

## EXPERIENCIANDO A GRAVIDEZ COM PAPILOMAVIRUS HUMANO: um estudo de caso<sup>a</sup>

Maria Albertina Rocha DIÓGENES<sup>b</sup>  
Maria Grasiela Teixeira BARROSO<sup>c</sup>

### RESUMO

Trata-se de um estudo de caso, tendo como referencial teórico o Modelo Calgary de Avaliação de Famílias (MCAF). Os objetivos foram compreender a experiência de uma gestante com condilomatose vulvar ocasionada pelo Papillomavirus Humano (HPV) e conhecer as alterações na dinâmica familiar após a gestante ter diagnóstico clínico e laboratorial de HPV. O estudo foi realizado em uma instituição de referência em ginecologia em Fortaleza, Ceará. A coleta de dados se deu de outubro de 2003 a abril de 2004. Os dados foram analisados a partir do MCAF, sendo traçados seis eventos “desenvolvimentais”, evidenciando que a gestante passou por intenso sofrimento emocional, ocasionado pela gravidez e a infecção pelo HPV, e físico, devido às várias cirurgias que realizou; fatos que alteraram a dinâmica familiar.

**Descritores:** Condiloma acuminado. Gestantes. Relações familiares.

### RESUMEN

*Se trata de un estudio de caso en el que la referencia teórica fue el Modelo Calgary de Evaluación de Familias (MCAF). El objetivo fue entender la experiencia de una embarazada con condilomatosis vulvar ocasionada por el Papilomavirus Humano (HPV), y además conocer las alteraciones en la dinámica familiar después del diagnóstico clínico y de laboratorio de la paciente. El estudio se realizó en una institución de referencia en ginecología en Fortaleza, Ceará, Brasil. La recolección de los datos se realizó de octubre de 2003 a abril de 2004. Los datos fueron analizados a partir del MCAF, siendo trazados seis eventos de desarrollo, los que pusieron en evidencia que la paciente pasó por un gran sufrimiento emocional debido al embarazo y a la infección por el Papilomavirus, y físico también, debido a las varias cirugías a las que fue sometida. Todos estos hechos alteraron la dinámica familiar.*

**Descriptores:** Condiloma acuminado. Mujeres embarazadas. Relaciones familiares.

**Título:** Experiencia del embarazo con Papilomavirus Humano: un estudio de caso.

### ABSTRACT

*This is a case study which theoretical reference is the Calgary Model of Family Evaluation (CMFE). The aim was to understand the experience of a pregnant woman with vulvar condilomatosis caused by Human Papillomavirus (HPV), and to understand the changes in family dynamics after the clinical and laboratory diagnosis of HPV. The study was conducted at a reference institution in gynecology in Fortaleza, Ceará, Brazil. Data were collected from October 2003 through April 2004. Data were analyzed using CMFE, tracing six “developing” events, highlighting that the patient experienced emotional suffering caused by pregnancy and by HPV, as well as physical suffering, due to the surgeries to which she was submitted to. All these facts altered family dynamics.*

**Descriptors:** Condylomata acuminata. Pregnant women. Family relations.

**Title:** Experiencing pregnancy with Human Papillomavirus: a case study.

<sup>a</sup> Texto extraído de tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), defendida em 2004.

<sup>b</sup> Enfermeira, Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

<sup>c</sup> Professora Emérita. Docente Livre Titular do Departamento de Enfermagem da UFC.

## 1 INTRODUÇÃO

A incidência das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) vem aumentando nos últimos anos, sendo consideradas um relevante problema de saúde pública. Na relação dessas doenças encontra-se o Papillomavirus Humano (HPV), um desafio em termos de saúde pública, pois afeta milhões de mulheres no Brasil, sendo responsável pelo aumento da incidência do câncer de colo uterino no mundo. Atualmente existem mais de cem tipos de HPV e cerca de um terço deles infecta o trato genital. Através do método de captura híbrida identificam-se os seguintes grupos de HPV: grupo I – tipos 6, 11, 42, 43, 44 – não oncogênicos; grupo II – tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68 – oncogênicos<sup>(1)</sup>.

A cada ano são diagnosticadas, mundialmente, mais de 490 mil mulheres portadoras desse vírus. De todos os casos de câncer cérvico-uterino, três quartos se concentram em países em desenvolvimento, onde os programas de detecção e tratamento apresentam graves deficiências ou são inexistentes<sup>(2)</sup>.

O HPV, popularmente conhecido como verruga genital ou crista de galo, causa a doença chamada Condiloma acuminado. Os mecanismos imunes têm relevante papel no controle da infecção por HPV. A imunidade celular à infecção depende do tipo viral, da susceptibilidade do hospedeiro e da presença de co-fatores que atuam sinergicamente, como fumo, gestação e outras infecções virais, entre as quais o Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV). A mulher quando acometida na gravidez tem aumento do percentual de replicação do vírus, podendo decorrer, em parte, da diminuição da imunidade celular e modificação dos hormônios esteróides, que se deve ao fato de o vírus possuir um receptor esteroídico<sup>(3,4)</sup>.

