

O AUTOCUIDADO DA ADOLESCENTE PORTADORA DE DST NA  
VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE.

Maria Albertina Rocha Diógenes

Dissertação submetida à  
Coordenação do Curso de  
Mestrado em Enfermagem  
Comunitária da Universidade  
Federal do Ceará, como pré-  
requisito para obtenção do  
título de mestra.

ORIENTADORA:  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Zulene M<sup>a</sup> de Vasconcelos Varela

FORTALEZA  
2000

FICHA CATALOGRÁFICA

D622a Diógenes, Maria Albertina Rocha

O autocuidado da adolescente portadora de DST na  
vivência da sexualidade./ Maria Albertina Rocha Diógenes. –  
Fortaleza, 2000.

105 f.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Zulene Maria de Vasconcelos  
Varela

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará.  
Curso de Mestrado em Enfermagem.

1. Doenças sexualmente transmissíveis. 2. Adolescência.  
3. Autocuidado. I. Título.

CDD 616.951



## FOLHA DE APROVAÇÃO

### O AUTOCUIDADO DA ADOLESCENTE PORTADORA DE DST NA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE

Dissertação apresentada à coordenação do Curso de Mestrado em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de mestra.

Data da aprovação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Zulene M<sup>a</sup> de Vasconcelos Varela  
(Orientadora)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Raimunda Magalhães da Silva  
(1a Examinadora)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Zenilda Vieira Bruno  
(2a Examinadora)

## DEDICATÓRIA E GRATIDÃO ESPECIAL

A Deus,

Orientador maior, que caminhou comigo, proporcionando galgar todos os passos desta caminhada, instruindo-me e fortalecendo, agradeço por mais esta vitória.

## AGRADECIMENTO ESPECIAL

Aos meus Pais Alberto e Anísia (*in memoriam*)

Que tão cedo partiram, não podendo compartilhar comigo esse momento tão importante de minha vida.

## **DEDICATÓRIA**

**AO MEU MARIDO**

ROBERTO

**AOS MEUS FILHOS**

RICARDO E THANARA

Tão queridos, tão amigos, tão  
companheiros e que tanto  
fizeram para tornar possível a  
realização deste trabalho.

## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Zulene Maria de Vasconcelos Varela, agradeço sinceramente pela sua competência, apoio, incentivo, carinho e estímulo dado na orientação do presente trabalho.

À cliente-adolescente, a minha gratidão pela disponibilidade e confiança durante a coleta de dados.

À Professora Doutora Raimunda Magalhães, pelo incentivo, credibilidade e confiança depositados em mim para realização do Mestrado.

A todos os meus professores do Curso do Mestrado, pelo o muito que aprendi com cada um deles.

A você amiga, Mônica Dantas, eternamente grata pelo apoio, estímulo e força durante o desenvolvimento deste trabalho.

À doutoranda Irismar Almeida, pela colaboração e incentivo para a realização do Mestrado.

À amiga Vânia Melo, pela disponibilidade de assumir o ambulatório atendendo as clientes, durante a minha ausência.

À doutoranda Lorena Barbosa Ximenes, pela predisposição em revisar os primeiros esboços deste ensaio.

À doutoranda Fátima Luna, pela valiosa contribuição prestada; minha gratidão.

À doutoranda Ana Karina Bezerra Pinheiro, pelo incentivo constante para que eu realizasse esse Curso de Mestrado.

À professora Zeneida, colega do Curso de Graduação, pelas valiosas orientações dispensadas.

A colega do Mestrado Andréa Gomes Linard, pela a colaboração na apresentação do trabalho.

Ao meu filho Ricardo, pela colaboração e paciência na digitação do trabalho.

À minha filha Thanara, minha maior incentivadora nessa caminhada.

Ao doutorando Marcos Venícios, pela colaboração no cruzamento de dados através do EPI-INFO (Programa para análise de dados estatísticos) versão 6.

À bibliotecária Norma Carvalho Linhares, pelas orientações e correções nas referências bibliográficas desta pesquisa.

A todas as colegas do Mestrado, pelo convívio, coleguismo e amizades adquiridas durante o Curso.

Às colegas de trabalho, pela colaboração prestada durante o decorrer de toda a pesquisa.

À direção do IPCC, Instituto de Prevenção do Câncer, pela oportunidade que me foi propiciada de poder realizar a coleta de dados.

Aos meus cunhados, Hélio e Marijesu, pelo incentivo e apoio prestado durante a realização do curso de Mestrado.

Um agradecimento especial a todos aqueles que contribuíram para a consecução deste trabalho: minha eterna gratidão.

## RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, baseado na Teoria Geral de Enfermagem, de OREM. O trabalho investiga o modo como a adolescente promove autocuidado na vivência de sua sexualidade e propõe subsídios para atividade educativa com adolescentes portadoras de DSTs. A amostra consta de 28 adolescentes portadoras de DSTs, atendidas no Ambulatório de Ginecologia de Enfermagem do Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará (IPCC), órgão da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), no período de abril a julho de 1999. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada. Os resultados mostraram que as adolescentes vivenciam sua sexualidade prematuramente, com riscos à saúde, incertezas, dúvidas, conflitos, falta de apoio familiar e social. Identificam-se déficits de autocuidado, tendo como fatores à idade, nível socioeconômico e a deficiência na assistência individualizada à saúde. Embasada na Teoria Geral de Enfermagem, de Orem, foram propostas atividades educativas, através da Teoria de Sistemas de Enfermagem Apoio-Educação, com a finalidade de transformar a adolescente em um agente de autocuidado.

|               |                             |
|---------------|-----------------------------|
| UFC           | BIBLIOTECA<br>UNIVERSITÁRIA |
| Nº. R 1279483 |                             |
| 04 104 100    |                             |

C620157  
R1279483  
04/04/00

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

O AUTOCUIDADO DA ADOLESCENTE PORTADORA DE DST NA  
VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE.

Maria Albertina Rocha Diógenes

FORTALEZA  
2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

951  
622a  
2000



## SUMÁRIO

|                                                                                                                | Pág |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>                                                                                            | 12  |
| 1.1 O problema                                                                                                 | 12  |
| 1.1.1 Envolvimento com a temática e relevância do estudo                                                       | 16  |
| 1.2 Objetivos de estudo                                                                                        | 20  |
| <b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>                                                                                 | 20  |
| 2.1 A adolescente e a adolescência                                                                             | 20  |
| 2.2 As doenças sexualmente transmissíveis                                                                      | 40  |
| <b>3 A TEORIA DE DOROTHEA E. OREM</b>                                                                          | 48  |
| <b>4 METODOLOGIA</b>                                                                                           | 54  |
| 4.1 Caracterização do estudo                                                                                   | 54  |
| 4.2 O ambiente de investigação                                                                                 | 55  |
| 4.3 População e amostra                                                                                        | 55  |
| 4.4 Coleta de dados                                                                                            | 56  |
| 4.5 Aspectos ético-legais                                                                                      | 56  |
| 4.6 Descrição de entrevista                                                                                    | 57  |
| <b>5 RESULTADOS E COMENTÁRIOS</b>                                                                              | 57  |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>                                                                                  | 77  |
| <b>7 PROPOSTA PARA UTILIZAÇÃO DO ENFOQUE EDUCATIVO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM GINECOLÓGICA COM ADOLESCENTES</b> | 82  |

|                                    |           |
|------------------------------------|-----------|
| <b>ABSTRACT</b>                    | <b>89</b> |
| <b>8 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS</b> | <b>90</b> |
| <b>9 ANEXOS</b>                    | <b>97</b> |
| 9.1 Anexo I                        | 97        |
| 9.2 Anexo II                       | 98        |
| 9.3 Anexo III                      | 101       |

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 O Problema

A partir da década de 1960, verificou-se em todo o mundo um crescimento exagerado das DSTs, em virtude, especialmente, da liberação sexual feminina, diminuição da perseguição aos homossexuais, da resistência ao uso de antibióticos e da iniciação sexual precoce de adolescentes, sempre muito mal informadas (ROUQUAYROL & VERAS, 1994).

Sobre esse assunto DIAMANTINO et al (1993) vão acrescentar que, ao lado do recrudescimento das DSTs, houve uma abertura de canais de transmissão a um elevado número de agentes patogênicos colonizados em outras áreas que não as genitais. Novas e perigosas formas clínicas de DSTs têm, assim, aparecido pela maior frequência de práticas sexuais tidas como não convencionais – *afelatio ore* (felação) e cunilíngüismo.

Na atualidade, as doenças sexualmente transmissíveis com características epidêmicas tornaram-se um grave problema de saúde pública e vêm abalando o mundo com números cada vez mais crescentes de casos em mulheres jovens. A cada ano nos países desenvolvidos, 18 (até 20) mulheres em cada 1000 que se encontram na faixa etária de 15 e 24 anos de idade adquirem algum tipo de infecção ginecológica (BARACAT & LIMA, 1995).

Em relatório do MS-BRASIL (1997), tem-se que as estatísticas de países mais desenvolvidos possibilitam, ainda, estimar a situação no Brasil em relação aos agravos proporcionados pelas DSTs à saúde das mulheres jovens. Pelos dados obtidos no Setor de Epidemiologia da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, através do SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação), somente no ano de 1998 foram 1.056 os casos de DSTs detectados na faixa etária de 10 a 19 anos.

É cada vez mais crescente a frequência de adolescentes com DSTs, sendo, segundo FIZZOTTI (1996), a grande multiplicidade de parceiros uma causa preponderante na permanência dessa realidade. Esse mesmo autor, quando fala sobre o sentido da vida moderna, diz que os impulsos humanos estão muito voltados para a produção e o consumo, enquanto o sentido maior de vida está desvalorizado e sem significado. Nesse contexto, os valores são apenas mecanismos de defesa social e a sexualidade está sendo mal conduzida e interpretada. Assim, o sexo torna-se um mito, levando o ser humano à perda da própria identidade, na medida em que reduz o homem a um mero desempenhador de instintos.

Estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995), sobre o comportamento sexual dos adolescentes nas diversas partes do mundo, demonstram que as relações sexuais entre os jovens acontecem cada vez mais cedo e, geralmente, de forma muito ocasional, pouco frequentes e improvisadas. Isso leva a crer que esses jovens não têm a intenção de tornar duradouro um relacionamento a dois, aumentando o número possível de parceiros e, conseqüentemente, de adquirir alguma infecção ginecológica.

As infecções ginecológicas transmitidas pelo ato sexual adquirem grande importância em saúde pública, especialmente pela crescente incidência em mulheres jovens no período reprodutivo, podendo levar a infertilidade, esterilidade, abortamentos, infecções generalizadas, problemas ósseos, imunológicos e psicológicos. A esse respeito, BELDA JÚNIOR (1995) e MOREIRA (1995) coincidem em opinião ao afirmar que a adolescente é quem mais sofre as conseqüências das DSTs, fazendo parte de um grupo de risco com elevadas taxas de mortalidade.

→ Segundo PICANÇO (1994), as adolescentes estão mais expostas a agravos biológicos e psicossociais pelo fato de chegarem à puberdade sem conhecimento claro do grande problema que é a DST. Em conseqüência,

consequência, expõe-se aos riscos da infecção em atividades sexuais precoces e não protegidas.

As complicações causadas pelas DSTs são muito mais graves nas mulheres, em especial pelo fato de nos homens, os sintomas estarem exacerbados, causando incômodo e levando-os aos serviços de saúde para o tratamento precoce. O mesmo não acontece com as mulheres, que podem passar anos com a doença de forma assintomática, ou com sinais não tão característicos, explica ainda (PICANÇO, 1994).

Complementando as considerações anteriores, BRUNNER & SUDDARTH (1998) afirmam que esse atraso no diagnóstico e no tratamento é potencialmente perigoso. Eleva-se, com isso, o risco de transmissão e as complicações para as pessoas infectadas podem se generalizar.

• Ao analisar a possibilidade de diminuição das DSTs entre mulheres baseando-se no uso do condom, MARTIN, BARBOSA & VILLELA (1992), concluem como necessário considerar inicialmente as diferenças que há entre homens e mulheres no desempenho de sua sexualidade nas diferentes sociedades. Nesse caso, um agravante é o traço cultural, em que a responsabilidade pela anticoncepção geralmente fica ao encargo da pessoa do sexo feminino, o que vem dificultar na adoção de medidas de segurança por ocasião do ato sexual.

• ALDANA (1992) diz que, na nossa cultura quem determina o uso do preservativo nas relações sexuais é o homem, porém, a resistência quanto ao uso deste, segundo verificado, não é algo racional e só da parte dele, pois implicam tabus e preconceitos comuns a ambos os sexos.

• Não obstante, MARTIN, BARBOSA & VILLELA (1992) esclarecem que é difícil as pessoas agirem com racionalidade quando o assunto é sexualidade. Isso envolve uma série de fatores como a emoção,

sensibilidade, cultura, valores, representações e grau de informação, estes, por sua vez, têm relação com o tipo de educação recebida e o acesso a bens de serviços e consumo. •

Os jovens, com alguma frequência, não fazem uso do preservativo de forma contínua, principalmente nas relações mais duradouras. Segundo ANDRADE & LOPES (1998), alguns jovens podem fazer uso do preservativo no início do relacionamento. Na medida em que o relacionamento vai se tornando mais permanente, tendem a descuidar-se, ou mesmo abandonar essa prática.

ZAGURY (1997), em recente pesquisa envolvendo 943 adolescentes, constatou que apenas 22,7 % dos que tinham vida sexual ativa faziam uso do condom, representando esse percentual uma parcela pouco significativa para o contingente dos adolescentes na sociedade.

É dentro dessa realidade que a adolescente terá muito mais chances de contrair doenças ou mesmo de engravidar. A esse respeito ZAGURY (1997) vai informar que a cada ano nascem um milhão de crianças, filhos de adolescentes.

• Já se sabe que o diálogo aberto sobre a sexualidade no seu contexto mais amplo, seja na escola ou no lar, pode contribuir significativamente para diminuição da ansiedade dos jovens em relação à descoberta da sexualidade, adiando, muitas vezes, o início de suas atividades sexuais. •

Todavia, também é fato de que esse tema foi historicamente evitado por pais e educadores. Na atualidade, a dificuldade de falar sobre sexo com os adolescentes ainda é muito presente, chegando a ser um verdadeiro tabu entre alguns segmentos da sociedade. CARIDADE (1996) atribui esse fenômeno ao fato de a grande maioria dos pais da geração atual

ter vivenciado, à sua época, repressões da sexualidade, o que resultou em inseguranças frente à sexualidade agora questionada pelos filhos.

Na maioria das vezes, esse diálogo não acontece porque os pais preferem acreditar nos filhos como seres 'assexuados' ou que o relacionamento sexual ainda é algo muito distante em suas vidas. Do seu lado, os filhos estão iniciando a vida sexual cada vez mais precocemente.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995), os pais tratam as filhas de maneira diferente e são supervisionadas mais estreitamente em suas relações do que os filhos, em virtude da preocupação com uma gravidez precoce. Outro fator que contribui para essa preocupação é o fato de adquirirem uma enfermidade de transmissão sexual.

A OMS (1995) também esclarece que, não obstante a desinformação dentro de casa, os jovens de alguma forma já ouviram falar nas DSTs. O grande obstáculo ao controle de novos casos entre eles é as enormes dúvidas sobre as formas de transmissão e sintomas iniciais. Em contrapartida, na assistência à adolescente, os serviços de saúde centram-se meramente nos aspectos curativos, não considerando a necessidade de envolver a cliente em atividades de educação e prevenção.

Diante das constatações, questiona-se: como a adolescente promove autocuidado na vivência de sua sexualidade? O que fazer para que a adolescente passe a cuidar de sua saúde de maneira adequada e compatível com a sua pouca idade?

#### 1.1.1 Envolvimento com a temática e relevância do estudo

O interesse para estudar essa temática surgiu a partir da experiência da autora como enfermeira do Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará - IPCC. Essa instituição pertence à Secretaria de Saúde do

Estado, fazendo-se referência para o Ceará, e regiões circunvizinhas. Tem como missão principal atender mulheres, realizando atividades de prevenção de câncer ginecológico e detecção precoce do câncer de mama. Desenvolve ainda atividades de prevenção de câncer oral, de pele e cirurgias de médio porte. Oferece um ambulatório que proporciona atendimento aos parceiros das pacientes diagnosticadas com DSTs, priorizando atender aos companheiros das portadoras de infecção pelo *Papilomavírus humano* (HPV), uma vez que esse vírus tem relação com o desenvolvimento do câncer invasor do colo uterino.

Para desenvolver essas atividades, conta com integração multiprofissional em seu quadro - enfermeiras, médicos, assistente sociais, dentistas e psicólogos. A enfermeira realiza, dentre outras atividades, colheita de exame citológico, detecção precoce do câncer de mama, orientando para o auto-exame, que são momentos oportunos de proporcionar suporte educativo à clientela.

Há doze anos, a autora realiza atividades de consulta em enfermagem, exames de mama e colheita citológica em mulheres acima de 10 (dez) anos de idade. Nessa vivência profissional, pôde testemunhar o atendimento a uma demanda significativa de adolescentes que, muitas vezes, não recebiam a atenção merecida, considerando a pouca idade e gravidade da problemática enfrentada.

• O Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), de âmbito nacional, foi oficializado pelo Ministério da Saúde em 1989. Tem como objetivo promover, integrar, apoiar e incentivar práticas relacionadas à saúde do adolescente. Seguindo diretrizes traçadas pelo programa, são assistidos adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos. •

A adolescente-cliente do IPCC realiza a primeira consulta com as enfermeiras do Ambulatório de Ginecologia, que, além de fazer a



prevenção de câncer ginecológico e proceder com orientações para o auto-exame de mama, tem oportunidade para esclarecer dúvidas e munir-se das informações necessárias ao tratamento adequado ou prevenção das DSTs.

Esse atendimento possibilita, ainda, à adolescente acesso a respostas para questionamentos como: Quem eu sou? Por que menstruo? O que significa masturbação? Por que mudo de humor com tanta facilidade? Como é possível adquirir doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)? Dúvidas como estas podem existir apenas justificadas pela pouca maturidade físico-emocional das adolescentes, mas podem acompanhar toda uma fase caracterizada por buscas, e na qual a vida é sempre uma aventura, um desafio.

Uma interrogação muito presente entre as adolescentes com vida sexual iniciada diz respeito à virgindade. Querem saber se são virgens, mesmo mantendo relações anal e oral, pois, para muitas delas, a única preocupação em relação ao ato sexual é manter o hímen íntegro, evitando a penetração vaginal.

Também faz parte da realidade cultural de algumas adolescentes a crença de que 'transar' só uma vez não engravida, assim como o sexo sem penetração não traz problemas.

Além dos questionamentos, as adolescentes relatam na consulta de enfermagem variadas queixas ginecológicas, muitas vezes banalizadas pelo profissional de saúde que não vê relação com processos patológicos. Uma vez que as adolescentes estão passando por um período de intensas transformações biopsicosociais, as queixas são tratadas como somatizações e vão ganhar uma atenção menor do que as evidências ginecológicas.

