

CONTEXTO FAMILIAR DA PESSOA JOVEM PORTADORA DE DST: UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM

FAMILY CONTEXT OF THE YOUNG PERSON CARRIER OF STD: A CHALLENGE FOR NURSING

M^a. Grasiela Teixeira Barroso¹
Nara Sibério Pinho Silveira²
Patrícia Neyva da Costa Pinheiro³

O problema que as DST representam para os adolescentes é grave, principalmente quando os situamos sob o prisma familiar. Objetivou-se conhecer e analisar o contexto sócio-econômico e cultural da família de uma adolescente portadora do HPV. Trata-se de um estudo de caso, de natureza qualitativa, com uma família de uma jovem portadora do Papilomavírus Humano (HPV). A adolescente tem 17 anos, engravidou aos 16, quando também se contaminou com o HPV. O caso foi acompanhado no hospital, até ao domicílio. Para a coleta de dados, foram utilizados registros do prontuário, diário de campo, a observação participante e entrevista na oportunidade de visitas realizadas à família. Os resultados mais significativos foram: contexto familiar desestruturado, valores culturais alterados e dinâmica da família abalada. Concluiu-se que a família é o *locus* principal frente ao estilo de vida do adolescente e quando este é portador de DST, o contexto familiar se torna alterado, e que a enfermagem é imprescindível na educação em saúde voltada para a família.

PALAVRAS-CHAVE: Família. Adolescente. DST. Enfermagem.

The problem that STD represents among adolescents is extremely serious, mainly when we place it under the familiar prism. It was aimed to know and analyze the socio-economical and cultural context of a family whose adolescent was a carrier of the HPV. The investigation is a study case, of qualitative nature, with the family of a young carrier of the human papillomavirus (HPV). The adolescent is 17 years old, who got pregnant when she was 16, at the same time that she was also contaminated by the HPV. The case was accompanied from the moment she was taken into hospital, to the moment she arrived at home. There were used as data; registrations of the handbook, field journal, participant observation and interviews given by the family. The most significant results were: unstructured familiar context, altered cultural values and affected family dynamics. It was concluded that the family is the main locus to the adolescent's lifestyle when this is a carrier of STD, the familiar context becomes altered, and Nursing is indispensable in the health education regarding the family.

KEYWORDS: Family. Adolescent. STD. Nursing.

¹ Prof^a. Titular do Dept^o de Enfermagem. Prof. Emérito – UFC.

² Acadêmica de Enfermagem. Bolsista do Programa de Iniciação Científica – UFC.

³ Acadêmica de Enfermagem. Bolsista do Programa de Iniciação Científica – UFC.

INTRODUÇÃO

As DST se configuram como um problema para os adolescentes. Os jovens, principalmente adolescentes mulheres, situam-se numa dimensão em que a situação sócio-econômica e cultural, juntamente com a falta de informação, influenciam notadamente nas suas atitudes, deixando-as mais susceptíveis a adquirir DST. Esse é um problema que vem sendo considerado um desafio para a área da saúde, principalmente para a enfermagem, quando esta o avalia sob a perspectiva do contexto familiar.

A família é percebida como a principal determinante no desenvolvimento dos adolescentes, mas, infelizmente, ao ser colocada nessa condição, não está atuando como deveria, pois a função dos pais, a de educar, se encontra comprometida, prioritariamente quando se trata da sexualidade.

Dessa forma, o adolescente pode vivenciar conflitos pela perda da identidade, considerando a busca de suas verdades e valores em um meio extra ao âmbito familiar, encontrando-se, muitas vezes, expostos a situações de risco como uma gravidez indesejada, drogas e aquisição de DST. Destaca-se, aqui, a situação de adolescentes que vivem num ambiente desestruturado, sob repressão e domínio dos pais que, de forma intensa, contribuem para que eles se envolvam nessas situações.

A família é assim colocada, por ser no âmbito familiar que os filhos absorvem com maior intensidade costumes e valores, sendo nesse espaço que ela desempenha um papel decisivo na educação de seus membros (KALOUSTIAN, 1994, p.12).

Os pais, ao acompanharem o desenvolvimento dos adolescentes, deveriam dar o suporte necessário quando pensassem no problema que as DST representam. Para tanto, é fundamental que eles saibam fornecer informações e compreender a sexualidade dos filhos (RAPPAPORT, 1996, p.55).

