha foi nenhuma a dele foi menos nenhuma, existe isso?! Eu fiquei chateada, revoltada, triste, mas não reagi, não tinha o que fazer não” (Rosa).

O jovem busca independência em relação aos pais, pois é necessário para a sua autonomia interior. Após atingir a idade adulta ocorre o regresso para os pais. Se a família, no entanto, não lhe proporciona esse desenvolvimento saudável, o jovem pode tomar atitudes negativas, como uma forma de afrontar os pais (LUCISANO e Di PIETRO, 1996). Apesar da falta de apoio oferecida pela família de Josué durante a decisão do casório, ele por já ser um pouco mais velho e independente financeiramente do que Rosa tinha força e determinação para se casarem e enfrentar as adversidades que pudessem surgir.

Mesmo tendo acontecido a gravidez, Rosa disse que tinha as informações dos métodos contraceptivos, pois havia aprendido na escola, ela sabia que no dia em que manteve relação sexual tinha o risco de engravidar, pois estava no período fértil e não usou nenhum método para evitar, porém Josué teve um ato impulsivo e, posteriormente obtiveram a novidade e o já esperado por Rosa, a gravidez. Ao contrário de Rosa, muitas vezes há uma carência de informação por parte principalmente dos adolescentes, com relação aos meios

contraceptivos. Diógenes (2000) afirma sobre a necessidade de passar para os jovens o valor da responsabilidade com a vida. Assim, diminui o risco destes serem manipulados não pelo que os outros querem, mas sim pelo que realmente estão determinados a fazer e não agir por instintos.

É importante no período gestacional, principalmente a mulher, ter o apoio familiar. De acordo com Pinheiro (2003), os riscos inerentes a uma gestação na adolescência estão relacionados a prejuízos físicos, relacionamento social e estresse no funcionamento familiar. Durante a adolescência, a estética, a vaidade, o egocentrismo e o exibicionismo se destacam no comportamento. Essas atitudes associadas à imaturidade emocional, geram no indivíduo a idéia de que é incapaz de resolver sozinho seus problemas mais simples, necessitando, portanto, de ajuda para realizar suas tarefas.

Para Oriá e Alves (2004), a família não está assumindo seu papel de educadora em relação à educação para o exercício de uma sexualidade saudável, seja por despreparo da família ou pela presença de tabus que interferem no processo educativo.

A orientação sobre sexo muitas vezes não é dispensada aos jovens, estes então vão à busca do seu conhecimento. Rosa disse que nem ela nem seu marido nunca tiveram orientação sobre sexo desde a adolescência:

“Aprendi sobre sexo com ele (marido), livros, revistas e ele acho que aprendeu com o pai, com a vida, prostituta... mulher da vida. Eu aprendi algumas coisas na escola, por exemplo, DST eu aprendi na escola, mas ninguém falava de HPV, e ele acho que nunca... passou a saber sobre DST comigo, um dia é candida, um dia gardnerela, pegava de tudo, ele pegava de tudo, teve um período que...” (Rosa).

Neste trecho da conversa com Rosa, ela relata um pouco das experiências que Josué já teve na vida, isso tudo era de conhecimento dela; como Josué não tem o hábito de usar preservativo juntamente com a promiscuidade a qual ele vivia, o mais provável era a aquisição de doenças. A educação sexual é muito importante, contudo muitas vezes não é repassado para os filhos, principalmente às filhas, por ser um assunto íntimo e que muitos possuem vergonha em tratar deste tema, e algumas vezes são repassadas para os filhos homens de forma errônea, machista, em que para este mostrar-se homem tem que ter relação sexual precocemente e muitas vezes com garotas de programa, devido à facilidade.

Rosa já fez uso de vários métodos para prevenir gestações, sempre sob a responsabilidade dela própria, ela mesma que escolhia, sem ter acompanhamento de nenhum profissional de saúde, exceto o DIU, o método era sempre relacionado ao método contraceptivo e não à prevenção de doenças.

“Eu sempre usei DIU, anticoncepcional oral usei muito pouco, usei uns 6 meses logo que eu tive o primeiro filho, depois fiquei um período com camisinha ou coito interrompido, aí foi quando eu conheci esse ginecologista (ginecologista atual) e coloquei o DIU, passei um tempão com o DIU, tirei, quase... foi quando eu engravidei (aborto), aí coloquei de novo, aí só tirei para ter o outro” (Rosa).

A diferença de idade entre os filhos de Rosa e Josué é de seis anos, de alguma forma eles optaram por esse distanciamento entre o nascimento de um filho e outro, ela lembra que entre eles teve a gravidez anembrionária, daí foi evitando uma nova gestação, mas quando viu o Gabriel com cinco anos, decidiu tentar uma nova gestação.

Para Monteiro e Barroso (2002), trabalhar com famílias é um grande desafio para a enfermagem, pois envolve o cuidado ao indivíduo nas demais etapas do seu ciclo vital. E, por ser grupo, com faixas etárias variadas, abarca também o ciclo de desenvolvimento presente em qualquer família, cada uma situada no mundo cotidiano de forma peculiar.

Quando o assunto é saúde, um significado bastante complexo é o bem estar em todos os âmbitos do ser vivo. Para Rosa saúde é sinônimo de bem estar, bem estar físico e mental. A situação financeira dela colabora com a utilização de melhores serviços de saúde, os quais facilitam para o desenvolvimento do estado saudável da pessoa, pois infelizmente os serviços públicos de saúde do Brasil ainda deixam muito a desejar:

“Minha situação financeira influencia, porque hoje em dia se a pessoa não tiver dinheiro para pagar um plano de saúde ou qualquer mecanismo extra que precise para um tratamento, por exemplo, se for colocar um DIU, você tem que pagar o DIU à parte, a mão-de-obra à parte, além de você pagar o plano de saúde, como se você estivesse comprando um produto e você paga ainda a mão-de-obra do ginecologista para aplicar. Se tivesse outra situação financeira não sei se teria tratado a doença da mesma forma, porque eu nunca vi como é que a pessoa que não pode pagar a intervenção faria, como é que seria isso, provavelmente não seria a laser, eu não sei porque eu nunca tive contato com uma pessoa que me relatasse que tem HPV e de poucos recursos conseguiu tratar, eu não sei nem se esse povo descobre que tem HPV” (Rosa).

É de tamanho esforço a preocupação dos profissionais de saúde em orientar a população quanto à saúde reprodutiva, contudo percebe-se uma lacuna na discussão sobre sexualidade saudável nos diversos meios sociais, principalmente na família, acarretando aumento na incidência desses problemas (ORÍÁ e ALVES, 2004).

A enfermagem vem tentando enfatizar a promoção de educação em saúde, como o diagnóstico precoce da infecção pelo Papilomavírus, em que esta passa a ser uma ação importante para romper a cadeia de transmissão do vírus, desde que consiga conscientizar as pessoas para minimizar os fatores de risco e aderir ao tratamento. Muitas vezes a pessoa só procura um serviço de saúde quando sente algum sintoma ou percebe algum sinal de uma doença, porém na maioria das vezes não consegue diagnosticar, mas sabe que algo estranho

habita o seu corpo. Nesta oportunidade, do encaminhamento do indivíduo até o serviço de saúde, é preciso mostrá-la todas as informações possíveis referentes ao caso e de fácil entendimento, para que ela venha ficar ciente de como adquiriu e como pode evitar, e ainda mais, ser um meio difusor de informações. Contudo a educação em saúde promovida pelos profissionais, exceto o atendimento individual, dentro da sala de consulta, é mais desenvolvida nos serviços públicos de saúde, em que muitas vezes os estagiários sob orientação de seus professores, reúnem todos aqueles que irão para o mesmo tipo de atendimento e iniciam a oferta de informações.

Apesar da precariedade do serviço público de saúde, ele pode oferecer à população, seus ‘clientes pacientes’, meios para o diagnóstico e cura de muitas doenças, contudo talvez não seja com tanta rapidez, presteza e conforto que um serviço particular proporciona aos seus clientes.

Relacionado à religiosidade, Rosa disse que não participa de nenhuma igreja assiduamente e que a crença religiosa não é um recurso para ela, mas sim um complemento de vida. Quando indaguei se realizou alguma prece ou prática religiosa que ajudou a enfrentar a doença:

“Não prece religiosa, antes de remover a lesão, de aplicar o laser, a gente descobriu que tinha, mas descobriu que tinha por causa da verruga externa e... ele disse não, vamos aguardar para ver o exame e a evolução, aí nesse período eu estava fazendo REIKI, aí ela desapareceu, sumiu por completo, durante 6 meses, só depois que eu deixei o REIKI foi que voltou a aparecer a lesão. Tinha a verruga aí ele disse isso é HPV, não tinha nada interno parece, tinha um pontinho, uma coisa assim muito discreta, aí ele disse vamos esperar, esperar para gente ver se precisa de algum tratamento mais invasivo, aí nisso eu fiz 1 ano de REIKI, não por causa da lesão, eu não fui pro REIKI por causa disso, mas aí a lesão desapareceu por completo, ele não via mais, quando eu deixei o REIKI voltou a aparecer. Eu fui para o REIKI por causa de umas dores articulares que eu tinha no corpo. Aí quando deixei o REIKI que a lesão voltou a aparecer ainda esperou para realizar tratamento, esperou ela ficar visível, pois era muito pontual, esperou mais ou menos um ano” (Rosa).

O Reiki é uma prática terapêutica reconhecida pela Organização Mundial de Saúde, integrando o rol das terapias alternativas que efetivamente tem contribuído para o restabelecimento da saúde das pessoas. Pode se dizer que é um ato de amor que foi iniciado no sistema de cura, é um gesto que vem do coração e se manifesta pela imposição das mãos e pelo toque, com a intenção de ajudar e de curar, é a retransmissão do sopro divino, da energia vital do universo, feita através de símbolos e das mãos (PEREIRA, 2003). Rosa não foi em busca desta terapia alternativa devido ao surgimento de uma verruga, contudo auxiliou na regressão, pois é sabido que a verruga pode diminuir com o estímulo à imunidade.

Rosa tem convicção e sempre afirma que a forma do contágio foi o contato, o contato sexual.

5.2. Avaliação de desenvolvimento

Após ter realizado a avaliação da estrutura da família de Rosa, mostrarei o desenvolvimento da mesma. De acordo com o relato de Rosa, que auxiliou a montagem do diagrama de vínculos afetivos entre os membros de sua família, é possível observar a afetuosidade que eles têm entre si, um pouco de negatividade que há entre Rosa e Gabriel em decorrência das cobranças com relação aos estudos, em que ela tenta ensiná-lo a ser responsável, o que para ela é um fato difícil na vida dos pais.

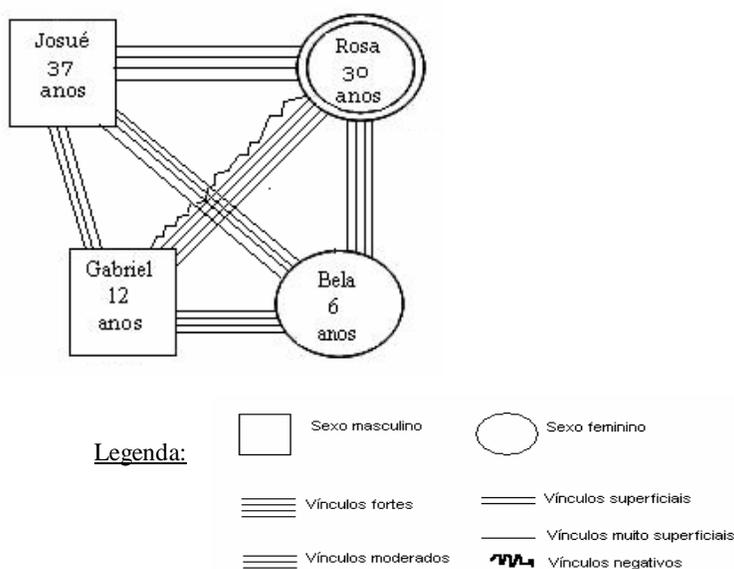


Figura 07: Diagrama de vínculos afetivos entre a família de Rosa.

