

ASPECTOS ESTRUTURAIS DA FAMÍLIA DE UMA GESTANTE COM PAPILOMAVÍRUS HUMANO

STRUCTURAL ASPECTS OF THE FAMILY OF A PREGNANT WOMAN WITH HUMAN PAPILLOMAVIRUS

Ana Débora A Moura¹, Mirella TJ Nogueira¹, Saiwori JS Bezerra¹, Ana Karina B Pinheiro², Maria Grasiela T Barroso³

RESUMO

Introdução: família pode ter muitas atribuições, como a consanguinidade, o parentesco e a afinidade através do casamento. Vários fatores influenciam na sua estrutura, gerando crises, incluindo-se fatores sociopolíticos e econômicos, religiosos e culturais, tais como a violência, o desemprego, as doenças, dentre outros. **Objetivo:** avaliar aspectos estruturais de uma família com portadora do papilomavírus humano (HPV) assistida em um serviço de saúde, com base no modelo Calgary. **Métodos:** estudo do tipo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, sendo utilizado como referencial teórico o Modelo Calgary de Avaliação de Famílias. O sujeito da pesquisa foi uma mulher gestante e portadora de lesão por HPV, acompanhada em um Centro de Atenção Secundária na abordagem às doenças sexualmente transmissíveis (DST) do município de Fortaleza – CE. A coleta de dados foi realizada em janeiro de 2007 através de entrevistas, utilizando como instrumento um roteiro semiestruturado. As falas foram transcritas com consequente realização de discussões e analisadas com embasamento na literatura pertinente, apresentadas através de genograma, ecomapa e depoimentos da família. **Resultados:** percebemos, nesse estudo, que a doença não interferiu na relação conjugal, nem afetou o desenvolvimento da família nuclear (o casal); que a gestante apresenta um forte vínculo com sua família extensa e que a família nuclear é um sistema familiar fechado, com pouca interação social. **Conclusão:** apesar de o casal relatar que não houve grandes repercussões com a descoberta do HPV, emergiram os sentimentos de vergonha e medo de rejeição, comprovando a existência de estigmas associados às DST.

Palavras-chave: família, mulher, papilomavírus humano, DST

ABSTRACT

Introduction: family can have many definitions as the consanguinity, the kinship and the affinity through marriage. Several factors influence its structure causing crisis, which include socio-political and economical, religious and cultural factors, such as violence, unemployment, diseases etc. **Objective:** to evaluate structural aspects of one family with carrier of Human Papillomavirus (HPV) assisted in a health service, based on the Calgary Model. **Methods:** descriptive exploratory study, with qualitative approach, using Calgary Model of family evaluation as theoretical reference. The subject of the research was a pregnant woman who had a lesion by HPV, assisted in a Centre of Secondary Attention in the approach to Sexually Transmitted Diseases (STD) from Fortaleza – CE. The data collection occurred in January, 2007, through interviews and the instrument used was a semi-structured schedule. The speeches were transcribed with consequent execution of discussions and analyzed based on the pertinent literature, and presented through Genogram, Ecomap and family testimony. **Results:** in this study, we noticed that the disease did not interfere in the matrimonial relationship and in the development of the nuclear family (the couple); the pregnant presents a strong link with her extended family and the nuclear family has a closed family system, with little social interaction. **Conclusion:** Although the couple relates that there were no great repercussions with the discovery of HPV, the feeling of embarrassment, and fear of being rejected emerged, which confirm the existence of stigmas associated to STD.

Keywords: family, woman, Human Papillomavirus, STD

INTRODUÇÃO

Constituída com base nas relações de parentesco cultural e historicamente determinadas, a família inclui-se entre as instituições sociais básicas, elemento-chave para a sobrevivência dos indivíduos, proteção, socialização de seus componentes, transmissão do capital cultural, do capital econômico e da propriedade do grupo, bem como das relações de gênero e de solidariedade entre gerações¹.

É na família que o ser humano cresce e constrói seus valores, que mantém relações mais íntimas e constitutivas da identidade pessoal para, posteriormente, interagir socialmente como um ser único, moldando, a partir das interações sociais, sua personalidade e firmando seus valores e crenças continuamente.

As relações que configuram uma família são a aliança (casal), filiação (pais e filhos) e consanguinidade (irmãos). Porém, costuma-se incluir como fazendo parte da família uma pessoa que

conviva na mesma casa, mesmo que não mantenha parentesco, e, para algumas, até mesmo o animal de estimação².

Estes aspectos conotam as mudanças que vêm ocorrendo na estrutura familiar, que é composta por três formas básicas: a nuclear (conjugal), a extensa (consanguínea) e a abrangente. A primeira se refere ao tripé *pai-mãe-filhos*; a extensa inclui também outros membros que possuam quaisquer laços de parentesco; a abrangente é aquela que inclui até os não parentes, mas que coabitem na mesma residência².

Dos fatores que influem na estrutura familiar, incluem-se os sociopolíticos e econômicos, os religiosos e culturais. Fatores como a violência, o consumo de drogas, o desemprego, a miséria, a doença permeiam muitas famílias, influenciando em sua estrutura e manutenção e gerando crise nas famílias.