O HPV causa forte impacto na vida das mulheres acometidas e traz repercussões no contexto familiar, social e grupo de amigos. Tais repercussões acentuam-se durante a gravidez, uma vez que esse evento por si só leva a profundas transformações e maturações no plano psicológico, cultural e emocional<sup>(5)</sup>, podendo levar a instabilidade e insegurança pela possibilidade de separação do casal e de o filho nascer contaminado<sup>(6,7)</sup>. As DST causam estigmas e envolvem questões como amar,

ser amado, a liberdade, a moral, a dignidade e a própria identidade do sujeito, sua imagem para si e para os outros.

O primeiro atendimento feito à mulher, geralmente, é individual, no entanto, a família como um todo se converte em uma unidade de cuidado, pois quando um membro de uma família está com problemas, este se estende à família. Dessa forma, buscamos respostas às questões: “De que modo a mulher vivencia a gravidez portando Papillomavirus Humano?” e “De qual forma se dá o relacionamento familiar durante esse processo?”.

Assim, os objetivos da pesquisa foram compreender a experiência de uma gestante com condilomatose vulvar ocasionada pelo Papillomavirus Humano e conhecer as alterações na dinâmica familiar após a gestante tomar conhecimento de que tem diagnóstico clínico e laboratorial de Papillomavirus Humano.

## 2 METODOLOGIA

Ciente de conhecer a experiência de uma gestante com diagnóstico de HPV, utilizamos um estudo de caso junto a uma família que apresentava um de seus membros acometido pelo vírus. O estudo teve como referencial teórico o Modelo Calgary de Avaliação de Família<sup>(8)</sup>, que propõe avaliar uma família de forma eficiente e adquirir conhecimentos e habilidades de intervenção. Esta família é estudada, numa estrutura multidimensional, em três categorias principais: estrutural, “desenvolvimental” e funcional, que oferecem um suporte para a enfermeira perceber como a família se organiza, comunica-se, a maneira como integra os membros e como se envolve com pessoas e grupos<sup>(8)</sup>.

A avaliação estrutural da família permite que se analise sua estrutura, quem faz parte dela, qual é o vínculo afetivo entre seus membros em comparação com os indivíduos externos, e qual é o seu contexto. Para traçar o desenho da estrutura familiar, utiliza-se o genograma e ecomapa. O genograma é um diagrama do grupo familiar e o ecomapa é um diagrama de contato da família com os outros além da família imediata<sup>(8)</sup>. Estes diagramas permitem avaliar, planejar e fazer intervenções na família, dando apoio à enfermeira na escolha e organização de dados sobre esta e sua

contextualização. Já a avaliação “desenvolvimental” possibilita conhecer o desenvolvimento do ciclo vital de cada família. Há distinção entre desenvolvimento da família e ciclo vital da família. O desenvolvimento da família é modelado por eventos previsíveis e imprevisíveis, como doença, catástrofes, tendências sociais. O ciclo vital da família caracteriza-se pelos eventos típicos desse ciclo e associa-se às entradas e saídas de membros da família, como nascimento, educação dos filhos, saída destes de casa, aposentadoria e morte. Estes acontecimentos originam mudanças nos diversos papéis ocupados pelos membros da família que necessitam de reorganização destes e das regras familiares. Em relação à avaliação funcional, consideram-se dois aspectos: o instrumental e o expressivo, que observam a forma de relacionamento dos indivíduos uns com os outros. Já o aspecto instrumental da família está ligado às atividades rotineiras da vida diária, como, por exemplo, comer, dormir, preparar refeições, trocar de roupas, realizar atividades no trabalho, dentre outras. As atividades da vida diária assumem maior significado quando ocorre uma doença em um membro da família que passará a depender de outro. O funcionamento expressivo é composto pelas diversas formas de comunicação interpessoal, familiar, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões<sup>(8)</sup>.

A interação com Maria (informante-chave da pesquisa) e sua família aconteceu a partir do momento em que Maria iniciou o tratamento de condilomatose vulvar extensa, ocasionada pelo HPV. Isto se deu através de dez encontros, sendo que cinco se realizaram no Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará (IPCC) e cinco no domicílio. Foi no IPCC, primeiro cenário da pesquisa, que tivemos o primeiro contato com a jovem. Os outros contatos, neste mesmo Instituto, foram no dia em que Maria compareceu para fazer a primeira cirurgia da ressecção da lesão condilomatosa na vulva, momento em que conhecemos sua mãe e a envolvemos no cuidado da filha. Os demais encontros deram-se quando a cliente e sua mãe retornaram para as consultas de seguimento do tratamento da doença. O segundo cenário da pesquisa, a Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF), foi o local onde a gestante e sua família utilizaram como porta de entrada para o cuidado de suas questões de saúde, e o terceiro, foi a casa

da cliente, uma habitação humilde, construída em regime de mutirão, localizada no Alto da Mangueira, em Maracanaú, Ceará, bairro caracterizado como área de risco, pois as famílias que ali vivem estão mais vulneráveis a problemas de saúde, devido às condições precárias de saneamento básico e à situação socioeconômica.

