

A singularidade feminina e concepções sobre DST em UBS da cidade de São Paulo

Silvia Bastos¹
Ana Lúcia da Silva²

Introdução

Discute-se as concepções de usuárias sobre "ser mulher" e o cuidado com a saúde com foco na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST), nos serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde da cidade de São Paulo. Apresenta-se um recorte de estudo de tese (BASTOS DE PAULA, 2007) que investigou aspectos de cuidados básicos para mulheres em Saúde Sexual e Reprodutiva e a relação com as DST.

Para compreender a importância de discutir o cuidado específico quanto às mulheres em relação às DST, é necessário relembrar implicações sociais e a evolução das políticas que apóiam e configuram o sistema de cuidado no país. Na década de 1980, o Ministério da Saúde formulou a proposta de Assistência Integral à Saúde da Mulher, com metas para o atendimento na Atenção Primária, incorporando o conceito de Saúde Reprodutiva, tendo, ainda, o propósito de romper com o cuidado centrado na determinação biológica e no ciclo gravídico-puerperal (OSIS, 1998).

Na década de 1960, a Conferência Mundial dos Direitos Humanos, em Teerã (1968), deu os passos iniciais para discussão política quanto à liberdade de casais decidirem sobre sua prole. Esta seria a semente dos Direitos Reprodutivos, porém, foi em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo - Egito, que se definiu Saúde Sexual e Reprodutiva como um direito básico dos seres humanos. Os princípios desse direito preconizam que os indivíduos têm direito a ter vida sexual saudável e segura, com acesso a informações sobre a sexualidade, contracepção, prevenção de DST/aids e a liberdade para decidirem sobre ter filhos ou não, quantos e o espaçamento entre as gravidezes (CIPD, 2003).

As DST são agravos que compreendem não somente as doenças venéreas propriamente ditas, como: sífilis e gonorréia, cancro mole, linfogranuloma venéreo (doença de Nicholas-Favre Durand), donovanose, além do "condiloma

acuminatum" causado papilomavírus humano (*human papillomavirus* - HPV) - virose cujo papel patogênico está associado ao câncer de colo uterino -, herpes genital tipo II, hepatite, uretrites e vaginites por trichomonas, uretrites, balanites e vaginites provocadas por cândida, pediculose pubis e molusco contagioso (McCOOL *et al*, 2006).

As mulheres são particularmente afetadas por DST, pois têm singularidades biológicas e psicossociais que as dispõem à maior vulnerabilidade para agravos do trato reprodutor e sexual. A vulnerabilidade da mulher existe no plano biológico, por aspectos de anatomia e fisiologia e em razão da tendência de ter infecções com sintomas indefinidos, o que retarda o diagnóstico e encerra a possibilidade de complicações graves e, também, pela impotência diante de situações de abuso sexual e econômico (McCOOL *et al*, 2006; BASTOS *et al*, 2000).

Dados da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP) mostram que o coeficiente de incidência de aids femininos quase dobrou de 1991 a 2000, de 10,42 para 19,19 casos por 100 mil mulheres, enquanto para os homens diminuiu de 58,57 para 43,54; também se verificou o crescimento de casos notificados de infecção pelo papilomavírus humano (HPV) que é associado a novos casos de câncer de colo uterino, o que contribuiu para que o governo municipal criasse meios para promover e estimular a discussão sobre as ações de prevenção ao HPV (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO/SP, 2007).

Singularidade feminina

Para Morin, o ser humano é, ao mesmo tempo, singular e múltiplo. Desde o momento da fertilização e com desenvolvimento da concepção, todo ser humano possui singularidade que está impressa na combinação de seus caracteres genéticos, o que o faz único na diversidade. Nossa identidade é, portanto, uma unidade múltipla. Morin (2005) afirma:

"Assim, todos os seres humanos têm em comum os traços que fazem a humanidade da humanidade: uma individualidade e uma inteligência de novo tipo, uma qualidade cerebral que permite o surgimento do espírito, o qual permite o surgimento da consciência" (MORIN, 2005, p. 59)

¹ Enfermeira, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Ciências e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: silviabastos@isaude.sp.gov.br

