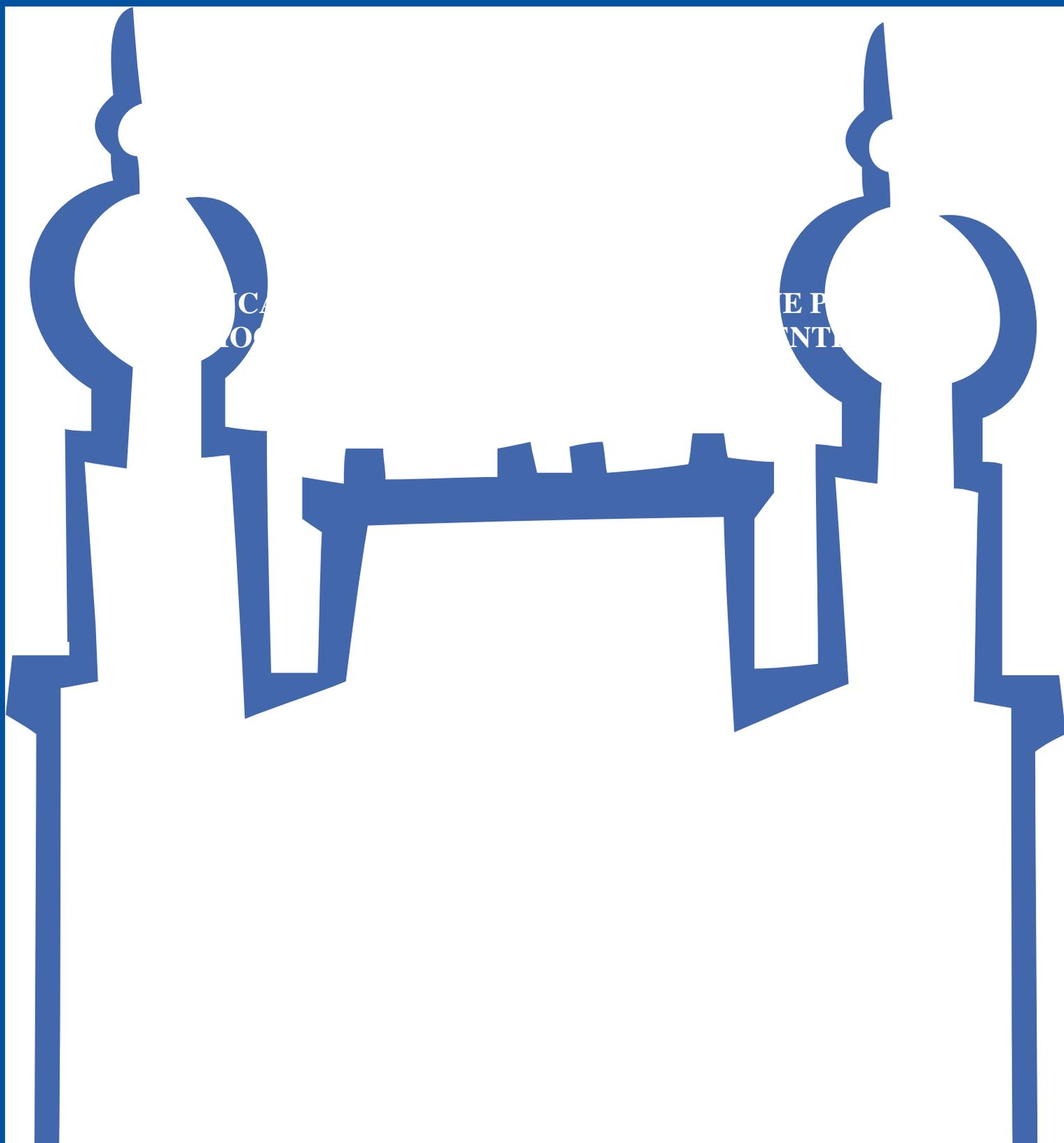


FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES - CPqAM
ESPECIALISTA EM GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE



CA
LO

EP
NTL

MARIA LÚCIA ANDRADE DA SILVEIRA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE COM ENFOQUE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E
CONDUTAS PREVENTIVAS EM ADOLESCENTES E JOVENS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Orientadoras: Ms. Maria Goretti de Godoy Sousa
Especialista Martha Andrade da Mota Silveira

RECIFE/PE
2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S587e Silveira, Maria Lúcia Andrade da.
Educação permanente com enfoque para a promoção da saúde e condutas preventivas em adolescentes e jovens / Maria Lúcia Andrade da Silveira. - Recife: [s.n.], 2011.
53 p.

Monografia (Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

Orientadoras: Maria Goretti de Godoy Sousa, Martha Andrade da Mota Silveira.

1. Educação em Saúde. 2. Acolhimento. 3. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - prevenção e controle. 4. Doenças Sexualmente Transmissíveis - prevenção e controle. I. Souza, Maria Goretti de Godoy. II. Silveira, Martha Andrade da Mota. III. Título.

MARIA LÚCIA ANDRADE DA SILVEIRA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE COM ENFOQUE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E
CONDUTAS PREVENTIVAS EM ADOLESCENTES E JOVENS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Aprovado em: ___ / ___ / ___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Maria Goretti de Godoy Sousa
SES/PE

Dra. Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos
CPqAM/FIOCRUZ

Dedico a meus pais Miguel e Doni (in memoriam), com quem compartilho mais essa vitória.

A meus filhos Leonardo e Mariana, que sempre me incentivaram e acreditaram no meu potencial.

Aos meus netos queridos Ian e Benício, que trazem renovação, inspiração e alegria à família.

AGRADECIMENTOS

A François Figueiroa, por me favorecer e facilitar a participação neste curso;

Ao CPqAM, a coordenação do curso e aos professores, com quem compartilho este trabalho;
A minha amiga e irmã Martha pelo incentivo encorajador e a dedicação do seu precioso tempo;

Aos colegas da Especialização pela convivência, incentivo e cumplicidade.

“O conhecimento é importante porque favorece nossa autonomia, que é o intermediário psicológico para a felicidade. Se um navegante conhece a proximidade de um temporal, pode mudar de rumo, desviar-se dele, refugiar-se no porto. A ignorância ameaça nossa autonomia porque nos põe em perigo. O erro não é liberdade, é vulnerabilidade”. (JOSÉ ANTÔNIO MARIA) 2008-P 06

Silveira, Maria Lúcia Andrade da. Educação Permanente com Enfoque para a Promoção da Saúde e Condutas Preventivas em Adolescentes e Jovens. 2011. Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

JOVENS

A maior incidência das doenças sexualmente transmissíveis tem preocupado sobremaneira os órgãos públicos, educadores e pais quando se percebe que a juvenização destas afecções tem sido uma realidade. O grande interesse pelo estudo desta temática surgiu como profissional educadora da prevenção das diversas doenças adquiridas através do sexo, ou seja, as DST/AIDS. O objetivo então deste trabalho monográfico é melhor compreender estas doenças para propor alternativas de enfrentamento, e principalmente para prevenir este mal. Procura-se pontuar os diversos tipos de vulnerabilidade a que o jovem e adolescente está sujeito, entre estas, a individual, a programática e social. Aborda-se a Educação Continuada na temática como prática constante na escola, abrangendo as famílias e a comunidade na promoção e práticas de prevenção da saúde. A Educação Permanente, por sua vez, tem sua importância na reflexão de conceitos básicos em saúde. A prática da Educação Permanente no trabalho levou a definição e caracterização de um processo educativo que é mais do que corretivo, é preventivo, onde todos são protagonistas e sujeitos do processo de cura e prevenção. Identifica-se que a contribuição dos profissionais de saúde neste caminho leva a aprendizagem significativa, o que inclui não somente o domínio técnico do conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis, bem como uma atitude de acolhimento, orientação e aconselhamento de adolescentes e jovens e suas famílias. O acolhimento dos adolescentes e jovens nos serviços de saúde deve ser cordial e compreensivo, para que se sintam valorizados, respeitados, e à vontade, buscando assim garantir seu retorno à unidade, sua permanência e adesão ao serviço, que deve ser permanentemente acessível e humanizado, como objetiva a Educação Permanente.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Permanente. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Educação e Saúde.