A coleta e a análise dos dados aconteceram de forma simultânea, de outubro de 2003 a abril de 2004, tendo como técnicas de coleta de dados a observação, entrevista, pesquisa no prontuário, diário de Maria e diário de campo. Sobre o diário de Maria, a jovem escreveu tudo o que vivenciou neste período, disponibilizando-o para que pudéssemos lê-lo e publicar o que achássemos relevante.

Para efeito desta pesquisa, avaliamos, por meio das técnicas supracitadas, os estádios “desenvolvimentais” que afetaram o desenvolvimento e o ciclo vital da família durante a crise: gestante com condilomatose vulvar ocasionada pelo Papillomavirus Humano (HPV).

As falas de Maria foram organizadas e agrupadas por ordem cronológica, sendo traçados seis estádios “desenvolvimentais” de sua trajetória: o envolvimento com o namorado; a experiência de ser mulher; a gravidez, o regresso à casa materna e o surgimento da doença; a cirurgia de exérese de condiloma vulvar; a experiência de parir uma criança saudável e a acolhida de Maria e sua filha na família. Estes estádios foram analisados à luz do referencial teórico, o Modelo Calgary de Avaliação de Famílias<sup>(8)</sup>, bem como utilizando literatura pertinente ao tema.

A pesquisa foi realizada cumprindo-se o que preceitua a Resolução 196/96<sup>(9)</sup>. O Projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o protocolo n. 181/03.

### 3 RESULTADOS E COMENTÁRIOS

A seguir serão apresentados os seis estádios “desenvolvimentais” que caracterizaram a trajetória de Maria em estado gestacional e portando condiloma vulvar.

#### 3.1 O envolvimento com o namorado

Maria tinha 20 anos, estava solteira, desempregada, encontrava-se na 24ª semana gestacio-

nal, na época da pesquisa, cursava o ensino médio, havia deixado de estudar quando conhecera o namorado, um jovem de 16 anos. Morava com a mãe, que estava separada do seu pai há 10 anos – uma vez que este não assumia a família e era alcoolista – o irmão (17 anos) e o companheiro desta.

A mãe de Maria é costureira. Sem vínculo empregatício, garante uma renda mensal de um salário mínimo e meio. Seus dois filhos, Maria e o irmão (que estuda no período da noite), não trabalham. O companheiro da mãe de Maria é pedreiro, tem carteira assinada, com renda de um salário mínimo por mês. A renda mensal é, portanto, 2,5 salários mínimos, quantia insuficiente para os padrões de uma família com quatro membros, originando uma situação de insegurança e dificuldade de sobrevivência, uma vez que a renda deve atender suas necessidades vitais básicas, como moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte. Pelos cálculos do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE)<sup>(10)</sup>, o salário mínimo vigente de R\$ 350,00 (salário mínimo nominal) deveria corresponder a R\$ 1.565,61, para prover as demandas já citadas, para uma família composta de quatro membros, sendo chamado por este órgão de salário mínimo necessário. Portanto, observa-se que no caso da família em estudo, mesmo com os 2,5 salários mínimos percebidos (R\$ 875,00), esta quantia corresponde a apenas 55% do valor calculado com base para um salário mínimo necessário.

Ao delinear o ciclo vital dessa família, vimos que esta se encontrava na fase família com adolescente e adulto-jovem. Neste período, pode ocorrer a saída de jovens da casa dos pais por motivos legítimos ou não<sup>(8)</sup>. Quanto às relações entre os membros da família, Maria demonstrava haver um clima de animosidade em casa, pela dificuldade de ela aceitar o companheiro da mãe. Contudo, com o irmão, que é adolescente, a jovem revelava ter afinidade, e este, por sua vez, dizia não se importar nem com o relacionamento da mãe e nem com o da irmã.

