

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LILIAN ESCOPELLI DEVES COSTA

**COMPREENDENDO O SER MULHER PORTADOR
DE DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL**

Porto Alegre

2005

LILIAN ESCOPELLI DEVES COSTA

**COMPREENDENDO O SER MULHER PORTADOR
DE DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia de Lourenzi
Bonilha

Porto Alegre

2005

C837c Costa, Lilian Escopelli Deves

Compreendendo o ser mulher portador de doença sexualmente transmissível / Lilian Escopelli Deves Costa ; orient. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha. – Porto Alegre, 2005.

75 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2005.

Inclui resumo em: Português, Espanhol e Inglês.

1. Saúde da mulher : Brasil. 2. Doenças sexualmente transmissíveis : diagnóstico. 3. Relações familiares. 4. Relações interpessoais. 5. Relações profissional-paciente. 6. Imagem corporal. 7. Percepção social. 8. Educação do paciente. 9. Promoção da saúde. 10. Educação em saúde. I. Bonilha, Ana Lúcia de Lourenzi. II. Título.

Limites para indexação: Humano. Feminino. LHSN – 726
NLM – WP 100

Catalogação por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).



UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Banca Examinadora atribuiu o Conceito Final: A

Nome e Assinatura da Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha
CIC 256428530-34

(Presidente)

Prof. Dr. Ricardo Timm de Souza
CIC 439108070-20

(Membro – PUCRS)

Profa. Dra. Olga Rosaria Eidt

(Membro- UFRGS)

Profa. Dra. Dulce Maria Nunes

(Membro- -UFRGS)

Porto Alegre, 29 de novembro de 2005.

Assinatura da Mestranda: Luciane Desses Costa

AGRADECIMENTOS

À orientadora e amiga Ana Bonilha pelo estímulo, apoio e compreensão nesta trajetória; agradeço ao acolhimento, a amizade e dedicação;

A uma pessoa muito especial em minha vida, que ultrapassou os simples ensinamentos na academia, e me mostrou os caminhos da fenomenologia, que se tornou um exemplo de profissional e pessoa, a minha Dulce;

À equipe multiprofissional da Unidade Básica de Saúde, em especial a enfermeira e o técnico de enfermagem, que me acolheram e apoiaram na busca incansável na coleta dos dados;

Às mulheres, sujeitos do estudo, por permitirem que eu adentrasse em um universo tão íntimo de suas vidas, demonstrando confiança no estudo em que realizamos juntas;

Aos meus pais, em especial minha mãe, pelo estímulo, e apoio nos momentos em que temia não conseguir, eles me ensinaram a ser perseverante e seguir em busca dos meus objetivos;

Ao meu irmão, meu pequeno Getúlio, a quem amo muito;

A minha Cê, que me apoiou, e não me deixou desistir nesta trajetória, e me presenteou com o nosso bebê Rodrigo;

Às colegas de mestrado, pelas palavras de apoio e compreensão;

A Leila e Lenir, colegas e amigas, pelos momentos descontraídos, pelas palavras de estímulo;

Às colegas da UTI central, em especial Jaqueline e Carine, pela compreensão e apoio nos momentos mais difíceis;

À Vera Fauri pelo incentivo e compreensão nos momentos de ausência;

Ao meu marido, pelo estímulo, compreensão e apoio, por acreditar que eu conseguiria, não me deixando desistir;

E a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela ação de fomento, através da política de bolsa de estudos à qual obtive benefício e incentivo desta instituição.

RESUMO

O presente estudo teve o objetivo de compreender como é a vivência das mulheres com doenças sexualmente transmissíveis e como elas se percebem no mundo, enquanto portadoras dessas doenças. Caracteriza-se como pesquisa qualitativa fenomenológica, com embasamento teórico filosófico em Martin Heidegger. Foram entrevistadas oito mulheres usuárias de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada como instrumento para coleta de dados. Dos sujeitos emergiram dados relativos à descoberta e convivência com o diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis; sentimentos de negação relacionados às doenças e questões de relacionamento interpessoal, destacando-se a relação afetiva sexual, com familiares e comunidade, e a relação das mulheres com os profissionais de saúde. Surgiram também questões relativas aos sinais e sintomas das DST's que imprimem sua marca nos corpos das mulheres sujeitos do estudo. Acredita-se que os profissionais de saúde ao conhecerem e compreenderem os sentimentos e vivências das mulheres podem proporcionar um atendimento mais efetivo as mulheres portadoras de doenças sexualmente transmissíveis.

Descritores: Saúde da mulher: Brasil. Doenças sexualmente transmissíveis: diagnóstico. Relações familiares. Relações interpessoais. Relações profissional-paciente. Imagem corporal. Percepção social. Educação do paciente. Promoção da saúde. Educação em saúde.

Limites: Humano. Feminino.

RESUMEN

El presente estudio tuvo el objetivo de comprender como es la vivencia de las mujeres con enfermedades sexualmente transmisibles y como perciben a si mismas en el mundo siendo portadoras de estas enfermedades. Se trata de una investigación cualitativa fenomenológica, con basamento teórico filosófico en Martín Heidegger. Se realizó entrevista con ocho mujeres usuarias de una Unidad Básica de Salud de Porto Alegre. Se utilizó la entrevista semiestructurada como instrumento para recolección de datos. De los sujetos emergieron datos relativos a la descubierta y convivencia con el diagnóstico de enfermedades sexualmente transmisibles; sentimientos de negación relacionados a las enfermedades y cuestiones de relaciones interpersonales, destacándose la relación afectiva sexual con los familiares y la comunidad bien como la relación de las mujeres con los profesionales de salud. Surgieron también cuestiones relativas a las señales y síntomas de las DST's que imprimen su marca en los cuerpos de las mujeres sujetos del estudio. Se cree que los profesionales de salud, al conocer y comprender los sentimientos y vivencias de las mujeres, pueden proporcionar una atención más efectiva a las mujeres portadoras de enfermedades sexualmente transmisibles.

Descriptores: *Salud de las mujeres: Brasil. Enfermedades sexualmente transmisibles: diagnóstico. Relaciones familiares. Relaciones interpersonales. Relaciones profesional-paciente. Imagen corporal. Percepción social. Educación del paciente. Promoción de la salud. Educación en salud.*

Límites: Humano. Femenino.

Título: Entendiendo el ser mujer portador de enfermedad sexualmente transmisibles.

ABSTRACT

The present study had the purpose of understanding the women's life experience regarding sexually transmitted diseases and how they perceive themselves in the world as holders of these diseases. It is a qualitative phenomenological investigation with theoretical and philosophical basis on Martin Heidegger. Interview was carried out with eight women, the clientele of a Basic Health Unit of Porto Alegre. The semi-structured interview was utilized as instrument for the data collection. Data have emerged from the subjects regarding discovery and getting along with the diagnosis of sexually transmitted diseases; negation feelings related to the diseases and issues of interpersonal relationship standing out the sexual affective relationship with the family members and the community, and the relationship of the women with the health professionals. Issues related to DST's signs and symptoms that imprint their mark in the bodies of the women subject of this study have also arisen. There is a belief that the health professionals, upon learning and understanding the feelings and life experiences of the women can provide a more effective attendance to women carrying sexually transmitted diseases.

Descriptors: *Women's health: Brazil. Sexually transmitted diseases: diagnosis. Family relations. Interpersonal relations. Professional-patient relations. Body image. Social perception. Patient education. Health promotion. Health education.*

Limits: *Human. Female.*

Title: *Understanding the woman, being holder of sexually transmitted disease.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 ABORDAGEM TEÓRICA DO FENÔMENO EM ESTUDO	18
3 REFERENCIAL FILOSÓFICO	21
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	266
4.1 Campo de realização do estudo.....	277
4.2 Sujeitos do estudo	288
4.3 Coleta dos materiais	299
4.3.1 Preparo do campo de realização da pesquisa	30
4.3.2 Instrumento de pesquisa	311
4.4 Considerações bioéticas	322
4.5 Organização e análise dos materiais.....	344
5 ANALISANDO O SER MULHER PORTADOR DE DST'S: compreensão dos discursos	366
5.1 Convivência com a descoberta do diagnóstico	388
5.1.1 O momento do diagnóstico.....	388
5.1.2 Convivendo com o diagnóstico.....	422
5.2 Negando a condição de portadora de doença sexualmente transmissível.....	444
5.3 Relacionamento interpessoal.....	499
5.3.1 Relacionamento afetivo sexual.....	499
5.3.2 Relacionamento familiar e comunidade	54
5.3.3 Relacionamento entre a mulher portadora e os profissionais de saúde	577
5.4 A doença impressa nos corpos	59

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICE – Termo de consentimento informado.....	73
ANEXO – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	74

1 INTRODUÇÃO

A doença sexualmente transmissível (DST) ainda pode ser considerada um fenômeno atual, que transforma o contexto das vivências do ser humano por ela acometido. Deseja-se abordar esta questão para desvelar e compreender como é a vivência das mulheres com doenças sexualmente transmissíveis e como elas se percebem no mundo, enquanto portadoras dessas doenças.

Segundo a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1996), em Beijing, as mulheres representam a metade de todos os adultos que contraem o vírus HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST's).

Codes *et al.*(2002), em estudo sobre detecção de DST's em clínica de planejamento familiar da rede pública do Brasil, apresentaram resultados de altas taxas de DST's. Dentre as DST's, as mais observadas foram clamídia e sífilis, e em menor proporção, a gonorréia.

Gir *et al.* (1998) ao perceberem o aumento das DST's em mulheres, focaram-se em realizar trabalhos com enfoque de prevenção e controle das doenças. Observaram uma necessidade de trabalhar, portanto, a DST junto às questões de sexualidade e corporalidade das mulheres, que vinha sendo trabalhada de forma ainda fugaz e compartimentalizada. Citam que o conhecimento por si só não significa que estas mulheres vão aderir a tratamentos e ou a comportamentos de prevenção, é necessário abordar a mulher de forma a compreender suas necessidades.

Portanto ao desvelar o mundo-vida desse ser mulher, acredita-se estar proporcionando, aos enfermeiros e demais profissionais da saúde, subsídios que favoreçam compreendê-las e auxiliá-las a clarificar o que são essas doenças e as possibilidades que a portadora pode ter na compreensão das questões relativas aos seus corpos, sexualidade, afetividade, convívio conjugal e autonomia como ser atuante nas decisões referentes às suas necessidades, comportamentos de prevenção, e a busca de um estado mais próximo possível do saudável.

O interesse pela temática ocorreu durante o curso de graduação em enfermagem, ao atender mulheres nas consultas ginecológicas de enfermagem, em uma unidade básica de saúde da zona norte de Porto Alegre.

A consulta de enfermagem era o momento em que se realizava o exame de mamas, coleta para o exame citopatológico, exame físico completo, principalmente da genitália e exame de sangue e anti-HIV. Nesse espaço de cuidado, essas mulheres foram orientadas quanto à importância do auto-exame das mamas, da prevenção do câncer de colo uterino, fazendo-se considerações sobre o corpo feminino, prevenção de doenças ginecológicas e planejamento familiar. Observou-se que a maioria delas mostrava desconhecimento sobre o cuidado com seu corpo, que engloba métodos contraceptivos, reconhecer os sinais das doenças sexualmente transmissíveis, os riscos delas advindos e sua prevenção.

As mulheres costumavam agendar as consultas de enfermagem ginecológica por apresentarem sinais e sintomas de prurido vaginal intenso, corrimento fétido, dor durante a relação sexual, entre outras sintomatologias inerentes às doenças. No momento em que eram informadas sobre sua condição de portadoras de doenças sexualmente transmissíveis, demonstravam surpresa, dizendo desconhecer a forma de adquirir a doença ou evitá-la. Demonstravam, também, atitudes de desespero,

ansiedade, vergonha e medo por serem portadoras de uma doença diferente, inaparente, mas que as fazia se sentirem culpadas pelo fato de serem responsáveis pelos cuidados de si e dos outros membros da família.

As mulheres que freqüentam a unidade básica de saúde referida, possuem, em sua maioria, baixo grau de escolaridade e socio-econômico. A renda familiar provém do mercado de trabalho informal e de atividades ilícitas. Muitas delas têm como parceiros usuários de drogas, e algumas revelaram a troca freqüente de parceiros, e que os companheiros mantinham relações extraconjugais.

As doenças sexualmente transmissíveis são enfermidades transmitidas principalmente mediante contato sexual, durante a relação oral, vaginal ou anal. Existem, também, alguns comportamentos de risco associados à contaminação por DST's (KRUSE; HAMMES, 2002). A troca freqüente de parceiros, relatadas pelas mulheres, o início precoce de atividades sexuais, relações sexuais sem uso de preservativo, entre outros comportamentos, são os riscos mais freqüentes para contrair doenças.