Mesmo que alguns fenômenos da modernidade venham questionando o futuro da família, suas responsabilidades e suas funções sociais não parecem ter perdido a relevância. Percebe-se que essas funções e responsabilidades seriam particularmente demandadas nas situações de adversidade.

Somado aos fatores descritos, a família é frequentemente acometida por doenças em um ou vários de seus membros, requerendo dos que se encontram saudáveis cuidados especiais, atenção diferenciada. O papel da família como cuidadora em situações de

¹Enfermeira, Mestre em Enfermagem em Saúde Comunitária pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (DEN/FFOE/UFC).

²Enfermeira, Professora Adjunta do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem do DEN/FFOE/UFC.

³Enfermeira. Professora Emérita. Docente Livre do DEN/FFOE/UFC.

saúde/doença é diferente e complementado pelos serviços prestados pelo profissional de saúde.

O cuidador familiar é definido a partir dos significados de crenças e valores de cada família³. Quando um membro de uma família está com um problema de saúde, o cuidado deve-se estender à família como um todo. Família é quem seus membros dizem que são, ou seja, quem a família considera como família⁴.

Dentre as regiões brasileiras, o Nordeste possui as mais negativas taxas de indicadores sociais, abrigando 56,53% da população pobre, sendo considerada a localidade de maior desigualdade socioeconômica do país. Nessa extensão brasileira, frequentemente, o tamanho das famílias pobres é maior, e a maioria dos chefes de família é analfabeta⁵.

Estas condições contribuem para a precária qualidade de vida do contingente populacional afetado e para os altos índices de doenças, dentre as quais a tuberculose, a hanseníase, as doenças nutricionais e do metabolismo, as transmitidas por vetores, as doenças sexualmente transmitidas (DST) que se constituem problemas relevantes da saúde pública pela repercussão no processo de saúde-doença e pelas altas taxas de mortalidade que causam.

Dentre as DST, destaca-se no cenário internacional o HPV, uma infecção de transmissão sexual, vírus da família *Papillomaviridae*, caracterizado pela habilidade de transformar a célula epitelial infectada, capaz de provocar lesões de pele ou mucosa. Conhecidas desde a antiguidade, as infecções genitais pelo HPV chamaram a atenção a partir da década de 1970 e 1980, quando surgiram as primeiras evidências da provável associação dessas lesões com o câncer de colo uterino⁶.

O HPV apresenta infectividade que varia de 25% a 65%. As taxas de incidência de infecção para o HPV alcançam cerca de 30%-40% em pacientes com menos de 20 anos; após os 35 anos, essa prevalência diminui para cerca de 10%, e a infecção pelo HPV de alto risco (oncogênico), para cerca de 5%. Enquanto a infecção pelo HPV diminui com a idade, a incidência do câncer cervical aumenta, o que nos sugere que a prevalência da infecção pelo HPV é necessária para produzir lesões de alto grau. O pico de incidência do câncer de colo uterino ocorre 5 a 10 anos após a infecção pelo HPV. Pode-se deduzir que não existe câncer de colo de útero sem infecção pelo HPV, pois em mais de 97% dos casos, o HPV oncogênico está presente⁷.

A presença de alguns tipos de HPV realmente é encontrada na maioria dos casos de câncer, mas existem inúmeros tipos de HPV com baixo potencial de oncogenicidade, e o desenvolvimento ou não das lesões precursoras – lesões intraepiteliais Cervicais – LIE – depende de vários outros fatores relacionados ao hospedeiro⁸.

Um estudo acompanhado por 12 anos mostrou que mais de 65% das infecções em mulheres regridem espontaneamente e 14% progridem para lesões displásicas. A doença caracteriza-se pela recorrência elevada, e até 45% dos doentes tratados podem manter o vírus latente⁹.

O HPV surgiu como o principal suspeito a ser encontrado nos cânceres cervicais por possuir oncogenes com potencial de transformação. O mecanismo pelo qual os tipos de HPV transformam as células ainda não é completamente compreendido. Os dois subtipos mais frequentemente encontrados são o HPV 16 e o

18. Acredita-se que possivelmente diferentes mecanismos sejam utilizados pelos diferentes subtipos para induzir transformação neoplásica¹⁰.

Dentre as mulheres sexualmente ativas, 10% a 40%, principalmente as mais jovens, são infectadas por um ou mais tipos de HPV. Porém, são infecções transitórias, as quais, na maioria das vezes, o sistema imune consegue combater de maneira eficiente, alcançando a cura, com eliminação completa do vírus, principalmente entre as pessoas mais jovens. Qualquer pessoa infectada pelo HPV desenvolve anticorpos que poderão ser detectados no organismo, mas nem sempre estes são suficientemente competentes para eliminarem os vírus⁶.

