

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA RELAÇÃO ESTÁVEL: PERSPECTIVAS PARA O CUIDADO USANDO MODELO *SUNRISE*

SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES IN STABLE RELATIONSHIP: PERSPECTIVES FOR CARE USING THE SUNRISE MODEL

*ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA RELACIÓN ESTABLE: PERSPECTIVAS PARA EL CUIDADO UTILIZANDO MÉTODO *SUNRISE**

Leilane Barbosa de Sousa¹, Ana Karina Bezerra Pinheiro²

Este trabalho teve como objetivo investigar fatores que permeiam a estrutura social e cultural de mulheres em união estável e a influência destes fatores sobre o comportamento sexual e o autocuidado. Trata-se de uma pesquisa etnográfica, fundamentada no modelo *Sunrise*, da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. Desenvolveu-se o estudo no Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM) e no contexto familiar de sete mulheres que estabeleciam união estável. Os resultados ressaltaram a distância cultural entre profissional de saúde e usuário, proporcionando o desenvolvimento de idéias sem base real sobre doenças sexualmente transmissíveis. Conclui-se que a análise cultural consiste de ferramenta em busca de um cuidado satisfatório — que tenha como resultado a proteção e promoção da saúde sexual — pois permite que sentimentos e pensamentos que favoreceram o comportamento sexual de risco sejam desvelados e utilizados de forma positiva na elaboração de estratégias educativas.

Descritores: Doenças Sexualmente Transmissíveis; Saúde da Mulher; Enfermagem.

This work aimed to investigate factors that pervade the social and cultural structure of women in stable union and the influence these factors have on self-care and sexual behavior. It is an ethnographical research based on the *Sunrise* model of the Theory of Culture Care Diversity and Universality. The study was developed in the Center of Family Development (CEDEFAM) and in the family context of six women in stable union. The results highlighted the cultural distance between health Professional and user, what causes the development of ideas with no legal basis about sexually transmitted diseases. We conclude that the cultural analysis is a tool in the search of a satisfactory care, because it allows that feelings and thoughts which favor risky sexual behavior be revealed and used positively in the elaboration of educative strategies.

Descriptors: Sexually Transmitted Diseases; Womens's Health; Nursing.

Este estudio intentó buscar factores que permean la estructura social y cultural de mujeres en relacionamiento estable, influencia de tales hechos en el comportamiento sexual y autocuidado. Se trata de investigación etnográfica, basado en el método *Sunrise* de la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural. Se desarrolló estudio en el Centro de Desarrollo Familiar (CEDEFAM) y en el contexto familiar de siete mujeres que establecían una unión estable. Los resultados resaltaron la distancia cultural entre profesional de salud y paciente, proporcionando desarrollo de ideas, sin base real sobre las enfermedades de transmisión sexual. Se concluye que el análisis cultural consiste de herramienta que busque un cuidado satisfactorio — que tenga como resultado la promoción y protección de la salud sexual — pues permite que sentimientos y pensamientos que favorezcan el comportamiento sexual de riesgo sean llevados en cuenta y utilizados de manera positiva en la elaboración de estrategias educativas.

Descriptores: Enfermedades de Transmisión Sexual; Salud de la Mujer; Enfermería.

¹ Enfermeira. Doutoranda do programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Brasil. E-mail: leilanebarbosa@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Vice-coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC/Brasil. E-mail: anakarinaufc@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Doenças sexualmente transmissíveis (DST) são patologias que contaminam preferencialmente o trato genital inferior, podendo restringir-se a uma contaminação local ou atingir também outros sistemas do organismo, ocasionando disfunções sexuais, esterilidade, aborto, nascimento de bebês prematuros com problemas de saúde, deficiência física ou mental, alguns tipos de câncer e até a morte. Além disso, um portador de DST está mais vulnerável à contaminação por outros tipos de DST, inclusive à AIDS⁽¹⁾.

O panorama atual revela que as DST/HIV/aids têm apresentado crescimento não apenas em relação ao número de casos, mas também no que se refere à vulnerabilidade. Dados apresentados no último boletim epidemiológico de DST/AIDS ressaltam a inversão no número de casos segundo a relação homem/mulher e exposição hierarquizada, de modo que, heterossexuais, destacando-se mulheres, hoje também constituem a população de risco⁽²⁾.

