

Ac. 26388
870005

C451703

ANA MARIA DE SOUSA RIBEIRO

**CRENÇAS E VALORES DA MULHER PORTADORA
DE PAPILOMA VÍRUS HUMANO - HPV**
Abordagem na Etnoenfermagem

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em
Enfermagem - Universidade Federal do Ceará, como
parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre
em Enfermagem, área de concentração - Enfermagem
comunitária.

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

616.951
R367C
1998

FC-00006113-7

FORTALEZA - CEARÁ
1998

R

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº.	R 870005
	02 / 10 / 98

R 484c Ribeiro, Ana Maria de Sousa
Crenças e valores da mulher portadora de papiloma vírus humano - HPV: abordagem na etnoenfermagem / Ana Maria de Sousa Ribeiro. _ Fortaleza, 1998.
97 f.

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

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Curso de Mestrado em Enfermagem.

1. Doenças sexualmente transmissíveis - papiloma vírus humano - mulher. 2. Etnoenfermagem - cuidado cultural. 3. HPV - papiloma vírus humano. Z.

I. Título.

CDD 616.951

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**CRENÇAS E VALORES DA MULHER PORTADORA
DE PAPILOMA VÍRUS HUMANO - HPV**
Abordagem na Etnoenfermagem

Dissertação apresentada à banca examinadora por Ana Maria de Sousa Ribeiro, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Grasiela Teixeira Barroso, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, pela Universidade Federal do Ceará.

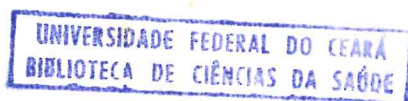
Aprovada em 19 de Fevereiro de 1998, pelos membros da banca:

Dr^a. Maria Grasiela Teixeira Barroso
Presidente

Dr^a. Euridéia de Castro
Examinadora

Dr^a. Bertha Cruz Endera
Examinadora

Dr^a. Glória da Conceição Mesquita Leitão
Examinadora Suplente



AGRADECIMENTOS

Ao Deus infinito, pela saúde, pela paz de espírito e pela inteligência necessárias para suplantar mais esta etapa da minha vida profissional.

À memória de meus pais Gilberto e Violeta, que me proporcionaram as bases educacional e humana, importantes alicerces da minha carreira de enfermagem.

À minha orientadora, professora e doutora Grasiela, gostaria de usar as palavras do Dr. Saboya Ribeiro dirigidas ao seu amigo Dr. Caetano de Andrade: “fostes em tanta maneira boa e generosa para comigo, que outra amiga não acharei, por certo, pelo resto da vida. Que outro fale do vosso saber e dos vossos títulos. Eu não falo senão pelo coração, do vosso coração”.

Às professoras, doutoras Maria Eurideia de Castro e Lorita Freitag Pagliuca, pelas sugestões apresentadas no decorrer do estudo.

À ginecologista Elisabeth Dell’Orto Vieira, por sua valiosa contribuição na coleta dos dados e na cessão de alguns materiais bibliográficos.

À amiga Lucineide Henrique Costa, pela troca de idéias e informações bem como, pela constante parceria.

Às informantes que, apesar de suas dificuldades, se puseram à disposição para coleta das informações importantes na concretização deste estudo.

À minha filha Silvana e seu noivo José Antonio (“Baiano”) pela grandiosa ajuda na digitação desta Dissertação.

Enfim, a todos os familiares e amigos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a consecução deste trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUÇÃO	10
OBJETIVO	12
REVISÃO DE LITERATURA	13
A MULHER E O HPV NO CONTEXTO DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	13
TRANSMISSÃO DO HPV NA MULHER	18
O MÉTODO TEÓRICO	21
A TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE CULTURAL DO CUIDADO	23
A CONCEITUAÇÃO TEÓRICA	24
MODELO SUNRISE: DIMENSÕES CONCEITUAIS DA TEORIA	27
PERCURSO METODOLÓGICO	29
POPULAÇÃO E AMOSTRA	32
CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO	33

PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA	37
DESCREVENDO A OBSERVAÇÃO	39
DESCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS	43
AS INFORMANTES DO ESTUDO	45
ANÁLISE DOS DADOS	60
CATEGORIZAÇÃO DAS FALAS	61
ANÁLISE DAS CATEGORIAS	71
ANÁLISE DO TEMA CULTURAL	78
ANÁLISE DOS RESULTADOS DE ACORDO COM O MODELO TEÓRICO CONCEITUAL DE LEININGER	83
REFLEXÕES E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94

RESUMO

O papiloma vírus humano (HPV) é uma doença sexualmente transmissível, de alta incidência em mulheres jovens, tendo como agravante sua associação com lesões oncogênicas no colo uterino. Este estudo teve como objetivo conhecer as crenças e os valores culturais que influenciaram no enfrentamento do HPV, expressados por mulheres contaminadas. Utilizou-se como suporte teórico a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado e o método da etnoenfermagem para o desenvolvimento do estudo. A coleta dos dados foi realizada pelo método de observação e participação e através de entrevistas etnográficas no contexto domiciliar e hospitalar com oito informantes. A análise dos dados foi realizada de acordo com as fases de Leininger, para análise de dados qualitativos de etnoenfermagem, categorizados e agrupados em seis categorias, de onde emergiu o tema – **Vai sobrar pra mim**, que se originou da compreensão do significado real da situação e o reconhecimento das mulheres portadoras de HPV, de que, sozinhas terão que enfrentar a doença e suas conseqüências. Esses dadosêmicos foram analisados à luz do “Modelo Sunrise”, de Leininger, percebendo-se a influência da visão de mundo e da dimensão da estrutura social e cultural, no conjunto de significados revelados pelas informantes. Assim, compreende-se que as crenças e os valores culturais influenciam no enfrentamento da doença e no cuidado da saúde. O conhecimento desses achados culturais e a forma como interferem, são fundamentais para a equipe de enfermagem planejar as ações para o cuidado adequado.

ABSTRACT

The human papillomavirus – HPV is a sexually transmissible disease and its incidence is very high in young women whose damage is associated with the oncogenic lesions on the women genital organs. The objective of this study was to know the beliefs and cultural values which influence the facing to HPV of the infected women. It was used the theoretical framework of the Leininger's Theory of Care Cultural Diversity and Universality as well as the ethnonursing for the development of the study. The data were collected by using the observation and participation methods through ethnographic interviews at domicile and hospital environment involving eight women as informants. The data were analysed according to Leininger phases for analyses of quantitative data of ethnonursing categorized and grouped into 6 categories from where emerged the Theme: "Vai sobrar pra mim". This theme came out from the real understanding of the situation and recognition of the HPV infected women which have to face the disease and its consequences. These data were also analysed according to Sunrise Model from Leininger, which perceived the world influence and its social and cultural dimension in the context described by the informant women. Thus, it was observed that the beliefs and cultural values influence the facing of this disease and the adequate health care. The knowledge of these cultural factors and the way that they influence the HPV disease are important for the nursing team to plan the actions for an adequate health care.

1 - INTRODUÇÃO

A infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) constitui a doença sexualmente transmissível (DST) mais freqüente da atualidade, atingindo, principalmente, mulheres jovens. Sua associação com a neoplasia intra-epitelial e com câncer invasor do colo uterino traz ainda maior preocupação (LINHARES 1994, DÔRES 1994).

No Brasil, os dados estatísticos são escassos e não traduzem a magnitude da infecção induzida pelo HPV no País. Todavia, ratificam a tendência mundial da virose (JACYNTHO e ALMEIDA FILHO 1993).

Culturalmente, as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) produzem preconceitos de pudor e vergonha para as mulheres que as portam e, embora atenuados, continuam existindo em nossos dias, dificultando o relacionamento das mulheres com seus parceiros, a família, a equipe de saúde e a sociedade.

O tema estudado requer uma abordagem teórica que priorize o meio cultural de onde as mulheres trazem as crenças, os medos e anseios. A literatura consultada, basicamente da área médica, enfoca os estudos do vírus: descoberta, associações com neoplasias intra-epiteliais cervicais, dentre outros. No entanto, as questões referentes aos aspectos culturais, sócio-econômicos ou outros que podem influenciar a contaminação da mulher não são abordadas.

Desempenhando atividades profissionais na função de enfermeira, há vários anos, em serviço ambulatorial de um hospital geral da rede pública do Estado, em Fortaleza, convivendo com a clientela feminina e desenvolvendo ações educativas sobre DST, pudemos constatar os conflitos e os constrangimentos das pessoas infectadas.

Com a campanha para prevenção do câncer de colo de útero, promovida pela Secretaria de Saúde do Estado, no ano de 1996, foram constatados vários casos de mulheres infectadas com o vírus, atendidas no ambulatório.

As primeiras experiências nos contatos mantidos com mulheres que vivenciaram o problema, por serem portadoras de HPV, ocorreram nas reuniões educativas.

A partir dessa constatação, procuramos direcionar as atenções para essas mulheres e, nas reuniões educativas, o enfoque maior passou a ser sobre o tema HPV, tendo-se também iniciado o atendimento individual.

Logo observamos a complexidade sociocultural que envolve essa clientela. Havia, pois, a necessidade de maior estreitamento na relação com o profissional, para que este pudesse entender melhor as dificuldades que envolvem as mulheres portadoras do HPV no seu meio ambiente.

Durante o tratamento, algumas mulheres não compareciam à consulta médica de retorno. Sentiam-se desencorajadas, pois a doença é persistente, as recidivas constantes e os parceiros sem aderir ao tratamento, além de outras dificuldades encontradas.

Conscientizá-las para o retorno era uma necessidade e a visita domiciliar foi a melhor maneira encontrada para uma aproximação do contexto familiar dessas mulheres, que vivenciam uma realidade sócio-cultural e econômico, de inúmeras limitações e daí vários fatores que lhes influenciam no enfrentamento da doença e que precisavam ser conhecidos e entendidos pelo profissional de saúde.

A literatura aponta vários fatores e co-fatores de risco para infecção pelo HPV, entre os quais estão: início precoce das atividades sexuais, multiplicidade de parceiros, gravidez, associação com outras doenças sexualmente transmissíveis, uso de fumo e, ainda, outros, relacionados ao estado imunológico do indivíduo.

Pode-se deduzir, pelos hábitos sociais, que a grande maioria da população feminina, sobretudo nos países pouco desenvolvidos, apresenta um ou mais fatores determinantes de maior risco. A partir dessa suposição,

admite-se que não só o comportamento biológico da infecção como também os aspectos sócio culturais devem ser considerados na disseminação pelo HPV * e enfrentamentos da doença.

LEININGER (1991) defende a idéia de que a (o) enfermeira (o) deve ter uma visão da pessoa inserida numa estrutura social e que a interação do profissional com a clientela deve acontecer de modo a atender às necessidades desta, buscando a preservação do cuidado cultural.

Tais considerações vem ao encontro da necessidade sentida no acompanhamento de mulheres portadoras de HPV, na qual as práticas hospitalares estão mais voltadas para os procedimentos embasados apenas no que o profissional acredita e naquilo que a tecnologia oferece.

Para se entender adequadamente os padrões de transmissão dessas doenças e o impacto que pode causar nas mulheres contaminadas, precisa-se de conhecimento culturalmente sensível que dê prioridade à fala, ao contexto cultural das mulheres, tentando compreender o significado das crenças e valores dos quais são portadores. * JUST

A relevância deste estudo para a enfermagem está na importância da cultura para o cuidado holístico das mulheres infectadas com HPV. Conhecer o contexto cultural e compreender as dificuldades enfrentadas no seu cotidiano é essencial à prevenção, tratamento e cura. JUST

2 - OBJETIVO DO ESTUDO

Conhecer as crenças e os valores culturais que influenciaram no enfrentamento do HPV, expressados por mulheres contaminadas.

3 - REVISÃO DE LITERATURA

3.1 - A mulher e o HPV no Contexto das Doenças Sexualmente Transmissíveis

Dada a importância epidemiológica do papiloma vírus humano e a sua associação, nas últimas décadas, com neoplasia intra-epitelial cervical, patologia que atinge o aparelho genital da mulher, faz-se necessário, para essa pesquisa, que discorramos sobre aspectos inerentes à doença propriamente dita para que se tenha idéia da dimensão dos agravos à saúde da mulher quando contaminada por esse vírus. Entretanto, reconhecendo a relevância do tema como problema de saúde pública, de modo mais especial da mulher e ainda por ser um consenso, na literatura consultada de que a transmissão é sexual, julgamos necessário tecer, preliminarmente, algumas considerações sobre representações sociais e culturais do sexo feminino, no contexto das doenças sexualmente transmissíveis.

A relação entre ciência e o corpo feminino, com antigas e profundas raízes históricas, deve ser considerada numa investigação com mulheres. Os laços reais e imaginários entre o corpo da mulher e a doença, especialmente as infecções de transmissão sexual, são muito complexos e têm uma história arraigada em séculos (BARBOSA, 1995).

O controle das decisões sobre o sexo da mulher, na medida em que seus corpos estão determinados por interesses econômicos e sociais, são os mesmos interesses que criam a cultura na qual é reservado à mulher o mundo da vida produtiva, restando pouco ou nenhum espaço para discussão pública e, portanto, política, das questões que dizem respeito à sua vida. À mulher nesse estado de submissão fica difícil utilizar do chamado sexo seguro para todos,

tão preconizado para prevenção de uma DST, pois a discussão remete necessariamente, ao diálogo de parceria para o qual comenta: “Como supor que isso se dá numa cultura onde a mulher não fala sobre sexualidade e prazer” (BARBOSA 1995: 91).

Muitos autores vêm supondo que o risco potencial das mulheres se infectarem é diretamente proporcional à ausência de controle sobre seus corpos e suas vidas. Por essa razão, numa cultura como a brasileira, na qual as representações do sexo e sexualidade sempre foram determinadas em função da cultura sexual masculina, o modo de sexo seguro pode ser altamente problemático para as mulheres, pois a tendência é excluí-las (BARBOSA 1995).

Segundo PARKER et al (1995), os papéis assumidos pelo sexo podem variar de uma sociedade para outra ou de acordo com o período histórico. Para BALDY (1991), em muitas regiões do mundo o comportamento da mulher tornou-se muito parecido com o do homem, constituindo fator decisivo para o grande aumento de casos dessas moléstias no sexo feminino nas últimas décadas. Alguns fatores contribuíram decisivamente para a mudança de comportamento sexual da mulher: o desaparecimento do temor de engravidar, com o uso generalizado de pílulas anticoncepcionais, a desmistificação da virgindade e a independência conquistada pelas lutas feministas.

Com o “novo” comportamento da mulher, torna-se imprescindível refletir sobre a dimensão dessa independência supostamente conquistada pois, de fato, esse “novo” comportamento aponta para direções divergentes. Para BRASIL (1995:117), “o advento do anticoncepcional contribuiu para uma maior independência das mulheres no que diz respeito as decisões quanto a sua fertilidade, conquista importante pela ampliação dos direitos reprodutivos e, concomitantemente, a luta contra o controle autoritário exercido pelos conjuntos masculinos (...)”, no que concordamos.

Por outro prisma, percebemos que poderá ocorrer um maior grau de exposição da mulher, com o inevitável aumento da incidência de doenças sexualmente transmissíveis, sobretudo nas camadas sócioeconômicas mais

desfavorecidas e mais vulneráveis da grande maioria da população feminina. BARBOSA (1995) considera, que, no perfil epidemiológico da AIDS, está claramente revelado que são os mais desfavorecidos economicamente que estão cada vez mais se infectando com o HIV e, entre esses, as mulheres... e isso, não é conquista.

A mulher, principalmente a do Terceiro Mundo, é quem mais sofre as conseqüências das DSTs. Além de ser discriminada, ainda é passível de contrair doença inflamatória pélvica (DIP), esterilidade involuntária, da gravidez ectópica, perda de gravidez, câncer de colo de útero e parto prematuro (BARBOSA, 1986). Vale ressaltar o fato de que, não obstante essa visão ter sido observada há mais de uma década e mesmo com o avanço da tecnologia e da ciência, o quadro patológico parece ter agravado cada vez mais a incidência, alterando, significativamente, o perfil epidemiológico das DSTs na mulher.

As verrugas genitais já eram conhecidas desde a Antigüidade, tendo sido citadas por muitos escritos gregos e romanos (PEREYRA et al (1993) , DORES et al (1991)). A evolução histórica e o conhecimento atual dos HPVs, nos estágios da carcinogênese cervical, parecem ser um avanço, embora isso não isente a gravidade da doença.

BARRET et al (1954) foram os primeiros a demonstrar clinicamente a possibilidade de transmissão sexual. Os autores examinaram e trataram um grupo de 24 mulheres com verrugas vulvares, mulheres de militares das forças armadas dos Estados Unidos que prestaram serviço na Coréia e Japão. Todos os parceiros admitiram ter tido relações sexuais com mulheres nativas com verrugas genitais antes do aparecimento de lesões semelhantes na própria mulher. (apud JACYNTHO e ALMEIDA FILHO (1993) PEREYRA et al (1993)ALMEIDA FILHO et al (1987) LINHARES (1994)).

Ao longo dos anos, estudos mostraram novos esclarecimentos sobre as verrugas. Hoje, já se sabe que o HPV é o agente etiológico de lesões benignas da pele, como verrugas comuns, verruga plantar e verruga genital, esta denominada de condiloma acuminado.

Recentemente, o papiloma vírus humano ganhou maior expressão por seus subtipos encontrados em lesões pré-cancerosas e cancerosas. Estudos mostraram que 90% das mulheres com câncer de colo de útero apresentam o vírus do HPV. (NEVES JÚNIOR et al, 1993).

Atualmente, há um aumento de evidências do papel do HPV nas neoplasias. As intra-epiteliais cervicais têm alta incidência de infecção pelo HPV e, quando a lesão é de grau 3, já se encontra na fase de carcinoma *in situ* (FOCCHI, 1993).

Para detectar infecção do trato genital do papiloma vírus humano, são necessários vários métodos e critérios, já que as lesões verrugosas são minorias (NEVES JÚNIOR et al (1993). Por isso, e para melhor acompanhamento das mulheres com infecção por HPV, é necessária a associação de exames como colposcopia, citopatologia e histopatologia (LINHARES, 1994).

As manifestações clínicas da infecção pelo vírus podem incluir, desde a presença de verrugas em região central, até manifestações inespecíficas. As mulheres podem também permanecer assintomáticas (NAUD et al, 1992). Entretanto, nas neoplasias intra-epiteliais cervicais, as infecções são de formas subclínicas e têm sido denominadas de condilomas planos (LINHARES, 1994).