Maria conheceu o namorado, como outras jovens de sua idade, através de suas amigas do bairro. O relato mostra como se deu o envolvimento com ele:

[...] *Há um ano conheci meu namorado. No início eu não gostava dele... mas*

*ele foi mandando recado pelas minhas amigas [...] foi me convencendo, começamos a sair... nos divertíamos muito, íamos à praia... ele me dava as coisas [...] aí eu fui me envolvendo, fui gostando [...] pois eu sonhava ter uma vida diferente e ele estava me proporcionando [...] (Maria).*

A mãe de Maria, ao ser entrevistada, falou que se sentia incomodada com o namoro da filha e a intimidava, mostrando que esse relacionamento não daria certo:

[...] *Eu não me sentia bem com o namoro de Maria, pois o rapaz é muito jovem, tem 15 anos, usa drogas [maconha] e bebida alcoólica diariamente [...] (Mãe de Maria).*

O rapaz havia concluído o ensino fundamental completo, estando desestimulado para continuar a estudar e trabalhar. A insistência da mãe de Maria nesse assunto, que parece não ter sido abordado num clima de ampla discussão que pudesse ser mostrado à filha quais as conseqüências negativas desse relacionamento, contribuiu para que a relação de ambas ficasse fragilizada. O diálogo na família é fator primordial para a comunicação, possibilitando superar incompreensões e dificuldades ocasionais. Contudo, só é possível dialogar quando se está aberto à escuta e à compreensão recíproca<sup>(11)</sup>.

O namoro e o relacionamento afetivo são saudáveis aos seres humanos e, especialmente, aos jovens, por estarem experimentando as primeiras descobertas, ensaiando e aprendendo com o outro e com suas emoções, enfim, sua sexualidade. Contudo é indispensável que o jovem possa conversar, trocar idéias e aprender sobre sua nova fase do ciclo de vida, que pode ser rica de vivências positivas, incluindo uma sexualidade responsável e segura, livre de DST e gravidez não planejada. O que aconteceu com Maria pode ocorrer com qualquer garota de sua idade que alimenta o sonho de encontrar o par ideal. Isso, porém, deu-se num processo muito rápido, sem que houvesse tempo da jovem reelaborar a idéia de continuar namorando um rapaz que, conforme ela mesma falou:

[...] *não tinha muito a me oferecer, pois nem trabalhava, nem estudava (Maria).*

### 3.2 A experiência de sair de casa e tornar-se mulher

O relacionamento entre mãe e filha foi se agravando e culminou com a saída de Maria de casa.

[...] *As decisões na vida se tornam difíceis de tomar [...] através delas você pode ter várias surpresas [...] muitas delas desagradáveis [...] mas, mesmo assim, um dia resolvi deixar minha mãe e fui morar com ele [...] então eu tive minha primeira experiência sexual [...]* (Maria).

Maria deixou sua casa de forma repentina, sem acordar com a família e foi morar com o namorado na casa dos pais deste. Não houve previamente uma discussão dialógica sobre essa determinação, e a própria idade do casal revela imaturidade emocional para uma vida a dois, e falta de autonomia financeira. Contudo, a jovem manifestava vontade de ter uma vida diferente, alegre e sem preocupações, acreditando que ao sair de casa poderia ficar livre e independente da mãe. Compreende-se que na adolescência a figura dos pais é algo que o jovem necessita afastar de forma inconsciente, para adquirir uma nova identidade, a adulta. O amor para com estes se transforma em ódio, o respeito e admiração desfazem-se em desprezo<sup>(12)</sup>.

A busca da identidade pelo jovem é um período considerado complexo entre pais e filho. Se não for vivenciado num clima de muita compreensão e diálogo, este poderá adotar atitudes negativas. Essa nova experiência na vida de Maria durou apenas dois meses, momento em que pôde perceber que o namorado não era o que ela ansiava e que não manifestava interesse em trabalhar e estudar. Contudo o namorado, por ser também adolescente, parece que almejava ter apenas uma nova experiência sem muito compromisso, enquanto que Maria desejava algo mais sério, planejava ter além de casa e comida, alguém que a valorizasse, estudasse, trabalhasse e pudesse suprir suas necessidades financeiras. Portanto, Maria passou a ficar muito decepcionada com a situação que se encontrava. Esse sentimento parece reforçar que, no campo emocional, as mulheres agem diferentes dos homens, pois amam, ariscam-se, e também perdoam e suportam situa-

ções difíceis; muitas vezes, associadas ao desconhecimento do comportamento do parceiro, submetem-se a riscos porque exercem a característica que as define: amar<sup>(13)</sup>. Este romantismo, ainda tão presente na socialização feminina, parece não ser retribuído quando se refere à construção social da masculinidade. O amor é dificilmente utilizado como fio condutor para a iniciação sexual dos homens<sup>(14)</sup>.