² Enfermeira e Doutora em Enfermagem, Professora do Programa de Pós-graduação da PPG CCD da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da SES-SP. Contato: analu@isaude.sp.gov.br

O autor atribui lugar distinto para a mulher nas relações de poder na sociedade, mas reconhece que a Sociologia não define a mulher (MORIN; NAOUM, 2003). A mulher no Brasil, desde os primórdios da colonização foi objeto de dominação. O país que constituiu sua sociedade pelo domínio das minorias e sob o patriarcalismo, pelo qual as mulheres, junto aos escravos, se constituíram em propriedade de seus senhores e maridos, recebe estas influências de maneira peculiar.

Na segunda metade do Século 20, ocorreu a revolução dos costumes sob a influência dos movimentos feministas dos anos 1960, da invenção da pílula contraceptiva e de conquistas paulatinas de movimentos sociais no plano dos direitos civis e humanos cujos antecedentes estão na Revolução Francesa (1789). Nos anos de 1960, a mulher rompeu a barreira do espaço privado e passou, a cada década, a marcar espaço no lugar antes ocupado por homens.

Nos anos de 1980, foi descoberto o vírus da imunodeficiência humana (*human immunodeficiency virus - HIV*) o que alterou a forma, como, até então, as pessoas lidavam com a liberação sexual e com as relações de poder e dominação na intimidade de homens e mulheres. Nos tempos de aids, as preocupações com as DST oscilaram entre a sombra e a luz, a atenção por parte de políticas públicas, como nos grandes movimentos sociais de ativismo político pelos direitos de pessoas infectadas pelo HIV, quando também houve a abertura para a discussão sobre orientação sexual e sexualidade e, em certa medida, provocando a quebra de paradigmas sobre a essência das relações humanas.

A família se transformou e, ainda em processo, veio dar lugar a outras configurações familiares antes não admitidas ou até imaginadas. Estas novas configurações puseram em discussão a antiga identidade feminina de procriadora, cuidadora dos filhos e do lar, dando vistas a novos desafios desta identidade, como um fenômeno construído socialmente de forma recursiva e dialógica, numa tensão entre as necessidades internas e as influências sociais, entre a singularidade e a multiplicidade (MORIN, 2001).

Dimensão biofísica: concepções de corpo e saúde

O conceito de concepção, que denominamos também crença, é caracterizado por certa plasticidade, o que favorece a emergência de diversificadas posições neste entorno. Uma concepção, segundo Oliveira (1999), não se configura apenas como produto, mas como processo de atividade de construção mental do real, cuja elaboração ocorre por meio de informações aprendidas, por meio dos sentidos, de relações interpessoais. Esses construtos vão se acumulando na memória do sujeito, de forma codificada, organizada e categorizada num sistema cognitivo global e coerente.

As concepções de corpo têm variedade no tempo e remontam à filosofia grega clássica. Platão (428-348 a.C.)

considerava o corpo a prisão da alma, mas admirava a sua beleza e, ainda, o reconhecia como **lugar de doenças e paixões**. Na era cristã, o **corpo** era profano e **mortal**, a alma sagrada e eterna. Descartes (1596-1650) estabeleceu a separação corpo/alma para livrar a ciência das amarras da Igreja. No século 18, com a Revolução Industrial, a visão de corpo era de **força motriz da produção**. Nas palavras de Merleau-Ponty: "...porque sou esse animal de percepções e de movimentos que se chama corpo" (1975, p.438).

Em 2008, quando o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, alcança 20 anos, ainda têm-se a necessidade de dimensionar a verdadeira situação das DST. Não se dispõem de dados fidedignos sobre a incidência nem a prevalência desses agravos nas áreas adscritas às unidades básicas de saúde (UBS). A vigilância e a prevenção e promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva estão, assim, desfocadas para planejar e avaliar suas ações. Por isso, optou-se por conhecer as concepções das mulheres usuárias de UBS, acerca desse problema, buscando identificar em suas falas o seu "olhar" sobre saúde e DST e, também, questões do plano individual, do espaço privado e de suas implicações na saúde, com vistas em compreender sua singularidade e a forma de como atuar na redução de sua vulnerabilidade (MANN *et al.*, 1993; AYRES, 1997).