Ainda as transformações físicas como, por exemplo, aumento do clitóris, desenvolvimento unilateral dos seios que ocorrem normalmente no início da puberdade são motivos de dúvidas, podendo ser consideradas

pelas adolescentes como algo anormal. MAAKAROUM (1988) diz que as mudanças próprias da adolescência surpreendem o jovem e causam medo. Esses casos exigem do profissional, além da habilidade técnica, habilidade de escuta, uma vez que grande parte dos supostos problemas e anomalias é fruto de uma enorme carência de informações sobre o desenvolvimento do próprio corpo.

A procura pelo Serviço, com queixas sugestivas de vulvovaginites, é freqüente e algumas dessas infecções detectadas na amostra citológica são consideradas doenças sexualmente transmissíveis.

Todavia, há consciência de que a oferta de serviços para adolescentes é menor do que a demanda e o diagnóstico seguido do tratamento das DSTs são, em geral, caros e, por isso, nem sempre os serviços podem ofertá-los. Essa realidade concorre para o aumento da cadeia de transmissão. Mesmo realizando o tratamento sintomático, a ausência de acompanhamento adequado implicará, fatalmente, recorrências de DSTs.

As políticas públicas de saúde ainda não têm priorizado à saúde do adolescente. Os serviços ainda têm dado pouca atenção aos jovens, seguindo uma cultura de que estes são mais sadios do que crianças ou idosos.

A inquietação surgida a partir dessa realidade mostra que a relevância desse estudo está, pois, na importância da aplicação do conceito de autocuidado no acompanhamento de adolescentes portadoras de DSTs, educando para a manutenção da saúde reprodutiva através da *Teoria de Sistema Apoio-Educação a Saúde*, colaborando, ainda, com a adolescente para o cuidado e prevenção das reincidências das doenças sexualmente transmissíveis.

## 1.2. Objetivos de estudo

- ❖ Investigar como a adolescente promove autocuidado na vivência da sexualidade.
- ❖ Propor subsídios para a atividade educativa com adolescentes portadoras de DST.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A adolescente e a adolescência

A adolescência deve ser abordada do ponto de vista de suas manifestações. Nessa fase, surgem as mudanças que iniciam o processo de desenvolvimento que dará lugar a comportamentos, condutas e fenômenos característicos da idade adulta.

O organismo humano é um todo, de modo que, ao fazer uma abordagem sobre a adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis, faz-se necessário tecer algumas considerações sobre esse período da vida.

✓ / BRASIL-MS (1989) define a adolescência como a faixa de idade que varia entre os 10 e 19 anos; é o período da vida que se caracteriza por intenso crescimento e desenvolvimento, manifesto por modificações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. ✓

✓ / A adolescência para ZAGURY (1997) é uma fase de transição entre a infância e a juventude. Possui características peculiares, nas quais a criança torna-se adulto. As transformações que ocorrem nesta fase da vida são visíveis e universais. Variam, no entanto, de acordo com a cultura. ✓

✓ / A sexualidade da criança é construída a partir de sua relação parental. Inicia com o conflito afetivo em que três pessoas (a criança, o pai e a mãe) estão envolvidas, chamado Complexo de Édipo. A criança passa

pelo período da bissexualidade psíquica, entre os quatro e seis anos e em todo o período da adolescência, sendo uma maneira de optar pela sua identidade (ABERASTURY & KNOBEL, 1989). /

No período da bissexualidade psíquica, a criança faz escolhas de natureza narcísica para sustentar-se numa identidade, fazendo escolhas de natureza objetal para garantir-se contra a castração. A presença da mãe, bem como a do pai, são imprescindíveis para o desenvolvimento da sexualidade da criança, em que cada genitor está em sua identidade sexual e seu papel parental (ABERASTURY & KNOBEL, 1989).

A criança do sexo masculino identifica-se com o pai do mesmo sexo e vice-versa. A resolução desse conflito dá-se quando a criança que já é adolescente descobre que não é o único objeto de desejo do pai do sexo oposto. Nessa fase, a imagem corporal é muito importante para o adolescente, pois é um processo de apropriação do novo corpo modificado, sendo uma forma de separar-se dos pais. A imagem corporal leva o jovem a sentir-se por intermédio do outro, esclarece (ANATRELLA, 1992).

/ A vontade de ter relação sexual na adolescência e amar alguém não são a mesma coisa, uma vez que o ato sexual é desvinculado da afetividade. Essas relações não enriquecem a vida afetiva do jovem, só causam confusão em sua mente, podendo até contribuir para retardar sua maturidade sexual. Nessa idade, ocorre mais uma busca de si do que um encontro real com o outro. O fato de achar que está amando é, por vezes, confundido, pois, nesse período, é difícil o adolescente amar outra pessoa que não seja ele próprio; o outro é idealizado por traços que ele na verdade gostaria de possuir (ANATRELLA, 1992). /

Se antigamente a sexualidade era proibida aos adolescentes, pelo menos podiam conquistá-la. Hoje, o jovem é incentivado a ter relação sexual sem levar em consideração a afetividade, apenas como forma de

obter prazer. Uma atuação sexual precoce e não assumida pode evitar a elaboração afetiva e ser causa de tédio sexual futuramente. A experiência sexual passageira é hoje o modelo vigente (FIZZOTTI, 1996).

✓ Para ANATRELLA (1992), muitas adolescentes têm relação sexual sem desejar e afetividade quase não existe. Deixa-se levar pelo emocional, pela curiosidade e pela pressão social. Porém, tais experiências podem não ser enriquecedoras. ✓

✓ No relacionamento sexual atual, não se levam em consideração o partilhar, o prazer com o outro, o carinho mútuo, a procura do outro personalizado (DIAMANTINO et al, 1993). ✓

O sexo tornou-se comercializado, em que, para se vender um produto, precisa evidenciar um corpo. O relacionamento sexual tem como meta única a obtenção do prazer. A sexualidade está desumanizada porque não estimula a expressão de afetividade, levando a aumentar as disfunções sexuais no ser humano (FIZZOTTI, 1996).

A atividade sexual humana é diferente da do animal, inferior, lembra COSTA (1996), pois este a desempenha apenas com impulso e instintos, que tem como objetivo a procriação. Já o ser humano inclui também a afetividade, recebe influências culturais, sociais e psicológicas.

A satisfação do desempenho atual do relacionamento sexual está centrada nos genitais, conforme afirmação de DIAMANTINO et al (1993), uma vez que o outro não é considerado na relação, senão o próprio indivíduo, levando a expectativas que geram insatisfação e busca de múltiplos parceiros. Tem como conseqüências negativas as DSTs, gestações indesejadas, frustração, insegurança e medo, podendo influenciar nos próximos relacionamentos, impossibilitando o prazer sexual.

Tecendo considerações acerca das campanhas de prevenção à AIDS, ANATRELA (1992) diz que dão a idéia de que sexo é ocasional e independente. Concentra-se nos perigos do vírus, porém, não discutem a importância da afetividade, a maneira de viver os riscos da existência e como cuidar da saúde.

／ Complementam PELUSO & SARDILLI (1998) que a afetividade tem um importante papel quando se discute educação sexual com o jovem, ampliando o significado da palavra sexualidade, uma vez que o adolescente vê-se envolvido desde cedo com esse assunto.／

／ O jovem de hoje utiliza uma expressão chamada “ficar”, que é uma forma de encontro com o outro sem nenhum compromisso. Pode ser vivido desde o simples abraço, beijo, até o ato sexual em si. Com isso, surge a preocupação com as DSTs, uso de preservativos, sexualidade, afetividade, sendo necessário que o profissional desperte para o trabalho de educação sexual com o jovem (LIMA, 1994).／

Além de todos esses pontos enfocados, convém lembrar que o governo se tem preocupado com o adolescente, embora que de forma ainda não muito significativa. Tem procurado adotar políticas específicas de preparação de jovens para o mercado de trabalho. Essas políticas devem ser de grande envergadura para a juventude, a fim de que esta tenha condições de ser mais atuante em relação a sua inserção no mundo contemporâneo, pois isso ajuda a não levar o jovem a percorrer caminhos obscuros, o que pode ocorrer caso não esteja, também, na escola.

／ A escola é, antes de tudo, o lugar ideal para o adolescente, pois é nela que ele se socializa, constrói sua cidadania e se prepara para assumir o mercado de trabalho. Na escola, o jovem convive com pessoas da mesma idade, formando o grupo de amigos em que se identifica.／

A educação escolar para PEREIRA et al (1997) é que leva o indivíduo a ter uma melhor oportunidade na vida. Em muitos lares brasileiros, os filhos necessitam trabalhar para ajudar a complementar a renda familiar. No entanto, os empregadores exploram o menor quando impõem trabalhos pesados e não cumprem a legislação trabalhista que assiste o menor, também não se preocupam com a família, nem com os estudos desses jovens.

O emprego com remuneração compatível são uma das condições importantes para o desenvolvimento sadio dos jovens. A ausência deste contribui para a elevação do estresse psicológico (OMS, 1995).

/A educação escolar, além de fomentar a capacidade de ler, escrever e proporcionar conhecimento ao indivíduo; contribui como fonte importante de educação e orientação acerca de questões de saúde. / Porém, muitos jovens não podem ir à escola por motivos econômicos (OMS, 1995).

/A OMS (1995) esclarece ainda que atualmente há uma tendência, em muitos países em desenvolvimento, de melhorar a educação em saúde nas escolas. Entretanto, o tema sexualidade é totalmente excluído como se não fizesse parte dessa temática. /

O sexo de hoje, de tão hipervalorizado, tornou-se um ato secundário, banalizado. Trata-se de uma culpa psíquica e não moral, expressando fracasso relacional dos modelos dos anos 60-70. A liberação sexual ignorou o outro e desperta uma dificuldade para desenvolver a afetividade (FIZZOTTI, 1996).

Complementa LEVISKY (1979) que, de acordo com cada sociedade, estabelecem-se pré-requisitos que o jovem deve atingir para se tornar adulto. Os aspectos chamados universais, comuns nesta fase da vida, são assim chamados por serem encontrados nas diferentes sociedades,



desde as civilizações primitivas até as modernas e progressistas. A presença da ejaculação no jovem e a menarca na adolescente demarcam a sexualidade adulta, capacitando-os à procriação. O tabu do incesto é outra característica considerada universal, levando o jovem a buscar fora do ambiente familiar um novo objeto de amor, considera ainda o autor.

LEVISKY (1979) cita ainda que rituais de passagem em algumas sociedades, mesmo que caracterizados por intenso sofrimento físico ou psíquico são desejados pelo jovem, uma vez que vai conquistar sua identidade adulta. Na sociedade ocidental, o jovem de classe média, para conquistar esse espaço, deve possuir carro, prestar vestibular, entre outras coisas, para que possa ser valorizado entre os colegas. Diz ainda o autor que há um desnível muito grande entre maturidade biológica, psicológica e social do adolescente, e a sociedade não se preocupa com isso, levando o jovem a desenvolver tensão emocional, tornando-o inseguro.

O jovem para adquirir a identidade adulta passa por perdas em que ABERASTURY & KNOBEL (1989) chamam de lutos, ou seja, os aspectos infantis, dos quais o jovem necessita desfazer-se para chegar à idade adulta: luto pelo corpo infantil perdido, o qual transforma-se independentemente de sua vontade; luto pelo papel e identidade infantil - o jovem sente a perda dos privilégios de criança, porém ambiciona as vantagens e prazeres da idade adulta; luto pelos pais da infância - o jovem procura reter os pais de infância em sua personalidade como refúgio e medo pelo desconhecido que há em si. O adolescente vai descobrindo que suas idéias já são discordantes com as de seus pais. E, por último, luto pela bissexualidade infantil, que se refere aos períodos considerados normais na adolescência, nos quais o jovem apresenta aspectos femininos e masculinos, como um processo de flutuações e aprendizagem de ambos os



papéis. Com as transformações no corpo, surgimento da menarca e as primeiras ejaculações, define-se a sexualidade adulta.

Desde o processo de desenvolvimento até chegar a idade adulta, o jovem passa por três etapas significativas, que CARVAJAL (1998) assim define: a adolescência é puberal, nuclear e juvenil. A primeira etapa, a puberal, praticamente coincide com as mudanças físicas da puberdade. Em decorrência das alterações hormonais, a criança começa a sentir modificações no corpo para que possa chegar à fase adulta com suas características próprias.

Essas modificações para ZAGURY (1997) são as características mais visíveis do adolescente com acentuadas transformações internas e externas.

Conceituando puberdade, COLLI (1988), MAINIERE (1998), DAMIANI & SETIAN (1979) descrevem-na como o conjunto de modificações biológicas da adolescência, que torna o indivíduo apto à procriação. As transformações que ocorrem nesta fase da vida sejam hormonais, físicas ou genitais, têm uma sequência cronológica. Citam que foi Tanner, em 1962, que publicou, com adaptações, os modelos que estabelecem a maturação puberal do adolescente, tomando por base a adolescente. Ele estudou o crescimento mamário e pêlos pubianos, estudo que ficou conhecido como critérios de Tanner, que são assim descritos:

#### Desenvolvimento mamário

Estágio 1- ( pré-adolescente ) – há somente elevação da papila.

Estágio 2 – broto mamário. Elevação da mama e da papila. O diâmetro da auréola é aumentado.

Estágio 3- Continuação do aumento da mama. A auréola e a mama não apresentam separação de seus contornos.

Estágio 4- Projeção da auréola e da papila, formando uma elevação acima do nível da mama. Estágio de adulto. Projeção apenas da papila, em razão do retorno da auréola para o contorno geral da mama.

Desenvolvimento dos pêlos.

Estágio 1 - ( pré-adolescente) - Ausência de pêlos.

Estágio 2 – Crescimento esparsos de pêlos longos, levemente pigmentados lisos ou só levemente encaracolados, ao longo dos grandes lábios.

Estágio 3 – Pêlos pubianos mais pigmentados, mais grossos e encaracolados, estendendo-se à sínfise púbica.

Estágio 4- Pêlos do tipo adulto, mas a área coberta é ainda consideravelmente menor que na maioria dos adultos. Não há progressão à face medial da coxa.

Estágio 5- Pêlos adultos em tipo e quantidade, distribuídos como um triângulo invertido. Atinge a superfície interna da coxa. Podem eventualmente se desenvolver acima da sínfise, constituindo o estágio seis.

Além dessas modificações físicas citadas, MAINIERE (1998), LIMA (1994) e CARVAJAL (1998) descrevem que há mudanças também neurológicas, hormonais, que culminam com a maturidade sexual, tornando o indivíduo capaz de reproduzir. As alterações hormonais levam a criança a desenvolver as características sexuais, assim chamadas: telarca (idade em que surgiu o broto mamário), pubarca (surgimento dos primeiros pêlos pubianos) e menarca (idade da primeira menstruação). As mudanças físicas vêm acompanhadas de mudanças psíquicas menores, que são prenúncios do desenvolvimento psicológico do adolescente. Esses sintomas psíquicos são quase sempre comportamentos afetivos ou emocionais.

SUPLICY (1999) e KNOBEL (1989) descrevem os caracteres sexuais primários como o aumento do útero e da vagina, e os caracteres sexuais secundários como o amadurecimento dos seios, modificação da cintura escapulária e pelviana, o crescimento do pêlo pubiano, bem como as mudanças de voz. Associadas a esses caracteres, ocorrem as mudanças de tamanho, peso e proporção do corpo.

A puberdade para SPENLÉ (1995) não é somente uma transformação do corpo e seu funcionamento, mas é também uma modificação que repercute nas representações que o jovem faz de si mesmo (auto-imagem e modificação do ego). O autor explica, ainda, que a construção da imagem corporal se faz através do novo esquema corporal adquirido pelas transformações físicas, ocasionadas pelo surgimento dos caracteres sexuais primários e secundários. O corpo é a representação do indivíduo, que determina a aceitação de si mesmo e significa a manifestação exterior da personalidade.

A nova imagem corporal para KNOBEL (1989), leva o indivíduo a reformular a consciência que tem de si mesmo, deixando para trás a auto-imagem infantil e a projetar-se no futuro de sua vida adulta.

O corpo rapidamente transformado faz com que o jovem perca a referência que tinha de si: o corpo infantil que conhecia. Acha-se perdido e surpreende-se com o novo corpo desengonçado (BENETTI, 1990).

O adolescente preocupa-se muito com o efeito que o corpo irá fazer sobre os outros e teme ser criticado. BENETTI (1990) diz que tudo o que não está de acordo com as normas que a sociedade dita é considerado como desespero pelo adolescente, podendo levar a uma baixa auto-estima.

BRANDEN (1995) diz que na escola, o professor como educador que tem boa auto-estima está pronto para entender que, para se querer nutrir a auto-estima de outra pessoa, necessita saber passar-lhe esse valor,

fornecendo, assim, uma experiência de aceitação e respeito, ensinando que a auto-estima deve ser gerada, sobretudo no interior das pessoas.

/ O corpo em transformação faz com que o adolescente fique ansioso e depressivo. Qualquer alteração que não o deixe satisfeito, leva-o a temer ser rejeitado pelos colegas, pois o grau de sua aceitação social pode ser medido pelo aspecto físico, facilidade de relacionamento, dentre outros. Este acontecimento desestrutura a vida do adolescente porque o sentimento de identidade pode significar a experiência de estar em contato com o próprio corpo (BENETTI, 1990 e MAAKAROUM, 1988). /

Nesse período, os pais ficam inquietos porque observam que estão acontecendo no seu filho, além dessas mudanças biológicas, as psicológicas e as sociais, que são independentes da vontade deles e do filho, ocorrendo alterações significativas no seio familiar (KNOBEL, 1989).

A família, como primeiro local de formação do indivíduo e centro de referência na vida de todo ser humano, tem grande participação na construção da identidade do filho que precisa de um referencial, de limites. Afirmo OLIVEIRA (1999), os limites são imprescindíveis na vida do ser humano, sendo fundamental distinguir limites que contribuam para a promoção da vida daqueles que vão a detrimento desta. O jovem necessita aprender, entre outras coisas, o que é correto e errado, para que possa construir sua personalidade.

A falta de uma estrutura familiar organizada para LEVISKY (1979) pode freqüentemente ensejar graves conseqüências para o adolescente, podendo levá-lo a sentir-se vazio e solitário e chegar a casos extremos, como o suicídio.

O adolescente, ao vivenciar esse período da vida, desenvolve uma tendência ao isolamento, permanecendo horas de solidão em seu

quarto, momento esse importante para a construção de sua identidade. Os pais o decepcionam, pois não são mais aquelas pessoas que ele idolatrava na infância. As alterações de humor manifestam-se, ora por choro, ora por alegria, ora por não desejar mais acompanhar a família nos passeios. Para KNOBEL (1989), são essas mudanças psicológicas que levam o jovem a uma nova relação com os pais e o mundo.

Na adolescência, a figura paterna é algo que o jovem necessita afastar de forma inconsciente, ou seja, precisa “matar” os pais da infância para adquirir uma nova identidade, a adulta. O amor para com os pais se transforma em ódio, o respeito e admiração desfazem-se em desprezo. O jovem agindo dessa maneira pensa que poderá ficar livre e independente, mas isso não acontece, uma vez que se passa no seio familiar. Ocorre aí uma relação de agressão e de sofrimentos dele e dos pais. Estes, para que não sofram, precisam compreender muito bem esse processo de transição (SPENLÉ, 1995).