### 3.3 A gravidez, o regresso à casa materna e o surgimento da doença

Maria relatou que iniciou a atividade sexual sem um preparo prévio e nem pensou na possibilidade de vir a engravidar, contudo, aconteceu. Nesse período, ela apresentava conflitos internos, pois mesmo tendo dito que sua gravidez foi “gratificante”, não deixou de ser caracterizada como uma fase difícil, pois não obteve apoio do namorado e nem tampouco da mãe (nessa época). Esta, ao tomar conhecimento da gravidez da filha, ficou muito magoada e o namorado, segundo Maria, pouco se importou com o ocorrido. A jovem, então, relatou que ter saído de casa foi um “erro”, decepcionara-se com o rapaz e com o passar do tempo, a jovem disse que começou a refletir sobre a situação de sua mãe e passou a sentir muita compaixão por ela, que não se conformava com a situação em que a filha se envolvera.

[...] *Fui me arrependendo de tudo o que larguei, de tudo o que fiz, mas como eu gostava dele, ainda quis ir um pouco adiante. Uma noite fui na casa de minha mãe e olhei no rosto dela [...] vi que ela não tinha mais aquela fisionomia de antes... Era uma pessoa triste. Fiquei com tanta pena e aquilo me fez mudar de idéia. Conversamos nos entendemos e no dia seguinte voltei para casa [...]* (Maria).

Fica demonstrado por essa fala, o forte impacto sentido pela jovem quando pôde comparar sua vida atual com a que levava na casa da mãe. Assim, decidiu voltar para casa e assumir a gravidez com o apoio da mãe e da família.

Percebemos que pelo fato de Maria ter saído de casa, para iniciar um relacionamento a dois, não significa dizer que os problemas que havia com a sua família de origem foram solucionados, ao con-

trário, foram apenas postergados. Maria esperava “*ter uma vida familiar verdadeira*”, como ela mesma falou, já que não conhecia esse aspecto na sua casa. Pois, o pai havia saído de casa quando tinha apenas 9 anos de idade; a mãe, por sua vez, estava em união consensual com um rapaz que a jovem dizia não ter bom relacionamento, restando-lhe apenas o irmão, ao qual se dava bem. Portanto, essa esperança cessou, a partir das dificuldades enfrentadas na casa dos pais do namorado, como a situação financeira e moradia precária, o que não foi muito diferente da casa de sua mãe. A própria mãe informou que a casa do namorado não oferecia condições de receber sua filha, uma vez que não havia nem dormitório para acomodá-la, pois dormia no chão da sala.

Tornar-se independente dos pais é uma atitude necessária para a autonomia interior do jovem. Todavia, se os pais não lhe proporcionam um desenvolvimento saudável, o jovem poderá adotar comportamentos negativos, como uma forma de afrontá-los. A gravidez não planejada pode ser uma atitude inconsciente, repercutindo negativamente na vida e na saúde da gestante, agravando-se ainda mais, quando se é baixo o nível socioeconômico.

Quanto ao surgimento da doença, Maria relatou que vinha sentindo algo estranho em sua genitália e que acreditava fazer parte do desenvolvimento normal de uma gestação.

*[...] Apareceu um caroço, na minha vagina, que estava crescendo, mas eu achava que aquilo era normal [...] fazia parte da gravidez, mas, quando vi que crescia demais, achei aquilo meio estranho, mas, mesmo assim, não contei para ninguém... Quando fui fazer o pré-natal, foi que a enfermeira perguntou como eu estava, se eu já tinha feito algum exame ginecológico [...]. Aí eu disse que não e que estava com um caroço na vagina que incomodava e doía [...], quando ela foi me examinar, foi que descobriu que eu estava com a doença [...]* (Maria).

Percebemos, por esse relato, que Maria carecia de informação sobre a evolução natural de uma gestação. A infecção por HPV, por ser uma doença, geralmente, de transmissão sexual, pode acarretar sentimentos de culpa ou de medo na pes-

soa que está acometida. Esses anseios ficaram evidenciados pela preocupação da jovem em não compreender bem o que era a doença e o que poderia acarretar para si e para a criança; também por não poder compartilhar o sofrimento com a mãe, pois temia sua reação, e nem com o namorado, uma vez que ao retornar a casa da mãe, romperam o relacionamento.

*[...] O relacionamento com minha mãe melhorou um pouco, pois já aceitava a gravidez, mas quando ela soube da doença, foi horrível, dizia coisas ruins comigo, mas ao mesmo tempo, se preocupava, pois não sabia o que era aquilo que eu tinha [...]* (Maria).

Maria também informou que, devido à lesão vulvar ocasionada pelo condiloma apresentar-se bastante volumosa, sentia muito desconforto físico, dificultando a deambulação. Outro sofrimento físico observado foi durante as cirurgias para exérese da lesão, momento de intensa aflição causada pela dor (fato que será comentado a seguir).

### **3.4 A cirurgia de exérese do condiloma vulvar ocasionado pelo Papillomavirus Humano**

Devido à lesão condilomatosa vulvar apresentar-se extensa, Maria necessitou fazer quatro cirurgias.