Silveira, Maria Lúcia Andrade da. Approach to Continuing Education for Health Promotion and Preventive Pipelines in Adolescents and Young. In 2011. Monograph (Specialization in Labor Management and Health Education) - Research Center Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

ABSTRACT

The highest incidence of sexually transmitted diseases has greatly concerned government agencies, educators and parents when one realizes that the juvenização these conditions has been a reality. The great interest in studying this issue arose as a professional educator prevention of various diseases acquired through sex, or STD / AIDS. The purpose of this monograph is then better understand these diseases to propose alternatives to face, and especially to prevent this evil. It seeks to point out the different types of vulnerability that the young teenager is subject, among these, the individual, programmatic and social. Addresses the issue as Continuing Education in the constant practice in school, including families and the community in the promotion and preventive health practices. The Continuing Education, in turn, is important in thinking about basic concepts in health. The practice of Continuing Education at work led to the definition and characterization of an educational process that is more than remedial, preventive is, where are all actors and subjects of the process of healing and prevention. We find that the contribution of health professionals in this way leads to meaningful learning, which includes not only the technical knowledge of sexually transmitted diseases, as well as a welcoming attitude, guidance and counseling for adolescents and youth and their families. The host of adolescents and youth health services should be cordial and understanding, to feel valued, respected, and will, thus seeking to ensure their return to the unit, its permanence and membership of the service, which should be permanently accessible and humanized, and aims at continuing education.

KEYWORDS: Continuing Education. Sexually Transmitted Diseases. Education and

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 2. DESAFIO EM SAÚDE PÚBLICA: A juvenização da epidemia das DST/HIV/AIDS..... | 14 |
| 2.1. Compreensão da evolução das infecções transmitidas por via sexual em adolescentes e jovens..... | 14 |
| 2.1.1 Fatores Relacionados à Vulnerabilidade Individual..... | 16 |
| 2.1.2 Fatores Relacionados à Vulnerabilidade Programática..... | 17 |
| 2.1.3 Fatores Relacionados à Vulnerabilidade Social..... | 18 |
| 2.2. Doenças Sexualmente Transmissíveis..... | 19 |
| 2.3. Despreparo de famílias, escolas, comunidade, profissionais de saúde e gestores para os processos de mudança ocorridos com adolescentes e jovens..... | 20 |
| 3. COMPREENDENDO A EDUCAÇÃO PERMANENTE E SUA IMPORTÂNCIA NA REFLEXÃO DE CONCEITOS BÁSICOS EM EDUCAÇÃO E SAÚDE..... | 22 |
| 4. A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO GARANTIA DAS AÇÕES POLÍTICO-PEDAGÓGICAS DE PREVENÇÃO E CUIDADO ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS..... | 27 |
| 4.1. A importância da Educação Permanente na Prevenção..... | 27 |
| 4.2. Os adolescentes e jovens nos serviços de saúde..... | 31 |
| 4.3. Política Nacional de Humanização..... | 35 |
| 4.4. A Educação Permanente em resposta ao DST/HIV/Aids..... | 36 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 37 |
| REFERÊNCIAS..... | 40 |
| ANEXOS..... | 43 |

1 INTRODUÇÃO

A sexualidade é algo inerente ao ser humano, desde a sua concepção até sua morte, portanto, torna-se uma temática necessária à formação do cidadão(ã). Percebe-se assim que a sexualidade faz parte da vida das pessoas, interferindo como ressalta Brito Pinto (2007, p.12) nas dimensões físicas e psicológicas do sujeito. Este autor propõe ainda que se reflita em “(...) como podemos nos aproveitar do fato de sermos seres sexualizados para sermos pessoas melhores”.

Numa compreensão histórica percorreram-se longos anos onde a temática da sexualidade não era contemplada fora do contexto psicanalítico, que tiveram início com as descobertas do Médico Dr. Freud. No que se refere, por exemplo, as descobertas das diferenças físicas entre homem e mulher. Pinto Brito (2007, p.38) traz que: “Individualmente, segundo, Freud, é somente lá pelo segundo ou terceiro ano de vida que começamos a descobrir essa diferença. Mas é na adolescência que conquistamos a capacidade plena de raciocínio abstrato (...)”.

Com as pesquisas de teóricos da psicanálise e a ampliação, gradativamente dos estudos da sexualidade para o campo psicológico e educacional iniciou-se uma concepção mais ampla do que é sexualidade não se restringindo ao ato sexual em si. Brito Pinto (2007, p. 16) vem chamar a atenção da importância de se refletir que: "A sexualidade humana forma parte integral da personalidade de cada um. É uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado de outros aspectos da vida (...)”.

O advento da pílula e o surgimento do preservativo sexual masculino entre outras formas de prevenção da infecção às doenças sexualmente transmissíveis, antes denominadas de ‘doenças venéreas’, fez aumentar a busca precoce do jovem pelo ato sexual. Ausente como temática tratada na educação formativa do jovem e muitas vezes não contando com orientações familiares, aumentou a incidência de gravidez na adolescência, interferindo inclusive na evasão escolar, trazendo consequências negativas para si e sua família.

O enfrentamento das DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana)/ e AIDS passa então a se constituir um grande desafio para a saúde pública, reconhecida desde 2001 pela Organização das Nações Unidas como uma crise global. A formação continuada de profissionais de educação e saúde em relação à sexualidade faz-se necessária, pois o sistema de ensino abriga um relevante percentual de adolescentes e jovens na faixa etária de 10 a 24 anos. E é nesta idade onde se vivencia a sexualidade com mais intensidade.

Sabe-se que a educação em saúde é fator primordial para uma mudança de atitude, sendo a escola espaço apropriado não só para a transmissão de conhecimentos culturalmente elaborados, mas também pela construção de princípios e valores eficazes para se trabalhar a educação sexual.

O grande interesse pelo estudo desta temática surgiu pela oportunidade da autora desta monografia de atuar como técnica em Educação em Saúde e facilitadora para a promoção do diálogo e o compartilhamento de experiência a que teve acesso através de vivência prática, relatos, filmes, artigos, revistas científicas e publicações.

Optou-se como objetivo geral deste estudo monográfico, analisar como tem ocorrido a Educação Permanente para a incorporação da cultura de prevenção pela atuação profissional cotidiana dos profissionais de educação e saúde.

Para se encontrar respostas para a questão colocada no objetivo geral buscou-se realizar uma abordagem evolutiva das infecções transmitidas por via sexual; pontuar que a incidência das doenças sexualmente transmissíveis vem se acentuando entre adolescentes e jovens em idade escolar; evidenciar o despreparo de alguns familiares, educadores, gestores e profissionais de saúde na educação sexual; compreender a Educação Permanente como caminho de reflexão de conceitos básicos para a promoção e a garantia de acesso aos serviços de saúde de qualidade; identificar e propor a cultura de trabalho coletivo entre profissionais de educação, saúde e alunos, proporcionando uma melhor compreensão das questões relacionadas à formação de adolescentes e jovens na prevenção de doenças.