A rotina de Rosa e seu marido é bastante atribulada:

“Acorda, toma café junto, eu vou para especialização, ele trabalha o dia todo, às vezes a gente almoça junto às vezes não, depende se ele tem condições de vir em casa almoçar, eu estudo à tarde em casa, levo as crianças para as atividades que tiverem, enquanto isso ele tá trabalhando, à noite eu vou para a academia ele também, em outra academia, não é a mesma, eu vou todo dia, ele tem os dias que vai, quando ele não vai fica no escritório, estende um pouco o trabalho, aí à noite quando ele chega, geralmente eu já jantei aí dou a janta dele, a gente conversa, fala sobre o dia, o trabalho, o que fez o que não fez, debate alguns assuntos” (Rosa).

Posso perceber que no lar de Rosa os momentos em família são um pouco fragmentados, pois não tem um horário em que toda a família se reúna para realizar as refeições, como era de costume nos tempos antigos, todos se alimentavam reunidos em uma mesma mesa, só poderia dar início quando o provedor sentasse à mesa e só se retiravam quando todos tivessem terminado a refeição, isso de certa forma unia um pouco mais as famílias; hoje devido à necessidade financeira e o ingresso da mulher no mercado de trabalho há grandes mudanças nos costumes familiares e na saúde das pessoas, refletindo até mesmo, muitas vezes, na educação e princípios de vários jovens.

No momento Rosa está estudando para realizar concurso e, se for aprovada, terá o seu próprio dinheiro, pois até agora, quem provê o lar é o seu esposo. Com relação ao desenvolvimento dos filhos, ela relata que estão bem, crescendo tranquilos, amadurecendo, cada um na sua fase. Rosa acha que sempre existem situações que provocam crises, apesar de que para ela, e para Josué, a doença não foi causadora de uma crise, pois ela diz que já esperava por isso e que já sabia de todo o histórico dele:

“Existe, sempre existe, quem não passa por crises. Menino que não estuda, vai para recuperação, isso abala toda a família, tem que viajar, não consegue viajar, uma doença de uma filha, todo mundo fica penalizado, sempre tem momentos de crises, discussões familiares, a família extensa né, da parte dele tem problema e... isso acaba gerando problema entre a gente né” (Rosa).

De acordo com Monteiro e Barroso (2002), a família ocupa um papel de destaque na formação dos seus membros, influenciando na sua personalidade e na forma como irão enfrentar os desafios que lhes serão impostos. As alterações no ciclo de vida familiar exercem influências nas suas relações, pois, além das crises evolutivas comuns à maioria desses grupos primários, existem as crises específicas às situações típicas do seu ciclo de vida. E a solução para tal realidade é própria de cada família de acordo com o conhecimento adquirido e experienciado de cada um de seus membros.

Sempre existem eventos os quais afetam o desenvolvimento da família, para Rosa a maioria desses eventos gera amadurecimento:

“O nascimento de filhos sempre gera um grande amadurecimento, é um momento de sofrimento, porque a mulher sofre, marido sofre, tem toda a pressão financeira, ter filho gera custos, tanto por nascer quanto por mantê-lo, então filho sempre faz a gente amadurecer de alguma forma, é... a questão do HPV também gerou um amadurecimento na família, entre nós dois, as crianças não se envolveram com isso, houve uma percepção que precisava mudar aquele comportamento adolescente, juvenil, de sair com todo tipo de mulher, não dava para permanecer mais, fez uma opção de casamento, então vamos fazer por onde, tem outras vidas que se deve preservar, então esses eventos sempre geram desenvolvimento familiar, assim também..., problema de saúde de um pai, sempre faz também refletir, amadurecer, durante todo o casamento houve muitas crises, tipo as traições, as bebedeiras, chegar em casa altas horas, então... tudo isso foi preciso para que houvesse também

o amadurecimento da minha parte, e quando eu fiquei calejada desse amadurecimento foi que eu consegui virar o jogo e fazer com que ele amadurecesse também, que esse comportamento dele aí sim refletia em todos, nas crianças também. Outra coisa que promove bastante amadurecimento, maior cumplicidade, e isso dá um gás para todo o restante do ano, então eu acho que férias deveria ser duas vezes por ano, porque teria pelo menos 5 meses para segurar a onda e outras férias e mais 5 meses para segurar a onda, porque o ano todinho na labuta, só na rotina, chega uma hora que cansa realmente, cansa para todo mundo né, ah porque o homem cansou, não, cansa o homem, cansa a mulher, cansam os meninos, cansa todo mundo, essa história de escola reduzir as férias no meio do ano, isso prejudicou as famílias e muito, porque as famílias no meio do ano se programavam em viajar ou ficarem juntas, ir para uma casa de praia, uma casa de inverno, onde quer que seja, e isso não existe mais, cada colégio tem uma época de férias diferente, o mundo moderno vai cada vez mais destruindo o instituto família” (Rosa).

Toda gravidez é única, é um momento de alterações, na mulher, na rotina, na família. Os fatores internos próprios da mulher e do homem, juntamente com uma infinidade de fatores externos vivenciados no cotidiano deste casal, refletirão no modo como se cuidarão e experienciarão esta gravidez. A partir destas menções, o fenômeno gravídico, seja este vivenciado pela primeira, segunda ou mais vezes na vida do casal, não pode ser desprezado, pois o modo como cada pessoa enfrenta uma situação, seja ela esperada ou não, pode trazer complicações futuras para a mulher, parceiro, família e para o próprio filho que está sendo formado (XIMENES e VARELA, 2002).

Com relação às férias, seja ela dos filhos ou dos pais que conseguem se liberar do trabalho por alguns dias, realmente favorecem para a convivência entre os familiares, entre pais e filhos, entre primos, netos e avós, amigos, enfim uma vivência sem muitas preocupações e com o que as crianças mais gostam, brincar. A escola que Gabriel e Bela estudam não tem o mês de julho inteiro de férias, no meio do ano eles só têm em média quinze dias de férias, isto segundo Rosa é prejudicial às famílias. Segundo Varela (2002), a complexidade do mundo atual exige visão renovada sobre a realidade humana em uma sociedade de tecnologia avançada em que se valorizam a razão instrumental, o mais forte na competição pelo poder, o domínio do forte sobre o mais fraco, a manipulação do mercado consumidor e os valores decorrentes desse modelo de mundo. Esse tipo de sociedade é gerador de novos e complexos problemas, como a deterioração da família e dos vínculos afetivos, o mais grave é a perda do sentido de humanidade, cada um por si, agindo em benefício dos próprios interesses materiais e imediatistas esquecendo de cuidar do patrimônio de todos, que é o ser humano inserido em uma família saudável e a família cumprindo sua função social.

A conduta que os pais levam com os filhos, dentro e fora do lar, é bastante influenciadora para a criação destes, para Rosa a mudança de comportamento de Josué, após vários diálogos, influenciou nas crianças:

“Porque ele passou a ser mais presente, mais consciente, menos ébrio, não é alcoólatra não, mas você bebe durante a noite, numa quinta-feira, numa sexta-feira, num sábado, você tem o outro dia de ressaca, então é um momento que você se distancia das crianças, porque as crianças gostam de brincar, se você não tem pique para brincar com elas como é que você vai ficar com elas? Criança não gosta de ficar deitado numa cama assistindo TV o dia todo com você, então ele passou a ser mais participativo, chegar à noite ver como as crianças estão, contar uma história, colocar para dormir, que antes não, vou para farra, vou pra farra, vou pra farra... Às vezes ele vinha em casa para avisar, quando não ia direto do trabalho. E não adiantava eu falar, ele não me proibia de falar, mas eu podia esperar quanto fosse que não ia adiantar” (Rosa).

Os pais que são excessivamente envolvidos com o trabalho, como é o caso de Josué, precisam encontrar em algum momento, durante o dia, tempo para dedicar atenção ao lar, aos filhos. Josué depois de muitas conversas com Rosa conscientizou-se da relevância de sua presença no âmbito familiar, e esquecer os costumes de uma pessoa solteira em que não tem responsabilidade com outrem.

Rosa não considera o fato de ficar sabendo das traições de Josué como uma descoberta, porque para ela não era a traição dele ter uma amante, uma companheira fixa, assim como também, ela começou a desconfiar de existir mulheres no meio das saídas dele, devido ao desinteresse de Josué em manter relações sexuais com ela.

“Na verdade as traições não foram descobertas, porque não era a traição dele ter uma amante, não era assim, eram saídas, saídas com mulheres que se propõem a fazer só isso, então uma noite ele ia para o bar tal ficar com a mulher tal, outra noite ele ia para outro bar ficar com outra pessoa, ele não tinha um caso concreto, uma amante que eu colocasse tipo um detetive para descobrir, eu nunca precisei disso, não existia isso, eram relações eventuais com as pessoas na rua mesmo, ou até pagas. Teve uma hora que a gente sentou para abrir o jogo, conversar e vamos resolver o problema, ou a gente abre o jogo, esclarece tudo, porque eu sei que você sai, eu sei que você tem contato com outras mulheres, a mulher sente, porque você passa um mês sem ter relação, tem alguma coisa estranha... mulher tem que tá ligada nessas coisas, homem tem necessidade diária, se a gente passa um mês sem ter relação com eles, alguma coisa está estranha” (Rosa).

Queiroz, Pessoa e Sousa (2005) afirmam que, a infidelidade pode ser perturbadora, desorientadora e, conseqüentemente, a mais capaz de destruir a relação, que não seja necessariamente por causa do sexo, mas por causa do segredo e das mentiras que o envolvem.

A descoberta do acometimento com o vírus do HPV aconteceu em uma consulta de rotina ao ginecologista, no exame de detecção precoce do câncer de colo uterino, Rosa relatou que não percebia nenhum sintoma, a maioria das mulheres não relata sintomas. Ao escutar o diagnóstico ela disse que não demonstrou nenhuma reação:

“Nenhuma, eu não sabia nem o que era. Assim, eu não imaginava o tamanho do problema, a origem, de onde vinha, a conseqüência, o que poderia gerar, daí foi que eu passei a pesquisar para saber o que era. Até porque o ginecologista falou numa coisa muito simplezinha. Ele falou que eu não me preocupasse, tentou amenizar o problema” (Rosa).

Josué quando soube que sua esposa estava com HPV reagiu diferentemente:

“Um sentimento de culpa e de profundo arrependimento pela transmissão do vírus” (Josué).

O sentimento de indiferença, diante do resultado, é atribuído a uma forma de desconhecimento da doença, ou a não assimilação adequada do valor atribuído a esse vírus, no momento do diagnóstico. Estatísticas revelam que 1/3 da população feminina sexualmente ativa é portadora da papilomavirose, mas a doença ainda é desconhecida entre a maioria das mulheres e da sociedade como um todo (QUEIROZ, PESSOA, SOUSA, 2005).

O assunto HPV era desconhecido tanto para Josué como para Rosa, ela disse que o médico explicou de forma bastante superficial para ela:

“Eu não sabia o que era nem nunca tinha me preocupado em saber o que era. Ele explicou que era uma lesão, a localização, que é na troca de epitélio do útero e... como pegava o contato sexual né, não tem outra forma. Ele fez de conta como se fosse uma besteira, não eu tiro e pronto você fica boa, não vamos falar sobre isso, ele não quis falar talvez para não gerar nenhum tipo de problema no casamento, porque como ele atende a nós dois, já fez o parto da segunda filha, conhece toda a família, ele não quis estender o problema, não é só isso aqui, não precisa nem dizer nada, você vai num instante eu faço, você sai dirigindo, tudo... talvez porque fosse muito pequena, mas ele se preocupa porque todas as vezes que eu vou lá ele vê” (Rosa).

“Não tinha a mínima idéia sobre a doença” (Josué).

Atualmente, o assunto HPV já está sendo mais difundido, mais comentado entre as pessoas, devido a recente descoberta da vacina contra este vírus e ter adentrado nos meios de divulgação, mesmo assim, continua sendo um assunto desconhecido para muitos ou, até mesmo, muitas vezes sendo confundido com o vírus do HIV (vírus da imunodeficiência humana).

De acordo com o que Rosa relatou e com dados colhidos no prontuário, a lesão era muito pequena, localizada na junção escamo-colunar, local de encontro dos epitélios escamoso e colunar, ambos respectivamente na parte externa e na parte interna do útero (DIÓGENES, REZENDE e PASSOS, 2001).