As lesões condilomatosas planas são as mais difíceis de detectar e é próprio do ginecologista seu diagnóstico. A contaminação pode ocorrer após o contato sexual com o parceiro infectado, pois vários autores afirmam que o papiloma vírus humano é um agente sexualmente transmissível que tem sido implicado na gênese do câncer do colo do útero. (FOCCHI e RIBALTA (1993), NAUD et al (1992), UCHIMURA et al (1995), PEREYRA et al (1993), NEVES JÚNIOR et al (1993), JACYNTHO e ALMEIDA FILHO (1993), LINHARES (1994), DORES et al (1991), DERCHAIN et al (1996), CHAVES (1996)) .

Diversas publicações revelam que a infecção causada pelo papiloma vírus humano, em suas múltiplas localizações e expressões clínicas na esfera

genital, é a mais conhecida desde a Antigüidade. Somente nos anos oitenta deste século transformou-se em expressivo problema, particularmente, pela íntima relação com lesões genitais malignas e seus precursores (JACYNTHO e ALMEIDA FILHO 1993). Atualmente, as verrugas genitais ou condilomas são conhecidas como “virose do papiloma genital” (LINHARES, 1994).

Em pouco mais de uma década, os estudos e as pesquisas permitiram acumular grande volume de conhecimentos sobre a estrutura e a organização genética do HPV, os métodos dos diagnósticos e de detecção virótica, o tratamento e a relação com o câncer. Para isso, foi preciso o estabelecimento de um elo entre os estudiosos do vírus em laboratório e o clínico no ambulatório. A partir dessa cooperação, surgiram os métodos de detecção virótica, como a microscopia eletrônica, a imunquímica e a hibridação molecular, que passaram a ser utilizadas em centros mais adiantados (JACYNTHO e ALMEIDA FILHO 1993).

Com novas técnicas, nos últimos anos, um número crescente de tipos e subtipos de HPV tem sido isolado e identificado. Até 1989, estavam bem caracterizados 60 e vários subtipos do vírus. Hoje, mais de 65 são identificados. Cada um deles tem predileção para infectar um sítio especial no organismo. A área genital feminina pode ser infectada por mais de 20 tipos distintos de HPV, entre eles os chamados de baixo risco e aqueles catalogados como de alto risco, por estarem relacionados com a oncogênese genital. (CÂMARA (1993), DÔRES et al (1991), JACYNTHO e ALMEIDA FILHO (1993), JÚNIOR et al (1993)).

Atualmente, estudos clínicos, patológicos e epidemiológicos têm mostrado que os HPVs dos tipos 16 e 18 estão fortemente associados ao câncer cervical, pois são mais frequentemente encontrados nas patologias malignas do colo do útero. Diante dos dados epidemiológicos e moleculares hoje encontrados, firma-se uma estreita correlação entre infecção pelo HPV e o câncer cervical. (JACYNTHO e ALMEIDA FILHO (1993), CÂMARA (1993), LINHARES (1994), NAUD et al (1992), NEVES JÚNIOR et al

(1993), UCHIMURA et al (1995), BECKER et al (1994), MARANA et al (1996), JACYNTHO e MELO (1991), BALDY (1991)).

Com análise da revisão de literatura sobre o HPV, observamos que os autores apresentam idéias convergentes e apontam para o risco da contaminação desse vírus na mulher, o que se configura como um sério problema, pelos achados que evidenciam uma associação do vírus com o câncer do colo do útero que por sua vez, já representa alta taxa de mortalidade. A literatura mostra que a etiologia desse câncer se deve a outros fatores e co-fatores. Ocorrências de HPV em lesões pré-cancerosas nos levam a acreditar que, sendo um vírus de transmissão sexual, esse quadro tende a se agravar, considerando que fatores comportamentais, culturais e econômicos estão intimamente imbricados na relação sexual da mulher e de seus parceiros.

3.2 - Transmissão do HPV na Mulher

O ser humano é o único hospedeiro do HPV, sendo o queratinócito a célula-alvo. Em relação à transmissão, PEREYRA et al (1993) informam que dados epidemiológicos mostraram que 60 a 70% dos parceiros sexuais de mulheres infectadas apresentam-se positivos para HPV, mas um terço das mulheres que tem infecção genital baixa tem parceiros sexuais HPV negativos. Os autores enfatizam o fato de que, embora essa observação sugira também a transmissão não sexual, devemos considerar a possibilidade de não detecção do vírus no parceiro masculino.

O período de incubação pode ser longo, variando de duas semanas a oito meses com uma média de aproximadamente três meses, podendo incidir em qualquer fase da vida. É raro em crianças e idosos e freqüente em adolescentes, começando a aparecer aos quinze anos, com o pico de incidência em torno de vinte e cinco anos (DERCHAIN et al 1995).

A infecção anogenital pelo papiloma vírus humano está entre as mais comuns das doenças sexualmente transmissíveis. Nas mulheres, o vírus pode estar presente nas lesões benignas e malignas. Entretanto, nelas, a associação

do HPV e malignidade tem sido mais intensamente estudada nas neoplasias cervicais, embora essa associação exista também entre infecção pelo HPV e neoplasia na vulva, na vagina e no ânus (LINHARES, 1994).

Na mulher grávida, segundo DÔRES (1994), vários estudos tem demonstrado que, do primeiro ao terceiro trimestre da gestação há um aumento nas percentagens de grávidas infectadas e também um aumento das lesões do HPV durante a gestação. Por isso, o condiloma na gravidez (forma clínica do HPV) apresenta-se quase sempre volumoso, às vezes obstruindo o canal do parto. O intenso prurido pode levar a sangramento, ulceração e infecção secundária.

Os fatores sexuais e antecedentes infecciosos são admitidos por PEREYRA et al (1993) como agravantes na gênese das neoplasias intra-epiteliais cervicais. Segundo os autores a lesão é cada vez mais encontrada em mulheres jovens. O primeiro contato com o vírus no período da adolescência é provavelmente, um fator que determina evolução subsequente. Condições locais desfavoráveis facilitam a entrada do HPV.

Também é importante considerar o número de parceiros, pois a promiscuidade e a falta de higiene sexual constituem fatores de risco relevantes, como ainda os antecedentes de doenças de transmissão sexual, nos quais a infecção por HPV está integrada, dando ao vírus a sua virulência e provavelmente aumentando a sua replicação, e facilitando sua penetração (PEREYRA et al (1993)).

Mulheres com infecção pelo HPV, freqüentemente, têm contaminação com outras DSTs, sendo a candidíase a infecção associada que se encontra com maior freqüência (PEREYRA et al (1993)).

Alguns autores têm destacado como medida preventiva aquelas relacionadas com o rastreamento precoce das lesões viróticas da vulva que devem ser consideradas um fator de risco para o câncer. Sobre isso, JACYNTHO e ALMEIDA FILHO (1993:1) advertem : “ mulheres apresentando infecção por HPV de auto risco deverão ser seguidas pelo resto da vida.” JACYNTHO e MELLO (1991:325): “ sendo o HPV oncogênico

sexualmente transmissível o diagnóstico precoce das lesões masculinas tornou-se um ato de prevenção do câncer cervical.” NEVES JÚNIOR et al (1993:11) dizem: “ parceiros sexuais de mulheres que apresentam infecção pelo HPV são potencialmente portadoras da mesma doença ou do vírus em forma latente.”

De acordo com DÔRES (1994) em meados da década de 80 surgiu a peniscopia com a finalidade de diagnosticar a infecção inaparente ou subclínica no homem, e tem indicação na presença de condiloma ou neoplasia intra-epitelial do trato genital da parceira.

A literatura consultada não dá ênfase à forma de prevenir o HPV na atenção primária, quando a educação em saúde é priorizada. Alguns autores defendem a necessidade de medidas de controle relacionadas ao comportamento sexual de mulheres com HPV, como a limitação no número de parceiros, abstinência sexual durante a terapêutica, tratamento do parceiro e uso de condom (JACYNTHO e ALMEIDA FILHO (1993), LINHARES (1994), PEREYRA et al (1993), FOCCI e RIBALTA (1993)).

JACYNTHO e ALMEIDA FILHO (1993:1) acreditam que só em futuro remoto será possível dispor de uma vacina efetiva para a espécie humana, como a existente na profilaxia do papiloma bovinos. Concluem: “dessa forma, será prioritário esclarecer seu verdadeiro papel e a responsabilidade dos co-fatores na oncogênese humana e genital em particular.”

PEREYRA et al (1993:839) corroboram JACYNTHO e ALMEIDA FILHO (1993:1): “a simples exposição ao HPV não é completamente suficiente para malignidade. Portanto uma pesquisa dos co-fatores oncogênicos é imprescindível para se compreender o significado da infecção em relação a carcinogênese.”

4 – O MÉTODO TEÓRICO

Para realizar esta investigação, buscamos nos pressupostos da teoria de Madeline Leininger o referencial teórico. O modelo possibilita o uso do método qualitativo da etnoenfermagem que enfatiza a importância do conhecimento direto ou indireto daqueles que vivenciaram ou ainda vivenciam a situação.

Optamos pela teoria de LEININGER (1991), que pressupõe a enfermagem como um fenômeno essencialmente transcultural para alcançar um cuidado congruente, uma vez que os enfermeiros oferecem cuidado a diferentes culturas no mundo, consoante essa autora.

Durante a nossa experiência profissional com mulheres, evidenciou-se que o ambiente cultural, o estilo de vida e ainda os fatores de estrutura social exerciam fortes influências nas decisões e ações das mulheres no cuidado à saúde.

Para obtenção do conhecimento e compreensão da cultura de outras pessoas há necessidade de algum tempo para o pesquisador entender, principalmente no contexto hospitalar, onde já são convencionadas suas técnicas, normas, práticas para serem aplicadas indistintamente.

LEININGER (1991) chama atenção para os conflitos gerados nas instituições pelo desconhecimento das diferenças culturais entre enfermeiros e clientes. A autora acredita que a alta tecnologia nas práticas de enfermagem da cultura ocidental favorece o distanciamento entre o paciente e o enfermeiro, especialmente no ambiente hospitalar e em clínicas onde, frequentemente, a tecnologia avançada é usada nessas práticas.

Nesses serviços, é possível a ocorrência da imposição cultural, que pode ser uma manifestação profissional atribuída ao desconhecimento de valores culturais acerca da clientela.

Na enfermagem, o problema da imposição cultural foi visto por LEININGER (1990) como uma tendência do enfermeiro em impor seus valores, crenças e práticas sobre outra cultura, sendo por ela caracterizada como uma tendência ao etnocentrismo.

A propensão imposta pelas políticas de saúde com programas baseados em modelos importados de outras culturas ratifica essa tendência.

Durante o atendimento individual às mulheres com HPV, quando abordando aspectos do comportamento sexual, sentimos a necessidade de conhecer valores culturais e as diferenças entre elas, relacionadas à prática sexual.

A vulnerabilidade das mulheres à doença sexualmente transmissível envolve valores que transpõem a esfera biológica. A exposição ao risco de uma mulher contrair HPV pode ser vista como uma experiência culturalmente moldada pelo “mundo” onde as pessoas vivem. Sendo assim, há possibilidade da existência de uma gama de comportamentos subjetivos, sociais e culturais, que podem estar associados às diferentes posturas sexuais das mulheres com os parceiros.

Desse modo, parece ser imperativo o conhecimento dos valores culturais que influenciam as mulheres no enfrentamento do cotidiano com a doença. As descobertas poderão possibilitar o planejamento das ações e decisões do cuidado com a saúde no contexto hospitalar e domiciliar.

LEININGER (1991) acredita que as teorias de enfermagem representam os caminhos para ajudar enfermeiros a descobrir novas maneiras de ação e usar resultados para avançar na prática de enfermagem.

A adoção desse modelo teórico constituiu um grande desafio para quem tem a experiência profissional, no contexto hospitalar, onde existe uma enorme valorização do conhecimento e manuseio de aparelho de alta tecnologia. Sobre isso na década de 60, LEININGER (1991) já observava

propensão, identificada por ela como “culto à eficiência” das práticas de enfermagem. Portanto, o referencial teórico deste estudo baseou-se na teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, desenvolvido por LEININGER (1991).

4.1 - A Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado

Há mais de quatro décadas, MADELEINE LEININGER, em suas publicações, situava como desafio para os enfermeiros do mundo todo refletir a importância de centralizar o cuidado humano na disciplina e profissão de enfermagem. Quando iniciou os estudos sobre a Teoria, na década de 50, os enfermeiros estavam voltados para a eficiência, as técnicas e o atendimento à demanda médica. Essas práticas de enfermagem persistiram até a primeira metade da década de 70, continuando em alguns lugares até os dias atuais (LEININGER, 1991).

Segundo esta autora, a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado é vista como o principal sistema para explicar o fenômeno de enfermagem transcultural, descrevendo a diversa e similar cultura no mundo, sendo, portanto, a primeira com foco em enfermagem, explicando sistematicamente o cuidado humano vindo de uma perspectiva transcultural. Ao desenvolvê-la, determinou-se como princípio, o cuidado como sendo a essência e domínio central da enfermagem. Nesse sentido, a autora acredita que o cuidado cultural promoverá o saber e o conhecimento, explicando, interpretando, predizendo e legitimando a enfermagem como profissão.

Um pressuposto da teoria é que o cuidado de enfermagem, culturalmente congruente, deve ocorrer quando são conhecidos os valores culturais e padrões, para serem usados, adequados e significativamente praticados pelo enfermeiro junto ao povo.

Com base nas premissas da teoria, o paradigma qualitativo fornece novos caminhos para conhecer diferentes formas e descobrir o epistemológico, ontológico e dimensões do cuidado humano, transculturalmente.

A teoria tem por objetivo fornecer cuidado culturalmente congruente e o propósito de descobrir, no cuidado humano, as diversidades em relação à visão do mundo, estrutura social, bem como oferecer cuidado de enfermagem às pessoas de variadas e similares culturas, para manter o bem-estar, saúde ou prestar cuidado na fase da morte.

Segundo LEININGER (1991), a teoria tem sido conceitualizada numa perspectiva mundial e com um programa longitudinal, envolvendo muitos enfermeiros para estabilizar o comparativo conhecimento sobre o que é universal e diverso sobre o fenômeno do cuidado nas culturas oriental e ocidental.

A inter-relação estabelecida entre o cuidado com a cultura foi importante para as idéias da autora, embora os pensamentos criativos estivessem ligados por filosofia de suas experiências profissionais de enfermagem e antropológicas. Além disso, seus estudos com os métodos semelhantes como etnometodologias, etnografia, etnociências, etnologia e outros caminhos metodológicos naturalísticos foram importantes para descobrir pontos filosóficos de pesquisa.

A filosofia e as orientações conceituais de interesse para a teoria derivam primariamente da enfermagem holística e da perspectiva antropológica do ser humano habitando em lugares e contextos diferentes.

4.2 - A Conceituação Teórica

LEININGER (1991), ao apresentar as orientações conceituais da teoria, ressalva que são apropriadas para os estudos qualitativos de etnoenfermagem, em vez do uso das tradicionais definições operacionais e noções preconcebidas do paradigma quantitativo. Com base na estrutura teórica, alguns termos e

conceituações foram descritos nesse estudo, teoricamente arrimados em LEININGER (1991) e nas nossas reflexões da prática profissional.

Cultura - são os valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, apreendido, partilhado e transmitido, que orientam o pensamento, as decisões e ações de maneira padronizada (LEININGER 1991). Na nossa cultura, mesmo com os “novos papéis” que a mulher assume, a contaminação pelo HPV está sujeita a julgamento de valores. A importância biológica para a reprodução e o comportamento, com um só parceiro, é um significado cultural apreendido e transmitido a várias gerações, e, ainda, muito arraigado em nosso meio.

Historicamente as doenças sexualmente transmissíveis foram vinculadas a comportamentos sexuais de mulheres promíscuas e prostitutas. Esses valores foram fortemente partilhados e transmitidos de geração em geração criando preconceitos e um estigma de pecado sobre essas doenças.

Além disso, a construção social e histórica das relações de sexo entre a mulher e o homem, marcadas pela submissão dela ao longo dos anos, contribuíram para existência de uma cultura que estabelece normas e padrões de comportamento atribuído as mulheres portadoras de uma doença sexualmente transmissível.

Visão de mundo - Trata-se da maneira pela qual as pessoas olham o mundo ou o universo e formam um “quadro de valor” ou “atitude de valor” acerca do mundo e de suas vidas (LEININGER, 1991). A maneira como as mulheres com HPV percebem seu mundo ou universo, e nele inserem as suas perspectivas de vida nos diversos aspectos inerentes à doença, pode sofrer influências dos valores culturais, do conhecimento sobre as DSTs, formando um “quadro de valor” sobre o significado de serem portadoras de HPV.

Estrutura social – Refere-se ao processo e natureza interdependente dos diferentes fatores estruturais ou organizacionais da sociedade e o modo como esses fatores podem se relacionar. Incluem o sistema religioso, familiar, político, econômico, educacional, tecnológico e cultural, que, em diferentes contextos do meio ambiente, influenciam o comportamento humano

(LEININGER, 1991). Percebe-se que o HPV não pode estar desvinculado de seus aspectos sócio culturais. Sendo assim, os fatores da estrutura social poderão influenciar a mulher contaminada nas suas decisões no enfrentamento da doença. A virose vista na interrelação do contexto das DSTs traz à tona questões que sempre estiveram cercadas de preconceitos, crenças e valores culturais, como a religião e a sexualidade.

Cuidado cultural – São valores, crenças, expressões padronizadas cognitivamente conhecidas, que auxiliam, apóiam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o bem-estar, a melhorar uma condição de vida ou enfrentar a morte e as deficiências (LEININGER, 1991). O cuidado cultural de enfermagem preconizado pela autora explicita para o lidar com a diversidade e universalidade dos valores culturais. Isso significa dizer que, ao desenvolver as atividades de saúde com mulheres com HPV, deve-se levar em consideração o contexto cultural, porque as diferentes culturas percebem e praticam cuidados de maneiras diferentes, embora exista similaridade em todo o mundo. A forma como a mulher pensa e se organiza vai interferir na maneira de conceber a saúde e a doença.

Cuidado à saúde - O enfermeiro, juntamente com a mulher, reflete sobre sua patologia, direciona suas ações e decisões para um trabalho educativo e preventivo. Para isso é necessário que a enfermeira conheça os valores, crenças e padrões culturais que as mulheres tem sobre o HPV para serem adequados e significativamente considerados nas atividades do enfermeiro que presta cuidado à mulher, integrando as ações assistenciais, numa educação conscientizadora.

Com base nos pressupostos da Teoria Cultural do Cuidado, o método da etnoenfermagem foi utilizado como suporte metodológico para essa pesquisa.

4.3 – Modelo Sunrise: Dimensões Conceituais da Teoria

LEININGER (1991) apresenta sua Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado através do “modelo sunrise”, usado como um mapa cognitivo para orientar e descrever as dimensões dos principais conceitos, dando uma visão integrada das dimensões da teoria.

