

PREVENÇÃO DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: NARRATIVAS EM UMA ÁREA DE ESPERA

PREVENTION OF SEXUALY TRANSMITTED DISEASES IN WOMEN – NARRATIVES FROM AWAITING ROOM

PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL – NARRATIVAS EN UN AMBIENTE DE ESPERA DE CONSULTA

EVELINE PINHEIRO BESERRA¹

MÁRCIO FLÁVIO MOURA DE ARAÚJO²

MARIA GRASIELA TEIXEIRA BARROSO³

Objetivou-se entender a vulnerabilidade de mulheres diante das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e desenvolver uma orientação educacional num ambiente de espera para atendimento ginecológico e obstétrico. O estudo foi realizado numa Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) da periferia de Fortaleza-CE. Participaram do estudo dezesseis mulheres que estavam na área de espera, destinada às consultas obstétricas e ginecológicas. Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram o diário de campo e a observação livre, que permitiram o acompanhamento e a captação de narrativas femininas sobre os mais diversos aspectos, as quais possibilitaram a confirmação de que, numa área de espera de pré-consulta, é possível perceber a vulnerabilidade das gestantes ou mulheres férteis diante das DST. Outro aspecto observado foi a percepção da área de espera como um local apropriado para o desenvolvimento de uma orientação educacional sobre a prevenção dessas doenças.

PALAVRAS-CHAVE: *Prevenção primária; Saúde da mulher; Doenças sexualmente transmissíveis; Educação em Saúde.*

The aim of this research was to understand the vulnerability of the women before sexually transmitted diseases (STD) and to develop an educational orientation as they wait for gynaecological and obstetric appointments. The study was developed in a Family Health Basic Unit in the outskirts of Fortaleza – Ce. Thirty two women who were in the waiting room were subject of this study and the instruments used for data collection were the field diary and free observation of those women, which allowed us to identify and follow narratives of the most different aspects from some of those patients. The narratives showed that in the waiting room it is possible to notice vulnerability of pregnant or fertile women before STD. Another aspect noticed was that the waiting room comes to be a convenient area to develop an educational orientation about the prevention of such diseases.

KEYWORDS: *Primary prevention; Women's health; Sexually transmitted diseases; Health education.*

Se planteó entender la vulnerabilidad de las mujeres frente a las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y desarrollar una orientación educativa en un ambiente de espera para atención ginecológica y obstétrica. El estudio fue realizado en una Unidad Básica de Salud de la Familia (UBASF) de la periferia de Fortaleza-CE. Participaron del estudio treinta y dos mujeres que estaban en la sala de espera destinada a las consultas obstétricas y ginecológicas. Los instrumentos utilizados para recoger los datos fueron el diario de campo y la observación libre que permitió el acompañamiento y la captación de narrativas femeninas sobre los más diversos aspectos. Las narrativas conformaron que, en una sala de espera de preconsulta, es posible percibir la vulnerabilidad de mujeres embarazadas o fértiles frente a las ETS. Otro aspecto importante es la percepción de la sala de espera como un local importante para el desarrollo de una orientación educativa sobre la prevención de esas enfermedades.

PALABRAS CLAVE: *Prevencción primaria; Salud de las mujeres; Enfermedades de transmisión sexual; Educación en salud.*

¹ Acadêmica de Enfermagem do 5º semestre da Universidade Federal do Ceará. Bolsista do PIBIC-CNPq. E-mail: eve_pinheiro@yahoo.com.br. End: Rua Álvaro Fernandes, 891. Montese. Fortaleza-Ce. Brasil. CEP: 60420-570.

² Acadêmico de Enfermagem do 5º semestre da Universidade Federal do Ceará. Bolsista do PIBIC-CNPq. E-mail: marciolevita@yahoo.com.br. End: Rua Conselheiro da Silva, 708. Jardim Violeta. Fortaleza-CE. Brasil. CEP: 60.862-610.

³ Docente Livre. Professora Emérita da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora do CNPq. E-mail: grasiela@ufc.br. End: Rua Coronel Linhares 930, apto. 103. Aldeota. Fortaleza-CE. Brasil. CEP: 60170-240

INTRODUÇÃO

As doenças podem ser compreendidas como processos nos quais há uma quebra da homeostase orgânica que, por sua vez, podem ser de cunho metabólico, físico, genético ou infeccioso, constituindo um momento de trauma e instabilidade para o homem.