Uma vez não tendo essa compreensão, o relacionamento dos adolescentes, principalmente das mulheres, com a família pode se agravar quando estes portam alguma DST.

Sob uma visão cultural, as DST produzem preconceitos de pudor e vergonha para as mulheres que são portadoras de alguma delas, comprometendo seus relacionamentos com a família, parceiros, equipe de saúde e sociedade (RIBEIRO, 1998, p.10).

Aqui, enfatiza-se a infecção pelo Papiloma-vírus humano (HPV), o qual vem sendo considerado o mais comum de transmissão sexual e um expressivo problema pela associação, através de sua ação oncótica, com lesões genitais malignas. O deplorável é que esse vírus está ausente das campanhas de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e não incluso no sistema de notificação compulsória de DST pelo Ministério da Saúde, situação que está alarmando os especialistas em saúde pública (LIMA, 1998). A incidência do HPV está relacionada com 90% dos casos de câncer de colo uterino (ACCORSI, 1999).

A promiscuidade e a atividade sexual sem prevenção facilitam o contágio do vírus em faixas etárias mais baixas. Os adolescentes, ao iniciarem a vida sexual mais cedo, são, na sua maioria, mais desinformados, inseguros e, em geral, mais afastados dos serviços de saúde (LIMA, op. cit.).

Diante do exposto, entendemos que os adolescentes encontram-se carentes de educação conscientizadora acerca das DST, necessitando de acompanhamento por parte da sociedade, com a promoção de práticas educativas.

O problema abordado foi considerado um desafio para a enfermagem, por ser uma profissão que visa à saúde da família e tem como principal meta a prestação do cuidado. Assim, poderá contribuir com uma compreensão dos aspectos familiares que influenciam nas condutas dos adolescentes, atuando na orientação à família, com ênfase na educação em saúde, visando a prevenção das DST.

Tendo como objetivos conhecer e analisar o contexto sócio-econômico e cultural da família de uma adolescente portadora de HPV, a pesquisa se faz relevante ao revelar, através de um estudo de caso, a situação de uma adolescente que atualmente é portadora do HPV.

REVISÃO DE LITERATURA

O HPV na Adolescência e as DST

Os adolescentes, sobretudo do sexo feminino, estão situados num contexto em que problemas como as DST preocupam a todos. Neste trabalho, ressalta-se o risco da doença provocada pelo papilomavírus humano (HPV) que, mesmo não sendo tão enfatizado como o problema da AIDS, pode ser considerado grave.

Sexualmente transmissível, o HPV pode associar-se à neoplasia intra-epitelial cervical e, assim como outras DST, servir como *porta de entrada* para o vírus HIV. O traumatismo das lesões (verrugas) induzidas pelo HPV provoca sangramento fácil, o que propicia a infecção pelo HIV, sendo estimado um aumento de 18 vezes o risco de sua transmissão (LIMA, 1998).

É grande a incidência do HPV entre jovens de 17 a 25 anos. Vários motivos contribuem para isso. Entre eles, a carência de educação sexual e, em decorrência de fatores hormonais, o aumento do apetite sexual nessa fase de vida (SIQUEIRA apud ALMEIDA, 1998).

A possibilidade de se discutir as DST torna-se inviável quando não existe espaço para abordar a sexualidade, implicando, assim, no comprometimento da promoção de abordagens educativas e preventivas (RIBEIRO, 1997).

A situação dessas adolescentes provoca a reflexão sobre suas atitudes, tendo em vista o potencial de risco para a sua saúde e a não intervenção educadora e conscientizadora por parte dos responsáveis, principalmente da família.

Educação no Contexto Cultural das Famílias

A educação é considerada fator fundamental frente à ação transformadora de valores e condutas das pessoas. Assim, se faz essencial na prática conscientizadora e preventiva às DST, principalmente no contexto familiar, quando se pensa nos adolescentes em desenvolvimento.

A família é considerada fundamental no desenvolvimento emocional de seus componentes, sendo focalizada como o *locus* potencialmente produtor de pessoas saudáveis, felizes e equilibradas, ou como base geradora de inseguranças, desequilíbrios e indutora de desvios de comportamento (SZYMANSKI, 1995, p.23).