Para usá-lo, é importante que se estabeleça a área de interesse do estudo. Ao determiná-la, pode-se usar o modelo para estabelecer a relação dos fatores da estrutura social que repercute nas ações e decisões das mulheres com HPV para enfrentar a doença ou a convivência com o parceiro. A descoberta poderá ser iniciada na parte superior do modelo, a partir da visão de mundo que as mulheres formaram sobre a doença e que exerce influência para as práticas curativas.

Outra forma poderá ser iniciada pela parte inferior, focalizando o cuidado à saúde da mulher com ações educativas de caráter preventivo ao HPV.

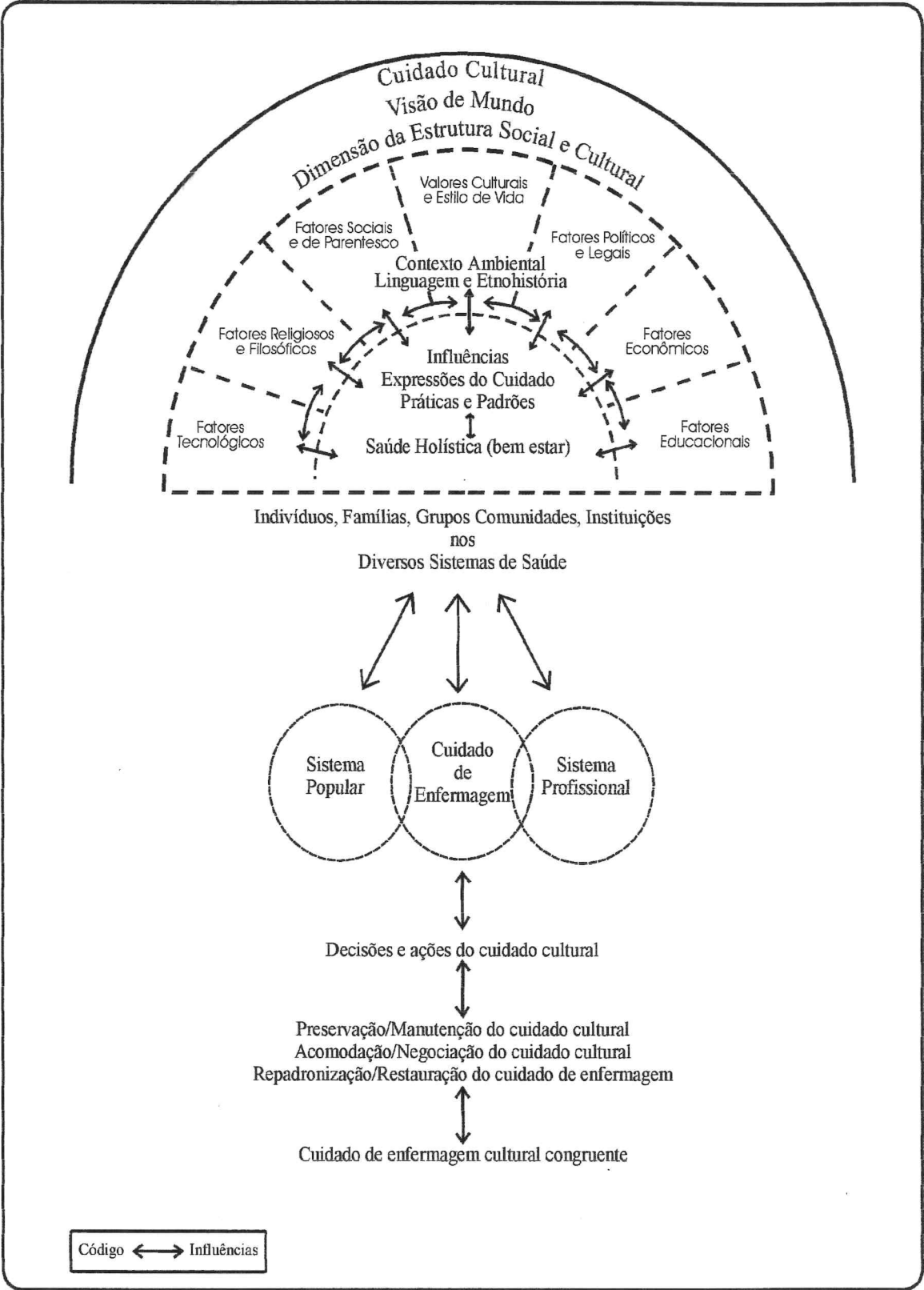
As setas sobre o modelo indicam as influências, mas não o relacionamento causal ou linear. Estas fluem em diferentes áreas. As linhas ponteadas indicam um sistema de vida aberta sobre o ambiente natural do homem.

É importante observar que a autora, no modelo ou na teoria, não utiliza as expressões intervenção ou problema de enfermagem. Ela entende que tais unidades de idéias denotam alguma forma de inferência cultural e imposição de prática, o que é fortemente contrário aos pressupostos da teoria.

Quanto às dimensões conceituais da teoria, estas são estabelecida por acepções, premissas, definições e termos conceituais, úteis para guiar o foco geral da pesquisa.

A estrutura do modelo da Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado foi utilizada para identificar as influências que os vários fatores que compõem a estrutura social e a visão de mundo exercem entre si e que levam as informantes a adotar as medidas e decisões do cuidado à saúde.

MODELO SUNRISE DA TEORIA DA DIVERSIDADE E
UNIVERSALIDADE CULTURAL DO CUIDADO



Traduzido da Fonte: LEININGER 1991

5 – PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 – O Método

Neste estudo, trata-se de uma pesquisa qualitativa de etnoenfermagem, que teve como suporte teórico – metodológico os pressupostos de LEININGER (1985, 1990, 1991).

A pretensão de realizar-se um estudo com mulheres com HPV, vírus de transmissão sexual, requer que se faça opção pela pesquisa qualitativa. As doenças sexualmente transmissíveis explicitam aspectos subjetivos que somente poderão ser apreensíveis numa abordagem como esta, que possibilita priorizar a fala, o contexto cultural, enfim, o significado e suas ações, crenças e valores.

Para realização desse tipo de pesquisa, LEININGER (1991) refere-se ao método qualitativo etnoenfermagem, centrado na pessoa com enfoque êmico, para o qual deve haver uma aproximação amigável e natural do pesquisador com os informantes.

LEININGER (1985) refere-se à dimensão êmica do conhecimento como sendo as cognições e percepções locais e internas sobre um fenômeno em particular, como o cuidar e o cuidado de enfermagem; e a dimensão ética aquilo que é mais universal ou conhecimento externo relativo ao fenômeno do cuidado em estudo.

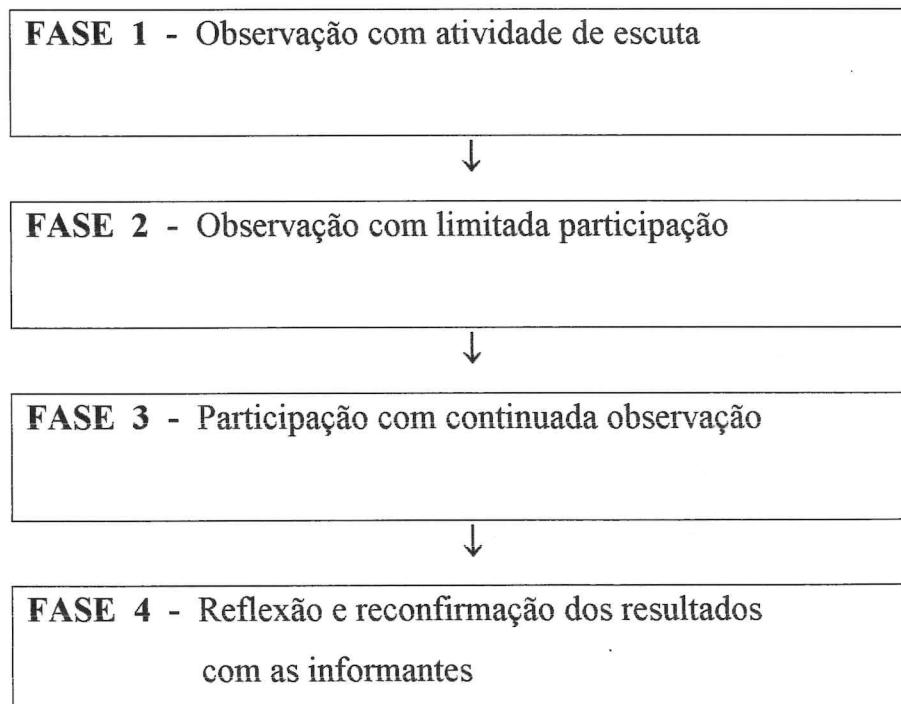
A proposta central da pesquisa de etnoenfermagem é o conhecimento de um inquérito êmico amplo e naturalístico relativo à Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, elaborado por LEININGER (1991).

Em enfermagem, o conhecimento do cuidado êmico busca dos informantes aquilo que eles sabem verbalizar, como explicam suas experiências e interpretam as modalidades de ação (LEININGER, 1985).

Nesse estudo, procuramos apreender o conhecimento êmico que representa os dados culturais próprios das mulheres com HPV, suas percepções, conhecimento sobre a doença, sua linguagem nos termos de como percebem e interpretam seu universo, no contexto domiciliar e hospitalar.

Foram utilizadas as fases da pesquisa de etnoenfermagem, que consistem no processo de observação – participação – reflexão, ou modelo O.P.R. LEININGER (1991) descreveu este modelo com base na observação participante utilizada na antropologia. Entretanto, a própria autora modificou-o em alguns aspectos, com o acréscimo da fase de reflexão, para adequar-se à filosofia, propósitos e objetivos do método da etnoenfermagem. Contudo, a Autora observa que tal modelo foi descrito em suas publicações anteriores.

Fases do Modelo OPR Observação – Participação – Reflexão



(*) Modelo adaptado de LEININGER (1991).

Cada fase objetiva ajudar o pesquisador a conhecer seu papel, aprendendo com as pessoas a cultura, coletando dados, obedecendo a seqüência do modelo.

De acordo com LEININGER (1985), ao inserir-se no contexto cultural, inicia-se a primeira fase do processo. O pesquisador dedica certo tempo desenvolvendo observação, antes de iniciar atividades participativas, mantendo-se, na maior parte do tempo, escutando, voltado apenas para a impressão geral da situação a ser estudada e prosseguindo, gradativamente, na observação.

Em seqüência, na segunda fase, a observação continua sendo o foco principal, devendo, no entanto, ocorrer alguma participação. O pesquisador passa a interagir com o povo, observando suas respostas.

Na terceira fase, o pesquisador torna a participação mais ativa por já haver conseguido melhor conhecimento sobre o contexto cultural. É importante que, ao participar das atividades, mantenha-se no papel de observador, como aprendiz, envolvendo-se diretamente nas atividades para apreender com as pessoas no contexto cultural.

Vivenciando essas experiências participativas, o pesquisador deverá descrever, documentar e explicar tudo o que ocorreu no curso do processo.

A fase de reflexão é feita em toda a pesquisa, mas, de modo especial, durante a última fase, quando o pesquisador procede à observação reflexiva ajudando a verificar a impressão que sua presença causou sobre as pessoas nos diversos momentos das atividades.

LEININGER (1991) considera imperativo o uso dos critérios qualitativos para o estudo de etnoenfermagem. Para isso, a Autora desenvolveu alguns critérios de legitimidade para utilização nesse tipo de pesquisa. Estes serão apresentados, resumidamente, a seguir.

Credibilidade – Refere-se à verdade estabelecida entre o pesquisador e o informante. As crenças e, valores da perspectivaêmica são

substanciadas através da observação do pesquisador, dos significados, no contexto das situações específicas.

Confiabilidade – É a evidência de dados das observações iniciais com a repetição verificada através de outras fontes ou confirmadas por estas.

Significado do contexto – Reporta-se ao significado e interpretação das ações, símbolos, acontecimentos e atividades humanas. Estas deverão refletir, com exatidão, o sentido daqueles dados do contexto da pesquisa.

Padronização recorrente – Constitui-se na verificação da repetição das experiências, impressões, acontecimentos ou eventos que refletem a identificável frequência dos padrões de comportamento que tendem a se repetir.

Saturação – Significa que o pesquisador tem conduzido exaustiva exploração dos dados da observação e dos informantes, existindo uma redundância de informações não havendo mais novos dados.

Transmissibilidade – Refere-se a qualquer resultado do estudo qualitativo, que pode ser transferido para similar contexto, de maneira que sejam preservados os significados, interpretações e inferências particulares do estudo.

5.2 – População e Amostra

Diariamente, são atendidas no ambulatório de ginecologia e obstetrícia, de um hospital da rede pública estadual em Fortaleza, cerca de duzentas mulheres. Desse contingente, aproximadamente 35 participam da programação educativa sobre DST/HPV. Após as palestras, uma demanda expressiva e espontânea recebida pela enfermeira para atendimento individual. São mulheres que suspeitam estar com alguma DST, ou especificamente, o HPV. Outras diagnosticadas com HPV, são encaminhadas para também receber orientação da enfermeira.

A amostra do estudo foi escolhida entre as mulheres atendidas no ambulatório e que se submetem ao fluxograma de atendimento hora referido.

Realizaram-se visitas domiciliares e acompanhamento no contexto hospitalar, antes mesmo de serem convidadas a participar da pesquisa.

Os critérios de proposta para escolha entre as mulheres foram:

- mulheres portadoras de HPV com vida sexual ativa, com parceiro fixo, independente do estado civil, idade, cor, escolaridade ou situação sócio-econômica (parceiro, nesse estudo, foi considerado marido ou companheiro).
- Mulheres que atendessem os critérios acima e domiciliadas na Região Metropolitana de Fortaleza, a uma distância que permitisse a visita independentemente do bairro.
- Mulheres que, após interação com a pesquisadora no contexto hospitalar e domiciliar, aceitassem a participação no estudo.

A amostra final constou de 8 mulheres-informantes, com idade entre dezessete e trinta e três anos, visitadas em casa, acompanhadas e entrevistadas no contexto hospitalar e domiciliar.

5.3 – Contexto da Investigação

De acordo com o interesse do estudo, procuramos limitar dois espaços geográficos da pesquisa: os contextos hospitalar e domiciliar.

Contexto hospitalar

O estudo foi realizado em um ambulatório de ginecologia e obstetrícia de um hospital de referência da rede pública estadual, localizado na Região Metropolitana de Fortaleza, onde são atendidas cerca de duzentas mulheres, de

baixa condição sócioeconômica, egressas dos bairros da periferia, da cidade e de outros municípios do Estado do Ceará – Brasil.

Nessa população, foi identificado vários casos de mulheres jovens com HPV, daí o motivo da escolha deste hospital, onde a pesquisadora sentiu a necessidade de realizar o estudo, cujos problemas fazem parte do seu dia-a-dia profissional, desenvolvendo programação educativa com a clientela feminina sobre DST/HPV.

O ambulatório é parte integrante do hospital caracterizado como de grande porte, contando com duzentos e cinquenta leitos, distribuídos nas quatro clínicas básicas. O serviço ambulatorial presta atendimento a clientela em obstetrícia e ginecologia, clínica médica, cirurgia e em pediatria neo-natal.

Sua maior identificação é com a assistência à mulher, mantendo essa tradição há várias décadas.

Historicamente, a idéia de construção do prédio para esse hospital nasceu em 1915, quando os médicos César Cals de Oliveira, José Frota e Carlos Ribeiro instalaram a Sociedade Auxiliadora Maternidade Dr. João Moreira, com a finalidade precípua de prestar assistência médica gratuita a maternidade e à infância (STUDART, s/d).

Atualmente, além do objetivo da assistência médico-hospitalar e ambulatorial, presta um valioso serviço em prol da comunidade acadêmica, na formação de estudantes de enfermagem, fisioterapia, medicina e residência em clínica médica, cirúrgica, e ginecologia e obstetrícia.

Algumas peculiaridades culturais o tornam popularmente conhecido. O acesso é relativamente fácil, pois está localizado no centro da Cidade, para onde converge quase a totalidade dos transportes coletivos. A arquitetura é antiga, facilitando o trânsito nas dependências do hospital, num contraste, quando comparado aos de moderna estrutura, que contam com portão automático, elevador panorâmico, localização em zona urbana elitizada, pouca opção de transporte coletivo, caracterizando um cenário cultural diferente da realidade da clientela.

O ambulatório onde as mulheres são atendidas fica localizado na parte oposta à entrada principal. Nessa área, fica o centro histórico da Cidade, onde se desenvolve um intenso comércio de pequenas empresas, predominando a economia informal, representada por biscateiros, camelôs e vendedores ambulantes. No lado norte do ambulatório, fica a praça Capistano de Abreu, mais conhecida como Praça da Lagoinha, onde se desenvolve um comércio clandestino, popularmente conhecido como “Feira dos Malandros”, que consiste na compra, venda e troca-troca de objetos de origem duvidosa. Isso serve de referência para o ambulatório.

Este cenário de contexto tumultuado pode, no entanto, influenciar o acesso das mulheres que, na sua maioria, vem de bairros paupérrimos, de onde também procedem esses mascates com o mesmo padrão sócioeconômico, os mesmos hábitos comportamentais, o que facilita, por certo, a adaptação desse contingente social.

Contexto Domiciliar

Nesse estudo, o contexto domiciliar refere-se às residências onde vivem as mulheres visitadas, portadoras de HPV, e onde estabelecem suas visões de mundo nas experiências diárias com o parceiro e a família.

Os domicílios visitados situam-se em bairros distantes do contexto hospitalar, de acesso difícil e identificação confusa.

Para se chegar ao local de visita, tivemos, em alguns casos, de se recorrer à ajuda do catálogo telefônico, mapa da Cidade, orientação do serviço de entrega de correspondência dos Correios, bem como de líderes comunitários.

Todas as residências visitadas distam mais de 12 quilômetros do centro comercial e histórico da Cidade, igual distância, por coincidência, do contexto hospitalar. São bairros sem a infra-estrutura desejada, provido de transportes coletivos precários, postos de saúde de atenção primária que não atendem a demanda, adequadamente, escolas públicas em número insuficiente, igrejas,

predominantemente as evangélicas, e o comércio peculiar e característico de cidades pequenas: mercearias, mercadinhos, bares, botecos e farmácias.

As ruas, vielas, becos e vilas têm características comuns: a monotonia. A ausência de veículos é notada, inversamente proporcional à frequência de bicicletas. O acesso ao endereço desejado foi sempre difícil para nós. As placas indicativas das ruas eram raras e, às vezes, nem existiam. A numeração, uma desordem. A ausência de saneamento é denunciada pelos inúmeros valados a céu aberto, por onde escoava a água servida das casas. Não há pavimentação.