Entre outras situações observadas nas consultas, as pacientes demonstravam resistência à exposição de sua intimidade, de sua genitália, quando estava sendo realizado o exame. As mulheres verbalizaram ter vergonha e medo por serem, muitas vezes, alvo do preconceito dos profissionais que lhes prestavam atendimento. Segundo elas, a sensação que experimentavam era de rejeição, o que lhes dificultava a aproximação com a enfermeira, e de assim, poderem receber informações mais fidedignas e essenciais para o tratamento e cuidado com a doença. A confiança no profissional de saúde foi resgatada após muitas consultas e com o estabelecimento do vínculo do profissional com a paciente.

Gir *et al.* (1999, p. 12) referem que têm-se observado atitudes “anti-éticas e não humanísticas” para com os portadores de DST’s, que geralmente são alvos de preconceitos provenientes, muitas vezes, do desconhecimento acerca destas afecções e da falta de consciência crítica sobre as atitudes dos profissionais em relação a esses pacientes.

As reações de arrogância e discriminação ao portador são consideradas as deficiências demonstradas pelos profissionais, e Gir *et al.* (1999) afirmam que essas dificultam ou impedem o desenvolvimento de um cuidado qualificado a essas mulheres.

Algumas mulheres também revelaram rejeição do marido/companheiro e das pessoas da comunidade onde vivem, sentindo-se moralmente afetadas.

Segundo Halbe (2000) as doenças sexualmente transmissíveis são carregadas de conflitos emocionais e estão intimamente relacionadas com o parceiro. Atitudes de negação, raiva, isolamento, desvalorização, medo, vergonha e culpa permeiam e tornam ainda mais preocupante a disseminação das DST’s.

As estratégias para evitar a infecção por DST’s devem ser adaptadas às realidades das mulheres que são cuidadas, conforme Naud *et al.* (1993). A prevenção primária está baseada na mudança de comportamento sexual da mulher e seu parceiro, concomitante ao fornecimento de orientações para medidas de prevenção da doença. Codes *et al.* (2000) abordam que é importante questionar as mulheres durante as consultas ginecológicas a respeito da sua atividade sexual, sintomas anormais e questões relacionadas às DST’s. Contudo, para que o profissional possa orientar a mulher, terá de conhecê-la e compreendê-la, respeitando e considerando os sentimentos que ela demonstra e vive.

A importância de se trabalhar educação em saúde e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis é significativa, considerando-se o ônus que essas acarretam para a saúde individual e coletiva das pessoas que as portam. Assim, acreditando-se que a forma mais expressiva de alcançar esses indivíduos seja a de conhecer o que sentem por portarem uma doença sexualmente transmissível, também se crê que, a partir desse conhecimento, permitir-se-á às portadoras dessas doenças compreender sua condição ao abordar-se de modo claro e objetivo a questão. Portanto, essa atitude pretende atingir os objetivos do presente estudo, proporcionando subsídios aos profissionais da área para trabalharem com esses indivíduos, além de propiciar aos pacientes relativa capacitação para realizar escolhas, cuidar de seus corpos, educá-los para o autocuidado, a fim de desenvolverem atitudes de responsabilidade individual e grupal.

Conhecendo e compreendendo esse ser mulher portador de doença sexualmente transmissível, pretende-se alcançar os elementos para abordar esta área da enfermagem com maior segurança, a fim de que mais profissionais possam dispor de melhores estratégias para cuidar da mulher, aqui enfocada.

Gir, Moriya e Robazzi (1991) afirmam a importância dos programas educativos para prevenção e controle de DST's. Ressaltam que a única forma de controle da disseminação das DST's é a conscientização da população e a adoção de medidas de prevenção baseadas na educação. Os autores afirmam que a função educativa, mediante a formação e desenvolvimento da consciência crítica das pessoas a respeito de saúde, estimulando a busca de soluções e organização para a ação coletiva, sem a tentativa de inculcar atitudes preconcebidas às pessoas, é uma tarefa complexa, mas que deve ser realizada constantemente pelos enfermeiros.

Tendo em vista que, como referem Gir, Moriya e Robazzi (1991), a disseminação das doenças sexualmente transmissíveis está interligada às atitudes do portador, acredita-se que, ao compreender o ser mulher portador de doenças sexualmente transmissíveis, poder-se-á contribuir para que os profissionais consigam atuar de forma mais abrangente. Considerando-se a mulher um ser social, com suas vivências e concepções, dissimulando preconceitos e atuando-se como educador, cuidador e conscientizador, também poder-se-á resgatar a autonomia desse ser.

Em face das considerações expostas, questiona-se: como é esse ser-mulher portadora de doença sexualmente transmissível?

Desejando-se cuidar dessas mulheres, compreender seus momentos, zelar pela sua saúde e possibilitar o desenvolvimento da consciência crítica frente às suas situações de vida, pretende-se proporcionar, a partir do conhecimento da realidade destas mulheres, uma forma de fortalecê-las para que tenham a possibilidade de refletir sobre suas ações de saúde enquanto indivíduos e na coletividade. Cechim (1997) ressalta que investir na promoção da saúde da mulher implica abrir espaço para que ela se aproprie de si e se conheça.

2 ABORDAGEM TEÓRICA DO FENÔMENO EM ESTUDO

Estudar a temática das doenças sexualmente transmissíveis é um desafio, pois as DST's têm sido fonte de preocupação para a saúde pública, tendo em vista as suas conseqüências, sobretudo em relação às mulheres.

Neste estudo, excluem-se mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV), considerando-se as particularidades da doença, dos sentimentos e das percepções que evidenciam seus portadores, principalmente por ainda haver correlação com a morte e seqüelas próprias da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Contudo, considera-se importante referenciar estudos que comprovam a inter-relação entre o HIV e as demais DST's, porque tanto as doenças ulcerativas-herpes genital, sífilis e gonorréia - quanto as não ulcerativas- clamídia, gonococo, e tricomonas - facilitam o contágio pelo vírus do HIV, sendo, portanto, importante tema para promover educação em saúde. Praça e Latorre (2003) referem ser de suma importância abordar a relação direta de infecções por DST's e o contágio e exposição ao HIV/AIDS.

Xaxier (2001) refere que foi comprovada a existência de ligações perigosas entre DST's e a AIDS. Aborda que este fenômeno sinaliza um conjunto de fatores, biológicos, sociais e culturais, que potencializa a vulnerabilidade feminina ao HIV.

Fernandes (1995) informa que as DST's com corrimento vaginal, como a gonorréia, clamídia e tricomoníase, também têm demonstrado aumento significativo na transmissão para o HIV/AIDS.

Gir *et al.* (1998) citam que é comprovado que as doenças sexuais erosivas constituem fator de risco expressivo para a aquisição do HIV, e dizem ainda que o Ministério da Saúde recomenda que qualquer ação sobre AIDS não deve estar dissociada das demais DST's.

As doenças sexualmente transmissíveis estão associadas ainda ao contágio e ao aumento da incidência de neoplasias de colo uterino, vulva e vagina e infertilidade em mulheres (FERNANDES *et al.*, 2000). Além destas complicações, tem-se evidenciado a transmissão neonatal, aumentando a morbi-mortalidade perinatal e materna, como referem Fernandes *et al.* (2000).

Gir *et al.* (1999) referem que outras doenças sexualmente transmissíveis, como a sífilis e a gonorréia, que estavam desaparecendo, atualmente estão reaparecendo. Os autores acrescentam que os tabus trazidos com estas doenças dificultam o diagnóstico, controle, e prevenção das mesmas.

Há um número reduzido de pesquisas realizadas na área de saúde que enfocam outras DST's que não o HIV. Reis e Gir (2002) em seu estudo sobre a caracterização da produção científica sobre DST's e AIDS publicados em periódicos de enfermagem do Brasil, referem que se observam lacunas na produção de conhecimento referentes a DST's que não o HIV/AIDS. Os autores relatam que dos 18 periódicos que analisaram, selecionaram 73 artigos dos quais somente 18 versavam sobre outras DST's que não o HIV, e 55 abordavam exclusivamente o HIV.

O enfoque dos estudos na temática AIDS/HIV+, excluindo destes estudos com as demais DST's, acentua a falta de conscientização e orientação sobre a gravidade dessas doenças em nível individual e coletivo. Também é fator agravante para o contágio, disseminação e banalização da problemática – DST's.

É, pois, relevante considerar o aumento crescente das DST's e da AIDS/HIV em mulheres. A vulnerabilidade social dessas mulheres soma-se às características biológicas femininas, às questões de papel social e gênero, às relações desiguais de poder e dependência econômica a que estão submetidas.

Silveira *et al.* abordam que, especialmente em países em desenvolvimento, estes fatores limitam o acesso da mulher a informações adequadas e atualizadas acerca das DST's. Os autores afirmam que as mulheres, mesmo tendo conhecimento e estando conscientes de sua vulnerabilidade ao contágio das DST's, continuam expondo-se e persistindo em "práticas de riscos" (2002, p. 671).

Os profissionais necessitam compreender que o atendimento a estas mulheres não implica apenas na adoção de medidas que os profissionais de saúde consideram saudáveis para elas. Existem outros fatores para que elas adotem comportamentos em relação a sua saúde, que os profissionais de enfermagem consideram de risco, e muitas vezes podem não ser assim percebidos por elas.

Portanto, a perspectiva de clarificar o mundo-vida dessas mulheres, permitirá aos profissionais focar de forma reflexiva e compreensiva, os cuidados a serem a elas propostos.

3 REFERENCIAL FILOSÓFICO

A opção pelo suporte filosófico em Martin Heidegger ocorreu por entendê-lo como o filósofo que sustenta a compreensão do ser no tempo, buscando alcançar o essencial do ser-no-mundo, compreendendo e buscando naquilo que se mostra, o sentido daquilo que se esconde (OLIVEIRA, 1998).

Existência é a palavra que possibilita a compreensão do nosso ser e dos demais seres, é o modo de ser próprio ao Dasein, termo que se refere à existência, é o lugar do ser, “terreno onde se manifesta” (VATTIMO, 1995, p. 27).

A existência humana cresce e se expande no espaço que denominamos mundo (BUZZI, 1993). É no mundo que os seres dos entes estão em **pre-sença**, assumindo, assim, uma relação com ele e mostrando-se, por si mesmos, à cotidianidade. É desta forma que o ser existe enquanto **ser-em** e **ser-para** o mundo. E é somente neste mundo e considerando-o que dá-se a compreensão do ser, pois nele somos e conhecemos, esperamos e desesperamos, enfim é nele que somos reais e convivemos com outros seres, como refere Buzzi (1993).

Dubois (2004) cita ainda em conceito de mundo que este deve ter a compreensão existencial, não como a soma de entes, mas como a abertura em projeto do Dasein.

A compreensão do ser que é própria da **pre-sença**, deve compreender, de forma igualitária, o mundo e os seres (dos entes) que se tornam acessíveis dentro do mundo, tendo, assim, uma compreensão pré-ontológica do ser (HEIDEGGER, 1989).

A facticidade, o desejo que lança o homem aos projetos de vida dá origem ao fenômeno humano que se denomina existência, palavras de Heidegger na interpretação de Buzzi (1993).

Martins (1992, p. 51) revela a impossibilidade de compreender o homem e o mundo, se não a partir da sua “facticidade”, segundo a “maneira de ser-no-mundo”, como um ser lançado no mundo, necessitando ultrapassar as contingências e lutando para se encontrar.

Oliveira (1998) refere que o filósofo alemão Martin Heidegger entende a fenomenologia vinculada à questão do ser, debruçando-se, sobre a existência humana, em seu sentido mais profundo. O filósofo afirma que o homem se torna humano mediante contato ou vivência com outros seres humanos, e esse convívio o afeta através do que é vivenciado. As vivências, segundo o filósofo, são apreendidas pela consciência, que é intencional.

Ao estabelecer a relação com o mundo, o ser-aí constrói um projeto e, na sua realização, inter-relaciona-se com outros eus, podendo sofrer interferências e confrontar-se. O modo de ser do homem pode, então, ser derrotado e, ao invés de tornar-se ele mesmo, torna-se o que os outros desejam.

O cuidado, independente do modo como o **ser-está-aí, no-mundo**, busca promover a autonomia deste ser, possibilitando-lhe construir um novo espaço histórico.

Heidegger (1989, p. 47) afirma que o ser somente pode ser compreendido na “perspectiva e com referência ao tempo”, e as respostas aos questionamentos do ser não podem ser dadas de forma isolada ao tempo, sendo neste tempo que o próprio ser se mostra. Gmeiner (1998) refere que a temporalidade segundo Heidegger leva o **ser-no-mundo** a buscar caminhos.