A abordagem estabelecida pelo profissional para dar o resultado à paciente pode ser das mais diversas, de acordo com o profissional e a gravidade do problema, contudo o diagnóstico poderia ter sido esclarecido de forma mais direta e clara, pois apesar da lesão de

Rosa não ter sido de alto risco, poderia vir a ocasionar grandes lesões, tanto físicas como emocionais. Quando surge um termo desconhecido dentro do vocabulário do indivíduo e principalmente direcionado a si mesmo, normalmente a pessoa recorre às fontes para esclarecer aquela dúvida, porém o mais indicado para elucidá-la é o próprio profissional. Rosa foi em busca de esclarecimentos, não com o médico, por sorte ela não obteve informações que a deixassem com algum trauma, mas nem todos os esclarecimentos foram precisos, ela estava insegura sobre a doença, pois acreditava haver apenas uma forma de transmissão e, o curto tempo para aparição dos sinais após a contaminação.

Quando é realizada uma busca no vasto leque de informações que hoje se tem através da internet, a maioria das pesquisas enfatiza assuntos que aborda a malignidade do HPV. Rosa quando se deparou com o diagnóstico recorreu a esta e a outras fontes para inteirar-se do tema. Apesar de várias fontes retratarem a relação deste vírus com o câncer, ela não demonstrou nenhuma aflição devido à doença. Para ela a única forma de contaminação era o contato sexual, que é o mais comentado nos meios de divulgação, porém o vírus também pode ser transmitido por objetos contaminados, como roupa íntima e assentos sanitários; e com relação ao tempo em que este vírus pode ficar guardado no organismo do ser humano para vir a se manifestar é muito variável, podendo ser de meses ou vários anos, tudo isso durante a entrevista foi melhor esclarecido para ela de acordo com a fluidez do diálogo.

É conhecida a estreita relação do envolvimento do HPV no desenvolvimento do câncer do colo do útero. Porém, a afirmativa bruta de que este vírus causa câncer não é a melhor conduta, pois nem sempre ocorre a evolução para o carcinoma. Os profissionais devem promover educação em saúde, contudo não deve ser com a provocação do medo, pois esta pode não ser uma boa estratégia, já que normalmente o medo é passageiro (Passos, 2006).

Qualquer pessoa pode correr o risco de contrair uma infecção sexualmente transmissível, desde que não utilize da abstinência sexual; para que este risco seja avaliado depende do conhecimento que a pessoa tem sobre o comportamento sexual do companheiro ou companheira. Rosa sabia de todos esses riscos, porém não tomava nenhuma atitude, até então, deparar-se com uma DST para então tentar moldar o comportamento do seu companheiro, já que este era o agravante.

Segundo Passos (2006), uma conduta sensata pode ser não supervalorizar uma hipótese, achando que estar com HPV é sinônimo de que vai ter câncer; não acusar alguém de ter transmitido o problema; nem tampouco negligenciar e achar que ele vai desaparecer sozinho. O acometimento com este tipo de vírus é bastante delicado, porém não é o causador de uma doença terminal, contudo a pessoa deve tomar certas condutas para que não deixe

evoluir para o câncer assim como também transformar-se em um meio disseminador do vírus. O uso do preservativo é de suma importância, não evitando totalmente o contágio, já que em uma relação sexual existe contato com várias partes do corpo a qual o preservativo não consegue cobrir e que pode estar infectado com o vírus, mas o condom ajuda em uma grande parte a não transmissão do vírus.

Com relação ao uso de preservativo por parte do esposo para prevenir-se contra doenças sexualmente transmissíveis, Rosa afirma que ele não possui o costume de usar:

“Nas relações extraconjugais ele não usava não, ele não usa. Não, não usa não, não usa não, até comigo se eu não disser, não usa não, prefere o coito interrompido à camisinha, se for para prevenir gravidez. Usa quando eu quero usar, porque eu não estou tomando nenhum método anticoncepcional, aí eu imponho usar camisinha, assim impor no sentido de hoje vai ser de camisinha. Aí ele topa numa boa” (Rosa).

Na opinião de Rosa a justificativa para não utilização do preservativo é a falta de orientação:

“Eu acho que é educação, eu acho que para ele seria até melhor porque tarda o clímax, o êxtase, eu acho que para ele seria melhor, no sentido de sentir prazer e dar prazer né, a troca de prazeres, mas... é educacional mesmo isso, os pais não ensinaram, a escola não ensinou, ninguém ensinou que tem que usar camisinha, isso é uma coisa mais recente, acho que a minha geração é que falava muito isso, bitolava muito isso, mas a dele não, já foi mais... já era mais liberal não se falava muito disso, não se falava em aids, era diferente, foi diferente” (Rosa).

O preservativo tem dupla função, tanto anticonceptiva como profilática, todavia sempre esteve mais ligado à prevenção das DST, porém antes de surgirem métodos anticoncepcionais como a pílula, o condom juntamente com a prática do coito interrompido desempenhou papel relevante na regulação da fecundidade. Contudo, a principal finalidade de seu uso era a profilática, isto era válido tanto para os jovens e adolescentes que iniciavam a vida sexual, geralmente com trabalhadoras sexuais, quanto para homens adultos e casados, em relações extraconjugais. A partir da década de 50, com o desenvolvimento de alguns antibióticos eficazes, as práticas e comportamentos preventivos quanto às DST foram se tornando, cada vez, menos adotados. Isto contribuiu a rápida evolução dos costumes, ocorreu na grande maioria das sociedades uma maior liberação sexual e o aparecimento da pílula anticoncepcional permitiu à mulher ter domínio sobre sua função reprodutiva. Estes foram fatores determinantes para que o uso da camisa-de-vênus se tornasse, gradualmente, inexpressivo sobretudo nos países em desenvolvimento (BRASIL, 1999).

Com o surgimento da aids, doença de alta letalidade, impôs mudanças nos comportamentos, atitudes e práticas sexuais, tanto por parte dos indivíduos quanto da

sociedade como um todo, exigindo cuidados no exercício da sexualidade. Com isto, a aids veio revalorizar um método antigo, cujos níveis de utilização, em todo o mundo, vinham em constante declínio. Entretanto, também exige mudanças de atitude aquelas que se referem à aceitabilidade e ao uso efetivo de um método anticoncepcional e profilático ainda considerado como antiquado, além de ser estigmatizado, pois muito freqüentemente ele é associado a relacionamentos sexuais ilícitos e/ou promíscuos, bem como a práticas sexuais também consideradas como de alto risco. O uso de preservativos, tanto masculinos como femininos, é o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão de agentes sexualmente transmissíveis. Sua segurança depende da técnica de uso e do uso sistemático em todas as relações sexuais (BRASIL, 1999).

Os preservativos masculinos vêm sendo bastante promovidos, principalmente em épocas consideradas de maior risco, como o carnaval, assim como o acesso está bem mais fácil, são ofertados gratuitamente nas unidades de saúde e o preço nas unidades de vendas é de baixo custo, porém apenas o acesso e a promoção não são suficientes para conscientizar as pessoas da importância do uso. É preciso realizar educação e conseqüentemente conscientização da importância do uso do mesmo.

De acordo com Tamayo *et al* (2001), os comportamentos preventivos para a não aquisição do vírus da aids são castidade absoluta, relações sexuais exclusivamente monogâmicas com parceiro fiel e não contaminado, práticas sexuais sem penetração e relações sexuais com penetração, mas sempre com preservativo. Com isso, por motivos óbvios, as campanhas de prevenção à aids têm focalizado o uso regular e adequado de preservativo no relacionamento sexual. Apesar das campanhas insistentes para a utilização do preservativo, os efeitos ainda ficam muito a desejar dos resultados esperados, mesmo com as gradativas mudanças que ocorrem a cada ano.

Apesar de Rosa não ter muito conhecimento sobre HPV, quando indaguei como ela achava que tinha se contaminado, ela tem convicção de que adquiriu o vírus através da relação sexual com o próprio esposo. E Josué afirma que para ele não tem nenhum motivo justificante para a contaminação com o HPV, apenas a irresponsabilidade própria da idade. Esta afirmação mostra a importância que o trabalho de educação em saúde possui, seja ela com profissionais ou até mesmo com os pais, e que precisa ser um assunto ininterrupto.

Nenhum dos dois filhos ficou sabendo a respeito desse assunto, pois Rosa falou que eles ainda não têm noção sobre o assunto, apenas a mãe e a irmã dela ficaram sabendo do acometimento, e a reação destas segundo Rosa, foi de admiração, porque como ela disse, não deixa de ser uma doença sexual que a gente espera nunca ter. Rosa tem um relacionamento

tranquilo com os seus familiares extensos, quando surgem problemas ela sempre conta com a presença ou conselho da irmã ou da mãe. Ela não falou do acometimento com outras pessoas:

“Acho que foi pela maneira que o próprio ginecologista passou, como sendo uma coisa simples demais, que eu não me preocupasse, que ele ia tirar e aquilo ia passar e acabou. E também a intimidade sexual da minha genitália acho que não deve ser exposta né, mesma coisa eu não digo para ninguém se eu tenho um sinal... na vulva, eu não digo para ninguém” (Rosa).

Assuntos sobre sexualidade, ainda são muito escondidos, vivem no íntimo, principalmente por parte do sexo feminino, muitas vezes são conversados assuntos banais sobre sexo, mas quando realmente é preciso conversar, desabafar, esclarecer, torna-se um argumento difícil de ser compartilhado.

A lesão de Rosa foi descoberta em 2002, sendo realizada uma cirurgia a laser para remoção da lesão no colo uterino, segundo dados colhidos no prontuário era uma lesão única e pequena, localizada na zona de transformação, isto é, na junção dos tecidos do colo do útero, tendo sido observado coilocitose. De acordo com Castro (2007), coilocitose é uma alteração citológica básica para o diagnóstico sugestivo de HPV, caracteriza-se por clareamento citoplasmático perinuclear e contorno suave, associado à alterações nucleares, diferenciando-se de outros tipos de halos menores e menos definidos comumente observados em associação com processos inflamatórios não relacionados ao HPV.

“Só foi preciso uma aplicação e o organismo já reagiu, cicatrizou, formou novamente a mucosa, o epitélio voltou a ficar normal, aí depois fiquei fazendo os exames para ver se aparecia alguma coisa. Porque foi na junção de dois epitélios distintos, então ele é região de dobra, você tem que esticar para poder enxergar, para poder perceber, se não você fica vendo só um negocinho assim... pequenininho” (Rosa).

Há vários tipos de HPV, uns mais agressivos do que outros, cada tipo pode causar diferentes manifestações clínicas, como os tipos 6 e 11 são mais causadores de condiloma acuminado ou verrugas genitais, é típica doença benigna, já os tipos 16 e 18 estão intimamente ligados a lesões neoplásicas, com possível evolução maligna nos genitais. Embora seja bastante comentado que os vírus de alto risco possam causar câncer no colo do útero e até no ânus, essa evolução não ocorre em todos os casos. Na verdade, mesmo que se instale uma lesão pré-maligna tipo neoplasia intra-epitelial, a possibilidade de regressão da lesão é maior do que 50%. Todavia, ainda não é possível saber se uma alteração vai ter cura espontânea ou evoluir para um câncer. A descoberta de um marcador de evolução será de valia inestimável (PASSOS, 2006).

Contudo Passos (2006) ainda cita alguns fatores que podem facilitar a evolução para casos mais severos, como pessoas fumantes e portadoras de outras infecções conjuntas no

colo do útero, como herpes e clamídia ou portadoras do HIV. Estes não fazem parte do histórico de Rosa. Porém o mesmo autor ainda relata que predisposições individuais e genéticas para malignidade podem acelerar tais processos.

No decorrer do nosso diálogo, quando perguntei para Rosa se ela apresentou alguma verruga, este sendo um sinal para existência de HPV, ela desperta para tal proposição, pois até então, não tinha relatado nenhum sintoma, nem sinal. E até mesmo afirma, que à medida que íamos conversando, ela ia lembrando dos fatos.

“Não... eita teve, teve uma verruga externa, ah sim, então foi isso, ele disse (médico) isso deve ser HPV, aí foi que ele descobriu, é verdade. Nos lábios pequenos, só uma verruga, quando apareceu a verruga eu fui de imediato ao médico, ele removeu no mesmo dia com ácido. Aí marcou a intervenção cirúrgica, a laser, para outra data porque seria em outra clínica, com mesa cirúrgica, tipo um mini-centro cirúrgico, aquela luz gigante, e tal, todo o equipamento, muito moderno por sinal, naquela clínica ali (refere o nome da clínica), tem um mini-centro cirúrgico ginecológico, acho que para parte dermatológica também. Foi inclusive pago a parte, não sei se o plano cobre, mas lá eles não aceitavam, tinha que ser a parte, eu paguei a parte” (Rosa).