Os jovens, quando não encontram um suporte familiar, ficam confusos e inseguros e, ao buscarem suas razões em um meio que não o da família, tornam-se mais vulneráveis a situações de risco. Vale ressaltar que essa busca pode estar também diretamente relacionada à desestrutura familiar. Aqui, enfatiza-se a questão da mulher, que reflete com maior intensidade os problemas decorrentes de um desajuste familiar e, ao buscar uma afirmação ou uma compensação, pode facilmente se inclinar para a delinquência ou para a prostituição (DI CARLO, 1997, p.41).

Sob essas condições, as adolescentes se encontram mais propensas a adquirir DST, por não terem informações suficientes para nortear condutas de sexo seguro. É válido ressaltar que é mínima a orientação que algumas delas recebem sobre a AIDS, sendo notório o desconhecimento e/ou a pouca preocupação com as demais DST (FUNDAÇÃO, 1994).

Compreendendo assim o problema que as DST representam para os adolescentes, é fundamental que sejam implementadas práticas de educação conscientizadora, prioritariamente em torno da família, para uma possível retomada de valores e atitudes que venham promover qualidade de vida para esses. É também importante, pensar-se nas consequências das doenças como um agravo à estrutura da família.

O processo de educação por que passam as pessoas, possibilita-lhes compreender melhor sua realidade e, conscientizadas, serão capazes de transformar essa realidade (FREIRE, 1979, p.30).

Desta forma, é fundamental que profissionais da área da saúde, especialmente da enfermagem, repensem o seu papel junto à área da educação como uma ação transformadora do problema das DST, que vem situando os adolescentes como principal grupo de risco.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, de natureza qualitativa, com enfoque etnográfico, com a família de uma jovem portadora do papiloma-vírus humano (HPV). O estudo de caso é um método que possibilita a obtenção de dados de forma ampla, favorecendo um leque de conhecimentos em torno do objeto de estudo (GIL, 1991). O caso em foco foi acompanhado em dois contextos: o hospitalar e o familiar.

Para a coleta de dados, foram utilizados os registros do prontuário, a observação participante, o diário de campo e uma entrevista semi-estruturada que abordava a percepção que a família tinha sobre o HPV.

Para desenvolver a metodologia e apoiar a coleta e análise de dados, utilizamos uma adaptação à teoria de Laininger (1991) como se segue: observação e escuta, observação com alguma participação, participação com observação continuada e observação reflexiva. Estas fases se sobrepõem entre si, consistindo em observar o contexto como um todo para, em seguida, focalizar o centro da investigação, tendo momentos somente de observação e participação com observação, comprometendo-se com as atividades e rituais que envolvem os aspectos relacionados à saúde, bem como o exame do efeito dos investigadores nas pessoas.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Observando e Escutando a Adolescente no Contexto Hospitalar

Ao participar de um estágio num hospital-escola, setor de proctologia, tivemos a oportunidade, através da visita de enfermagem, de identificar o caso de uma adolescente de 17 anos, portadora do HPV, que aguardava cirurgia em decorrência de lesões condilomatosas, presentes na região anal, provocadas por este vírus.

Comovidas com seu estado clínico e emocional, logo passamos a estudar o seu caso. Na ocasião, sentimos a necessidade de fazer uma

análise crítica do seu prontuário, como também de conversar com a enfermeira, presente ao plantão, sobre seu estado.

Obedecendo ao processo metodológico, passamos a observar tudo o que se relacionasse à situação da adolescente, seu jeito, o ambiente hospitalar e o envolvimento da família com a mesma. Utilizamos nomes fictícios para garantir o sigilo e anonimato dos informantes.

Logo identificado o caso, percebemos tristeza e ansiedade nos olhos de Clara. Permanecemos o maior tempo possível na enfermagem, prestando cuidados a ela e a outros clientes. Ficávamos mais próximas da adolescente, a fim de observá-la e/ou escutá-la melhor.

Na oportunidade, ela nos falava sobre suas expectativas com relação à doença, referindo que tinha medo que esta viesse a se tornar grave, encontrando-se ansiosa com a operação a que iria se submeter.

Tentamos observar os aspectos que envolviam a situação de Clara, as rotinas, normas, prontuário e atuação da equipe de enfermagem.