Método

Participaram deste estudo 24 mulheres, cuja escolaridade variou de alfabetizada a nível fundamental, com idade entre 18 e 67 anos, sendo a maior concentração entre 35 a 40 anos. Eram predominante pardas e afrobrasileiras, todas usuárias de serviços básicos de saúde da cidade de São Paulo. Considerando-se o objetivo do estudo, foram escolhidas usuárias que buscavam o serviço para cuidados pessoais de saúde há, no mínimo, seis meses. Os dados foram coletados em sala de reunião nas UBS, durante três sessões de grupo focal. Foram oferecidas e desenvolvidas oficinas sobre o tema: "mulher e saúde".

- Organização do grupo focal:

- O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Todas as participantes foram esclarecidas e concordaram previamente em colaborar com ele e foram informadas da possibilidade de interrupção e desistência durante o grupo focal. Duas desistiram de participar, sendo retiradas no cômputo das participantes.
- Foram realizados três grupos, ao fim dos quais, já se podia perceber a reprodução das idéias dos grupos anteriores. A adequação deste número pode ser confirmada por Morgan (1988);
- Cada reunião de grupo focal tinha a duração de uma hora e meia a duas horas na coleta de dados e,

de mais 45 minutos, em atividade de oficina, totalizando 8 horas de gravação em áudio que foram transcrição de modo literal.

- O número mínimo de participantes no grupo focal foi definido em 6 e o máximo em 12.
- O perfil das usuárias das UBS observadas foi heterogêneo. No Grupo Focal 1 - Região Central -, eram moradoras antigas da região central da cidade, de cortiços e de rua e trabalhadoras das vizinhanças. Quanto aos Grupo Focal 2 e 3 - da região periférica da cidade -, as usuárias eram, na maioria, domésticas, com trabalho informal, companheiras ou esposas de presos, e a minoria tinha trabalho registrado, exercendo suas funções em confecções de roupas, hospitais e pequenos comércios.
- Os grupos foram realizados segundo roteiros de questões abertas: de concepções sobre ser mulher e concepções sobre saúde e DST. Utilizou análise de falas seguindo Bardin (2000) e Silva e Camillo (2007).
- A coordenação foi feita por profissional experiente em condução de grupos, acompanhado por um auxiliar que acionava o gravador sob permissão dos presentes. O material foi gravado em áudio digital *in loco* e transposto para arquivos de computador e foi transcrito na íntegra.

Resultados e discussão

Os grupos focais com as mulheres transcorreram de modo tranquilo e procurou-se adaptá-los aos diversos cenários das UBS.

Encontrar a unidade e o sentido nas falas é criação ideológica. Por isso, pode-se dizer, que o sujeito é um acontecimento simbólico: "Se não sofrer os efeitos do simbólico, ou seja, se ele não se submeter à língua e à história, ele não se constitui, ele não fala, ele não produz sentidos" (ORLANDI, 2005, p.49). Sobre o material, utilizou-se dois recortes: as concepções sobre "ser mulher" e o conhecimento e crenças sobre as DST.

- Concepções sobre "ser mulher":

Iniciou-se a discussão no grupo, direcionando o foco para levá-las a se descobrirem ou se perceberem como mulheres: as respostas foram agrupadas nos seguintes núcleos de sentido: (1) descoberta do corpo; (2) sexualidade; (3) maternidade; (4) indiferença ou submissão. Não se observou qualquer característica especial nos depoimentos das mulheres nos diferentes grupos (Quadro 1).

Espera-se que as falas possam expressar suas vivências e, com isto, elucidar, de maneira complexa, os elementos capazes de levar ao conhecimento sobre a relação das mulheres com o cuidar da saúde. A escuta e a comunicação em grupos, a um só tempo, contribui para refutar o reducionismo referente à naturalização do corpo e do movimento humano, revelando

Quadro 1: Fato ou situação que levou as mulheres a se perceber como mulher. São Paulo, 2007.