Verifica-se o fenômeno da multiplicação dos riscos para DST, de modo que qualquer pessoa que pratique comportamento de risco encontra-se vulnerável. As chances de infecção estão, portanto, mais relacionadas ao comportamento do que à opção sexual ou ao sexo. Pessoas que antes não constituíam os "grupos de risco", como heterossexuais, especialmente mulheres em união estável, atualmente encontram-se vulneráveis, sobretudo por não se considerarem propensas a adquirir DST.

A complexidade do diagnóstico de DST na dinâmica do casal constitui conflito afetivo que pode acarretar prejuízos de ordens diversas. Por seu caráter complexo, precisa ser repensado com base em uma visão totalizadora, a qual considera a complexidade que compreende quantidades de unidades, interações, incertezas, indeterminações e fenômenos aleatórios⁽³⁾.

Diante da complexidade da contaminação por DST, sobretudo quando esta afeta uma unidade familiar, considera-se necessário investigar essa situação no intuito de desvendar a seguinte inquietação: que fatores sociais e culturais permeiam o cotidiano de mulheres em união estável que foram contaminadas por DST e como estes fatores influenciam o comportamento sexual e o autocuidado? Pretende-se, partindo deste problema, conhecer os elementos culturais que permeiam a situação

retrocitada e que podem influenciar comportamentos e modos de vida.

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

O enfermeiro, como profissional consciente de seu papel no trabalho de educação em saúde, tem a oportunidade de elaborar estratégias educativas culturalmente satisfatórias, baseadas na conservação, ajustamento ou reestruturação de valores, expressões e padrões de cuidado extraídos de seus clientes, para o bem-estar destes e de suas famílias, bem como para um melhor enfrentamento da doença. É imprescindível a compreensão da herança social do cliente, sobretudo para entender suas ações e direcioná-las para um modo de vida saudável⁽⁴⁾.

Acentua-se ainda que compreender a dimensão afetiva que envolve um portador de DST representa uma contribuição não apenas para a prática clínica; mas, sobretudo, uma estratégia para a interrupção da cadeia de transmissão e da ocorrência de novas DST⁽⁵⁾.

Esta investigação, portanto, poderá auxiliar na compreensão justamente a respeito de valores e expressões culturais com a finalidade de delinear estratégias educativas eficientes para o cuidado. Com respaldo no conhecimento dos elementos da subjetividade presentes na inter-relação DST, cultura e cuidado de Enfermagem, será possível delinear ações educativas culturalmente direcionadas e, assim, cumprir com uma das estratégias de promoção da saúde presente no relatório de Lalond, de 1970: a reorientação dos serviços de saúde⁽⁶⁾.

O intuito maior deste estudo é alcançar espaços desapercibidos, procurando articular o habitual diagnóstico de DST às suas repercussões, fatores que levaram à contaminação, crenças, valores, comportamento diante da doença e relação afetiva entre os envolvidos com o problema e as pessoas significativas de seu contexto social. Assim sendo, pretende-se, neste relatório de pesquisa, investigar fatores sociais e culturais que permeiam o cotidiano de mulheres em união estável que foram contaminadas por DST e a influência destes fatores sobre o comportamento sexual e o autocuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo fundamentado na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, mais especificamente no modelo *Sunrise*⁽⁷⁻⁸⁾. Foi desenvolvido no Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), situado no bairro Planalto do Pici, localizado nas proximidades do *Campus* do Pici da Universidade Federal do Ceará (UFC). A escolha do campo obedeceu aos seguintes critérios: ter os limites correspondentes aos de um lugar público ou semi-público, ser confortável, não oferecer perigo aparente à pesquisadora, ser um lugar simples que pode revelar-se complexo à análise, ser adequado para realização de uma observação sistematizada, e oferecer subsídios para que a pesquisadora retorne quantas vezes for necessário⁽⁹⁾. O CEDEFAM oferece à população local, constituída em sua maioria por pessoas de baixa renda, assistência à saúde por meio de atividades realizadas por profissionais e estudantes da área. Dentre estas atividades, o incentivo à pesquisa e desenvolvimento científico são pontos fortes da dinâmica do CEDEFAM. Considerando a natureza do problema deste estudo, a investigação foi centralizada no contexto da consulta ginecológica de Enfermagem, realizada de terça-feira a sexta-feira, pela manhã, no Setor de Ginecologia do CEDEFAM.