A escolha da metodologia de estudo de um trabalho monográfico é fundamental para que se possa encontrar respostas para o objetivo geral posto. É pertinente aqui se retomar o pensamento de Minayo (1994, p. 16) quando comenta que: “Entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas”.

Neste trabalho monográfico a metodologia foi pautada em uma pesquisa de cunho bibliográfico através de fontes diversificadas como livros, revistas científicas, artigos virtuais, monografias e dissertações de mestrado.

Nas primeiras incursões teóricas foi possível encontrar pesquisadores preocupados com esta temática, entre eles Brito Pinto (2007); Santos; Natal (2007); Ayres (2004). A experiência brasileira mostra que existem vários caminhos para se desenvolver ações de prevenção, passando por oficinas, dramatizações, vivências e brincadeiras. Mostra também

que, mais importante é a postura dos profissionais que conduzem as ações de modo a facilitar que adolescentes e jovens se apropriem dos conteúdos e de práticas sexuais mais seguras.

A importância desse tema deve-se a percepção de que um expressivo número de adolescentes e jovens vem vivenciando precocemente suas primeiras experiências sexuais, muitas das vezes sem informações confiáveis, oriundos de famílias com condições sócio-econômicas menos favorecidas, e sem o uso do preservativo como principal insumo de prevenção.

Para promover a saúde e diminuir a incidência das DST e do HIV na população adolescente e jovem, é necessário conhecer, também, os diferentes contextos de vulnerabilidade e avaliar objetivamente as várias chances que cada adolescente ou jovem tem de se proteger ou de se infectar por essas doenças. Esperou-se com este estudo monográfico fazer um alerta para a juvenização da epidemia da Aids, bem como da promoção da saúde e prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e para a necessidade da Educação Permanente nos serviços de saúde, orientando e conscientizando para o crescimento desta problemática entre adolescentes e jovens.

Esta monografia compreende um sumário com a linha de estudo adotada. Inclui ainda um marco teórico dividido em três capítulos e as considerações finais com a análise das respostas encontradas para o objetivo geral posto. Finalmente contempla as referências com a relação das fontes que subsidiaram esta monografia.

2 DESAFIO EM SAÚDE PÚBLICA: A juvenização da epidemia das DST/HIV/AIDS

“O Adolescente é um Deus com frágeis pés”. (IÇAMI TIBA, 2005 p 38)

2.1 Compreensão da evolução das infecções transmitidas por via sexual em adolescentes e jovens.

Falar de juvenização da epidemia de HIV/Aids, pressupõe compreender o que se caracteriza como adolescência. “O documento Marco Legal: saúde um direito de adolescentes define adolescência como a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2010, p. 13). Dentro de uma concepção biológica a adolescência também é atribuída à faixa etária. Há aproximadamente 30 anos atrás a adolescência se iniciava aos 13 anos e terminava aos 18 anos. Hoje alguns autores já aceitam considerar o período de 11 a 20 anos.

É importante considerar a variabilidade psicológica e física de um adolescente para outro. Esse processo de adolecer pressupõe o amadurecimento tanto corporal e sexual quanto psicológico, social e profissional.

A legislação brasileira considera criança as pessoas de 0 a 11 anos de idade e adolescentes as que têm entre 12 e 18 anos. Já a Organização Mundial da saúde (OMS), que antes considerava como período da adolescência a faixa etária entre 10 e 19 anos, mais recentemente concebe como jovens as pessoas na ampla faixa de 10 a 24 anos. (op.cit, p. 13).

O processo de adolecer inclui a vivência dos jovens em um contexto social mais amplo, que se inicia na família e envolvem escola, comunidade, e serviços de saúde. Compreende-se assim que não é unicamente o jovem que influencia este processo e sim seu envolvimento com o mundo. “O processo de adolecer envolve, além do adolescente, toda a sociedade, lar, família, grupos, escola, lazer, leis, serviços de saúde, planejamento urbano e todos os cenários necessários para a existência adolescente”. (HEIDEMANN, 2006, p. 18).

As primeiras alterações no corpo e no comportamento que ocorrem no jovem hoje, por volta dos 11 anos marcam o início da fase chamada puberdade. Entre estas transformações estão o aparecimento de pelos na região genital e nas axilas, a produção de esperma, espinhas no rosto, e alterações na voz; nas meninas o desenvolvimento dos órgãos genitais e das mamas, o início da menstruação além de intensas transformações psicológicas e existenciais

que caracterizam uma etapa de muitos questionamentos e conflitos. Melhor esclarecendo esta etapa da puberdade a Organização Mundial da Saúde - OMS (2002) pontua que:

(...) em muitas culturas a puberdade representa um momento de mudanças sociais, bem como físicas, tanto para meninos como para meninas. Para os meninos, a puberdade pode ser a porta para mais liberdade, mobilidade e oportunidades sociais. Isso também pode ocorrer com as meninas, mas, outras vezes a puberdade pode ser, para elas, o fim da escolaridade e da mobilidade e o início da vida adulta, sendo o casamento e a maternidade possibilidades esperadas no futuro próprio. (UNESCO – SETOR EDUCACIONAL, 2009, p. 5).

Falar sobre adolescência e juventude nesta sociedade, para muitos, ainda é associar esta população à situações de risco, crise, desordem, irresponsabilidade. Nessa concepção os adolescentes e jovens são tidos como pessoas problemáticas sempre se arriscando a uma gravidez não planejada, ao uso e abuso de álcool e outras drogas, a situações de violência e à infecção por uma DST ou por HIV. Ayres, (2002) citado pelo Ministério da Saúde em cartilha do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, (2010, p. 16) ressalta que:

A partir dos anos 90, adota-se a noção de vulnerabilidade substituindo a noção de 'risco' muitas vezes associada a determinados grupos já estigmatizados, como os gays e as(os) profissionais do sexo. No que diz respeito ao HIV e à AIDS, a vulnerabilidade é entendida como o conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição ao HIV ou adoecimento pelo mesmo e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger de ambos.

O advento da AIDS no início da década de 80 do século XX fez aflorar de modo gradativo a quebra do silêncio que imperava nas questões relativas à sexualidade, o que se constituía num tabu na nossa sociedade, onde só aos adultos era concedido o direito de expressar a sua fala, e mesmo assim, permeada de preconceitos e meias verdades.

Hoje a iniciação dos adolescentes e jovens tanto no campo da sexualidade, como da experimentação de determinadas drogas, representa um sério perigo à saúde dos adolescentes e jovens. Portanto, faz-se necessário orientá-los e informá-los para que evitem colocar suas vidas em risco.

O controle e a eliminação da infecção pelas DST/HIV na população de adolescentes e jovens parecem depender de uma complexa rede de vulnerabilidades nos planos individual, social e programática, específica para cada localidade, estado e região. Trazendo o conceito de vulnerabilidade desenvolvido por Mann e Tarantola, e posteriormente modificado, no Brasil, por Ayres e colaboradores “a vulnerabilidade está conformada pelas três dimensões interdependentes: individual, social e programática”. (2004, p. 66).