As casas são todas muito modestas, construídas com os mais diversos padrões de estrutura, acabamento e disposição, demonstrando a característica do estilo de vida compatível com a situação econômica das pessoas de baixa renda. Constituem-se, quase sempre, de pequenos cômodos – sala, quarto e cozinha. O aspecto de higiene não corresponde ao mínimo desejado. Na sala, a distribuição dos melhores pertences. O televisor era a presença mais marcante. Algumas molduras com retratos de familiares ou santos devotos adornam as paredes. Há uma comunicação quase que direta com os domicílios vizinhos, facilitada pela falta de recuo das edificações, o que favorece a inter-relação com os circunstantes, sempre curiosos, amigos entre si e solidários.

Os dois contextos descritos representam o contexto cultural que, baseado em LEININGER (1985), refere-se à total situação na qual ocorrem as experiências cotidianas das mulheres portadoras de HPV. Desse modo, os espaços geográficos foram delimitados, para realizar as fases da pesquisa, e a amostra foi selecionada no contexto hospitalar.

Em se tratando de um estudo de etnoenfermagem, em relação ao cotidiano de mulheres portadoras de HPV, além dos critérios de confiabilidade dos dados, o tema exige do pesquisador uma rigorosa atenção para assegurar aos informantes os preceitos éticos, durante a pesquisa.

Percebendo-se essa importância, buscamos nos estudos de SPRADLEY (1980) e LEININGER (1990) o enfoque sobre os princípios éticos.

5.4 – Princípios Éticos da Pesquisa

A importância da ética na etnoenfermagem é enfatizada por LEININGER (1990), quando atenta para a necessidade da adoção dos princípios morais e éticos no uso do método de pesquisa qualitativa, que, na sua opinião, é um dos mais apropriados modelos para descobrir e compreender os significados morais e éticos do cuidado de enfermagem transcultural. Considera, no entanto, imperativo, quando se usa o método da etnoenfermagem, o conhecimento do pesquisador sobre a cultura. No seu entendimento, é preciso paciência nas entrevistas, no trabalho de campo, para, assim, permitir ao informante fornecer suas explicações ou interpretações que constituem o comportamento moral e ético do cuidado. Diz, ainda, que o pesquisador deve ser extremamente cuidadoso para não fazer julgamento ético prematuro ou interpretações de sua própria influência.

SPRADLEY (1980) refere que o Conselho da Associação Americana de Antropologia adotou um conjunto de princípios éticos de responsabilidade do profissional para guiar o desenvolvimento do trabalho de campo, quando o pesquisador faz a observação participante.

Tais princípios serão aqui analisados, de forma reduzida, conservando, no entanto, a sua essência:

- trata-se de considerar primeiramente o informante. O pesquisador, na medida do possível, poderá proteger o bem-estar físico, social e psicológico, mantendo a dignidade e privacidade dos informantes.
- Salvar os direitos, interesses e sensibilidade dos informantes.
- Os objetivos da pesquisa deverão ser comunicados aos informantes;
- Proteger a privacidade dos informantes, por terem eles o direito de permanecer no anonimato.
- Não explorar os informantes.
- Dar ou manter à disposição dos informantes os resultados registrados.

Para que não houvesse empecilho com os informantes, houve comunicação oficial à direção do hospital de onde a pesquisadora é

funcionária e no qual foi desenvolvida uma das etapas da pesquisa, expondo-se os objetivos do estudo.

Quanto aos informantes, os princípios éticos foram assegurados com a garantia do sigilo e do anonimato, além de serem informados sobre os objetivos e os propósitos da pesquisa e a opção pela gravação das entrevistas. Salientamos o fato de que, em nenhum momento, o interesse do estudo se sobrepôs aos cuidados de enfermagem para continuidade do tratamento da saúde das informantes.

Considerando o uso da abordagem qualitativa, procuramos respeitar os princípios éticos durante a inserção no contexto hospitalar e domiciliar.

6 - DESCREVENDO A OBSERVAÇÃO

Iniciou-se o processo dando ênfase à observação, escutando atentamente as mulheres durante as reuniões, no ambiente hospitalar e nas visitas familiares.

O tema abordado pela pesquisadora nas reuniões versava sobre DST.

Ao iniciar as atividades educativas com o grupo de mulheres, nelas observamos certa timidez. Logo formavam espontaneamente pequenos subgrupos, o que favorecia a comunicação entre elas, sem, no entanto, confidenciarem suas experiências. Afinal, eram recém-conhecidas e o assunto envolvia a sexualidade humana, ainda cercada de muitos tabus e preconceitos sociais.

A dinâmica das reuniões envolvia técnicas direcionadas para o tema, com a utilização de álbum com ilustrações ampliadas e em cores vivas, retratando as lesões e identificando cada doença. Nessa ocasião, mostravam-se atentas, porém desencorajadas de expor perante o grupo algum questionamento.

As gravuras apresentadas mostravam, com clareza, a realidade. As lesões causadas pelo HPV eram as que mais intranquilizavam e despertavam o interesse, dada sua ligação com as neoplasias do colo do útero, enfatizadas durante a palestra. Esse era sempre o momento em que algumas, com certa timidez, lançavam-se às perguntas. Outras, ansiosas, nos procuravam particularmente, pedindo esclarecimento para as dúvidas sobre as doenças, confidenciando suas experiências com os parceiros. Apresentavam nítida expressão de medo diante da possibilidade de estarem portadoras de alguma doença sexualmente transmissível e o HPV era uma delas.

Nesse contato individual, nunca atribuíam para si essa possibilidade de contaminação. Referiam-se às pessoas da família ou amigas. Algumas se contradiziam, outras confessavam e nós sempre atenta na observação, deixávamos as mulheres sempre à vontade, possibilitando o diálogo que, naquelas circunstâncias, não era fácil.

Durante a observação, atentamos para os significados culturais, as visões das mulheres, a linguagem usada popularmente para identificar as doenças e padrões de comportamento. O registro no diário de campo era feito imediatamente após as reuniões ou atendimento individual, para evitar lapso de memória e continha, sobretudo, o registro direto das idéias-chaves e tópicos importantes para o estudo.

SPRADLEY (1980) sugere a utilização do jornal de trabalho de campo como forma de registrar, semelhante ao “diário de campo”, que poderá registrar experiências, idéias, fases, erros, confusões e outros problemas surgidos nas diversas fases da pesquisa. O jornal representa também o lado pessoal do informante e sentimentos do pesquisador, devendo ser datado para memorizar o registro que posteriormente poderá servir para descrevê-los, constituindo-se fonte importante de dados do conhecimento êmico dos informantes, o modo de vida e outras observações obtidas na constante interação no contexto hospitalar e domiciliar.

Embora sem definir rigidamente a sequência do modelo O.P.R, tomávamos consciência, em alguns momentos, do início de uma fase e subposição de outra. Assim, a observação era focalizada, porém já com alguma participação voltada para o grupo de mulheres com HPV.

As mulheres retornavam com frequência ao hospital pela necessidade de continuar com o tratamento. Passamos, então, a ser procurada por elas, todas as vezes que retornavam. Nessa relação, sentimos a necessidade de ir ao domicílio para aprender e compreender melhor a situação estudada.

Os constantes encontros no hospital facilitaram a relação de confiança necessária à aproximação no ambiente familiar, onde ocorreram as visitas, iniciadas sempre com a conversa informal e descontraída. Procurávamos

observar o contexto natural – o lugar onde as mulheres com HPV vivem e estabelecem sua visão de mundo sobre a doença e onde vivenciam as experiências diárias com o parceiro e a família.

Tinha-mos o cuidado de não antecipar informações, pois havia sempre presença de familiares. Tivemos que usar de paciência e cautela para se falar sobre as questões de saúde pois, afinal, tratava-se de problema que envolvia a intimidade da mulher e isso preocupava. Eram observadas as atitudes e inquietações e só depois de perceber certa tranquilidade é que se inicia o de imediato, direcionado a doença.

Conveniência, procurava-se saber que informações o bre a doença, criando oportunidade para que a pós a interação, sentiam-se mais à vontade e diárias, da doença, do modo de vida e do ro.

algumas, o conformismo e até a aceitação do gal do parceiro, atribuindo ao instinto impulsivo e, ceiro e que fugia do controle delas. Uma emitiu o

Universidade Federal do Ceará

29/04/2005 11:40:52

Recibo de Devolucao

Usuario

000145114 RIANNA MARGILLA SILVA NOBRE

Descricao do(s) Exemplar(es)

870005 - Crenças e valores da mulher portad

ora

de papiloma virus humano - HPV:

Mum. Cham: T616.951 R367c T Ac.26388

Conectividade Espacial

...trabalha de camioneiro...cinco mulheres, onde passa arranja uma...que jeito posso dar, com ?...isso é mesmo de homem.

O depoimento retrata o realismo do cotidiano das mulheres envolvendo a pobreza, a necessidade de sobrevivência da família, o conformismo e até mesmo a falta de controle do próprio corpo. Assim, imagina-se que, quanto menor o poder de barganha da mulher, mais difícil será a prevenção do HPV.

As atividades participativas eram mais presentes (no ambiente hospitalar). Procurava-se interagir com as informantes nas intervenções para assistência de enfermagem e continuidade do tratamento. Por vezes, a

observar o contexto natural – o lugar onde as mulheres com HPV vivem e estabelecem sua visão de mundo sobre a doença e onde vivenciam as experiências diárias com o parceiro e a família.

Tinha-mos o cuidado de não antecipar informações, pois havia sempre presença de familiares. Tivemos que usar de paciência e cautela para se falar sobre as questões de saúde pois, afinal, tratava-se de problema que envolvia a intimidade da mulher e isso preocupava. Eram observadas as atitudes e inquietações e só depois de perceber certa tranquilidade é que se inicia o diálogo. O assunto não era, de imediato, direcionado a doença.

De acordo com a conveniência, procurava-se saber que informações o médico havia transmitido sobre a doença, criando oportunidade para que a iniciativa partisse delas. Após a interação, sentiam-se mais à vontade e falavam de suas práticas diárias, da doença, do modo de vida e do relacionamento com o parceiro.

Havia, por parte de algumas, o conformismo e até a aceitação do comportamento extra-conjugal do parceiro, atribuindo ao instinto impulsivo e, portanto, desregrado do parceiro e que fugia do controle delas. Uma emitiu o seguinte comentário:

É um homem mulherengo...trabalha de camioneiro...cinco mulheres, todas com filhos dele...por onde passa arranja uma...que jeito posso dar, com quatro filhos dele pra criar?...isso é mesmo de homem.

O depoimento retrata o realismo do cotidiano das mulheres envolvendo a pobreza, a necessidade de sobrevivência da família, o conformismo e até mesmo a falta de controle do próprio corpo. Assim, imagina-se que, quanto menor o poder de barganha da mulher, mais difícil será a prevenção do HPV.

As atividades participativas eram mais presentes (no ambiente hospitalar). Procurava-se interagir com as informantes nas intervenções para assistência de enfermagem e continuidade do tratamento. Por vezes, a

pesquisadora acompanhou as mulheres no ambiente hospitalar para exames ginecológicos, cirurgias e outros procedimentos.

A observação não se limitou tão somente à visual. Houve interações com as mulheres informantes, com a família, participando de eventos culturais.

Os contatos e entrevistas foram realizados no ambiente hospitalar e domiciliar.

A fase de reflexão, já iniciada, constituiu-se no momento que se limitou à participação no campo para refletir os dados coletados e reafirmar ou recapitular algumas informações necessárias à validação dos dados.

Nesse processo de interação, para descrevê-lo, as informantes receberam nomes fictícios.

7 - DESCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

A entrevista foi utilizada para obtenção de dados descritivos na linguagem das próprias informantes.

LEININGER (1985) recomenda o uso da entrevista etnográfica, baseada nos conhecimentos transmitidos por SPRADLEY (1979), que acredita ser esta a forma particular para fazer uma abordagem com os informantes.

Orienta no sentido de as perguntas serem feitas de maneira que facilitem a expressão, pelos informantes, sobre a representação que fazem do mundo, descobrindo o conhecimento cultural.

Para realização, sugere a utilização de questões etnográficas com as quais o pesquisador é o próprio instrumento para descobrir o conhecimento cultural de outras pessoas.

Propõe que sejam usadas perguntas do tipo descritiva, que permitam ao pesquisador coletar uma amostra da linguagem, facilitando ao informante descrever determinada situação de como ocorre na vida diária. Apoiada nesses pressupostos, optamos pela entrevista etnográfica, por ser um recurso que possibilitou captar as expressões das informantes sobre a representação que fazem do mundo.

Para realização das entrevistas, no entanto, foi necessário o cuidado especial por parte do pesquisador, que, percebendo a delicadeza do tema estudado, sentiu a necessidade da prudência para escolha do momento mais apropriado do convite para a participação da entrevista. Havia, para isso, a necessidade de uma relação de confiança nas visitas, escutas e conversas amigáveis. Todas as mulheres convidadas aceitaram o convite, pondo-se à disposição. As entrevistas eram marcadas com antecedência.

Quanto à escolha do local, inicialmente, optamos pelo domicílio familiar, no intuito de tornar a entrevista menos formal e diminuir as possíveis tensões do contexto hospitalar. Não obstante tais razões para escolha do domicílio, as entrevistas também ocorreram no contexto hospitalar, pois algumas manifestaram-se contrárias às entrevistas no próprio domicílio.

Para justificar a recusa, argumentaram que o fato de serem portadoras do HPV, as entrevistas em suas casas poderiam gerar curiosidade e especulação por parte dos familiares. Uma temia os filhos adolescentes, a outra, os filhos e marido. Ambas preferiram manter o silêncio em casa. Todas as entrevistas gravadas tiveram o consentimento das pessoas envolvidas. Como suporte, foram registradas notas de campo dos comentários extras, isto é, não gravadas antes, preliminarmente, ou depois, quando, formalmente, já estavam encerradas as entrevistas.

No contexto hospitalar, usou-se uma sala reservada para deixá-las mais à vontade. A interação já existia e isso foi de suma importância. As informantes falavam descontraidamente, com certa tranquilidade, e, ao final, ainda se propunham a novas informações para algum esclarecimento que porventura fosse necessário.

Quando a entrevista ocorria no domicílio, havia boa recepção. Percebia-se, no entanto, o desejo por parte da informante para que a conversa fosse reservada. Os familiares presentes, discretamente afastavam-se e em pouco tempo ficávamos, informantes e pesquisadora a sós.

A dependência escolhida da casa para conversar era geralmente a mais reservada, e esse cuidado demonstrava a preocupação na manutenção da reserva sobre a doença para os familiares. Inicialmente, percebia-se certa apreensão e inquietude que, aos poucos, dissipavam-se. Logo ficavam mais à vontade, mais tranquilas e calmas, momento em que se fazia uso do gravador. Assim procedendo, foram feitas 8 entrevistas com informantes portadoras de HPV. As entrevistas versavam sobre as reações delas, quando souberam que estavam com HPV.

Os dados das entrevistas e notas de campo foram organizados e agrupados de acordo com o objetivo do estudo e analisados seguindo a orientação de LEININGER (1991) sobre as fases de análises de dados qualitativos de etnoenfermagem.

7.1 As Informantes do Estudo

A aproximação com as mulheres informantes não ocorria tão somente para coleta de dados. Precisavam de orientação para o cuidado da saúde e, nos encontros conosco, eram favorecidas por ações educativas ou inerentes ao tratamento.

A atenção dispensada às mulheres no momento da doença ajudou a interação, necessária a todo o curso da pesquisa.

Maria, com 32 anos, casada, mãe de 4 filhos, trabalha na área da educação, portadora de neoplasia intra-epitelial cervical (*câncer in situ*) e HPV. A aproximação com Maria deu-se através da visita domiciliar, objetivando comunicar-le-a para consulta médica de retorno, pois, há seis meses, havia feito prevenção e biópsia cervical com resultado preocupante.

Reside em bairro distante, numa rua de acesso confuso e de custosa identificação para sua localização. Na segunda tentativa, recorremos ao serviço de distribuição de correspondências dos Correios, que orientou a localização. Falamos da necessidade do retorno sem, no entanto, revelar o diagnóstico. Uma consulta foi agendada de acordo com a sua disponibilidade, porém, Maria não compareceu.

Foi realizada segunda visita e agendada nova consulta. Após o atendimento médico, ela nos procurou e percebemos sua expressão de desalento ao tomar conhecimento do diagnóstico.

Começando o dialogo, perguntamos?

- Então, conversou com a doutora sobre seu estado de saúde?

- *Sim. Conversamos abertamente:*

- Doutora, quer dizer que sou cancerosa?
- Sim, você é cancerosa.
- E ainda sou portadora de doença transmitida pelo meu marido?
- A senhora tem certeza que a transmissão é pelo ato sexual?
- Isso mexeu muito comigo...mais eu precisava ouvir a verdade...eu não podia ser enganada...

O resultado da biópsia era a confirmação do diagnóstico e o material biopsiado confirmava lesão de câncer invasor e HPV. Era prognóstico reservado.

Conversamos sobre o comportamento sexual com o companheiro. O desabafo de Maria naquele instante era uma necessidade:

Tenho um filho de 18 anos. Foi um caso. Meu atual companheiro é meu marido e pai dos meus três filhos menores. É um homem difícil no relacionamento sexual. Fazer tratamento para HPV como sugeriu a doutora é quase impossível...outros medicamentos anteriormente receitados, nunca quis tomar...eu, falar que tenho HPV? Jamais...nem se quer insinuar...vai pensar que eu peguei de outro...já estivemos separados, um ano...a família dele? Nem pensar...é muito preconceituosa...

Maria mostrava-se perplexa porque não sentia nenhum sintoma que a levasse a pensar que estava tão doente. Lembrava-se de que percebia nos órgãos genitais do marido algumas lesões sugestivas que fossem verrugas. Pediu informações sobre o formato, consistência e cor. Desconhecia o HPV, apesar de já ter lido alguma coisa sobre DSTs.

Nunca me preocupei com tais doenças.

Maria deixou o ambulatório com exames pré-operatórios marcados. Conseguiu-se maior rapidez junto ao laboratório.

No retorno seguinte, Maria teve dificuldade no atendimento médico. O oncologista estava ausente, de férias, e o atendimento por outro profissional não agradou. Estava bastante fragilizada e a relação médico-paciente não fora satisfatória. Esse contratempo deixou-a angustiada. Corria contra o tempo e a doença evoluía. Até então, o tratamento era local com recomendação do uso de preservativos na relação sexual. Essa condição ensejava problemas com o casal. O marido não aceitava o uso da “camisinha” e isso era mais um problema.

Conseguimos outro cirurgião oncologista. Antes, porém, conversamos com a ginecologista que a deixou mais tranqüila.