Para seleção das informantes, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão, correspondentes aos propósitos deste estudo: estar realizando atendimento no local e período do estudo; ser portadora de uma DST transmitida essencialmente (exclusivamente. Ex: *Trichomonas vaginalis*) pela relação sexual ou frequentemente (pode ser transmitida por outras vias, mas a via sexual é a mais freqüente. Ex: HPV) por meio desta; estar estabelecendo uma relação estável (casada ou em união consensual); morar em um local de fácil acesso e que não apresente riscos à vida da pesquisadora; e aceitar voluntariamente participar do estudo. A pesquisa foi realizada com suporte no depoimento de 7 informantes-chave, entre as quais prevaleceram aquelas diagnosticadas com HPV(5) em detrimento das diagnosticadas com *Trichomonas vaginalis* (2). Em relação às mulheres selecionadas, ressalta-se que, em estudos fundamentados na Enfermagem Transcultural, o importante não é o número de informantes, mas sim o significado dos depoimentos em relação aos objetivos do estudo⁽⁷⁾.

No desenvolvimento da etnografia, o período de permanência do pesquisador no campo pode variar desde algumas semanas até meses ou anos. A decisão poderá depender, além dos objetivos do estudo e da disponibilidade de tempo do pesquisador, da aceitação pelo grupo e do número de pessoas envolvidas na coleta⁽¹⁰⁾. Alguns autores ressaltam a importância de longa permanência em campo, a fim de obter uma visão profunda do fenômeno estudado. Orienta-se, por exemplo, o trabalho de campo para pesquisas de caráter antropológico, onde se inclui o estudo etnográfico, de, no mínimo, seis meses⁽¹¹⁾. Considerando a integral e exclusiva disponibilidade das pesquisadoras e a complexidade do fenômeno a ser analisado, desenvolveu-se a pesquisa em campo em um período de nove meses, o qual se estendeu de novembro de 2006 a julho de 2007.

Para a coleta de dados, foram seguidas as orientações do modelo “estranho-amigo” e modelo de Observação — Participação — Reflexão (OPR)⁽⁷⁾. O padrão estranho — amigo auxiliou a adentrar o universo das informantes, de modo a identificar, por meio de alguns indicadores propostos pela teórica, o momento em que se avançou da posição de pesquisadora estranha para a de investigadora amiga. Isso significou, sob a perspectiva da investigação, uma relação pesquisadora-informantes mais verdadeira, no qual sentimentos e dados confiáveis foram compartilhados. Assim, ao perceber que as participantes estavam menos desconfiadas, observavam menos palavras e ações, cooperavam como amigas, compartilhavam segredos culturais e experiências particulares, forneciam indícios de que estavam confortáveis com a pesquisa e tencionavam mostrar “verdades” em relação aos valores, crenças e modos de vida para a pesquisa, foi definido o momento de realizar a entrevista⁽⁷⁾. O modelo OPR auxiliou a adentrar no universo cultural de forma gradativa, por meio de quatro fases: observação primária e escuta, observação primária com participação limitada, participação primária com observação contínua, e reflexão e reconfirmação dos achados com as informantes. Para registro dos dados utilizamos o diário de campo, que é instrumento insubstituível e deve ser priorizado como fonte de dados em uma investigação etnográfica⁽⁹⁻¹²⁾.

O exame dos dados ocorreu concomitantemente à coleta. Para isso, obedeceu-se às quatro fases para análise qualitativa de indicativos: coleta, descrição e registro dos dados de forma bruta, identificação dos achados, análise

se contextual e dos pares, e síntese e agrupamento das idéias em temas maiores⁽⁷⁾. A apresentação dos dados foi realizada com base na adaptação dos achados ao modelo *Sunrise*, destacando os fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, de companheirismo e sociais, culturais e modos de vida, legais e políticos, econômicos e educacionais, os quais compõem a estrutura cultural e social das informantes do estudo.

A pesquisa obedeceu às instruções presentes na resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Comitê Nacional de Pesquisa, referente a estudos a serem realizados com seres humanos. Foi garantido o anonimato das participantes, aqui identificadas por pseudônimos baseados em deusas mitológicas de culturas diversas, assim como o direito de desistir do estudo quando considerassem necessário. Convém salientar que, para a realização desta pesquisa, foi solicitada à unidade de saúde a autorização para a realização da investigação. Foi encaminhado o projeto ao comitê de ética da Universidade Federal do Ceará (UFC) e, logo tendo aprovação, foi iniciada a coleta de dados.