As infecções clínicas mais comuns, verrugas genitais ou condilomas acuminados, popularmente chamados de ‘crista de galo’, ocorrem nas regiões genitais como vulva, ânus e pênis. Também existem estudos que demonstram a presença rara do vírus na pele, na laringe e no esôfago. Já as infecções sub-clínicas, podem progredir para o câncer cervical caso não sejam tratadas precocemente, são encontradas no colo do útero. O acometimento de lesão na região anal não necessariamente está relacionado ao coito anal. O desenvolvimento de qualquer tipo de lesão clínica ou sub-clínica em outras regiões do corpo, que não genital, é bastante raro (INCA, 2006b).

Rosa relatou que a lesão externa foi tratada com o ácido tricloroacético e a lesão do colo uterino com laserterapia. A verruga de Rosa era isolada e acometeu os pequenos lábios. Ela relatou ter aplicado uma única vez o ácido tricloroacético para regressão da verruga, obtendo a resposta esperada ao tratamento, a regressão do condiloma, e não houve recidiva. Rosa, até os dias atuais, frequenta o consultório ginecológico de seis em seis meses, realiza o Papanicolaou uma vez por ano, porém todas as vezes que vai ao consultório é examinada através de colposcópio.

É importante a adesão da paciente ao controle preventivo do câncer, principalmente diante de resultado sugestivo ou com indicação para o HPV. O adiamento do tratamento ou sua realização de forma inadequada está associado à possível evolução para o câncer (BOMFIM-HYPPÓLITO *et al*, 2005).

Segundo Passos (2006), atualmente já se pode afirmar que estudos genéticos com HPV demonstram que essas infecções poderão seguir três cursos, apresentarem-se como infecções transitórias, cerca de 50% dos casos, com completa eliminação do vírus quando o organismo está imunologicamente competente; determinar o aparecimento de lesões que podem regredir espontaneamente em 30 a 50% dos casos; evoluir para lesões que, mesmo após o tratamento, não conduzem à eliminação viral, estabelecendo infecções persistentes, resistentes aos tratamentos convencionais, as consideradas de alto risco para o câncer. O HPV é um vírus muito disseminado no mundo, porém sua evolução para causar câncer é rara.

Após a realização do tratamento, Rosa ficou tendo o acompanhamento do ginecologista para que pudessem observar a reação do organismo assim como também a evolução do tratamento, o médico afirmou que o vírus havia estabilizado, que não havia mais lesão, apenas uma pequena cicatriz. Depois da aplicação Rosa voltou na semana seguinte para o acompanhamento:

“Na outra semana para ver como estava, aí ele disse que estava cicatrizando, venha daqui a 15 dias, aí eu fui e ele disse tá praticamente perfeito, acho que ele colocava iodo, venha daqui a 1 mês, aí eu fui, venha depois de 1 mês, aí eu fui, aí depois que passou a ser de 6 em 6 meses” (Rosa).

Rosa realizou o tratamento e o pós-tratamento com bastante cautela, sempre seguindo as orientações médicas, sem haver o abandono do caso, ressaltando que, até os dias atuais ela continua comparecendo ao ginecologista duas vezes ao ano, e não apareceu mais nenhum tipo de lesão.

Após o descobrimento do vírus no organismo de Rosa, Josué, o marido, não foi chamado ao consultório, não foi solicitado nenhum exame e nem foi passado tratamento para ele. Quando indagado se o esposo já havia apresentado sintoma de alguma DST, Rosa afirma de forma negativa, que a única doença já apresentada por ele foi monília, em decorrência da baixa imunidade, porém vale ressaltar que a monília além de fatores independentes da transmissão sexual, também pode ser através do contato sexual.

“Não... o que ele sempre tem é monília, acho que gerado até pelo estresse, trabalha muito, vive estressado, aí não é só monília é... seborréia na cabeça, o cabelo todo caindo, aí tem vários sintomas resultante desse trabalho dele, o tanto que ele trabalha, intensidade de trabalho e preocupações né; é tanto que, eu geralmente não tenho sintoma nenhum de monília e ele tá com sintoma de monília, aí sim a gente vai ao consultório ginecológico os dois, porque pelas pintinhas vermelhas que aparecem, ele já sabe logo que é monília, aí no consultório ginecológico o médico não examina, mas aí eu digo o que é, como é, o tipo, aí ele pergunta se ele sente mais algum sintoma... aí eu digo que não, aí ele (médico) diz ah então é monília, daí passa medicação oral” (Rosa).

Apesar de o ginecologista ter a capacidade de resolver os casos comuns entre as mulheres e os homens, é de grande importância a visitação do homem ao médico específico da sua área.

“Às vezes ele vai ao urologista por causa de alguma coisa que aparece, assim... tipo monília, umas pintinhas vermelhinhas e junto com uma cerinha ao redor, sempre uma cerinha branquinha, como se estivesse suja, como se ela estivesse sempre suja, aí ele usa o ‘fluconazol’ que é o que sempre passa, oral, ou a própria pomada, porque como é externo ele passa a pomada e já fica bom, ou então os que eu uso, feminino mesmo. O médico examina e diz você não tem nada cara, você tem é que fazer uma atividade, aliviar essa cabeça... toda vez é isso. O que ele tem sempre é isso, sempre reclama, assim... mas também passa o dia inteiro vestido, aí faz xixi, fica aquela umidade, vai ficando, vai ficando, aí à noite tem relação sexual..., porque monília, a candida é uma coisa comum da mulher, aí tem a relação sexual, aí dorme ali, não faz os asseios corretos após a relação, porque eu me levanto, posso estar com sono o que for, mas me levanto e faço o asseio para dormir depois da relação, ele não, se tiver com muito sono, ele dorme, aí fica ali guardadinho né, aí dorme, aí durante a semana aparece, junta com estresse e aí vai...” (Rosa).

A *Candida albicans* faz parte da flora normal vaginal e só produz sintomas devido aos fatores que alteram o meio vaginal, isto é, o meio torna-se favorável para o seu desenvolvimento, como fatores predisponentes temos estresse, obesidade, gravidez, uso de antibióticos, imunossupressão. A relação sexual não é a principal forma de transmissão visto que esses organismos podem fazer parte da flora endógena em até 50% das mulheres assintomáticas. É caracterizada por corrimento de cor esbranquiçada, grumoso, inodoro, dor durante a relação sexual, prurido, ardor ou dor à micção. A infecção por candida é comumente chamada de candidíase ou monilíase (BRASIL, 2006). A visita ao médico especialista é interessante, pois caso seja necessário, prescreverá o medicamento adequado para cada caso, de acordo com a gravidade.

Apesar de Josué não ter sido solicitado para comparecer ao médico para realizar exames mais específicos, devido ao acometimento de sua companheira com o HPV, é válido retratar a importância dos exames preventivos que devem ser executados nos homens, pois enfim houve contato e pode ter tido o contágio. O fato de ter mantido relação sexual com uma pessoa com infecção por Papilomavírus humano não significa que obrigatoriamente ocorrerá transmissão da infecção. Todavia em caso de suspeita recomenda-se procurar um urologista, que será capaz por meio de uma peniscopia, visualização do pênis através de lente de aumento, ou teste de biologia molecular, exame de material colhido para pesquisar a presença do DNA do HPV, definir a presença ou não de infecção por HPV (INCA, 2006b).

Com relação aos sentimentos de Rosa por ter que sempre ir ao ginecologista, pois após o diagnóstico exige maior frequência ao consultório médico para que seja possível

realizar o acompanhamento, a evolução, a resposta ao tratamento e possíveis recidivas, ela disse que mesmo antes do resultado já costumava ir sempre ao médico:

“Eu sempre tive essa conscientização, esse hábito de ir freqüentemente, de 6 em 6 meses ao médico, antes mesmo do diagnóstico eu já ia de 6 em 6 meses, mesmo que o médico só falasse para ir com 1 ano eu sempre ia, sempre aparecia lá, sempre aparecia porque por incrível que pareça mulher sempre tem uma coisinha, sempre tem uma coisa para resolver e também passei um período muito grande usando DIU, aí precisa de um acompanhamento rigoroso, porque se o DIU se afastar tantos centímetros do colo do útero já é arriscado, pode engravidar, por isso que tem tantas mulheres que engravidam com o DIU, porque não faz revisão, porque a revisão tem que ser rigorosa” (Rosa).

O acometimento com o HPV não interfere em nenhuma conduta tomada por Rosa, ela diz que apenas tem mais cuidado, conscientização, ela acha que o que mais influenciou, o que mais provocou foi conscientização.

Com relação se já teve algum outro problema, problemas de uma forma geral, que comentasse com outras pessoas, Rosa falou que já teve outros problemas e que sempre compartilha.

“Já né... sempre partilho os problemas com as pessoas, normalmente com meu marido, com irmã, mãe, amiga... às vezes amiga também. Graças a Deus eu não tenho muito problema de saúde, então eu não tenho muito o que falar sobre isso para os outros, mas assim... esse problema em si acho que eu não falei para nenhuma amiga porque... eu não converso normalmente sobre sexo com elas, apesar de eu ter uma amiga que conversa comigo sobre esse assunto, não HPV, mas problemas sexuais que ela está tendo no casamento ou alguma lesão que ela teve... essas coisas assim, perguntar o que fazer, agora é... eu, assim falar... e depois é... eu vou falar de uma amiga específica, uma amiga especial que ela é altamente... discriminadora, aí se eu falar sobre HPV para ela... ela é o tipo da pessoa que todo ano faz exame de aids, hepatite B, sífilis, gonorréia... porque ela é solteira então tem relação com uns caras, então se ela em um ano tiver uma relação sem camisinha ela tem que fazer o exame no ano seguinte, ela é toda preocupada sobre isso; então se eu falar dessa doença para ela e disser que isso advém do meu marido no período que eu nem sei qual, isso vai mudar com certeza a imagem que ela tem dele” (Rosa).

As doenças sexualmente transmissíveis podem repercutir complicações no âmbito físico, emocional e social. O estigma das DST ainda permanece ardente na sociedade, podendo ter muitas repercussões na sexualidade do indivíduo (ORÍÁ e ALVES, 2004). Rosa demonstrava receio de que as pessoas poderiam prejudicar o seu caso e o do seu esposo, devido terem adquirido uma DST.

Culturalmente, as DST produzem preconceitos de pudor e vergonha para as pessoas que as portam, embora atenuados, continuam existindo em nossos dias, normalmente dificultando o relacionamento das mulheres com seus parceiros, a família, a equipe de saúde e a sociedade (RIBEIRO e BARROSO, 2002).

De acordo com Alves (2004), as doenças sexualmente transmissíveis são estigmatizáveis. É de alta complexidade reconhecer uma doença que envolve questões tão importantes para cada ser humano como o amar, o ser amado, a liberdade, a moral, a dignidade e a própria identidade do sujeito, sua imagem, para si mesmo e para os outros. Inúmeras políticas de saúde têm fracassado porque partem do pressuposto de que basta decifrar os componentes fisiopatológicos, indicar os medicamentos que curam e sua divulgação entre a população. As DST envolvem muito mais do que isto, envolvem emoções, estigmas, medos, poderes, decisões que vão construir uma sombra formada por silêncios e segredos, bem como produzir manipulações, enganos e principalmente auto-engano.

Muitas pessoas, na hora do ápice do prazer, esquecem dos problemas que podem surgir em consequência de um ato impensado no momento da libido, entregam-se à circunstância e passado aquele instante, em alguns indivíduos preocupados com a saúde, vem a reflexão e a inquietude por que aquele ato pode causar um transtorno. Recorrendo assim a serviços de saúde para a realização de exames, contudo se houver o acometimento de uma doença mais simples, procede-se com os tratamentos devidos sem o agravamento da doença, mas caso houver uma infecção mais severa ou até mesmo sem cura, como a infecção pelo HIV, a corrida para os exames só proporcionará um tratamento mais precoce, contudo é uma aquisição irreversível. Em qualquer caso, melhor seria a prevenção das doenças através da utilização do preservativo.