As doenças transmissíveis ainda são, em sua grande maioria, causa de morbi-mortalidade mundial, assolando milhares de pessoas, especialmente nos países em desenvolvimento como o Brasil. Conceitualmente, as doenças transmissíveis podem ser caracterizadas como doenças cujo agente etiológico é vivo e contagioso, podendo a infecção ser veiculada por um vetor, ambiente ou indivíduo¹.

A prevenção das doenças transmissíveis e seus agravos à saúde constituem um foco de atenção da saúde pública, a fim de anular ou minimizar as suscetibilidades a essas patologias, além de proporcionar à população melhor qualidade de vida. A problemática das doenças transmissíveis em nossa sociedade, todavia, advém de múltiplos fatores, tais como aspectos culturais, educacionais, ambientais e condições socioeconômicas da população, havendo a necessidade de estratégias criteriosas no seu combate.

Especificamente, a gestação é uma fase de suscetibilidade para a gênese de doenças transmissíveis, como a Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), sífilis congênita, rubéola, citomegalovirose, toxoplasmose, entre outras, que repercutem negativamente no desenvolvimento perinatal. Essa vulnerabilidade decorre do fato de que muitas gestantes só procuram o serviço de saúde para realizar o pré-natal após o primeiro trimestre gestacional, enquanto outras buscam o serviço somente com uma gestação mais avançada. Tal fato deixa-as mais vulneráveis às doenças transmissíveis, que podem trazer prejuízo à gestação e à vida futura. O fato é mais grave quando se trata de alguma Doença Sexualmente Transmissível (DST), como é o caso da Aids e da sífilis congênita.

Especialmente no contexto das DST, a sociedade apresenta meios de prevenção, porém o indivíduo por si só tem um desejo de aventura e ambivalências, quando a temática envolve a sexualidade humana. Outro aspecto também importante no cenário das DST é o fato de a prática sexual estar relacionada com um sentimento dominante de

desejo e paixão, logo, apresentando-se como mais um elemento que aumenta a susceptibilidade de contaminação, precisando haver Educação em Saúde direcionada às DST, para que haja uma conscientização acerca do assunto².

Assim, observamos que a incidência das doenças sexualmente transmissíveis (DST) está atingindo atualmente elevados números e esse fato está relacionado à baixa condição socioeconômica, aspectos culturais e a desinformação sobre a sexualidade. Nesse cenário, a Educação em Saúde, quando bem desempenhada, pode ser poderosa e eficaz arma no combate às DST, uma vez que, por meio da Educação, o indivíduo pode ser orientado e conscientizado e, conseqüentemente, capacitado a realizar o autocuidado que permeia a adoção de um estilo de vida mais saudável³.

Sob essa perspectiva, consideramos relevante pesquisar a vulnerabilidade das gestantes e mulheres férteis diante das DST.

OBJETIVOS

Geral

- Investigar a vulnerabilidade de mulheres sobre DST num ambiente de espera para o atendimento ginecológico e/ou obstétrico.

Específicos

- Identificar a percepção das mulheres sobre DST;
- Compreender o contexto cultural dessas mulheres ante o risco das DST;
- Desenvolver orientação educacional com mulheres numa área de espera para atendimento ginecológico e/ou obstétrico.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

A orientação metodológica, aqui adotada, derivou de práticas interpretativas, que permitem compreender a vida contemporânea, de maneira que a proposta deste é uma investigação transversal de caráter descritivo. Neste desenho de estudo, há uma investigação sobre as dimensões e manifestações de um determinado fenômeno numa população específica^{4,5}.

A pesquisa foi realizada numa comunidade da periferia de Fortaleza, especificamente, numa Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF), vinculada ao Programa Saúde da Família (PSF). O estudo foi desenvolvido durante o período de julho a dezembro de 2005, com dezesseis mulheres, cujo critério de inclusão foi ser gestante ou não, que estivesse na área de espera da UBASF e concordasse em participar. Em respeito às mulheres observadas, mantemos em anonimato as autorias das narrativas, denominando-as com nomes de flores.

O local do estudo foi a área de espera reservada às consultas obstétricas, ginecológica e exames de ultrasonografia da UBASF.