A história natural da doença mostrou que a citologia cervical sem displasia e a NIC I, ou leve, têm comportamento similar, sendo que a maioria mostra regressão. Entretanto, a persistência da infecção pelo HPV pode provocar o desenvolvimento de NIC III, a lesão precursora para o câncer. Estima-se que o tempo de infecção até o surgimento da NIC III oscile entre 1 a 10 anos¹¹. Segundo os mesmos autores, esse fato leva a propor duas formas de prevenção: com rastreamento das lesões precursoras ou com imunização contra o HPV.

Tal infecção só poderia ser efetivamente evitada com abstinência sexual completa, pois mesmo o uso adequado do preservativo não protege totalmente a pessoa do risco de infectar-se. Logo, a prevenção primária das doenças relacionadas ao vírus seria viável se disponível sob a forma de vacinação.

Na década passada, iniciaram-se os testes clínicos com várias vacinas que tinham alvo os tipos comuns do HPV, e estas foram classificadas como profiláticas ou terapêuticas. As profiláticas evitam a infecção pelo HPV e as doenças a ela associadas, já as terapêuticas induzem a regressão das lesões pré-cancerosas e remissão do câncer invasivo. As vacinas vêm-se mostrando mais efetivas quando administradas antes do início da atividade sexual e as campanhas de vacinação deverão ter como alvo os adolescentes e pré-adolescentes. Espera-se com o uso disseminado da vacina que 70% dos cânceres cervicais sejam evitados, bem como a mesma proporção das outras doenças anogenitais associadas à infecção pelo HPV¹².

Por sua relação com o câncer cérvico-uterino, o HPV provoca muito medo às suas portadoras, que na maioria das vezes só descobrem a doença ocasionalmente, quando fazem o exame de Papanicolaou, sendo que a não realização anual do exame dificulta ainda mais o diagnóstico precoce da doença. Dessa forma, muitas mulheres podem ser portadoras assintomáticas e estarem transmitindo o HPV, assim como outros microrganismos causadores de diferentes DST.

Enquanto profissionais de saúde, pudemos perceber como essa doença, tão comum à população feminina, assusta essas mulheres. A maioria nunca ouviu falar sobre o que é o HPV, sua transmissão, sintomas, consequências e tratamento, até receberem o diagnóstico de portadoras. A desinformação causa transtornos, não só para a mulher como para sua família, pois o diagnóstico chega cercado de medos e dúvidas, com um tratamento muitas vezes demorado e desconfortável. A sua associação com o câncer de colo uterino deve ser repassada para a mulher, mesmo que essa informação aflija ainda mais a paciente.

A enfermagem vem ampliando seus estudos na área da família, não somente no que diz respeito a ações de assistência direcionadas a esse grupo como também no sentido de conhecer sua dinâmica, seus sistemas e subsistemas e as relações intrafamiliares, pois o conhecimento do contexto saúde-doença, social, econômico e político é ponto relevante para quem deseja promover a saúde das famílias¹³.

Considerando a família como um sistema, deve-se ainda compreender as relações e inter-relações de seus membros e destes com a sociedade, bem como conhecer os fatores que influenciam na dinâmica familiar (étnicos, culturais, socioeconômicos) e nas ações de saúde.

Nessa perspectiva, propomos a utilização de um modelo de avaliação de famílias que permita o melhor conhecimento da mesma em nível estrutural, de desenvolvimento e funcional.

O referencial proposto é o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), definido como uma estrutura multidimensional, integrada, baseada em sistemas, cibernética, comunicação e fundamentação teórica de mudança⁴.

Optamos pelo uso desse modelo, por considerá-lo adequado para a avaliação da família em realidades diversas, sendo possível a sua aplicação em vários contextos e estruturas familiares, proporcionando um meio eficiente de conhecer a família no seu modo de viver e experienciar o processo saúde-doença.

Tudo isso nos fez despertar o interesse de estudar e conhecer, após o diagnóstico da doença, a realidade de uma mulher que têm essa patologia, seus conhecimentos, seus medos, sua vida e sua relação com a família. Conhecer a realidade na qual a família está inserida facilita a sensibilização das famílias sobre questões de saúde, principalmente no que diz respeito à educação em saúde e à introdução de hábitos de vida favoráveis à saúde e ao bem-estar coletivo.

OBJETIVO

Avaliar aspectos estruturais de uma família com gestante portadora do papilomavírus humano assistida em um serviço de saúde, com base no modelo Calgary.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, junto a uma família de gestante portadora de lesão por papilomavírus humano.

Escolhemos a abordagem qualitativa por favorecer a avaliação da estrutura, o desenvolvimento e a dinâmica da família estudada, utilizando como referencial teórico o Modelo Calgary de Avaliação de Família⁴. Procuramos conhecer e analisar a realidade desta família.

A pesquisa qualitativa aponta que os conhecimentos sobre os indivíduos somente são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida por seus próprios atores¹⁴.

O cenário onde a pesquisa se constituiu foi um Centro de Atenção Secundária na abordagem às DST do município de Fortaleza, no qual a mulher portadora de lesão por HPV fez tratamento.