Para Rosa e Josué o fator a qual o indivíduo adquire o HPV é a falta de cuidado no ato sexual:

“Porque não toma os devidos cuidados na hora de se relacionar sexualmente, na hora de manter a relação. No meu caso não tinha como eu usar camisinha durante o meu casamento inteiro né, complica, você ter que dizer ao marido que só faz se for de camisinha, às vezes eu endoio, agora mais não, mas tinha uma época que eu endoio, eu só faço se for com camisinha, tá com uma peste que eu sei onde tu andas. Quando a gente casa tem que fazer os exames antenupciais, que é aids, hepatite B, sífilis, gonorréia, mas não tem para HPV, então você não tem como saber se aquilo ali é antes ou depois do seu casamento, fica incubado por vários anos né, então não dá para saber. As pessoas inclusive confundem HPV com HIV, essa é a preocupação de você dizer para qualquer pessoa que tem HPV, aí é difícil você dizer, porque as pessoas não sabem o que é, aí você vai dizer uma coisa que ninguém sabe o que é, daqui que você explique tudinho, então não tenho que estar dando satisfação, contando minha história para os outros, aí por isso que fico na minha” (Rosa).

“Falta de cuidados nas relações sexuais. Não tenho nenhum conhecimento formado sobre o tema, pois sequer sei exatamente como é esse vírus, como se pega, como se transmite” (Josué).

O relacionamento do casal é muitas vezes baseado na confiança mútua, e desconfiar ou ter a certeza que existe infidelidade, geralmente provoca mudança na relação, principalmente a desconfiança. A mulher, por não suportar a decepção com o comportamento do marido, impõe o uso do preservativo, porém usar condom em todas as relações sexuais produz grandes conflitos (QUEIROZ, PESSOA, SOUSA, 2005).

O relato de Rosa é um dos grandes fatos ocorridos, pois é observado que após o casamento as pessoas deixam de usar o preservativo. No Brasil, o condom é pouco utilizado, mulheres em idade fértil, casadas ou em união, que fazem uso de métodos anticoncepcionais, o uso do preservativo é reportado por uma minoria, e a maioria dos homens não tem como hábito constante a utilização da camisa-de-vênus. Os níveis de uso de preservativo em tempos de aids ainda são muito baixos. De certa forma, isso pode ser justificado por alguns fatores relacionados, como ter um relacionamento estável, não manter relações casuais ou promíscuas, ter um bom conhecimento sobre a parceira atual e a parceira usar outro método anticoncepcional.

As regras sociais e culturais desestimulam o uso do preservativo, mesmo quando as pessoas se arriscam a contrair alguma infecção sexualmente transmissível. As regras estimulam os homens a assumirem um comportamento sexual de risco e, por outro lado, desencorajam as mulheres a questionarem a atividade sexual de seu parceiro. Ainda hoje existem as desigualdades entre os sexos, fazendo com que muitas mulheres deixem de usar o preservativo ou simplesmente deixem de discutir com seu parceiro sexual a possibilidade do uso do mesmo. Na maioria das culturas o homem tem mais poder do que a mulher para decidir sobre o uso do preservativo, mesmo quando sabem que o sexo desprotegido pode ser perigoso, os homens freqüentemente não se protegem e nem prezam por suas parceiras. Os homens têm maior probabilidade de usar o preservativo quando pensam que esta é uma norma social bem aceita, contudo as pessoas freqüentemente associam os preservativos à sujeira, ao sexo ilícito, à infidelidade e ao comportamento imoral (CENTER for COMMUNICATION PROGRAMS, 2005). Desta forma, confirma a dificuldade de Rosa em persuadir Josué para utilização da camisa-de-vênus, em todas as relações sexuais durante todo o casamento.

Para muitas pessoas solicitar ao parceiro que use preservativo dá a impressão de desconfiança, sobretudo nas relações mais duradouras, o pedido para usar o preservativo poderia dar idéia de falta de confiança e não de preocupação com o bem-estar do outro. Geralmente os casais usam preservativos nas primeiras relações sexuais, porém passam a utilizar outro método anticoncepcional quando existe maior confiança entre os parceiros. Mesmo quando a mulher suspeita ou até mesmo tem convicção da infidelidade do seu

parceiro, ela pode não exigir a utilização do preservativo porque manter a situação conjugal pode ser mais importante para ela do que evitar os riscos à saúde. Para muitas mulheres casadas, ou não, pode ser difícil negociar o uso do condom. As profissionais do sexo têm mais condições de negociar o uso do preservativo com os homens, porque se trata de uma discussão não emocional (CENTER for COMMUNICATION PROGRAMS, 2005).

O uso do preservativo é um comportamento bastante complexo que implica em variáveis pessoais, interpessoais e situacionais. Antes de recomendar o uso, é preciso compreender o que se pede para as pessoas fazerem, antes de esperar compreender porque elas seguem e, mais importante ainda, porque não seguem as recomendações. Existem várias crenças e atitudes negativas em relação ao uso do condom, no sentido que ele rompe a harmonia e o ritmo do encontro sexual e afeta negativamente a disposição sexual, há também preocupação da pessoa em relação à reação do parceiro diante da sugestão do uso e os possíveis efeitos desta proposta sobre o andamento do encontro sexual (TAMAYO *et al*, 2001).

Os principais aspectos do uso do preservativo é a aceitabilidade do mesmo, o medo de contaminação, o uso de álcool ou drogas, o número de parceiros, a informação sobre a saúde, o comportamento sexual de um novo parceiro e a disponibilidade de preservativo no momento do relacionamento sexual (TAMAYO *et al*, 2001). Enfim, o uso do condom não é um comportamento que acontece num vácuo social e cultural, mas num contexto interpessoal carregado de valores, crenças, incertezas e de expectativas, tornando assim difícil a compreensão da importância do uso juntamente com a utilização de forma instantânea.

É notável a falta de conhecimento que Josué tem com relação ao HPV, contudo ele se culpa por Rosa ter sido acometida pelo vírus, talvez pela forma como ela repassou para ele, culpando-o de tudo, ou até mesmo por saber dos comportamentos de risco que já teve.

O diagnóstico do contato com o vírus HPV causou repercussões diretas, somente entre o casal, pois o fato não foi comentado com muitas pessoas, e com aquelas a qual Rosa compartilhou, apenas ouviram e calaram, não houve extensão sobre o assunto. Os filhos de Rosa não ficaram sabendo do problema vivido por eles, segundo ela, não sofreram nenhuma repercussão direta, contudo atitudes que eram tomadas não diretamente por conta da doença, mas com o que provocou a doença, acabavam influenciando nas crianças. Para ela o que mais repercutiu entre ela e Josué foi a questão de conscientização:

“Não, só entre nós dois, questão de conscientização, de ter mais cuidado com relações sexuais extraconjugais, há relato por parte dele de relação extraconjugal e precisava se conscientizar. Assim, putz, traição já é fogo e você ainda trazer doença para dentro de casa, é mais cruel ainda” (Rosa).

Apesar de Rosa inicialmente não demonstrar nenhuma reação, em decorrência talvez do desconhecimento com relação ao assunto, ela mostra certa indignação velada, por ter contraído uma doença e saber que foi advinda do marido, e mais ainda por vir de relações extraconjugais. Porém é importante ressaltar sobre o período de incubação que este vírus pode ter, com isso ele pode ter adquirido já no casamento, ou antes mesmo de conhecê-la. Segundo relatos de Rosa, antes da descoberta do vírus, o casal já havia conversado com relação às condutas de Josué, pois Rosa já tinha uma insatisfação com as saídas do esposo, quando se deparou com o acometimento, serviu para ela frisar ainda mais o modo dele viver.

Quando Rosa descobriu que estava com o vírus, ela já sabia das relações extraconjugais do seu marido, com isso segundo ela mesma disse, não foi surpresa para ela o diagnóstico, pois era um fato já esperado; apesar de não expressar os sentimentos diretamente, podemos denotar em suas falas que existe um pouco de raiva. De acordo com Queiroz, Pessoa e Sousa, (2005), sentir raiva do parceiro quando descobre a contaminação é um sentimento relatado com frequência, ao ter conhecimento que o HPV é uma doença de transmissão sexual, a mulher que quase sempre desconfia da fidelidade do marido, confirma a suspeita. O marido nessa fase da descoberta, faz com que ela lembre da infidelidade, do sofrimento e talvez até mesmo da desilusão. Josué confirma essa desconfiança de sua esposa, quando fala da repercussão causada em sua família:

“Houve um desgaste na relação de confiança sexual com a esposa” (Josué).

Uma maior parcela da população deveria evitar o comportamento sexual de risco, usando preservativo ou aderindo à monogamia, para assim evitar contrair as infecções sexualmente transmissíveis, e a aids. Contudo, torna-se pouco provável que a atitude da maioria das pessoas mude com relação ao condom, a não ser que as regras sociais também mudem. Em algumas culturas, prevalecem certas atitudes relativas à masculinidade que desestimulam o uso dos preservativos e estimulam os comportamentos sexuais de risco por parte do homem, entre eles: relacionar-se com profissionais do sexo e manter múltiplas parceiras sexuais.

Ainda se tratando das repercussões causadas devido o diagnóstico de contaminação com uma doença sexualmente transmissível, especificamente na vida de Rosa e Josué causou preocupação e motivação, respectivamente:

“Às vezes eu me preocupo, por exemplo, todo ano eu me preocupo em fazer o exame novamente, para ter certeza de que a lesão foi extinta, porque foi retirada a laser. Então geralmente eu fico assim... um pouquinho tensa quando eu faço o exame e fico esperando o resultado” (Rosa).

“Motivação para repensar valores sagrados como a família” (Josué).

De acordo com Passos (2006), é imperativo não se apavorar frente a um exame que mostre ser compatível com HPV, porém acusar alguém de ter transmitido o vírus pode ser muito grave e até injusto, porque o período de incubação deste vírus é indeterminado. De maneira geral, a infecção pelo HPV é conhecida através da transmissão sexual; todavia encontram-se inúmeros casos onde a dificuldade em estabelecer a forma de transmissão é absurdamente grande. A questão torna-se mais complicada ainda quando apenas um dos parceiros sexuais apresenta clinicamente a doença. Contudo, o parceiro que não mais apresenta os sinais pode ter tido a cura espontânea, cada organismo tem seu potencial para enfrentar cada problema.

Apesar de Rosa achar que não houve repercussão nenhuma com o contato do vírus, ela chegou a conversar novamente com Josué para ratificar o diálogo que já haviam tido anteriormente, sem nem mesmo saber de nenhum acometimento com DST:

“Ah, o que a gente falou, assim... como já, eh... como eu já sabia de todo o histórico dele, acerca da vida sexual dele, que ele não tinha sido... nada decente, mas a gente já tinha conversado sobre isso e eu já havia perdoado, quando eu soube da lesão de HPV... não havia mais o que falar sobre... traição, sim falar sobre a lesão, aí eu falei para ele, tá vendo no que deu suas brincadeiras... tem que ter cuidado, não é assim que leva a vida, poderia ser isso ou poderia ser coisa muito pior também” (Rosa).

O acometimento com o vírus do papiloma não provocou intrigas em Rosa e Josué ao ponto de romperem com o matrimônio, mas fez com que eles pensassem melhor a respeito de atitudes tomadas em momentos instantâneos, que futuramente terminariam por provocar conseqüências, sejam elas de arrependimento, de sofrimento, de sentimento, física, de reflexão, entre outras mais de acordo com cada indivíduo. Com relação se o acometimento com o HPV afetou o relacionamento do casal, eles afirmaram:

“Oh, se eu disser que não afetou... acho que é demais, não afetou, acho que não é a resposta correta, afetou, afetou pouco, a gente parou para pensar, para conversar sobre o assunto, refletir sobre o passado... os problemas que... a responsabilidade sexual pode causar, afetou de qualquer forma afetou, você passa um período inculcado... já se superamos” (Rosa).

“Inicialmente afetou, mas minha esposa é uma pessoa maravilhosa e soube superar, mediante um trabalho de reconquista” (Josué).

Rosa disse que conseguiu estabelecer um diálogo franco com Josué, e que não soube de mais nenhum ato poligâmico dele, disse ainda ter conseguido superar todos os momentos vividos.