Após quinze dias do nosso primeiro encontro, compareceu ao IPCC, acompanhada da mãe para realizar a primeira cirurgia, pois havia sido orientada a trazer um responsável. Comparecemos também, pois nos comprometemos que estaríamos presentes para assistir a intervenção e proporcionar apoio emocional, momento em que conhecemos sua mãe.

A mãe de Maria estava muito infeliz, pois a filha comunicara a ela sobre a doença e a necessidade de realizar o procedimento somente na véspera. Aquela tinha também muitas dúvidas e fez diversas perguntas sobre o que era a doença, se a filha ficaria boa, se a criança nasceria contaminada e sobre qual tipo de parto Maria deveria se submeter. Percebemos, portanto, o sofrimento pelo qual a mãe estava passando e tentamos responder todos esses questionamentos, investindo na importância de a mãe compreender a situação da filha que necessitava de apoio familiar.

O desenrolar do procedimento cirúrgico foi um momento muito difícil, a ressecção da lesão sangrou bastante e foi muito dolorosa, Maria estava extremamente ansiosa e chorava muito. Após a cirurgia, ao chegar à sala de recuperação, convidamos a mãe de Maria para fazer-lhe companhia. Esta se aproximou da filha, beijou-lhe a face e acariciou seu ventre. Percebemos que esse carinho foi uma manifestação de apoio da mãe para a filha que, apesar de magoada, parecia confortada.

Qualquer nova experiência a que se é submetido tem de ser estruturada, para ganhar significação que pode ser demonstrada pela fala ou por gestos, choro, postura<sup>(8)</sup>. Acreditamos que a dor e o sofrimento da gestante provocaram uma maior aproximação entre mãe e filha, fazendo aflorar sentimentos de afeição, doçura e solidariedade. Frisamos, também, a nossa contribuição para esse desfecho, ocasião em que procuramos aproximá-la da filha, sem cobranças, depreciações ou mágoas, incentivando a expressão de sentimentos verdadeiros, pois compreendemos que este é o caminho da aproximação e da compreensão.

As outras cirurgias incidiram a cada quinze dias, até a remoção completa da lesão. Fizemos visitas domiciliares à gestante que aconteceram no intervalo das cirurgias, sendo orientados os cuidados de enfermagem necessários, como higiene íntima, lavagem das roupas contaminadas, alimentação, repouso e uso da medicação prescrita. Ressaltamos que a enfermeira da UBASF também prestou assistência à família, uma vez que se encontrava mais próxima dela e também nos informava como esta se encontrava. Dessa forma, salientamos a integração institucional entre IPCC e UBASF, por meio de aproximação entre as pesquisadoras e a enfermeira da UBASF durante a pesquisa, favorecendo a assistência nos diferentes níveis de atenção e, assim, conduzindo ao restabelecimento mais rápido de Maria e contribuindo para o fortalecimento de laços afetivos na família.

### 3.5 A experiência de parir uma criança saudável

Nesse espaço Maria relatou como aconteceu o parto e como se deu o acolhimento na maternidade.

Durante o período interativo com a família de Maria, observamos que a jovem sempre demonstrava insegurança quanto ao futuro de sua criança. Ansiava pela ocorrência do parto em breve, a fim de que esta nascesse saudável. Tomamos conhecimento do nascimento da criança e no décimo dia pós-parto fomos com a enfermeira da UBASF à casa de Maria, onde procedemos com a avaliação dos cuidados de enfermagem orientados, também fizemos o exame físico da menina, não sendo observado lesões condilomatosas visíveis no corpo.

Maria não soube informar se durante o exame neonatal foi feito o exame da orofaringe da criança, objetivando avaliar se ela havia nascido com alguma lesão que indicasse papilomatose laringeal, embora, tenha dito que havia solicitado que o fizessem, pois foi orientada durante o pré-natal. A presença de condilomas, ocasionadas por HPV, pode acarretar risco do desenvolvimento de papilomatose de laringe no perinato. A incidência dessa patologia nos recém-nascidos é considerada baixa, em torno de 1,5% a 2,8%, levando-se em consideração o elevado número de mulheres portadoras desse vírus<sup>(15)</sup>. Todavia, a família deve ser esclarecida sobre a possibilidade de a criança ser contaminada ainda no útero materno ou pelo contato com o canal vaginal, quando do parto, devendo a criança ter acompanhamento durante as consultas de puericultura.

Sobre o parto, a jovem disse que, ao chegar à maternidade, mostrou o documento expedido pelo médico que realizou suas cirurgias, recomendando que este fosse cesariano porque, segundo suas orientações, as lesões ocasionadas pela exérese cirúrgica não haviam cicatrizado, ainda, por completo, pois o último procedimento tinha acontecido há apenas quinze dias, correndo o risco de lacerações na vulva. A médica que a atendeu, porém, disse que não era necessário que o parto fosse por via abdominal.