No contato inicial, momento em que foi realizada a visita de enfermagem, percebemos como a equipe se envolvia com a cliente. A relação ocorria de maneira rápida e, de certa forma, fria, com alguns comentários sobre a patologia e a cirurgia, ficando finalizada a visita. Outro ponto observado foi o limite dado à cliente com relação aos locais onde poderia ficar no hospital. Percebemos a discriminação feita pela enfermagem a Clara, como por exemplo: ao nos encontrarmos sentadas no corredor de proctologia, verificando algumas prescrições médicas, Clara aproximou-se para conversar, sentando-se num banco próximo à mesa onde estávamos. Nesse momento, uma profissional aproximou-se, solicitando que ela se levantasse, informando-lhe que não podia sentar em outros locais, a não ser em seu leito, sem maiores explicações.

Logo após esse fato, na mesma tarde em que identificamos o caso, Clara foi solicitada a comparecer ao setor de cirurgia, retornando à enfermagem no dia seguinte, sábado. Tratava-se de uma eletrocauterização na região anal, para remoção de verrugas aparentes.

Pensando em não perder o contato com Clara, resolvemos estagiar no sábado, quando ela iria ter alta. No expediente prestado, passamos a observá-la após ter sido cirurgiada, aproveitando também a oportunidade para verificar dados do prontuário. Ela se encontrava bem, sem nenhuma queixa a respeito da cirurgia. Ao observar o prontuário, achamos importante anotar alguns pontos, entre os quais, a história atual da doença (HDA), registrada por um interno de medicina, que constava do seguinte texto:

“A história da paciente teve início em fevereiro de 97, época que engravidou, quando também passou a sentir prurido anal e palpava nodulações. Com a evolução, os nódulos aumentaram de tamanho e passou a sentir dor, principalmente ao sentar-se, sem relação com a defecação. Refere também hematoquesia após uso do papel higiênico, chegando, por vezes, a pingar sangue.”

Por ocasião da alta da cliente, e percebendo que Clara logo iria embora, achamos importante perguntar-lhe se aceitaria que a acompanhássemos no seu caso, também no domicílio. Fornecemos-lhe explicações acerca da importância de acompanhar sua saúde no contexto familiar. Ela respondeu que sim, mas logo demonstrou preocupação relativa à sua mãe: “eu não sei se ela vai gostar, minha mãe me controla muito.”

Durante o período em que a acompanhamos no hospital, não houve muita oportunidade de observar a relação entre ela e sua família, pois D. Ana, sua mãe, só compareceu no momento da alta. Nessa ocasião, tentamos nos aproximar para estabelecer contato. Clara, então, comentou junto à sua mãe sobre nós (pesquisadores), demonstrando estar receosa com a reação dela. Parecia temer sua mãe. Entretanto, D. Ana permitiu que iniciássemos as visitas domiciliares.

Observando a Adolescente no Contexto Familiar

Para entender melhor a situação da adolescente, passamos a realizar visitas à sua família.

Nos contatos iniciais com familiares de Clara – mãe e padrasto – fomos bem recebidas por eles. Explicamos o motivo das visitas, assegurando-lhes o sigilo sobre o caso e estabelecendo o contato de acompanhamento à família.

A mãe de Clara era quem mais se envolvia durante as visitas. Demonstrava ter domínio sobre todos os filhos, inclusive sobre seu companheiro, não dando muita oportunidade para que eles falassem, principalmente Clara. Gostava de falar sobre a estrutura da família e problemas de saúde. Ao ouvir suas palavras, percebemos o quanto se queixava da situação de Clara, em sua presença.

“... tudo agora na minha casa é muito difícil. Depois que essa menina pegou essa doença e a criança, não tive mais sossego. Fico me preocupando com ela. Não sei nem se esta doença tem cura. O padrasto dela também está desempregado e tenho 6 filhos para sustentar ...”

O que notamos nessa ocasião foi um agravamento na estrutura da família, quando esta se encontra com as necessidades de seus membros afetadas e que, quando o problema maior está em torno de uma adolescente, as dificuldades aumentam, principalmente no que diz respeito à saúde da família.

Uma vez considerada fundamental para o seu equilíbrio emocional, quando se depara com algum problema estressor, a família se faz alterada, podendo estar sujeita a desequilíbrios em sua estrutura e no seu desenvolvimento saudável (SZYMANSKI, 1995, p.23) .