Com relação aos momentos disponibilizados para as atividades da vida diárias, Rosa afirmou que atualmente o tempo com os filhos está bem dividido, além de fazer as próprias atividades, consegue levar e buscá-los na escola, almoçar com eles, orientá-los com as tarefas escolares, levar para as atividades extras e à noite ficar com eles, diz que dá para conciliar, não precisando ser uma exclusividade, passar o dia inteiro no trabalho e vê-los somente quando acorda e dorme, pois para ela tem pais que só vêem quando chegam em casa à noite, porque de manhã cedo os pais saem muito cedo e a criança ainda está dormindo, e para ela esta situação não é por malvadeza, mas sim por necessidade de trabalho. Antes ela fazia faculdade, estágio à tarde e só chegava em casa à noite, então era reduzido o tempo que conseguia conviver com as crianças, principalmente na época da faculdade em que permanecia o dia inteiro lá, sem sequer vir na hora do almoço para casa.

O tempo de Rosa com Josué, segundo ela é pouco, porém mais intenso, pois ele passa o dia inteiro no trabalho, mas à noite as crianças gostam de ficar brincando, assistindo televisão ou lendo historinhas, eles ficam ali presenciando tudo, contudo não estão trocando idéias com as crianças, facilitando assim o momento para o casal, então eles conversam como foi o dia, algum projeto de vida. Rosa disse, sempre que o marido precisa realizar alguma viagem procura ir junto com ele, pois para ela é um momento em que ficam juntos, seja no percurso da viagem ou da estada no destino.

Josué é uma pessoa excessivamente preocupado com o trabalho, antes Rosa se incomodava com esta situação, mas ela já conseguiu se acostumar com este hábito de seu marido:

“Não me incomodo com a preocupação excessiva com o trabalho dele, eu já me acostumei, eu já me aperreei muito porque eu conhecia um estilo de vida diferente, que é trabalhar de segunda à sexta-feira, ter aquele horário, papai e mamãe vem para casa e pronto, e ele não, ele trabalha de domingo à domingo, se um cliente quiser ser atendido no domingo ele vai trabalhar, se o cliente precisar, quiser não, mas se ele puder marcar para segunda-feira ele marca, mas se o cliente precisa naquele dia ele vai. Noite de Natal já passou na frente do estabelecimento do cliente com polícia, oficial de justiça, maior confusão, que o cara queria levar os computadores lá do cliente, então tem que ser bastante compreensiva, mas em compensação se hoje de manhã de repente ele não quiser trabalhar, quiser passar a manhã inteira assistindo televisão comigo ou a gente passeando, fazendo outras coisas, ele pode também, porque ele faz o horário dele. Se a gente quer em pleno setembro, férias para ninguém, viajar, 10 dias de viagem, a gente viaja, agora isso é compensatório né, ele trabalha muito, tudo é uma troca” (Rosa).

Relacionado às curiosidades juvenis dos filhos Rosa disse ter relacionamento com eles bastante liberal, ela disse que no sentido de conversação é aberto, que quando chegar à época ofertará preservativo para o seu filho, que hoje já fala e ele fica apenas sorrindo, ela acha que ele fica torcendo para chegar esse momento:

“Não tem nenhum tabu entre a gente, eu sou mais aberta do que meu marido, ele também fala, mas é porque ele não é muito de conversar sobre temas problemas, ele não é muito de ficar especulando coisa, não deixa acontecer, ele não é muito de ficar prevendo, eu já gosto mais de dizer como são as coisas e depois... quando a pessoa prova já sabe mais ou menos como é, quais conseqüências podem gerar, acho que essa parte fica mais comigo mesmo” (Rosa).

É importante manter um relacionamento amigável com os filhos para que se possa ofertar uma melhor educação, já que estes estão, cada vez mais cedo, iniciando o interesse pelo namoro e até mesmo relações sexuais. Segundo Oriá e Alves (2004), o sucesso da orientação sexual depende do contexto de humanização e suporte permanente com diálogo franco e aberto.

À medida que os filhos vão crescendo começam a dar início à aquisição de privilégios e responsabilidades, que os filhos mais novos ainda não possuem. Para Rosa o maior privilégio que Gabriel, filho mais velho, passou a ter com idade foi a liberdade.

“Acho que a liberdade, o maior privilégio que o adolescente ganha é começar a andar com as próprias pernas, ir pro cinema sozinho, sair com os amigos sozinho, acesso à internet de forma deliberada, acho que passa a ter mais liberdade, eu acho que é o que ele mais... o que tem de mais diferente nesse termo assim é a liberdade que vai adquirindo com o passar dos anos, não é do dia para a noite e vai crescendo e vai aumentando mais ainda né, daqui a pouco é dar uma saidinha com o amigo para boate e tudo vai surgindo com o tempo” (Rosa).

Quando os filhos crescem é preciso dar liberdade para enfrentar as adversidades da vida, mas, ao mesmo tempo, é preciso ter um acompanhamento, para que a educação que foi fornecida durante todos os anos da infância, não seja perdida durante esta boa e difícil fase de transição do indivíduo, a adolescência.

Normalmente junto com a fase do afloramento de hormônios inicia também a fase dos namoros, esta deve ser uma época em que é preciso oferecer instruções para se ter responsabilidade nos atos, quando a relação entre pais e filhos é amigável, é bem mais fácil tornar este processo educativo, ao invés de punitivo. Quando indaguei como seriam as reações de Rosa com relação ao surgimento de namorados para a filha são bem diferentes das reações com relação às namoradas para o filho:

“Sinceramente eu não sei, eu posso dizer assim... que eu vou achar natural, mas eu sei que eu não sou assim, eu sei que eu tenho que gostar da pessoa, do cara, não é o fato dela sair com um namorado, é qual é o namorado. Ele já é mais tranquilo, eu só me preocupo assim de se envolver, com mulheres mais velhas só pelo fato de ter relação, por isso que eu digo se envolver, se ele tiver namorico e tal, para se satisfazer pessoalmente, porque a mulher mais velha tem mais liberdade para isso, é uma coisa, eu digo se envolver, mas... acho também que é uma coisa natural da vida. A mulher mais velha ou de classe mais humilde, só a título de satisfação sexual é que eu não iria gostar, não iria achar interessante para ele, mas eu acho que todo menino passa por essa fase, namorar uma mulher mais velha ou uma menina mais humilde porque aí fica tudo mais liberado sexualmente, eu acho,

porque eu acho que namoro bom é com menina da sua idade, vizinha, uma namoradinha da escola, porque tem a mesma idade e vai descobrindo tudo devagarzinho” (Rosa).

Interessante a divergência que existe nas atitudes tomadas com relação ao ingresso nas experiências sexuais da menina e do menino, ainda hoje as pessoas trazem arraigadas essas tradições de educação.

Às vezes com o surgimento da adolescência também tem outro fato que os pais se preocupam, o envolvimento com as drogas, drogas lícitas ou ilícitas, como álcool, cigarro comum e outras. Rosa procura orientar quanto ao uso de drogas, obtendo também a colaboração de seu esposo:

“Eh, a droga, eu pelo menos tento passar para ele (filho), e nesse ponto o meu marido colabora porque ele é omissos, então se ele é omissos ele colabora, ele quando tinha a idade de que meu filho tem hoje (12 anos) já bebia, porque o pai dele achava que homem tinha que beber, ele não contribui com isso aqui em casa, não tá na hora, sequer oferece, eu brinco, se ele bebia e gostava..., vivia bêbado, vivia bêbado, assim... toda vez que bebia ficava bêbado porque ele era muito novo, tudo que ele bebia ficava bêbado, ia para as festas, 14/15 anos, vodka com fanta, vinho... aqui em casa não tem isso, pelo menos o mais velho não mostra interesse, não vejo ele ter interesse pelo álcool, e as outras a gente condena totalmente, porque isso a gente conversa muito sobre o assunto, os outros tipos de drogas, cigarro, maconha, cocaína... qualquer um, agora o álcool eu sei que em um certo momento da vida vai surgir para ele, vai surgir porque a cultura do povo é beber mesmo” (Rosa).

O álcool por ser uma droga deliberada, muitas vezes não considerado como droga, é consumido por várias pessoas e até mesmo estimulado pelos que bebem para aqueles que não o consomem, muitas vezes é consumido em excesso e sem nenhuma restrição. Não é o caso de nenhum integrante da família de Rosa, mas é válido ressaltar que uma, em cada dez pessoas, é ou possui predisposição para ser alcoólatra. Ressalta-se que dentre os aspectos sócio-culturais que predispõem ao alcoolismo, estão as profissões estressantes, em que o alcoolista leva as tensões para sua vida particular; a publicidade, que estimula e valoriza o uso de bebidas alcoólicas, nas atividades sociais, como facilitadora do relacionamento amoroso ou mesmo para saber tomar uma decisão ou afugentar dificuldades e mágoas; a sociedade que é de opinião relativamente tolerante quanto ao uso de bebidas alcoólicas; o preço acessível da bebida alcoólica, ingerida pelas classes sociais menos favorecidas; os interesses econômicos envolvidos, pois é curioso que, ao mesmo tempo em que o governo gasta grandes somas no tratamento e recuperação dos alcoolistas, ele tenha nos impostos sobre as bebidas, uma das fontes principais de lucro (CARNEIRO, JORGE e BATISTA, 2005).

5.3. Avaliação Funcional

A avaliação funcional irá avaliar o funcionamento da família, o comportamento entre seus membros. Na família em estudo, quando é necessário submeter-se a avaliação e acompanhamento por especialista, ginecologista ou urologista, cada um tem a responsabilidade de marcar a consulta e encaminhar-se para o profissional. A responsabilidade de escolher e utilizar o método contraceptivo são totalmente de Rosa, com o auxílio do ginecologista para a escolha do melhor de acordo com a situação do casal. Quando o casal apresenta uma doença íntima, normalmente quem tem a preocupação com a condução das relações sexuais é Rosa, geralmente ela que vai ao médico para relatar os sintomas, e durante o tratamento não estabelecem abstinência sexual naquele período, mas fazem uso do preservativo.

As mulheres geralmente são mais cuidadoras, em sua grande maioria são as responsáveis pelos cuidados com os filhos, com um enfermo, Rosa acha isto uma questão natural, cultural, que vem de dentro da mulher. Com isso, de forma resumida tudo que é relacionado ao cuidado, gravidez ou doença, é de prioridade dos cuidados de Rosa.

“Quando um filho está doente o ato de cuidar é mais minha parte, mas os dois cuidam, assim, assumir horário do remédio geralmente sou eu, mas dar um remedinho de febre, colocar o termômetro... geralmente eu assumo, mas é porque é da minha personalidade mesmo fazer isso, se eu não puder ou se eu pedir ele faz tranquilamente” (Rosa).

Segundo Alves e Barroso (2005), no âmbito doméstico, a mulher está sempre disponível às solicitações dos seus membros familiares nos cuidados com a higiene, alimentação, tratamento dos enfermos e no autocuidado.

A família funciona como uma unidade de saúde ou de doença. Ela não deve ser negada pela enfermagem, fazendo-se necessário o emprego de métodos que permitam a prestação de cuidados a indivíduos singulares que possuem características próprias, mas que influenciam e são influenciados pelo ambiente familiar (PINHEIRO e VARELA, 2002).

Nessa família quem tende a iniciar as conversas sobre sentimentos é Rosa, quando seu marido está feliz, segundo ela, expressa de forma adoidada, agitado, e ela já age normal, quando está triste e com raiva é calado, ela quando está triste fica chorona e com raiva fica irritada. O sentimento de raiva dos pais exerce efeitos divergentes sobre Gabriel e Bela:

“Preocupação, tristeza, é diferente de um filho para o outro, a pequena fica preocupada que a gente vai ficar com raiva dela, o mais velho fica aborrecido porque estão brigando com ele” (Rosa).

Quando Josué está com raiva Rosa tenta conversar com ele sobre o assunto caso ele ofereça abertura, do contrário ela fica calada esperando a raiva dele passar.

Quando se fala em comunicação Rosa acha que a mãe dela é a que melhor se comunica, de forma mais clara e direta, e entre sua família nuclear ela acha que é ela mesma:

“Eu mesma, em questão de sentimento ele (Josué) não vai falar nunca se eu não falar, em outras coisas não, dá uma ordem para uma criança ou repreender por alguma coisa, acho ele melhor para falar, eu falo sobre o problema todinho, ele vai lá e diz exatamente o que a pessoa fez de errado e pronto, morre ali, não precisa se aborrecer...” (Rosa).