Acrescenta BENETTI (1990) que, nesta fase, o adolescente está apenas em busca de si mesmo, contradiz-se, deixa os adultos preocupados, busca a solidão. Isto tudo é uma forma de demonstrar as dificuldades de encontrar respostas para seus conflitos interiores. Afasta-se da família, mas tem necessidade de voltar para ela para ser compreendido, para depois se afastar de novo.

O adolescente tem, no grupo da mesma faixa etária, a acolhida necessária para o afastamento dos pais. Momento esse que CARVAJAL (1998) chama de adolescência nuclear, e assim explica: A tendência grupal é fundamental para o progressivo afastamento dos pais, passo importante para chegar ao mundo exterior. O grupo é formado por amigos íntimos que se espelham, admiram-se, respeitam-se e idealizam o futuro. Esse autor explica ainda que o processo grupal é tão necessário para o adolescente que

se torna difícil separá-lo do grupo. Para que possa identificar-se com o grupo, passa a usar as mesmas vestimentas, corte de cabelos e o mesmo linguajar de seus integrantes. Torna-se dependente do grupo e não mais dos pais.

O motivo de o jovem entrar em grupo LIMA (1994), GAUDERER (1996) e ABERASTURY & KNOBEL (1989) complementam, é para o crescimento e desenvolvimento próprio, tendo um efeito educativo, e também favorecendo o processo natural de independência em relação à família. O adolescente saudável busca independência em relação aos pais, pois é necessário para a sua autonomia interior. Após atingir a idade adulta ocorre o regresso para os pais.

A tendência grupal, nessa etapa da vida, proporciona segurança e estima pessoal. Há o processo de identificação em massa pelo o qual o adolescente mostra-se tão inclinado. O grupo proporciona ao jovem seguir em busca de sua identidade adulta (KNOBEL, 1989).

A separação progressiva dos pais é também uma das características básicas para a formação da identidade dos jovens, que se faz com substitutos parentais, nos quais o adolescente pode projetar cargas libidinosas, negando assim a fantasia edípica subjacente. Nesse processo, ocorrem relações fantasiadas com professores, ídolos, amigos mais velhos, que passam a ter características parentais, momento esse em que se estabelecem relações mais satisfatórias para o jovem. (KNOBEL, 1989).

A última etapa da adolescência é definida por CARVAJAL (1998) como a juvenil, caracteriza-se pela entrada para a juventude, preparando o adolescente para a sua independência e individualização, passando gradativamente a agir e ter atividades próprias dos adultos.

Nessa última etapa, o jovem sai do relacionamento grupal, troca o amigo íntimo do mesmo sexo por alguém do sexo oposto; passa a exercer

plenamente sua sexualidade, processo de emancipação em direção ao reconhecimento da sociedade e ao mundo adulto (KNOBEL, 1989).

/O contexto cultural no qual está inserido o adolescente tem influência em sua saúde. BRUNNER & SUDDARTH (1998) definem cultura como padrões de comportamentos, das crenças e valores, os quais são transmitidos coletivamente, característicos de um grupo particular de pessoas. O sistema de crença e valor é muito importante, pois orienta a interpretar e responder à doença e ao cuidado de saúde. /

/FOUCAULT (1997) diz que houve muitos mecanismos de repressão em relação à sexualidade. No século XVII, nascimento de grandes proibições nos relacionamentos sexuais, a sexualidade deveria ser praticada só por adultos e casados. /

/Para CORRÊA (1996) a sexualidade no final do século XIX era controlada pelos patriarcas com o intuito de assegurar o domínio sobre a economia, visando à herança. Os homens tinham sua sexualidade liberada e era voltada para a reprodução como uma maneira de dar continuidade ao patrimônio familiar. /

/Complementam DIAMANTINO et al (1993) que, no Brasil, a mulher é educada para ser obediente, com mais deveres do que direitos, como cuidar do lar, dos filhos, participar no orçamento doméstico, sendo considerada na nossa sociedade machista, como objeto de prazer /

/Como consequência da liberação sexual, ANATRELLA (1992) diz que o sexo tornou-se banalizado e reivindicado com o intuito de satisfazer o corpo, tendo como causas o desejo de fugir do silêncio que envolvia o sexo. /

/O autor citado anteriormente afirma também, que no século XIX, as aventuras sexuais eram vividas às escondidas e só eram reprovadas



socialmente quando se tornavam públicas. Os jovens, também nessa época, repudiaram a vigilância excessiva da família e dos educadores, numa época em que as relações sexuais eram ocorridas no contexto conjugal. /

/ Explica ainda ANATRELA (1992) que o sexo vem sendo continuamente exibido, influenciando na venda de produtos; tornou-se banalizado, explorado, incitando a mudança constante de parceiros, levando o indivíduo a uma solidão e na busca de seu ser inatingível. O sexo abandonou a sexualidade, quando ele é apenas um aspecto da sexualidade humana, que transcende em muito a atividade genital. Há, portanto, a perda do sentido do corpo, em que há falta da relação com o outro. É necessário buscar o senso de valores no qual a relação com o outro deve estar ligada à afetividade. /

/ As doenças sexualmente transmissíveis não têm modificado o comportamento sexual das pessoas, pois para mudar, é preciso ter razões mais profundas, como por exemplo, a necessidade de unir a sexualidade à afetividade. Os jovens que iniciam sua atividade sexual precocemente o fazem como curiosidade ou mesmo desafios, uma vez que pensam ser imunes a doenças, gravidez, expondo-se a riscos provenientes de uma relação sem responsabilidade, na qual a afetividade não está incluída (ANATRELA, 1992). /

As campanhas de prevenção de DSTs divulgam sexualidade dicotomizada de afetividade. Torna-se difícil diminuir as DSTs apenas pela simples propaganda do uso do condom. Este tem conotação de infidelidade, de uso ocasional e de liberação sexual, podendo, ao invés de incentivar a prevenção das DSTs, induzir os jovens a praticar sexo sem levar em consideração a afetividade.

Conforme afirmam PARKER & BARBOSA (1996) e FOUCAULT (1997), a sexualidade na maior parte do século XX esteve



sempre ligada ao corpo e à existência biológica e nas últimas duas décadas, dado ao surgimento de movimentos feministas, *gays* e lésbicas, passou a ter caráter menos repressivo, conseqüentemente, as relações sexuais, antes restritas ao casamento, passaram a ser mais aceitas e praticadas também fora dessa união.

Por conta dessas mudanças em relação ao comportamento sexual e da epidemia da AIDS, diversos países têm preocupado-se com a dimensão social e política da relação entre sexualidade e saúde.

/Os indicadores de valores de modernidade em relação à sexualidade para LEAL & BOFL (1996), são a preocupação com o prazer do parceiro, levando em consideração simplesmente o desempenho sexual como se as expectativas em relação à sexualidade do casal fossem apenas vistas dentro do contexto em que a mulher “faz tudo aquilo que ele gostaria” e o homem ideal seria aquele que se preocupa com o “prazer da mulher”./

/Para DIAMANTINO et al (1993), as mulheres experimentam ansiedade quanto ao desempenho sexual exigido pelo parceiro. Os homens, por sua vez, tentam medir sua virilidade como forma de provar sua capacidade sexual./

/No atual contexto brasileiro, VILLELA & BARBOSA (1996) dizem que, a questão do gênero tem origem na prática cultural, em que alguns valores são atribuídos ao masculino e feminino. Apesar de a mulher ter aumentado o nível de escolarização e o de emprego, o discurso da “igualdade entre os sexos” continua distante da realidade e a mulher encontra-se numa situação contraditória. /

Dizem ainda, esses autores, que a dificuldade está em reconhecer a necessidade de mudanças tradicionais em relação à sexualidade feminina e masculina. O discurso da igualdade entre ambos os sexos precisa de uma

reconceptualização que pode levar em consideração a mulher como companheira e não somente como ser procriador que a tem situado em lugar subalterno em relação ao homem. O fato de a mulher, hoje, contribuir nas responsabilidades financeiras do lar, tem levado o homem a uma situação de insegurança, sendo um fator que contribui para a mulher na negociação sobre sexo.

PAIVA (1996) diz que, as pessoas necessitam ser sujeitos e agentes reguladores da própria prática sexual e não objeto de desejo do parceiro sexual.

/ Sexualidade, para ANDRADE (1998), tem um significado abrangente, que tem relação não somente com a função reprodutora do ser humano (genitalidade), mas tudo o que diz respeito à distinção entre os sexos e formas de ter e dar prazer. É o resultado entre o impulso que a proximidade do sexo pode produzir e as experiências que o ser humano vivencia em seu meio. /

/ A sexualidade do adolescente é, para KNOBEL (1989) e SPENLÉ (1995), como uma força que se impõe em seu corpo, necessária para seus órgãos genitais, ficando o corpo como algo externo e alheio a si mesmo. /

/ A sexualidade é marcada pelos primeiros contatos que o bebê possui com os pais, afirma CARIDADE (1996). Diz ainda, esse autor, que o cuidar da criança nas suas necessidades serve de aparato para o seu relacionamento amoroso, levando-a a captar sua relação com o mundo e as pessoas. /

ANDRADE (1998) reitera a idéia de que a sexualidade humana está presente desde o nascimento da criança, período em que começa a haver o desenvolvimento psicosssexual. FREUD descreve esse desenvolvimento em três fases: oral, anal e fálica. A fase oral é o período

em que a criança apresenta sensações agradáveis ao chupar ou engolir algo. A segunda fase, a anal, é quando a criança desenvolve os esfíncteres anal e retal, tendo prazer em realizar os atos de defecar e urinar. Na última fase, a fállica, a criança já se comunica com expressividade.

A sexualidade do adolescente para ser bem entendida deve ser estudada a partir dessas três fases.

/As atividades sexuais dos adolescentes são cheias de situações que devem ser aqui objeto de atenção. SPENLÉ (1995) diz que o adolescente tem necessidade de valorização, deseja ser apreciado como objeto sexual, que consiste numa maneira de buscar prestígio perante os demais adolescentes./

Complementa o autor citado anteriormente que a necessidade de segurança de contato é defesa contra a solidão, sobretudo nas meninas, nesse momento de transição do meio familiar para outro meio, pelo medo de não ser normal, ocasião em que o adolescente precisa desempenhar as mesmas condutas esperadas e realizadas pelo grupo.

/ O adolescente sente medo de ser impotente. SPENLÉ (1995) diz que ele necessita provar a si mesmo que não é anormal, podendo então “transar”, sem necessidade de escolher ao menos o parceiro. Este tipo de relação sexual pode ter repercussões negativas para o futuro dos jovens, pois, às vezes, o desempenho sexual esperado pode não ter sido satisfatório frente à ansiedade sentida nesse momento. /

Há, ainda, a motivação de defesa em que o medo está muito presente neste período. O adolescente tem medo de se perder, de ser dominado pelo outro e de abandonar algo de si mesmo. Por último, surge a oposição aos pais, momento em que a atividade sexual pode ser uma maneira de provocá-los. É uma forma de enfrentar os pais diante de sua autonomia ou suas concepções moralistas, comenta ainda SPENLÉ (1995).

A curiosidade, para esse autor, leva o adolescente a procurar entender aquilo em que tanto se fala e que para ele é ainda um mistério.

/A nossa sociedade contribui profundamente para o início da atividade sexual do adolescente, pois reprime a vida sexual dos jovens, no entanto, estimula-a através de propagandas insinuantes, tornando desejado aquilo que é proibido. /

/A sexualidade atual está isolada do corpo. SPENLÉ (1995) diz que antes era restrita ao casamento. Hoje, como forma de reagir essa sexualidade reprimida, os jovens quebraram tabus como a virgindade, transformando a sexualidade em um simples exercício físico e higiênico, tornando-se desvalorizada. /

/Na primeira fase da adolescência, ocorre uma sexualidade chamada genital caracterizada pelo auto-erotismo. O jovem nesse período está ligado em si e no corpo e a masturbação dá vazão a esse sentimento (KNOBEL, 1989). /

Nesse período, a prática homossexual não necessita ser motivo de preocupação, desde que seja transitória. Pode estar ligada à necessidade de aprendizagem de ambos os papéis sexuais ou defesa contra o sexo oposto, que é temido, por ser desconhecido. As relações heterossexuais evoluem para novas experiências através de atividades sociais, esportivas, escolares, “paqueras”. O jovem ainda não tem preparo emocional para uma relação sexual a dois. Algumas jovens, com temor de perder o namorado ou como forma de se integrar ao grupo vê-se na condição de praticar o coito, entrando em conflito consigo mesmas e carregando sentimento de culpa (LEVISKY, 1979).

/ É necessário passar para os jovens a importância da responsabilidade para a vida. Na vivência da sexualidade, a jovem não deve se deixar levar pelos outros. Devem preparar-se para amadurecer a

identidade sexual para que favoreça o relacionamento a dois, futuramente (PELUSO, 1998). /

/O namoro representa a primeira possibilidade de o jovem desligar-se da família, reafirmando a identidade pessoal. Esta experiência perdurará por toda a vida. Quando negativa, é porque essa desvinculação psicologicamente da família não se deu de forma correta. O sexo no namoro, ou seja, a relação genital tem pouca importância no sentido de criar laços, pois a relação sexual para os jovens ocupa um papel secundário em comparação com a relevância de ter alguém com quem possa falar de si mesmo, trocar experiências, afirma ainda o autor citado no parágrafo anterior. /

/VITIELLO (1997) diz que, geralmente a adolescente, no Brasil, inicia sua atividade sexual entre os 15 e 17 anos, às escondidas dos pais e sem um aconselhamento prévio, contribuindo para o aumento das DSTs. /

[Complementam PELUSO & SARDILLI (1998) que a afetividade tem um importante papel, quando se discute educação sexual com os jovens, ampliando a palavra sexualidade, uma vez que a adolescente se vê envolvida desde cedo com esses assuntos. /

As DSTs sempre foram motivo de preocupação dos governantes no Brasil. CARRARA (1996) tecendo considerações acerca desse assunto, diz que a principal doença venérea, como era assim chamada, no final do século passado e início deste, era a sífilis, por ser a mais disseminadora das doenças sexualmente transmissíveis. Como não havia uma medicação específica para o tratamento, eram necessárias medidas de profilaxia e prevenção.

CARRARA (1996) afirma que ainda neste período, surgiram movimentos no combate às doenças venéreas. O regulamentarismo defendia a oficialização da prostituição como maneira de prevenir essas

doenças, mas na verdade, tencionava-se o controle das prostitutas, afastando-as do meio social, preocupando-se mais com a moral do que com a saúde pública. Outro movimento, o abolicionismo, era contrário ao regulamentarismo, pois não concordava com a prostituição como instituição, a abstinência sexual deveria ser observada pelos solteiros e o relacionamento sexual seria restrito só ao casamento, a fim de acabar com a prostituição e doenças venéreas. Para isso, defendia a educação e a propaganda como uma maneira de induzir a contenção sexual masculina.

O neo-regulamentarismo, outro movimento que surgiu nessa época, conforme ainda CARRARA (1996), pregava a criação de locais, do tipo hospital-prisão, em que as prostitutas, quando acometidas de doenças de transmissão sexual, fossem para lá encaminhadas. O neo-regulamentarismo como também o abolicionismo, eram a favor de campanhas de educação antivenérea, exame pré-nupcial e notificação obrigatória das doenças venéreas.

Os médicos dessa época, de acordo com CARRARA (1996) também se preocupavam com a disseminação das doenças venéreas, mas aceitavam de uma forma discreta a prostituição, por acharem que era um mal necessário, já que a relação sexual era uma atividade primária importante para o equilíbrio do organismo. O Estado interveio também na sexualidade feminina, na qual a mulher nascia para ser mãe. Dizia que a sexualidade tinha perigosos mistérios, como o clitóris, que era comparado ao pênis e reconhecido pelos médicos como órgão de prazer no ato sexual. Portanto, as mulheres casadas, exceto as prostitutas, deveriam ser privadas desse privilégio. Uma vez que poderia ser considerado como um insulto, a obtenção do prazer, se induzido pelos maridos nas suas esposas, pois sua função era a de serem mães de seus filhos, sendo assim destituídas de qualquer prazer sexual.

Analisando essas considerações em relação à esposa, observa-se que, mesmo com as mudanças ocorridas após a revolução sexual no Brasil, na década de 60, a mulher ainda se comporta no relacionamento sexual de uma forma muito passiva e submissa, e que talvez isso seja um fator que contribui negativamente para as práticas sexuais não seguras.(CARRARA, 1996).

## 2.2 As doenças sexualmente transmissíveis

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) são consideradas como um problema antigo de dimensão universal e importância social. Hoje essas doenças apresentam-se com um número crescente de entidades clínicas e síndromes que têm como traço comum à transmissão sexual.

Os processos infecciosos característicos da esfera genital exigem a adaptação do agente patogênico ao organismo, condicionando não só o surgimento da doença, como seus mecanismos de transmissão. A transmissão passa a ser com contato direto, íntimo, representado fundamentalmente pelo coito. As doenças sexualmente transmissíveis têm relação principalmente, com a promiscuidade e a prostituição (BELDA JÚNIOR, 1995).

No final do século passado, as doenças venéreas tinham início nos órgãos genitais e a transmissão era sexual. Os homens eram os mais acometidos entre os 15 e 30 anos de idade e o acometimento tem relação inversa com a escolaridade e o nível socioeconômico. Depois da Segunda Guerra Mundial, as doenças venéreas mais comuns eram a sífilis, gonorréia, cancro mole, linfogranuloma venéreo e donovanose. O *herpes genital*, o *condiloma acuminado* e a *fitiríase* ficavam em segundo plano. Com o advento da penicilina, foram dadas como vencidas. Porém, os fatores socioeconômicos da época não foram levados em consideração



como que influenciadores do processo saúde-doença (BELDA JÚNIOR, 1995).

Por volta dos anos 50, BELDA JUNIOR (1995) vem afirmar que em decorrência da liberação sexual, as DSTs recrudesceram com características epidêmicas. Progressivamente, o grupo de 14-19 anos aumentou as estatísticas dessas doenças. O tabu da virgindade passa a ser substituído pelo tabu da não-virgindade. O sexo entra no mercado de consumo e a mulher passou a ser o principal transmissor, seguido do homossexualismo masculino, passando a prostituição para o terceiro lugar. Surgiram também novas opções, fora a penetração pênis-vagina, que propiciam a uma nova forma de transmissão das DSTs e surgimento de agentes patógenos colonizados principalmente em outras áreas que não a genital, passando a ocorrer sintomas fora do meio genital, mudanças de fontes e locais de transmissão. Ocorre, assim, uma visão epidemiológica nova para um problema antigo, tendo como traço comum, a transmissão durante a atividade sexual.

As DSTs têm um impacto relevante na saúde, na economia e na organização social. São doenças de alta morbidade, responsáveis por gastos elevados e têm como conseqüências a infertilidade, doenças neonatais e infantis, gravidez ectópica, câncer anogenital e morte. A infecção pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) aumenta os riscos de outras DSTs, provavelmente através de recorrências e maior duração das lesões (BELDA JUNIOR, 1995).