Na oportunidade do relato, D. Ana desabafou, comentando sobre os problemas que aconteceram entre Clara e sua família. Referiu que a filha lhe dava muita preocupação ao namorar rapazes que, ao seu ver, eram de mau caráter, e que, ao controlar seus relacionamentos, Clara fugiu de casa. Segundo sua mãe, a encontrara morando com um casal, e tinha quase certeza de tratar de uma casa de prostituição.

No momento em que sua mãe falava, observávamos o jeito de Clara; calada, recuada, de-

monstrando, através de suas expressões, ter mágoas de sua mãe. Parecia temê-la, sem ter espaço para falar.

Não querendo interromper o que D. Ana falava, continuamos a ouvir.

Ao deparar com esta situação, D. Ana referiu ter colocado o caso na justiça, juizado de menores, pois sua filha não quis retornar à casa dos pais, alegando que sofria maus-tratos de sua mãe, comentando:

“Clara voltou para minha casa revoltada, me dando mais trabalho. Coloquei ela novamente na escola para ver se melhorava. Fez foi me dar muita dor de cabeça porque conheceu o rapaz que deixou ela aí, grávida e com essa doença.”

Durante as visitas, D. Ana parecia preocupar-se com a saúde de Clara, mas sempre a criticava por estar nessa situação, e porque não tinha a mínima experiência para cuidar de sua filha. Na ocasião nos falou:

“Essa menina já me decepcionou tanto, chegou até pegar drogas. E o pior, é que nunca me falava. Eu só vim a saber pelos outros. Ela nunca conversava comigo. Não sei por que ela fazia isso. Nunca lhe dei motivos e nem seu padrasto. Ele sempre a respeitou.”

Percebendo que Clara não se sentia bem com a presença da mãe e não tinha oportunidade para falar, achamos importante conversar com a adolescente em outro local que não o âmbito familiar. Clara logo começou a chorar, desabafando o que estava sentindo:

“Eu não agüento mais o jeito de minha mãe. Ela fica o tempo todo falando de mim, me humilhando. Depois que eu peguei essa doença e fiquei grávida, ela não deixa mais eu sair de casa, nem para a escola. Só deixa para o médico, dizendo que vou é me prostituir, e qualquer coisa que eu faço briga comigo.”

Notamos que o relacionamento entre Clara e sua família tornou-se mais comprometido quan-

do a adolescente contraiu a DST, interferindo na estrutura da família, ao ter uma criança, e que seus pais, frente a esse problema, não estão sabendo como lidar com o caso, agravando a situação.

Refletindo sobre esse problema, concluímos que é de fundamental importância que os pais saibam compreender a sexualidade dos filhos, para então orientá-los sobre DST, o que se torna difícil por não se sentirem capacitados e evitem dialogar sobre relação sexual.

Participando com Observação Reflexiva

Ao ter vivenciado momentos com a família de Clara e sentir que já existia um clima de integração entre nós e seus membros, achamos oportuno nos envolver, aplicando a entrevista.

O instrumento foi aplicado à adolescente e à D. Ana. A entrevista constava da questão norteadora: Qual a percepção que você tem com relação à pessoa portadora do HPV? Tendo essa pergunta como parâmetro, surgiram respostas significativas, a saber:

“Quando peguei essa doença eu nem sabia que era uma doença venérea. Vi as verrugas nascerem em mim, mas nem desconfiava.” (Clara).

“Quando transava, meu medo era só com a AIDS. Eu usava a camisinha com outros rapazes, mas com esse, achei que ele não tinha nada. Me senti traída por ele.” (Clara).

“Hoje taí com essa doença. Não sei nem se fica boa. Fica?” (D. Ana).

“Tenho medo que essa doença fique grave.” (Clara).

Ao fazer a análise das falas, pudemos perceber que D. Ana não tinha uma compreensão crítica da situação da filha, embora se mostrasse preocupada. Entendemos que os pais de Clara não possuem a dimensão do problema que as DST podem causar, chegando até mesmo a des-

conhecer a própria doença da filha, que pode vir a se tornar grave. É deplorável que essa situação se encontre dessa forma, pois os pais não se mostram capacitados para orientar seus filhos sobre DST, ao que se soma a falta de diálogo entre eles, detectada nas falas da mãe e da filha. É importante salientar o valor da educação familiar na transmissão de valores, influenciando nas condutas de seus membros.