Os instrumentos e procedimentos utilizados na pesquisa foram o diário de campo e a observação livre, que acompanharam toda a investigação. Quando da observação livre, acompanhamos o conteúdo do que as mulheres conversavam enquanto esperavam o atendimento dos profissionais da Unidade. As conversas do cotidiano permeiam as mais variadas formas de interação social, porém dificilmente pensamos nas riquezas e peculiaridades que podem estar presentes nessa forma de comunicação, a fim de levar a reflexão sobre o campo social das pessoas que interagem⁶.

Organizamos em narrativas as conversas entre as mulheres, as quais são consideradas como formas de contar acontecimentos por meio de uma estrutura simples, com início, meio e fim, em que a narradora reorganiza uma experiência de forma a dar sentido ao acontecimento. Nesse processo, o pesquisador é desafiado a usar a forma da narrativa da experiência do outro, mas de modo indireto, a fim de conhecer as vivências das mulheres observadas, e é também desafiado a interpretar suas narrativas⁷. São histórias que refletem os sentimentos do indivíduo a partir de uma experiência vivida que envolve os sentidos de cada um, entretanto demonstra-se uma forma mais humana para a intervenção de ações de saúde⁸.

Ao analisar as narrativas das mulheres pesquisadas, elaboramos as categorias que seguem: **Contextualização da área de estudo; Narrativas iniciais e Narrativas complementares ao estudo**. Simultaneamente, foi utilizada a literatura pertinente à temáticas DST, mulheres, risco e prevenção como suporte teórico na discussão das narrativas femininas.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A investigação foi desenvolvida respeitando os aspectos legais e éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos, conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Frisamos, também, que o projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital São José de Doenças Infecciosas e aprovado, conforme o Parecer Nº 0053/2004, emitido em 21 de março de 2004.

Vale ressaltar ainda, que todas as mulheres foram convidadas a participar da pesquisa e informadas quanto a todo o processo de observação participante, coleta de sentimentos e orientações educativas, que envolveriam o estudo, de forma que só após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido iniciou-se a investigação.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Contextualização da área de estudo

A área de espera é grande, composta por bancos feitos de cimento a cada lado das paredes. Nesse local, as gestantes e seus companheiros, que muitas vezes as acompanhavam, acomodavam-se e aguardavam a realização da consulta pré-natal, que era intercalada mês a mês por uma enfermeira e um médico. Esse local também era reservado às mulheres que esperavam atendimento ginecológico (consultas, exame de Papanicolau, ultra-sonografia, etc.). A distribuição do espaço para o atendimento ambulatorial era a seguinte: uma sala destinada para exames, duas para o atendimento pré-natal (médico e de enfermagem), uma sala para consulta ginecológica de enfermagem e duas para a ginecologia médica. Nessa mesma área, havia ainda um ambulatório de DST/Aids. Os prontuários dos clientes eram informatizados, não havendo o acesso a estes por parte dos pesquisadores.

Narrativas iniciais

As narrativas expressas naquele local eram as mais diversas possíveis, sobre: gestação, sexo da criança, enjôos, mudança de comportamento do companheiro com relação à atenção dada às gestantes na vivência desse perí-

odo singular. Esta característica ficou evidenciada na seguinte narrativa:

Meu marido sai e num quer nem saber de mim, passa a noite na farra, nas bebedeiras... Deus que me perdoe! Mas já desejei perder meu filho com três meses de gravidez para assustar ele. (Margarida)

Diante desta fala, percebemos que a mulher durante a gestação sofre alterações hormonais que devem ser valorizadas, encontrando-se mais sensível emocionalmente. Logo, o fato de o companheiro não oferecer atenção, afeto e a assistência necessária poderá trazer um sofrimento psíquico e interferências negativas na gestação, o que ficou evidente na narrativa acima, quando Margarida demonstrou desespero em razão da ausência do companheiro.