Em BRASIL-MS (1986), o comportamento dos parceiros sexuais constitui fator de risco para a mulher, como também o início da atividade sexual precoce e as relações sexuais casuais, podendo levar a doenças que tenham relação com o câncer genital feminino.



Para MORRIS et al. apud ADOLESCÊNCIA (1998), os adolescentes têm mais risco de adquirir DSTs por dois motivos: durante a adolescência, o epitélio cilíndrico do colo está mais exposto do que na idade adulta; também, os adolescentes estão menos expostos às DSTs do que pessoas adultas sendo por isso seu sistema imunológico menos estimulado.

O tratamento das DSTs para BRASIL-MS (1997), deve ser iniciado logo após o diagnóstico da doença, ressaltando a sua importância, como também deve ser feito o aconselhamento dos parceiros, evitando assim a re-infecção e rompendo a cadeia de transmissão, lembrando que tanto os portadores sintomáticos como os assintomáticos devem ser tratados.

As doenças sexualmente transmissíveis, exceto AIDS e sífilis congênita, não são incluídas como doenças de notificação compulsória no plano federal, o que agrava a situação, uma vez que as DSTs estão associadas com a transmissão do vírus da AIDS (BRASIL-MS, 1997).

A subnotificação dessas doenças pode dificultar o desempenho dos serviços de atenção às doenças sexualmente transmissíveis, já que a programação de um serviço é baseada em dados estatísticos que contribuem também para justificar os recursos solicitados.

Sabe-se que esses dados ficam a desejar, pois com a subnotificação torna-se difícil uma análise mais fidedigna da situação no Estado.

As mulheres portadoras de DSTs, para RIBEIRO (1998), têm preconceitos de pudor e vergonha, mesmo atenuados nos nossos dias, que contribuem negativamente para o relacionamento com parceiros, família e equipe de saúde.

O recrudescimento das DSTs, para MOREIRA (1995), é um desafio a ser enfrentado pelas autoridades de saúde pública, pois essas patologias são responsáveis pelas elevadas taxas de mortalidade infantil e juvenil.

Em BARACAT & LIMA (1995), as infecções do trato genital feminino, em especial as de transmissão sexual, são relevantes em ginecologia e também em saúde pública pelo crescente aumento no número de casos acometendo mulheres novas e ocasionando seqüelas, em geral, não reversíveis.

O aparelho genital feminino é dotado de mecanismos de defesa, sendo a vulva a primeira barreira encontrada pelo germe. BRUNNER & SUDDARTH (1998) afirmam que a vagina tem um mecanismo que torna hostil o desenvolvimento dos agentes patogênicos, pois por terem as mulheres o pH normalmente baixo (3,5 a 4,5), este fato as protege de infecções. Esse pH baixo é mantido pelo hormônio estrogênio e pelos bacilos de Döderlein que fazem parte da flora normal da vagina. O risco de infecção na mulher pode ser facilitado pelo estresse ou a doença, pois baixam a sua imunidade.

A flora vaginal é diminuída pelo uso de anticoncepcionais orais e antibioticoterapia, pois os microorganismos que eventualmente estejam presentes funcionam como oportunistas, favorecendo infecções, conforme explicam ainda BRUNNER & SUDDARTH (1998).

A profilaxia das DSTs está fundamentada na educação sanitária da população. É preciso reforçar a simples lavagem com água e sabão dos órgãos genitais antes e após o ato sexual, como também o uso do preservativo, pois diminuem a incidência das DSTs esclarecem (PASSOS, ALMEIDA FILHO & GOUVÊA, 1995).

Em BRUNNER & SUDDARTH (1998), tem-se que a enfermeira deve informar à cliente a fisiologia normal da vagina e que uma ligeira secreção e odor são consideradas normais. Se surgir um cheiro fétido proveniente da vagina pode ser uma vaginite, que é inflamação da vagina.

As infecções da cérvix, vulva e vagina são extremamente comuns na prática ginecológica. Quando as defesas naturais do organismo estão diminuídas, pode haver ameaça à população microbiana mantida sob controle. A defesa vaginal pode ser alterada pelo coito, mudança de parceiros e pela introdução de corpos estranhos (MACKAY et al, 1985).

Os conceitos de higiene para BRUNNER & SUDDARTH (1998) podem ser modificados conforme a cultura e os membros de uma mesma família que podem desenvolver hábitos pessoais diferentes. A enfermeira, sendo sabedora disso, necessita aplicar o senso comum em saúde.

A OMS (1990) define saúde como um completo bem-estar físico mental e social e não somente ausência de enfermidade ou doença. O adolescente deve entender muito bem esse conceito de saúde.

No entendimento de BRUNNER & SUDDARTH (1998), doença sexualmente transmissível (DSTs ) é uma infecção adquirida através do contato sexual com uma pessoa contaminada. As DSTs são as infecções mais comuns nos Estados Unidos, e em várias partes do mundo são consideradas epidêmicas. Têm como porta de entrada as mucosas, como uretra, cérvix, vagina, reto, orofaringe, podendo ainda infectar a pele. O risco de infecção aumenta com o número de parceiros sexuais. A atividade sexual na adolescência tem contribuído para a alta incidência de DSTs nesta faixa etária.

Conforme as autoras há pouco citadas, a transmissão heterossexual para as mulheres pode acontecer mais facilmente do que a transmissão heterossexual para os homens, uma vez que a vagina pode

proporcionar contato mais demorado com a fonte de infecção. A sintomatologia nas mulheres é mais demorada do que nos homens e pode dificultar o diagnóstico precoce, contribuindo para a esterilidade ou neoplasma. Ainda, as infecções nas gestantes podem ser levadas para o feto no útero ou durante o parto.

Afirmam ainda BRUNNER & SUDDARTH (1998), que há diversos estudos evidenciando que infecções ulceradas fazem aumentar o risco de transmissão sexual do vírus da AIDS, podendo também ser mais susceptíveis a outras doenças de transmissão sexual. Assim, uma vez diagnosticada uma DST numa pessoa, é importante que se pesquise a possibilidade de existência de mais alguma DST, pois pode ocorrer que outros germes estejam também no organismo do indivíduo infectado.

Considerando que os achados citológicos comuns nas adolescentes clientes do IPCC são *Gardnerella vaginalis*, *Trichomonas vaginalis*, *Cândida albicans*, herpes simples genital e Papilomavírus humano (HPV), faz-se necessário tecer algumas considerações à cerca do assunto.

Para MAGALHÃES (1998), a *Gardnerella vaginalis* é uma vaginose bacteriana, considerada inflamação leve, cuja sintomatologia pode passar despercebida, entretanto, podem surgir sintomas como ardor, corrimento fino, branco-acinzentado e odor forte. Sua incidência em mulheres virgens é a mesma em não-virgens. Atualmente, não é considerada uma DST, entretanto, a presença deste no organismo feminino é motivo de investigação da presença de atividade sexual, uma vez que, para MACKAY (1985), a infecção está presente em 75 a 80% dos parceiros sexuais masculinos, os quais devem também ser tratados.

Ainda em MAGALHÃES (1998), a *Trichomonas vaginalis* é uma vulvovaginite que atinge 15 a 20% dos casos em adolescentes.

Embora seja uma doença transmitida principalmente pela relação sexual, sua possibilidade de infecção por contato com toalhas úmidas e água clorada não está descartada, pois o microorganismo sobrevive horas no meio ambiente. O germe causador dessa doença pode infectar a uretra e as glândulas de Skene, causando disúria e prurido vulvar. O hipoestrogenismo e o pH alcalino facilitam a infecção pelo germe.

Tanto o homem como a mulher, funcionam como reservatórios para esses protozoários, segundo informam RAMIN, MABERRY & COX (1996). O homem é na realidade, para esses autores, o principal vetor para a transmissão, e as mulheres apresentam uma maior sintomatologia. A trichomoníase apresentar-se-á em uma de cada cinco mulheres durante seu período de vida.

A trichomoníase é a infecção que mais se associa a outras DSTs, conforme PASSOS & ALMEIDA FILHO ( 1995 ). Afirmam que, no homem pode ocorrer em razão do acometimento da próstata, do epidídimo, tendo como consequência, a esterilidade conjugal.

Para MAGALHÃES (1998), a *Cândida albicans*, possivelmente, é responsável por 25% das vulvovaginites entre mulheres. Apesar desse fungo ser um comensal no organismo humano, quando atua como patógeno, pode surgir infecção simplesmente localizada até a infecção por invasão sistêmica maciça.

Reiteram ALMEIDA FILHO, PASSOS & GOUVEIA (1995) que a candidíase é uma micose que tem, nos últimos anos, aumentado a sua frequência. Dizem que há estimativas de que  $\frac{3}{4}$  de mulheres adultas são acometidas mundialmente em alguma época de suas vidas, podendo ser ainda recorrente.

Os autores supracitados lembram que a candidíase é uma infecção freqüente nos portadores do vírus da AIDS, aparecendo

precocemente, assim que inicia o comprometimento da imunidade celular. O fungo pode ocasionar infecção da orofaringe, disseminando-se, causando esofagites, abscessos pulmonares, lesões de trato digestivo e até do ânus. Embora haja controvérsias entre os autores, de que seja uma doença sexualmente transmissível, o tratamento do parceiro é sempre recomendado na literatura.

O *herpes simplex genital* é uma patologia considerada de grande importância entre as DSTs, pois é uma doença virótica praticamente incurável e recorrente. O herpes simples é causado por dois tipos de vírus: HSV 1 e HSV 2. O primeiro é encontrado em lesões dos lábios, faces e regiões expostas à luz do sol, e o segundo, HSV2, é localizado principalmente na região genital ( PEREIRA JÚNIOR & SANTOS, 1995 ).

NAHMIAS citado por PEREIRA JÚNIOR & SANTOS (1995), não descarta a possibilidade do carcinoma do colo uterino e displasias cervicais terem ligação com esse vírus. Diz que o vírus está relacionado com promiscuidade sexual e que as ulcerações genitais contribuem para o risco de infecção pelo HIV.

As complicações do herpes na gravidez são muitas. BRASIL-MS (1997) informa que a infecção do feto no útero possibilita um grande número de abortos, pois pode ocorrer a transmissão através da placenta. O vírus pode também atacar a criança no momento do parto, resultando em aproximadamente 50% de contaminação. A infecção pelo o vírus é considerada um quadro grave em crianças, necessitando de cuidados hospitalares especializados.

O *Papilomavírus Humano* (HPV) é a mais comum virose de transmissão sexual, para ALMEIDA FILHO, PASSOS & LOPES (1995). Dizem que é uma doença antiga, considerada como de origem venérea, tendo ligação com o homossexualismo masculino. As verrugas genitais,

como eram chamadas anteriormente, só despertaram interesse após a epidemia da sífilis, por volta do século XV, na Europa. Achavam, na época, que tinha relação direta com a sífilis. Nos últimos anos, surgiram subtipos da doença, a área genital pode ser sítio de mais de vinte tipos de vírus. É uma doença do adulto jovem, porém, pode acometer pessoas em qualquer fase da vida, principalmente quando há maior vigência de relações sexuais.

Esses autores esclarecem que o HPV tem, na espécie humana, relação com câncer da epiderme e mucosas em várias localizações. Até 1989 já haviam sido encontrados mais de sessenta tipos de HPV. Hoje há mais de setenta tipos, sendo os 16, 18, 30, 31, 33, 34 e 35 considerados de alto risco oncogênico e de mau prognóstico nas alterações ocorridas no colo uterino, como as neoplasias intracervicais II e III (carcinoma *in situ*), invasores e metastáticos. Os fatores que contribuem para a epidemiologia da doença são provavelmente início da atividade sexual precoce, a multiplicidade de parceiros e relações sexuais ocasionais.

BELDA JÚNIOR (1995) segue o modelo de Pereira Júnior e Serruya, em 1988, para classificar as doenças sexualmente transmissíveis, que poderão ser vistas no anexo I.

Mulheres jovens que realizam a profilaxia dos processos infecciosos do trato genital evitam repercussões mais sérias, como infertilidade e câncer do colo uterino.

### **3. A TEORIA DE DOROTHEA E. OREM.**

O conceito de enfermagem de OREM surgiu por volta de 1959 e foi publicado, pela primeira vez, com o significado de provimento de autocuidado. O modelo apresenta o autocuidado como meio de o indivíduo manter e preservar a saúde, a aparência e sua integridade como pessoa



humana. Em 1971, publicou *Nursing: Concepts of Pratics*. Em 1980, editou o enfoque centrado na pessoa e, em 1985, ampliou esta edição, incluindo família, grupos e comunidades (FOSTER & JANSSENS, 1993).

A perspectiva do autocuidado visualizado por OREM permite um papel social amplo para a pessoa que aprende. Por outro lado, reforça o valor e o conceito de ajuda, o marco conceitual da própria profissão de enfermagem.

A enfermagem interessa-se em prover e orientar as ações de autocuidado na tentativa de promover a vida e a saúde do indivíduo e ajudá-lo a se recuperar da doença e seus efeitos.

FOSTER & JANSSENS (1993) entendem que a Teoria Geral de Enfermagem, de Orem, é formada por três teorias que estão interligadas: autocuidado, déficit do autocuidado e sistema de enfermagem.

OREM (1995) apresenta as categorias de autocuidado, que têm três requisitos: universais, desenvolvimentais e desvio de saúde.

Os requisitos universais são comuns aos seres humanos, auxiliando-os em seu funcionamento. Os requisitos desenvolvimentais ocorrem quando há a necessidade de adaptação às mudanças que ocorram na vida do indivíduo. Os requisitos por desvio de saúde acontecem quando o indivíduo em estado patológico necessita adaptar-se a tal situação.

OREM (1995:134) afirma que os requisitos para o autocuidado por desvio de saúde são:

*Busca e garantia de assistência médica adequada.*

*Conscientização e atenção aos efeitos e resultados de condições e estados patológicos.*



*Execução efetiva de medidas (...) prescritas pelo médico.*

*Conscientização e atenção, ou regulação de efeitos desagradáveis ou maléficos de medidas prescritas de cuidados médicos.*

*Modificação do autoconceito (e da auto-imagem) na aceitação de si como estando num estado especial de saúde e necessitando de formas específicas de cuidados de saúde.*

*Aprendizado da vida associado aos efeitos de condições e estados patológicos, bem como de efeitos de medidas de diagnósticos e tratamentos médicos, num estilo de vida que promova o desenvolvimento contínuo do indivíduo.*

OREM (1995: 126) identifica requisitos de autocuidado como:

*Manutenção de ingestão suficiente de ar; a manutenção de ingestão suficiente de água; a manutenção suficiente de alimento; a provisão de cuidados, associados a processos de eliminação e excreção; a manutenção de um equilíbrio entre atividade e descanso; a manutenção de um equilíbrio entre solidão e interação social; a prevenção de riscos à vida humana, ao funcionamento humano e ao bem-estar humano; a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano, em grupos sociais, conforme o potencial humano, limitações humanas conhecidas e o desejo humano de ser normal.*

A teoria do déficit do autocuidado sucede quando o ser humano se acha limitado para prover autocuidado sistemático, necessitando de

ajuda de enfermagem. Constitui a essência da teoria geral de enfermagem de OREM, pois possibilita apontar a necessidade de enfermagem. Justifica-se quando o indivíduo acha-se incapacitado ou limitado para prover autocuidado contínuo e eficaz (FOSTER & JANSSENS, 1993).

FOSTER & JANSSENS (1993:93) identificam cinco métodos de ajuda, no déficit de autocuidado, citados por OREM:

1. *Agir ou fazer para o outro.*
2. *Guiar o outro.*
3. *Apoiar o outro (física ou psicologicamente).*
4. *Proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto se tornar capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação.*
5. *Ensinar o outro.*

OREM (1995) identifica três sistemas de atividades de enfermagem que vão ao encontro das necessidades de autocuidado do ser humano, de acordo com o grau em que estão prejudicadas. A Teoria de Sistemas de Enfermagem está dividida em sistema totalmente compensatório, quando o ser humano está incapaz de cuidar de si mesmo, e a enfermeira o assiste, substituindo-o, sendo suficiente para ele. Sistema parcialmente compensatório, quando a enfermeira e o indivíduo participam na realização de ações terapêuticas de autocuidado. As ações da enfermeira dependerão das limitações físicas, das habilidades, desembaraço psicológico do indivíduo, para executar tais atividades. Por último, o sistema de apoio-educação é quando a enfermeira promove o autocuidado do indivíduo. É utilizado quando o indivíduo é capaz de satisfazer as suas exigências de autocuidado, mas necessitam de assistência na forma de apoio, orientação e ensinamento. À medida que se alteram as condições de

saúde do indivíduo, uma alteração no sistema de enfermagem poderá ocorrer e adequar-se às novas necessidades.

OREM (1995) descreve a enfermeira como a profissional treinada e experiente, que proporciona cuidados de enfermagem para pessoas que necessitam de cuidado especial. Diz ainda, que cuidado é uma palavra comum usada por enfermeiras que significa o que elas podem fazer para beneficiar os outros.

Uma vez que as adolescentes estão susceptíveis a adquirir doenças sexualmente transmissíveis, a enfermeira como provedor de autocuidado, deve entender toda a problemática da jovem exposta a essas doenças, a fim de que possa planejar ações do cuidado com a saúde, orientação para informação e proporcionar apoio-educação.

Para OREM (1995:117), autocuidado:

*... é a prática de atividade no qual o indivíduo inicia e executa em seu próprio favor a manutenção da vida, da saúde e bem-estar. Normalmente o ser humano em qualquer etapa de sua vida necessita realizar autocuidado. O adulto exerce por si só autocuidado. Porém, crianças, anciãos, doentes e incapacitados necessitam de assistência de autocuidado.*

A enfermeira é uma profissional que pode prestar cuidados em pessoas de várias idades. OREM (1995:243) diz que

*... a natureza do relacionamento interpessoal entre a enfermeira e o infante, a criança, ou pacientes adolescentes é de suma importância. O paciente jovem deve sentir que a enfermeira é um adulto responsável que está interessado em ajudá-lo e que fomenta o seu crescimento e desenvolvimento e ao mesmo tempo contribui para a obtenção de outros resultados específicos de saúde.*

O papel da adolescente como ser que desenvolve autocuidado inclui coordenação com outros aspectos de cuidados de saúde, como higiene corporal, prevenção de doença, participação em grupos de jovens, desenvolvimento de atividades que se identifiquem, dos tipos manuais, esportes, entre outros, devendo ser desenvolvidas com orientação e supervisão, no caso aqui, da enfermeira.

Autocuidado é uma ação que tem modelo e sequência de (OREM, 1995:117):

*... realizar ações dentro de um modelo, que quando realizado efetivamente contribui para caminhos específicos de integridade da estrutura humana, funcionamento humano e desenvolvimento humano.*

O ser humano, ao entrar na adolescência, passa por um período de dependência dos pais e às vezes de ajuda de profissionais capacitados, uma vez que está passando por mudanças biopsicosociais.

FOSTER & JANSSENS (1993:91) afirmam que

*... as capacidades de autocuidado no indivíduo se acham condicionadas pela idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sócio-cultural, saúde e recursos disponíveis.*

O desenvolvimento da adolescente pode interferir nesse mecanismo de autocuidado. A enfermeira poderá ajudá-la, promovendo interação mútua através da consulta de enfermagem ou reuniões de grupos, orientando-a e fazendo com que passe a entender as modificações próprias deste período de sua vida, que são independentes de sua vontade.