Para a seleção do sujeito do estudo, utilizamos como critérios de inclusão: ser mulher; ser portadora de lesão por HPV; estar ges-

tante, pois a gestação associada ao tratamento de uma DST poderia interferir ainda mais na estrutura da família; ser maior de 18 anos; concordar espontaneamente em participar da pesquisa. Posteriormente, verificamos, através dos prontuários das mulheres, quantas gestantes realizavam esse tratamento no referido serviço de saúde, nos quais foram detectadas três gestantes.

Inicialmente, pensamos em realizar o estudo com as três mulheres, mas essa alternativa foi logo descartada, pelo difícil acesso a tais pacientes. Portanto, apenas uma gestante foi selecionada para o estudo.

Realizamos o primeiro contato no próprio serviço de saúde, num dia de consulta de pré-natal da mulher. Apresentamo-nos como pesquisadoras, assim como foi esclarecido o objetivo da pesquisa; após a aceitação da mesma, solicitamos a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Ainda neste primeiro contato, questionamos sobre o agendamento das visitas domiciliares, mas a gestante não concordou, pois sua família não tinha conhecimento da sua condição de saúde, nem da realização do tratamento, apenas seu companheiro; dessa forma, todos os contatos necessários com a mulher deveriam ser realizados no próprio serviço de saúde.

A gestante solicitou que o companheiro a acompanhasse durante a entrevista, pois se sentiria mais à vontade e segura; após a sua solicitação, o marido concordou em assistir à entrevista. Não podemos garantir que a presença do marido não tenha interferido em alguma resposta da mulher, mas foi uma condição que ela colocou para que participasse do estudo. A fim de que fosse respeitada a identidade dos participantes, oferecemos nomes fictícios.

Foi aplicada entrevista semiestruturada, que proporcionou a compreensão da estrutura e do desenvolvimento da família de uma gestante portadora de HPV, em janeiro de 2007. A entrevista constituiu-se de tópicos norteadores baseados no diagrama ramificado do Modelo Calgary de Avaliação da Família. A gestante não concordou que gravássemos a entrevista, justificando o não conhecimento pelas outras pessoas (familiares e amigos) da sua condição de portadora do HPV.

Ao terminarmos a entrevista, transcrevemos as falas e realizamos o processo de discussões das mesmas, avaliando o que mudou diante do problema de saúde em questão e da família de gestante com HPV.

Apresentamos os dados através de genograma, ecomapa e depoimentos pertinentes da família.

Este estudo é parte integrante do projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE) sob o título “Mulher acometida pelo papilomavírus humano e repercussões na família”.

RESULTADOS

Avaliação Estrutural

A avaliação familiar concentra-se mais na interação dos membros que dela participam do que nos indivíduos, apesar de ser composta por eles. Ao fazermos a avaliação desta família, examinamos sua estrutura, isto é, os membros integrantes, o vínculo afetivo entre os membros em comparação com os indivíduos de fora e o contexto no qual ela vive.

Percebemos que Maria é uma jovem tímida, apresentou-se retraída com a nossa presença e receosa em participar da entrevista, pois, como ela mesma refere, posteriormente, as outras pessoas da casa não sabem da sua condição de saúde, e ela e seu marido têm receio de que os outros descubram.

Utilizamos dois instrumentos propostos pelo Modelo Calgary de Avaliação da Família para determinar a estrutura da família em questão: o genograma e o ecomapa.

O genograma apresenta por meio de diagrama todo grupo familiar. Na **Figura 1**, exibimos o genograma da família de Maria e João, permanecendo circulada a família nuclear, ou seja, quem a informante do estudo considerou como família. Verificamos que a família era composta por Maria (24 anos), seu companheiro João (27 anos), a sogra de Maria (60 anos), e três irmãos de João, todos separados conjugalmente, com seus respectivos filhos. Todos residiam em uma casa de sete cômodos no município de Fortaleza - CE.

A casa tem três quartos; como eles são o único casal do lar, possuem um quarto reservado, que futuramente também será do bebê.

A família pode ser definida como um grupo de pessoas ligadas por um forte vínculo emocional, com o sentimento de posse e a liberdade de participar uns da vida dos outros. Os critérios de consanguinidade, adoção e matrimônio também são utilizados⁴.

A família pode ainda ser dividida em subsistemas, como marido-mulher, mãe-filhos, pai-filhos, podendo ser delineados por gerações, sexo, interesse, função ou história⁴. Percebemos

neste caso, que Maria e João fazem parte de um subsistema dentro dessa família.

Quanto à família extensa de Maria, ela já havia tido uma união consensual que durou 6 anos, advindo um aborto e uma filha de 4 anos, a qual mora na casa de sua mãe, 54 anos, com seus outros irmãos em uma cidade da região metropolitana de Fortaleza. O pai de Maria faleceu recentemente, sendo que a mesma não soube informar a causa, este acontecimento causou repercussão na estabilidade da família extensa.

O estágio do ciclo vital desta família está delineado na fase familiar de adultos jovens, em que ocorreu a saída de jovens da casa dos pais e o retorno após uma crise.