Mitos e crenças foram comentados pelas gestantes, como: o formato da barriga indicar o sexo do feto, o uso de metal em peças de vestuário como botão e chaves durante a gravidez poder prejudicar o bebê, constituindo um fator de risco para a criança nascer com lábio leporino. Podemos perceber isto nas narrativas a seguir:

Eu já sei que eu vou ter uma menina, minha barriga é bem redondinha! (Jasmim)

Minhas vizinhas ficam dizendo que não é pra eu usar botão de metal nas minhas roupas e nem colocar chave no meu sutiã porque o menino pode nascer com o lábio lascado. Isso é verdade? Tô andando até assim, toda desarrumada, com calça e blusa de malha que não tem botão de metal. (Violeta)

Tais discursos verbalizados pelas gestantes, revelam o seu contexto sociocultural, pois, em sua grande maioria, ainda estavam impregnados de aspectos culturais, sobreviventes, oriundos de gerações anteriores. Essa compreensão do cenário da cultura é fundamental, pois esta é um dos fatores determinantes nos agravos à saúde e no processo de cura e bem-estar, tanto das pessoas atendidas, como dos profissionais que se propõem a exercer alguma prática terapêutica⁹.

As expressões faciais observadas na área de espera eram paradoxais. Algumas mulheres, principalmente as gestantes, apresentavam-se preocupadas, tristes e ansiosas. Esses sentimentos resumiam-se no receio de um possível mau prognóstico ou diagnóstico patológico durante a consulta, enquanto outras mulheres se apresentavam felizes, alegres e confiantes na assistência de saúde buscada e numa gestação saudável.

Observamos que, nos momentos prévios à consulta com um profissional de saúde, foi comum a formação de pequenos grupos de mulheres, a fim de estabelecer um momento para distração mediante o diálogo, o que as faz fugir do momento estressante que é ter sua condição de vida, como ser biológico, avaliada por um profissional de saúde. No contexto das mulheres envolvidas na pesquisa, contudo, algumas se negaram a conversar com outras, demonstrando, pois, bastante apreensão no momento da pré-consulta.

Na vida de uma mulher, a gestação é uma quadra ímpar que, dependendo do contexto no qual se encontra, pode apresentar peculiaridades que interferem no plano biológico, social e psíquico. Dessa forma, a gestação é um período propício para a inserção de orientações sobre as doenças transmissíveis e DST, a fim de atenuar ou até sanar agravos à saúde materno-infantil, desencadeados por tais patologias¹⁰.

Durante nossa observação às mulheres na área de espera, atentamos para uma interação maior, de modo a captar mais narrativas, o que facilitou ainda mais a identificação do contexto sociocultural das mulheres observadas. Logo, durante a nossa permanência na área de espera, percebemos a necessidade de esclarecimentos que pudessem atenuar ou extinguir o comportamento de risco dessas mulheres em período gravídico, em relação às doenças transmissíveis (DT) e DST, a partir das seguintes narrativas, que demonstraram a multiplicidade de parceiros:

Tenho cinco filho, com esse que tá na barriga vai ser seis. Três eu tive com o meu primeiro marido que não deu certo, aí... dois foram com o meu ex-marido e esse daqui (a gestante apontando para a barriga) é do que eu vivo hoje que eu já tô é pra deixar e arranjar é outro. (Hortênsia)

...num agüento nada de homem eu mesma não, vacilou eu tô com outro! (Orquídea)

Durante os esclarecimentos, elas ficaram atentas aos métodos de prevenção, ocorrendo uma alternância de comportamentos, que oscilaram da abertura à introspecção. Algumas mulheres sentiram-se à vontade para relatar seu medo de realizar o exame de Papanicolau e descobrir a existência de alguma DST.

Toda vez que eu venho fazer o exame de prevenção, num durmo à noite com medo de ter essas doenças. (Papoula)

Isso faz-nos refletir na idéia de que, provavelmente, essa mulher julga possuir algum comportamento de risco frente à infecção por DST ou algum sintoma sugestivo dessas doenças.

Algumas mulheres rejeitaram receber orientação sobre métodos de prevenção de DST, narrando:

Já sei de tudo, sempre falam a mesma coisa!
(Begônia)

Assim sendo, percebemos a necessidade do envolvimento das pessoas no desenvolvimento de uma conscientização em saúde, pois esta acarreta mudança de comportamento, proporcionando a busca de um estilo de vida mais saudável, porém, para que isso aconteça, é necessário que o ser humano vença os obstáculos que impedem de ter uma percepção clara da realidade e assimilar a sua verdade e a criticá-la ¹¹.