Afinal, houve o internamento no dia 26 de setembro, sexta-feira. No final do expediente, estivemos com Maria, que ocupava o leito 209 de uma enfermaria e que se mostrava desalentada.

Preferia não está aqui, desabafou. Estou aqui por que Deus quer.

Era evangélica e dizia ter muita fé em Deus para sua cura. Falou do marido, dos filhos e de sua história de vida. Despedimo-nos.

No dia seguinte, não houve condição técnica para realização da cirurgia e foi dada alta com a orientação para posterior retorno.

Na segunda-feira seguinte, ao tomar conhecimento do ocorrido, tentamos falar com Maria e não conseguimos. Nova tentativa foi feita e conseguimos conversar com o pai, que assim falou:

Maria não vai mais fazer a cirurgia. Ela está curada...Deus já curou.

No dia seguinte, houve nova tentativa de uma conversa com Maria. Dessa vez, falamos com sua irmã, que não estava aceitando a desistência. Pediu para irmos juntas conversar com ela. Assim, conversamos com Maria, que ratificou sua atitude, porém, se resolvesse outra coisa, nos procuraria no hospital.

Um mês depois, voltou ao hospital para conversar, em atenção e agradecimento pelo nosso empenho. Disse que estava curada. Até o ciclo menstrual estava regular. Sobre sua fé, assim se expressou:

Sei que você com todo seu estudo não entende uma pessoa fazer opção entre a ciência e Deus. É difícil você compreender a minha fé...mais isso é perfeitamente entendido por mim.

Foi o último encontro com Maria.

Pedrina, uma mulher bastante jovem, com 17 anos, estava grávida de seu segundo filho. Não tinha qualificação profissional, nunca trabalhou e a escolaridade é primária.

Vive maritalmente com o companheiro há 4 anos. Ele com instrução de primeiro grau, industrial é responsável pelo sustento da família. O casal e o filho moram com a mãe de Pedrina, em humilde casa de quatro cômodos já dividida com outra família que paga pequeno aluguel, aumentando, assim, a renda familiar.

O bairro onde mora é de fácil acesso, mas a numeração confusa da rua dificultou a localização da casa para a visita domiciliar.

A aproximação inicial com Pedrina se deu através do atendimento ambulatorial durante as palestras sobre DST por nós promovidas.

É portadora de HPV, acompanhada pela ginecologista há cerca de 2 anos.

Quando tive o menino, fui fazer prevenção. Ai a doutora pediu uns testes e me mandou pra cá...a doutora daqui, disse que eu tenho uma raladura e HPV...isso já vai fazer 2 anos.

Pedrina engravidou com uma ano e três meses após o primeiro parto e, por isso, necessitou de um acompanhamento mais rigoroso. O HPV na mulher grávida apresenta alterações no quadro da infecção. As lesões apresentam-se

volumosas, podendo causar intenso prurido, com sangramento ou ainda comprometimento no canal do parto.

Vários encontros antecederam tanto no ambiente domiciliar como no contexto hospitalar. Pedrinha, muito jovial, estava sempre bem humorada, aceitando com certa naturalidade a doença e o tratamento. Foi fácil o relacionamento conosco.

Acompanhamos todo o pré-natal. O parto ocorreu dentro da normalidade. Houve atendimento para gravidez de alto risco, orientações para o uso da medicação e palestras por nós promovidas.

Pedrina, durante esse período, passou por várias dificuldades no seu dia-a-dia com a doença. Havia muitas dúvidas em relação ao HPV e isso era percebido através de seus relatos.

Eu nunca tinha ouvido falar em HPV...eu ainda não sei direito o que é essa doença...não entendi as explicações da doutora.

Em meio a essas idéias confusas, o companheiro ainda transferia a culpa da contaminação.

Quando falo no tratamento diz assim: Se eu tiver HPV, peguei de você...você tem muita verruga...eu não tenho outra mulher.

Queixava-se também das dificuldades no tratamento. O parceiro não concordava com o uso da “camisinha”.

Tentava melhorar a saúde, fazendo asseio vaginal e tomando chá de plantas tidas como medicinais e justificava com a afirmação da eficácia.

Eu fervei as cascas de aroeira, de confrei e faço asseio...eu acho que tenho melhorado muito.

A relação do casal estava afetada e o seu estado emocional fragilizado. Sua mãe atribuía tal tristeza ao estado da gravidez, e Pedrina queria poupá-la por já ser mulher de idade avançada. Falar às outras pessoas sentia-se desencorajada.

Eu nunca tive coragem de dizer isso a ninguém.

Assim vai vivendo Pedrina. Doente, ansiosa, confusa, pobre, às vezes alegre e comparecendo ao ambulatório para dar continuidade ao tratamento, e não obstante a doença e os conflitos emocionais, encontrando oportunidade de exhibir sua jovialidade.

Carmélia. 33 anos, casada há 10, com segundo grau completo, trabalhando em empresa privada de assistência à saúde, como agente administrativa, com alguma vivência de hospital, mãe de três filhos adolescentes, morando na área central da cidade em pequena e humilde casa de vila.

Compareceu ao ambulatório para atendimento proctológico, encaminhada pelo ginecologista. Apresentava lesões perianal, oral e cervical. O diagnóstico de HPV foi confirmado após procedimento cirúrgico.

Vários encontros ocorreram entre nós e Carmélia, no ambiente hospitalar e em uma visita domiciliar.

Falava sobre a sua doença com detalhes. A cada dia contava um pouco de sua história que chamava de “peregrinação”, quando se referia à descoberta do seu mal e assim dizia:

Foram seis meses de médico em médico...exames... a raspagem da lesão perianal... uma tortura! Tudo foi muito doloroso e chocante. Vamos, tire a roupa...tive até depressão.

A convivência com o marido estava muito abalada e o relacionamento dele com os filhos completamente desgastado pelo alcoolismo. O surgimento do HPV só agravou os problemas.

O que aconteceu era que nós já não vivíamos muito bem e piorou. Hoje, já se passaram vários meses e só moramos juntos. Piorou muito. Principalmente o relacionamento físico e afetivo.

Quando foi abordá-lo para falar da doença, assim narrou:

Assim que eu soube, logo disse a ele que estava com uma lesão no colo do útero e uma doença venérea e que a culpa era dele... Ele disse que não podia ser dele, pois não tinha nada e não precisava ir a médico. Tanto é que ainda hoje não procurou atendimento médico.

Queixava-se do tratamento demorado e doloroso. Aceitava o tratamento médico, porém, na tentativa de uma cura mais rápida, fazia uso de chás de ervas.

Eu também usei folhas da cajazeira. Meu chefe mostrou uma reportagem sobre essa planta, li e fiz chá. Eu bebia e fazia asseio genital

Dizia sentir-se bem melhor.

Além do tratamento médico e “mezinhas”, recorreu ao espiritismo, acreditando que sua cura poderia ser através de cirurgia espírita e relatava uma experiência anterior com sucesso. Acreditava no espiritismo kardecista, “aquele da reencarnação”, explicava.

Eu vou falar: Eu sou espírita e acredito na reencarnação. Eu fiz uma cirurgia espiritual. Acho que me ajudou muito.

Carmélia decidiu não falar nada aos filhos com relação a sua doença. Esse posicionamento assim justificava:

Eu não falei nada aos meus filhos. São adolescentes e ia ser muito complicado eles entenderem. Prefiro o silêncio. Só disse aos filhos que tenho uma lesão. Como se originou, eu não disse.

Não obstante o cuidado em manter os filhos alheios à gravidade do problema e sempre preocupada para que eles não soubessem, foi uma informante que participou do estudo com interesse. Isso ficou claro quando participava da entrevista.

Pode usar o gravador, não tem problema. Só não quero que saia meu nome. Não quero ser identificada. Foi por isso que estou aqui. Tenho filhos adolescentes.

Ocorreram outros encontros após a entrevista. O HPV na região perianal teve recidiva e o tratamento teria que ser no hospital, ensejando o reencontro conosco, ocasião em que Carmélia oferecia sua disponibilidade para novos esclarecimentos no sentido de ajudar no estudo.

Rita de Cássia, uma mulher muito jovem, de apenas 19 anos e já mãe, há mais de dois anos. Sua escolaridade é de primeiro grau. Seu parceiro é um homem de 33 anos e trabalha de vigia. É também de pouca instrução. Moram em bairro distante, já em outro município, cerca de 20 quilômetros do hospital onde faz tratamento - César Cals -.

Portadora de HPV há dois anos, passou seis meses ausente do tratamento hospitalar. Uma sua irmã, preocupada com o desinteresse de Rita, procurou o ginecologista que, por sua vez, acionou o Serviço Social. Localizada, voltou à consulta e foi encaminhada para que acompanhássemos seu tratamento.

No primeiro contato, que durou cerca de 40 minutos, procuramos, uma interação com Rita, quando relatou que, durante o período de ausência do tratamento no hospital, fazia uso de “cozimentos” da casca de plantas.

Eu faço lavagem com a ducha e asseios com a casca da aroeira. Eu acredito que a casca da aroeira fecha qualquer ferida.

Nesse primeiro encontro, ficou agendada uma visita domiciliar.

Quando da visita em casa, ficamos muito atenta às observações e percebemos, de início, certo contentamento pela presença e um maior interesse no retorno para o tratamento. Quando se referia a doença, fazia sempre relação com o companheiro.

No começo foi horrível. Ele disse que nunca me traiu, mas eu acho que isso não é verdade. Eu senti muita revolta.

A doença transtornou a vida da jovem Rita.

A necessidade do uso de preservativos, a rejeição por parte do parceiro, a falta de hábito, o tratamento demorado, tudo isso deixou-a muito perturbada.

No segundo encontro, mostrava-se nervosa e pediu para que assistimos ao exame ginecológico, assim justificando o pedido:

Doutora, você me explica de um jeito que eu entendo.

O parceiro é resistente ao exame. Tem preconceitos e recusa qualquer tentativa nesse sentido.

Eu tinha sangramento, dor e sempre passava isso na cara dele. Eu sempre pedi para ele fazer o exame. Eu até dizia, que marcava para ele, mas ele nunca foi.

Apesar da ausência temporária, tem voltado às consultas, participa das reuniões sobre HPV e tem sido a nós muito receptiva, tendo estabelecido conosco interação e confiança. Prossegue com o tratamento com regularidade.

O último contato mantido foi através de um telefonema que dela recebemos, curiosa quanto ao resultado do último exame, ainda desconhecido. Foi uma demonstração de interesse.

Julietta, outra moradora de bairro periférico e distante, vivendo em pequena casa de vila enfrentando a vida com muita dificuldade, pobre e doente, é mãe de dois filhos pequenos, casada há dez anos com um eletricitário de 39 anos. Ela tem 32, ambos de escolaridade primária.

Portadora de HPV, iniciou o tratamento há dois anos e meio, interrompendo por alguns meses por falta de conhecimento da gravidade do problema. Retornou, por conta própria, ao ambulatório para tratamento e ficou sendo por nós acompanhada.

Confessava que as informações que havia recebido sobre a doença não tinham sido assimiladas e isso era observado na sua fala.

Eu não sabia o significado de HPV. Ela não explicou assim. Eu pensei... eu pensei que era uma doença qualquer. Hoje a doutora disse que esse vírus é difícil de combater. Pra dizer a verdade, é como eu só tivesse sabendo de tudo isso agora.

Retornou em outras ocasiões ao ambulatório, sempre nos procurando, para mostrar sua presença ou pedir alguma nova orientação. Mostrava-se, agora, mais interessada e nesses encontros ficou acertada uma visita ao domicílio.

Nessa ocasião, observamos seu padrão sócioeconômico e o estilo de vida. Mostrava-se organizada. A casa simples, mas tudo em ordem.

Confiante e com necessidade de desabafar, entrou em detalhes do relacionamento com o companheiro. Recordou a conversa após saber o significado do HPV.

Eu fiquei o tempo todo pensando. Eu...eu fiquei muito triste. Eu até sugeri ao meu marido fazer também o exame e ele em tom debochado, disse: eu fazer exame pra ver se tenho essa doença? Aí vamos ver! A nossa conversa ficou nisso.

Muito calma, sem demonstrar revolta, parecendo resignada com a situação em que vive: a pobreza, a doença, o alcoolismo do marido que o torna violento.

Eu só suporto certas coisas porque a vida é muito difícil para agente assumir sozinha com dois filhos pequenos. Meus pais são pobres. Moram aqui perto mas em casa alugada assim como eu.

Quanto ao tratamento, faz o que pode.

Uso corama, malvarisco e passo tudo no liqüidificador. Faço asseio com a casca do cajueiro, é muito bom. Eu uso também cozimento da aroeira. A médica achou que estou melhor. Eu acredito que estou melhor, porque eu estou usando esses remédios.

A dificuldade maior para o uso de preservativo além do parceiro é o poder de compra. Algumas vezes, recebe no ambulatório mas nem sempre tem.

Em meio a essas dificuldades, porém mais consciente, Julieta tem dado continuidade ao tratamento.

Diva, casada há dez anos, mãe de 3 crianças, 28 anos de idade, aparentando menos, comerciária, com o 2º grau de escolaridade, esposa de um homem com 40 anos, aparentando mais e de escolaridade primária, ganhando a vida como estivador.

Portadora de HPV, diagnosticada há dois anos, é assídua ao tratamento ambulatorial e tem apresentado melhora no quadro da infecção. Através da

participação nas palestras educativas sobre HPV, passou a assimilar melhor as informações e orientações sobre a doença. Mantém constantes contatos conosco, facilitados pelos retornos que sempre faz ao ambulatório.

Os primeiros dias após o diagnóstico médico pareceram os mais difíceis no convívio com a doença. A comunicação entre médico e paciente nem sempre é esclarecedora.

Eu confundi HPV com HIV, quando o doutor falou. Aí eu fiquei apavorada. A tarde, ainda desesperada, voltei para minha doutora e aí foi um alívio!

O relacionamento com o marido foi também abalado.

Meu casamento esteve em crise... já estava e aumentou. Eu não acredito nele. Fiquei com medo.

Como se não bastasse a doença e o estado afetiva comprometida, tinha que enfrentar a desconfiança do marido que lhe impunha a culpa. O uso da “camisinha” ele atribuía como uma forma de se livrar dele. Inicialmente com resistência conseguiu o uso de preservativo, porém as pressões foram tantas que teve de ceder.

...minha vida estava um inferno. Preferi abrir mão....

O tratamento em casa é, mediado pela abstinência sexual, é na medida do possível, complementado com medicação caseira.

Eu já tinha feito cauterização para combater o HPV. Aí eu não fiquei boa. Então eu usei remédios caseiros. Com o confrei eu fazia o chá. Com a aroeira eu bebia o chá e com a água fervida eu fazia o asseio. A casca de aroeira é um ótimo cicatrizante. Continuo usando. Estou bem melhor.

Sempre receptiva, facilitou muito a interação. Residindo em bairro muito distante, sempre se colocava a nossa disposição para facilitar sua participação como informante.

Lourdinha é uma mulher de 26 anos, mãe de dois filhos de pais diferentes. O atual parceiro é o pai de seu último filho e com ele vive há um ano e meio. É feirante no interior.

Durante a gravidez, no acompanhamento do pré-natal, tomou conhecimento de sua contaminação com o HPV em outros serviços, foi medicada, mas não houve remissão. Surgiram outros agravantes: sangramentos, pruridos e outros incômodos.

O parto ocorreu dentro da normalidade, no Hospital César Cals, apesar de prematuro. A criança ficou no hospital sob a proteção do “Projeto Canguru” e com isso a permanência de Lourdinha era uma constante e bastante familiarizada.

Tomando conhecimento do problema de Lourdinha, e a encaminhamos à ginecologista e passamos a acompanhá-la diariamente, enquanto participava do “Projeto Canguru”.

Lourdinha é simpática, expansiva, de fácil convivência e muito espontânea. Daí já ser bem familiarizada no contexto hospitalar.

Não tinha muita noção da gravidade do seu problema. Pouco sabia sobre o HPV.

Mulher eu não entendo esse negócio de HPV. Dizem que é transmitido. Quando eu soube fiquei chocada. Não tive coragem de falar a ninguém. Só a funcionária, que me trouxe aqui. Depois que soube melhor o que é o HPV, pensei em morrer. Imagine uma pessoa grávida com isso.

Mostrava-se preocupada, mas não sabia a quem atribuir a contaminação. Tinha dúvidas; o atual parceiro negava qualquer possibilidade.

Assim suportava sozinha toda aquela carga de dúvidas, inquietações e medo.

Sinto vergonha de contar as amigas. Eu trabalho em casa de família e... e se souberem vão ter nojo e medo. Prefiro ficar calada.

Segundo nosso conselho, aceitou realizar o teste ELISA. Aguarda-se o resultado que lhe será participado por nós, como ficou combinado.

Cecília, uma mulher pobre como as demais estudadas, com 33 anos, mãe de três filhos pequenos, estava grávida, no sétimo mês de gestação daquele que viria ser seu quarto filho. De pouca instrução, dizia que apenas sabia ler. Seu companheiro é motorista de caminhão e vive muito ausente. Cecília tem a companhia da sogra, uma mulher de setenta e cinco anos, que ainda tem condição de ajudar nos afazeres domésticos. A casa, ainda não concluída, é referida como o patrimônio de garantia do futuro.

Diagnosticada como portadora de HPV em hospital de pequeno porte, foi encaminhada para o ambulatório, onde chegou questionando o resultado do exame que deveria estar trocado. Advertia de que, na data constante naquele resultado, ela não havia se submetido a exames.

Nessas circunstâncias, o apoio da assistente social e a companhia de Cecília fomos ao hospital de onde era egressa. Feitas as averiguações necessárias e verificando o prontuário, constatou-se que não tinha havido troca de exames. Cecília era na verdade portadora de HPV.

Vários retornos foram necessários. O estado de gravidez requeria muita atenção. Havia indicação por parte do obstetra de que o parto seria através de cesariana e disso a informante era sabedora nosso envolvimento nessas ocorrências facilitaram e até anteciparam a aproximação entre as duas.

O parto ocorreu dentro do previsível: cesariana.

Após o parto e com a tarefa de casa aumentada, Cecília descuidou-se, não mais retornando para o tratamento. Houve alguns contatos telefônicos (telefone comunitário) e a visita domiciliar para que ela retomasse interesse pela cura.

Enfrentava inúmeros problemas para continuar se tratando. Tinha dificuldade com o deslocamento para o hospital, pois dependia financeiramente do companheiro.

Em uma das conversas, desabafou mostrando a realidade do seu dia-a-dia.

... prá falar a verdade, nem meu marido, nem minha sogra não sabem dessa conversa de doença...e nem vou dizer. Só digo quando for morrer. Ele não sabe o que é HPV. Sei lá...tenho medo... medo de dizer. Tenho que pedir dinheiro ou vale transporte. Ele pode pensar que estou fazendo alguma coisa errada.