A compreensão desse **ser-aí**, **ser-no-mundo** e **ser-no-mundo-vivido**, das mulheres portadoras de doença sexualmente transmissíveis, percebendo-as como seres singulares é o foco deste estudo.

Heidegger (1971) diz ainda, que a verdade que se procura do ser é o desvelamento daquilo que, a partir de si mesmo, se mostra velado, e afirma que o ser tem a tendência de encobrir as verdades ou disfarçá-las. Portanto, naquilo que o ente revela está implícito o ser que o constitui. Mas, já que o ser somente se revela sob o **ente**, num retorno sobre o **ser-aí**, torna-se decisivo perseguir e despir os modos de dissimulação em que se situa o próprio **ser-aí** na sua cotidianidade.

Buzzi (1993) diz que o fenômeno da verdade (o mostrar-se da realidade) nos conduz ao que ela mais é: o ocultamento, e é por esse mostrar-se e no mostrar-se ocultar-se que ela nos elege para a tarefa da busca e do encontro.

Oliveira aborda que Heidegger revela que a compreensão não se dá somente a partir do olhar externo ao que se mostra do ser, é necessária a compreensão do ser mediante o seu desocultamento. Através desse descobrir é que se compreende, não com um olhar voltado para o objeto, mas para aquele que realmente vivencia a experiência e a apresenta com seu próprio olhar. Este manifesto é o que Heidegger cita como “o mostrar-se da coisa em si mesma e a partir de si-mesma” revelando o ser em si, com suas crenças, valores e concepções, visando apreender e evidenciar o desvelado em uma visão intelectual apropriada (BLANC, 2001, p. 215).

O desvelamento do significado do que é para as mulheres serem acometidas por DST's, possibilita que se relacionem com o que está inscrito no ser e que pertence ainda ao reino do oculto, posto que ainda não foi colocado à luz. Como refere Critelli (1996), as coisas permanecem também no ocultamento quando o homem fala sobre elas, quando as toca, mas sem se dar conta, ou seja, quando se

refere a elas no modo de uma consciência velada. A conservação do desvelamento só ocorre mediante a linguagem, a fala, pois somente mediante a fala é que a existência começa a ter tangibilidade.

Critelli (1996, p. 74-75) refere que para Heidegger “a linguagem é a casa do ser”, e “o sentido de ser do homem está velado por ele através das palavras”. Critelli (1996) afirma ainda que a existência humana tem a possibilidade de veicular, exibir as coisas em seus sentidos, através da fala, de uma forma de linguagem. A linguagem é o modo pelo qual o significado e o ser das coisas podem ser trazidos à tona.

Dubois (2004) traz da interpretação de Heidegger, que o discurso é existencial, constitui a abertura do Dasein, mas na compreensão e interpretação do discurso do ser, este pode mostrar-se inautêntico, compreendendo o Dasein a partir das coisas de sua preocupação, sem nem mesmo suspeitá-lo, e portanto interpretando-os equivocadamente, compreendendo o Dasein a partir do horizonte ontológico: eu como subjetividade.

Contudo, todo ser deverá se compreender como retomada de si-mesmo, negando fugas, rompendo com o impessoal, compreendendo suas possibilidades, e as colocando enquanto projetos, estrutura que Heidegger (1993) traz como o poder ser da existência, e o lançar-se do homem no mundo com propósitos e possibilidades de ser neste mundo, e é neste lançar que o ser descobre-se nu, e assume responsabilidades sobre suas escolhas e forma de condução da sua história, construindo uma existência autêntica.

Em alguns temas abordados optou-se por referenciar Merleau-Ponty juntamente ao filósofo Martin Heidegger, com o intuito de refletir acerca da fenomenologia da percepção, foco do estudo de Merleau Ponty e fortemente

representado nas falas das mulheres. Contudo não se tem o intuito de aprofundar-se nesta abordagem, focando-se portanto na fenomenologia existencialista de Martin Heidegger.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este é um estudo de natureza qualitativa fenomenológica, que tem como objeto a compreensão do ser mulher portador de doenças sexualmente transmissíveis (DST's), e o aporte filosófico em Martin Heidegger constitui-se num auxílio para olhar a existência do ser-no-mundo.

Como percurso metodológico, optou-se pela fenomenologia, seguindo os passos preconizados por Merleau Ponty, na concepção de Martins (1992) e com fundamentação filosófica em Martin Heidegger.

A opção pela fenomenologia deve-se à busca da compreensão da vivência, assim como ela se mostra para as mulheres portadoras de doenças sexualmente transmissíveis.

Na trajetória da fenomenologia, o pesquisador adentra o mundo do sujeito através dos procedimentos que levam a conhecer, analisar e compreender os materiais oriundos do seu discurso, permitindo o encontro com experiências sensíveis do mundo-vida desse ser. O pesquisador, através dessas experiências, resgata o fenômeno puro, “indo às coisas mesmas”, compreendendo o significado da vivência tal e qual ela se mostra.

Polit e Hungler (1995, p. 270) afirmam que a fenomenologia é um tipo de pesquisa que se “[...] baseia na premissa de que os conhecimentos sobre o indivíduo só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é definida por seus próprios atores”.

Segundo Bruns (2000, p. 217), “a fenomenologia procura interrogar as experiências vividas e os significados que o sujeito lhes atribui, ou seja, não prioriza o objeto ou o sujeito, mas centra-se na relação sujeito-objeto-mundo”.

Oliveira (1998, p. 140), menciona que para Husserl a fenomenologia propõe a descrição do fenômeno como ele é vivenciado para o sujeito, olhando as experiências como elas se manifestam, o que ele revela ser “ir às coisas mesmas”.

A fenomenologia possibilita a compreensão do mundo vivido, descrevendo a realidade e compreendendo estas vivências sem a tentativa de julgamentos e explicações lógicas, mas, sim, descrevendo, a partir da compreensão e significação empregadas pelos seres que as vivenciam. Como refere Triviños (1987, p. 97), a natureza fenomenológica “põe em relevo as percepções dos sujeitos, e sobretudo salienta o significado que os fenômenos têm para as pessoas”.

4.1 Campo de realização do estudo

Após a aprovação do projeto em Comitê de Ética em Pesquisa, o estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde do Programa de Saúde da Família na Cidade de Porto Alegre, do Estado do Rio Grande do Sul. A coleta foi realizada no período de novembro de 2004 a março de 2005. Tendo em vista as dificuldades encontradas no decorrer da busca pelos sujeitos que aceitassem responder as questões do estudo e as dificuldades para encontrar as mulheres na comunidade, o período de coleta dos dados ultrapassou as datas estabelecidas no cronograma do projeto do estudo.

4.2 Sujeitos do estudo

Participaram como sujeitos do estudo oito mulheres com idade de 19 anos a 40 anos. Além das oito mulheres houve a recusa de duas mulheres portadoras de DST, que negaram o diagnóstico, e referiram que não poderiam participar do estudo, tendo em vista não aceitarem-se como portadoras de uma doença de ordem sexual. Ressalto que consta no prontuário das mesmas o diagnóstico, que estas estavam realizando o tratamento e tendo atendimento concomitante em grandes centros de saúde.

A pesquisadora acredita que o número de oito sujeitos possibilitou responder às questões propostas pelo estudo.

As mulheres sujeitos do estudo são portadoras de doenças sexualmente transmissíveis, excluindo o HIV. A exclusão das pacientes portadoras do Vírus da Imunodeficiência Adquirida, foi estabelecida tendo em vista as peculiaridades da doença e dos sentimentos provocados pela mesma.

Neste estudo foram excluídas as mulheres adolescentes, tendo em vista que estas estão em definição das questões sexuais, em um período de intensas alterações hormonais, vivenciando momento de conflitos emocionais, pertinentes ao período de desenvolvimento pelo qual passam.

No estudo foram excluídas também as idosas, devido às especificidades relacionadas à faixa etária, posto que as mesmas apresentam alterações anatômicas e hormonais. As idosas podem também sofrer preconceitos relacionados a estas questões de ordem sexual, diferenciando-as das demais mulheres.

No momento de coleta dos dados, as mulheres sujeitos do estudo freqüentavam o serviço de saúde, para consultas relacionadas ao diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis. A coleta dos dados aconteceu em aproximadamente dois meses posteriores ao diagnóstico, pois acredita-se que os sujeitos necessitavam ter um período de vivência após o conhecimento de estarem portando a doença. Pensa-se que neste período a mulher tenha tido a possibilidade de vivenciar estas questões de saúde, sendo portanto, sujeito em potencial para falar sobre o tema.

4.3 Coleta dos materiais

A pesquisadora realizou entrevistas semi-estruturadas para a coleta de materiais. As entrevistas aconteceram em local que as entrevistadas consideravam mais apropriado. Teve-se o cuidado de não realizar abordagem do estudo para outras pessoas, tendo em vista que a pesquisadora conversava em locais públicos com as entrevistadas. Utilizou-se, para intermediar a busca, profissionais da unidade básica de saúde, conhecidos pela comunidade.

A seguir relatarei como estabeleci contato com as mulheres e os profissionais.

4.3.1 Preparo do campo de realização da pesquisa

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Município de Porto Alegre (Anexo) iniciou-se o preparo do campo de estudo. A primeira providência foi contato com a enfermeira responsável pelo local de estudo, agendando um encontro para apresentar o estudo a ser realizado.

A enfermeira apresentou a pesquisadora ao diretor do PSF, que demonstrou interesse em que o estudo fosse realizado, solicitando à pesquisadora o retorno do estudo ao posto para que pudessem abordar este assunto de forma mais fundamentada.

Em acordo com os ginecologistas e com a enfermeira, a pesquisadora procedeu à busca em prontuários, e através de informações com os profissionais que atendiam em consultório as mulheres sujeitos do estudo.

Não houve observação em consultas pela pesquisadora junto aos profissionais, pois estes acreditavam que pelo fato de ser uma pessoa desconhecida na comunidade e não ter convívio junto à unidade de saúde, as mulheres poderiam sentir-se coagidas e incomodadas. Conversou-se separadamente após o aceite do convite e da solicitação de comunicação do diagnóstico para o estudo, que era realizado pelos profissionais do posto, anteriormente as entrevistas, mas sem a explicação do estudo, nem do que se tratava o estudo.

Acreditou-se que a primeira abordagem precisaria ser feita pelos profissionais conhecidos por elas para que estas sentissem confiança de que se tratava de um estudo acadêmico, sem a finalidade de expô-las em sua intimidade.

Elas foram informadas previamente da possibilidade de desistência do estudo sem que isso acarretasse qualquer ônus.

A enfermeira do PSF entrava em contato com os sujeitos e marcava um encontro na unidade ou em local que as mulheres consideravam mais apropriado. Foi explicado às mesmas que se houvesse a necessidade de passagens para que se deslocassem até o local, estas seriam custeadas pela pesquisadora.

Duas mulheres realizaram entrevista nas suas casas, por opção das mesmas. A pesquisadora dirigia-se à casa dos sujeitos com apoio do profissional do posto.

As demais entrevistas aconteceram em uma sala reservada dentro do posto de saúde. Todas eram moradoras próximas da unidade básica de saúde, não sendo solicitada à pesquisadora passagem para realização das entrevistas.

4.3.2 Instrumento de pesquisa

A pesquisadora considera a entrevista semi-estruturada um instrumento adequado para a coleta das informações, pois este possibilita um encontro reservado, espaço e tempo para o sujeito se pronunciar. Triviños (1987, p. 146) refere que esse instrumento “ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”.

A pesquisadora realizou duas entrevistas-piloto anteriores ao início da coleta dos dados. Estas tinham o propósito de esclarecer dúvidas sobre o instrumento e ou possibilitar reformulação do mesmo. Os sujeitos que responderam ao teste foram

previamente informados sobre o objetivo da entrevista-piloto e a possibilidade de não serem inseridos como sujeitos do estudo; porém os dois sujeitos foram inseridos no estudo e os discursos analisados juntamente aos demais.

O instrumento para coleta das informações continha, inicialmente, as questões do estudo, perguntas para caracterizar o sujeito, contendo nome, idade, grau de escolaridade, profissão, estado civil, número de filhos e religião.

As questões de estudo foram:

- a) por que você buscou atendimento?
- b) como você se sente física e emocionalmente desde que teve o diagnóstico da doença que está tratando aqui?
- c) o diagnóstico interferiu de alguma forma no seu relacionamento com companheiro (a)? De que forma?
- d) o diagnóstico interferiu em algum outro aspecto de sua vida?
- e) gostaria de acrescentar ou perguntar algo?