O papel da adolescente como ser que desenvolve autocuidado inclui coordenação com outros aspectos de cuidados de saúde, como higiene corporal, prevenção de doença, participação em grupos de jovens, desenvolvimento de atividades que se identifiquem, dos tipos manuais, esportes, entre outros, devendo ser desenvolvidas com orientação e supervisão, no caso aqui, da enfermeira.

Autocuidado é uma ação que tem modelo e sequência de (OREM, 1995:117):

*... realizar ações dentro de um modelo, que quando realizado efetivamente contribui para caminhos específicos de integridade da estrutura humana, funcionamento humano e desenvolvimento humano.*

O ser humano, ao entrar na adolescência, passa por um período de dependência dos pais e às vezes de ajuda de profissionais capacitados, uma vez que está passando por mudanças biopsicosociais.

FOSTER & JANSSENS (1993:91) afirmam que

*... as capacidades de autocuidado no indivíduo se acham condicionadas pela idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sócio-cultural, saúde e recursos disponíveis.*

O desenvolvimento da adolescente pode interferir nesse mecanismo de autocuidado. A enfermeira poderá ajudá-la, promovendo interação mútua através da consulta de enfermagem ou reuniões de grupos, orientando-a e fazendo com que passe a entender as modificações próprias deste período de sua vida, que são independentes de sua vontade.

Na tentativa de atuar de uma maneira eficaz na assistência à adolescente portadora de DSTs, a Teoria Geral de Enfermagem, de Orem, teve uma grande contribuição nesta pesquisa, pois possibilitou agir e proporcionar apoio ao autocuidado no atendimento à adolescente sobre os aspectos relacionados a eficácia da assistência, no período de recuperação da adolescente portadora de DSTs. Permite, a Teoria, ainda, avaliar como a cliente realiza autocuidado no que diz respeito à prevenção de doenças e risco à vida e promoção do bem-estar.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Caracterização do estudo**

A pesquisa teve como suporte teórico a Teoria Geral de Enfermagem, de OREM. A escolha dessa teoria foi motivada pelo fato de oferecer uma base para a prática de enfermagem, especificando quando há necessidade de cuidado de enfermagem, priorizando a educação como aliada para a prática profissional reflexiva e crítica.

Para cumprir os objetivos da pesquisa e por se tratar de uma teoria ampla e abrangente, optou-se pelo autocuidado, déficit de autocuidado, desvio de saúde e teoria de sistema de apoio-educação, uma vez que OREM (1995) descreve autocuidado como uma forma de proporcionar ao indivíduo a responsabilidade de cuidar de sua saúde. Diz que o déficit de autocuidado é pertinente quando a pessoa necessita de ajuda, em qualquer fase de sua vida. O desvio de saúde é quando o indivíduo se apresenta doente, necessita de tratamento para corrigir essa condição. A autora utiliza também o apoio-educação como forma de orientação e ensinamento ao indivíduo pela enfermeira.

Trata-se, pois, de um estudo do tipo descritivo cujos sujeitos sociais vivem uma situação particular, especial, em dado momento do processo saúde-doença.

Em TRIVINÕS (1995:110), o estudo descritivo *reside no desejo de conhecer a comunidade, seus traços característicos, suas gentes, seus problemas,... seus valores, os problemas dos adolescentes etc.*

#### **4.2 O ambiente da investigação**

A pesquisa foi realizada no Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará (IPCC), localizado em Fortaleza- Ceará - Brasil.

O motivo de escolha deste local, para a pesquisa, foi porque a pesquisadora, sendo funcionária desta instituição, obteve acesso à direção, funcionários, documentação, dados estatísticos e a certeza de poder acompanhar a clientela adolescente, diariamente no ambulatório durante a coleta de dados.

#### **4.3 população e amostra**

Da população de adolescentes assistidas diariamente no ambulatório de ginecologia de enfermagem, foram selecionadas como amostra as jovens que, após interação com a pesquisadora, concordaram em participar da pesquisa. Foram entrevistadas 28 adolescentes entre 14 e 19 anos, durante os meses de abril a julho de 1999.

Foram utilizados como critérios de inclusão na amostra o fato de a adolescente já ter iniciado a vida sexual, ser portadora de alguma DST (detectada no resultado do exame citológico ou ainda no diagnóstico clínico), residir na região metropolitana de Fortaleza – critério este que poderia facilitar os contatos extra-institucionais se necessário fosse.



#### 4.4 Coleta de dados

Para coleta de dados, foram utilizadas a entrevista semi-estruturada e a observação livre. Segundo TRIVINÕS (1995), a observação livre é empregada para estudar os atos, as atividades do indivíduo, sua prática, sua relação, para entender o fenômeno. Na observação livre podem-se utilizar as anotações de campo, que têm por objetivo apontar tudo o que se passa no evento social. São envolvidos também, valores, o ambiente sociocultural e econômico.

A pesquisa foi desenvolvida no período de abril a julho de 1999, teve três períodos, nos quais a entrevista foi aplicada. No primeiro período, em abril de 1999, utilizou-se a aplicação de teste-piloto que possibilitou reformular alguns itens do instrumento. Nos meses de maio a junho de 1999, aconteceu a segunda fase da pesquisa, necessitando esclarecer e aprofundar algumas informações. A terceira fase se deu em julho de 1999, sendo utilizada para validação das respostas obtidas. Em todas as três etapas, obteve-se a colaboração de adolescentes com as mesmas características, encontrando os mesmos resultados.

#### 4.5 Aspectos ético-legais

Por ocasião da entrevista, tentou-se criar com a entrevistada um ambiente de cordialidade em que esta recebeu informações sobre os objetivos e da importância de sua participação na pesquisa. Dado o consentimento livre, procedeu-se à entrevista sendo resguardados o sigilo e o anonimato. As respostas foram obtidas por livre e espontânea vontade, sendo garantida a desistência na participação da entrevista a qualquer momento.



# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 O Problema

A partir da década de 1960, verificou-se em todo o mundo um crescimento exagerado das DSTs, em virtude, especialmente, da liberação sexual feminina, diminuição da perseguição aos homossexuais, da resistência ao uso de antibióticos e da iniciação sexual precoce de adolescentes, sempre muito mal informadas (ROUQUAYROL & VERAS, 1994).

Sobre esse assunto DIAMANTINO et al (1993) vão acrescentar que, ao lado do recrudescimento das DSTs, houve uma abertura de canais de transmissão a um elevado número de agentes patogênicos colonizados em outras áreas que não as genitais. Novas e perigosas formas clínicas de DSTs têm, assim, aparecido pela maior frequência de práticas sexuais tidas como não convencionais – *afelatio ore* (felação) e cunilíngüismo.

Na atualidade, as doenças sexualmente transmissíveis com características epidêmicas tornaram-se um grave problema de saúde pública e vêm abalando o mundo com números cada vez mais crescentes de casos em mulheres jovens. A cada ano nos países desenvolvidos, 18 (até 20) mulheres em cada 1000 que se encontram na faixa etária de 15 e 24 anos de idade adquirem algum tipo de infecção ginecológica (BARACAT & LIMA, 1995).

Em relatório do MS-BRASIL (1997), tem-se que as estatísticas de países mais desenvolvidos possibilitam, ainda, estimar a situação no Brasil em relação aos agravos proporcionados pelas DSTs à saúde das mulheres jovens. Pelos dados obtidos no Setor de Epidemiologia da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, através do SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação), somente no ano de 1998 foram 1.056 os casos de DSTs detectados na faixa etária de 10 a 19 anos.

A autorização para participar na pesquisa foi dada verbalmente pela a própria cliente, já que tinha vida sexual ativa, mas sem ser do conhecimento dos pais. Tornou-se, portanto, inviável a autorização destes.

#### 4.6 Descrição da entrevista

A entrevista semi-estruturada referiu-se a duas partes distintas. I - Dados de identificação e sociofamiliar da adolescente; II-Questões relacionadas à atividade sexual (ver anexo II).

No primeiro contato com a adolescente por ocasião da Consulta de enfermagem e realização do exame ginecológico, conversou-se com a cliente sobre a pesquisa que estava realizando, quando ela foi convidada a participar, caso seu resultado de exame fosse positivo para doença sexualmente transmissível. Assim, ao receberem o resultado do exame com DST, as adolescentes eram orientadas pelo médico a procurar o ambulatório de enfermagem para conversar sobre o assunto com a pesquisadora, momento em que se deu também a entrevista.

Durante a entrevista, foram utilizadas as anotações de campo. TRIVINÕS (1995:154) descreve-as como *expressões verbais e ações do sujeito*, e SPRADLEY (1980) complementa que estas anotações são um recurso importante de dados do informante que registram idéias, fases, confusões e outros problemas durante a pesquisa.

### 5 RESULTADOS E COMENTÁRIOS

#### I) Dados de identificação pessoal e sociofamiliar das adolescentes

As informações colhidas nessa etapa, inicialmente, foram utilizadas para caracterizar as adolescentes quanto à idade e situação

familiar, procedendo-se em seguida com as considerações, tendo como apoio para as inferências, pressupostos da Teoria de Orem.

A tabela 1 trata da análise das adolescentes segundo faixa etária e com quem residem.

TABELA 1- Distribuição das adolescentes segundo faixa etária e com quem residem. Fortaleza, 1999.

| Mora com           | Faixa etária |           | Total     |
|--------------------|--------------|-----------|-----------|
|                    | 14- 16       | 17-19     |           |
| <i>Pais</i>        | 1            | 10        | 11        |
| <i>Mãe</i>         | 3            | 6         | 9         |
| <i>Companheiro</i> | 2            | 2*        | 4         |
| <i>Outros</i>      | 1            | 3         | 4         |
| <b>Total</b>       | <b>7</b>     | <b>21</b> | <b>28</b> |

\* Apenas uma casada

De acordo com a tabela 1, a maioria das adolescentes (11) reside com os pais. Ainda um número significativo dentre as adolescentes nove vive sob a guarda apenas da mãe. Quatro delas moram com parentes ou conhecidos.

Do total de 28 adolescentes, apenas uma na faixa etária de 17 a 19 anos tem situação matrimonial legalizada. Ainda duas outras na faixa etária de 14 a 16 anos mantêm relação de concubinato com seus respectivos companheiros.

As faixas etárias evidenciadas para as adolescentes entrevistadas foram 14-16 e 17-19 anos. Grande parte das entrevistadas iniciou a vida sexual muito cedo, o que confirma a afirmação de VITIELLO (1997). Predomina a faixa etária das adolescentes entre 17 e 19 anos (21) que procuram os serviços de ginecologia apresentando alguma queixa.

Uma constatação realizada a partir do recurso da entrevista, associado à técnica da observação livre, é a de que o início e manutenção das atividades sexuais independem da existência do vínculo do casamento, ou mesmo de estar mantendo a adolescente uma relação estável com um

companheiro. Assim, há para algumas dessas adolescentes dificuldades de contactar, ou mesmo de identificar o namorado, nos casos em que o tratamento concomitante do casal é exigido.

Também a postura assumida pelas adolescentes diante da consulta e investigações clínicas conduzidas denuncia que o receio de perder o namorado ou mesmo a necessidade de ser aceita em determinado grupo pode, muitas vezes, ser causa da iniciação precoce nas atividades sexuais, pois, como se identificam com o grupo de amigos, terminam por assumir determinados procedimentos para tornarem-se iguais.

Considerando preceitos da Teoria do Déficit do Autocuidado, pode-se inferir que devido, especialmente a pouca maturidade emocional e cognitiva, estas adolescentes encontram-se limitadas ou incapacitadas de discernimento e, portanto, de proverem autocuidado em saúde sexual e reprodutiva, justificando-se a necessidade de apoio da enfermagem.

Estabelecer os défits no autocuidado das adolescentes em relação à sua iniciação nas atividades sexuais constitui aqui a essência maior da intervenção de enfermagem.

Nos casos de diagnóstico positivo para DST, as ações da enfermeira e da cliente dirigidas para a etiologia da doença possibilitam proporcionar conhecimento à adolescente acerca da maneira pela qual o seu estilo atual de vida pode ter influenciado ou elevado o risco de adquirir a doença.

Todas as adolescentes entrevistadas estudam ou já estudaram em alguma fase da vida. Dentre elas, quinze estão cursando séries do 1º grau e treze estão no 2º grau.

Considerando a idade média de 17 anos para as adolescentes, pode-se concluir que mais da metade delas (15) estão fora da faixa etária escolar, quando se encontram cursando o primeiro grau.

Dentre as entrevistadas (21) não executam nenhuma atividade remunerada. Das sete que trabalham, a maioria desenvolve atividades de doméstica, não mantendo nenhum tipo de vínculo empregatício.

Os achados expressos corroboram a afirmação de PEREIRA (1997) de que a jovem trabalha, mas não lhe são asseguradas as garantias de leis trabalhistas. Ainda outro fator agravante verificado na entrevista é que normalmente a adolescente abandona a escola quando necessita trabalhar e estudar, alegando sobrecarga de trabalho e cansaço físico. A família nesse aspecto deve atentar para encontrar soluções que visem a prestar apoio material à adolescente de maneira que não haja evasão escolar.

A enfermeira também tem participação nesse processo estimulando-a a continuar estudando, mostrando a importância que o nível de instrução traz para o indivíduo, uma vez que tem relação inversa com a saúde e o nível econômico deste, conforme afirma BELDA JÚNIOR (1995), tendo influência também no autocuidado.

Na Tabela 2, buscou-se determinar a renda média por família das adolescentes que participaram do estudo. A renda está em torno de 2,8 salários mínimos.

Tabela 2 - Distribuição das adolescentes quanto à renda familiar em salários mínimos. Fortaleza, 1999.

| Renda familiar | N <sup>o</sup> |
|----------------|----------------|
| 1              | 5              |
| 2 – 3          | 7              |
| 3 – 5          | 16             |
| <b>Total</b>   | <b>28</b>      |

Pouco menos da metade (12) das adolescentes entrevistadas referem uma renda familiar entre um e três salários mínimos. As demais (16) referiram renda familiar entre três e cinco salários mínimos.

Considerando todas as informações colhidas até aqui, traçou-se o perfil dessas adolescentes com vida sexual ativa e portando DST. A idade média é de 17 anos, prevalecendo a faixa etária das adolescentes de 16-19 anos que procuram o serviço de ginecologia com alguma queixa relacionada à vida sexual. Grande parte delas reside com a família (podendo aqui família significar os pais, na figura do casal, somente a mãe e os irmãos, ou ainda outros com grau mais distante de parentesco). A maioria cursa o primeiro grau, algumas podem associar o estudo com atividade remunerada. Todas são de famílias assalariadas compatíveis com uma média salarial familiar de 2,8 salários mínimos por mês.

## II) Questões relacionadas à atividade sexual da adolescente

Nessa fase da pesquisa, buscou-se determinar as principais DSTs, detectadas no exame de Papanicolau. Considerou-se o número de ocorrência entre as adolescentes entrevistadas, para em seguida proceder com inferências acerca do fenômeno evidenciado, na perspectiva do autocuidado visualizado por OREM em sua Teoria Geral de Enfermagem.

Na tabela 3 foram evidenciadas as principais doenças sexualmente transmissíveis detectadas no exame citológico ou no exame clínico das adolescentes.

Tabela 3 - Doenças sexualmente transmissíveis detectadas no resultado do exame citológico ou no exame clínico das adolescentes. Fortaleza, 1999.

| Resultado do exame                                     | Nº        |
|--------------------------------------------------------|-----------|
| <i>Papilomavírus humanos</i>                           | 11        |
| <i>Gardnerella vaginalis</i>                           | 6         |
| <i>Trichomonas vaginalis</i>                           | 6         |
| <i>Herpes genital</i>                                  | 3         |
| <i>Papilomavírus humano</i> + <i>Cândida vaginalis</i> | 2         |
| <b>Total</b>                                           | <b>28</b> |

Analisando a tabela anterior, constata-se que (11) dentre as adolescentes entrevistadas estão contaminadas pelo *Papilomavírus humano*. Ainda seis apresentam *Gardnerella vaginalis* e outras seis *Trichomonas vaginalis*. Um número menor, três, foi diagnosticado como portando *Herpes genital*.

Ainda foram verificados dois casos em que o *Papilomavírus humano* está associado à *Cândida vaginalis*.

Convém lembrar que, mesmo havendo controvérsias entre os autores de que a *Cândida vaginalis* e a *Gardnerella vaginalis* não são consideradas DSTs, achou-se por bem incluí-las nesta tabela, uma vez que, sendo a mulher portadora de tais doenças, recomenda-se o tratamento do parceiro. Das doenças listadas, destaca-se o HPV (*Papilomavírus humano*), que vem causando preocupações aos profissionais da área, como ginecologistas, enfermeiras, sanitaristas, dada a alta incidência e relação com o câncer de colo uterino. As mulheres, quando acometidas pelo agente infeccioso, muitas vezes, não apresentam nenhum sintoma, podendo ser diagnosticado no exame preventivo.

Nestes termos, ressalta-se a importância de as adolescentes serem informadas pela enfermeira, utilizando o apoio-educação sobre a importância de realizar periodicamente o seu exame Papanicolau.

Durante a entrevista, algumas adolescentes questionaram o que é HPV, e se a doença tem cura. Nessa ocasião, ficou patente a confusão feita entre essa sigla e a do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) – muitas das garotas não sabem fazer a diferença – tornando-se clara a necessidade do apoio-educação que se volte para contemplar essas discussões.

Ao falar de sentimento frente à condição de portar DST, percebeu-se no semblante das adolescentes um misto de tristeza, medo e desesperança. Muitas choraram, demonstrando impotência frente à doença, cujo tratamento lhe é desconhecido, como também não sabem sobre recidivas, a importância de tratar o parceiro e outros aspectos. Uma das entrevistadas questionou: *Já tive essa doença uma vez e já estou de novo... foi porque ele não se tratou?*

Chama atenção o déficit de conhecimento relacionado as DSTs, revelando maior atenção e preparo das enfermeiras que assistem a adolescente, para que essa exigência seja cumprida, uma vez que as adolescentes são cada vez mais um grupo de risco.

Caracterizam-se as DSTs acometendo adolescentes como um problema de saúde coletiva que exige educação para a mudança de comportamento e adoção de medidas de segurança voltadas para preservação do bem-estar geral, da saúde reprodutiva e da família.

Considera-se, a partir de agora, as informações contidas na tabela 4 para buscar determinar a faixa etária das adolescentes, em função do início de suas atividades sexuais.

Tabela 4 - Faixa etária das adolescentes, em função do início da atividade sexual. Fortaleza, 1999.

| Faixa etária | Início da atividade sexual |          |           |
|--------------|----------------------------|----------|-----------|
|              | 13- 16                     | 17-19    | Total     |
| 14 – 16      | 6                          | -        | 6         |
| 17 – 19      | 15                         | 7        | 22        |
| <b>Total</b> | <b>21</b>                  | <b>7</b> | <b>28</b> |



Na tabela 4, observa-se que sete das adolescentes entrevistadas iniciaram suas atividades sexuais entre 17-19 anos, enquanto a maioria (21) iniciou entre 13 e 16 anos de idade. Desta forma, verifica-se que a adolescente desta pesquisa está iniciando sua atividade sexual precocemente.