Quando o assunto é sexo, o filho mais velho, Gabriel, segundo relatou Rosa, ele fala sobre mulher, pergunta, tem curiosidade de até ver o corpo dela quando ela está tomando banho, ela acha que isso é normal de adolescente, Rosa procura agir de forma mais natural possível, mas ele ainda não fala a respeito de realizar o ato sexual propriamente dito, Rosa acha que ainda é cedo para ele.

Para se estabelecer uma conversação direta entre Rosa e Josué, segundo ela, eles observaram que precisa de transparência, não ter barreiras, não ficar escolhendo palavras para falar, falar diretamente e abertamente, com o que surge na cabeça, falar sem ficar escondendo, ocultando fatos ou coisas que possam se dizer.

Quando Rosa ficou sabendo do acometimento com o HPV, segundo ela Josué reagiu fechando-se nas profundezas dos seus pensamentos, silenciando:

“Ele é muito na dele, então eu acho que assim..., ele deve ter ficado preocupado e ter pensado, pô fiz merda, que foi assim que eu coloquei para ele... que em algum momento da vida ele pegou isso e que ia gerar consequência em alguém. Ele se fechou, se calou” (Rosa).

Já para Josué ele interpretou a reação de sua esposa, ao saber do acometimento com o HPV, como de decepção moral e tristeza, disse ainda que afetivamente ela ficou muito vulnerável, desconfiada de tudo, insegura.

Rosa em nenhum momento demonstrou que possui medo ou tristeza, apesar de saber que o HPV é um grande precursor para o câncer cervical, nem pensa em recidiva, ela sempre mostra a possibilidade de cura e a importância do diálogo com o marido.

Rosa procurou conversar a respeito da doença com Josué:

“Conversamos, mas ele só calava, eu acho que ele mostrava preocupação, ele só escutava, pois não tinha conhecimento de nada, então não tinha muito o que dizer. Ele ficou preocupado, me deu toda assistência, me levou na clínica para fazer a aplicação do laser, pagou a aplicação, ficou preocupado, ficou preocupado depois em fazer o exame para ver se estava tudo ok, ele é muito na dele, ele esconde muito esses sentimentos dele, principalmente se houver um fundo de que ele errou, aí é que ele se reserva mais ainda” (Rosa).

Quando soube da doença, Rosa culpou seu marido, porém ele não a culpou, conseqüentemente não houve a comunicação circular. E Rosa justificava a acusação devido o histórico sexual de seu companheiro, todo o histórico de vida dele, ela achava claro, não tinha nenhuma surpresa para eles dois. Com todos esses sentimentos de culpa um apoiou o outro:

“Sim, não houve ameaças, somente culpas e exigia uma mudança postural, pelo menos uma manutenção do que estava se propondo a ser, não foi a lesão que gerou a mudança de comportamento, mas que ele permanecesse naquela mudança de comportamento, já havia conversado sobre a mudança, já havia colocado as cartas na mesa, já havia superado essa fase, já havia superado essa fase de traições” (Rosa).

Segundo Queiroz, Pessoa e Sousa (2005), a inculpação por haver adquirido a doença, faz a pessoa repensar suas atitudes diante dos fatos, e requer principalmente mudança de comportamento. Essa mudança pressupõe um acordo entre os parceiros, trazendo à tona a culpa e as insinuações.

Quando eles souberam da doença não procuraram auxílio com nenhum familiar, apenas com o ginecologista. Rosa e Josué já haviam conversado entre si, para que houvesse a mudança de comportamento dele, antes mesmo da descoberta do vírus:

“Só falei de HPV quando eu precisei fazer o laser, não lembro quando foi a conversa para mudança de comportamento, pode ter sido concomitantemente, a verruga não interferiu” (Rosa).

Eles viram a doença como um problema superado, muitos casais mesmo já tendo passado a crise continuam a reviver aquele momento vivido, outros até mesmo se separam, com tantas descobertas.

“...eh, um problema assim, superado, tratado fisicamente e superado psicologicamente. Procuramos solucionar com o tratamento a laser e conversamos para reafirmar aqueles votos de comportamento” (Rosa).

O diálogo familiar é fator primordial para a comunicação, possibilita superar incompreensões e dificuldades ocasionais (DIÓGENES, 2004). Quando eles sentem a necessidade de conversar procuram um ao outro, às vezes ela procura a mãe, a irmã, uma amiga e ele, ela acha que procura um amigo. Rosa disse que dificilmente ele procura os próprios familiares, porque ele sempre foi tido como o errado, o irresponsável, e se ele for à procura dos familiares para falar sobre problema, irá ser condenado, pois rapidamente o acusam.

Quando perguntei sobre os papéis que Rosa exerce na família, ela afirmou que:

“De amante, de puta... (risos), de cuidadora, de cozinheira, ah a mãe é tudo isso, né, à noite eu faço o jantar, no final de semana não tem empregada, então a gente que se vira, que faz as coisas né, que faz o jantar, faz o café da manhã, geralmente

sou eu que faço essa parte mais de cuidado. RARAMENTE de tia, excepcionalmente os sobrinhos vem para cá ou nós vamos para lá” (Rosa).

Observo que Rosa tenta preencher as necessidades físicas de Josué, dizendo exercer além dos papéis de mãe os de uma mulher completa, em que faz o complemento entre a mulher de casa e a mulher da vida. A grande maioria da população é composta por mulheres e estas são objeto central no planejamento das políticas de saúde, porém é insuficiente e desigual o valor que se atribui aos papéis desempenhados pela mulher na sociedade. Nesta realidade, sua relação com a saúde é operada de forma efetiva, pois, como mãe, mulher e trabalhadora, ela tem sido o elo entre o núcleo familiar e os profissionais de saúde, já que são grandes demandadoras por atenções de saúde (ALVES e BARROSO, 2005).

Com relação às preocupações referentes ao problema de saúde vivenciado por ela e conseqüentemente por Josué, ela acha que o mais importante é ter cuidado, que tem que ser feito sempre o acompanhamento, porém ela disse não se preocupar com os fatores possíveis de acontecer em decorrência do acometimento com o vírus, contudo tem consciência do fato, tem a preocupação de tratar e de cuidar para que não venha a ter nenhuma conseqüência mais grave. Josué acredita que não há nenhuma preocupação relacionada a esse problema de saúde.

Como Josué desconhece qualquer assunto relacionado ao HPV, torna-se difícil para ele tomar para si alguma preocupação, pois para ele a esposa foi acometida por uma doença em decorrência de seus comportamentos de risco, mas que já foi tratada, então é tido como um problema parcialmente resolvido, pois ele não fala com total convicção de não haver preocupação.

Quando indaguei a Rosa e a Josué a possibilidade de haver impactos causados pelo HPV, eles afirmaram que:

“Oh, causou, eu acho que causou, acho que a gente soube superar, mas que causou na época causou, e sempre quando eu vou refazer o exame... tem uma preocupação, que eu acho que isso é reflexo daquele impacto sofrido na época. O diagnóstico de início acho que gerou algumas desconfianças, interrogações, você fica... poxa... logo comigo né, que nunca tive namorados, nunca transei com muitas pessoas, não sei nem o que é isso, mas é o papel que você se sujeita quando você ama, você gosta de alguém..., se a gente fosse ser racional realmente, antes de você transar com aquela pessoa, você pegava o histórico sexual dela, para saber com quem todos ela já transou, dependendo com quem ela transou, você só transa com camisinha com aquela pessoa, faz logo o exame..., a gente não vive assim, nesse mundo... na vida socialmente a gente não vive assim, mesma coisa é quem tá começando a namorar não vai ficar pegando o teste da boca de todo mundo para ver quem tem herpes, quem não tem, é complicado né, a gente não vive assim, principalmente quando a gente gosta, quando a gente gosta a gente confia, amar é confiar, você não vive desconfiando da pessoa, então na hora bate certas interrogações, eu fico me questionando e tal... superamos” (Rosa).

“Um repensar na vida e valorização ainda maior na família e no amor verdadeiro. De início o diagnóstico nos afastou, mas somado a outros fatores sentimentais sem qualquer correlação, terminou no futuro aproximando” (Josué).

No ápice do descobrimento da doença Rosa sentiu desconfiança e tristeza, a preocupação de reaparecimento ainda perdura até os dias atuais, ela recorda e vivencia em todos os exames de rotina ginecológicos, contudo demonstra amor, cujo sentimento ajudou-a a superar a questão. Josué já demonstra reflexão, sentimento de valorização da família, e juntamente com Rosa, amor.

É interessante quando o casal, que é acometido por uma DST, consegue estabelecer uma conversa leal, facilitando o tratamento e prevalecendo a continuação dos cuidados para evitar a recidiva e o surgimento de outras infecções transmitidas sexualmente, sendo mais relevante ainda quando consegue alterar os costumes de risco para a saúde sexual de um ou de ambos os indivíduos, e superar a fase vivenciada, como foi o caso da família participante do estudo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática deste estudo, em que aborda família, HPV e ainda o Modelo Teórico escolhido, torna a pesquisa bastante complexa, já que os três assuntos são desafiadores para os profissionais de saúde, e particularmente, o assunto família ainda é bastante incipiente. Com isso, corroboro a relevância dos temas explanados no decorrer desta pesquisa.

A família extensa de Josué é maior do que a de Rosa, porém ela consegue estabelecer diálogo, compartilhar seus problemas com seus familiares, principalmente a mãe e a irmã, o que não acontece com Josué, pois o mesmo é tido como o indivíduo errado na família. A família nuclear de Rosa tem a interação social preenchida, as crianças não ficam ociosas em casa, possuem atividades fora do horário da escola, Rosa possui uma maior interação com a irmã do que com os pais, frequenta academia, consultório odontológico e ginecológico, Josué interage com amigos, familiares e o próprio trabalho. Conforme a opinião de Rosa os vínculos afetivos entre todos os membros de sua família nuclear são fortes, com exceção de Josué e Gabriel que é moderado e o dela com o filho que, apesar de ser forte, tem um pouco de negatividade, em que ela afirma ser em decorrência das cobranças com relação aos estudos.

Josué e Rosa ao resolverem casar tinham pouca orientação a respeito das cautelas que é necessário ter com a sexualidade, não apenas manter relação sexual por instinto, prazer, mas sim com responsabilidade, afinidade e amor, isto é, educação sexual.

Percebo com este estudo, que as informações a respeito das doenças sexualmente transmissíveis, em particular do Papilomavírus humano, ainda ficam muito a desejar, precisando ser mais divulgadas pelos profissionais e meios de comunicação, partindo do princípio de que Rosa não tinha nenhum conhecimento sobre o assunto quando descobriu a doença, e Josué não tinha e continua sem ter conhecimento sobre o tema, segundo eles próprios, percebendo assim que houve o tratamento da lesão em Rosa, mas faltaram esclarecimentos, orientações sobre o tema para o casal, pois se sabe a importância da participação do companheiro quando é diagnosticada uma DST.

Devido o diagnóstico de HPV ter sido estabelecido nessa família, particularmente em Rosa, e por ela e seu companheiro terem um bom nível sócio-econômico, observei que o Papilomavírus humano e a falta de informações sobre este vírus não atinge somente os níveis sócio-econômicos menos favorecidos.

Fazendo o paralelo da reação de Rosa com a de Josué, Rosa reagiu com indiferença ao diagnóstico, até mesmo pelo seu desconhecimento referente ao assunto, Josué por sua vez teve o sentimento de culpa e arrependimento por haver transmitido o vírus para sua esposa; e

a reação de Josué percebida por Rosa, com a reação de Rosa percebida por Josué, foi que para Rosa ele reagiu com preocupação e culpa, enquanto que para Josué, ela teve o sentimento de tristeza, decepção moral, insegurança, desconfiança e vulnerabilidade afetiva.

As repercussões que ficaram mais evidentes no casal, devido ao acometimento com o HPV, foi a conscientização dos hábitos, a desconfiança, a preocupação com a recidiva e a motivação para repensar na valia que possui uma família. É bastante identificável também a responsabilidade que Rosa atribui a Josué, o fato de terem sido acometidos por esse vírus, devido às atitudes sexuais de risco que o marido já vivenciou. Assim como também é percebido com bastante veemência, que Josué assume a culpa da doença e sempre enaltece o valor da família.