A mãe de João é pensionista e seus irmãos trabalham, sendo João o único desempregado da casa; a renda geral mensal do domicílio é de aproximadamente R\$ 1.700,00 (um mil e setecentos reais) mensais, o que equivale a um pouco mais de quatro salários mínimos vigentes. Cada um atende as suas necessidades com o que ganha e a mãe ajuda a todos. João tem o ensino médio completo e Maria concluiu o 4º ano do ensino fundamental. Apesar da atual situação econômica de João, quando surgem esporádicas oportunidades de empregos informais, em qualquer que seja a área, o mesmo realiza a função.

O casal passa por dificuldades socioeconômicas e conseguiu comprar o enxoval do bebê por meio desses empregos temporários de João. Maria está grávida de 8 meses e já trabalhou como empregada doméstica. O relacionamento familiar nos pareceu estável, sendo a mãe de João a maior autoridade da casa por manter

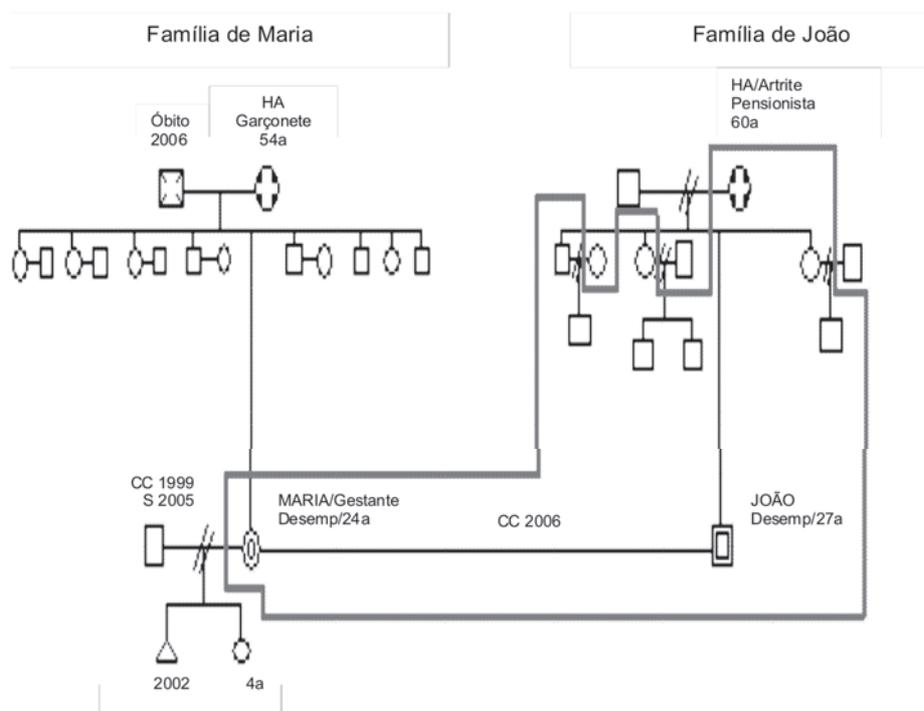


Figura 1. Genograma.

financeiramente o lar. Observamos, através das falas, que não há conflito de cooperação no lar, portanto todos ajudam como podem nas tarefas diárias.

Compreendemos que estar grávida e portadora de HPV para Maria não constitui um problema grave, mas esta prefere não compartilhar a informação acerca da patologia com ninguém, além de seu companheiro. Na percepção de Maria, após o tratamento, ela irá ficar curada e o bebê só trará melhorias para o casal.

Ao avaliarmos os relacionamentos da família de Maria com os sistemas mais amplos por meio do ecomapa, como está representado na **Figura 2**, percebemos que o contato de Maria com a família extensa, representado por sua mãe, é um vínculo muito forte, principalmente por sua filha morar com a avó, isto é, a mãe de Maria. Segundo a participante do estudo, as visitas à casa de sua mãe são realizadas com uma frequência quinzenal e o relacionamento com os demais irmãos é agradável.

Quanto aos sistemas mais amplos, observamos que Maria tem poucas amigas, tem confiança em apenas uma vizinha, na qual a considera muito amiga. Contudo, ninguém tem conhecimento de sua doença, exceto seu companheiro.

Percebemos que as instituições de apoio à família são: igreja católica, unidade de saúde, onde esta realiza o tratamento para HPV juntamente com o pré-natal. Outros contatos são os trabalhos temporários de João.

Ressaltamos os poucos laços de relacionamentos traçados entre a família de Maria e os demais sistemas, apesar de famílias extensas de ambos os lados do casal, constituindo um sistema familiar fechado. Fato esse que nos leva a enfatizar a importância de instituições sociais de apoio a fim de melhor enfrentar situações ou problemas ocorridos, ou que possam vir a ocorrer.

Maria mostrou-se uma mulher determinada e capaz de tomar decisões significativas na sua vida. Em relação a sua união com João, esta evidenciou que eles têm ótimo relacionamento de apoio mútuo e que sua sogra os auxilia muito, principalmente na parte financeira do casal. Relata que passam o dia juntos e que só se separam quando João vai procurar emprego.