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

O modelo *Sunrise* consiste em um guia cognitivo para pesquisar, em caráter qualitativo e etnográfico, um fenômeno de cuidado cultural sob a perspectiva holística, no qual múltiplos fatores podem influenciar potencialmente o cuidado e o bem-estar das pessoas⁽⁷⁾. Estes fatores podem ser educacionais, econômicos, políticos e também legais, valores culturais e modos de vida, sociais e ambientais, religiosos e filosóficos, e tecnológicos. Todas as dimensões e componentes do modelo trazem como finalidade o cuidado culturalmente baseado, por meio da conservação/manutenção do cuidado, quando profissionais apóiam e incentivam ações benéficas já utilizadas pelo cliente; do ajustamento/negociação do cuidado, quando profissionais buscam formas de ajustar padrões de saúde e formas de atendimento ao cliente; ou da repadronização/reestruturação do cuidado, quando profissionais ajudam clientes a alterar padrões de cuidado insatisfatórios para obter padrões de vida mais saudáveis.

O *Sunrise* consiste em um auxílio essencial para decifrar a Teoria da Diversidade e Universalidade do

Cuidado Cultural. Tem o objetivo de facilitar a compreensão sobre a complexidade dos componentes da teoria e de como eles influenciam o comportamento para o cuidado. Sua última finalidade, entretanto, é fazer com que um novo cuidado seja desenvolvido contando com a contribuição da própria unidade de cuidado mediante suas crenças e valores e, assim como o “Sol Nascente”, que este cuidado cultural brilhe e seja disseminado na sociedade⁽¹³⁻¹⁴⁾.

O modelo possui semelhanças com o processo de enfermagem. O conhecimento sobre culturas, pessoas e sistemas de atendimento, sobretudo acerca da estrutura social e visão de mundo, linguagem e contexto ambiental e fatores de religião, tecnologia, filosofia, companheirismo, estrutura social, valores e crenças culturais, política, sistema legal, economia e educação do cliente, podendo este ser um indivíduo, família ou sociedade, corresponde às etapas de *investigação e diagnóstico* do processo de enfermagem. Após conhecer a realidade do cliente e fazer o diagnóstico de sua situação cultural em relação ao cuidado, ocorrem o *planejamento* e a *implementação* das ações de enfermagem, agora baseadas nos fatores culturais da unidade de cuidado. A fase de *avaliação* não é explicitada no contexto do modelo *Sunrise*; entretanto, por meio das orientações de Leininger, percebemos a necessidade de avaliar se os comportamentos relacionados aos cuidados de enfermagem e à cultura do cliente são apropriados para a saúde e bem-estar deste⁽¹⁵⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

A identificação dos fatores influenciadores possibilitou a análise reflexiva a respeito da complexidade do problema da contaminação por DST em casais e da amplitude e importância da abordagem da cultura durante práticas de promoção da saúde sexual e reprodutiva. A interação dos diversos fatores contribuiu para a contaminação e para o comportamento em relação ao cuidado após o diagnóstico. Essas relações estão representadas nos seguintes núcleos temáticos: educação, valores cultu-

rais, acesso à saúde, e mitos e tabus. Os fatores culturais identificados são apresentados na adaptação do modelo *Sunrise* à realidade investigada.

Educação

A escola constitui importante ambiente de influência cultural. É na escola que as pessoas estabelecem vínculos sociais e identificação cultural⁽¹⁰⁾. Como elemento educacional identificado neste estudo, a escola forneceu bases importantes para que as mulheres viessem a obter informações básicas sobre as DST por meio de seminários e palestras, por exemplo. A falta de informação sobre como prevenir DST não foi um problema, uma vez que todas afirmaram que na escola aprenderam que a forma mais segura para a prevenção dessas doenças é usando camisinha. *Na escola a gente vê as doenças, NE? Toda semana falavam sobre as doenças transmissíveis. Tinha até seminário! Mas eu parei em 2002, de estudar... (risos) Lá eles falavam muito sobre as prevenções das doenças transmissíveis. E diziam pra gente usar camisinha... (KALU). Sei das coisas que ensinaram no colégio. Eles ensinam mais a forma como pega... (ARIADNE). A gente passa a aprender mais na escola... Na escola onde eu estudo, de seis em seis meses o pessoal da odontologia vai pra falar sobre saúde e toca nesses assuntos de DST (ÁRTEMIS).*