Assim, os jovens se situam num contexto em que, na maioria das vezes, ao terem um relacionamento já comprometido com os pais, se vêem em conflitos e acabam por tomar atitudes que conduzem a problemas maiores, como uma gravidez indesejada e aquisição de DST.

Quando sofrem algum desajuste familiar, os adolescentes tentam buscar uma compensação, em que podem facilmente enveredar para a delinqüência ou para a prostituição (DICARLO, 1997, p.41).

É o caso de Clara, que, ao se contaminar pelo HPV, não tinha um mínimo de conhecimento sobre ele e a possibilidade de contraí-lo, demonstrando, através de suas falas, não compreender que a falta de condutas preventivas levam ao risco de contrair outras doenças além da AIDS. É o que se confirma, quando ela refere o uso da camisinha ao temer a doença, talvez, por ser esta a mais divulgada.

O problema é que os adolescentes ainda relacionam a AIDS a grupos de risco, em vez de considerarem os próprios comportamentos de risco e, assim, se deixam envolver com pessoas que, aparentemente, encontram-se sadias.

Um aspecto significativo é que eles nada sabem sobre a relação entre a AIDS e as demais DST, tendo apenas um mínimo de orientação sobre a AIDS, ficando clara a pouca preocupação referente às outras DST (FUNDAÇÃO, 1994).

O mais crítico é que eles, ao se defrontarem com alguma DST, não compreendem a dimensão do problema e, o que é pior, às vezes, nem sabem que se trata de uma DST. Ao apresentarem algum tipo de lesão na genitália, que se faz inicialmente indolor, não procuram o serviço de saúde para maior esclarecimento. Somente buscam esse serviço quando a lesão já se encontra

grande e/ou causa dor. Outro ponto importante, é que a maioria deles esconde o problema dos pais, com medo de repressão. No caso da doença de Clara, essa circunstância se torna mais grave, pois é importante que o HPV, por ter potencial oncótico, seja detectado cedo.

Numa visão cultural, existem preconceitos de pudor e vergonha para as mulheres que são portadoras de alguma DST, o que, de uma certa forma, dificulta o relacionamento dessas mulheres com seus parceiros, a família, a equipe de saúde e a sociedade (RIBEIRO, 1998, p.10).

Outro aspecto percebido, como referido nos comentários citados acima e observado no acompanhamento à família, é a preocupação da mãe e filha com relação à possibilidade da doença agravar-se, além de haver questionamentos sobre suas conseqüências, o que, de certa forma, demonstra também o desconhecimento delas sobre o HPV que afeta à saúde de ambas, principalmente a de Clara, quando o problema se faz estressor.

Infelizmente, a adolescente, ao se encontrar nessa situação, grávida e com uma DST, se vê em conflito por não ter o apoio do parceiro nem o suporte adequado da família, quando esta a percebe como um agravo à sua estrutura e não compreende que influenciou nos comportamentos de risco desenvolvidos por ela.

Para entender melhor a estrutura da família, analisamos outras falas que se seguem abaixo:

“As coisas aqui pioraram, a gente já não estava com muita condição, e agora temos que gastar com a criança e com ela também quando precisa ir ao médico e de remédios.” (D. Ana).

“Depois que seu irmão soube que ela estava grávida e com esta doença, minha casa virou o maior inferno. Seu irmão jurou até de matá-la.” (D. Ana).

“Nunca pensei que minha vida fosse piorar tanto. Você vê o jeito da minha mãe, me culpando todo tempo porque fiquei com essa doença e tive a neném.” (Clara).

“Me sinto muito humilhada por minha família, não posso nem falar. Depois que eu peguei essa doença ela não deixa mais eu sair de casa.” (Clara).

Analisando os comentários, passamos a compreender melhor a estrutura da família frente a problemas que envolvem a adolescência. Notamos que a família, ao se deparar com esses problemas, torna-se abalada, não contornando a situação, principalmente quando estes envolvem a saúde e as necessidades financeiras de seus membros.

Vale ressaltar que, quando os problemas situam-se em torno de uma DST, drogas e/ou uma gravidez, aumentam as dificuldades no âmbito familiar. As relações tornam-se comprometidas e a crise se instala, passando, em alguns casos, a produzir até mesmo violência entre seus membros.