Para Ayres, (2004, p.82) o significado do termo vulnerabilidade relaciona-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, colocando o indivíduo em sua dupla face, o indivíduo e sua relação com o coletivo. No marco conceitual proposto por Ayres, (2003, p. 113-28)

Procura-se analisar o indivíduo e seu meio, e a vulnerabilidade individual refere-se ao grau e à qualidade de informação que os indivíduos dispõem sobre problemas de saúde, sua elaboração e a aplicação na prática. A vulnerabilidade social avalia a obtenção de informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições. A vulnerabilidade programática consiste na avaliação dos programas, para responder ao controle de enfermidades, além do grau e qualidade e de compromisso das instituições, dos recursos, da gestão e do monitoramento dos programas de saúde.

Netter (1993, p.276-300) considera que “a vulnerabilidade está relacionada intrinsecamente, à capacidade de luta e recuperação do indivíduo, seu nível sócio-econômico, ocupação e acesso à informação, os quais, por sua vez, potencializam ou diminuem a vulnerabilidade”. Considerou-se, na construção do modelo teórico deste estudo, que a conjunção dessas três dimensões – individual, programática e social – definiriam o grau de vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade, à infecção pelas DST/HIV/Aids. Incluíram-se na construção do modelo teórico, os seguintes fatores de vulnerabilidade:

2.1.1. Fatores Relacionados à Vulnerabilidade Individual.

Inclui-se dentre os fatores individuais, o baixo nível sócio-econômico que limita o acesso aos serviços; o baixo nível de escolaridade da população que precisa destes serviços e que contribui, sobremaneira, para uma menor compreensão dos fatores de risco para as infecções pelas DST/HIV/Aids; Segundo Ayres (2005 p.48) “depende, portanto, do grau e da qualidade da informação sobre o problema de que os indivíduos dispõem, da sua capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano e, também, das possibilidades efetivas de transformar suas práticas”. A influência dos meios de comunicação na divulgação de mensagens que sugerem a sexualidade precoce; prática desprotegida de sexo, início precoce da atividade sexual, gravidez na adolescência, baixo reconhecimento da suscetibilidade às infecções, as práticas religiosas e as barreiras culturais, que por sua vez, determinam certos comportamentos de risco e sua continuação, uso e abuso de drogas ilícitas, multiplicidade de parceiros, subutilização dos serviços de saúde, baixa percepção de risco relativa às DST/HIV.

São amplamente descritos na literatura, a associação entre gravidez na adolescência e maior risco para as DST, sífilis materna e início tardio do pré-natal, fechando o círculo de vulnerabilidades e reforçando a gravidez na adolescência como um marcador importante de maior suscetibilidade à infecção pelas DST/HIV. A gravidez na adolescência requer uma análise mais ampla do que a individual e programática.

Como se refere a publicação *Projetos Estratégicos com Populações Vulneráveis*, do Programa Estadual DST/Aids-São Paulo (2005), “a vulnerabilidade estaria relacionada a um conjunto de fatores favorecidos por mudanças importantes no comportamento sexual e social da população jovem, dentre eles, baixa escolaridade, deficiente vínculo com os pais, antecipação da menarca, menor controle das famílias sobre os adolescentes e exploração da sexualidade pela mídia”.

Este fato concorre para reduzir a perspectiva de inserção dos jovens no mercado de trabalho e no acesso a bens e serviços, reforçando a vulnerabilidade social das famílias, por onerá-las com a manutenção dos filhos desses adolescentes, além de condená-los a se tornarem chefes de família precoces, num círculo vicioso de pobreza.

2.1.2. Fatores Relacionados à Vulnerabilidade Programática.

Compreendem fatores relacionados com a prestação e disponibilidade dos serviços de saúde e dos profissionais que nele atuam, a saber: acesso a testagem e diagnóstico, disponibilidade, localização e acesso à rede e a forma de prestação do serviço, a não disponibilização de preservativos pela faixa etária dos adolescentes e jovens, sem a autorização dos pais ou responsáveis, o baixo cumprimento das normas de prevenção e controle pelos profissionais de saúde; poucos investimentos em programas de prevenção às DST/HIV e insuficientes ações de planejamento familiar e prevenção de gravidez na adolescência. Segundo orientações do Guia para Formação de Profissionais da saúde e da educação, (MS- Manual Programa Saúde e Prevenção na Escola – Brasília, 2006 p. 48) “quanto maiores forem o compromisso, a integração e o monitoramento dos programas de prevenção e atenção à saúde, maiores serão as chances de canalizar os recursos, de otimizar seu uso e de fortalecer as instituições e a sociedade frente à epidemia”.

2.1.3. Fatores Relacionados à Vulnerabilidade Social.

Os aspectos sociais incluem baixo acesso aos meios de comunicação, baixa escolaridade, e serviços de saúde, que por sua vez levam a um conjunto de vulnerabilidades que operam em cadeia de obstáculos. Fatores sócio-econômicos são consideráveis obstáculos para a prevenção e eliminação das DST/HIV/Aids e contribuem para a baixa capacidade de luta e recuperação do indivíduo, tornando-o pouco hábil a participar de decisões políticas, promovem limitação de recursos cognitivos, materiais e insumos (preservativo) para a adoção de comportamentos de proteção e prevenção frente a problemas de saúde.

De acordo com os estudos de Meyer (2004, p. 38-42) “no final dos anos 70 do século XX a sexualidade passa a ser falada nas escolas, mas ainda de forma bem superficial e velada. Enquanto nas famílias permanecia o assunto como um tabu”. As poucas informações a que os adolescentes e jovens tinham acesso, vinha de fontes pouco confiáveis, ou de publicações dirigidas ao público adulto ou da mídia televisiva.

Do século próximo passado, alguns estudos sobre AIDS no Brasil, têm incorporado dimensões sociais, políticas, econômicas e culturais, não mais se restringindo a enfoques centrados na informação e na responsabilização individual das pessoas.

A vulnerabilidade, segundo Ayres, (2004) “não se pode considerar como uma essência ou algo inerente apenas a algumas pessoas ou grupos, mas está relacionada a determinadas circunstâncias e condições sociais, que podem ser revertidas e minimizadas nos planos sociais, institucionais e individuais”.

Para promover a saúde e diminuir a incidência das DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis e do HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana na população adolescente e jovem, torna-se necessário identificar e conhecer os diferentes contextos de vulnerabilidade vistos anteriormente, e avaliar de forma objetiva as diversas possibilidades que cada adolescente ou jovem tem, de se proteger ou de se infectar por essas doenças:

2.2. Doenças Sexualmente Transmissíveis

As doenças sexualmente transmissíveis são infecções causadas por vários tipos de microorganismos transmitidos sexualmente. Essas infecções podem não apresentar sintomas mas as pessoas infectadas, às vezes, sentem ardência e dor ao urinar, bem como podem apresentar secreções, bolhas, verrugas e sensação de incômodo no ato sexual. Dentre as mais comuns destaca-se: a Sífilis, “(...) é uma doença causada pela bactéria *Treponema Pallidum*,

capaz de contaminar qualquer órgão ou tecido do corpo”. (RIBEIRO, citado por MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 43); a Herpes Genital que “(...) é uma infecção causada por um vírus. Manifesta-se de início, por bolhas muito pequenas localizadas, principalmente, nos genitais”. (op.cit. p. 44.).

Ainda é possível destacar outras doenças deste gênero, tais como: Gonorréia, que é:

(...) uma doença sexualmente transmissível muito comum, que normalmente aparece de 2 a 8 dias após a relação sexual com parceiro infectado (a) (...) se essa infecção não for tratada, tanto o garoto quanto a garota podem sofrer sérias consequências como infertilidade, (dificuldade para engravidar), meningite, doenças cardíacas e neurológicas. (op.cit., p. 44).