As informações adquiridas, entretanto, parecem não terem sido culturalmente direcionadas, o que ocasionou lacunas sobre a gravidade das DST para a saúde. O método tradicional de ensino, em que, de um lado, fica aquele que ensina, detentor do saber, e de outro, aqueles que aprendem, não contribui de forma efetiva para a conscientização^(10,16). A distância entre informação adquirida e esclarecimento de conceitos equivocados sobre DST pode ser percebida na identificação de crenças que persistem na comunidade investigada. *Sei que pega de assento (de ônibus), de homossexual... Pega também, assim, de homem que fica com essas mulheres velhas (profissionais do sexo), né? ... É difícil, mas acontece... (ADIT). Tem também um amigo do meu pai que morreu de aids. Meu pai e minha mãe iam até cuidar dele. Eu me lembro que ele tinha tudo separado: copo, prato, colher... E máscara também. Tudo pra não transmitir, pra eu não pegar (ÁTEMIS).*

É necessário que a relação entre os envolvidos seja democrática, participativa. Nesse contexto, muitos autores discorrem sobre a necessidade de se conhecer o

âmbito cultural das pessoas para, a partir daí, se estabelecer o diálogo^(9,14,16).

Após o diagnóstico, diante do desconhecimento sobre algumas DST, sobretudo o HPV, muitas das participantes buscaram esclarecimento mediante tecnologias dependentes (internet) e independentes (cartazes, sistemas de cuidados profissionais, revistas, vizinhos). Uma das informantes ressaltou a importância do fator tecnológico no contexto de seu adoecimento, relatando a pesquisa que pediu que uma sobrinha fizesse na internet sobre o que é HPV. *Quando eu soube da doença que eu tinha, do HPV, fiquei assustada. Mas não fiquei imaginando coisa, fui logo pesquisar pra saber melhor o que era. Pedi pra minha sobrinha que pesquisasse na internet, em uma lan house. Agora sei de tudo! (risos) Isso por que eu vi um artigo na internet que falava tudo do HPV, até da relação do HPV com a aids (DEMÉTER).*

Valores culturais

O impacto do diagnóstico de DST ocasiona a morte social e afetiva da mulher⁽¹⁷⁾. Diante disso, a auto-reflexão a respeito do relacionamento com o marido ou companheiro desencadeou questões filosóficas sobre “como aconteceu isso?”, “como me deixei ser contaminada?” ou “de quem é a culpa?”. *Ele (marido) disse que não teve relação depois de mim. Isso ele disse assim... Ele não vai me dizer que teve, né? (risos) ... mas ele disse que antes de mim, quando ele ficava com uma mulher tando bom — porque ele bebe — ele usava preservativo; mas se ele tivesse bebo, não usava ... Isso eu digo por que nem me preocupo muito se ele teve mulher depois da gente junto... Eu me preocupei mais foi assim, se ele não tivesse com o HPV, ele ia pensar o quê de mim? E se ele me deixasse grávida? Minha preocupação era essa... Por que ele não foi meu primeiro homem. (KALU). Pra mim eu já ia morrer no outro mês. Na hora, ela (enfermeira) me falando, eu fiquei normal... Até porque eu sou assim: tenho problemas, mas não consigo demonstrar as coisas (sentimentos). Mas quando eu cheguei em casa desabei no choro (ATENA).*

Uma revisão sobre a vida social e amorosa aconteceu e, nesse intervalo, as mulheres buscaram forças na religiosidade e tentaram barganhar a cura. Na realidade da contaminação por DST, fatores religiosos e filosóficos parecem se entrelaçar num misto entre a procura de respostas para os porquês e a busca de um bom prognóstico⁽⁵⁾.