Núcleo de sentido	Trechos de falas selecionados
1. Descoberta do corpo	1. "Quando eu vi que era mulher? Quando meus seios começaram a crescer..." 2. "Para mim foi aquele negócio no meio das pernas [lágrimas discretas], minha mãe me bateu... Pois contei para uma vizinha [sobre a primeira menstruação] era uma vergonha!" 3. "Foi na primeira menstruação" 4. "Quando minha mãe falou que eu era menina e me deu um vestidinho cor de rosa"
2. Sexualidade	1. "Quando tive o primeiro orgasmo" 2. "...[o] casamento [mas só] depois de um ano" [referindo-se ao primeiro orgasmo] 3. "Na primeira relação sexual" 4. "Ah!!!!!!!! Foi no primeiro beijo"
3. Maternidade	1. "Eu descobri mesmo foi quando fiquei grávida" 2. "Quando fui mãe pela primeira vez aí senti que era ser mulher..." 3. "Quando a gente passa a ser mãe" 4. "Quando tive minha filha" 5. "Ah! É difícil... Gravidez, dar a luz..."
4. Indiferença ou submissão	1. "Ah! Eu não sei!" 2. "Tudo que vem a mulher aceita de bom e de ruim"

os aspectos culturais e sociais, expondo algo que é comum a todos os seres humanos, ou seja, a linguagem do corpo que está sempre se reorganizando.

Ainda, no grupo focal, explorou-se a discussão sobre "ser mulher" por se considerar esta dimensão importante para atuar na prevenção de DST; uma questão intimamente relacionada à imagem que a mulher tem de si mesma e da sua sexualidade. Ao se perguntar o que é ser mulher, percebeu-se um *frisson*: muitos risos e inquietações não-expressas em palavras, mas em risos nervosos, nas faces vermelhas e nos cochichos. Encontrou-se como núcleos de sentido: (1) afirmação no espaço público, (2) manutenção no espaço privado, (3) sofrimento, (4) 'perplexidade' (Quadro 2).

A concepção de cada usuária do que para ela é "ser mulher" foi discutida em cada um dos sentidos, esclarecendo-os por indagações sobre a descoberta do "ser mulher" pelas mudanças do corpo e da puberdade, pela descoberta do sexo, pelo prazer, ou pelo sofrimento, pela experiência de engravidar e ter filhos, ou por ser capaz de lutar e suportar sofrimentos.

Para as participantes, o espaço público surge como o lugar de lutas e conquistas. Ser mulher, neste espaço, é ser guerreira. Para aquelas cujo foco é o espaço privado, a concepção de mulher que surge é a maternidade e a mulher cuidadora.

Mesmo diante de certa perplexidade do que é 'ser mulher' e da discussão mais aberta sobre sexo, sedução e prazer, as participantes com mais de 35 anos consideraram importante

Quadro 2: Concepções de usuárias das UBS sobre o que é 'ser mulher'. São Paulo, 2007.

Núcleo de sentido	Trechos de falas associados
1. Afirmação no espaço público	1. "É ter seu próprio espaço, trabalhar... conquistar, né!" 2. "Ser mulher?... É tudo!" [giria que significa ser o máximo] 3. "É ser uma lutadora" 4. "Ser mulher... é ser guerreira" 5. "É se amar, ser linda, usar batom... ser sexy!" [risos]
2. Manutenção no espaço privado	1. "Ser mulher é ser mãe!" 2. "É padecer no paraíso..." [bordão ligado ao sofrimento materno] 3. "Ser mulher é cuidar dos filhos" 4. "É ter muita responsabilidade na criação dos filhos" 5. "Ser mãe, esposa e amiga"
3. Sofrimento	1. "O que é ser mulher? Não é bom ser mulher... sofre demais.." 2. "É ser sofredora... é só sofrimento, a gente sofre demais!"
4. Perplexidade	1. [silêncio...pensativa] "É um mistério..." 2. "A mulher é um dom de Deus ... Sem explicação.. Porque só Deus.." [saberia explicar]

tratar desses assuntos pela na troca de idéias no grupo e isto gerou manifestações positivas na saída do recinto.