O acometimento com o vírus não interferiu na rede de apoio da família, mas eles não se sentiram seguros para compartilhar com muitas pessoas, por se tratar de um assunto íntimo e por receio de serem estigmatizados. Ratifico aqui, o preconceito que ainda existe com relação às doenças sexualmente transmissíveis, ou até mesmo o próprio assunto sexualidade, a maioria das pessoas não se sente à vontade para compartilhar a temática com os demais.

Rosa já havia conversado com Josué para que ele mudasse alguns de seus comportamentos, tais como: saídas para bares, sem a sua companhia, para se divertir, beber e até mesmo ser atraído por outras mulheres; porém quando se depararam com o HPV, fator decorrente dos costumes dele, isto contribuiu com que, mais uma vez, ela expusesse o diálogo, interpondo o fator desencadeante, conseguindo fazer com que Josué se conscientizasse e mudasse seus hábitos.

Um grande fator observado no desenvolvimento da família foi que após a modificação na maneira de se comportar de Josué, ele passou a ser mais presente e participativo dentro do lar, principalmente com as atividades dos filhos. E no funcionamento foi a inculpação de Rosa para Josué, contudo não gerava comunicação circular, devido ao fato dele calar-se com os seus pensamentos e sentimentos de culpa.

O fator mais pronunciado pelo casal, com relação à causa da doença, foi a falta de cuidados na hora do contato sexual, apesar de eles terem pouco conhecimento a respeito do HPV, sabem a conduta que o indivíduo deve ter para evitar o acometimento com o vírus. Contudo, através de conversas e provas de afetividade, o casal conseguiu superar o problema vivenciado.

Com este estudo pude mais uma vez confirmar a importância que a educação sexual possui, os profissionais de enfermagem não podem deixar passar despercebida essa habilidade e competência que possuem em estabelecer palestras, dinâmicas de grupo, oficinas, enfim

qualquer atividade que contribua com informações para a população, ou até mesmo dentro do consultório, com a orientação individual ou em família; a orientação deve ser ofertada em muitos casos para a família e não só para o doente. O enfermeiro deve estar em contínua atenção para visualizar possíveis causas de problemas, para que possa cuidar além dos fatores conseqüentes de doença, acontecimentos também que possam prevenir doenças.

7. REFERÊNCIAS

ALVES, M.D.S. **Papiloma vírus humano e mal-estar**: representações sociais de homens e mulheres. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC/Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 2004. 112p.

ALVES, M.D.S; BARROSO, M.G.T. Representações sociais no ciclo vital: mulher, família e saúde familiar. In: BARROSO, MGT; VIEIRA, NFC; VARELA, ZMV (Org.). **Saúde da Família II** – espaço de incertezas e possibilidades. Fortaleza: Sociedade Brasileira de Enfermeiros Escritores, 2005. p. 11-21.

ANDRÉ, M.E.D.A. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

BOMFIM-HYPPÓLITO, S. *et al.* Câncer cervical: prevenção primária ou secundária? **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 157-160, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE POLÍTICAS ESTRATÉGICAS. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER. **Infecção pelo Papilomavírus humano – HPV**. Gestação de alto risco. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 94-95.

_____. SECRETARIA DE PROJETOS ESPECIAIS DE SAÚDE. COORDENAÇÃO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis – DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 3ª ed. 142p.

_____. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE DST E Aids. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 4ª ed. 140p.

CARNEIRO, F.V.P; JORGE, M.S.B; BATISTA, F.L.R. O alcoolismo e suas conseqüências: aspectos físicos e psíquicos. **Revista RENE: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 6, n. 1, p. 54-61, 2005.

CARVALHO, G.M. **Enfermagem em Ginecologia**. São Paulo: EPU, 2004.

CARVALHO, I.M.M; ALMEIDA, P.H. Família e proteção social. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 109-122, 2003.

CARRET, M.L.V. *et al.* Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 76-84, 2004.

CASTRO, A. de F. **HPV – papilomavírus.** Disponível em: www.drashirleydecampos.com.br/noticias.php?noticiaid=7471&assunto=Ginecologia/Mulher Acesso em: 05 mar, 2007.

CEARÁ. Instituto de Câncer do Ceará. INCA. Registro de câncer de base populacional - RCBP. **Distribuição do total de casos de câncer matriculados no hospital, segundo localização topográfica e sexo.** Fortaleza, 2002.

CENTER for COMMUNICATION PROGRAMS. **Comportamento sexual e preservativos.** Disponível em: www.bibliomed.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=12837&ReturnCatID=499. Acesso em: 18 out, 2005.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

DIÓGENES, M.A.R. **Estrutura, desenvolvimento e dinâmica da família da gestante com Papilomavírus humano.** Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004. 148p.

DIÓGENES, M.A.R; REZENDE, M.D.S; PASSOS, N.G. **Prevenção do Câncer:** atuação do enfermeiro na consulta ginecológica – aspectos éticos e legais da profissão. Fortaleza: Pouchain Ramos, 2001.

DIÓGENES, M.A.R. **O autocuidado da adolescente portadora de DST na vivência da sexualidade.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2000. 105p.

FREITAS, F. *et al.* **Doenças sexualmente transmissíveis.** Rotinas em Ginecologia. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. p. 110-133.

GOMES, M.M.F; GAÍVA, M.A.M; OLIVEIRA, R.D. Concepções de um grupo de enfermeiras sobre família. **Família, Saúde e Desenvolvimento,** Curitiba, v. 4, n. 1, p. 60-67, 2002.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Incidência de câncer no Brasil.** Disponível em: www.inca.gov.br/estimativa/2006. Acesso em: 02 dez, 2006a.

_____. **HPV – perguntas e respostas mais freqüentes.** Disponível em: www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=327. Acesso em: 14 dez, 2006b.

JOCA, M.T. **Desempenho do papel de nutriz:** interação familiar e suporte de apoio. Monografia (Graduação) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004. 54p.

KAWAMOTO, E.E; SANTOS, M.C.H; MATTOS, T.M. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: EPU, 1995. 208p.

LUCISANO, A; Di PIETRO, M.L. **Sexualidade humana**: orientação sexual para adolescentes e jovens. São Paulo: Paulinas, 1996.

MONTEIRO, ARM; BARROSO, MGT. A família da criança-problema na escola: um estudo de fenomenologia sociológica aplicada à enfermagem. In: BARROSO, MGT; VIEIRA, NFC; VARELA, ZMV (Org.). **Saúde da Família** – abordagem multirreferencial em pesquisa. Sobral: Edições UVA, 2002. p. 19-40.

NEVES, N. A. *et al.* Federação Bras. das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Orientação – DST/AIDS**. São Paulo: Ponto, 2004. 179p.

NORONHA, V.L. *et al.* Papilomavírus humano (HPV) em mulheres com citologia oncológica dentro dos limites da normalidade. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 49-55, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **A saúde no Brasil**. Brasília, 1998. Disponível em: ftp://ftp.ufv.br/dns/especializ_dns/disciplinas/politicas_de_saude_br.pdf. Acesso em: 15 nov, 2001.

ORIÁ, M.O.B; ALVES, M.D.S. Adolescente com Papiloma Vírus Humano no contexto familiar. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p. 44-48, 2004.

PAES, P.F.A; ESPÍRITO SANTO, F.H. do. Limites e Possibilidades no Cotidiano do familiar que cuida do idoso com Alzheimer no ambiente domiciliar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 192-198, 2005.

PARELLADA, C. **Infecção por HPV no colo de útero**. São Paulo, 2006. Disponível em www.prevencaodecancer.com.br. Acesso em: 25 mai, 2006.

PASSOS, M.R.L. **HPV**: que bicho é esse? 4ª ed. Pirai: RQV Editora, 2006. 173p.

PEREIRA, A. L. Educação em Saúde. In: FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2005. p. 25-46.

PEREIRA, F.A. **Iniciação ao Reiki**. Fortaleza, 2003. p. 21-23.

PINHEIRO, A.K.B; VARELA, Z.M. de V. Desmame precoce x cotidiano familiar de nutrízes adolescentes. In: BARROSO, MGT; VIEIRA, NFC; VARELA, ZMV (Org.). **Saúde da Família** – abordagem multirreferencial em pesquisa. Sobral: Edições UVA, 2002. p. 101-115.

PINHEIRO, A.K.B. **Depois do parto tudo muda:** um novo olhar sobre adolescentes nutrizes. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

POLIT, D.F; BECK, C.T; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. Trad. Ana Thoreel, 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. 487p.

POLIT, D.F; HUNGLER, B.P. Pesquisa e análise qualitativa. In: _____ **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. cap. 11. p. 268-88.

QUEIROZ, D.T; PESSOA, S.M.F; SOUSA, R.A. Infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV): incertezas e desafios. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 190-196, 2005.

RIBEIRO, A.M. de S; BARROSO, M.G.T. Crenças e valores culturais da mulher portadora de papiloma vírus humano – HPV – abordagem na etnoenfermagem. In: BARROSO, MGT; VIEIRA, NFC; VARELA, ZMV (Org.). **Saúde da Família** – abordagem multirreferencial em pesquisa. Sobral: Edições UVA, 2002. p. 253-277.

ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: CARVALHO, M.C.B *et al.* **A Família contemporânea em debate.** 5ªed. São Paulo: Cortez, 2003. p. 73-87.

SANTOS, R. **Prevenção, Diagnóstico Precoce e Tratamento de Câncer.** São Paulo, 2006. Disponível em www.prevencaodecancer.com.br. Acesso em: 25 mai, 2006.

TAMAYO, A. *et al.* Prioridades axiológicas e uso de preservativo. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 167-175, 2001.

TENÓRIO, T. Doenças Sexualmente Transmissíveis na gestação. In REMÍGIO NETO, J. *et al.* **Temas de obstetrícia e ginecologia.** (p. 218-248). Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2001. 281p.

VARELA, Z.M. de V. Contextos, cenários e falas na saúde da família. In: BARROSO, MGT; VIEIRA, NFC; VARELA, ZMV (Org.). **Saúde da Família** – abordagem multirreferencial em pesquisa. Sobral: Edições UVA, 2002. p. 15-17.

WRIGHT, L.M; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias** - um guia para avaliação e intervenção na família. 3ª ed. São Paulo: ROCA, 2002. 327p.

XIMENES, L.B; VARELA, Z.M. de V. Uma nova gravidez – repercussão na unidade familiar. In: BARROSO, MGT; VIEIRA, NFC; VARELA, ZMV (Org.). **Saúde da Família** – abordagem multirreferencial em pesquisa. Sobral: Edições UVA, 2002. p. 89-99.

APÊNDICES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou enfermeira, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Estou realizando uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento da família composta por mulher acometida pelo Papilomavírus Humano com base em um Modelo Teórico. Pretendo com isto, apontar possíveis causas de crises na família em decorrência do estudo aprofundado da família, as causas apontadas poderá ser um meio facilitador para a solução das crises.

Diante disso, solicito sua colaboração, visto que sua participação será valiosa para o bom êxito deste estudo.

Caso aceite, você responderá perguntas de uma entrevista semi-estruturada, com a utilização de um gravador.

Garanto sigilo sobre sua identidade e lhe asseguro que as informações por você prestadas serão utilizadas, exclusivamente, para fins deste estudo e de publicação. Fica também garantida a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto traga qualquer prejuízo a você.

Dados de identificação da responsável pela pesquisa
 Mestranda Mirella Teixeira Joca
 Rua Imburana, 07 – Gruta de Lourdes – 57.052-565
 Fone: 3341-0360/8849-4900

Outras informações contatar com o Comitê de Ética da UFC
 Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 – Rodolfo Teófilo – 60.430-000.
 Fone: 3366.8338

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Maceió, ____ de _____ de _____.



 Assinatura do sujeito da pesquisa

 Assinatura de quem obteve o termo de consentimento

QUESTÕES NORTEADORAS

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DA FAMÍLIA:

- Número de membros; faixa etária; parentesco.
- Tipo de habitação.
- Renda familiar.
- Profissão/ ocupação do gerente da família.

2. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL:

- Como se compõe a sua família.
- Sexualidade dos membros da família.
- Relações familiares.
- Rede Social de apoio.
- Processo Saúde-Doença.

3. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO:

- Perspectivas profissionais e econômicas.
- Desenvolvimento dos filhos.
- Fases de desenvolvimento da família.
- Situações de crise.

4. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

- Funcionamento e relações familiares.
- Modos de comunicação familiar.

ANEXO

DIAGRAMA RAMIFICADO DO MCAF