Por conta da necessidade do tratamento do parceiro, a mulher, após o diagnóstico, tende a informá-lo sobre

a DST e envolvê-lo no processo de cuidado. Vale salientar, porém, o fato de que apesar de o homem contribuir após o diagnóstico, a contaminação ainda parece ser vista culturalmente como algo inerente à parte feminina: acredita-se que a contaminação veio de outra mulher (fora do relacionamento conjugal) e que o corpo feminino é o mais afetado pelos sinais e sintomas da doença^(1,5,18). Diante disso, a mulher desenvolve uma espécie de autodiscriminação e tenta esconder o diagnóstico, compartilhando-o apenas com o parceiro, demais pessoas de seu círculo de confiança ou com mulheres que já apresentaram a mesma doença, isso com a finalidade de obter informações e apoio social. *Contei só pra ele. Ele ficou muito preocupado (DEMÉTER). Contei só pra ele e pra minha irmã... Mas, mesmo assim... Quando eu falei pra minha irmã que eu tava com um vírus ela disse: Ai! Então pega!. As pessoas pensam que todo vírus pega assim, fácil, de ônibus, assento, copo...* (KALU). *Contei pra minha vizinha. Por que eu vi como foi o tratamento da minha vizinha aqui! Foi pesado! Ela e o marido fizeram um tratamento muito sofrido...* (ARIADNE).

Acesso à saúde

O fator econômico é outro agravante no processo que determina a contaminação de casais por DST. A relação existente entre pobreza e DST advém do acesso restrito ou ineficiente à educação e aos serviços de saúde^(14,19). É necessário salientar que esse tipo de acesso não se resume necessariamente ao acesso geográfico, uma vez que a população dispõe de escolas e serviços de saúde; entretanto, barreiras culturais podem prejudicar também a integração entre a população e os educadores (incluindo profissionais de saúde).

Toda a problemática que envolve o fenômeno da contaminação por DST vem a ressaltar a influência do fator político e também legal. Representado de maneira intrínseca, este fator foi citado sob a forma de falta de vagas em outros postos de saúde, ferindo o princípio de universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS). *Eu também errei em passar muito tempo sem ir ao posto. Mas eu não sabia do CEDEFAM... o posto perto da minha casa, onde eu me consultava, vive lotado. Por isso que a gente se desanima logo em ir. Sei que é errado passar mais de um ano sem fazer prevenção* (ATENA).

A incidência da contaminação por DST em casais instiga reflexão a respeito da importância de políticas pú-

blicas de saúde voltadas ao âmbito sexual e reprodutivo que contemplem a população de forma homogênea e o contexto cultural das pessoas. Considerar o problema da contaminação sob uma visão descontextualizada consiste em um agravamento, uma vez que a complexidade do problema exige políticas públicas culturalmente direcionadas para uma realidade nova, em que a população vulnerável não está mais concentrada apenas em homossexuais e profissionais do sexo^(18,20).

Mitos e tabus

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

O crescente número de mulheres que não se consideram vulneráveis às DST por conta de estarem estabelecendo união estável e confiarem no parceiro, assim como de homens que acreditam que só há risco de adquirir DST com mulheres desconhecidas exige que políticas públicas sejam lançadas com outra perspectiva sobre a população e com uma nova abordagem sobre o problema em si. Estas políticas devem considerar conceitos culturais sobre vulnerabilidade que permeiam a realidade de casais em união estável. *Se a gente tivesse usado camisinha desde o começo teria evitado, né? Mas nunca usamos porque eu confiava nele ...* (KALU). *Ele conhecia o risco de se contaminar, porque ele me falou que só ficava com uma mulher sem usar camisinha depois que ele conhecia ela. E quando acontecia de ele ficar com alguma desconhecida, ele usava duas camisinhas, uma por cima da outra, pra não ter perigo!* (ATENA)

Diante disso, conforme orienta o modelo *Sunrise*, é possível perceber que as ações de Enfermagem devem estar em interseção com os sistemas populares (genéricos) e sistemas profissionais de saúde, a fim de alcançar o desenvolvimento de um cuidado congruente com a cultura⁽⁸⁾.

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

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

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

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

Com suporte nos achados, esta investigação foi finalizada abordando, com as informantes, aspectos relevantes sobre cuidado congruente com a cultura e DST na união estável. Por meio da identificação dos fatores culturais determinantes no risco para contaminação por DST, da investigação sobre o significado da contaminação para o casal e das perspectivas para o cuidado obtidas com base no modelo *Sunrise*, foi possível estabelecer um diálogo produtivo com as informantes após a coleta de dados, a fim de promover reflexão e esclarecer alguns conceitos culturais que poderiam influenciar negativamente a saúde sexual e reprodutiva dos casais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fenômeno da contaminação por DST entre casais em união estável revela-se complexo por envolver, nas dimensões da estrutura cultural e social, elementos que vão desde crenças e tabus que favoreceram a contaminação ao conflito desencadeado pela idéia de que o parceiro ou a parceira adquiriu uma DST por conta de uma relação extraconjugal.