Infere-se também, nessa pesquisa que fatores como a curiosidade da adolescente, sua necessidade de querer conhecer e experimentar tudo, sua compulsão, sua inexperiência e sua liberdade, muitas vezes sem limites, associadas a uma série de outros fatores, inclusive os de ser apreciada como objeto sexual, conforme esclarece SPENLÈ (1995), vem determinando o início precoce das atividades sexuais. Este fato, por sua vez, pode estabelecer elevados riscos à saúde física e psicológica, ocasionando em demandas maiores de autocuidado por parte da adolescente.

Nesse aspecto, a questão de gênero é muito forte, conduzindo os pais a dar mais liberdade aos ‘filhos’ do que as ‘filhas’. Quando se trata de mulheres, agem de forma bem mais conservadora, conforme considera a OMS (1995).

Às vezes a demora por maiores esclarecimentos acerca de uma relação sexual segura, além de não impedir o início da atividade sexual, (pois que esta pode, para a adolescente, ser questão definida estando apenas na dependência de circunstâncias favoráveis) pode trazer graves conseqüências como no caso das DSTs e gravidez.

Uma adolescente verbalizou:

*Eu iniciei a relação sexual porque ele vivia insistindo, eu não deixava, mas aí um dia eu estava sozinha em casa e ele chegou, então eu não me controlei.*

Constata-se que o relacionamento sexual das adolescentes desta pesquisa pode acontecer muito mais pelo desafio, a curiosidade, do que mesmo pela afetividade, corroborando FIZOTTI (1996). Assim, as adolescentes não levam em conta a necessidade de precaver-se de DSTs ou gravidez. Agem como se de um relacionamento sexual não pudesse haver nenhuma consequência.

A enfermeira, ao diagnosticar essa postura como déficit de autocuidado – caracterizado por existência de desvio de conduta compatível com a preservação da saúde - pode assessorar, exercendo o papel de educadora, junto à família e aos adolescentes (homens e mulheres) para que assumam postura responsável, através dos métodos de ajuda, *guiar, apoiar e ensinar o outro, bem como proporcionar um ambiente que desenvolva crescimento pessoal quanto a se tornar capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação.*

Na tabela 5, dispõe-se, segundo a faixa etária, a quantidade de namorados com os quais a adolescente já manteve relação sexual.

Tabela 5: Quantidade de namorados com quem a adolescente já se relacionou sexualmente. Fortaleza, 1999.

| Idade        | Nº de Parceiros |          |          | Total     |
|--------------|-----------------|----------|----------|-----------|
|              | 1               | 2        | 3+       |           |
| 14 – 16      | 1               | 4        | 1        | 6         |
| 17 – 19*     | 17              | 3        | 2        | 22        |
| <b>Total</b> | <b>18</b>       | <b>7</b> | <b>3</b> | <b>28</b> |

\*uma adolescente teve 6 parceiros.

Constata-se na tabela anterior que (18) dentre as adolescentes entrevistadas tiveram apenas um parceiro sexual. Ainda, sete, relatam a existência de dois parceiros, enquanto apenas três referem três ou mais parceiros.

Considerando a proporção de adolescentes nas duas faixas etárias, conclui-se que a idade está determinando certa prevalência para aumento do número de parceiros entre as adolescentes de menor faixa.

Movidas por este estado de pressão, podem as adolescentes ceder a impulsos, resultando em uma relação sexual não programada por não estar ainda no momento certo, o que se confirma com estudos realizados pela OMS (1995).

Se permanecer o sentimento de solidão e ausência de afeto, conforme explica SPENLÈ (1995), pode a adolescente estabelecer vínculos com o namorado, como modo de expressar o desejo de afirmação ou de oposição à família. Em qualquer das circunstâncias, a pouca idade, aliada à desinformação, não permitem que elas tomem em consideração as consequências possíveis de seus atos.

Em outras situações, o relacionamento sexual precoce vai acontecer em razão da forte influência exercida pelo grupo a que pertence a adolescente. De acordo com LEVISKY (1979), o próprio namorado tem participação, pois muitas vezes solicita *uma prova de amor*.

Dentro da temática do cuidado com a higiene íntima, na tabela 6, buscou-se dispor as respostas das adolescentes quanto aos cuidados realizados por elas antes e após o ato sexual.

Tabela 6 - Cuidados com a higiene íntima realizados antes e após o ato sexual, segundo declarações das adolescentes. Fortaleza, 1999.

| Cuidados higiênicos                                                                | Nº        |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Tomam banho antes e após a relação sexual, com água e sabonete.                    | 10        |
| Tomam banho somente após a relação sexual, com água e sabonete.                    | 12        |
| Podem ou não tomar banho antes e/ou depois da relação sexual, com água e sabonete. | 6         |
| <b>TOTAL</b>                                                                       | <b>28</b> |

Verifica-se na tabela 6 que (10) dentre as adolescentes entrevistadas referem tomar banho com água e sabonete antes e após o ato sexual, enquanto (12) fazem uso do banho somente após a relação sexual. Ainda seis adolescentes informaram não seguir, necessariamente, essa rotina, podendo ou não tomar banho com água e sabonete antes e/ou depois do ato sexual.

Esses depoimentos refletem que as adolescentes da amostra, em sua maioria, revelam preocupação em proceder com a higiene íntima quando praticam atividades sexuais. Entretanto, não há indícios de haver consciência desse procedimento como necessário à manutenção da saúde. Da mesma forma, constata-se em algumas das adolescentes que não se utilizam desse procedimento, não sendo uma prática corriqueira, elevando-se, assim, os riscos de contaminação, inclusive por DSTs.

Destaca-se a seguir a fala de uma das entrevistadas que valida essa afirmação:

*Nós só tomamos banho após o ato sexual, e ainda assim, quando chegamos em casa... eu na minha casa e ele na dele. (...) porque transamos escondido, e às vezes não dá tempo de fazer o asseio.*

Conclui-se desta fala que, no relacionamento sexual, quando ocorre alheio ao conhecimento dos pais, elevam-se os riscos à saúde das adolescentes.

Visto ser a saúde, também, influenciada pelo comportamento da pessoa frente à higiene íntima no ato sexual, as adolescentes devem ser orientadas e estimuladas pela enfermeira a evitar riscos de infecções através do simples banho, utilizando-se de água limpa e sabão.

Aqui, verifica-se déficit de autocuidado, dada a não adoção de hábitos saudáveis e práticas positivas voltadas para preservação da saúde sexual e reprodutiva. Assumir essa responsabilidade, juntamente com a adolescente, significa para a enfermeira estar promovendo medidas de profilaxia das DSTs, estando fundamentada na educação sanitária da população, que preconiza a lavagem, com água e sabão, dos órgãos genitais, antes e após o ato sexual, como também o uso do preservativo como medidas de segurança na prevenção das DSTs.

Embora o relacionamento sexual seja um ato fisiológico, pode afetar os mecanismos de defesa vaginal e produzir infecções transmitidas pelo pênis, boca ou mãos do parceiro. Nestes termos, o relacionamento sexual às escondidas deve ser extremamente considerado em sua relevância para diminuição dos cuidados necessários e preocupação exigida por ocasião da prática sexual pela adolescente.

Na tabela 7, considera-se a importância do uso do preservativo como medida de segurança na prevenção das DSTs, para evidenciar respostas acerca do uso desse recurso pelas adolescentes.

Tabela 7 - Respostas das adolescentes quanto ao uso do preservativo. Fortaleza, 1999.

| <b>Usa condom</b> | <b>Nº</b> |
|-------------------|-----------|
| Sempre            | 8         |
| Às vezes          | 8         |
| Nunca             | 12        |
| <b>Total</b>      | <b>28</b> |

Verifica-se que a maioria (12) das adolescentes respondeu não usar preservativos. Somente oito fazem uso às vezes. Destacam-se as adolescentes que dizem sempre empregar esse recurso, sendo representada por apenas oito dentre as 28 adolescentes entrevistadas.

Esses dados vêm ao encontro de pesquisas que apontam os jovens como fazendo pouco uso do preservativo em suas relações sexuais (ZAGURY 1997).

Ao abordar esse assunto com uma adolescente, esta declarou:

*Eu até tenho camisinha na minha bolsa, mas tenho vergonha de pedir para ele usar.*

Resposta como esta permite concluir que para as adolescentes desta pesquisa o uso da camisinha ainda é permeado de tabus, preconceitos em que, se a mulher solicitar do parceiro o uso, poderá ser mal interpretada. Do seu lado, as adolescentes referem em geral que a camisinha interfere na sensibilidade e na espontaneidade do ato sexual. Também a integridade do preservativo é uma preocupação dessas jovens e ainda tem uma sensação de artificialidade na colocação.

Verificam-se aí déficits de conhecimentos em relação à eficácia do condom e a não aceitação do uso deste como importante para diminuir os riscos das doenças e evitar gravidez não desejada.

Relatos de adolescentes no Serviço de Ginecologia denotam preconceitos quanto ao uso de preservativos; dizem que *é a mesma coisa que chupar bombom com papel*. Acham sua eficácia duvidosa.

Não obstante, torna-se evidente que, mesmo com as mudanças que vêm ocorrendo na nossa sociedade, a mulher ainda é educada para ser submissa enquanto reprime desejos e opiniões. Não há, desta feita, oportunidade para o diálogo, tornando-se difícil para a mulher negociar com o parceiro o uso do condom.

A enfermeira envolvida com a proposta de apoio-educação deve ter em mente essa realidade, apresentando a opção pelo uso do preservativo como medida de autocuidado com o corpo e prevenção das DSTs. Quando for o caso, a enfermeira necessita esclarecer para a adolescente quanto aos sintomas das DSTs, orientar como enfrentar a doença, diminuindo, assim, seus temores e ansiedades.

Deve, ainda, a enfermeira buscar, na não-utilização do recurso da camisinha, evidências que denunciavam o desconhecimento do corpo e dos métodos contraceptivos ou de prevenção, suprindo as adolescentes com as informações necessárias.

A tabela 8 evidencia as dúvidas relatadas pelas as adolescentes em relação ao uso da medicação.

Tabela 8 – Dúvidas da adolescente em relação ao uso da medicação. Fortaleza, 1999.

| Dúvidas                      | Total     |
|------------------------------|-----------|
| Como usar a medicação        | 10        |
| “Se vou ficar boa”           | 8         |
| Se pode ter relação sexual   | 6         |
| Se ele deve usar a medicação | 4         |
| <b>Total</b>                 | <b>28</b> |

Esta tabela evidencia que (10) das adolescentes entrevistadas têm dúvidas de como usar a medicação. Oito delas demonstraram-se ansiosas por saber se ficariam curadas ao término do tratamento. Ainda seis revelaram ter dúvidas quanto a poderem ou não continuar mantendo relações sexuais na medida em que fizessem uso da medicação, e quatro desejaram saber da necessidade de o parceiro também se submeter ao tratamento.

Estas dúvidas vêm demonstrar a existência de déficit de autocuidado relacionado com a desinformação, necessitando a enfermeira orientar sobre como usar a medicação, bem como a importância de iniciar o

oportuno, ainda, para explicar também a importância do namorado realizar o tratamento.

A enfermeira, ao identificar os déficits de autocuidado em relação ao desconhecimento do uso da medicação, promove medidas que visam a ensinar, orientar e desenvolver capacidades para que a pessoa possa executar aquilo que não consegue fazer sem apoio profissional.

Pode, ainda, a enfermeira assistir a adolescente, utilizando um dos cinco métodos de ajuda de OREM: ensinar o outro. Com isso, oferece subsídios para desenvolver autocuidado, reforçando como usar a medicação, e a importância da abstinência sexual durante todo o tratamento.

Outro esclarecimento pertinente diz respeito ao fato de que, no relacionamento atual, fazer uso de preservativo não elimina a necessidade da medicação para o namorado, todavia tem essa atitude um significado positivo na prevenção das outras DSTs ou recidivas.

Utilizando o apoio-educação é que a enfermeira fornece orientação à adolescente de como nem todas as DSTs são sintomáticas. Às vezes a pessoa está com a doença, mas os sintomas ainda não são evidenciados, o que dificulta o diagnóstico precoce e quebra da cadeia de transmissão.

Na tabela 9, são dispostas as opiniões das adolescentes sobre o significado da saúde para elas.

Tabela 9 - Opinião da adolescente sobre o significado de saúde. Fortaleza, 1999.

| Opinião                                          | Total     |
|--------------------------------------------------|-----------|
| É um bem-estar quando o organismo não tem doença | 14        |
| Tudo, vida, coisa maravilhosa.                   | 10        |
| Bem-estar emocional, físico, amor próprio.       | 4         |
| <b>Total</b>                                     | <b>28</b> |



Verifica-se que (14) das entrevistadas relacionam saúde com ausência de doença, enquanto (10) acreditam ser 'tudo', a própria 'vida'. Saúde, para quatro das adolescentes além do bem-estar emocional e físico, significa ter amor próprio.

Fica claro nas respostas obtidas como o conceito tradicional de saúde, muito divulgado pelos *media*, está impregnado no discurso das adolescentes entrevistadas. Assim, elas passam a associar saúde, principalmente, com ausência de doença, conforme conceitua a OMS (1990), mas não há consciência maior da dimensão desse conceito. É, ainda, aceitável que as adolescentes façam essa correlação, uma vez que, tradicionalmente, o sistema de saúde tem sido orientado para a doença.

Todavia, na área das necessidades de autocuidado de OREM, se o conceito de saúde admitido é reducionista, então o cliente acha-se em desvio de saúde, pois apresenta um risco às suas possibilidades de atuação para estabelecimento do bem-estar. Assim sendo, o bem-estar é tido como um reflexo da saúde, bem como uma tentativa consciente de maximizar a saúde de alguém.

Assim, no atendimento à adolescente portadora de DST, a garantia de eficácia do esquema terapêutico requer que esta modifique seu estilo de vida, pois precisa tomar a medicação, suspender a relação sexual durante o tratamento, utilizar medidas higiênicas e preventivas das recidivas.

Incentivar a adolescente a desenvolver bons hábitos em saúde é, portanto, o papel fundamental da enfermeira ao utilizar o apoio-educação, devendo mostrar os resultados negativos que trazem hábitos como o de fumar, manter atividades sexuais tidas como de risco para preservação da saúde, abusar de álcool e drogas; atua para isso evidenciando valores, enfatizando a auto-estima, estimulando práticas saudáveis de vida.

A tabela 10 busca evidenciar a opinião das adolescentes de como devem cuidar de sua saúde.

Tabela 10 - Opinião da adolescente de como cuida de sua saúde. Fortaleza, 1999.

| <b>Opinião</b>                           | <b>Total</b> |
|------------------------------------------|--------------|
| Usar camisinha, "me prevenir".           | 13           |
| Ir regularmente ao médico                | 5            |
| Fazer a prevenção de câncer ginecológico | 4            |
| Ter boa higiene                          | 3            |
| Usar a medicação                         | 3            |
| <b>Total</b>                             | <b>28</b>    |

Constata-se que, dentre as adolescentes entrevistadas (13) acreditam no uso da camisinha como forma de cuidar da saúde. Aqui, interpretou-se que o fato de portar DST leva essas adolescentes a fazer certa relação entre saúde e o uso de preservativo, chegando a assegurar que *'a partir de agora'* vão cuidar de sua saúde, usando camisinha.

Igualmente às (13) primeiras entrevistadas, todas as demais vão reportar-se a alguma medida terapêutica de recuperação da DST - exames preventivos, uso da medicação, boa higiene - como forma de cuidado com a saúde.

Infere-se que as adolescentes desta pesquisa não têm definição clara do que seja saúde e dos cuidados devidos para com sua preservação em termos mais gerais. As medidas de cuidado por elas sugeridas, como o uso do condom, além de ser uma prática distante de suas realidades, está ligado mais a condição atual de portadoras de uma DST.

Aqui, o cuidado de si pode entrecruzar-se com o cuidado do outro, quando a adolescente diz que vai usar a medicação juntamente com o namorado.

Usando do apoio-educação, a enfermeira deve discutir com as adolescentes a necessidade de uma experiência participativa com vistas à mobilização destas em função do autocuidado. Nestes termos, a educação para o autocuidado, enfatiza os conceitos de *doença e prevenção* não como problemas, mas como condições a serem trabalhadas na perspectiva de promover a saúde.

Como forma de colaborar para melhorar o bem-estar da adolescente, a enfermeira trabalha sua auto-estima, o que requer uma abordagem transdisciplinar voltada para a investigação de aspectos da vida cotidiana - como lazer, trabalho, cultura, esporte, religião e etc - tendo em conta que os problemas mórbidos podem derivar da associação de fatores e condições proporcionadas pelo meio de referência para a adolescente, colocando em risco sua integridade física e psicológica.

Na tabela 11, apresentam-se as respostas das adolescentes quanto ao significado do termo sexualidade.

Tabela 11- Significado do termo sexualidade para as adolescentes. Fortaleza, 1999.

| <b>Significado</b> | <b>Nº</b> |
|--------------------|-----------|
| Ato sexual/ sexo   | 15        |
| Não sabe           | 13        |
| <b>Total</b>       | <b>28</b> |

Observa-se que (15) das adolescentes relacionaram sexualidade com o ato sexual enquanto que (13) não souberam responder.

As afirmações dessas adolescentes na tabela 11 denotam que algumas não sabem o que é sexualidade ou que sexualidade, na percepção destas, está voltada exclusivamente para o ato sexual.

Pode-se inferir que, para essas adolescentes, a sexualidade está ligada ao ato sexual, fazendo referência à relação sexual propriamente dita como sendo sinônimo de sexualidade.

A adolescente, não tendo uma clara noção do que é sexualidade, encontra-se numa situação de vulnerabilidade em relação as DSTs. A enfermeira através de sistema de apoio-educação deve, então, questionar com a adolescente o que é 'sexualidade' em sua dimensão maior de significados.

Na tabela 12, captaram-se os sentimentos da adolescente após ter mantido relação sexual.

Tabela 12- Demonstrativo do sentimento da adolescente após ter tido relação sexual. Fortaleza, 1999.

| Sentimento     | Total     |
|----------------|-----------|
| Gostei         | 16        |
| Arrependimento | 12        |
| <b>Total</b>   | <b>28</b> |

Verifica-se nesta tabela que (16) das adolescentes disseram que gostaram de ter tido relação sexual. Enquanto isso (12) tiveram outros sentimentos, prevalecendo o de arrependimento.

Isso acontece porque a adolescente não tem ainda maturidade para assumir um relacionamento sexual. Embora a maioria tenha afirmado que gostou, relatos evidenciam o quando a adolescente idealiza sua primeira relação, podendo vir a decepcionar-se. Como exemplo desses relatos, destaca-se:

*Eu pensava que era algo extraordinário, fiquei pensando que algo mais iria ainda acontecer, pois li que era um sentimento maravilhoso, quando na realidade para mim não foi tão legal assim.*

O “ter gostado” de manter relação sexual, como a maioria das adolescentes afirmou, não significa dizer que foi uma experiência positiva. O arrependimento, mostrado pelo medo verbalizado por elas, indica que muitas iniciam a vida sexual sem preparo maior.