Outro momento de recusa ocorreu quando duas gestantes que realizariam sua primeira consulta de pré-natal foram abordadas. Uma das gestantes aceitou dialogar e receber orientação sobre DST, demonstrando interesse, enquanto que a outra recusou. Esta última encontrava-se extremamente apreensiva, roendo as unhas e balançando os pés. Ressaltamos que não foi possível identificar o motivo de sua apreensão, pois cada pessoa, dependendo das dificuldades, assume comportamentos que podem variar da introspecção, raiva ou explicação de sentimentos.

Percebendo essas oscilações de cooperação e negação para o diálogo sobre prevenção de DST, concordamos com a idéia de que o profissional de saúde deve estar atento e sensível a especificidades de cada cliente, pois se acredita que, para as atividades de prevenção e assistência, estas

reflexões fazem-se necessárias para um tratamento que compreenda o homem como um ser holístico¹².

Narrativas complementares ao estudo

Entre as mulheres do estudo, observamos, também, uma adolescente de quatorze anos, gestante de oito meses, que relatou ter engravidado porque seu companheiro, de dezenove anos idade, desejava ter um filho.

Eu tô grávida porque meu namorado queria ser pai e eu queria deixar ele feliz. (Dália)

Diante dessa narrativa, uma gestante adulta indagou à jovem se a família dela não a orientava para evitar uma gravidez, já que era muito jovem, obtendo a resposta em seguida:

Minha sogra comprava camisinha, mas ele num usava. Minha mãe mandava eu tomar cuidado...
(Dália)

O comportamento de imprudência da adolescente ao não usar preservativo, mesmo tendo sido orientada a fazer o contrário pelos pais e conhecidos, e de submissão, pois a gravidez resultou, principalmente, da realização de um desejo do companheiro, revela que a escolha do parceiro e o ato sexual, como a própria sexualidade, não significam somente processos biológicos, mas sim um fenômeno sociocultural que pode ser influenciado pelo contexto que cerca os parceiros ¹³.

A jovem relatou que se sentiu feliz com a gestação, pois o seu companheiro queria muito ter um filho, mas, ao mesmo tempo, triste, porque ele estava desempregado. Ao comunicar à sua família sobre sua gestação, houve a seguinte indagação pelos seus pais: *Ele vai assumir?* Como a resposta foi afirmativa, reagiram normalmente, sem brigas e nenhuma alteração aparente.

Observamos que os pais da jovem estavam preocupados com a questão financeira, visto que a criança poderia ser mais um agravo à economia da família, porém, isso não se configurou como um problema, e sim certo alívio, já que a jovem sairia de casa para morar com a família do pai do bebê. A jovem narrou, ainda, que recebe críticas de amigos:

As meninas da rua fica falando assim: tu tão nova e já ta é grávida, ô besteira que tu fez! (Dália)

Comentou também que, com o nascimento do bebê, logo voltaria a estudar. Percebemos, apesar do seu interesse, que não tinha o conhecimento sobre as doenças transmissíveis nem prevenção destas. Diante dessa observação, orientamos sobre a prevenção das DT/DST e quanto à importância do diálogo com o companheiro sobre a vida sexual de ambos, em termos de fidelidade, mas em razão talvez da sua imaturidade, a adolescente demonstrou pouco interesse acerca desse assunto.

É fundamental ressaltar esse comportamento de submissão e descaso da adolescente como um ponto de vulnerabilidade feminina em relação às DST. Historicamente, a desigualdade sexual, situa a mulher numa circunstância de vulnerabilidade. Esse fenômeno expande-se no contexto das DST e se relaciona, em sua grande maioria, com a crença feminina ilusória do amor como um instrumento imunizante em relação às DST, o que em parte explica a expansão dessas patologias entre mulheres até mesmo com relacionamentos estáveis¹⁴. Portanto, é primordial que o adolescente direcione a sua sexualidade de modo racional, cabível de ser questionado, a fim de acarretar menor risco no que respeita à aquisição de doenças sexualmente transmissíveis¹⁵.

Percebemos, diante do exposto, que a jovem era reflexo, não só de vários adolescentes, mas também de inúmeras mulheres adultas que estão sem orientação, envolvidas pelo sentimento da paixão e distantes do autocuidado, logo, susceptíveis a inúmeras doenças, dentre elas as de transmissão sexual.