4.4 Considerações bioéticas

O projeto foi encaminhado à Comissão de Ética e Pesquisa da Escola de Saúde Pública de Porto Alegre com a finalidade de apresentar a proposta do estudo e obter aprovação para realizá-lo.

Segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos (Resolução CNS 196), descrita por Goldim (1997), a pesquisadora informou aos sujeitos o propósito do estudo, o respeito ao anonimato e a livre

participação no estudo, e que os mesmos podiam desistir, em qualquer etapa, sem que isso acarretasse ônus ao atendimento que lhes são prestados.

A pesquisadora fez contato prévio com os sujeitos para solicitar as suas anuências ao estudo, agendando um segundo encontro para a realização das entrevistas.

Anteriormente à entrevista, os sujeitos assinaram um termo de consentimento informado (Apêndice) em duas vias; uma ficando em posse do pesquisador e outra com o sujeito. Polit e Hungler (1995, p. 298) descrevem que “o consentimento autorizado significa que os sujeitos possuem informação adequada quanto à pesquisa; são capazes de compreender as informações e possuem o poder da livre escolha, o que os capacita a consentir, voluntariamente, a participar da pesquisa, ou a recusá-la”.

As informações contidas nas gravações, em fitas K7 foram transcritas pelo pesquisador que, após o uso neste estudo, manterá as fitas guardadas sob seus cuidados pelo período de cinco anos, sendo, após, destruídas.

A pesquisadora prevê que o risco da pesquisa para as pacientes é mínimo. Contudo se a pesquisa desencadeasse algum processo psicológico que requeira atenção profissional, as pacientes podem ser encaminhadas para o serviço de apoio psicológico do PSF. Vale ressaltar que as pacientes do PSF já possuem acompanhamento psicológico.

As mulheres, sujeitos do estudo foram informadas que o mesmo lhes trará como benefício a compreensão de suas vivências, para subsidiar os profissionais que lhes prestam cuidados. Ao conhecer suas necessidades e percepções advindas da vivência enquanto portadoras de doenças sexualmente transmissíveis, os profissionais poderão planejar o cuidado de forma mais efetiva.

4.5 Organização e análise dos materiais

Os discursos dos sujeitos foram submetidos à análise fenomenológica, segundo Merleau Ponty, na concepção de Martins (1992). O autor diz que o encontro interpessoal permite, ao sujeito, a percepção da consciência e, na tentativa de analisar este encontro, propõe-se uma trajetória em três momentos.

No primeiro momento, a pesquisadora, ao organizar os materiais, realizou a transcrição dos conteúdos das fitas K7, com fidelidade às falas, escrevendo-as tal qual foram ditas pelos sujeitos. Neste momento, a pesquisadora realizou a leitura atenta dos dados de cada discurso para captar o sentido do todo.

A pesquisadora distanciou-se do seu conhecimento, crenças e valores, a fim de impregnar-se do conteúdo do discurso do sujeito. Na *epoché*, o pesquisador coloca em suspenso todo e qualquer obstáculo de acesso à região das essências puras (OLIVEIRA, 1998). A *epoché*, segundo Martins (1992), é o pesquisador colocar em suspensão as suas crenças sobre a existência do fenômeno, descrevendo o fenômeno, procurando abstrair-se de hipóteses e pressupostos, buscando exclusivamente descrever aquilo que está sendo mostrado. Este momento é denominado pelo autor como **descrição fenomenológica**.

No segundo momento, partiu-se para a **redução fenomenológica**, em que o fenomenólogo tem a possibilidade de conhecer e refletir acerca das concepções que possuem significado para o fenômeno que está sendo estudado. O pesquisador, a partir das vivências apontadas pelo sujeito, forma um conjunto de asserções que levam a um significado próprio denominado unidades de significado, descrevendo o fenômeno. O pesquisador transforma o discurso do sujeito (discurso ingênuo) em

linguagem que dará forma científica ao discurso (discurso científico). A redução fenomenológica tem como objetivo chegar na essência, que tem início com a intuição das vivências, “uma apreensão direta, imediata e atual, de uma idéia na sua realidade individual” (MARTINS, 1992, p. 56).

No terceiro momento realizou-se a **compreensão e interpretação**, que é iniciada quando são analisadas as essências que emergirem da redução. Após, o pesquisador aproximou as essências nas quais as temáticas possuem significados próximos.

Após este processo, as essências foram analisadas e interpretadas à luz da filosofia existencialista de Martin Heidegger. A figura a seguir apresenta as essências surgidas neste estudo.



Figura – Analisando o ser mulher portador de doenças sexualmente transmissíveis.

5 ANALISANDO O SER MULHER PORTADOR DE DST'S: compreensão dos discursos

No processo de análise dos depoimentos das mulheres portadoras de doenças sexualmente transmissíveis sobre suas vivências, buscou-se o distanciamento de idéias preconcebidas ou prejulgamentos ao sujeito, atentando-se e captando o sentido que melhor esclarecia o que emergia dos sujeitos.

Ressalta-se que houve uma tentativa de analisar os discursos sob a ótica Heideggeriana, mas sem o propósito de aprofundamento nas idéias do filósofo, tendo em vista este ser um caminho longo a ser perseguido, onde acredito estou apenas iniciando.

Durante as entrevistas com as mulheres sujeitos do estudo, emergiram diversos temas relativos aos momentos vivenciados. A compreensão da doença, juntamente aos aspectos culturais, sociais e afetivos, aparecem como forte diferenciador na forma como convivem e vivenciam o “estar” e “ser” portador de uma doença sexualmente transmissível.

Apresentaremos a análise compreensiva dos discursos, apreendidos pelo pesquisador através da leitura atenta e exaustiva das falas dos sujeitos, durante entrevista.

Para captar o sentido dado pelas mulheres na condição de ser portadora de doenças sexualmente transmissíveis, primeiramente a pesquisadora fez a leitura atenta da fala de cada sujeito, abstraindo da fala as significações em particular, considerando o ser como único, em convivência com os demais seres no mundo.

Após, direcionou-se aos recortes da falas em unidades de significado, possibilitando a construção das categorias, das falas dos oito sujeitos.

Busca-se apreender a essência e compreensão do ser portador de doença sexualmente transmissível, analisando-as segundo o enfoque fenomenológico, e aporte filosófico em Martin Heidegger.

O estudo foi realizado com oito sujeitos, que foram enumerados por ordem de entrevista de um a oito.

5.1 Convivência com a descoberta do diagnóstico

Durante as entrevistas os sujeitos revelaram sentimentos referentes ao diagnóstico da doença. Existe inicialmente um processo de confronto cotidiano com o período de diagnóstico e convivência com o mesmo. A seguir aborda-se em separado o diagnóstico e o confronto com a vivência enquanto ser portadora de DST's.

5.1.1 O momento do diagnóstico

Quando questionadas sobre o motivo que as fez buscar atendimento no posto de saúde, estas trazem informações dos sinais e sintomas referentes às doenças sexualmente transmissíveis. Contudo não abordam que tenham procurado os

serviços de saúde, considerando um conhecimento prévio das patologias, ao contrário demonstram total desconhecimento sobre os sinais e sintomas inerentes às doenças. Tal desconhecimento é revelado nas falas abaixo:

Eu vim aqui no posto porque comecei com coceira e dor para fazer xixi, tinha umas íngua na virilha, e eu não sabia o que podia ser, aí ela me explicou que a sífilis dava isto (S2).

Uma vez eu mantive relação com um guri e aí a vizinha veio falar que o guri ficou cheio de veruga por minha causa, mas eu não sabia, não tinha noção, para mim uma feridinha, era normal (S6).

O desconhecimento das mulheres com relação aos sinais e sintomas das DST's nos remete a refletir acerca do cuidado que é prestado nos serviços de saúde e a forma como nós profissionais abordamos questões de interesse público para a comunidade. O desconhecimento sinaliza aos profissionais a necessidade de clareza na troca de informação entre o ser cuidado e o cuidador.

Nas falas abaixo as entrevistadas deixam claro as falhas de comunicação ou entendimento entre profissional e paciente:

Eu busquei atendimento no posto porque eu tava com muita dor e tava saindo um líquido amarelo com cheiro forte... É que eu nem sabia, tem que agora curar, mas eu não sabia que era pega pelo sexo, ninguém me falou, a médica não me falou (S4).

Eu nunca entendi nada sobre a doença eu não sabia que era uma doença sexual... eu achei que era por causa do parto, ninguém nunca me falou nada, nem quando eu tratei para fertilizar (S8).

Segundo estudo realizado por Fernandes *et al.* (2000), as mulheres desconhecem, em sua maioria, que sintomas como corrimento, dor pélvica, estão associados a doenças de ordem sexual. Abordam ainda no estudo, que para a mulher, ter corrimento e dor na relação sexual é normal. Contudo as mulheres demonstram conhecimento quanto ao modo de transmissão das doenças e conhecimento sobre como prevenir, embora não utilizassem o método em todas relações.

Fernandes *et al.* (2000) relatam que quando a mulher é questionada sobre o que fazer quando percebe sinais como corrimento fétido, dor, a mesma refere procurar atendimento, mesmo não associando os sintomas à alguma DST; as mulheres demonstram confiança no profissional de saúde, buscando neles não só tratamento, mas informação. No presente estudo, a entrevistada deixa claro a confiança depositada no profissional de saúde.

Quando eu descobri mesmo que algo estava errado eu tinha uma íngua aqui no pescoço... eu trabalhava no hospital e lá tinha os médicos tudo, aí eles mandaram eu fazer aqui no sanatório os exames... e deu que eu tinha sífilis... e realmente eu tinha coceira, calcinha molhada, como se eu estivesse molhada, corrimento, só que tinha cheiro (S1).

Algumas mulheres, mesmo tendo informação sobre o diagnóstico, não conseguem entendê-lo em sua plenitude, considerando riscos da doença e exprimindo importância à patologia. Valorizam somente informações que tenham sentido de terminalidade, excluindo demais informações.

Xavier (2001) em estudo que realizou sobre DST X HIV aborda que as mulheres, mesmo tendo mais de uma DST, separavam estas do HIV, valorizando somente o HIV, tendo em vista que este representaria a morte, e que para elas as outras doenças não alteram o cotidiano feminino, eram vistas como situações comuns às mulheres. Observa-se tal conduta na fala dos sujeitos abaixo:

No início eu vim aqui no posto porque a médica disse que eu tinha que vir consultar, fazer os exames, depois da gravidez ... e no início não deu nada, mas depois apareceu uma coisinha lá, e aí ela disse que eu tava com uma doença, com um nome esquisito, uma que tem aí... Questiono se ela sabe o nome da doença? Não é esquisito, [eu disse para ela] HPV, é esse mesmo, mas não é aquele outro que mata né? (S7).

Só que ela disse que eu tinha HIV, aí eu fiz exame para saber e mostrar para todo mundo, porque na cabeça dos outros eu tinha HIV, e isso me incomodava, porque a sífilis tem cura né o outro não [HIV] (S2).

As mulheres do estudo não demonstraram conhecer a associação DST's e o HIV. Contudo buscaram atendimento para tratar sinais e sintomas desagradáveis. É neste momento que o profissional deve orientar a mulher sobre riscos e vulnerabilidade em contrair o HIV, não somente por as demais DST's servirem como porta de entrada, mas por um conjunto de fatores sociais, biológicos e culturais envolvendo fortemente questões de gênero e sexualidade (XAVIER, 2001).

O encontro com a condição de ser portador de uma DST, e primeiramente revelá-la como consciente, pode refugiar o ser para o que Heidegger diz como o poder ser-impróprio, que traí e absorve a consciência e o mundo das ocupações e representações (BUZZI, 1993).

É no momento do diagnóstico que o ser mulher entra em contato com o resultado da escolha das suas possibilidades e experimenta o início de novas possibilidades, de enfrentamento ou esconderijo, através do des-conhecimento. A existência nos leva a compreender que o ser humano, como refere Buzzi (1993, p.32) ao citar Heidegger, “não é um dado feito, mas um encargo, uma tarefa de ser! Um risco de ganhar-se ou de perder-se, e justamente porque o humano é possibilidade, ele pode no seu ser ou escolher-se e conquistar-se ou então perder-se, ou seja, não conquistar-se, ou conquistar-se só aparentemente”. Contudo, sendo ele ser humano é livre para a autenticidade e inautenticidade ou ainda para um modo de indiferença.

5.1.2 Convivendo com o diagnóstico

A convivência com o diagnóstico tem um início tênue com a sua descoberta. A descoberta exprime num primeiro momento sentimentos de fuga, de negação, de desconhecimento, medo dos significados que o mundo vai atribuir ao ser. O ser se mostra ou se vê lançado no mundo, não de forma imposta, mas um lançar-se responsável, e é neste mundo em que estamos para efetivar concretamente nossa existência.