Em algumas situações essas adolescentes vão afirmar: *engravidar e fui morar com ele, porque minha mãe obrigou*. Caracteriza-se aqui uma experiência negativa para essa jovem que viu seu futuro conturbado por uma gestação não planejada. A fala também denuncia como muitas uniões são precipitadamente antecipadas em virtude de uma gravidez precoce.

Outras adolescentes justificam: *fui só para satisfazê-lo...* Elas, por isso mesmo, convivem com sentimento posterior de culpa e de arrependimento. Também essa é uma situação que denota a condição de passividade e submissão apresentada pela garota diante do relacionamento sexual.

Verifica-se conflito de decisão relacionado à capacidade de optar sobre o seu corpo. A atividade de apoio-educação orienta, apóia, ensina e promove um ambiente que possa proporcionar a formação de grupos de discussão.

Na tabela 13, verificou-se se os pais das adolescentes tinham conhecimento do já início de sua atividade sexual.

Tabela 13- Conhecimento dos pais acerca do início da atividade sexual da adolescente. Fortaleza, 1999.

| <b>Respostas</b> | <b>Total</b> |
|------------------|--------------|
| Sim (atualmente) | 16           |
| Não              | 12           |
| <b>Total</b>     | <b>28</b>    |

Verifica-se, na tabela 13 que (16) das adolescentes declararam que os pais só vieram tomar conhecimento de sua atividade sexual após algum tempo. As demais, afirmaram ser desconhecida dos pais sua iniciação sexual.

Uma adolescente declarou:

*...no começo foi tudo escondido, até que uma amiga minha passou um troço para minha mãe e contou tudo... ela quase morreu... foi um trauma para ela. Meu pai me botou para fora de casa. Morei com uns parentes em São Paulo, depois voltei e 'juntei' com ele. Eles hoje já aceitam, porque não teve jeito mesmo...*

A experiência tem demonstrado que grande número de adolescentes inicia a sua atividade sexual sem o conhecimento dos pais, uma vez que há a dificuldade dos pais em falar sobre sexo, conforme CARIDADE (1996), que preferem acreditar que os filhos não iniciarão um dia a atividade sexual.

Nesse sentido, o predomínio de comportamentos repressivos e atitudes negativas frente à sexualidade vivenciada pelos pais em sua época, conforme afirma CARIDADE (1996), induz insegurança aos pais em lidar com a sexualidade de seus adolescentes. Por sua vez, as adolescentes têm receio destes tomarem conhecimento desta situação. Verifica-se déficit de segurança em dialogar com os pais sobre sexualidade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando os resultados da pesquisa à luz da Teoria de OREM, pôde-se compreender como esta contribuiu para que a autora pudesse entender como a adolescente portadora de DSTs promove autocuidado.

Observou-se, em algumas clientes, certa timidez no momento inicial da entrevista, apesar de a pesquisadora ter tentado manter um clima de descontração; mas falar sobre sexualidade, às vezes é difícil, por se tratar de um assunto considerado tabu para a maioria das pessoas.

Neste contexto individual, atentou-se para o fato de que a maioria das adolescentes, quando cientes de serem portadoras de DSTs, demonstrou preocupação em ter essa doença, talvez pelo desconhecimento do que a enfermidade pode trazer de riscos; demonstravam ansiedade, medo, insegurança, dúvidas.

Estes fatores, também relacionados à idade, ambiente sociocultural, fatores psicológicos, à deficiência de informações e de serviços com profissionais especializados na atenção à saúde da adolescente, contribuem para que esta apresente déficits de autocuidado.

Na entrevista, verificou-se também que algumas jovens evidenciaram ser oriundas de um lar desfeito ou disfuncional, podendo influenciar em suas vidas, ocasionando frustrações, tensões, baixa auto-estima, estando comprometida a capacidade de gostar de si. A auto-estima positiva pode interferir no sistema imunológico em que a resposta ao tratamento da doença leva a resolubilidade ou torna pessoas menos susceptíveis a ela.

As portadoras do HPV (*Papilomavírus humano*) foram as que demonstraram maior preocupação. Percebeu-se que o motivo seria a sigla desta doença ser parecida com HIV, o vírus transmissor da AIDS, como uma perguntou: *o que é isso? Tem cura? É AIDS?* Tornou-se oportuno o esclarecimento, nessa ocasião.

Observou-se, também, medo das adolescentes de que os pais tomassem conhecimento de serem portadoras de DSTs, pois o início da atividade sexual se deu, em sua maioria, sem que estes soubessem, sendo

um motivo de choque quando vêm a descobrir. Esta questão envolve cultura, tabus, levando-se em consideração que relacionamento sexual por parte da mulher, antes do casamento, ainda não é de todo aceito pela sociedade.

O início da atividade sexual das adolescentes dessa pesquisa, dá-se muito mais pela a curiosidade ou pressão do namorado, do que mesmo pelo envolvimento afetivo. O grupo de amigos também exerce grande influência na adolescente, tendo papel marcante nessa decisão. Entretanto, o arrependimento de ter iniciado a vida sexual está muito presente nas suas falas.

Dada a imaturidade orgânica e psicológica das adolescentes, pode-se inferir déficit no autocuidado relacionado, especialmente, ao despreparo para o início da vida sexual, o que pode determinar contaminação por uma doença sexualmente transmissível. A enfermeira desempenha um relevante papel quando promove medidas de reabilitação da saúde, contribuindo, entre outras coisas, que se exponham a recidivas, constrangimentos, revolta, medo ou ainda ansiedade por não terem, muitas vezes, com quem dividir o problema.

O problema das DSTs é um desafio para a enfermeira que almeja desenvolver ação educativa com a clientela. A prevalência destas doenças em mulheres cada vez mais jovens induz a um quadro de morbidez e crescente número de óbitos, e levanta a questão do processo educativo como maneira eficaz de reduzir as doenças de transmissão sexual.

Atentou-se, ainda, para o fato de que a maioria das jovens que procuram o Serviço é porque apresentam alguma queixa ginecológica. Não são, portanto, informadas para realizar exame periódico e tratamento preventivo das doenças relacionadas ao aparelho genital feminino.



O início da atividade sexual é um fato ocorrido muito cedo entre as adolescentes participantes desse estudo. Algumas delas tiveram sua primeira relação aos 13 anos. Por se tratar de pessoas que vivenciam a mesma faixa etária, as expectativas, dúvidas, receios e sentimentos frente ao ato sexual e o fato de portar uma DST nessa fase da vida são muito semelhantes entre as entrevistadas.

Além de questões relacionadas com a doença e o tratamento em andamento, também as dúvidas em relação às mudanças corporais são uma constante entre as adolescentes assistidas no ambulatório. Constatou-se com isso, que esse tema gera grandes ansiedades e medo.

No que tange ao tema sexualidade, as respostas obtidas denunciam o pouco entendimento do que seja sexualidade para essas adolescentes. Muitas delas confundem ou resumem o tema ao ato sexual.

Os cuidados nos hábitos higiênicos das adolescentes e o uso do condom ainda não constituem uma prática comum em suas vidas. Podem, no entanto, contribuir para o desenvolvimento de doenças sexualmente transmissíveis. Basicamente, isso pode acontecer porque as jovens não apresentam comportamentos voltados para o cuidado de si.

Pelos achados na pesquisa, infere-se que há necessidade de preparar melhor a adolescente para a vida adulta, ensinando dentre outras coisas, o que contribui para os agravos à doença e suas conseqüências, pois o desconhecimento é fator preponderante de risco na aquisição de DST. Considera-se que a assistência à adolescente deve ser feita com a participação da família e com formação de grupo.

A família, escola, igreja e profissionais interessados em trabalhar com adolescentes devem discutir com elas qual o seu papel na sociedade,

desenvolvendo um pensamento crítico em relação à posição da mulher nesse contexto ao longo dos anos.

O modelo de OREM, ao ser aplicado de forma sistemática e de maneira lógica, é capaz de auxiliar para a independência da adolescente, à medida que esta aprende e decide mudar seu comportamento, influenciando assim na redução e prevenção de agravos de doenças.

Através destes resultados, observa-se que a adolescente acha-se limitada para prover autocuidado, uma vez que se encontra em déficit de autocuidado quando pratica relação sexual. Na maioria das vezes, essa relação acontece de forma ocasional, sem levar em consideração a afetividade, nem se preocupar em como se prevenir das doenças sexualmente transmissíveis.

Considerou-se, portanto, que a assistência à adolescente está, ainda, muito voltada para o processo curativo, não enfatizando os fatores biopsicosociais que interferem no seu desenvolvimento saudável.

A enfermeira e a adolescente podem juntas planejar essas ações de autocuidado, momento esse em que a adolescente terá condições e capacidade de decidir sobre prevenção e promoção da saúde e bem-estar.

Entretanto, a enfermeira deve levar em consideração não só os fatores sociais da adolescente, como também proporcionar, com a participação dela, uma relação de ajuda, de tal maneira que a jovem possa conhecer o que interfere no seu autocuidado, para com isso traçar estratégias de ação, através do apoio-educação, de forma que sua realidade seja transformada. Terá, assim, a adolescente a capacidade de desenvolver autocuidado, uma vez que está envolvida no processo, não sendo deste, um mero participante.

A realização dessa pesquisa possibilitou à autora conhecer um pouco mais sobre a mulher adolescente com quem trabalha. Nesse contexto, a Teoria Geral de Enfermagem, de OREM contribuiu ainda para que a pesquisadora pudesse compreender como a adolescente portadora de DSTs promove o autocuidado, possibilitando assim traçar uma proposta de um modelo de acompanhamento à saúde de adolescentes.

## **7 PROPOSTA PARA UTILIZAÇÃO DO ENFOQUE EDUCATIVO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM GINECOLÓGICA COM ADOLESCENTES**

Considerando que a adolescente é um ser em desenvolvimento e que necessita de atenção especial por parte da enfermeira e da própria família, é importante à aplicação de princípios, conteúdos e procedimentos de educação em saúde como forma de promover, na adolescente, comportamento voltado para o autocuidado orientado, acompanhado em grupos multiprofissionais com pessoal treinado no cuidado integral e holístico de adolescentes de ambos os sexos.

A educação ajuda a modificar o comportamento das pessoas, de modo a reverter em crescimento pessoal e significativo para suas vidas. FREIRE (1980) acredita na conscientização como conceito central de suas idéias sobre educação. Diz que essa palavra é profunda de significado, pois a educação como prática de liberdade é um ato de conhecimento que aproxima o indivíduo da realidade, capacitando-o para criticá-la e contribuir para sua transformação.

Complementa, ainda, esse autor, que, num primeiro momento, o homem tem uma posição ingênua em relação à realidade. A tomada de

consciência ainda não é a conscientização, pois esta consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência. Quanto mais conscientização, mais se conhece a realidade, faz-se uma reflexão crítica criando outra realidade.

Trabalhar com adolescentes, na busca de mudança da realidade, através do processo de conscientização é muito importante, pois possibilita que assumam com responsabilidade qualquer decisão que venha a ser tomada.

A equipe multiprofissional pode assumir essa abordagem, atuando de maneira integrada, levando em conta as modificações biopsicosociais e as características próprias das adolescentes e do meio em que interagem, visando a promover a saúde; realizar o diagnóstico precoce e tratamento oportuno de déficits de autocuidado e de desvios de saúde; promover a saúde, e estar atenta a casos de violência sexual. Para tanto, criar condições favoráveis à participação de adolescentes em grupos de jovens, grupos de auto-ajuda, dentre outros que favoreçam o desenvolvimento da consciência crítica sobre seu papel na sociedade. A relação de ajuda favorecerá a elevação da auto-estima, de autonomia responsável da adolescente em relação ao próprio cuidado com a saúde, em seu sentido mais amplo, e com o seu bem-estar coletivo.

A prevenção, estratégia básica para o controle da transmissão das DSTs e do vírus da AIDS, pode ocorrer por meio de atividades educativas, envolvendo os adolescentes em projetos de saúde comunitária em que se sintam úteis, ocupados no exercício da solidariedade humana, da amizade entre homens e mulheres, atualizando seu potencial humano, amadurecendo em sua identidade sexual e como pessoas.

Na assistência as portadoras de DSTs, deve-se levar em consideração o cuidar-se, protegendo a si, ao parceiro, visando à prevenção

da evolução do caso. Nas pacientes que retornam para consulta subsequente, convém verificar como as portadoras de DSTs, realizam autocuidado, prevenindo doenças e promovendo saúde pessoal e familiar.

Há necessidade de se esclarecer às adolescentes quanto aos sintomas das DSTs, auxiliando no enfrentamento da doença e superação de temores e ansiedades decorrentes. Para tanto, propõe-se que o trabalho educativo seja integrado com a equipe multiprofissional, a cliente e sua família. É desejável a presença do namorado, o que poderá vir a facilitar a formação de grupos de casais jovens (casados ou não) ou novas famílias.

A educação para a saúde promove a emergência à consciência da adolescente de que seu comportamento e o meio ambiente em que interage afetam sua saúde de forma favorável ou desfavorável, e ao mesmo tempo, o estilo das relações afetivas na família. A adolescente e a família devem ter direito à informação, à orientação, como meio de compartilhar o enfrentamento dos problemas, aclarar dúvidas, livrar-se de culpas, remorsos e medos, para que possam preparar-se para a convivência em família e sociedade, para a vivência da sexualidade saudável, responsável e adulta.

Nos comportamentos de risco para a saúde, a reeducação das adolescentes é desejada, necessária e oportuna. Nesse sentido, a participação da família auxilia a enfermeira, que dividirá responsabilidades na supervisão do autocuidado realizado pelas adolescentes durante o tratamento, na prevenção de gravidez não planejada e na estruturação de seu tempo livre.

Quando a enfermeira assume o papel de *ensino*, por ocasião da consulta de enfermagem, ajuda a adolescente no desenvolvimento de práticas de autocuidado, além de proporcionar oportunidade desta expressar seus sentimentos e preocupações, fazer perguntas ou esclarecer dúvidas

nesse domínio. É a oportunidade, também, de levantar questões para perceber o nível de consciência da adolescente frente à responsabilidade pessoal e os recursos de que dispõe para o autocuidado da saúde pessoal e da família.

As sessões educativas devem incluir também as adolescentes como forma de trabalhar a auto-estima da mulher, sensações e sentimentos quanto ao uso do corpo, da sexualidade, da maternidade, de qualificação para o trabalho, antecipar acontecimentos ou mesmo adiar uma relação sexual ocasional, que não seja consciente e livremente desejada com suas conseqüências físicas, psicológicas, sociais, financeiras e familiares.

Durante os encontros, a enfermeira pode identificar os interesses individuais do grupo e adaptar orientações a esses propósitos, de maneira que a relação de ajuda se expresse no diálogo aberto e promova o exercício do autocuidado com a própria vida.

A primeira consulta (ANEXO III) é a que requer da enfermeira habilidades específicas no trato com a adolescente mulher, para que possa motivá-la a retornar regularmente e assumir comportamento de autocuidado, independente de precisar de serviços especializados no cuidado da saúde. É uma consulta que requer habilidades para dividir o tempo disponível entre os vários momentos, desde a acolhida da cliente até a despedida. É preciso, portanto, reservar tempo para: a acolhida, promovendo a empatia profissional-cliente; realizar os procedimentos específicos (da anamnese, exame físico, exame do abdômen, exame da genitália externa, exame especular); tratar dos aspectos relacionados a outras atividades da cliente, tais como as formas de estruturação do tempo livre, condições de vida pessoal e familiar: escolaridade e qualificação para o trabalho, tipo de trabalho. Em momento oportuno, estimula-se o diálogo com os pais, que serão referência no apoio-educação realizado no ambiente

domiciliar e o contato com a unidade de saúde mais próxima, que servirá como suporte sócio-educativo e sanitário em suas necessidades posteriores de aconselhamento em saúde.

A obtenção da história sexual da adolescente pode ser feita em única consulta ou se prolongar por várias, dependendo de cada situação e de cada adolescente; pode ainda ser precedida por oficinas em que se trabalhe temas de interesse de adolescentes. Isso possibilita a enfermeira discutir assuntos relacionados à menarca, ovulação, menstruação, tensão pré-menstrual, concepção, contracepção, masturbação, iniciação sexual (primeira relação), virgindade, desejo e orgasmo, sensações e sentimentos na relação homem-mulher, o aborto provocado, questões de gênero e poder, esclarecendo mitos e explorando áreas em que a adolescente não se sente à vontade para discutir, nem sempre fáceis de se falar em família ou na escola.

Deve-se, portanto, ter em mente que atender a adolescente com DST não significa enfocar somente a doença, mas estar voltada para uma necessidade de inteirar-se dos fatores psicológicos, físicos e sociais que envolvem essa problemática.

É a partir dessa atenção holística à adolescente que se pode iniciar um trabalho educativo individual e em grupo. A educação hoje é considerada um fator de mudança, renovação e progresso. É um instrumento sistemático e integrado que possibilita ao educando oportunidade de desenvolver e ter condições de aplicar os conhecimentos na prática.

Durante a consulta, a enfermeira deve enfatizar os fatores de risco presentes em atividades sexuais precoces e sem orientação e acompanhamento profissional, lembrar a necessidade do acompanhamento da saúde do parceiro, de forma a prevenir a disseminação de DSTs e a



ocorrência de gravidez não planejada, esclarecer sobre a exposição continuada à infecção, que pode levar a reinfecção por outras DSTs, e prevenção de gravidez.

A abordagem da adolescente sobre a prevenção de DSTs deve incluir, conforme cada caso e cada adolescente, a procura regular pelo serviço de saúde, o conhecimento básico sobre sexualidade, concepção e contracepção, formas de transmissão de doenças, prevenção e profilaxia, abstinência sexual, a postergação da idade para o início da atividade sexual, a limitação do número de parceiros e o uso do preservativo. Além disso, é importante conhecer a estrutura e a dinâmica de funcionamento da família e, nesta posição, papel e aceitação da adolescente.

Quando acometidas de DSTs, muitas adolescentes têm dúvidas quanto ao esquema terapêutico adotado, sendo a suspensão temporária da relação sexual imprescindível para o sucesso do tratamento. Assim, a enfermeira tem uma importante função ao orientar as adolescentes, utilizando um dos métodos de ajuda de OREM - *ensinar o outro*. Faz isso se apoderando do conceito holístico de saúde, que vai permitir trabalhar, considerando cultura, religião, valores, influências do meio e da família.

Nesses casos, devem ser dadas orientações sobre o que é a doença, tratamento dos parceiros sexuais, complicações, recidivas e como se proteger de DSTs.

A participação da família nesse processo é importante porque, muitas vezes, é ela quem leva a adolescente à consulta e há dados que só a família pode fornecer. Não deve, entretanto, o profissional esquecer de que há adolescentes que moram sozinhas. E para aquelas que já têm atividade sexual iniciada é importante à participação do namorado.