Uma das mulheres que recebeu orientação sobre as infecções de cunho sexual havia concluído o Ensino Médio e tinha terminado de realizar o exame de ultra-sonografia, estando muito feliz em saber que teria um menino. Aparentemente, ela não demonstrou muita atenção, podendo ser justificado pela seguinte narrativa:

Eu já assisti uma palestra sobre essas doenças na maternidade que eu tive meu primeiro filho. (Bem-me-quer)

Durante a explanação sobre as DST a essa grávida havia, também, uma jovem atenta ao que era exposto e

pediu para ver o *folder* com as fotos das lesões das seguintes doenças: herpes genital, gonorréia, sífilis, cancro mole e condiloma acuminado.

Ao abordarmos essa mulher, percebemos que esta recebeu orientação com tranquilidade e com muita atenção para os comentários de prevenção. Visualizamos, assim, o interesse pelo autocuidado, já que a jovem não estava grávida e, mesmo assim, aceitou receber orientação. Outro aspecto positivo em seu comportamento foi a sua narrativa:

Eu procuro me cuidar sempre, procuro o ginecologista de seis em seis meses para me prevenir de doenças. (Camélia)

Observamos, ainda, suas expressões defronte às figuras, que eram manifestações de nojo e assimilação dos males que as DST desencadeavam. Desse modo, concluímos que esta jovem compreendia a necessidade de prevenir doenças, por isso estava inserida num pequeno grupo que busca a prevenção.

Outro caso interessante foi de uma grávida adolescente de três meses de gestação com dezessete anos de idade e que, no contexto da Unidade Básica de Saúde, era a que aparentava o melhor poder aquisitivo. Durante a explicação acerca das DST, houve questionamentos sobre o Papiloma Vírus Humano (HPV):

... tem cura? Pode contrair HPV no ânus? Quais são os sintomas que podem acontecer na região anal com a contaminação por HPV?(Girassol)

Apesar do constrangimento da adolescente, no momento da explanação, esta se manteve receptiva às informações que dávamos. Ao falarmos sobre a necessidade de procurar o serviço de saúde em caso de algum sintoma suspeito de DST, a jovem narrou:

Quando eu fico doente a primeira coisa que faço é perguntar pra minha mãe ou pra alguma amiga o que faço para ficar boa, num vou logo pro médico não. (Crisanto)

Percebemos, diante dessa narrativa que não só essa jovem, como também muitas outras, precisam de maior

orientação quanto às DST em áreas diferentes da genital, bem como de maiores esclarecimentos sobre a procura do serviço de saúde, caso suspeitem de alguma doença de transmissão sexual.

Os *folders* também chamaram atenção de duas adolescentes que pediram para receber alguma orientação sobre as DST. Estas tinham, respectivamente, quinze e quatorze anos de idade; a adolescente de quinze anos estava gestante de aproximadamente dois meses, não soube informar ao certo. Este fato ficou evidenciado por esta narrativa:

O doutor me disse que eu tô grávida, mas só depois desse exame de ultra-som que eu vou saber os meses, porque minha menstruação tá atrasada faz dois meses, aí eu digo que tô grávida de dois meses mesmo. (Rosa)

Ambas demonstraram interesse para o autocuidado e prevenção de doenças. Assim, estiveram atentas à explanação e demonstraram receio defronte às figuras impactantes.

Vale frisar, todavia, que enfatizamos em nossas orientações a necessidade do uso de preservativo, de se evitar múltiplos parceiros e de visitar, regularmente, o serviço de ginecologia, já que iniciaram suas vidas sexuais e, contudo, desconhecem a existência das infecções de origem sexual.

A prevenção das DST na adolescência é tema de políticas públicas de saúde, pois o evento da iniciação sexual precoce entre adolescentes vem crescendo nos últimos anos, pois a iniciação sexual do adolescente varia entre homens e mulheres, sendo em torno de 13 a 16 anos de idade, em média atualmente. Dessa forma, essa fase de transformação do adolescente, marcada por muitos conflitos e dilemas, merece uma atenção especial, bem como uma estratégia de prevenção que seja abrangente, isto é, que atinja a escola, a família e a comunidade de formas diferentes. Nesse propósito, foi que nos últimos anos ocorreram mudanças na formulação de métodos de prevenção em relação às DST que, anteriormente, possuíam metodologias repressivas e autoritárias, e em alguns casos obsoletas, para as atuais formas criativas, dinâmicas e inteligentes que cativem o jovem, já que muitas vezes os desejos e necessidades do adolescente dificultam a implementação de ações preventivas e podem assim, estar contribuindo

para a manutenção e crescimento das infecções sexuais entre os adolescentes¹⁶.