Buzzi (1993, p.36) informa que para Heidegger é através do conhecimento que nos tornamos conscientes e realizamos nosso ser como existência no mundo. “Conhecer é um modo de ser do ser-no-mundo”.

É no mundo que o ser experimenta o conhecimento, o mundo é pois o tabuleiro do grande jogo da vida (BUZZI, 1993). Neste mundo os seres se encontram e compartilham projetos, estabelecem o que chamamos de convivência. Nesta convivência estabelecemos experiências e expectativas com relação ao outro.

Contudo nesta troca o sujeito busca muitas vezes comprometer o outro, e buscar culpados, eximindo de si possibilidades de envolvimento sobre o acontecimento. O ser mostra-se inautêntico. Como revela a fala:

Eu acho que ele é o culpado, ele me passou (S4).

Os sentimentos de revolta com o outro e a negação da própria doença aparecem fortemente marcados na entrevista dos sujeitos.

A negação e revolta com o parceiro demonstra uma tentativa de fuga da realidade. A fuga se estabelece, no convívio com a doença, realizando seu tratamento, mas negando compreender o que o diagnóstico significa dentro das

vivências que esta estabelece com o mundo, nas vivências com o outro. Quando o ser se vê tendo de pensar sobre essas possibilidades e sua situação real, busca a condição de membro impessoal, admitindo aquilo que lhe é conveniente, colocando no outro a posição de sujeito do seu destino (HEIDEGGER, 1993). Nesta fala o sujeito mostra a inautenticidade do ser, colocando sua existência no outro.

[...] porque eu passar para ele não tem como, eu vivo minha vida só para ele, a vida toda só com ele (S4).

Segundo Praça e Gualda (2003), o padrão sexual brasileiro expõe a mulher ao risco de infecção por DST's, tendo em vista que a sociedade aceita melhor relações extraconjugais masculinas às femininas, tornando evidente o desnível do poder entre os sexos.

Outras sujeitos do estudo, mesmo não sendo questionadas sobre o momento em que contraíram a doença, buscam justificar a exposição ao risco. O momento do contágio parece ser diferenciador na forma como vão enfrentar a situação de portadora, colocando-se como culpada ou vítima na situação. A sujeito abaixo deixa explícito isso em sua fala:

Quando eu me separei do meu primeiro marido eu não tinha ninguém para me sustentar eu não tinha emprego nenhum, aí caí nessa vida de boate, de prostituta... daí eu não sei se eu peguei lá [prostituição], ou do meu primeiro marido (S6).

O ser pode no entanto assumir a responsabilidade do ato como sua, como ser responsável pelas suas vivências, como ator da sua própria vida, aceitando suas limitações como determinantes de suas possibilidades, como revela a fala deste sujeito:

Eu me sinto culpada, pois eu sabia me cuidar, como prevenir, e não fiz (S5).

Contudo é de se pensar que somente o conhecimento leva o ser a experimentar as possibilidades de forma autêntica. O enfrentamento destas

mulheres ao diagnóstico e suas significações em âmbito familiar e comunitário, deve ser compreendido pelos profissionais que tratam estas mulheres. Assumir o real significado de portar uma DST, não traz consigo somente o valor de tratamento da doença, mas o contexto afetivo destas mulheres. Implica em repensar a forma como exercem sua sexualidade, as relações de poder entre os sexos, as diferenças socioculturais construídas e reafirmadas ao longo dos tempos. No momento em que a comunidade as visualizam como seres transmissores da doença na díade homem X mulher, estabelecem preconceito e revolta como refere o sujeito na fala abaixo:

Os vizinhos vieram falar que eu era uma bichada, que eu namorei com o guri, e ele ficou doente, todo enverrugado, que teve até que ir no médico, e eu disse – eu não acredito eu não sou isso daí que vocês tão falando... Um dia ele me pegou mal eu tava bêbada, e ele me pegou em dois e me deram, me levaram para uma casa e bateram em mim, eu não dei parte, porque dava para dar parte, mas eu pensei que eu acho que eu passei doença mesmo para ele, mas foi sem querer (S6).

5 2 Negando a condição de portadora de doença sexualmente transmissível

A negação da condição de portadora de uma DST, aponta-se como forma de proteção de sua intimidade:

o homem não é apenas um ser vivo, que entre outras faculdades, possui também a linguagem. Muito mais do que isso. A linguagem é a casa do ser. Nela morando, o homem ec-siste na medida em que pertence à verdade do ser, protegendo-a e guardando-a (HEIDEGGER, 1967, p. 55).

Expor o re-conhecimento de ser portadora, faz com que estas mulheres pensem suas vivências, sua realidade cotidiana, e incita o ser a tomar decisões às

quais não estão preparadas. Não digo com isso que estas não estão sendo verdadeiras quando negam portarem uma DST, mesmo quando em seu prontuário constam as informações que comprovam que foram comunicadas sobre a doença e forma de contágio.

Segundo Dubois (2004, p.47), o Dasein¹ é sempre uma possibilidade de ser ele mesmo de modo próprio, ou de não ser. A verdade do ser é modalizada, sendo originária da existência, ou perda de si, ilusão. O ser se mostra então justamente neste esconderijo, “o dasein está na não verdade”. O desvelamento deste fechar para si e para o outro é que confere a compreensão do ser.

Merleau ponty (1971) refere ainda que está compreensão do ser, se dá a partir do encontro da consciência e do corpo em coexistência neste mundo, constituindo então o ser no mundo. A percepção do ser no mundo se estabelece a partir das vivências, no pulso da vida, na existência (MERLEAU-PONTY, 1971).

À medida que o ser se encontra lançado em um mundo “desconhecido” e suas vivências vão de encontro ao que almejam e planejam como projeto de vida, a negação aparece como uma forma de fuga ou elaboração da realidade apresentada.

Existiram no estudo formas de inexistência, ou fuga da realidade do ser portador de DST. Algumas mulheres não foram entrevistadas, tendo em vista a total negação do diagnóstico. Contudo menciono-as no estudo acreditando que no

¹ “É o termo que se refere literalmente a ‘ser’ ou ‘estar aí’, palavra alemã que designa existência e indica o caráter peculiar e distinto da existência humana; é o lugar do ser, o terreno onde este ser se manifesta” (VATTIMO, 1995, p. 27). No existencialismo Heideggeriano, o modo de existência específico do ser humano, que se define fundamentalmente pela angústia diante da morte e do vazio, pela liberdade na projeção do futuro e pelo poder de interrogar o ser de todas as coisas (DASEIN, 2001, p. 911).

silêncio delas esteja explícita a dificuldade de enfrentamento deste momento de vida.

A questão “doença pega pelo sexo”, como coloca a mulher acima abordada, demonstra uma relação com a questão conjugal. Neste momento a mulher demonstra medo do que possa ser pensado sobre suas vivências sexuais. O medo de que imprimam sobre ela algum estigma.

As duas mulheres que negaram participar do estudo tiveram posturas corporais semelhantes, de insegurança, medo, ou seja, estabeleceram uma comunicação não verbal do que falavam a mim, contradizendo-se. Ressel e Silva (2001) referem que a comunicação não verbal expressa nossos sentimentos e emoções, complementa, contradiz e substitui a comunicação verbal. Os autores abordam que no silêncio velado nos corpos é que expressamos nossos sentimentos resultantes do processo inter-relacional de nossas vivências.

No entanto, dentre as participantes do estudo algumas mulheres demonstraram momentos de fuga, questionando a veracidade do diagnóstico. Percebe-se nas falas uma tentativa, esperança de que aquela vivência não fosse verdadeira:

mas a médica não me confirmou o exame [negando a doença], eu acho que eu não tenho isso que tu disse [tricomonas, clamídia e gardenerella] (S4).

Existiram outras negações, mesmo dentre as que sabiam-se portadoras de uma DST. Demonstrem-se aparentemente indiferentes ao diagnóstico, e desta forma parecem tentar minimizar a dor e os sentimentos de pesar. Porém estes sentimentos se confrontam durante suas falas, mostrando dor, raiva, enfim o encontro do ser em si próprio. É neste momento que o ser, o Dasein, escuta o apelo da consciência abrindo-se plenamente para si mesmo.

Por ser uma doença pegada, eu nem liguei, porque eu já tive isso umas três vezes, o que importa é tratar... Quem tinha que participar [da pesquisa] é os homem, sem vergonha (S3).

Como é que eu me sinto! Normal, eu sou a mesma pessoa, para mim não mudou nada... eu fico nervosa, eu não era assim, eu era calma, sabe o que é eu tenho medo que ele fique pior [a doença] e se transforme em AIDS, e AIDS mata, tu fica seca na cama (S7).

É somente quando o ser coloca a situação tal qual ela está sendo vivenciada ao outro, que o ser torna a vivência consciente. Essa consciência faz com que o ser decida estar no mundo vivido de modo próprio (DUBOIS, 2004) e possa estar verdadeiramente consigo mesmo, tornando-se também acessível ao entendimento do outro, de forma compreensível.

Quando as mulheres encobrem os sentimentos, impõem barreiras ao outro e a si mesmas. A negação aparece como parte do processo de elaboração da condição. No momento em que estas mulheres precisam ou são convidadas a repensar estes sentimentos, vão tornando conscientes essas facticidades e tendo que decidir sobre como vão trabalhar com esta realidade. E este momento de conversa consigo mesmo, expondo-se ao outro é visto como um momento de encontro positivo para as mulheres:

daí eu não conseguia ficar assim e vim procurar psicóloga, a Luciana, conversei com ela, me senti melhor, porque eu tinha alguém para desabafar, assim como eu to falando para ti, eu gosto porque me sinto aliviada, eu não tenho mais vergonha, porque vocês me entendem me ajudam (S6).

No momento em que conseguem expor seus sentimentos, inicia-se então a compreensão do ser. Dubois (2004, p.37) revela que o sentido da compreensão, é exatamente o “si mesmo aberto em projeto como ser no mundo”, e é a partir desse momento em que esse se mostra aberto ao outro ao alcance-da-mão, permitindo-se compreender-se e ser compreendido.

No entanto o ser primeiramente mostra-se inautêntico, e segundo Buzzi (1993), é através do cuidado que no dia-a-dia desvelamos os mistérios do nosso ser. Heidegger aborda que o descobrimento do ser aí se estabelece no movimento de fuga de si mesmo (HEIDEGGER, 1971).

As mulheres acreditam que o profissional de saúde esteja preparado para compreendê-las e ajudá-las a elaborar os sentimentos provenientes da vivência enquanto ser portador de DST's, entendem que os cuidadores não irão pré-julgá-las.

Eu nunca contei nada para ninguém, por isso é a primeira vez que eu to falando, eu nem gosto de comentar. Eu contei para ti porque tu me entende né, tu tem conhecimento. Eu tenho impressão que tu é uma desprezada, tu não é ninguém, por isso não contei, e acho que fiz certo (S1).

As mulheres expressam o sentimento de exclusão, experimentam-se como diferente dos outros seres, o que colabora para a negação do diagnóstico aos outros.

Porque para mim eu não sou igual às outras mulheres, porque eu não sou inteira (S6).

Portanto essa diferença observada pelo sujeito o faz esconder-se dos demais seres, a viver o cotidiano de forma inautêntica, impessoal.

O Dasein é no mundo, isto é, mantêm-se numa totalidade aberta de significação a partir da qual se dá o compreender o ser intramundano, ele mesmo e os outros. Contudo essa abertura é estruturada, e existida: do mesmo modo, a maior parte do tempo se dá, como um fechamento (DUBOIS, 2004).

Este fechamento, ou seja, negação ao outro de forma explícita, sugere uma forma de expressão do ser ao que está de fato vivenciando, e a partir disso mostra-se compreensível ao outro.

5.3 Relacionamento interpessoal

Durante as entrevistas emergiram dos sujeitos questões relacionadas ao afeto.

Existiram momentos vivenciados pelos sujeitos portadores de doenças sexualmente transmissíveis, que conflitaram seus relacionamentos interpessoais. Os valores atribuídos pelos companheiros, amigos e familiares à doença que portam, os fizeram conviver com sentimentos dolorosos.

Para demonstrar de forma clara estes sentimentos vivenciados pelos sujeitos, abordarei a essência do relacionamento interpessoal, em ícones relacionados às relações vivenciadas.

5.3.1 Relacionamento afetivo sexual

Ao falarmos em relacionamento afetivo sexual, estamos refletindo sobre a intimidade dessa mulher. Traz-se este tema emergido pelas mulheres como forma de repensar a importância de se compreender as relações afetivas e suas significações para essas mulheres, em um contexto de descoberta de portadoras de DST's.