O Cancro Mole se constitui numa doença causada por uma bactéria que se manifesta após a relação sexual com uma pessoa que possui essa enfermidade. Outra doença sexualmente transmissível é a Tricomoniase que é “uma doença causada por um parasita, transmitida principalmente pelas relações sexuais, e que ocorre mais frequentemente em mulheres, mas que pode ser transmitida aos seus parceiros sexuais”. (op.cit., p. 45). A Hepatite B é uma doença causada por vírus que provoca a inflamação do fígado. Pode ser prevenida por vacinação, que é o método mais eficaz na prevenção desta infecção e pelo uso do preservativo nas relações sexuais.

Finalmente, o HPV – Papilomavirose Humana, também conhecida por “(...) verruga genital ou crista de galo, é causado pelo HPV (...) esse vírus está presente em muitos mais pessoas do que se imagina, principalmente na população jovem, porque a maioria das pessoas infectadas pelo HPV não apresenta sintomas”.

O desconhecimento sobre como as pessoas se infectam e o fato de, a Aids ter sido detectada, inicialmente em determinados grupos sociais marginalizados na sociedade, deram origem a muitos mitos e inverdades em torno da doença. Como por exemplo, que ela só atacava homossexuais, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e pessoas que tinham diversos parceiros sexuais. Trazendo alguns exemplos de mitos e inverdades, o Ministério da Saúde em cartilha do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, (2010, p. 13) faz uma crítica de que:

(...) a melhor forma de trabalhar a prevenção é fazendo terrorismo. Quem já viu aquelas imagens de pênis e vaginas totalmente destruídas pelas DST sabem que elas causam mais repulsa do que mudanças de comportamento (...) longe de funcionar como forma de prevenção, as campanhas terroristas fazem com que, em primeiro lugar as pessoas se afastem do problema, achando que ‘aquilo’ não tem nada a ver com elas e que, portanto, não têm que mudar em nada o seu comportamento. Também em vez de motivar as pessoas para se

prevenir, campanhas terroristas aumentam o preconceito em relação tanto a quem tem a orientação sexual diferente da heterossexual e monogâmica quanto a quem vive com HIV e AIDS.

Hoje, já se tem uma maior consciência de que as DST/AIDS não são problemas de saúde exclusivos de profissionais do sexo e de pessoas com orientação sexual diferente, atinge as pessoas heterossexuais e nos últimos anos tem acometido a população adolescente e jovem. Esta juvenização da epidemia deve-se ao fato de que é cada vez mais precoce a iniciação do adolescente e jovem à prática sexual, sem os cuidados preventivos. Muitas vezes sem chance de orientação prévia adequada tornam-se vulneráveis à infecção e a agravos na saúde sexual e reprodutiva.

2.3. Despreparo de famílias, escolas, comunidade, profissionais de saúde e gestores para os processos de mudança ocorridos com adolescentes e jovens.

Os pais nem sempre estão preparados para lidar com o processo de adolecer dos filhos. Oriundos de gerações diferentes, na maioria das vezes, resistem em aceitar os valores, a forma de vestir, as gírias, as organizações em grupos e tribos, a rejeição a autoridade e a liberdade. Como salienta Heidemann (2006, p 18), a maior parte dos pais enfrenta dificuldades no lidar com adolescentes e jovens como:

(...) criar limites, como lidar com os questionamentos e críticas adolescentes, qual o padrão de liberdade sensato para a adolescência numa sociedade violenta? Reproduzir o que se aprendeu com os avós e suas tradições não tem eco no momento adolescente visto as transformações culturais, especialmente tecnológica que se priorizam em nosso meio.

Identifica-se que frequentemente os pais se limitam a coibição, punição e castigos diante de exposições sexuais dos filhos no lugar de orientações preventivas, da escuta necessária para o amadurecimento responsável dos adolescentes e jovens para lidar com sua sexualidade. É possível inclusive que falte a estes pais a compreensão adequada deste assunto, com informações restritas e falsos conceitos sobre o que envolve a sexualidade. “Alguns pais podem ter fortes opiniões e preocupações sobre os efeitos da educação em sexualidade. Às vezes, essas preocupações baseiam-se em informações limitadas ou em falsos conceitos sobre a natureza e efeitos da educação em sexualidade ou percepções de normas na sociedade”. (UNESCO – SETOR EDUCACIONAL, 2009, p. 13).

Percebe-se ainda que muitas vezes os pais por não terem a chance de orientações sexuais por serem oriundos de um período onde a orientação sexual não necessariamente fazia parte do currículo escolar e por vivenciarem uma educação mais fechada, rígida, sem diálogo

aberto, provavelmente irão reproduzir este comportamento, não se mostrando disponíveis ou não saberem como orientar seus filhos sobre a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

3 COMPREENDENDO A EDUCAÇÃO PERMANENTE E SUA IMPORTÂNCIA NA REFLEXÃO DE CONCEITOS BÁSICOS EM EDUCAÇÃO E SAÚDE

Para se compreender a Educação Permanente é pertinente se fazer um resgate evolutivo desta temática. Ao se trazer o pensamento de Gadotti (1987) citado nas recomendações da Política de Educação Permanente em Saúde, do Ministério da Saúde (2005, s.p.) percebe-se que remonta a uma longa data a idéia de que a educação não se esgota. Gadotti ressalta que “a idéia da Educação Permanente não é recente. Já Lao-Tsé, filósofo chinês – o descobridor da dialética - dizia sete séculos antes de Cristo, que ‘todo estudo é interminável’”.

Definindo então Educação Permanente é possível identificar que corresponde a um processo contínuo de educação para profissionais de serviços. O foco então não é exatamente o aluno de uma forma geral como na Educação Continuada. Aqui o alvo são os profissionais de saúde e educadores como agentes de sensibilização e transformação de suas práticas no âmbito do serviço.

No Anexo II da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde “A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”. (POLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, 2004, p. 49). Todos têm a ganhar, a ensinar e aprender, promovendo o desenvolvimento dos profissionais de saúde, dos usuários e das instituições.

A Educação Permanente possibilita, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na saúde e ou desenvolvimento das Instituições. Reforça a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2005, p.07).

São assim diversos os atores envolvidos neste processo de Educação Permanente que estão envolvidos no desafio de orientar para a construção de um novo caminho na educação para saúde, que seja essencialmente mais preventivo e mais inclusivo.

“A interinstitucionalidade expressa a diversidade de atores envolvidos no processo de Educação Permanente em Saúde, sejam gestores, profissionais em formação, trabalhadores, estudantes ou usuários das ações e serviços de saúde”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2004, p.16).

Na tentativa de oferecer maior qualidade e eficácia na educação em saúde foram muitos os programas criados com este objetivo. Pretendia-se desde então a consolidação do SUS – Sistema Único de Saúde do Governo Federal do Brasil. Nesta perspectiva surgiram excelentes programas como:

(...) Capacitação e Formação em Saúde da Família, o de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem (Profae), o de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (Gerus), o de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits) e o de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (Promed). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2005, p. 07).

Estes programas de capacitação poderiam ser pontuais, isolados e fragmentados e um tanto desarticulados entre eles, contudo trouxeram alterações para a sensibilização de instituições e pessoas de que é necessário investir mais ainda nas práticas educativas na formação, na atenção e no cuidado em saúde. Anna Violeta Durão (s.d), chamando a atenção para as transformações ainda mais amplas que vinham ocorrendo no plano mundial, comenta que a Educação Permanente revelou-se como premissa recomendada pela Organização Pan-americana de Saúde - OPS. Esta pesquisadora ponderando sobre o conceito de Educação Permanente realça que:

Destacaremos a estruturação desse conceito a partir de sua utilização pela OPS em meados da década de 1980, contexto marcado pela necessidade de se utilizar um novo vocábulo para implantar as mudanças que o setor iria ter que enfrentar com as transformações que vinham ocorrendo no capitalismo.