Cecília tem comparecido ao ambulatório para continuar com o tratamento enfrentando todas as dificuldades: uma possível desconfiança do parceiro, a pobreza, os filhos pequenos, o medo, a vergonha, o desconhecimento, os preconceitos e outros fatores sociais que envolvem o seu cotidiano com HPV e tendo de suportar todo esse peso só, sem ninguém da família com quem possa desabafar.

8 - ANÁLISE DOS DADOS

Analisar os dados de etnoenfermagem constituiu-se na busca e organização sistemática de dados descobertos durante a observação/participação no decorrer da pesquisa.

Com o intuito de manter a coerência com o referencial teórico metodológico procedemos de acordo com as fases para análise de dados qualitativo de etnoenfermagem preconizado por LEININGER (1991).

O início consistiu na codificação dos dados brutos que foram analisados pela pesquisadora com vistas à seleção das categorias. prosseguimos na seleção dos dados êmicos para a formação do tema cultural.

8.1 - Categorização das Falas

As categorias estão representadas pelo agrupamento de elementos, idéias ou expressões apreendidas nos dados êmicos com as informantes. Para esse estudo foram formuladas as seguintes categorias: A doença foi um choque; Nunca ouvi falar em HPV; Ele me trouxe HPV; A crença na cura; Não falei nada a ninguém; Vai sobrar pra mim.

A DOENÇA FOI UM CHOQUE

A doença foi um choque reflete o que as mulheres sentiram no momento em que souberam que tinham sido contaminadas pelo vírus HPV. As expressões mostravam os sentimentos de mágoa, tristeza, revolta e desconfiança em relação aos parceiros e isto foi demonstrado através dos desabafos, nas palavras das mulheres informantes tais como:

Quando eu soube, eu fiquei muito magoada com ele.

Eu fiquei todo tempo pensando. Eu fiquei muito triste.

Quando eu soube da doença, foi um choque. Eu fiquei muito revoltada. Eu senti muita raiva, muita revolta.

Quando eu soube, eu fiquei chocada. Eu fiquei pensando... pensei até em morrer.

Quando eu soube da doença, foi um choque. Estou com mais de dois anos com a doença. No começo foi muito difícil. Perdi até o prazer na relação. Hoje, não, eu até já sinto prazer. No começo foi horrível. Ele disse que nunca me traiu e eu acho que isso não é verdade. Eu senti muita revolta.

As informantes expressam o choque inicial, que, progressivamente, refletia na relação do casal. As reações emocionais da mulher interferem nas relações afetivas em consequência da mágoa e desconfiança provocadas pela suspeita de ter sido enganada ou traída pelo parceiro.

NUNCA OUVI FALAR DO HPV

Esta categoria mostra o saber das informantes sobre o HPV de acordo com a sua visão de mundo, ou seja, a maneira de pensar seu “próprio mundo”, e nele inserir-se. Assim, cada uma diz o que pensa sobre a doença.

Na afirmação abaixo, evidencia-se o desconhecimento do parceiro sobre a doença, o baixo grau de escolaridade, limitação na sua percepção que interfere no enfrentamento da doença, inclusive para ajudar/participar do tratamento dele e induzir a um comportamento preventivo.

Ainda hoje eu não compreendo bem. Eu fico na dúvida. Eu ainda não sei direito sobre essa doença. Eu não sei nem explicar. Eu nunca tinha ouvido falar em HPV e ele também não. Eu acho que ele não sabia mesmo.

Percebeu-se também o desconhecimento e a dúvida nos relatos de outras informantes, como se segue:

Eu ainda não compreendo a doença. Acho que ela toma conta do útero todo. Já usei muita coisa. As vezes fico desanimada.

A informante demonstra não compreender a doença e tem uma visão de comprometimento de todo o órgão e, em alguns momentos, sente-se desencorajada para continuar com o tratamento.

Outra maneira de perceber o HPV foi comentado dessa forma:

Quando o médico disse que eu tinha HPV e uma lesão que precisava fazer quimioterapia eu quase caio da cadeira, porque, na minha ignorância, quimioterapia é só para quem tem câncer.

De acordo com o relato da informante, ficou demonstrada a linguagem técnica utilizada pelo profissional, que produziu um forte impacto, no momento em que houve a associação da terapêutica com uma doença considerada culturalmente incurável.

Outra informante descreve a doença em meio às dúvidas que tenta explicar:

Eu não sabia o significado de HPV. Ela não explicou assim. Eu pensei... eu pensei que era uma doença qualquer. Hoje a doutora disse que esse vírus é difícil de combater. Pra dizer a verdade, é como eu só tivesse sabendo de tudo isso agora.

Uma forma de relato sobre o conhecimento de HPV foi feito, envolvendo a adequação da linguagem do profissional e assimilação dela.

Eu confundi HPV com HIV, quando o doutor falou. Aí eu fiquei apavorada. A tarde, ainda desesperada, voltei para minha doutora e aí foi um alívio!

ELE ME TROUXE HPV

Nos relatos inseridos nesta categoria, as informantes mostram a dificuldade enfrentada para conversar com os parceiros sobre a responsabilidade da transmissão. O tratamento da infecção por HPV exige uma conscientização do casal para a cura, como também para diminuir a cadeia de transmissão.

Os relatos a seguir mostram como isso aconteceu entre as informantes e os parceiros.

Ele disse que pegou de mim, porque eu tinha muitas verrugas.

Quando eu penso que é um homem mulherengo e que nunca usou camisinha, eu só posso dizer que peguei dele. Eu peguei isso, de quem? Dele, com certeza, mas ele vai negar.

O HPV só pode ter sido pegado dele porque eu já vou fazer oito anos que vivo com ele e só tenho ele, graças a Deus.

O depoimento a seguir retrata como a informante contra-argumenta com o parceiro, para mostrar que ele é portador do HPV, e que a transmissão partiu dele.

Ele tem dúvida que a doença é dele. Aí eu disse: se você botar a cabeça para pensar, vai ver que tem essa doença. Você é muito mulherengo. --Vou fazer o exame para ver se eu tenho o HPV. Então eu disse: é bom que faça mesmo que é para saber que foi de você e não de mim que isso apareceu.

Outro depoimento, que também revela a dificuldade da informante:

Eu não disse, porque vai negar que foi dele que eu peguei. As vezes tenho vontade de dizer que peguei dele, pois ele viaja muito, mas já sei o que vai dizer: você foi quem arranhou com outros e vai trazer pra mim. Doutora, é aquela coisa: você engravidou de um homem e ele diz que é de outro. Eles são assim. Os homens são assim mesmo.

Eu tinha aquela dúvida se pega no banheiro, nas toalhas, nessas coisas. Eu tenho minha consciência limpa. Nunca transei a não ser com meu esposo. Mas eu acho que peguei dele. Só pode ter sido, mas ele nega.

A forma de encarar o diagnóstico produziu dúvidas sobre a etiologia e o modo de transmissão. No início, consegue aceitar a doença, mas admite a possibilidade do contágio em banheiro ou através de roupas etc.

A CRENÇA DA CURA

A crença da cura através dos remédios caseiros e na religião foram experiências bastante valorizadas pelas informantes. As ervas, raízes e cascas medicinais foram mencionadas no tratamento para cicatrização das lesões do colo do útero associadas ao HPV.

Eu faço lavagem com a ducha e asseios com a casca da aroeira. Eu acredito que a casca da aroeira fecha qualquer ferida. Fazia mais de um ano de tratamento e eu não melhorava. Comecei a me desesperar. Aí eu usei a casca da aroeira e outros.

Eu já tinha feito cauterização para combater o HPV. Aí eu não fiquei boa. Então eu usei remédios caseiros. Com o confrei eu fazia o chá. Com a aroeira eu bebia o chá e com a água fervida eu fazia o asseio. A casca de aroeira é um ótimo cicatrizante. Continuo usando. Estou bem melhor.

Eu uso corama, malvarisco e passo tudo no liquidificador. Faço asseio com a casca de cajueiro que é muito bom. Eu uso também cozimento da aroeira. A médica achou que estou melhor. Eu acredito que estou melhor, porque estou usando esses remédios.

Quanto à crença na religião, esta também serviu como suporte para a cura. Todas professavam de alguma forma a fé mediada por uma religião. Os momentos de fé surgiram no discurso das informantes.

Eu tenho fé em Deus e em Nossa Senhora, aí eu penso que meu caso não é grave.

Eu tenho muita fé em Deus. Rezo muito. Vou me curar. Meu caso não é grave, confio nEle.

Estou certa que Jesus me curou... Você não compreende a minha fé. Sei que é difícil para você compreender...

Fiz tudo... por fim encontrei força na religião. Sou evangélica.

Eu sou espírita e acredito na reencarnação. Eu fiz uma cirurgia espiritual e acho que me ajudou muito. A cirurgia espiritual foi feita por um médico; uma pessoa muito sensível. Na sala ficam outras pessoas, inclusive tinha um médico que também fazia parte do grupo. Eu acredito no espiritismo kardecista.

Minha irmã fez uns votos, porque “crente” faz votos como se fosse uma promessa na nossa religião católica. Mas essa promessa foi para lesão do colo do útero.

Todavia, na experiência religiosa, pode surgir a idéia de uma relação de troca entre o sacrifício e um bem pessoal maior. Isto foi observado nesse depoimento.

Ele está muito bem. Foi uma verdadeira transformação. Aquilo que eu disse a você: Deus me deu o câncer e eu ganhei a conversão dele. Houve uma transformação depois da minha doença...Mas teve um preço. Eu não disse do HPV, porque tudo seria diferente. Ele é um homem difícil no relacionamento sexual.

A crença na religião parece ter sido a forma encontrada para se fortalecer e tentar superar as dificuldades da doença pelo poder da religião. Desta maneira, algumas informantes puderam sentir-se aliviadas pelo caminho da religião e da fé.

NÃO FALEI NADA A NINGUÉM

Analisando as idéias para formular essa categoria, percebemos pelas falas das informantes que havia receio de se exporem ao comunicar que estavam com o vírus HPV.

Os sentimentos de medo, rejeição, vergonha e insegurança foram percebidos e verbalizados ao dizerem: “Não falei nada a ninguém”.

Na nossa cultura, uma mulher portadora de uma doença sexualmente transmissível é alvo de preconceitos e discriminação.

Esses sentimentos geram problemas psico-sociais, fazendo com que as pessoas que contraíram DST tenham medo da rejeição e de ficar expostas a julgamentos que possam denegrir a sua imagem perante o parceiro, a família e a sociedade. Essa preocupação foi percebida nos discursos das informantes:

Ele não sabe sobre o HPV e eu não quero dizer. Sei lá! Tenho medo. Medo de dizer. Ele pode ficar com raiva de mim, com nojo de mim. Sei lá, eu penso assim. Fico pensando mil coisas. Sei não! Não sei qual será a reação... se vai reagir numa boa...

Eu tenho medo dele ficar com raiva de mim, mesmo que eu tenha pegado dele. Ele pode ficar sem me querer. Ficar com raiva de mim. A senhora sabe, né? Tem gente que não entende as coisas, né?

Nos dois depoimentos observados, da mesma informante, contém o sentimento de medo da rejeição como uma resposta diante do perigo de perda. Confessa que, mesmo admitindo a confirmação de que a infecção por HPV foi

transmitida pelo parceiro, prefere manter o silêncio. Dessa forma, pode se constatar a submissão, uma vez que dizer a verdade sobre a doença pode significar um risco à segurança de sua relação com o parceiro e ao suporte financeiro necessário a sua sobrevivência.

Fiquei sem coragem de dizer nada a ninguém. Tenho vergonha.

Sinto vergonha de contar as amigas. Eu trabalho em casa de família e... e se souberem vão ter nojo e medo. Prefiro ficar calada.

Em face do exposto pelas informantes, o sentimento de vergonha deixa a impressão de que o HPV é uma doença “diferente” das outras, porque é transmitida através do sexo e afeta os órgãos genitais. Até que as pessoas sejam capazes de pensar sobre o sexo com naturalidade, é possível que este tipo de estigmatização continue existindo.

Eu não falei nada aos meus filhos. São adolescentes e ia ser muito complicado eles entenderem. Prefiro o silêncio. Só disse aos filhos que tenho uma lesão. Como se originou, eu não disse.

Pra não preocupar a minha família eu fiquei calada, só depois de um mês foi que falei essa conversa, mas falei a conversa do câncer. Pra falar a verdade, nem meu marido e nem minha sogra sabem do HPV, nem vou dizer. Só digo quando eu morrer.

Não falei nada a minha cunhada. Ela vai achar que foi eu que peguei de alguém quando nos separamos. Já pude mostrar a ele o resultado da última biópsia. Na conclusão não diz que tenho HPV, fala só na lesão do útero.

Estes relatos retratam o receio de as informantes se exporem aos julgamentos de valor moral enraigados culturalmente sobre o HPV.

Eu não disse a ninguém. Iam jogar a culpa em mim, porque ele tem a cara de santo. Aonde eu moro, ninguém sabe que eu tenho essa doença. Eles pensam mal da gente.

Observa-se que as complicações associadas à infecção do HPV representada nas falas das informantes como lesões ou câncer do colo do útero, não ensejam nenhum preconceito social, portanto, não existe receio em revelar aos familiares. Algumas descobriram a ocorrência da lesão e mantiveram silêncio sobre o HPV.

VAI SOBRAR PRA MIM

Durante as entrevistas e observações, as informantes se referiam às dificuldades enfrentadas para continuar com o tratamento. Jovens, com parceiro fixo e vida sexual ativa, precisavam de muito apoio dos parceiros. Alguns procedimentos médicos recomendavam a abstinência sexual e isso não era fácil.

Para o tratamento, havia recomendação do uso de preservativo, constituindo outro obstáculo. Havia resistência por parte dos parceiros e a solução encontrada, entre o casal, nem sempre era satisfatória.

As dificuldades expressadas pelas informantes, para o enfrentamento da doença com os parceiros, foram sempre semelhantes e esta categoria demonstra um consenso, independente das peculiaridades que envolveram cada caso. O convencimento para que os parceiros usassem preservativos “camisinha”, fizessem exame, assumissem a responsabilidade da transmissão do HPV e fizessem o tratamento foram os obstáculos mais percebidos e que permearam todos os discursos das informantes, ficando representados no significado da idéia **Vai sobrar pra mim.**

As falas seguintes têm em comum a ênfase em convencer o parceiro a usar preservativo. Na literatura médica, DÔRES (1994) recomenda o uso do preservativo nas relações sexuais durante o tratamento. Usar esse tipo de proteção em alguns procedimentos, a exemplo da biópsia da lesão do colo uterino, tem também indicação. Percebemos que havia resistência e recusas.

Por outro lado, sabe-se que o uso do preservativo transcende a simples aceitação, pois, podem estar envolvidos, aspectos subjetivos da sexualidade ou culturais possíveis de interferir na aceitação.

Eu tive dificuldade no tratamento porque ele não queria usar a camisinha. Eu tive que mentir(para ele). Ele não me ajudava nessa parte. Eu tive mesmo que mentir dizendo que a médica disse que eu não podia ter relação sexual. Com pouco tempo minha vida estava um inferno. Eu tive que abrir mão do uso da camisinha e aceitar a imposição dele.

Para ele usar camisinha eu tive muita dificuldade, porque ele dizia que não tinha nada e não sentia nada. Até hoje ele insisti em dizer que não tem doença.

Ele não gosta de usar camisinha de maneira nenhuma. Ele não quer usar de maneira alguma.

A doutora disse que não era bom eu ter relação desse jeito que eu estou. Eu disse pra ela, que quando se tem marido fica muito difícil dele entender.

Ele vai negar tudo. Tenho certeza. Ele não vai se tratar. Vai sobrar pra mim.

Se ele tivesse em casa, eu deixava a senhora falar com ele. Podia ser que ele fosse fazer o exame que a doutora pediu.

Assim que eu soube, logo disse a ele que estava com uma lesão no colo do útero e uma doença venérea e que a culpa era dele... Ele disse que não podia ser dele, pois não tinha nada e não precisava ir a médico. Tanto é que ainda hoje não procurou atendimento médico.

Eu tentei várias vezes para ele fazer o tratamento. No Hospital das Clínicas, dão um papel para o parceiro ir fazer o exame, a peniscopia, mas ele não quis, então eu desisti.

Eu tinha sangramento, dor e sempre passava isso na cara dele. Eu sempre pedi para ele fazer o exame. Eu até dizia, que marcava para ele, mas ele nunca foi

8.2 Análise das Categorias

As mulheres que participaram desse estudo, independentemente da situação de como vivenciam o seu cotidiano e do comprometimento causado pela infecção do HPV, enfrentam, além da doença, conflitos emocionais, afetivos e ainda barreiras produzidos pelos preconceitos, pelo fato de serem mulheres portadoras de doença sexualmente transmissível, afetando diretamente sua auto-estima.

Tal experiência insere-se num contexto maior, marcado por inúmeras limitações educacionais e econômicas, entre outras.

Nesse cenário cultural em que vive a mulher com a família cercada por dificuldades e responsabilidades ligadas ao seu papel social, a mulher fica imersa no seu dia-a-dia, ocupada com as atividades do lar, com as preocupações, com a sobrevivência, sem muitas perspectivas de melhoras.

Em meio às dificuldades, surgem a doença, a contaminação pelo vírus HPV, causando um grande impacto. As reações emocionais em cada informante podem levar à ruptura de relações consideradas estáveis, em

consequência da mágoa, provocada pela certeza que elas tem por terem sido traídas pelo parceiro.

O momento de maior apreensão observado e expressado pelas informantes recaiu exatamente quando da confirmação do diagnóstico e ao saberem que a transmissão do HPV é sexual.

A doença foi um choque - reflete o que as mulheres sentiram no momento em que souberam que estavam contaminadas pelo HPV. As expressões, os gestos, mostraram os sentimentos de mágoa, tristeza, revolta e desconfiança em relação aos parceiros. Assim uma informante se expressou:

No começo foi horrível. Ele disse que nunca me traiu, mas eu acho que isso não é verdade. Eu senti muita revolta.

A forma como o HPV é adquirido, representa para a mulher, supostamente contaminada por seu parceiro, mais do que uma doença. Envolve a infidelidade, algo que, na cultura brasileira, não é aceitável na relação de um casal, principalmente se a união for estável com parceiro fixo ou formalmente pelo casamento.

Nesse sentido, observamos que as primeiras indagações a respeito da forma de transmissão eram feitas, notadamente, pelas informantes que acreditavam na fidelidade dos parceiros. Surgiam, para algumas, dúvidas sobre a etiologia da infecção e sobre a transmissão. Outras reagiam sem muitas contestações, dado o impacto da surpresa.

Eu saí e não acreditei. Pra mim aquilo não era verdade.