Outro aspecto fundamental a ser considerado pela enfermeira que trabalha o apoio-educação é que as adolescentes necessitam conhecer a



própria anatomia e fisiologia, ganhando autonomia e trabalhando a auto-estima, o preparo para a tomada de decisão responsável quanto à opção por ser mãe, decisão sobre o número e espaçamento de filhos e formas de assegurar o auto-sustento. No caso de gestação sem o apoio do namorado ou de componentes familiares, é preciso pensar em como garantir o sustento da criança.

## ABSTRACT

It's a descriptive study based on the General Theory of Nursing of Orem. The work investigates the way as the adolescent promotes self-care in the existence of its sexuality and proposes subsidies for educational activity with adolescent carriers of DST's. The sample consists of 28 adolescent carriers of DST's assisted in the gynecology clinic of nursing of the Prevention of Cancer Institute of Ceará ( IPCC ), organ of the Health Secretary of the State of Ceará ( SESA ), in the period of April to July of 1999. The data were collected through semi- structured interview. The results showed that the adolescent existed your sexuality prematurely with risks to the health, uncertainties, doubts, conflicts, lack of family and social support. They identify self-care deficits, tends as factors the age, social-economic level and the deficiency in the attendance individualized to the health. Based on the General Theory of Nursing of Orem, educational activities were proposed trough the support-education of the Theory of Systems Of Nursing with the purpose of transforming the adolescent in self-care agent.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A., KNOBEL, M. *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 92p.

ALMEIDA FILHO, G. L., PASSOS, M. R. L., GOUVEIA, T. V. D. Candidíase. In: PASSOS, M. R. L. *DST: doenças sexualmente transmissíveis*. 4. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552p. p. 202-219.

ALMEIDA FILHO, G. L., PASSOS, M. R. L., LOPES, P. C. Papilomavirose genital (Condiloma acuminado). In: PASSOS, M. R. L. *DST: doenças sexualmente transmissíveis*. 4. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552p. cap. 20, p. 220-259.

ALDANA, A. Mulher, sexualidade e sexo seguro. In: PAIVA, V. *Em tempos de AIDS*. São Paulo: Summus, 1992. 214p. p. 158-165.

ANATRELA, T. *O sexo esquecido*. Rio de Janeiro: Campus, 1992. 272p.

ANDRADE, H.H.S.M. Sexualidade na infância e na adolescência. In: MAGALHÃES, M. L. C., ANDRADE, H. H. S. M. *Ginecologia infanto - juvenil*. Rio de Janeiro: Médica Científica, 1998. 615p. cap. 53, p.523-531.

ANDRADE, H. H. S. M., LOPES, G. P. Sexo seguro na adolescência. In: MAGALHÃES, M.L.C., ANDRADE, H.H.S.M. *Ginecologia infanto-juvenil*. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1998. 615p. cap. 57, p.543-550.

BARACAT, E. C., LIMA, G. R. Infecção e infertilidade feminina. In: PASSOS, M. R. L. *DST: doenças sexualmente transmissíveis*. 4. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552p. cap. 14, p. 183 -187.

BELDA JUNIOR, W. Doenças sexualmente transmissíveis - classificação  
In: PASSOS, M. R. L. *DST: doenças sexualmente transmissíveis*. 4. ed.  
Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552p. cap. 3, p. 18-21.

BELDA JUNIOR, W., PASSOS, M. R. L. Epidemiologia das doenças  
sexualmente transmissíveis. In: PASSOS, M. R. L. *DST: doenças  
sexualmente transmissíveis*. 4. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995.  
552p. cap. 4, p. 22-39.

BENETTI, R. G. *Adolescência: notas de psicologia*. 2. ed. São Paulo:  
Paulinas. 1990. 104 p.

BRANDEN, N. *Auto-estima e os seus seis pilares*. São Paulo: Saraiva,  
1995. 398p.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretária Nacional de Programas Especiais  
de Saúde. *Controle do Câncer Clínico-Uterino*. Divisão Nacional de  
Saúde Materno-Infantil. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais  
de Saúde Materno-Infantil. *Programa de saúde do adolescente*. Bases  
Programáticas. Brasília, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde.  
Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Manual de controle das  
doenças sexualmente transmissíveis*. Brasília, 1997.

BRUNNER, L. S; SUDDART; D. S. *Enfermagem médico-cirúrgica*. 8. ed.  
Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. v. 3, cap. 44: Avaliação e  
tratamento das pacientes com problemas relacionados aos processos  
fisiológicos femininos, p. 1055-1084.

\_\_\_\_\_. *Enfermagem médico-cirúrgica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara  
Koogan, 1998. v. 4, cap. 65: Cuidados aos pacientes com doenças  
infecciosas, p. 1671-1709.

- CARIDADE, A. *Sexualidade corpo e metáfora*. São Paulo: Iglu, 1996. 151p.
- CARRARA, S. A luta antivenérea no Brasil e seus modelos. In: PARKER, R., BARBOSA, R. M. *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996. 236p. p. 17-37.
- CARVAJAL, G. *Tornar-se adolescente: a aventura de uma metamorfose: uma visão psicanalítica da adolescência*. São Paulo: Cortez, 1998. 192p.
- COLLI, A. S. Crescimento e desenvolvimento físico. In: PAGNONCELLI, R. S., MAAKAROUM, M. F. *Manual de adolescência*. São Paulo: Diretoria de Publicações da SBP; 1988. 79p. p. 9-17.
- CORRÊA, S. Gênero e sexualidade como sistemas autônomos: idéias fora do lugar? In: PARKER, R., BARBOSA, R. M. *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996. 236p. p. 149-157.
- COSTA, D. P. E a afetividade? *DST. J. Bras. Doenças Sex. Transm.* V. 8, n. 4, p. 3, 1996.
- DAMIANI, D., SETIAN, N. Crescimento e desenvolvimento físico do adolescente normal. In: SETIAN, N., COLLI, A.S., MARCONDES, E. *Adolescência*. São Paulo: Sarvier; 1979. 220p. p. 21-40.
- DIAMANTINO, E. et al. Aspectos básicos da sexualidade humana na prática clínica. Parte I. *Femina*, v. 21, n.10, p.1016-1029, 1993.
- FIZZOTTI, E. *Conquista da liberdade: proposta da logoterapia de Viktor Frankl*. São Paulo: Paulinas, 1996. 127p.
- FOSTER, P. C., JANSSENS, N. P. Dorothea. E. Orem In: GEORGE, J. B. *Teorias de enfermagem: os fundamentos da prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 338p. cap. 7, p. 90-105.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade: à vontade de saber*. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1997. 152 p.

FREIRE, P. *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Cortez & Moraes. 1980. 102p.

GAUDERER, C. *Sexo e sexualidade da criança e do adolescente*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996. 271 p.

KNOBEL, M. A síndrome da adolescência normal. In: ABERASTURY, K. M. *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 92p. cap. 2, p.24-59.

LEAL, O. F., BOFF, A. M. Insultos, queixas, redução e sexualidade: fragmentos da identidade masculina em uma perspectiva relacional. In: PARKER, R., BARBOSA, R. M. *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996. 236 p. p. 119-135.

LEVISKY, D. L. Desenvolvimento psicossocial do adolescente. In: SETIAN, N., COLLI, A. S., MARCONDES, E. *Adolescência*. São Paulo: Sarvier. 1979, 220p. p. 65-89.

LEVISKY, D. L. O diagnóstico dos distúrbios psicológicos da adolescência. In: SETIAN, N., COLLI, A. S., MARCONDES, E. *Adolescência*. São Paulo: Sarvier. 1979, 220p. p. 209-216.

LIMA, H. *Educação sexual para adolescentes: desvendando o corpo e os mitos*. 3. ed. São Paulo: Iglu, 1994. 206 p.

MAAKAROUM, M. F. Desenvolvimento psicológico. In: SOUSA, R. P., MAAKAROUM, M. F. *Manual de adolescência*. São Paulo: Diretoria de Publicações da SBP, 1988. 79p. p. 19-24.

MACKAY et al. *Tratado de ginecologia – ilustrado*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985. 508p. Cap. 21, p. 264 – 290.

- MAINIERE, A. S. Desenvolvimento puberal. In: MAGALHÃES, M. L. C. ANDRADE, H. H. S. M. *Ginecologia infanto-juvenil*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1998. 615p. cap. 4, p. 25-36.
- MAGALHÃES, M. L. C. Vulvovaginites. In: MAGALHÃES, M. L. C. ANDRADE, H. H. S. M. *Ginecologia infanto-juvenil*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1998. 615p. cap. 36, p. 325-342.
- MARTINS, D., BARBOSA, R. M., VILLELA, W. V. As mulheres e a prevenção de AIDS. In: PAIVA, V. *Em tempos de AIDS*. São Paulo: Summus. 1992. 214p. p. 166-173.
- MOREIRA, A. J. Doenças sexualmente transmissíveis na infância e na adolescência. In: PASSOS, M. R. L. *DST: doenças sexualmente transmissíveis*. 4. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552p. cap. 37, p. 423-443.
- MORRIS, L et. al. apud ADOLESCÊNCIA. *Anais Nestlé*, v.55, p. 43-49, 1998.
- OLIVEIRA, A. S. Educação e limites. *Boletim da Sociedade Brasileira de Adolescência (ASBRA)*, n. 24, p. 3, 1999.
- x OREM, D. E. *Nursing: concepts of practice*. 4. ed. New York: McGraw-Hill, 1995. 385p. p. 91, 117, 243.
- ✓ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *La salud de los jovenes: un reto y una esperanza*. Genebra, 1995. 120p.
- ✓ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Documentos básicos*. 38. Ed. Genebra, 1990.
- PARKER, R., BARBOSA, M. R. *Sexualidade brasileira*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996. 236p.

- PASSOS, M. R. L., ALMEIDA FILHO, G. L. Trichomoníase. In: PASSOS, M. R. L. *DST: doenças sexualmente transmissíveis*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552p. cap. 17, p. 195-201.
- PASSOS, M. R. L., ALMEIDA FILHO, G. L., GOUVEIA, T. V. D. Cancro mole. In: PASSOS, M. R. L. *DST: doenças sexualmente transmissíveis*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552p. cap. 09, p. 138 – 147.
- PAIVA, V. Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e sujeito social. In: PARKER, R., BARBOSA, R. M. *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996. 236p. p. 213-234.
- PELUSO, A. O adolescente e a família. In: PELUSO, A. *Adolescentes: pesquisa sobre uma idade de risco*. São Paulo: Paulinas, 1998. 242p. cap. 2, p. 69 - 82.
- PELUSO, A., SARDILLI, S. O adolescente e a afetividade. In: PELUSO, A. *Adolescentes: pesquisa sobre uma idade de risco*. São Paulo: Paulinas, 1998. 242p. cap. 1, p. 19-67.
- PEREIRA, T.G. et al. Trabalho do menor-exploração ou circunstância social? *Pais & Teens*, ano 2, n. 5, p. 6-7, ago, /out. 1997.
- PEREIRA JÚNIOR, A. C., SANTOS, O. L. R. Herpes simples genital. In: PASSOS, M. R. L. *DST: doenças sexualmente transmissíveis*. 4. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552p. cap. 12, p. 162-169.
- PICANÇO, M. R. A. *Prevenindo riscos para a mulher, criança e adolescente*. Guia curricular para formação de auxiliar de enfermagem para atuar na rede básica do SUS. Área curricular II. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 260p. p. 253-257.



RAMIN, S. M., MABERRY, M., COX, S. M. Infecções da vias genitais inferiores. In: COPELAND, L. J. *Tratado de ginecologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 1151p. cap. 26, p. 481-492.

RIBEIRO, A. M. S. *Crenças e valores da mulher portadora de papiloma vírus humano-HPV: abordagem na etnoenfermagem*. Fortaleza, 1998. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará.

ROUQUAYROL, M. Z., VERAS, F. M. F. Doenças transmissíveis e modos de transmissão. In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. cap. 8, p.243-251.

SPENLÈ, A-M. R. *O adolescente e seu mundo*. 2. ed. São Paulo: Liv. Duas Cidades, 1995, 141p.

SPRADLEY, J. P. Participant observation. New York: Horlt, Rinehart and Winston, 1980. 195p.

SUPLICY, M. *Conversando sobre sexo*. 20. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. 389p.

TRIVINÔS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Atlas, 1995. 175 p. p. 110.

VILLELA, W. V., BARBOSA, R. M. Repensando as relações entre gênero e sexualidade. In: PARKER, R., BARBOSA, R. M. *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996. 236 p. p. 189-199.

VITIELLO, N. Gravidez na adolescência. *Pais & Teens*, v. 2, n.3, p. 23-24, fev, /abr. 1997.

ZAGURY, T. *O adolescente por ele mesmo*. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 1997. 277p.

## 9. ANEXOS

### 9.1 ANEXO I

#### Quadro das Doenças Sexualmente Transmissíveis.

##### a) Doenças essencialmente transmitidas pelo contágio sexual

- Sífilis
- Gonorréia
- Cancro mole
- Linfogranuloma venéreo

##### b) Doenças freqüentemente transmitidas por contágio sexual

- Donovanose
- Uretrite não gonocócica
- Herpes simples genital
- Condiloma acuminado
- Candidíase genital
- Fitiríase
- Hepatite tipo B

##### c) Doenças eventualmente transmitidas por contágio sexual

- Molusco contagioso
- Pediculose
- Escabiose
- Shigelose
- Amebíase

## 9.2 ANEXO II

---

Universidade Federal do Ceará  
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.  
Departamento de Enfermagem  
Mestrado em Saúde Comunitária

---

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

Instrumento de coleta de dados junto à adolescente portadora de DST

I) Dados de identificação e sócio-familiar da adolescente

1. Idade (anos completos):

- ☐ 10    ☐ 11    ☐ 13    ☐ 14    ☐ 15  
☐ 16    ☐ 17    ☐ 18    ☐ 19

2. Estado Civil:

- ☐ solteira                      ☐ separada  
☐ casada                        ☐ viúva

3. Vive com:

- ☐ os pais                              ☐ só com a mãe  
☐ com companheiro              ☐ só com o pai  
☐ outra pessoa. Quem? \_\_\_\_\_

4. Trabalha?

- ☐ sim                              [ ] em casa  
                                         [ ] fora de casa

Em que? \_\_\_\_\_

- ☐ não

## 5. Nível de escolaridade:

- ☐ 1<sup>o</sup> grau incompleto      ☐ 1<sup>o</sup> grau completo  
☐ 2<sup>o</sup> grau completo      ☐ 2<sup>o</sup> grau incompleto  
☐ outro: \_\_\_\_\_

## 6. A renda mensal da família:

- ☐ menos de 1 salário mínimo  
☐ 1 salário mínimo  
☐ 2 a 3 salários mínimos  
☐ mais de 3 salários mínimos

## II – Questões relacionadas à atividade sexual.

1. Doenças sexualmente transmissíveis detectadas no resultado exame citológico.

2. Com que idade você iniciou a sua atividade sexual?

3. Com quantos namorados você já se relacionou sexualmente?

4. Quais os cuidados higiênicos que você realiza antes e após manter relação sexual? Como você faz esses cuidados higiênicos?

5. O que você acha do uso da camisinha no relacionamento sexual?

6. Você tem alguma dúvida em relação ao tratamento prescrito pelo médico?

---

7. O que significa saúde para você?

---

8. Como você cuida de sua saúde?

---

9. Na sua opinião o que significa sexualidade?

---

10. Como você se sentiu após ter mantido relação sexual?

---

11. Seus pais têm conhecimento de que você mantém relação sexual?

---

### 9.3 ANEXO III

#### A CONSULTA DE ENFERMAGEM GINECOLÓGICA

##### Estrutura da primeira consulta

- Preparação do ambiente para acolher a adolescente;
- Promoção de empatia profissional-cliente;

##### Identificação

- Idade;
- Cor;
- Naturalidade;
- Ordem de nascimento;
- Procedência;
- Endereço;
- Estado civil;
- Ocupação;
- Qualificação para o trabalho;

##### Dados socioeconômicos, culturais e familiares.

- Escolaridade;
- Renda familiar;
- Número de filhos: ( ) vivos ( ) mortos;
- Número de pessoas da família que trabalham;
- Mora com os ( ) pais ( ) companheiro ( ) outros: \_\_\_\_\_
- Condições de moradia (tipo, número de cômodos);

- Condições de saneamento.

#### Motivo da consulta

- Descrever as queixas.

#### Antecedentes familiares

- Diabetes;
- Hipertensão;
- Doenças congênitas;
- Câncer de mama.

#### Antecedentes pessoais

- Diabetes;
- Anemia;
- Cirurgias;
- Doenças congênitas;
- Alergias;
- Funcionamento do intestino;
- Hábitos alimentares;
- Vícios (incluindo uso de drogas).
- Outros dados importantes.

#### Antecedentes ginecológicos

- Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade).
- Uso de métodos contraceptivos (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
- Doenças sexualmente transmissíveis;

- Mamas (alteração e tratamento);
- Último exame ginecológico realizado.

### Sexualidade

- Início da atividade sexual (idade e atitude frente à primeira relação);
- Crenças e tabus a respeito de sexualidade \_\_\_\_\_, papéis de gênero \_\_\_\_\_, Destino de gênero \_\_\_\_\_, Patologias de gênero \_\_\_\_\_;
- Relacionamento intrafamiliar \_\_\_\_\_;
- Desejo sexual;
- Orgasmo;
- Dispareunia;

### Antecedentes obstétricos

- Número de gestações;
- Número de partos;
- Número de abortamentos;
- Número de filhos vivos.

### Exame físico

#### Geral

- Dados antropométricos;
- Desenvolvimento mamário;
- Coloração das mucosas e higiene oral;
- Inspeção da pele;
- Palpação da tireóide;



- Aspecto geral (postura, comunicação, expressão facial, corporal);
- Higiene geral;
- Membros inferiores;
- Déficits de autocuidado (verificação);
- Orientação para o autocuidado;
- Registro dos dados no prontuário.

#### Exame das mamas

- Inspeção;
- Palpação.
- Auto-exame das mamas (orientar e ensinar a realizar);
- Registro no prontuário.

#### Exame do abdômen

- Inspeção;
- Palpação;
- Registro no prontuário.

#### Exame da genitália externa

- Decúbito dorsal;
- Aspectos dos pêlos pubianos e distribuição;
- Inspeção dos grandes e pequenos lábios, clitóris, meato uretral;
- Inspeção do hímen (íntegro ou não);
- Inspeção de lesões sugestivas de DSTs ou outras alterações patológicas;

- Inspeção da região anal;
- Higiene íntima (verificação de autocuidado);
- Apoio-educação;
- Registro no prontuário.

#### Exame especular

- Inspeção das paredes vaginais;
- Inspeção do conteúdo vaginal;
- Inspeção do colo uterino;
- Coleta de material para exame colpocitológico;
- Educação individual (orientar e ensinar medidas de autocuidado, respondendo às dúvidas, preconceitos, inquietações);

#### Conclusão e agendamento do retorno

- Explicação dos achados dos exames realizados;
- Orientação e ensinamento de medidas de autocuidado;
- Sentimentos e expectativas da adolescente;
- Solicitar a presença do namorado/companheiro na próxima consulta;
- Agendamento do retorno;
- Sistema de referência e contra-referência (se necessário mobilizar a rede de serviços de saúde mais próxima no domicílio da cliente).