Era preciso oferecer uma educação que pudesse desconstruir valores e preconceitos formados historicamente, para se adquirir novos conceitos e atitudes para a fomentação de métodos de articulação de ações e saberes que proporcionassem uma atenção integral, resolutiva e humanizada. De acordo com Fernanda de Oliveira Sarreta (2009)

Dentre as políticas em desenvolvimento, a Política de Educação Permanente em Saúde foi arquitetada - **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA OS TRABALHADORES DO SUS** (destaque da autora) como estratégia para a Formação e o Desenvolvimento dos Trabalhadores do Setor.

Aos anteriores programas de sucesso foram acrescentadas novas estratégias de Educação Permanente, com amplitude de atuação bastante diversificada, transformando-se inclusive como foco de conteúdos de cursos de pós-graduação. Destaca-se:

Nos últimos dez anos muitas foram as iniciativas criadas pelo Ministério da Saúde buscando estimular a consolidação da Saúde da Família. No campo da educação, a criação dos pólos permanentes de capacitação para a Saúde da Família, os Cursos de Especialização e de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, a realização das mostras nacionais de Produção em Saúde da Família, os diferentes incentivos para as mudanças curriculares voltadas à inclusão e ampliação da formação na Atenção Básica, como o Promed, Pró-Saúde, Pet-Saúde.(GIL, 2008 p. 68).

A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tratou-se assim de uma estratégia do Governo Federal Brasileiro para promover articulação entre a educação dos profissionais de saúde, ampliar o potencial de resolução dos serviços de saúde e o desenvolvimento de uma educação popular. “A escolha da Educação Permanente em Saúde como ato político de defesa do trabalho no SUS decorreu do desafio para que o setor da saúde correspondesse às necessidades da população (...)”. (CECCIM, s.d., p. 979). Também concebendo a implementação da Educação Permanente como efetivamente uma política governamental, Durão (s.d.) realça que:

No começo da década de 1990, algumas experiências educativas são implementadas no Brasil com o fito de contribuir para a reconceituação e a discussão da prática educativa nos serviços de saúde. O último movimento do estudo analisa a difusão da educação permanente no Brasil quando esta assume, em 2003, um caráter de política governamental, apresentando-se como uma estratégia para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão e controle social no setor saúde.

Parecendo concordar com este pensamento de Ceccim e Durão, a pesquisadora Sarreta (2009) associa também a Educação Permanente como caminho para o melhor atendimento em saúde e resolutividade para a eficácia e legitimação das políticas propostas. Esta pesquisadora vem inclusive em defesa de igualdade de propostas e ações em todas as regiões do país.

Caracterizando o processo de Educação Permanente encontra-se que na Gestão dos Serviços e Gestão do Cuidado os investimentos financeiros são modestos, uma vez que o fundamental são os recursos humanos e organizacionais. Assim sendo os principais protagonistas são os Gestores e os trabalhadores da Atenção Básica. Gil melhor esclarece isto quando traz que:

(...) Há um caminho bastante estruturante e efetivo, fundamental para a gestão dos serviços e para a gestão do cuidado – é o caminho da Educação

Permanente em Saúde. (...) A Educação Permanente trabalha fundamentalmente com a utilização de recursos organizacionais, ou seja, recursos que não implicam necessariamente custos físicos e financeiros adicionais. Entretanto, para que a Educação Permanente seja bem sucedida, dois atores são fundamentais no processo: os gestores municipais e os trabalhadores da Atenção Básica. (GIL, 2008, pp. 68-69).

Evidenciando a importância dos recursos humanos na educação em saúde para que possam ocorrer mudanças efetivas, esta estudiosa (op.cit. p. 69) afirma que é imprescindível a intencionalidade dos atores. Isto ocorre em função do permanente diálogo e compromisso dos trabalhadores e Gestores com a finalidade de cuidar com maior eficácia da saúde das pessoas, de suas famílias e da comunidade em geral. Para tanto, Gil coloca algumas definições relevantes na Educação Permanente – EP: “1) Transparência do projeto institucional para a saúde (...) no nosso ponto de vista este é o primeiro passo para o município desencadear o diálogo com seus trabalhadores”. Mas, é importante que se trate de uma construção coletiva e participativa das pessoas envolvidas no serviço.

Como segunda definição relevante, Gil (2008, p. 69) evidencia que há a necessidade da “Análise do que já existe, identificando os avanços, dificuldades e desafios: da mesma forma que o item anterior, é importante que o Gestor e a equipe gestora conheçam o que já foi feito (...)”. Aqui, cabe ressaltar que não se pode negligenciar, e sim valorizar os avanços e desafios já enfrentados na melhor qualidade de trabalho e atendimento à população.

O terceiro ponto do tripé de sustentação da implantação da EP é bastante importante: “Definição dos mecanismos de desenvolvimento do projeto e da articulação da equipe gestora e equipes locais”. (op.cit. p. 69). Nas práticas interdisciplinares, multiprofissionais e intersetoriais algumas atitudes se fazem necessárias: a consideração do saber e fazer e ser, já construído na construção do novo saber; visão ética, humana e política; posicionamento crítico-reflexivo e criativo; atenção centrada no sujeito do cuidado; consideração da sua subjetividade, singularidade e trabalho compartilhado, em equipe.

Uma postura de avaliação e reflexão contínuas dos atores possibilita poderem se trazer novos significados e novas direções de planejamentos executados. Assim agindo, pode-se perceber o que se faz necessário para ocorrer uma transformação. “E aí está o cerne de um grande novo desafio: produzir auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado, colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho (...)”. (MERHY, 2005, 172).

A idéia de “aprendizagem significativa” norteia a prática da Educação Permanente, entendendo-se como aprendizagem significativa o “(...) aprendizado de algo que faça sentido

para os sujeitos envolvidos de modo que os processos de capacitação sejam estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho”. (ARRUDA et al., 2008, p. 519). Esta idéia reforça a concepção da Educação Permanente como aprendizagem no trabalho, como possibilidade de se pensar sobre o fazer profissional e a transformação da organização do trabalho na busca de oportunizar melhoria na saúde das pessoas.

Na cartilha “Educação Permanente entra na Roda” do Ministério da Saúde (2005, p.11) encontra-se também uma associação da Educação Permanente com a aprendizagem significativa:

A aprendizagem significativa acontece quando aprender uma novidade faz sentido para nós. Geralmente isto ocorre quando a novidade responde a uma pergunta nossa e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes. Isso é bem diferente da aprendizagem mecânica, na qual retemos conteúdos. Na aprendizagem significativa acumulamos e renovamos experiências.

Identifica-se assim que a Educação Permanente é realizada com base nos problemas enfrentados no cotidiano de trabalho, buscando-se soluções para os problemas encontrados, visando-se a experiência da equipe multidisciplinar para a escolha dos conteúdos e tecnologias a serem utilizadas com eficácia para a promoção da saúde dos usuários.

4 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO GARANTIA DAS AÇÕES POLÍTICO-PEDAGÓGICAS DE PREVENÇÃO E CUIDADO ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS

4.1. A importância da Educação Permanente na Prevenção

Identificou-se a importância de uma Educação Permanente para profissionais e gestores da saúde partindo da premissa da significação da formação contínua e participativa através da aprendizagem significativa. Por meio deste caminho pretende-se contribuir para uma aprendizagem compartilhada por trabalhadores / as da educação e da saúde. Quando este método de Educação Permanente é aplicado no atendimento a adolescentes e jovens o desafio parece ser ainda maior. Ações como estas podem contribuir para a redução da vulnerabilidade destes adolescentes e jovens às DST / HIV/AIDS.