Diante de tantos conflitos naqueles instantes, saíam confusas. A comunicação com o profissional que diagnosticou parecia não ser assimilada, e a doença continuava sendo algo incompreendido para as informantes.

Nunca ouvir falar em HPV- essa categoria parece retratar essa percepção.

As informantes descrevem, através das falas, sua maneira de pensar sobre si, sobre a sociedade e a natureza, ou seja, a sua visão de mundo. Dessa forma, cada uma diz o que pensa sobre a doença.

O saber delas sobre a doença é compreendido e internalizado somente para as complicações associadas à infecção por HPV, ou seja, às lesões potencialmente oncogênicas do colo do útero. Essa compreensão pode ser validada com essa fala:

Eu ainda não compreendo a doença. Acho que ela toma conta do útero todo. Já usei muita coisa. As vezes fico desanimada

Quanto ao HPV, propriamente dito, demonstraram não ter conhecimento sobre a infecção, o modo de transmissão e o tratamento.

Eu não sabia o significado. A doutora disse que é um vírus difícil de combater.

A falta de conhecimento e dúvidas sobre a transmissão foram também percebidas nas conversas informais, oportunidade em que os conceitos, suposições e crenças populares estiveram presentes no imaginário das informantes.

Eu tinha dúvida se pegava no banheiro, nas toalhas, nessas coisas.

Um aspecto com relação ao desconhecimento das informantes sobre o HPV relaciona-se à dificuldade de elas apreenderem o que lhe é transmitido, quer seja relativo ao HPV ou sobre as complicações. Nesse caso, há de se considerar que o nível educacional interfere diretamente em sua capacidade cognitiva e de apreensão dos conteúdos transmitidos.

Observamos que no momento de comunicar o diagnóstico, da inadequação da linguagem do profissional dificultou a compreensão, de tal forma, que houve uma super-valorização da doença ao entender que o diagnóstico foi positivo para HIV, para uma, enquanto que, para outra, a doença foi relegada à simplicidade, conforme pode ser apreendida nessas duas falas:

Eu confundi HPV com HIV, quando o doutor falou. Aí eu fiquei desesperada. A tarde eu ainda apavorada voltei para minha doutora e aí foi um alívio.

Eu não sabia o significado de HPV. Ela não explicou assim. Eu pensei... eu pensei que era uma doença qualquer. Hoje a doutora disse que esse vírus é difícil de combater. Pra dizer a verdade, é como eu só tivesse sabendo de tudo isso agora.

Constatamos, por ocasião da entrevista, um relato de uma informante que se refere, também ao desconhecimento da doença por parte do parceiro:

Eu ainda não sei direito sobre essa doença. Eu não sei explicar. Ainda hoje eu não compreendo bem...eu nunca tinha ouvido falar em HPV e ele (parceiro) também não. Eu acho que ele não sabia mesmo.

Ele me trouxe HPV - mostra as dificuldades enfrentadas pelas informantes em conversar com os parceiros sobre a responsabilidade da transmissão.

Em relação à mulher e a sua sexualidade, encontram-se muitas barreiras ao fazer referências ao tratamento do HPV, de forma individualizada, uma vez que essas ações precisam atingir os parceiros para que se considerem sujeitos no decurso para o tratamento, que inclui responsabilidade e participação.

O tratamento da infecção por HPV requer seja feito no casal. Tal conduta tem implicações diretas na cura e redução da cadeia de transmissão.

Nesse sentido, os parceiros devem assumir ser portadores. Essa conscientização é imperativa para o tratamento delas. As mulheres confessavam que essa era a dificuldade.

Ocorria a reversão da culpa e as informantes, de vítimas, passavam à condição rés. Como declara:

Ele disse que pegou de mim.

Algumas mulheres não revelaram aos parceiros que estavam contaminadas e isso significava mais preocupação.

Eu acho que ele vai desconfiar de mim, porque está sabendo que eu estou fazendo tratamento, porque eu só disse que estava com uma inflamação muito grande.

Outras ocultavam a doença porque, antes, tinham tido outro parceiro, o que poderia aumentar a desconfiança. Assim, enfrentavam a doença sozinhas e essa situação foi observada:

Há dezessete anos tive outra pessoa e isso será para ele a fonte de transmissão.

A crença na cura - reflete a valorização que as informantes têm no uso dos remédios caseiros e apoio na religião. Percebemos em todos os relatos o

cultivo do hábito cultural de recorrer aos remédios caseiros, como forma alternativa de tratamento, creditando a estes a eficácia para a cura da doença.

Dentre os remédios caseiros de maior agregação de valor, destacou-se a casca da aroeira, a ela atribuída a propriedade cicatrizante.

Eu já tinha feito cauterização para combater o HPV. E não fiquei boa. Então eu uso remédios caseiros. Com o confrei eu faço o chá. Com a aroeira eu bebo o chá e com a água fervida eu faço o asseio. A casca da aroeira é um ótimo cicatrizante. Continuo usando. Estou melhor.

Na valorização dos remédios caseiros somada à religiosidade, veio o suporte para o enfrentamento da doença, ensejando a esperança de cura, possível de ser concretizada pela fé e pela crença de um poder sobrenatural capaz de proporcioná-la.

A expressão de fé para a cura não esteve apoiada na profissão de uma só doutrina. As informantes revelaram, e constatamos nas falas, a utilização de práticas ligadas ao cristianismo e ao espiritismo kardecista.

Eu tenho muita fé em Deus e em Nossa Senhora, aí eu penso que meu caso não é grave.

Eu sou espírita e acredito na reencarnação. Eu fiz uma cirurgia espiritual e acho que me ajudou muito. A cirurgia espiritual foi feita por um médico; uma pessoa muito sensível. Na sala ficam outras pessoas, inclusive tinha um médico que também fazia parte do grupo. Eu acredito no espiritismo kardecista.

Não falei nada a ninguém- mostra o preconceito existente sobre o HPV, por tratar-se de uma DST.

Verificamos nas observações e nas entrevistas que os sentimentos e preconceitos que se põem frente a elas fazem parte da própria bagagem

cultural que incorporam ao longo dos anos sobre essa doença. Tais sentimentos limitaram algumas ao tratamento adequado, em virtude do medo de rejeição, vergonha e da insegurança, tendo que assumir sozinha a doença.

Vai sobrar pra mim- essa categoria esta representando a consciência dos problemas gerados pela doença no cotidiano das informantes. Reflete o reconhecimento de que recai sobre a mulher ter de arcar com as conseqüências e responsabilidades do enfrentamento da doença, sem contar com o apoio do parceiro, da família e da sociedade. Dessa forma, abrange todos os aspectos, o desconhecimento sobre a doença, a culpa, a vergonha, o medo e a doença propriamente dita, reforçando a idéia de que **vai sobrar pra mim**.

Essa idéia é a visão de mundo desse universo cultural estudado, sofrendo influências dos diversos fatores da estrutura social, no que diz respeito ao cuidado com a saúde.

9 – ANÁLISE DO TEMA CULTURAL

O tema cultural emergiu das categorias descritas e se expressa como: **vai sobrar pra mim.**

É fácil perceber o fato de que, as falas das informantes, embora ditas de formas diferentes umas das outras, convergem para o mesmo significado: o de que assumir a doença (HPV) recai sobre elas. Portanto, a expressão **vai sobrar pra mim** se traduz na compreensão do significado real da situação e no reconhecimento, pelas informantes, de que, sozinhas, terão que enfrentar o ônus da doença e suas conseqüências. Todas as reflexões feitas sobre o tema cultural retratam o pensamento das informantes sobre a doença e as influências do ambiente cultural em que vivem com a família.

As limitações observadas no ambiente familiar e explicitadas por elas, de ordem educacional, cultural e, principalmente, econômica, estão figuradas nas condições de moradia, no subemprego dos parceiros, no desemprego das mulheres e na baixa escolaridade, apresentando-se como um agravante, comprometendo-as a enfrentar sozinhas a doença.

Eu só suporto certas coisas porque a vida é muito difícil para agente assumir sozinha com dois filhos pequenos. Meus pais são pobres. Moram aqui perto mas em casa alugada assim como eu.

Já a partir do diagnóstico, as informantes criavam expectativas com relação ao posicionamento dos parceiros frente à doença. Previam, embasadas nas suas relações de convivência diária, que não assumiriam a condição de portadores de HPV, condicionando-as a enfrentar sozinhas a realidade da doença.

Quando eu penso que é um homem mulherengo e que nunca usou camisinha, eu só posso dizer que peguei dele. Eu peguei isso de quem? Dele, com certeza, mais ele vai negar.

Deparavam-se, inicialmente, com as primeiras responsabilidades. A informante, diagnosticada com HPV, recebe um encaminhamento para o parceiro realizar a peniscopia. A partir daí, ela teve que analisar as conveniências e decidir sozinha, visto que o profissional não podia interferir nessa escolha: comunicar ou não ao parceiro.

...eu, falar que tenho HPV? Jamais...nem se quer insinuar...vai pensar que eu peguei de outro...já estivemos separados, um ano...a família dele? Nem pensar...é muito preconceituosa...

Eu tentei várias vezes para ele fazer o tratamento... o Hospital das Clínicas me entregou um papel para ele ir fazer o exame...para fazer a peniscopia. Ele não quis...

Eu tinha sangramento, dor e sempre passava isso na cara dele. Eu sempre pedia para ele fazer o exame, eu dizia que marcava...mas ele nunca foi.

Observou-se que as decisões foram tomadas em duas direções: aquelas que, na tentativa de se protegerem do julgamento do parceiro, da família e da sociedade, decidiram não comunicar a ninguém; e aquelas que, mesmo se sujeitando a serem julgadas e responsabilizadas pela contaminação, optaram por comunicar. Entretanto, as diferentes posições assumidas não isentou-as de arcar com as conseqüência da doença. De qualquer forma: *vai sobrar pra mim.*

Ele vai negar tudo. Tenho certeza. Ele não vai se tratar, vai sobrar pra mim.

Eu não disse a ninguém, iam jogar a culpa em mim, porque ele tem a cara santo. A onde eu moro, ninguém sabe que eu tenho essa doença. Eles pensam mal da gente.

Sobrou para a mulher submeter-se a um relacionamento sexual que a deixou à mercê de todos os riscos para sua saúde e para eficácia do tratamento, aceitando a rejeição por parte do parceiro ao uso da camisinha, considerando ser a camisinha um método masculino e só a ele cabia aceitar. Observou-se, ainda, que foram as mulheres que se preocuparam em preservar a sua imagem na família, ao decidirem manter-se em silêncio para os filhos sobre o HPV.

Eu tive que abrir mão de usar e ter relações sem camisinha. Eu tive que abrir mão e não uso camisinha pois minha vida estava um inferno. Ele tentava colocar a culpa em mim, que eu queria me livrar dele e colocava a culpa na camisinha.

Não falei aos meus filhos. Tenho três filhos adolescentes. Ia ser muito complicado eles entenderem. Só disse aos meus filhos que tinha uma lesão cancerosa. Como se originou eu não disse.

Acompanhando as informantes no enfrentamento da doença, observamos que os conflitos, tais como os sentimentos de medo da rejeição, de revolta e de vergonha, permeiam o cotidiano delas, refletindo-se no cuidado da saúde.

Quando eu soube da doença foi um choque. Foi um choque. Eu fiquei muito revoltada. Eu senti muita raiva, muita revolta.

Eu fiquei...eu não acreditei nele, ele dizia que era fiel...fiquei com medo...perdi a confiança.

O sentimento de medo da rejeição esteve presente nos relatos de todas as informantes. As mulheres se colocavam em uma situação de inferioridade em relação ao parceiro, visto que, geralmente, estes são os provedores do sustento familiar. Dessa forma, com o intuito de preservar seu sustento e dos filhos, elas ficam com medo de que os parceiros as deixem, abandonem o lar. Percebe-se, então, que tal estado reflete na sua auto-estima. O medo de serem abandonadas faz com que decidam **enfrentar sozinhas a doença**.

Ele não sabe sobre o HPV e eu não quero dizer. Sei lá! Tenho medo. Medo de dizer. Ele pode ficar com raiva de mim, ficar com nojo de mim. Sei lá, eu penso assim. Fico pensando mil coisas. Sei não! Não sei qual será a reação, se vai reagir numa boa.

Durante as observações e as entrevistas, notamos o sentimento de revolta causado por vários fatores ligados à contaminação do HPV. Dentre eles ficaram mais evidenciados, quando da confirmação do diagnóstico, foi constatado a traição, e ainda, a revolta por estarem vivendo uma situação de saúde na qual se acham isentas da culpa.

Culturalmente, as doenças sexualmente transmissíveis estão ligadas a um comportamento promíscuo. Isso faz com que as pessoas carreguem em sua bagagem cultural a idéia de que uma DST é uma doença diferente, porquanto é transmitida através de uma relação sexual. A vergonha esteve presente nos depoimentos de todas as informantes, embora algumas delas tenham apresentado esse sentimento de pejo com intensidade, uma vez que estas decidiram silenciar e **assumir a responsabilidade da doença**.

Fiquei sem coragem de dizer nada a ninguém, tenho vergonha.

Eu sinto vergonha de dizer as minhas amigas. Como moro nas casas dos outros e trabalho em casa de família, as pessoas podem ter nojo e medo de pegar. Aí dizem você vai embora. Prefiro ficar calada.

A trajetória aqui descrita mostra como a mulher vai seguindo o seu cotidiano com o HPV.

Sozinha, enfrentando, as dificuldades impostas pela pobreza, pelo parceiro e pela sociedade, conforma-se, aceita e faz a previsão de que **vai sobrar para ela** arcar com todas as conseqüências da doença.

10 - ANÁLISE DOS RESULTADOS DE ACORDO COM O MODELO TEÓRICO CONCEITUAL DE LEININGER

As categorias e o tema cultural descritos revelam como as informantes desse universo enfrentam os obstáculos frente à doença.

Tais dados serão analisados à luz do modelo que LEININGER (1991) denominou de Modelo “Sunrise”. Esta é uma forma de separar nos seus elementos o conjunto de significados expressos pelas informantes, classificando-os de acordo com vários fatores que a autora denominou como Estrutura Social e Cultural e Visão de Mundo.

Esta estrutura se constitui de sete fatores que podem exercer influência no cuidado a saúde: tecnológico, religioso, filosófico, social e de parentesco, crença e valor cultural, legal e política, educacional e econômico.

Estes fatores interagem atuando um com o outro, o que caracteriza a dinâmica do sistema. Dessa maneira, uma observação pode se inserir em um ou em mais de um fatores, podendo um fator exercer maior influência, sobre o enfrentamento do HPV, do que o outro. Cada idéia apreendida dos relatos das informantes, que estão associados às observações, serão inclusas, portanto, no fator que se considerar mais significativo.

Vale salientar que foi submetido a esta análise apenas o conjunto de dados expressos pelos informantes, que compõem as categorias e o tema cultural.

Portanto, a visão de mundo das mulheres portadoras de HPV e as experiências vivenciadas, e a associação com os demais fatores que formam a estrutura social deste sistema confirmam a idéia de que **a doença vai sobrar pra mim.**

FATOR TECNOLÓGICO

A influência da tecnologia para o enfrentamento da doença foi fator importante para o diagnóstico. É possível, através de procedimentos com tecnologia moderna – citologia, colposcopia – detectar precocemente o HPV e suas complicações.

Algumas informantes foram diagnosticadas por ocasião do exame de rotina para prevenção do câncer ginecológico, com procedimentos médicos modernos e novos recursos tecnológicos.

A terapêutica com base nos medicamentos científicos teve a sua influência no tratamento, porém, com limitada importância para elas. Observou-se uma supervalorização dos cozimentos de raízes, cascas, folhagens e ervas, que as informantes reportaram ser bastante eficientes. Nesse estudo, o fator tecnológico de maior relevância que influenciou no enfrentamento da doença foi o preservativo.

FATOR RELIGIOSO E FILOSÓFICO

A influência da religiosidade apresenta-se nos discursos das informantes como suporte para o enfrentamento da doença, numa esperança de fé para a cura e uma forma de buscar conformação para a situação vivenciada.

Nos relatos, explicitam a fé em Deus e nEle mostram suas esperanças, crendo na Sua intervenção na cura, crença esta somente compreensível à luz da fé.

A busca da cura também foi observada pela vivência de práticas ligadas ao espiritismo kardecista, como a cirurgia espiritual, evidenciando uma necessidade de não esperar apenas pela medicina científica dos homens. Nessa experiência, observamos a evidência de agregar a credibilidade às práticas cirúrgicas espirituais, a partir da justificativa da presença de um profissional médico no recinto onde foi realizada a cirurgia espiritual.

Nota-se, assim, que a religião influencia, apresentando-se como suporte à doença, amenizando os efeitos conflitantes, os padecimentos, trazendo a fé, a esperança, o conformismo e até mesmo a aceitação como forma de servir a Deus, que predestinou sua vida.

FATOR SOCIAL E DE PARENTESCO

O HPV infectou as mulheres e repercutiu no âmbito familiar. As relações afetivas do casal sofreram forte impacto. As informantes sentiram-se traídas, desrespeitadas e revoltadas. Algumas encararam com naturalidade e até certo conformismo, porém, com vergonha.

Historicamente, as doenças sexualmente transmitidas foram relacionadas aos comportamentos promíscuos de prostitutas e produziram, pela forma de contaminação, o estigma de doença moralmente inaceitável. No entanto, deixaram de ser exclusividade das mulheres promíscuas e entraram nas famílias, via experiências extra-conjugais proporcionadas, socialmente, pela maior liberdade permitida aos homens.

Da mulher é exigido o desempenho das funções no contexto familiar, ficando à mercê dos riscos de contrair HPV, ainda que consciente, porém, sem poder de barganha para enfrentar uma posição defensiva no convencimento do uso de preservativo. Assume toda a responsabilidade pelo cuidado da saúde e da família.

O fator social mais relevante é o preconceito em torno da doença, fazendo com que algumas informantes evitassem se expor como portadoras de HPV, em decorrência de julgamentos preconceituosos que as deixariam sujeitas. Preferiram o sigilo a expor sua moral diante da família e da comunidade.

Isso foi confirmado por algumas informantes que, dando ciência, ao parceiro, de sua doença, foram incompreendidas e injustiçadas pela desconfiança e até mesmo impostas a assumir a culpa pelo acometimento.

Algumas já vivenciavam relacionamentos desgastados e que foram agravados após o diagnóstico, uma vez que envolvem fatos afetivos e emocionais que atingem os padrões morais, como a infidelidade, por exemplo.

A mulher torna-se responsável única pelo tratamento e, além disso, sente dificuldade de convencer o parceiro de fazer exames patológicos, tratamento e até mesmo o uso de preservativo.