O confronto com o estar doente, por si só é penoso e desagradável, e torna-se ainda mais adverso quando desencadeia um processo de desestruturação afetiva, de desconfiança com o parceiro. Este aparece como um momento de

solidão, de perdas, de emergência de sentimentos que as confrontam, mas também lhes possibilitam a fuga de responsabilidade social da doença.

Existe, segundo Praça e Gualda (2003), uma atitude social dificultadora do afloramento de processos de modificação da identidade sexual da mulher. Prioriza-se na sociedade manter-se as normas do casamento tradicional. E nesse contexto a negociação do uso de preservativo, bem como a discussão sobre a relação sexual do casal e a corresponsabilidade do parceiro na saúde sexual dos mesmos, torna-se desafiador a mulheres, ficando sob responsabilidade exclusiva da mulher.

A não autonomia de seus corpos e suas ações é explicada pela condição inerente de ser mulher. O condicionamento de ter nascido mulher e por isso frágil e dependente do homem.

A mulher é uma pessoa tipo uma boneca, muito milindrosa (S1).

As mulheres deveriam em primeiro lugar tentar tirar a ira delas, entender que isso [transmissão de uma DST], os homens não fazem por querer que poderia ter sido com elas... então elas tem que tentar passar o amor, porque elas vão estar com o parceiro delas, porque se elas pegaram não é com o ódio, mágoa ou rancor que elas vão resolver (S8).

As mulheres mencionam que realizam o tratamento para garantir a continuidade do relacionamento:

eu me tratei, porque eu não queria perder meu marido, pois ele me falou que se eu não me tratasse... e se ele não dissesse eu não ia me tratar (S6).

Porque eu sozinha procurei auxílio, porque eu sentia antes que quando eu olhava para outra mulher, eu não era a mesma coisa, por dentro de mim eu tava toda destruída, eu não era mais a mesma, não tinha estima, aí eu falava para o meu marido e ele se cansava de ouvir a mesma coisa, mais ele não dava atenção, e eu sempre dizia para ele que ele ia me largar porque eu era uma estragada (S6).

Existe a relação de “ser mulher, esposa de” e com isso estar exposta ao risco de portar as doenças do parceiro.

Vermelho, Barbosa e Nogueira (1999), acreditam que a sugestão das mulheres ao uso de camisinha em relacionamentos estáveis, além de não fazer parte da cultura brasileira, pode trazer conseqüências imprevisíveis, pois significa, implícita ou explicitamente, um questionamento da fidelidade e da confiança mútuas. As dificuldades com relação a autonomia e relacionamento afetivo tornam-se ainda maiores quanto maior for a dependência econômica e social da mulher, inversamente proporcional ao seu poder de negociar suas decisões sexuais. Evidenciam nas falas a impossibilidade de expor determinados sentimentos, atribuindo a valoração ao relacionamento estável:

eu fiquei com uma raiva desse homem, até hoje, eu chorava dia e noite, eu me senti traída, mas no caso eu não era a mulher dele (S2).

contar para família, aí vão dizer que eu peguei doença de homem e nos nem estava casado (S1).

A dor da possibilidade de ser traída é encoberta pela dúvida. Assumir para o outro a possibilidade da traição é mais impactante do que a própria descoberta de ser portadora de DST. Segundo Praça e Gualda (2003), a confiança depositada na fidelidade do companheiro traz maior risco à infecção por DST's, sendo esse um fato cotidiano e real na vida das mulheres.

O que mais me entristece é ele ter passado isso para mim... Porque eu estou a cinco anos com ele e nunca me deu nada, como é que agora foi aparecer, é porque ele está me traindo... esta pesquisa fica contigo né, não vai ter meu nome na parede? (S4).

Algumas mulheres, sujeitos do estudo, abordaram as questões direcionadas ao seus relacionamentos afetivos relacionados às DST's, expressando sentimento de raiva, culpabilizando o parceiro pela doença; contudo este sentimento mostra-se contraditório no decorrer da entrevista, as mesmas tentam explicar o suposto erro do parceiro, como demonstra esta entrevistada:

É péssimo, para gente mulher, e eu só tinha um companheiro e desse que eu peguei, claro que a gente brigou [explicando uma possível traição do companheiro] (S1).

era uma coisa que eu não esperava, que o meu marido... [pensativa], quer dizer eu estava separada, então dicerto ele saiu com alguém, porque eu não saí com ninguém, sempre que eu precisava eu procurava ele (S1).

Os sintomas provenientes das doenças que adquiriram eram percebidas pelas mesmas como uma marca das DST's e que deveriam ser tolerados somente por elas. Sentiam-se inferiores por sentir tais sintomas desagradáveis, abordaram que os companheiros demonstravam nojo frente a estes sintomas, como refere a sujeito abaixo:

só que quando eu ia manter relação com ele eu sangrava, tinha muito sangramento, e aí ele começou a não me querer, a sentir nojo, a virar as costas para mim de noite sabe?, e eu não sabia por quê (S6).

Observa-se na declaração de algumas mulheres a tentativa de encobrir os sintomas provenientes da doença, tendo em vista que estes podem provocar conflitos no relacionamento. Acreditam que os parceiros as culpariam pelo contágio, como diz a sujeito abaixo:

nos nem estava casado, e se eu fosse falar para ele, ele ia dizer que eu estive com outro homem aí nós íamos brigar, melhor assim, eu já estava com medo, melhor ficar secreto para mim (S1).

porque o meu marido não sabe da doença, só sabe que eu tenho dor (S7).

As mulheres demonstram medo em exteriorizar determinados sentimentos que possam colocar em risco um relacionamento estável. Atribuem maior importância à manutenção do relacionamento, e entendem que os sintomas e conseqüências provenientes das DST's devem ser vivenciadas somente por elas, os companheiros participam como vítimas deste processo, como fica evidente na fala da sujeito:

E até ele colabora porque ele não provoca, sabe para querer sexo? (S7).

Contudo em momentos estes sentimentos são conflituosos, e geram desconfianças:

é um cheiro que fica na carne, na roupa, o meu companheiro não falava nada, mas também até porque ele tem alguma culpa, e ele não morava comigo. O cheiro é teu tu vai sentir sozinha né, uma coisa horrível (S1).

As falas evidenciam solidão, medo do abandono, inferioridade, culpa. O aparecimento dos sintomas confere às mulheres a valoração e consumação de serem portadoras de DST's. É através destes sintomas que elas percebem a realidade da doença impressa em seus corpos, elas experimentam fisicamente esta realidade, tornando a experiência vivida como algo real.

Algumas mulheres tentam encobrir os sentimentos, podendo ser este um processo inconsciente de fuga, como uma tentativa de manter encoberto algo que ela não possa ou não esteja disponível a trabalhar.

Por ser uma doença pegada, eu nem liguei, porque eu já tive isso umas três vezes, o que importa é tratar, isso não interfere em nada com meu marido (S3).

Elas vêem a verbalização dos sentimentos como exposição de suas intimidades, como um momento de fraqueza frente ao outro ou ao próprio ser.

Melhor ficar secreto para mim, mas aquilo me magoou muito, fiquei muito magoada [por ter adquirido sífilis] (S1).

A sexualidade destes sujeitos demonstra-se abalada pelo diagnóstico, e principalmente pela forma como os parceiros e elas enfrentaram esse inesperado momento. Os mitos, preconceitos próprios das mulheres e dos parceiros, bem como os paradigmas construídos social e culturalmente por essas mulheres, promovem um desequilíbrio psicossocial e sexual, influenciando a forma como vivenciam e tratam estas enfermidades (FREITAS; GIR; RODRIGUES, 2000).

5.3.2 Relacionamento familiar e comunidade

Durante as entrevistas, quando questionadas sobre se o diagnóstico interferiu de alguma forma no relacionamento familiar, muitas mulheres referiram não ter comentado com a família o diagnóstico de portadora de uma DST.

Eu nunca contei nada para ninguém, por isso é a primeira vez que eu to falando, eu nem gosto de comentar (S1US7).

Eu até hoje, ninguém sabe, minha família, ninguém sabe, eu tenho vergonha de contar que eu tenho, tive sífilis (S1US15).

A família e a comunidade desenvolvem o papel de juízes da mulher portadora de DST. Imprimem significações aos seres portadores e subjulgam os mesmos, o que contribui para a omissão e não tratamento das DST's.

O julgamento da mulher portadora no ambiente familiar é refortalecido quando a mesma não possui uma relação estável com o parceiro. Está implícito o ônus de portar uma DST ao fato de estar com alguém.

Contar para família, aí vão dizer que eu peguei doença de homem e nem estava casada! (S1).

A família exerce um papel de eixo para as mulheres, e a relação familiar é colocada por elas como principal apoio no momento em que descobrem-se portadoras de DST's.

E ainda bem que a minha família, todo mundo sabe e ninguém teve preconceito (S5).

As mulheres atribuem o dever de orientação e apoio aos familiares, principalmente à mãe, como a sujeito abaixo:

a minha mãe não conversou comigo, ninguém ficou do meu lado (S6).

até com a minha mãe eu tenho mágoa, porque ela sabia dessa doença e não ficou do meu lado, porque eu acho que ela deveria ter conversado comigo para eu ter força né (S6).

Abordam que o preconceito exercido pela sociedade, vizinhos, é um dos fatores desestruturadores neste processo, tendo em vista que estes imprimem valores e significações aos portadores de DST's, tornando ainda mais difícil e doloroso este momento, para as mulheres e familiares.

Segundo Galvão, Cerqueira e Marcondes-Machado (2004), a estigmatização, preconceito e rejeição com relação à mulher portadora de DST, fazem com que a mesma, mantenha sigilo sobre a doença. As autoras acreditam que o sigilo seja uma forma de proteção pessoal e dos familiares.

A mãe ficou muito mal, eu não queria que ela soubesse, mas as vizinhas falaram (S2).

Dubois (2004, p. 182) cita que para Heidegger o “Dasein é com o outro”, e convive com o outro neste mundo, onde compartilha preocupações, sofrimentos alegrias e tristeza. A partir desta convivência estabelecem-se cumplicidades com o outro. O ser nesse espaço público, que Heidegger denomina mundo, forma uma comunidade, e nesta comunidade a solidariedade funde-se à impessoalidade dos seres, admitindo a apropriação do outro o que é denominado por domínio do outro. Essa comunidade segundo Heidegger e interpretado por Dubois (2004) realiza-se por excelência na publicidade, o ser público.

Nessa relação de convivência com a comunidade, os seres sentem necessidade de explicações de vivências pessoais, percebem-se invadidos pelos outros mas precisam da aceitação do outro, do entendimento do outro. Ficou evidente essa necessidade nas falas do sujeitos:

Uma vez eu mantive relação com um guri e aí a vizinha veio falar que o guri ficou cheio de verruga, que teve até que ir no médico, e eu disse – eu não acredito eu não sou isso daí que vocês tão falando... o meu marido me rejeitar, minha mãe, os vizinhos quando souberam, porque aí eles espalharam que era HIV, para todo mundo, até isso eu tive que passar (S6).

Ela disse que eu tinha HIV, aí eu fiz o exame para mostrar para todo mundo, porque sabe na cabeça dos outros era HIV... mas aí eu esclareci para os vizinhos, porque eu não devo satisfação, mas a gente fica chateada (S2).

Sanches (2002), aborda que o ser-com é um constitutivo fundamental do ser aí, havendo sempre um mundo compartilhado com o outro. Esta com-vivência implica em um relacionamento do ser com os outros seres, as vivências com os seus semelhantes e consigo.

As DST's afetam estas vivências, tendo em vista os sentimentos que emergem do ser portador e dos demais seres em relação ao sujeito. O preconceito, a desinformação, o pré-julgamento da comunidade em relação à portadora, modificam o cotidiano do ser com a comunidade. O sentimento de culpa, rejeição da comunidade e do parceiro, as desconfianças relacionadas a relações extraconjugais, os sentimentos de solidão são vivenciados pelas mulheres, e marcam essas vivências.

Os seres esperam do outro o que Heidegger chama de solitudine, ou seja o relacionar-se de forma envolvente e significativa, que imbrica as características básicas de ter consideração para com o outro e de ter paciência com o outro.

Contudo o que a mulher portadora de DST demonstra em suas falas é o desprezo e preconceito das pessoas que convivem com ela.

e aí teve uma vizinha que disse que eu era uma bichenta, que deixei o fulano assim (S6).

aí esses dias ele tava falando da mulher do meu padrasto que ela é uma bichada, porque ela tem a mesma coisa que eu, isso me doía, porque ela falava da outra, e nem lembrava que eu tive a mesma coisa, a própria filha (S6).