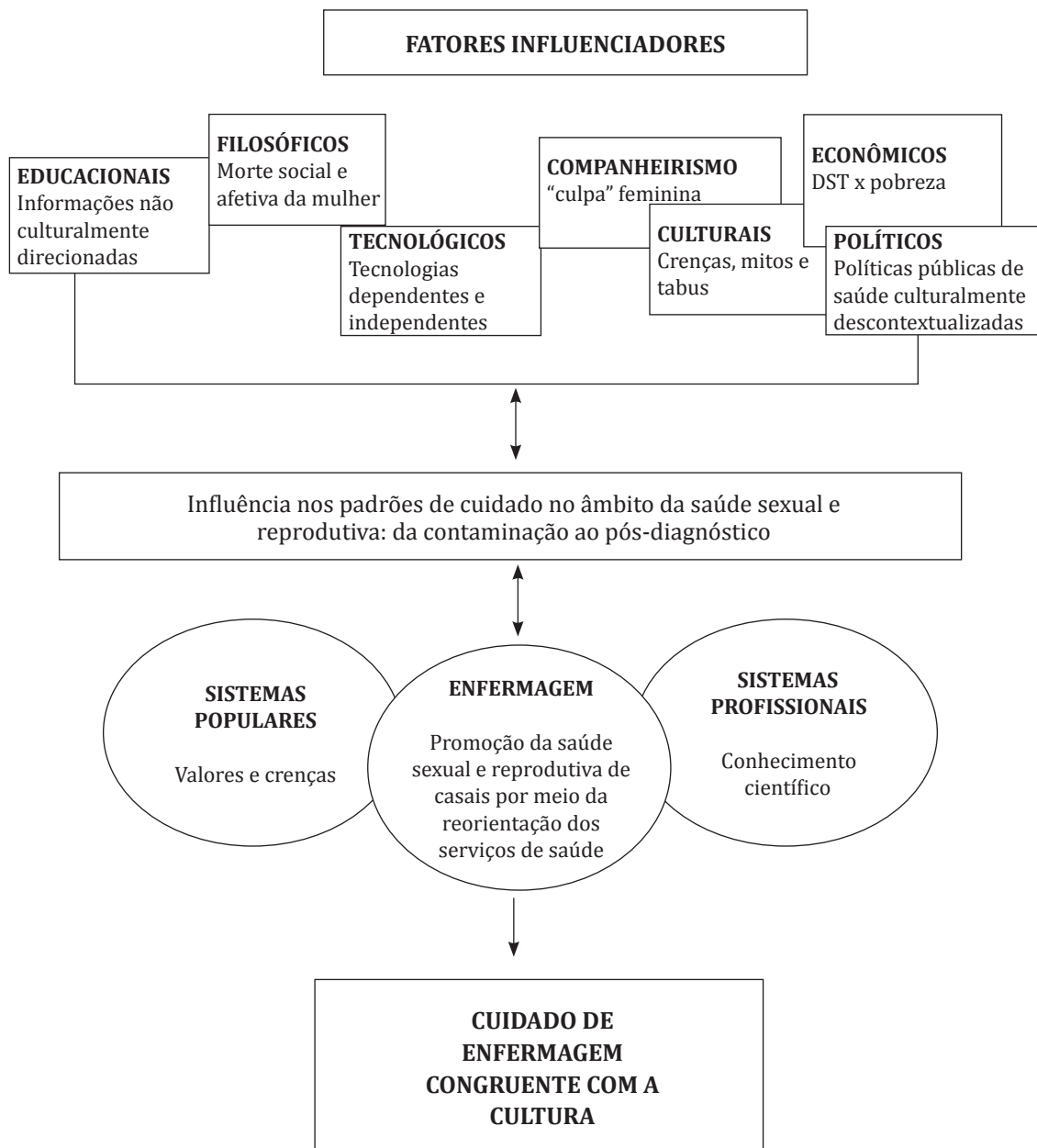
A análise dessa situação por meio do modelo *Sunrise* permitiu, principalmente, a identificação de deficiências no diálogo entre sistema de saúde e usuários. Nesse contexto, é importante destacar que estas deficiências parecem estar pautadas, essencialmente, na distância cultural entre profissional de saúde e usuário, o que proporciona o desenvolvimento de idéias sem base real sobre a forma de contaminação por DST, os meios de prevenção, as possibilidades de manifestação entre casais, as condutas após o diagnóstico e o convívio sócio-familiar.