De forma muito apropriada, verifica-se:

"A mulher passa a viver para o amor: amor a seus filhos, a seu esposo, a sua casa. Para tanto, ela deveria se manter pura, distante dos problemas e das tentações do mundo exterior - o mundo do trabalho -, que deveria ficar sob o encargo do homem." (ROCHA-COUTINHO, 1994, p.29).

A seguir, discutiu-se sobre a concepção de corpo. Vide as concepções no Quadro 3.

No início da discussão sobre o corpo houve muitos risos, não se sentiam à vontade para opinar; havia surpresa, vergonha e constrangimentos para falar de si, expressos em risos nervosos, na troca de olhares e hesitações em se manifestarem. Refletir sobre o corpo era algo desconhecido e perturbador, que despertava medos e vergonhas advindos de uma cultura que exerce seu poder sobre o corpo, escondendo-o, reprimindo-o, fazendo-o perceber-se como fonte de pecados e, simultaneamente, exaltando-o em sua beleza e no erotismo de corpos perfeitos que se tornaram modelos corporais a ser seguidos.

Ao discutirem entre si, realizaram movimento recursivo de influir e serem influenciadas pelas opiniões expressas no grupo. Também, para elas, o corpo tem diferentes concepções e,

Quadro 3: Concepções de usuárias das UBS sobre o seu corpo. São Paulo, 2007.

Núcleo de sentido	Trechos de falas associados
1. Corpo e auto-imagem negativa	1. "Hoje está mais ou menos assim, cintura está na cabeça, o peito sobre barriga..." [risos] 2. "Meu corpo? Uma tragédia depois do meu filho..."
2. Corpo e auto-estima	1. "O meu corpo é importante e não tem que ver com o marido" 2. "Saber pensarSaber se respeitar" 3. "Vejo o corpo no jeito de gostar de si mesma..." 4. "O meu corpo é para se valorizar..." 5. "Gostar de si mesma" 6. "O corpo é pra gostar da gente... É tudo, na vida da gente é a nossa casa..." 7. "Todas temos um corpo atraente, basta cuidar, fazer ginástica..." 8. "Para uns [é] instrumento de admiração e prazer..."
3. Corpo como objeto de cuidado	1. "Usar camisinha para se proteger... para proteger o corpo" 2. "A mulher tem um corpo para se cuidar a mulher tem que se cuidar..." 3. "Malhar e se cuidar..." 4. "É se cuidar...só isso"
4. Incapacidade de opinar	1. [silêncio] "Ah! Eu não sei te falar"

por pertencerem a camadas sociais com menor acesso à informação e escassos recursos econômicos, expressam, em síntese: o corpo como objeto de auto-cuidado, sujeito a transformações com o tempo e com a maternidade e que, no caso delas, leva à auto-depreciação, ao se compararem aos estereótipos de beleza. Estes aspectos merecem enfoque particular, pois os padrões de valor e beleza da mulher vigentes na sociedade de consumo influem em sua subjetividade e intersubjetividade.

Refletir sobre o corpo, nos dias de hoje, é estar diante de múltiplas possibilidades de interpretações, dada à polissemia de concepções criadas e vividas socioculturalmente. Constatou-se, na experiência desses grupos, aspectos também destacados por Silva *et al* (2003) ao afirmar que a realidade do corpo é complexa, admitindo-se a necessidade de se considerar os múltiplos antagonismos da existência para entendê-la. Tem mais facilidade de compreender o outro quem consegue conhecer a si mesmo, como seria ideal no exercício profissional na saúde, mas os profissionais, com formação centrada na biologia, em detrimento dos aspectos subjetivos do corpo, mantêm o predomínio de ações de cuidado quase que exclusivamente de caráter técnico, com intenção apenas da cura física.

Partindo do princípio de que o corpo serve de referência para a compreensão da existência material do ser humano, o conceito de saúde/doença tem sido objeto de interesse ao longo da história, pois saúde/vida como também doença/morte estão sob relação dialógica com o corpo e mantêm movimentos de recursividade no decorrer de uma existência. A concepção de saúde dependerá da que se tenha do organismo e de sua relação com o meio ambiente, que mudará em cada cultura e de uma época para outra.