Assim, os vários fatores que influenciaram no enfrentamento da doença se interrelacionam e estão inseridos na vida da informante com a família.

VALORES CULTURAIS E ESTILO DE VIDA

Os valores culturais e o estilo de vida exerceram forte influência no enfrentamento da doença nos aspectos que envolvem diretamente a mulher e o parceiro contaminados por HPV.

Sob esse prisma, é importante que sejam considerados a cultura e o contexto familiar onde se encontram seus valores culturais e suas condições de vida.

O estilo de vida das informantes observadas está associado ao baixo poder aquisitivo, insipiente escolaridade, subemprego, precária condição de moradia e história de comportamento extra-conjugal. Nesse contexto, tudo que tem relação com os valores culturais teve sua influência na proporção direta da importância que se atribui a cada um deles.

O HPV carrega o estigma histórico, cercado de preconceitos atribuídos a essa patologia, por ser de transmissão sexual. E assim vai a mulher, ao longo da vida, também incorporando esses preconceitos e até criando tabus. Passam a fazer parte do seu dia-a-dia as crenças e o repúdio a essa doença.

Os sentimentos de pudor e vergonha são valores culturais arraigados no seio das informantes, que ocultaram seu problema para evitar julgamento pernicioso.

O não uso do preservativo pelo parceiro é outro fator cultural presente no relato das informantes, que atribuem a rejeição cunho limitante para o

tratamento mais adequado. Não obstante o uso do preservativo ser medida de prevenção universalmente divulgada, parece não se constituir cuidado cultural universal.

Outro costume já bastante arraigado é a negação. Os heterossexuais, com parceiras supostamente fixas, assumem essa postura. Quando se infectam e contagiam as companheiras, usam desse hábito, por saberem que ficou caracterizada a relação extra-conjugal, isto é, a infidelidade, algo também inaceitável culturalmente.

A convicção da auto-medicação com remédios caseiros foi observada em todas as informantes. Utilizam esse procedimento convictas de que ajudam na cura. Não foi observada a auto-medicação com uso de antibióticos ou outros medicamentos farmacológicos, comumente utilizados em outras DSTs.

A religiosidade foi também uma expressão cultural notada. As informantes, acreditam, todas elas, no ser supremo capaz de lhes trazer a cura. Cultuam várias crenças, como o cristianismo e o espiritismo.

Ao lado da esperança na cura, observamos, também, o conformismo figurado na submissão pela dependência econômica, financeira e os laços afetivos que ainda os unem.

FATORES POLÍTICOS E LEGAIS

Os fatores políticos que exerceram influência para as informantes enfrentarem a doença decorrem das políticas de saúde desenvolvidas sem a ênfase tão necessária nos aspectos preventivos.

As campanhas educativas para a prevenção do HPV e as demais DSTs dão destaque, basicamente, ao uso do preservativo, geralmente destinado ao público jovem, sem contemplar, no entanto, mulheres com parceiros fixos e que fazem parte de um grupo com índice de contaminação crescente, embora o discurso envolva as mulheres em geral.

No aspecto curativo, é fácil observar as dificuldades para o atendimento nas instituições de saúde pública. A demanda maior do que a oferta limita o

número de atendimentos, exigindo das informantes novo comparecimento, retardando, assim, o tratamento.

A deficiência do atendimento também é observada, principalmente com relação ao diagnóstico e tratamento do parceiro. As informantes diagnosticadas com HPV recebem encaminhamento para o parceiro fazer a peniscopia em outro serviço de saúde. Essa dicotomia não facilita as ações, retarda, e isso mostra a deficiência no atendimento ao público masculino com essa patologia.

Nos diálogos mantidos com as informantes, verificamos que as imagens por elas elaboradas sobre o sistema de saúde são produzidas com base na própria experiência: dificuldade para a consulta, abordagem rápida, demora no atendimento e falta de acomodação.

A produtividade imposta às equipes de saúde sobrepõe a quantidade dos atendimentos à sua qualidade, resultando em rápidas abordagens que não permitem avaliação consistente.

Não obstante essas considerações, SOUSA (1997), numa visão realista, acredita que esses problemas no atendimento à saúde serão minimizados com a política do Serviço Único a partir da universalização das ações da saúde.

FATOR ECONÔMICO

Observa-se a grande influência econômica no enfrentamento da doença. No âmbito da vida das informantes, as privações manifestam-se na forma de submissão ou na dependência do parceiro, quase sempre, detentor do poder. Excluídas do mercado de trabalho tornam-se submissas até nas decisões do cuidado da saúde e na sua sexualidade. *Eu abri mão da camisinha. Minha vida estava um inferno.*

Quanto à rejeição do parceiro ao uso da camisinha, elas terminavam por aceitar temendo pôr em risco suas relações ou mesmo o medo de perdê-los, já que eram eles o suporte financeiro da garantia de sobrevivência da família.

Algumas preferiram até ser prejudicadas no tratamento a sugerir o uso da “camisinha”, por falta de um suporte financeiro que a encorajasse. Isso retrata a submissão econômica.

Eu suporto certas coisas porque a vida é muito difícil para agente assumir sozinha com dois filhos. Meus pais são pobres e eu moro em casa alugada, com eles.

A moradia é outro fator relevante na economia das famílias das informantes. Umas pagam aluguel que compromete percentual alto da renda familiar; outras com casa própria, alugam parte desta para aumentar a renda. Essa situação de moradia interfere na privacidade do casal e enseja problemas na família.

FATOR EDUCACIONAL

As informantes deste estudo, em termos educacionais, têm restrições e limitações quanto ao conhecimento da existência do HPV. A escolaridade exerceu influência para falta de compreensão e assimilação das informações prestadas pelos profissionais de saúde sobre a doença. Observou-se que não compreendiam as orientações, apesar de freqüentarem com regularidade o ambiente hospitalar

Notamos ainda, que essas limitações contribuíram ainda mais para dificultar o enfrentamento da doença com a desinformação acerca da forma de transmissão, produzindo distorções que contribuem para maximizar a gravidade da doença ou minimizá-la. *Eu pensei que era uma doença qualquer.* Outra influência do fator educacional é a falta de conhecimento do parceiro sobre o HPV. Não há efetiva política para educação sexual e prevenção das DSTs e isso reflete tanto nas informantes como nos parceiros que continuam desinformados e sem consciência para participar do tratamento, que não poderá ser unilateral.

A compreensão de algumas informantes sobre o HPV no seu aspecto mais amplo, tais como, a contaminação/transmissão, os riscos e as etapas do tratamento, só ocorreu após nossa percepção do baixo nível de assimilação. Assim, houve a necessidade de adequação da linguagem para haver apreensão das orientações.

A partir da conscientização do significado real da situação, produziu-se na mulher o reconhecimento dos problemas e suas conseqüências em todos os aspectos da doença..

Considerando esse processo de assimilação, evidenciou-se o conflito íntimo, pois, certamente, recairá somente sobre elas, informantes, as conseqüências físicas, morais, emocionais e a responsabilidade para o enfrentamento da doença e a busca da cura.

As restrições educacionais das informantes, oriundas do âmbito familiar, quer seja do serviço de saúde ou da escolaridade propriamente dita, acabam por deixá-las sós, doentes, apreendendo com a própria experiência, permeada com o sofrimento, até que adquiram conscientização necessária à mudança de comportamento o estabelecimento de medidas de prevenção.

11 - REFLEXÕES E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Considerando o contexto em que vivem as mulheres, que participaram do estudo, as reflexões aqui elaboradas são as manifestações de idéias e interpretações êmicas nas quais foram fundamentadas essas considerações.

As mulheres com HPV, observadas durante a pesquisa, vivem cotidianamente com as famílias num contexto sócio-econômico-cultural de muitas desigualdades sociais. Submetem-se, passivamente, ao seu corpo e a sua sexualidade, fortalecendo o padrão cultural de comportamento machista dos parceiros. Assim, acreditam estar assegurando o sustento próprio e dos filhos.

O primeiro impacto provocado pelo conhecimento do diagnóstico, mostra que as mulheres tiveram profundos sofrimentos interiores que só agravaram as condições psicológicas para enfrentar a doença. O medo da rejeição, e do abandono, e a vergonha, foram valores culturais presentes em todas elas.

Comprovamos a existência crenças e valores arraigados nas mulheres, transmitidos da cultura brasileira sobre as DST e que foram identificados na maneira de agir, no conhecimento da doença e na decisão do cuidado cultural para a cura do HPV no domicílio.

A crença na medicação caseira foi um valor cultural universal, haja visto que todas se utilizaram de ervas, cascas e raízes para o tratamento. Essa uniformidade cultural que envolveu o cuidado para o tratamento do HPV representou universalidade do cuidado nesse grupo.

A ausência do envolvimento do parceiro na situação vivida pela mulher com HPV e o significado da recusa do uso do preservativo por todos eles mostraram um padrão cultural de comportamento que deve estar relacionado com o modo de vida e a cultura do brasileiro, que insiste na recusa do

preservativo, apesar de sua larga divulgação como cuidado universal para a prevenção das DSTs.

Outro aspecto observado foi a recusa à peniscopia, por total falta de conhecimento sobre a doença. A ausência de sintomas ou lesões era o pretexto básico dos homens para a justificativa de que não portavam nenhuma doença. As possíveis mudanças para resolver estas questões estão intrinsecamente relacionadas com a alteração dos valores da sociedade, predominantemente machista, arraigados no ambiente cultural em que vivem.

Chamamos a atenção, também, para a importância do papel social da equipe de saúde.

Outros aspectos que, fundamentalmente, devem ser entendidos pelos profissionais que lidam com as mulheres portadoras de HPV são o significado social da doença e o medo de serem enquadradas nesse significado, que constituirá mais um obstáculo a ser enfrentado; há de se considerar o fato de que já estão essas mulheres fragilizadas para enfrentar a doença, bem como são impotentes para mudar essa realidade presente nos relatos de todas as informantes, o que representa, uma das maiores dificuldades no enfrentamento da doença. Esse significado estigmatizante inibe as mulheres a reagir decisivamente perante seus parceiros, familiares e comunidade.

A realização do presente estudo proporcionará oportunidade de refletir-se sobre os problemas da mulher contaminada pelo vírus HPV e o quanto a sociedade poderá conhecer, para que se discuta conscientemente e possa analisar a responsabilidade de cada segmento social, considerando-se principalmente a família, a escola, a igreja, os veículos de comunicação e as organizações de saúde responsáveis pela formação dos valores sociais, éticos, culturais, morais e religiosos, essenciais para o pleno exercício da cidadania e valorização da vida.

Urge que tais segmentos repensem a forma de discutir a abordagem às DSTs/HPV de forma ampla e não simplista, muitas vezes limitada, tão somente, ao incentivo do uso de preservativo, quando da prevenção a isso se sobrepõe, por ser uma solução imediatista que não leva a reflexão acerca da

vivência da plena sexualidade, da valorização da mulher, da educação sexual na família e na escola, na participação masculina no contexto da DSTs, dentre outros que exigem maior aprofundamento.

No âmbito das organizações de saúde, parece ser imprescindível que para a prevenção e educação sejam considerados o contexto sócioeconômico-cultural e as variáveis inseridas no ambiente comunitário. A implantação de programas e ações espelhadas em modelos importados poderão ser ineficientes se não considerados tais aspectos do meio ambiente.

Há, também, a necessidade de proporcionar às mulheres e seus parceiros oportunidade do conhecimento do corpo, da fisiologia feminina e masculina, dos aspectos da saúde/doença e as terapêuticas indicadas.

No caso das mulheres estudadas, observou-se desnível quanto ao conhecimento adquirido e o necessário para melhor enfrentar a doença. Vale ressaltar que o trabalho individualizado (somente com a mulher) não surtirá o efeito desejado. Há, pois, a necessidade da inclusão do parceiro na conscientização, visto que a doença, muitas vezes, é agravada por sua falta de conhecimento.

Outra opção é repensar a didática utilizada para ações educativas com dinâmica de grupo, como os sociodramas enfocando as situações de risco, a recusa do parceiro ao uso do preservativo ou ainda a metodologia do círculo de cultura, criado por Paulo Freire (1989), usando a palavra e histórias relacionadas ao problema, para estimular reflexão no grupo.

Entende-se, também, que devem ser aproveitados os programas de planejamento familiar integrando-os aos conceitos de saúde reprodutiva, ações sobre HPV/DST envolvendo grupos de casais.

Nos serviços ambulatoriais, com atendimento ginecológico há necessidade da participação da equipe multidisciplinar para envolver com aconselhamentos os parceiros de mulheres diagnosticadas com HPV.

Não basta mencionar tão somente a importância deste estudo. É preciso encarar a realidade e que todos os profissionais da área de saúde contribuam com a sua parcela, juntamente com outros segmentos da sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, Gutemberg Leão, PASSOS, Mauro Romero Leal, LOPES, Paulo da Costa. Infecção por papovírus (condiloma acuminado). In PASSOS, Mauro Romero Leal. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Rio de Janeiro: 2. ed. Cultura médica, p.93-103, 1987.

BALDY, José Luis da Silveira. Doenças sexualmente transmissíveis. In: AMATO NETO, Vicente, BALDY, José Luis da Silveira. **Doenças transmissíveis**. 3. ed. São Paulo: SARVIER, 1991. 928p.

BARBOSA, Regina Helena Simões. As mulheres, a AIDS e a questão metodológica: desafios. In: CZERESINA, Dina et al (org). **AIDS: pesquisa social e educação**. São Paulo: HUCITEC, 1995. p.65-83.

BECKER, Thomas M. et al. Sexually transmitted diseases and other risk factors for cervical dysplasia among southwestern hispanic and non – hispanic white women. **JAMA**. v. 271, n.15, p. 1181-1188. 1994.

⊗BRASIL, Vital Vera. Grupos de mulheres e história da vida: por prevenção do HPV. IN: CZERESINA, Dina et al. **AIDS pesquisa social e educação**. São Paulo: HUCITEC, 1995. p. 106-135.

CÂMARA, Petrus Augusto Dornelas. Papiloma vírus humano. **GO**. v.2, 1993.

CHAVES, Ely. Lesões condilomatosas da cérvix uterina. **CCS**. v.8, n.3, p. 31-34, jul./set., 1996.

- DERCHAIN, Sophie Françoise Mauricte et al. Fatores de risco para condiloma do colo uterino em mulheres adolescentes sexualmente ativas. **Rev. Ass. Med. Brasil.** v.41, n.2, p.130-134, 1995.
- DERCHAIN, Sophie Françoise Mauricte et al. Adolescentes com infecção do vírus humano: tratamento e surgimento DST – **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis.** v.8, n.1, p. 25-28. 1996.
- DÔRES, Gerson Botacini. et al. Tratamento da infecção do colo uterino por papiloma vírus humano com interferon. gel. **Revista Paulista de Medicina.** v.109, n.4, p.179-182, jul./ago., 1991.
- DÔRES, Gerson Botacini. et al. Diagnóstico da infecção cervicovaginal por papiloma vírus humano: valor da coscopia, citologia e da histologia como método diagnóstico. **Revista Paulista de Medicina.** v.109, n.3, p.102-107, maio/jun., 1991.
- DÔRES, Gerson Botacini. et al. **HPV na genitália feminina.** Manual e guia prático de cirurgia de alta frequência. São Paulo, multigraf, 1994. p.109.
- FOCCHI, J. Câncer de colo uterino: rastreamento, detecção e diagnóstico precoce. In HABLE, H.W. **Tratado de ginecologia.** 2. ed. São Paulo: Roca, p.1847-1853, 1993. Cap.179.
- FOCCHI, J. RIBALTA, J.C.L. Câncer de colo uterino: importância, epidemiologia e fatores de risco. In HALBE, H.W. **Tratado de ginecologia.** São Paulo: Roca, p.1807-1853, 1993. Cap. 173.
- FREIRE, Paulo. Educação como prática da liberdade. 19. ed. Rio de Janeiro: PAZ e TERRA, 1989, p.150.

- JACYNTHO, Cláudia, MELO, Luis André de Souza. Condiloma genital: relação com a carcinogênese. **Arquivos Brasileiros de Medicina**. v.65, n.4, p.325-327, jul./ago., 1991.
- JACYNTHO, Cláudia, ALMEIDA FILHO, Gutemberg. **HPV infecção genital feminina e masculina**. Rio de Janeiro: REVITER, 1993. 109p.
- LEININGER, M.M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: national league for nursing press, 1991. 432p.
- LEININGER, M.M. Culture: the conspicuous missing link to understand ethical and moral dimension of care. In: LEININGER, M.M. **Ethical and moral dimensions of care**. Detroit: Wayne State University Press, 1990. p.549-566.
- LEININGER, M.M. **Qualitative research methods in nursing**. Philadelphia: W.B., saunders company, 1985, 352p.
- LINHARES, Lilian Ribeiro. Diagnóstico da infecção cervical pelo HPV. **DST – Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**. v.6, n.3, p.7-21. Set., 1994.
- MARANA, Heitor Ricardo Cosiski et al. Imunologia do papiloma vírus humano. **FEMINA**. v. 24, n.9, p. 785-788, out. 1995.
- NAUD, Paulo Sérgio Vieira, Brum, Simone dos Santos, HUNSCHKE, Angela. Correlação entre citologia colposcopia, histologia e tipagem viral em lesões precursoras de câncer de cérvix uterina na infecção pelo papiloma vírus humano (HPV). **FEMINA**. v.20, n.8, p.732-734, 1992.
- NEVES JÚNIOR, José et al. Papilomavírose humana e estudo clínico, penoscópio e histológico. **GO**. v.2, n.3, p.8-11, maio/jun., 1993.

- PARKER, Richard G., HERDT, Gilbert, CARVALHO, Manoel. Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisa sobre a AIDS. In: CZERESINIA, Dina et al. **AIDS pesquisa social e educação**. São Paulo: HUCITEC, 1995. p.17-41.
- PEREYRA, Elsa Aida Gay, GUERRA, Domiciliana Moreira Melo, LINHARES, Iara Moreno. Vírus do papiloma humano. In: HALBE Hans Wolf Gang. **Tratado de ginecologia**. 2. ed. São Paulo: Roca, 1993. Cap. 88. p. 834-839.
- SOUSA, LUIZA J. E. X. **Envenenar é mais perigoso: uma abordagem etnográfica**. Fortaleza: 1997, p.152. Dissertação (mestrado). Curso de mestrado em enfermagem. Universidade federal do Ceará, 1997.
- SPRADLEY, James P. **The ethnographic interview**. New York: Horlt, Rinehart and Winston, 1979. 250 p.
- SPRADLEY, James P. **Participant observation**. New York: Horlt, Rinehart and Winston, 1980. 195 p.
- UCHIMURA, Nelson S. et al. Carcinoma da cérvix uterina e o fator oncogênico urbano. **GO**. v 4. n. 9, p. 79-81, set. 1995.