Quanto à interação das pesquisadoras com Maria, avaliamos que a mesma sentiu-se insegura inicialmente, tendo solicitado a presença de João na entrevista; posteriormente, Maria tornou-se mais espontânea, respondendo às perguntas com naturalidade. João colaborou em algumas respostas. Contudo, Maria não se sen-

tiu totalmente segura quanto ao sigilo da doença e preferiu que não gravássemos sua entrevista.

Considera-se relevante a interação das pesquisadoras com a família de Maria pelo fato de abrir portas a uma maior dinâmica de relacionamentos, que se constituíram fracas e por terem sido transmitidas respostas a uma gama de problemas encontrados, auxiliando em sua resolução a curto e longo prazo.

Maria e João resolveram que não contariam para ninguém do diagnóstico de HPV, pois preocupariam seus familiares e os mesmos poderiam considerar o condiloma uma doença rara e grave. Maria e João têm medo de serem discriminados, referiram que se fossem contar para alguém seria para a vizinha, da qual eles frequentam a casa e em quem confiam muito.

Os subsistemas familiares, Maria e João, definem quem e como as pessoas devem participar. Os subsistemas têm limites, com a função de proteger a diferenciação dos membros entre si⁴. Dessa forma, eles têm o direito e podem compartilhar com quem eles quiserem o problema de saúde de um dos integrantes do subsistema. Assim, verificamos vínculo muito forte entre a diáde João e Maria.

João foi examinado pela enfermeira do serviço e não apresentava nenhuma lesão, não necessitando realizar tratamento. A enfermeira solicitou, após o aceite do mesmo, sorologia para HIV e VDRL, contudo, no período deste estudo, ele ainda não tinha recebido o resultado dos exames laboratoriais. O casal não demonstrou nenhuma ansiedade quanto aos exames dele.

Maria referiu que tinha apenas duas verrugas na genitália e que seu tratamento era através de aplicações de um ácido; referiu que a enfermeira do serviço lhe explicou sobre sua doença, mas, quando indagada sobre o HPV, não soube desenvolver o assunto.

A mesma refere que não se incomodava de realizar esse tratamento, pois achava bom ir ao posto de saúde, e que esse diagnóstico em nenhum momento interferiu na sua relação com o companheiro ou atrapalhou na gravidez, já que ela estava fazendo o pré-natal no mesmo lugar.

Percebemos que o casal tenta demonstrar que não existe preocupação com relação ao HPV, ao tratamento e à gravidez, mas, ao mesmo tempo, esconde a condição da Maria para os familiares de ambos. Acreditamos também que esse segredo se deve à falta de entendimento e informações quanto à doença, pois ela refere que

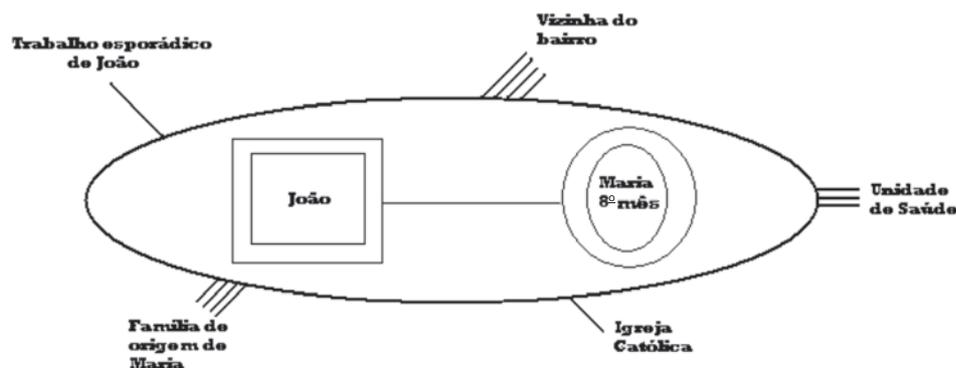


Figura 2. Ecomapa.

em breve terminará o tratamento e estará totalmente curada do condiloma.

O início da atividade sexual dos jovens geralmente não está acompanhado da conscientização da necessidade de medidas de prevenção; portanto, muitos jovens passam a iniciar a vida sexual sem se prevenir contra a gravidez indesejada e a aquisição de DST. Isso se deve principalmente à desinformação, à confiança excessiva na invulnerabilidade, aos tabus sociais e familiares quanto à abordagem da sexualidade e à obtenção de informações por intermédio de pessoas não qualificadas¹⁵.

Quanto à Maria, pudemos levantar informações acerca do início de sua vida sexual, do casamento na adolescência, de um aborto e de uma filha de 4 anos; o HPV, contraído em uma relação sexual sem proteção (com parceiros anteriores ou recente); do tabu social e familiar, por ela esconder a condição de familiares e amigos; e da desinformação presente em algumas falas do casal.

Segundo o casal, atualmente Maria é a pessoa da casa que mais frequenta o posto de saúde, devido ao tratamento para o HPV e pré-natal que está realizando, seguido da sua sogra, que faz tratamento para artrite. As outras pessoas não estranham as idas frequentes da Maria à unidade de saúde.