O grande desafio para uma política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens é justamente o de implementar ações de saúde que atendam às especificidades desta população de modo integral, e respondendo às demandas colocadas pelas condições decorrentes das distintas situações de vida de adolescentes e jovens do país. Essas ações devem considerar as desigualdades de gênero, baseadas na raça / cor, na orientação sexual e na classe social, e contribuir para a sua superação. É preciso considerar, também, as diferenças culturais e as desigualdades sócio-econômicas entre as diferentes regiões do país e seu impacto na situação de saúde e na organização. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE: DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS, 2006, p. 7).

Fica evidente pela citação acima que a implementação de políticas públicas para adolescentes e jovens pressupõe antes de tudo conhecer suas realidades, região onde residem, se urbana ou rural, seus hábitos de higiene e auto-cuidado, suas vivências sexuais, sua cultura, as condições socioeconômicas, bem como sua orientação sexual. A participação efetiva do adolescente e jovem no levantamento destes dados é fundamental. Precisam ser respeitados enquanto sujeitos de direito, escutados, e incentivados a participar efetivamente deste processo de construção.

A inclusão de adolescentes e jovens nas políticas de saúde, especialmente naquelas voltadas para a saúde sexual e saúde reprodutiva, requer novas perguntas sobre as realidades destes sujeitos, requer, ainda, que tais perguntas sejam feitas a estes sujeitos, respeitando e considerando seus olhares, opiniões e propostas. A capacidade criativa e o potencial social devem ser resguardados e promovidos nas práticas e políticas de saúde, assim como pelas demais políticas sociais. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE: DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS, 2006, p. 7).

Mas, a Educação Permanente em Saúde para o atendimento de jovens e adolescentes precisa caminhar com a colaboração e o envolvimento das famílias. Neste processo de escuta e orientação sexual de adolescentes e jovens é preciso uma estreita parceria com a família. A desinformação, a falta de aproximação, o pouco diálogo, a vergonha e o tabu que perpassa sobre o tema no convívio com os pais, precisam ser substituídas por uma atitude de acolhimento, de atenção, de confiança, de reflexão sobre uma nova geração. Que tentem se colocar no lugar dos filhos procurando entender suas problemáticas, serem menos críticos e sim formadores destes jovens. Será importante que os pais procurem buscar informações na escola e nas unidades de saúde que os instrumentalizem para darem as adequadas orientações.

Os pais e as famílias têm um papel vital em moldar a forma como entendemos nossas identidades sociais e sexuais. É preciso que os responsáveis parentais sejam capazes de abordar os aspectos físicos e comportamentais da sexualidade humana com seus filhos e as crianças precisam receber as informações e serem equipadas com os conhecimentos e habilidades para tomar decisões responsáveis sobre sexualidade, relacionamento, HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. (UNESCO, 2009, s.p.).

A pouca informação e orientação sobre o assunto pode deixar adolescentes e jovens mais vulneráveis ao abuso sexual, coação, exploração sexual, gravidez não planejada, e doenças sexualmente transmissíveis. Na maioria das vezes estes jovens buscam informações parciais e pouco personalizadas na internet, na mídia, entre amigos (as) e de pessoas inescrupulosas.

Sobre isto a UNESCO ressalta: “temos que fazer uma escolha: deixar que as crianças descubram as coisas por si mesmas, entre as nuvens das informações parciais, desinformações e franca exploração que encontrarão (...)”. (2009, s.p.). Aí então, além da família, torna-se fundamental a contribuição da escola, principalmente no que se refere à prevenção. A UNESCO realça então que “(...) Se quisermos ter um impacto sobre crianças e jovens antes que se tornem sexualmente ativos, a educação abrangente em sexualidade deve se tornar parte do currículo escolar formal, administrada por professores bem treinados e com apoio (...)”.

Alguns pais podem apresentar fortes resistências e preocupações sobre os efeitos de educação em sexualidade. Às vezes essas preocupações baseiam-se em informações limitadas ou falsos conceitos sobre a natureza e efeitos da educação em sexualidade ou percepção de normas na sociedade. Falando sobre sexualidade:

Apesar desse tema esta sendo tratado com mais naturalidade, a sociedade ainda o encara com muito preconceito e tabu, pois é difícil para muitas pessoas conversar sobre esses assuntos, especialmente com crianças e

adolescentes. Se considerarmos que a sexualidade é inerente à vida humana, o ideal seria que esse tema fosse conversado abertamente para que as pessoas tenham maior consciência dos seus direitos sexuais e reprodutivos e exerçam sua sexualidade plenamente e de forma responsável. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 53).

É com satisfação que, ao reconhecer a necessária participação dos pais para a formação dos adolescentes e jovens nos relacionamentos sociais e sexuais dos filhos, identifica-se que muitos destes pais por vergonha ou falta de habilidade de tratar este assunto, mas aceitando que a orientação sexual é importante, procuram apoio na escola.

As preocupações parentais podem ser abordadas por meio do fornecimento de programas paralelos direcionados a eles, para orientá-los sobre o conteúdo do aprendizado dos seus filhos e equipá-los com habilidades para se comunicar com eles sobre sexualidade, de forma aberta e honesta, afastando seus receios e apoiando os esforços da escola para fornecer educação em sexualidade de qualidade. (UNESCO, 2010, p. 13).

Como as crianças tendem a reproduzir os modelos e valores familiares, faz-se necessário que a escola auxilie as famílias a obterem uma maior aproximação com os filhos na discussão destas e outras temáticas, “(...) uma vez que as percepções e comportamentos dos jovens são grandemente influenciados por valores familiares e comunitários, normas e condições sociais”.

Retomando o papel da escola, espera-se uma efetiva contribuição dos gestores escolares para a implementação e apoio aos projetos de orientação sexual preventivos, participativos, facilitando, por ser um ambiente mais propício, e acolhedor, uma parceria entre jovens, famílias, comunidade e educadores. “Também será necessário tomar decisões sobre a forma de selecionar professores para implementar programas de educação e sexualidade, e se essa deveria (...)” ser algo a se exigir de todos os educadores ou ser conteúdo de disciplinas específicas. (UNESCO, 2010, p.12). O significativo papel da escola ainda é traduzido por ser um espaço de referência junto à família e à comunidade. A escola pode se estabelecer como uma ponte com a unidade de saúde da família local, além de ser um espaço de aprendizado democrático e de estímulo à convivência, a qual quando bem trabalhada, é estruturante e formadora de verdadeiros cidadãos.

Lamentavelmente, muitas escolas se tornaram centros de violência e convivência hostil entre pares, entre alunos e professores. Porém, na contra mão desta desagradável tendência “é necessário que as escolas sejam espaços seguros, onde os alunos possam se expressar sem a preocupação de ser humilhado, rejeitados ou maltratados (...)”. (KIRBY, 2009, citado pela UNESCO, 2010, p.13).