O lastimável da crise é que os familiares não percebem, sob uma visão crítica, o agravamento da situação. Fazem pior: as críticas e a repressão aumentam sobre a adolescente e os pais não percebem o sofrimento que causam.

Nota-se que a relação comprometida entre Clara e sua família se encontra difícil de superar. Os pais, que deveriam compreender o problema, por ser a família fundamental como base geradora de crises ou não, estão atuando de forma errônea quando não dão espaço para a filha sentir-se acolhida. Ao contrário, criticam-na por sua situação e não percebem que as suas necessidades de segurança e afeto estão comprometidas.

A família é considerada fator fundamental para a produção de pessoas saudáveis, felizes e equilibradas ou fonte geradora de desequilíbrios e indutora de desvios de comportamentos (SZYMANSKI, 1995). Assim, não entende que agrava a situação e pode, desta forma, induzir a adolescente a desenvolver condutas que venham a agravar o problema e, o que é pior, situar a neta e outros filhos na mesma dimensão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do envolvimento maior com a família de Clara, e percebendo a realidade dos proble-

mas que norteiam a vida desta adolescente, compreendemos que, possivelmente, os pais influenciaram para que ela, hoje, se encontre portadora do HPV, mãe solteira, comprometendo ainda mais a estrutura familiar.

As dificuldades encontradas no relacionamento entre Clara e seus pais demonstram estar concretamente relacionadas ao estilo de vida da adolescente. Entendendo que os jovens, ao passarem por conflitos na adolescência, precisam do apoio da família ao se depararem com a própria sexualidade, depreende-se que a não existência desse suporte (orientação) associado ao controle, em demasia, que os pais tiveram sobre Clara, contribuiu, de forma intensa, para que a adolescente apresentasse condutas que comprometessem a sua saúde, como foi o caso de adquirir a DST.

A família, então, se vê em crise por não saber contornar o problema, ficando a relação entre seus membros consideravelmente comprometida, aumentando o sofrimento, principalmente em torno da adolescente que, ao ser considerada o fator prejudicial, vive sob críticas e repressão.

Concluimos, portanto, que a adolescente portadora de HPV, além de sofrer as consequências da doença, sofre a repressão da família. Por isso, faz-se importante que a enfermagem se sensibilize com o tema, ao priorizar o cuidado à saúde da família.

Contudo, é importante que sua atuação seja feita sob uma compreensão do contexto sócio-econômico e cultural da família, intervindo na orientação aos seus membros, enfatizando a importância da prevenção às DST.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Mozarly. HPV é porta de entrada para o câncer. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 26 abr. 1998.
- ACCORSI, Fabiano. Brasileiras testam novas vacinas. **Época**, São Paulo, Ano II, n. 69, p.24, 1999.
- DI CARLO, Franco. **Para pais e filhos**: ensaios sociológicos. Fortaleza: GER, 1997. 84p.
- FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. 79 p.

- FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. ENSP. A violência enquanto agravo à saúde de meninas que vivem nas ruas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 10, supl.1, p.156-167, 1994.
- GIL, A. C. Que é estudo de caso. In: _____. **Como elaborar Projeto de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991. p. 58-60.
- KALOUSTIAN, Sílvio Manoug. **Família brasileira: a base de tudo**. São Paulo: Cortez, 1994. 183 p.
- LAININGER, Madeleine M. **Culture care diversity e universality: A theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991. 432 p.
- LIMA, Samorone. O câncer do sexo. **Veja**, São Paulo, n. 21, ano 31, 27 mai. 1998.
- RAPPAPORT, Clara Regina. **Encarando a adolescência**. 4. ed. São Paulo: Ática, 1996. 111 p.
- RIBEIRO, Ana Maria de Sousa. **Crenças e valores da mulher portadora do Papilomavírus humano (HPV)**. Abordagem na etnoenfermagem. Fortaleza, 1998. 97 p.
- RIBEIRO, Marcos. **A aventura do amor**. In: II CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DAS DST's/AIDS. Brasília,DF, 18-21 nov. 1997. Boletim.
- SZYMANSKI, Heloisa. Teorias e "teorias" de famílias. In: _____. **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 1995. 122p.