Maria e João não fizeram nenhum comentário justificando o retorno, para morar, na casa da mãe dele, após terem passado quase 2 meses em uma cidade da região metropolitana de Fortaleza, mas provavelmente foi devido ao desemprego de ambos. O casal transpareceu felicidade, principalmente com a vinda do bebê, mas Maria demonstra tristeza ao falar da filha, que mora com sua mãe. Refere desejar que a filha more com eles, mas só quando tiverem uma casa própria, a qual é o sonho de ambos. João ouvia Maria atento e não comentava nada sobre as afirmações dela. Ambos demonstraram tranquilidade no ato das respostas, até mesmo sentiam confiança, apoio, por estar com a presença do cônjuge.

Maria demonstrava naturalidade ao referir morar com a sogra, cunhados e sobrinhos e acredita que com a chegada do bebê será ainda melhor. Essa afirmação está relacionada com a ajuda, tanto financeira quanto aos cuidados, que a família poderá dar ao casal com o momento que irão vivenciar com a chegada do bebê.

Quando indagados sobre uma pessoa religiosa com a qual o casal pudesse contar, os mesmos relataram que isso não os ajudaria, pelo contrário, atrapalharia, pois a família é católica e também frequenta a igreja, tal fato poderia expor a doença para mais pessoas e ainda havia a possibilidade da informação chegar até os familiares. Como mostrado no Ecomapa, além do posto de saúde e da igreja, o casal só frequenta a casa de uma vizinha e referiram não ter vontade de participar de eventos, encontros, grupos, dentre outros suportes de apoio do bairro.

Os fatores ambientais, como adequação de espaço, privacidade e acesso às escolas, creches, transportes públicos, serviços de saúde, atividades de lazer, influenciam no funcionamento da família. A falta de moradia, principalmente, não é um problema urbano nem regional, e sim um problema disseminado⁴.

Maria refere que o primeiro casamento foi muito difícil, pois a mesma era muito jovem. O início do casamento foi muito bom, pois seu marido era responsável, não deixava faltar nada para a família, só bebia nos finais de semana. Depois ele começou a

beber diariamente, a sair com outras mulheres e a agredi-la fisicamente. Teve esse aborto em consequência de uma briga, após ser agredida pelo marido; evitou outras gravidezes por um tempo, até que engravidou novamente.

Avaliação do Desenvolvimento

O desenvolvimento da família está relacionado a eventos previsíveis e imprevisíveis e tendências sociais, tais como o divórcio, novo casamento, doença crônica, criminalidade, dentre outros; diferentemente do ciclo vital da família que se refere à trajetória típica que a maioria das famílias percorre, tais como a entrada e a saída dos membros da família, evoluindo em eventos geralmente previsíveis⁴.

Os eventos que marcaram o desenvolvimento e o ciclo vital da família de Maria foram a separação do primeiro companheiro, a união com o atual companheiro, a necessidade de ter que deixar sua filha morar com a avó e a descoberta da doença.

Passei seis anos com ele (primeiro marido); durante os três primeiros anos, ele só bebia nos finais de semana, depois passou a beber sempre, devido às amizades, e nos deixou passar necessidades. (Maria)

O pai da minha filha é um Zé Ninguém, não ajuda financeiramente, não vê a criança porque não quer. De uma hora pra outra, não queria mais saber de nada, não assumia a família, a casa, parou de trabalhar e ficou bebendo. (Maria)

Com as falas de Maria, pudemos observar que havia uma união estável nos primeiros anos, contudo, depois que o companheiro passou a ingerir bebida alcoólica frequentemente e não mais ajudou nas obrigações do lar, ela tomou a decisão de separar-se do seu companheiro; este, atualmente, não ajuda financeiramente nem na educação da filha.

Diversos fatores podem interferir na vida dos cônjuges, um deles é o uso de bebida alcoólica com frequência, como foi o caso deste casal; o alcoolismo geralmente provoca desarmonia nos lares.

Depois que me separei, fui trabalhar em casa de família, aí conheci o João, 1 ano depois. Estamos juntos há 9 meses. Ninguém das nossas famílias foi contra a nossa união. Agora estou feliz. (Maria)

Percebemos que, nesta segunda união consensual, Maria apresenta-se feliz, recuperando suas esperanças e sonhos para dar continuidade a sua vida amorosa, ressaltando também a importância do apoio familiar oferecido a eles, desde o momento em que receberam a aprovação da união.

O processo emocional familiar na transição para o segundo casamento consiste em combater o medo de investir em novos relacionamentos: os próprios medos, os medos do cônjuge e os dos filhos (de cada um dos cônjuges). Também consiste em enfrentar as reações hostis ou perturbadoras dos filhos, da família extensa e do ex-cônjuge⁴. Apesar do escrito acima, Maria não demonstrou nenhuma ansiedade.

Eu não tomaria como exemplo o casamento dos meus pais, pois meu pai traía minha mãe. (Maria)

João concordou com a fala de Maria, relatando que o mesmo acontecia com seus pais. Então, observamos a preocupação um

com o outro, desejando não levar para a vida pessoal a experiência que tiveram com os pais.