*[...] Eu não sofri muito não... Achei que ela nasceu logo. Mas a doutora e as atendentes nem ligaram quando eu disse que tinha a recomendação para que fosse cesariano. Elas nem examinaram minhas partes. Na hora, eu fiquei preocupada [...]. Mas depois que ela nasceu eu não achei ruim [...]. Pois já pensou como eu estaria hoje se tivesse sido operada? Eu nem podia estar fazendo as atividades de casa [...]* (Maria).

A maneira como a jovem descreveu seu acolhimento na maternidade, mostrou haver uma relação de distanciamento entre profissionais e clientes. Então, questionamos onde está a humanização do parto? O profissional não compreende ser este um momento tão especial na vida de uma mulher, principalmente, por esta ser primigesta, uma jovem, saindo da adolescência e passando por um problema que a estava afligindo? O corpo é visto e manipulado como um objeto, semelhante a uma máquina, não havendo interação no sentido de afeto e de aproximação<sup>(16)</sup>.

### 3.6 A acolhida de Maria e sua filha na família

Maria relatou como foi a recepção com a filha em casa:

*[...] A minha mãe arrumou a casa toda [...] fez até uma menta [bebida] para as visitas. O pai dela é louco por ela [...] todo mundo gosta dela aqui... Agora a minha mãe é quem me dá mais apoio. Vejo como é bom ser mãe, eu tenho minha filha e tomara que eu não tenha mais a doença. Nem eu nem ela [...]* (Maria).

Apreende-se dessa fala que o acolhimento de Maria e da filha representou um momento prazeroso e de tranquilidade. Maria percebeu que estava sendo valorizada no ambiente familiar. É relevante que a jovem, nesse período, tenha apoio da família, tanto no plano biológico como no emocional, pois o primeiro parto é um rito de passagem para uma nova etapa na vida da mulher. A jovem relatou que um ambiente festivo se fez presente quando a criança foi apresentada a família. O irmão de Maria e o companheiro da mãe também ficaram felizes com sua chegada.

Nesse ritual, a presença do pai da criança também se tornou importante para Maria. Observamos a satisfação no seu relato:

*[...] Ele só vive aqui, todo dia. Ele é doido por ela, vive beijando ela. Eu o recebo normal [...] ele vem ver a criança. Ele é o pai, né? A minha mãe também o recebe, fala com ele... ela não diz mais nada não [...]* (Maria).

Observamos que, aos poucos, a família começou a demonstrar um início de relacionamen-

to saudável e mais fortalecido. Contudo, em relação ao namorado, ressaltamos que devido Maria ser portadora de uma doença sexualmente transmissível, foi reforçado, desde o início do tratamento, sobre a importância de este ser examinado, a fim de saber se também era portador da doença. No entanto, este não fora examinado a princípio, pois o casal estava com o relacionamento rompido, desde o retorno de Maria para casa. Mas após o nascimento da criança, este voltou a frequentar a casa da mesma, então, reforçamos mais uma vez a importância de este ser consultado no ambulatório de DST. O rapaz foi atendido pelo médico da UBASF, não sendo encontrado condiloma em sua genitália. A literatura evidencia que apenas 20% dos portadores da infecção pelo HPV apresentam lesões visíveis<sup>(17)</sup>. Sugerimos, portanto, que o jovem fosse referenciado para a rede secundária de saúde, para submeter-se um exame mais especializado, a peniscopia. Infelizmente, este não foi encaminhado.

Percebemos, portanto que Maria é a mais afetada dentro de seu sistema familiar. Primeiramente, porque a realidade construída define cada vez mais a dependência de Maria em relação a sua mãe, tanto no apoio emocional, como no financeiro, até porque o nascimento de uma criança traduz no acréscimo de mais um membro na família e, conseqüentemente, mudanças no sistema familiar. Além disso, aumentam o orçamento familiar, bem como a necessidade de maior dedicação de Maria à criança, pelo menos, nos primeiros meses, o que de uma forma ou de outra vai interferir no seu projeto futuro de vida. Por outro lado, não podemos deixar de enaltecer que o nascimento dessa criança representou uma esperança para a família, pois contribuiu para o fortalecimento dos laços familiares.

A abordagem com famílias dentro de um referencial possibilita alterar padrões usuais da prática e propicia à enfermeira avaliar e intervir com estas por meio de relacionamento colaborativo<sup>(18)</sup>. Portanto, o cuidado humano denota numa prática social e política mais comprometida e com maior impacto na vida em sociedade, possibilitando auto-realização em plenitude com os outros<sup>(19)</sup>.