O foco nas DST, um problema de Saúde Pública relacionado com a intimidade das pessoas, com sua identidade e práticas sexuais, trouxe como resultado o seguinte: a maioria das respostas foi negativa para dizer com algum detalhe o que é doença sexualmente transmissível: das 24 mulheres participantes da pesquisa, 14 opinaram, e a verruga (HPV) foi reconhecida de pronto como DST para 4 delas quando uma se manifestou; outras 4 afirmaram não saber do que se tratava, uma nomeou vários tipos de DST e outra, ainda, disse não ter DST, mas apenas doença inflamatória pélvica (DIP) (Quadro 4).

Sobre as DST, as usuárias fizeram referência à preocupação com uso de preservativo (condom) em apenas 3 depoimentos (12,5 %). Uma vez que não houve intenção na pesquisa de se quantificar qualquer aspecto, mas sim sua diversidade, é relevante considerar o fato de que no conjunto de 24 mulheres, 5 não souberam explicar o que é uma DST e, demonstrando a necessidade de se inovar os recursos de comunicação e as linguagens utilizados em ações de Promoção de Saúde.

Para a mulher admitir-se sob risco de contrair uma DST, há necessidade de superar barreiras ligadas a um conjunto de referências da história singular de cada uma e, a um só tempo, geral. O vínculo entre o profissional de saúde e a usuária, a capacidade dele para compreender as dimensões psicossociais que influem nos riscos de contrair uma DST em cada usuária e as concepções de cada uma, que interferem no cuidado em saúde, podem contribuir para superar essas barreiras.

Outro modo de ver as falas das mulheres no grupo e sua importância para conhecer as usuárias é o assinalado por Morin: significa que quando falo a um tempo, em que afirmo "eu", coloca-se "nós", comunidade cálida da qual somos

parte; contudo, não há somente o "nós", no "eu falo", também, está o "se fala", fala-se de algo que é a coletividade: em cada "eu" humano há algo do "nós" e do "se", portanto, o "eu" não é puro nem único (MORIN, 1996, p.54).

O grupo focal mostrou o "eu" impregnado do "nós" e, seu valor como técnica e, até, como método favorece a interação dialógica de diferentes concepções sobre Saúde Sexual e Reprodutiva. Por meio do grupo focal deu-se um salto para se captar, na "complexidade das falas", as concepções que as mulheres têm sobre si mesmas, seus corpos, e quais idéias fazem sobre DST.

Considerações Finais

Existem mulheres que ainda ignoram ou sabem bem pouco sobre as DST e não compreendem o porquê do preservativo entre os cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva; para elas não existe este risco por serem casadas, ou ainda, por seus maridos serem idosos. Esta concepção, entretanto, não as isentam de risco nem a seus conceitos. Uma série de fatores sociais, econômicos, médicos e educacionais vêm sendo deixados de lado pelos gestores e por prestadores de cuidado em saúde e não são tomados em conta pelos indivíduos e pelos casais, o que tem sido responsável pela persistência e, até, crescimento de algumas DST.

Em síntese, as concepções das mulheres sobre as categorias corpo e atenção às DST, expressas nas atividades de grupo focal desta pesquisa, referem-se a idéias que incluem crenças, significados, conceitos, proposições, imagens mentais e preferências, entre outras. Sobre as DST em si, ainda persistem muitas dúvidas sobre quando realmente a mulher deve suspeitar de uma DST, pois o corrimento vaginal é comum e embora cause sofrimento, as mulheres hesitam em admitir que possa ser uma DST, e há equívocos sobre a origem da doença inflamatória pélvica, considerada em geral não relacionada a uma DST. Constatou-se que entre as usuárias do estudo, existem diferentes graus de conhecimento quanto às DST e assuntos relacionados. Mesmo residindo na comunidade do serviço de saúde, a informação não é de fácil acesso ou a mulher não tem interesse, ou não é estimulada para captar as mensagens da forma como estas lhes são apresentadas.

Quadro 4: Conhecimentos das usuárias a respeito de DST nas UBS do estudo, São Paulo-SP, 2008.