Tenho vontade de sair da casa da minha sogra, morar no mesmo bairro, mas ter nossa própria casa... é bom morar na casa da gente... fica mais à vontade. Não tem nada a ver com os irmãos dele não, mas para ter só nossa família, nossa casa. (Maria)

Sinto falta da minha filha, a minha mãe que cria... vou lá de 15 em 15 dias, fica ruim ela vir porque já é muita gente na casa... mas a família do João gosta dela. Quando eu tiver minha casa, vou levá-la para morar comigo. (Maria)

Maria, em nenhum momento, mostrou-se insatisfeita, porém apresentou o desejo de constituir o seu próprio lar, ter sua família e poder morar junto com a sua filha.

Relacionado à gravidez e à doença, Maria não demonstrou nenhum agravo, refere que a gravidez não interferia na doença, nem a doença na gravidez, contudo evitou relatar o fato de ter sido acometida pelo HPV para seus familiares e amigos, pois, além de não confiar nas pessoas, referiu também que não gostaria de preocupá-los.

CONCLUSÃO

Apesar das informações fornecidas pela enfermeira do serviço de saúde, Maria não tinha conhecimento sobre a doença e os riscos que a mesma poderia acarretar para a sua gravidez.

A doença não interferiu na relação conjugal e nem afetou o desenvolvimento da família nuclear, entretanto o casal não se sentiu à vontade em compartilhar essa informação com outros membros, pois não quiseram preocupá-los ou sentiram-se receosos de serem discriminados.

Outro aspecto que observamos foi o sentimento dispensado por Maria com relação ao desejo da constituição de um lar – ela, seu companheiro e filhos – apesar da boa convivência com a família nuclear de João.

Percebemos que Maria apresenta um forte vínculo com sua família extensa, principalmente pelo fato de sua filha ainda morar com a mãe, representando um aspecto positivo. Tendo em vista que a família nuclear de Maria traçava poucos laços com os demais sistemas sociais de apoio, consideramos importante a manutenção deste vínculo.

Observamos um sistema familiar fechado, com pouca interação social, destacando as relações fortes com o serviço de saúde, a vizinha e a família extensa de Maria e as relações fracas com a Igreja Católica e os serviços temporários realizados por João. Apesar desses vínculos fortes, João e Maria não sentiam confiança em expressar o problema pelo qual estavam passando, no caso o condiloma.

Portanto, verificamos que, apesar de o casal relatar que não houve grandes repercussões com a descoberta do HPV, emergi-

ram os sentimentos de vergonha e medo de rejeição, comprovando a existência de estigmas associados às doenças sexualmente transmissíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvalho IMM, Almeida PH. Família e proteção social. São Paulo Perspec 2003; 17(2): 109-22.
2. Osório LC. A família como grupo primordial. In: Zimerman DE, Osório LC. Como trabalhamos com grupos. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. 49-58p.
3. Elsen I. Cuidado Familiar: Uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem; 2002. 406p.
4. Leahey M, Wright LM. Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: ROCA; 2002.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília: instituição federal; 2005 [atualizada em 2005; acesso em 13 de abril de 2008]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD. Proporção de pobres (%) segundo Região. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabgi.exe?idb2006/b05.def>
6. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: instituto; 2006. [atualizada em 2006; acesso em 10 de maio de 2007]. Perguntas e respostas mais frequentes. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=327#topo
7. Freitas F, Menke CH, Rivoire W, Passos EP e colaboradores. Doenças sexualmente transmissíveis. Rotinas em Ginecologia. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
8. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n.13: controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006. 132p.
9. Instituto Nacional do Câncer. Registro de câncer de base populacional – RCBP: distribuição do total de casos de câncer matriculados no Hospital, segundo localização topográfica e sexo. Fortaleza (Ceará): INCA; 2002.
10. Freitas F, Menke CH, Rivoire W, Passos EP e colaboradores. Lesões de baixo e alto grau no colo uterino. Rotinas em Ginecologia. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
11. Nadal SR, Manzione CR. Vacinas contra o papiloma vírus humano. Rev bras Coloproct 2006; 26(3): 337-40.
12. Garland SM. Human papillomavirus vaccines: challenges to implementation. Sex Health 2006; 3(2): 63-5.
13. Barroso MGT, Monteiro ARM. A família da criança-problema na escola: um estudo de fenomenologia sociológica aplicada à enfermagem. In: Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV (Org.). Saúde da Família – abordagem multi-referencial em pesquisa. Sobral: UVA; 2002. 19-40p.
14. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Compreensão do delineamento da pesquisa qualitativa. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
15. Rabelo STO, Falcão Júnior JSP, Freitas LV, Lopes EM, Aquino PS, Pinheiro AKB, Ximenes LB. Gravidez e DST: práticas preventivas entre universitários. J bras Doenças Sex Transm 2006; 18(2): 148-55.

Endereço para correspondência:

ANA DÉBORA ASSIS MOURA

Rua Afrodísio Gondim, 359, Montese, Fortaleza, CE.

CEP: 60416-420.

Tel: 85 3494-3257.

E-mail: anadeboraam@hotmail.com

Recebido em: 02/10/2007

Aprovado em: 14/08/2008