Vemos, pois, que a área de espera pode ser um momento de interação das mulheres, mas também um local propício para a realização de orientações pelos profissionais de saúde e incentivo para autocuidado de mulheres diante de doenças. A observação dessas mulheres e suas narrativas nos permitiram compreender a cultura destas, bem como perceber o contexto biopsicossocial como fator preponderante de vulnerabilidade e risco feminino de se contrair uma DST.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, ficou evidente o ambiente de espera ambulatorial é um local onde há grande confluência de experiências, cultura e estados de saúde. Neste cenário, é possível observar a imaturidade de mulheres, as curiosidades e os mitos acerca da gestação e apreensões diante de uma gestação. Há, ainda, a contextualização do atual momento socioeconômico e cultural de nossa sociedade, como problemas financeiros, mudanças na dinâmica e padrão dos relacionamentos afetivos e sexuais.

Em suma, numa área de espera de pré-consulta ginecológica-obstétrica, como a de nosso estudo, visualizamos a vulnerabilidade de mulheres, gestantes ou não, em relação às DST, compreendendo ser esse ambiente um local oportuno para o desenvolvimento de uma orientação educacional sobre prevenção das DST.

Dessa forma, fazem-se necessárias iniciativas para realização de um atendimento diferenciado, com abrangência holística, que visualize a mulher globalmente, como também a implementação de políticas públicas que preconizem a Educação em Saúde como instrumento transformador e modificador do atual cenário das infecções sexualmente transmissíveis no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rouqueirol MZ, Façanha MC, Veras FME. Aspectos epidemiológicos das doenças transmissíveis. In: Rouqueirol MZ, Almeida Filho, A. Epidemiologia & saúde. 6ª ed. Fortaleza: MEDSI; 2003. p. 229-31.

2. Paulilo MAS, Jeolas LS. Aids, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005 jan./mar; 10(1):175-84.
3. Passos MRL. Doenças sexualmente transmissíveis: se educar, dá para evitar. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p.1-5.
4. James AH, Jaber FG. Phenomenology, ethnomethodology and interpretive practice. In: Denzin N, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. London: Sage; 1994. p. 262-72.
5. Polit DF, Hungler BP. Delineamento de pesquisa. In: Polit DF, Hungler BP. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p.108-40.
6. Menegon VM. Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano. In: Spink MJ. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximação teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez; 1999. p. 215.
7. Silva DMGV. Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2001. p.48.
8. Manning PK, Cullum S. Betsy narrative, content and semiotic analysis. In: Denzin N, Lincoln, YS . *Handbook of qualitative research*. London: Sage; 1994. p. 45.
9. Viera LJES, Barroso MGT. Conceitos de cultura – uma compreensão necessária para o cuidado em enfermagem. *RECCS*, 2001 jan./jul; 14(4):32-5.
10. Aguiar MIF, Costa LB, Ribeiro MAS, Barroso MGT. Promoção da saúde e doenças sexualmente transmissíveis: a gestação como foco de atenção. *Rev Rene* 2004 jul./dez; 5(2):66-72.
11. Freire P. *Conscientização, teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3º ed. São Paulo: Moraes, 1980. p.28-94.
12. Miranda KCL, Vasconcelos KS, Barroso MGT. Aconselhamento em HIV/AIDS: um conceito a partir dos profissionais. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2003 ago; 7(2):196-203.
13. Paker RG, Herdt GCM. Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre Aids. In: Paker RG, Herdt GCM *Aids-Pesquisas sobre Aids*. São Paulo: HUCITEC; 1995. p.19-22.
14. Ministério da Saúde(BR). *Coordenação de DST e Aids. Políticas e diretrizes de prevenção das DST / Aids entre mulheres*. Brasília; 2003. p. 65-9.
15. Charbonneau PE. *Adolescência e sexualidade*. 6ª ed. São Paulo: Paulinas; 1988. p.15-75.
16. Ramos FRS, Monticelli M, Nitschike R. *Projeto acolher: um encontro de enfermagem com o adolescente*. Brasília: ABEn; 2000. p.121-73.

RECEBIDO: 30/01/06

ACEITO: 16/10/06