Grupo Focal 1	Grupo Focal 2	Grupo Focal 3
"Nada, doenças transmitidas sexualmente"	"Doença sexualmente transmissível?"	"A aids"
"Gonorréia. Sífilis, herpes, e têm outras..."	"Doença da relação sexual"	"É a parte de usar camisinha"
"Pega na hora do risco..." [da transa sem preservativo]	"Da relação oral..."	"É usar camisinha para prevenir as DST"
"É verruga?"	"Não é da relação anal...?"	"DST? Eu não sei"
"Não sei"		"Eu também não sei!"

Nos grupos, as usuárias se referiram à aids como um problema evitável com o uso de preservativo, mas isso não se estende às outras DST. Assim, resta um desafio aos serviços: como tratar essa dissociação.

Referências Bibliográficas

- AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA Jr., I., CALAZANS, G.J. AIDS, Vulnerabilidade e Prevenção. II Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - ABIA, 1997. p.20-37.
- BASTOS, F.I.; SZWARCOWALD, C.L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 16 (supl.1): S65-S76, 2000. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2213.pdf]. Acessado em Novembro de 2008.
- BASTOS DE PAULA, S.H. Avaliação de serviços básicos de saúde para a mulher: doenças sexualmente transmissíveis e o cuidado sob a perspectiva da complexidade. Tese [Doutorado]. Programa de Pós-graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2007.
- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2000.
- CIPD. Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento. Cairo: Relatório final. Brasília: CIPD, FUNUAP, 2003.
- MANN, J.; TARANTOLA, D.J.N.; NETTER, T.W. A aids no mundo. In Parker, R., GALVÃO, J.; PEDROSA, J.S. (Organizadores da edição brasileira). Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1993.
- MCCOOL, W.; DURAIN, D. Diagnósticos ginecológicos frequentes. In: VARNEY, H.; KRIEBS, J.M.; GEGOR, C.L. Parteria Profesional de Varney. 4 edición. México, D.F.: Organización Panamericana de la Salud /McGraw-Hill Interamericana; 2006. p.401-463. Tradução Félix García Roig *et al.*
- MERLEAU-PONTY, M. Resumos de Cursos Psicossociologia e Filosofia. Campinas: Papirus, 1990. Tradução de Constança Cesar.
- MORGAN, D. Focus groups as qualitative research. London: Sage, 1988.
- MORIN, E. O método 5: a humanidade da humanidade - identidade humana. Porto Alegre: Sulina, 2005. Tradução de Juremir Machado da Silva.
- MORIN, E. A noção de sujeito. Em: Schnitman D F (org.). Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.45-56. Tradução de Jussara H. Rodrigues. Consultoria e supervisão de Marilene Marodin.
- MORIN, E., NAOUM, I.(colaboração). Cultura de Massas no Século XX: necrose. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. 3ª. Edição. Tradução de Agenor Soares Santos.
- MORIN E. Ciência com consciência. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil 200. 5ª.Edição revista e modificada pelo autor. Tradução de Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória.
- OLIVEIRA, S.M.L.G. As concepções de aprendizagem no contexto educativo: um estudo diagnóstico em alunos de um curso de magistério no nível médio. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 1999.
- OSIS, M.J.M.D.. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 1998, v. 14, supl. 1, p. S25-S32.
- ORLANDI, E. P. Análise do Discurso: princípios e procedimentos. ed. 6°. São Paulo: Pontes, 2005.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Análise. Ce-info da Secretaria Municipal da Saúde/SMS, São Paulo. 2007. Disponível em: [http://

www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saúde]. Acessado em Novembro de 2008.

ROCHA-COUTINHO, M.L. Tecendo por trás dos panos. A mulher brasileira nas relações familiares. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

SILVA, A.L. CAMILLO, S.O. A educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem v. 41, n. 3, 2007. p. 403-410. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/09.pdf]. Acessado em Novembro de 2008.

SILVA AL, CIAMPONE MHT. Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem: um caminhar para o cuidado complexo. Rev esc enferm. USP. 2003; 37(4):13-23.20. Disponível em: http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/.