Observa-se que por terem sofrido por adquirir DST's, são importantes transmissoras de informação a outras mulheres da comunidade, e sentem-se

valorizadas por poderem estar informando e contribuindo para a prevenção de DST's:

e hoje sempre que eu tenho uma amiga eu pergunto fez o papanicolau, alguma dizem que não gostam do bico de pato outras fazem, mas uma coisa eu aprendi e digo camisinha sempre (S6).

5.3.3 Relacionamento entre a mulher portadora e os profissionais de saúde

Os profissionais de saúde representam às mulheres as pessoas que podem ajudá-las a superar estigmatizações, preconceitos. Os sujeitos demonstram que confiam no cuidado prestado pelos profissionais, e relatam suas intimidades a eles na tentativa de alívio da dor, de apoio, de compreensão.

Em alguns casos os profissionais são as únicas pessoas que as compreendem que não imprimem sobre elas significações, contribuindo para o estreitamento da relação. Estes lançam mão de tecnologias leves, como a escuta, o acolhimento, e com isso a formação do vínculo, recursos que são valorizados pelas mulheres.

mas aí eu conversei com uma enfermeira que me explicou, que me disse que quando se trata no início é melhor, que o pior é quando já tá no sangue, fiquei mais calma, mas falei com o médico, porque eu não podia falar para ninguém, aí ele era meu psicólogo, eu precisava falar (S1).

mas não as únicas que me deram apoio foram as médicas e a psicóloga (S6).

Contudo algumas mulheres levantaram dados referentes às condutas dos profissionais de saúde que necessitam de ajustes, e foram fatores limitadores no cuidado integral à saúde da mulher. Fatos que afastaram a mulher dos serviços de

saúde e que expuseram a mulher à comunidade. Como o fato abordado no depoimento:

No início ninguém sabia, só a mãe, e uma vizinha, só que ela ficou sabendo aqui no posto, pela (...) (PROFISSIONAL DO POSTO), aí todo mundo ficou sabendo (S2).

Os profissionais devem manter sigilo sobre as informações adquiridas no posto de saúde. A comunidade precisa sentir-se segura tanto quanto ao serviço prestado, quanto ao sigilo das informações obtidas.

Outra questão abordada pelas mulheres foi a desconfiança dos profissionais quanto às informações trazidas pelos usuários dos serviços de saúde.

mas o médico disse que eu devo ter tido contato sexual com algum homem com sífilis, só que eu sei que eu só transei com o meu marido, e se ele fez exame e deu negativo. Aí o médico me fez uma cara de que eu tivesse transando com outro homem, mas eu não tô, até porque mesmo com o meu marido é só com preservativo, mas aí eu vi nos olhos do médico, só com teu esposo é? eu vi no olhar dele que ele achava que eu estava mentindo, eles não falaram mas me passaram aquilo, acho que poderiam me dar mais explicação, ter melhorado nessa explicação (S5).

No momento em que a mulher sente-se prejudgada pelo profissional, rompe-se a relação de confiança entre ambos. Como alguém pode confiar, se está sendo submetida a desconfianças sobre suas informações. Portanto os profissionais precisam ter cuidado com a comunicação não verbal. Segundo Ressel e Silva “todas as expressões e os movimentos corporais são carregados de significados específicos dentro do contexto, do tempo e do espaço em que acontecem” (2001, p. 151) e nossos corpos embora silenciosos, emitem mensagens acerca de seus valores e preconceitos.

Algumas mulheres referiram que sentem necessidade de ter maior informação sobre as doenças sexualmente transmissíveis.

Tem que ter mais informação, porque é séria, mais trata né (S3).

Xavier (2001) descreve que os serviços de saúde abordam a temática saúde da mulher sem inserir os atores do processo. Os profissionais não explicam as relações perigosas entre as DST's e a AIDS, e mais do que isso não consideram os diversos fatores sociais a que as mulheres estão submetidas, tratando somente a causa sintomática que as trouxe no posto, como por exemplo corrimento, dor.

O importante é que mais do que tratar a mulher de forma a contemplar todos os fatores sociais, culturais e econômicos, é inserir o relacionamento afetivo neste contexto, tratando a família, como refere a sujeito abaixo.

E uma vez com a doutora ela me pediu para trazer ele na consulta, e eu trouxe, ela explicou tudo para ele, e desde ali ele ficou melhor comigo, o meu marido (S6).

Desta forma os profissionais estarão capacitando os atores sociais e estabelecerão um relacionamento entre profissional e paciente embasado na confiança mútua.

5.4 A doença impressa nos corpos

Segundo Buzzi, “o corpo humano não é um corpo entre outros corpos, é um existencial, um modo de ser no mundo. Sua característica fundamental é ser-na-situação, impregnado, pelo peso, pela dureza, pela substância da situação” (1993, p. 103).

Os sinais e sintomas provenientes das doenças sexualmente transmissíveis, imprimem marcas nos corpos das mulheres, interferindo no contexto das vivências das portadoras.

Segundo Merleau-Ponty (1971, p.83) o indivíduo tem a percepção do mundo através de seu corpo e o filósofo considera "o corpo como um dos objetos desse mundo".

As mulheres referem que os sintomas as denunciavam aos demais seres. O cheiro, as secreções, expunham suas intimidades, colocavam ao olhar do outro o que elas tentavam esconder.

tinha um cheiro muito forte parecia que estava na pele da gente. [...] Uma coisa que me atrapalhou muito foi o cheiro, a minha família notava, tu acha que as pessoas não iam sentir? [...] eu poderia estar aqui na porta que tu sentia, é um cheiro horrível, não tem explicação para te falar, é um cheiro que fica na carne, na roupa. (S1).

Sentiam-se constrangidas na convivência com os outros, emergindo sentimentos de inferioridade, como na fala abaixo:

só que é uma coisa que incomoda, que cheira um cheiro de ficar na roupa, na pele, tão insuportável que parecia que por mais que tu lavasse todo mundo sentia o teu cheiro, aí te constrangia, te botava para baixo (S1).

O relacionamento sexual mostra-se também afetado, sentem vergonha por apresentar cheiro desagradável ao outro. O medo de ser indesejada pelo parceiro, bem como a vergonha, fazem com que elas não desenvolvam sua sexualidade na plenitude. A entrevistada desabafa dizendo que:

mesmo depois de manter o sexo, tu tinha que sair dali e ir direto para o banheiro, o cheiro era horrível (S1).

Muitas apresentavam dor durante a relação sexual, mas não comunicavam ao parceiro. A tentativa de manutenção da relação afetiva estável, faz com que elas não verbalizem os sintomas das doenças, para não desagradar ao parceiro, como revela as falas abaixo:

Eu sentia muita dor, eu ficava mal mesmo, porque dói muito (S8).

E aí no começo, eu não entendia, porque meu marido não me queria, porque se no começo era tudo muito bom, porque eu sentia dor, mas não sangrava, então ele não sabia, não sentia nojo (S6).

No momento em que os sintomas eram exteriorizados, como por exemplo as secreções e os sangramentos, elas percebiam sinais de repulsa dos parceiros. Os parceiros demonstravam sentimentos de desagrado frente aos sintomas referentes às DST's. Percebem-se desprezadas, inferiorizadas e indesejadas pelos parceiros.

A doença é vista pelo outro como culpabilização de quem a porta e a externaliza, no caso, a mulher. O homem não percebe-se neste contexto da doença, culpabilizando e responsabilizando a mulher pelas questões relacionadas à saúde sexual do casal.

aí eu logo em seguida conheci meu marido e casei, só que quando eu ia manter relação com ele eu sangrava, tinha muito sangramento, e aí ele começou a não me querer, a sentir nojo, a virar as costas para mim de noite sabe? e eu não sabia por quê, aí eu vi que era nojo que ele tinha que cada vez que ele ia ter relação tinha que se limpar do sangue [choro]. E depois eu comecei a sangrar, e é nojento, porque o homem ver toda vez tu sangrar, ele perdi o interesse, eu procurava ele toda noite, e ele não queria, ou ia mas não terminava a relação, fugia, duas horas da manhã saía, era assim (S6).

As mulheres não se percebem iguais às outras, tendo em vista que percebem a doença como algo que as marca para o resto da vida, algo que ocupa espaço nos seus corpos, que não as deixa inteira, são perdas, como refere a sujeito abaixo.

porque para mim eu não sou igual às outras mulheres, porque eu não sou inteira (S6).

Outras formas de marcas da doença deixadas nos corpos, são os comprometimentos irreversíveis gerados pelas DST's. A infertilidade ocasionada pela infecção de uma DST, impossibilitou a realização do sonho de ser mãe, experiência vivenciada pelo sujeito abaixo:

Para mim hoje isso é muito dolorido, triste porque hoje eu estou casada com outra pessoa, eu quero engravidar e eu não posso, por uma doença que eu peguei do outro marido (S8).

Segundo Lowndes (1999) as DST's podem ter conseqüências severas, muitas vezes irreversíveis, que prejudicam a saúde reprodutiva e o bem-estar da mulher.

É necessário que o profissional compreenda que o corpo possui significados próprios do ser, e é através desse corpo que nos relacionamos com os outros seres, portanto quando a mulher percebe-se acometida por uma doença que torna-se real, posto que modifica suas vivências e externaliza-se imprimindo suas marcas nos corpos destas mulheres, atribui dimensão a estas vivências.

Segundo Merleau-Ponty (2000) o corpo é natureza, e a medida que é submetido as vivência do mundo, ele também constitui-se em cultura, em formas simbólicas, transformando, criando e recriando culturas. É através do corpo que se estabelece e torna-se visível nossa existência no mundo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca da compreensão das vivências e percepções das mulheres portadoras de doenças sexualmente transmissíveis, encontraram-se através da fala e da comunicação impressas nos corpos que falam, respostas advindas da negação da condição de ser mulher portadora de doença sexualmente transmissível (DST).

As mulheres ao negarem serem portadoras de DST's contribuíram para que se reconheça que as questões relativas à sexualidade precisam ser trabalhadas pelos profissionais de saúde, de forma a esclarecer os atores sociais, possibilitando que atuem de forma autêntica e autônoma, sobre suas vidas.

Os discursos das mulheres que participaram como sujeitos do estudo, desvelou que as mesmas passaram por processos de perdas, encontros e descobertas após o diagnóstico de DST's. As mesmas passaram por momentos de negação das questões relativas à condição de ser portadora de uma doença sexualmente transmissível, vivenciando momentos de baixa estima, em que emergiram sentimentos de medo, de fuga da realidade, questionamento das relações afetivas, familiares e sociais, desconfortos relacionados aos sinais e sintomas provenientes das doenças, que imprimem sua marca nos corpos das mulheres.

O desconhecimento sobre as DST's aparecem claramente nas falas dos sujeitos, ao desconhecerem sinais e sintomas das doenças. Mesmo quando consultam por queixa de desconforto durante relação sexual, ou apresentam corrimento fétido, revelam que não reconhecem a relação das DST's com tais sintomas apresentados. Consideram as DST's como doenças normais que

acometem as mulheres. As mulheres demonstram também desconhecerem a relação das DST's com o HIV.

Os relatos das mulheres sobre o não reconhecimento dos sinais e sintomas das DST's revelam a necessidade dos profissionais estarem atentos às informações por eles fornecidas, de escutá-las e auxiliá-las questionando-as sobre os dados que relatam e que possam estar relacionados a alguma DST. Estas indagações, aprofundando os questionamentos sobre os dados por elas trazidos constitui-se num espaço de aprendizagem e favorecerá para que as mulheres aprendam a reconhecer sinais das DST's e que se expressem de forma clara, adquirindo conhecimento. Acredita-se que somente desta forma, proporcionando esclarecimentos às mulheres, é que estas poderão desenvolver comportamentos autônomos quanto a sua saúde. Não pretende-se, com isso, dizer que somente a informação possibilita à mulher ter comportamentos ditos saudáveis, ao contrário, o presente estudo mostra que são diversos os fatores que precisam ser trabalhados e abordados. Contudo é preciso pensar que precisamos adequar nossos conhecimentos às vivências das mulheres, e apoiá-las no encontro das resoluções adotadas. Nossa responsabilidade enquanto profissionais da saúde não é oferecer respostas aos problemas da comunidade, mas sim apoiá-los e instrumentalizá-los para a busca de comportamentos que resguardem a saúde, dentro das suas possibilidades de vida.

A forma como as mulheres convivem com o diagnóstico de DST's, é singular a cada mulher, cada uma atribui significação ao momento em que toma contato com o diagnóstico, mas é unânime a dor, que é demonstrada por algumas de forma clara, verbal, e por outras mulheres de forma gestual.

Dubois (2004) revela que para fazer silêncio o Dasein deve ter algo a dizer, o fazer silêncio é o modo discursivo de apropriação de si, como retirada do falatório e possibilidade reencontrada de uma relação própria com o outro, de entendimento e escuta do outro em sua singularidade. A mulher tenta a compreensão para si mesma do momento, dando consciência ao problema, para após expor suas angústias.