## 4 CONCLUSÕES

Maria procurou, na relação com o namorado, obter independência de sua família de origem



e imaginava mudar de vida. O sonho de melhores dias é uma realidade almejada por todos e constitui uma forma de obter felicidade, no entanto, esse sentimento pode ser alterado por determinadas circunstâncias importantes da vida. Nesse caso, a jovem desencantou-se com o namorado e a mudança de vida não correspondeu ao que ela almejava.

Cabe aos serviços de saúde a prestação de uma assistência adequada e o desenvolvimento de ações educativas com informações claras e científicas, visando à redução da vulnerabilidade dos jovens aos agravos à saúde sexual e reprodutiva.

É imprescindível defender que a humanização no atendimento é necessária em todas as maternidades, sendo uma prioridade para o bem-estar e segurança do binômio mãe/filho e família.

O Modelo Calgary de Avaliação de Famílias contribuiu de forma significativa para um olhar mais reflexivo de como a enfermeira pode trabalhar em conjunto com a família, para que assim esta tenha condições de enfrentar melhor seus problemas.

Constatamos que Maria, durante sua trajetória, passou por intenso sofrimento emocional, ocasionado pela gravidez associada à infecção pelo vírus HPV, e físico, devido às várias cirurgias a que se submeteu, fatos que alteraram a dinâmica familiar.

Enalteçamos, portanto, o valor do apoio que demos à família em todos os momentos possíveis.

## REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 4ª ed. Brasília (DF); 2006.
- 2 Organización Mundial de la Salud. Salud reproductiva: proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo [monografía en la Internet]. In: 57ª Asamblea Mundial de la Salud; 2004 abr 15; Ginebra, Suíça. Ginebra; 2004 [citado 2007 feb 26]. Disponible en: [http://ftp.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_13-sp.pdf](http://ftp.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_13-sp.pdf).
- 3 Ministério da Saúde (BR), Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Falando sobre câncer do colo do útero. Rio de Janeiro; 2002.
- 4 Parellada CI, Pereyra EAG, Guerra DMM. Papillomavirus humano. In: Belda Jr W. Doenças sexualmente transmissíveis. São Paulo: Atheneu; 1999. p. 143-55.
- 5 Ximenes LB. Toda gravidez é diferente e cada uma tem sua história [tese de Doutorado em Enfermagem]. Fortaleza: Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2001. 155 f.
- 6 Diógenes MAR. Estrutura, desenvolvimento e dinâmica da família da gestante portadora de Papillomavirus Humano [tese de Doutorado em Enfermagem]. Fortaleza: Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2004. 148 f.
- 7 Diógenes MAR, Varela ZMV, Barroso GT. Papillomavirus humano: repercussão na saúde da mulher no contexto familiar. Revista Gaúcha de Enfermagem 2006;27(2):266-73.
- 8 Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2002.
- 9 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.
- 10 Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Salário mínimo nominal e necessário: janeiro de 2005 a janeiro de 2007 [página na Internet]. São Paulo; 2007 [citado 2007 feb 26]. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/rel/rac/salminfev07.xml>.
- 11 Lucisano A, Di Pietro ML. Sexualidade humana: orientação sexual para adolescentes e jovens. São Paulo: Paulinas; 1996.
- 12 Spenlè AMR. O adolescente e seu mundo. 2ª ed. São Paulo: Duas Cidades; 1995.
- 13 Martin D, Barbosa R, Villela W. Mulheres e prevenção da AIDS. In: Paiva V, organizador. Em tempos de AIDS. São Paulo: Summus; 1992. p. 166-74.
- 14 Arruda S, Cavasin S. Gravidez na adolescência: desejo ou subversão? In: Ministério da Saúde (BR), Coordenação Nacional de DST e AIDS. Prevenir é sempre melhor. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. p. 39-52.

- 15 Secretaria da Saúde do Estado (CE). Saúde reprodutiva e sexual: um manual para a atenção primária e secundária: nível ambulatorial. Fortaleza; 2002.
- 16 Oliveira ZMLP, Madeira AMF. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2002;36(2):133-40.
- 17 Carvalho JJM. Manual prático do HPV: papillomavirus humano. São Paulo: Instituto Garnet; 2004.
- 18 Diógenes MAR, Varela ZMV. Aplicação do modelo Calgary de avaliação em família de gestante portadora de Papillomavirus Humano. Revista da Escola de Enfermagem da UERJ 2004;12(2):199-204.
- 19 Gomes GC, Erdmann AL. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. Revista Gaúcha de Enfermagem 2005;26(1):20-30.

---

**Endereço da autora/Author's address:**  
Maria Albertina Rocha Diógenes  
Rua Rubi, 112, Parquelândia  
60.455-690, Fortaleza, CE  
*E-mail:* [albertinadiogenes@terra.com.br](mailto:albertinadiogenes@terra.com.br)

Recebido em: 01/09/2006  
Aprovado em: 23/02/2007

---