Os elementos subjetivos que permeiam o contexto da contaminação por DST entre casais em união estável configuram-se em importantes ferramentas para o direcionamento de um cuidado satisfatório, uma vez que permitirão ao profissional de saúde perceber quais os sentimentos e pensamentos que favoreceram o comportamento sexual de risco e, assim, desenvolver estratégias que conduzam os casais a alcançar um modo de vida mais saudável do que o anterior à contaminação, isso por meio da manutenção, negociação ou reestruturação do cuidado, evitando o choque cultural entre o sistema de cuidado profissional e o sistema de cuidado popular.

A análise da interação entre os sistemas macro (fatores políticos e legais, fatores econômicos e fatores educacionais) e micro (fatores religiosos e filosóficos, fatores de companheirismo e sociais, valores culturais e modos de vida) revelou a necessidade de que as políticas públicas voltadas à saúde sexual e reprodutiva reorientem suas estratégias de conscientização sobre riscos e autocuidado fundamentando-se nas diversidades e universalidades culturais.

Diante dos achados, destacamos a necessidade de que outros estudos sejam realizados em outras comunidades, afim de que se possa destacar as diferenças e pontos comuns no que se refere às percepções e expressões sobre o cuidado na prevenção de DST entre casais em união estável. Investigações desse tipo poderão lançar bases para estratégias educativas em um nível mais abrangente ou mesmo locais.

ANEXO 1
Adaptação do modelo *Sunrise*



REFERÊNCIAS

- Duarte G. DST durante a gravidez e o puerpério. In: Passos MRL, organizador. Deesetologia: DST 5. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005. p. 685-705.
- Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- Patraglia IC. Edgar Morin: a educação e a complexidade do ser e do saber. Petrópolis: Vozes; 1995.
- Costa MH, Carbone MH. Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio; 2004.
- Passos MRL, Passos MDL, Passos ZPS. Aspectos psicossociais das DST. In: Passos MRL. Deesetologia, DST 5. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005.
- Ministério da Saúde (BR). Promoção da Saúde (Declaração de Alma-Ata, Declaração de Adelaide, Declaração de Santafé de Bogotá, Rede dos mega-países, Carta de Ottawa, Declaração de Sundsvall, Declara-

- ção de Jacarta, Declaração do México). Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
7. Leininger MM. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991.
 8. Leininger MM, McFarland MR. Transcultural nursing: concepts, theories, research e practice. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.
 9. Winkin Y. A nova comunicação: da teoria ao trabalho de campo. Campinas: Papirus; 1998.
 10. André M. Etnografia da prática escolar. Campinas: Papirus; 1995.
 11. Ross DD, Kyle DW. Qualitative inquiry: a review and analysis. In: Annual Meeting American Educational Research Association. New York, 1982.
 12. Melleiro M M, Gualda DMR. Explorando a fotovoz em um estudo etnográfico: uma estratégia de coleta de dados. Rev Bras Enferm. 2005; 58(2):191-3.
 13. Oriá MOB, Ximenes LB, Pagliuca LMF. *Sunrise* model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis. Rev Enferm UERJ. 2001; 15(1):130-5.
 14. Souza JR, Zagonel IPS, Maftum MA. O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a teoria transcultural de Leininger. Rev Rene. 2007; 8(3):117-25.
 15. George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
 16. Sousa LB, Moura ERF, Barroso MGT. Promoción de um ambiente de aprendizagem positivo. Invest Educ Enferm. 2008; 26(2 supl):106-12.
 17. Alves MDS. Papilomavírus e mal-estar: representações sociais de homens e mulheres. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC/Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 2004.
 18. Sousa LB, Barroso MGT. DST no âmbito da relação estável: análise cultural com base na perspectiva da mulher. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(1):123-30.
 19. Passos MRL. Deesetologia, DST 5. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005.
 20. Pinheiro PNC. A cultura masculina e sua influência na soropositividade pelo HIV à AIDS [tese]. Fortaleza(CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2005.

Recebido: 22/04/2009

Aceito: 15/02/2010