Contudo há um dado momento em que as mulheres relatam que precisam expor suas dificuldades, seus problemas, ou seja, colocam-se à compreensão do outro, que lhe atribuem significações e é quando exprimem suas vivências. Dubois (2004) diz que exprimir-se quer dizer vir a palavra, exprimir-se numa totalidade de palavras enquanto língua de fato, no sentido de facticidade do ser-lançado. Por sua vez, essas palavras podem ser consideradas intramundanas, contudo no discurso são existenciais, e sua dimensão provém da estrutura do ser no mundo.

As mulheres referem que depositam confiança nos profissionais de saúde, e compreendem que estas sejam as pessoas que estão aptas a apoiá-las neste momento, contudo em algumas falas percebeu-se o rompimento dessa relação por atitudes de descompromisso com o sigilo das informações por elas fornecidas, bem como o rompimento da relação de confiança mútua entre as informações depositadas pelos profissionais e pacientes. O relacionamento terapêutico só se estabelece embasado na confiança entre profissional e paciente, portanto o paciente precisa sentir-se seguro para colocar-se à compreensão do outro.

O rompimento da relação de confiabilidade entre profissional e paciente, dificulta não somente o tratamento das DST's, mas a oportunidade de construir-se um relacionamento de trocas e de possibilidades de compreensão das vivências dessas mulheres, possibilitando apoiá-las na construção de comportamentos para o auto-cuidado.

Pode-se apreender que a mulher quando incitada a pensar sobre o tema do estudo, vê-se em um momento desafiador, que significa mais do que pensar-se ser portadora de uma DST, mas repensar comportamentos, atitudes, o exercício da sexualidade, as mudanças no contexto afetivo das relações, e a fidelidade depositada no parceiro.

Emergem sentimentos de negação e culpabilização do outro, influenciando no comportamento social e nas relações afetivas destas mulheres.

Contudo, para as mulheres, a possibilidade de repensar a condição de portadora de DST's, promove uma abertura para a compreensão de si e do outro. É no momento em que expõem seus sentimentos e angústias ao outro, que inicia-se a compreensão do ser, que está aberto ao mundo e ao alcance da mão.

A comunidade e a família interferem diretamente sobre as vivências das mulheres, e atribuem significações a estes momentos. A família revela-se como eixo para as mulheres, e isto é observado pelas mesmas como positivo para o enfrentamento da doença. Contudo algumas famílias admitem a postura de julgadoras dos comportamentos das mulheres, tornando a experiência mais dolorosa e onerosa, exibindo preconceitos em relação às DST's. Se a mulher não sente-se protegida e apoiada pela família, passa a esconder-se, não buscando ajuda profissional e tratamento.

As mulheres convivem com os outros em comunidades, e percebem a necessidade de explicar suas vivências aos outros, mesmo quando reforçam em suas falas que estas vivências são suas, entendem que compartilham o mundo com os demais seres, e esta convivência com os outros é afetada pelas DST's, modificando o cotidiano do ser, da comunidade e familiares.

Essa relação das mulheres com os demais seres em um mundo compartilhado, faz com que o ser estabeleça uma relação de solicitude com os demais seres, e quando este ser mulher observa que outras mulheres possuem os mesmos problemas, e dispõem-se a ajudá-las, isso as conforta.

O diagnóstico de DST's aparece como fator de desestruturação afetiva, gerando desconfiança mútua entre os parceiros sexuais. Os papéis atribuídos socialmente às mulheres pela cultura dificultam o processo de se reconhecerem em suas relações.

As mulheres vivenciam e consideram o casamento tradicional, como forma de manter uma relação estável, onde não admite-se a discussão sobre a relação sexual do casal, e a responsabilidade pela manutenção da saúde sexual é de responsabilidade exclusiva da mulher. O homem não assume-se como corresponsável neste processo. As mulheres não questionam a fidelidade dos parceiros, tendo em vista que podem colocar em risco a manutenção de um relacionamento ou casamento estável. A desconfiança pode permear as relações afetivas, tornando-se um fator de conflitos.

As mulheres demonstram-se inautênticas no que tange as relações afetivas, os discursos são marcados pela não autonomia nos relacionamentos, o que interfere nos comportamentos de cuidado com sua saúde.

As mulheres revelam que assumir para o outro a possibilidade de ser traída, é mais doloroso que a descoberta da DST.

Algumas mulheres não revelaram o diagnóstico aos parceiros sexuais, assumindo-se como culpadas pelo contágio. Demonstraram medo frente a forma como os parceiros reagiriam.

Os sintomas referentes às DST's imprimem a marca da doença em seus corpos, tornam a doença presente, percebida na cotidianidade, fazendo com que as mulheres experienciem de modo marcante a(s) doença(s), revelando sentimentos de rejeição dos parceiros, sentimentos de inferioridade e de culpabilização. Elas referem que o parceiro compreende a doença como da mulher, tendo em vista que eles não assumem possuir nenhum sintoma.

A sexualidade e a auto-estima frente às relações afetivas tornam-se frágeis, sendo reestruturadas à medida que as mulheres trabalham os sentimentos emergidos.

É necessário que os profissionais trabalhem as questões relativas às DST's de forma a contemplar a família como um todo, buscando inserir o parceiro nas consultas junto às mulheres, contemplando questões que envolvem a sexualidade, afetividade e a relação familiar.

REFERÊNCIAS

BLANC, M. de F. Estudos sobre o ser II: a interpretação Heideggeriana da fenomenologia. *In*: BLANC, M. de F. **Estudos sobre o ser II**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001. p. 209-228.

BRUNS, M. A. T. Reflexões acerca do “fazer” metodológico. *In*: CASTRO, D. S. P. de *et al.* **Fenomenologia e análise do existir**. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo: SOBRAPHE, 2000. p. 215-224.

BUZZI, A. R. **Filosofia para principiantes**: a existência humana-no-mundo. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

CECHIN, L. P. Mulher e a saúde na virada do século. *In*: STREY, M. N. (Org). **Mulher**: estudos de gênero. São Leopoldo: Unisinos, 1997. p. 139-147.

CODES, J. S. de *et al.* Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em clínica de planejamento familiar da rede pública no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 101-106, mar. 2002.

CRITELLI, D. M. **Analítica do sentido**: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: EDUC: Brasiliense, 1996.

DASEIN. *In*: HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. p. 911.

DUBOIS, C. **Heidegger**: introdução a uma leitura. Tradução Bernardo Barros Coelho de Oliveira. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

FERNANDES, A. M. dos S. *et al.* Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 103-112, jan./mar. 2000.

FERNANDES, M. E. L. **Doenças sexualmente transmissíveis**. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1995. (Ação Anti-AIDS. Boletim Informativo sobre Prevenção e Controle da AIDS, n. 26).

FREITAS, M. R. I.; GIR, E.; RODRIGUES, A. R. F. Dificuldade sexual vivenciada por mulheres em crise de HIV-1. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 76-83, jul. 2000.

GALVÃO, M. T. G.; CERQUEIRA, A. T. de A. R.; MARCONDES-MACHADO, J. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QoL. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 430-437, mar./abr. 2004.

GIR, E. *et al.* Informação/educação em DST/AIDS sexualidade humana: um relato de experiência de 14 anos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 291-296, dez. 1998.

GIR, E. *et al.* Medidas preventivas contra a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis conhecidas por universitários da área de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 11-17, jan. 1999.

GIR, E.; MORIYA, T. M.; ROBAZZI, M. L. C. C. Ações educativas e doenças sexualmente transmissíveis. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 38-40, jan. 1991.

GMEINER, C. N. **A morada do ser: uma abordagem filosófica da linguagem**, na leitura de Martin Heidegger. São Paulo: Leopoldianum, 1998.

GOLDIM, A. N. S. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Da Casa, 1997.

HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000.

HEIDEGGER, M. A introdução ao método fenomenológico Heideggeriano. *In*: HEIDEGGER, M. **Sobre a essência do Fundamento**. São Paulo: Duas Cidades, 1971. p. 9-25.

_____. **Ser e tempo**: parte I. Tradução Márcia Cavalcante. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

_____. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes, 1993.

_____. **Sobre o humanismo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1967.

KRUSE, W.; HAMMES, L. Doenças sexualmente transmissíveis. *In: Saúde: informações básicas*. 3. ed. Porto Alegre: Editora da Universidade da UFRGS, 2002. p. 169-188.

LOWNDES, M. C. Doenças sexualmente transmissíveis na mulher: *In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org). Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 253-279.

MARTINS, J. **Um enfoque fenomenológico do cuidado: educação como Poíesis**. São Paulo: Cortez, 1992.

MERLAEU-PONTY, M. **A natureza**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Rio de Janeiro: Livraria Freitas Bastos, 1971.

NAUD, P. *et al.* **Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

OLIVEIRA, V. L. M. Compreendendo a fenomenologia. **Educação em debate**, Fortaleza, ano 20, n. 36, p. 139-145, 1998.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **IV Conferência Mundial sobre a Mulher**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. (Série Conferências Mundiais das Nações Unidas).

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PRAÇA, N. de S.; GUALDA, D. M. R. Risco de infecção pelo HIV: como mulheres moradoras em uma favela se percebem na cadeia de transmissão do vírus. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 14-20, jan./fev. 2003.

PRAÇA, N. de S.; LATORRE, M. do R. D. de O. Saúde sexual e reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV: práticas de puérperas atendidas em maternidades filantrópicas do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 61-74, jan./mar. 2003.

REIS, R. K.; GIR, E. Caracterização da produção científica sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS publicados em periódicos de enfermagem do Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 376-385, dez. 2002.

RESSEL, L. B.; SILVA, M. J. P. Reflexões sobre a sexualidade velada no silêncio dos corpos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 150-154, jun. 2001.

SANCHES, L. M. **O convívio com a dor**: um enfoque existencial. 2002. 146 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

SILVEIRA, M. F. *et al.* Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS em mulheres. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 670-677, dez. 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia e o marxismo. São Paulo: Atlas, 1987.

VATTIMO, G. **Introducción a Heidegger**. Barcelona: Gedisa, 1995.

VERMELHO, L. L.; BARBOSA, R. H. S.; NOGUEIRA, S. A. Mulheres com AIDS: desvendando histórias de risco. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 369-379, abr./jun. 1999.

XAVIER, I. de M. Doenças sexualmente transmissíveis e o HIV/AIDS: enfermagem discutindo essas ligações perigosas para as mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 54, n. 1, p. 18-26, jan./mar. 2001.

APÊNDICE – Termo de consentimento informado

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu _____ estou ciente de que esta entrevista servirá para a coleta de dados do estudo sobre a Compreensão do Ser Mulher Portador de Doenças Sexualmente Transmissíveis. O estudo é de autoria de Lilian Escopelli Deves Costa, sob a orientação da prof. Dra. Ana Lúcia de L. Bonilha, e tem como objetivos desvelar as vivências das mulheres portadoras de doenças sexualmente transmissíveis. Anteriormente ao diagnóstico fui informada pela pesquisadora que poderia recusar que fosse informado a ela meu diagnóstico, sendo então excluída como sujeito da pesquisa, contudo permiti a informação. Fui informada de que a minha declaração será utilizada como informação para um estudo que poderá ser publicado, que o meu nome não será divulgado, e que poderei desistir de participar da pesquisa no momento em que desejar, sem que esta decisão acarrete ônus no atendimento que recebo.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura da entrevistada

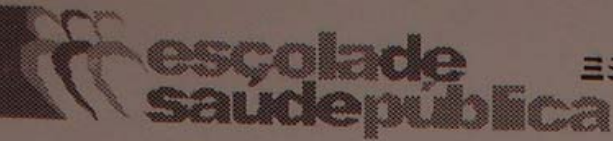
Assinatura da orientadora

Telefone para contato e maiores informações: (051) 33451384 (Lilian);
33165428 (Ana)

Porto Alegre, _____ de _____ 200 ____.

Eu _____ confirmo que recebi uma cópia do presente termo de consentimento informado.

ANEXO – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE**

Df. CEPS/ESP – 019/2004

Porto Alegre, 14 de junho de 2004

Senhora Pesquisadora

O Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, apreciou e **provou** o seu protocolo de pesquisa intitulado: **“Compreendendo o ser mulher portador de doença sexualmente transmissível”**, considerando que o mesmo tem relevância para a ciência e está eticamente adequado atendendo às normas da Resolução 196/96.

Nara Regina Moura de Castilhos
Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde
ESP/SES/RS

Sra.
Jan Escopelli Deves
Ambulatório de Dermatologia Sanitária