Após a consideração do papel da família e da escola na educação sexual, é pertinente trazer a participação dos serviços de saúde, os quais não são procurados igualmente entre os adolescentes do sexo masculino e feminino. “Os jovens do sexo masculino pouco utilizam os serviços de saúde com o objetivo de cuidar de sua saúde sexual e saúde reprodutiva, assim no atendimento e planejamento familiar (...)” como se a procura do adolescente masculino ficasse atrelada basicamente ao aparecimento de agravos relacionados a acidentes, lesões, doenças “(...) este fato está relacionado a idéia socialmente vigente de que homens não cuidam de sua própria saúde, e, muito menos, dos cuidados inerentes a uma boa saúde sexual e saúde reprodutiva”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2006, p. 22).

Os adolescentes e jovens do sexo feminino tendem a procurar mais os Serviços de Saúde não como atitude de orientação e prevenção, mas pela necessidade diante de gravidez, pré-natal, parto e puerpério, e algumas vezes para se informar a cerca de métodos contraceptivos.

Os dados da PNAD de 1998 (Brasil, 1998) mostram que as mulheres buscam mais os serviços a partir dos 14 anos de idade, o que demonstra relação direta com a idade reprodutiva. No início da adolescência, são os homens que buscam mais os serviços, as razões de busca ao serviço são diferentes entre homens e mulheres jovens: os primeiros dos 10 a 19 anos costumam utilizar-se mais dos serviços odontológicos, enquanto as mulheres adolescentes e jovens buscam o serviço de atenção á gravidez, ao parto e ao puerpério. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 22).

Considerando então a pequena procura dos serviços de saúde pelos adolescentes e jovens especialmente para orientação e prevenção sexual é necessária uma estreita parceria entre os profissionais de educação e saúde, não esquecendo o envolvimento da família, escola, comunidade e do próprio jovem.

(...) o êxito das ações e a consolidação de políticas públicas de prevenção e promoção à saúde nas escolas em processo planejado e participativo dependem do compromisso de gestores, profissionais de saúde e educação e da participação ativa dos estudantes e toda a comunidade escolar, resgatando-se a história e as singularidades da realidade local. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, apresentação).

A estratégia de Educação Permanente na metodologia do Programa Interministerial de Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) pretende contribuir para uma aprendizagem compartilhada por trabalhadores da educação, da saúde, de outras instituições públicas e de organizações da sociedade civil cujas ações repercutem na redução da vulnerabilidade de adolescentes e jovens a doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS. Através do Programa

Saúde e Prevenção nas Escolas a Educação Permanente ocorre no âmbito da saúde e da escola contemplando as diversas instâncias envolvidas: adolescentes, jovens, família, comunidade, profissionais de educação e da saúde, alimentando processos de formação contínua e significativa.

Cada experiência deste Programa vem crescendo novas concepções e novos materiais que reflitam as aprendizagens acumuladas e contemplem também os saberes recém adquiridos.

4.2. Os adolescentes e jovens nos serviços de saúde

Poucas são as unidades de saúde que possuem serviço ou setor voltado para a assistência ao Adolescente. Normalmente, os serviços de Medicina do Adolescente (Herbiatria) estão em hospitais universitários e a maioria dos programas de prevenção às DST/AIDS não conta com essa opção de assistência. De acordo com a pediatra Stella Taquette (Publicação Saber Viver – Edição Especial para Profissionais de Saúde – 2004, p.12-14) “o envolvimento direto do adolescente no planejamento, implementação e avaliação das ações aumenta sua auto-estima, favorece sua autonomia, amplia suas oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional, melhora sua qualidade de vida e contribui para dar legitimidade e relevância ao trabalho do setor saúde junto a outros jovens”.

Embora a experiência venha mostrando a relevância da atuação dos adolescentes como promotores de saúde nas unidades e na comunidade, a implantação dessa proposta não é simples. Segundo Maria Helena Ruzany, diretora do NESA (Publicação Saber Viver – Edição Especial para Profissionais de Saúde – 2004, p.14) “para que os profissionais incentivem a participação do adolescente, é preciso que aceitem sua autonomia, respeite seus saberes, e percebam o que é ser jovem na sociedade atual e as contribuições que eles podem dar”. Exige, portanto, uma nova relação dos profissionais de saúde com eles mesmos, com os adolescentes e com os demais setores da sociedade. Para muitos profissionais de saúde, os adolescentes são pessoas desagradáveis, mal educadas e intratáveis. A intolerância e o despreparo de muitos profissionais podem inviabilizar o acesso do jovem aos cuidados profissionais necessários.

Foi estudado em capítulos anteriores que, os adolescentes atravessam um processo dinâmico e complexo de mudanças. Segundo Branco (2002, p. 22-23) “as transformações do corpo, o surgimento de novas habilidades cognitivas e a busca pela conquista de seu papel na sociedade são determinantes do questionamento dos valores que os cercam”. Muitas vezes se

predispõem a novas experiências, que podem ameaçar sua saúde, como por exemplo, exposição a risco de acidentes, relações sexuais desprotegidas, uso de drogas, e a diversas formas de violência. Percebe-se que, a assistência aos adolescentes e jovens nos serviços de saúde deve estar vinculada ao contexto em que vivem. De acordo com o pensamento de Bezerra, médico hebiatra e coordenador do Adolescente (Saber Viver -Edição Especial para profissionais de Saúde 2004), “mudanças significativas no perfil de morbi-mortalidade neste grupo populacional, com aumento de agravos que poderiam ter sido evitados por medidas de promoção da saúde e prevenção, como a infecção pelo HIV e a adoção de práticas nocivas e prejudiciais à sua integridade e formação”.

Cabe aos profissionais de saúde incluir medidas preventivas como componente fundamental de sua prática no serviço, buscando uma interação e uma escuta ativa como estratégia de educação permanente, como base de uma aprendizagem significativa. A atenção integral à saúde de adolescentes e jovens requer o envolvimento de profissionais de diversas disciplinas, que devem interagir através de um enfoque multidisciplinar. O trabalho multidisciplinar tem como característica a prestação do serviço a uma mesma população através de referência. Mesmo quando há uma boa interação entre os membros da equipe, essa atuação, às vezes é realizada de forma independente. Em diferentes locais e, na maioria das situações, com a visão apenas de sua própria especialidade. O trabalho multidisciplinar é centrado no sujeito, não havendo limites disciplinares.

Segundo Adrião (2005, p. 54-56), “define-se a equipe multidisciplinar como um conjunto de profissionais de diferentes disciplinas que interatuam para prestar o atendimento ao cliente. Ele permite uma discussão conjunta. As decisões são compartilhadas e tomadas dentro das diferentes perspectivas, resultando em uma proposta de intervenção mais eficaz”. O acolhimento dos adolescentes e jovens nos serviços de saúde deve ser cordial e amistoso, para que se sintam valorizados, respeitados, e à vontade, buscando garantir seu retorno e adesão ao serviço, que deve ser permanentemente acessível. Muitas vezes, eles têm dificuldades em respeitar os horários de agendamento, sugerindo que o serviço construa uma agenda de atendimento mais flexível.

Toda a equipe deverá estar envolvida neste acolhimento, e deverão estar capacitados para o mesmo: segurança, porteiro, recepcionista, e auxiliar de enfermagem. Com relação à ambiência, em geral os adolescentes preferem uma sala de espera exclusiva para sua utilização nos horários de atendimento. Esse espaço deve ser, acima de tudo, acolhedor e confortável para os clientes e seus acompanhantes. Isto pressupõe locais amplos, bem

ventilados e limpos, adequados para o desenvolvimento de atividades em grupo que podem ter múltiplos objetivos, tais como a apresentação do serviço, integração com a equipe e educação para a saúde, acesso a materiais educativos (revistas, panfletos, vídeos), que além de facilitar a compreensão e a troca de informações, ajuda a otimizar o tempo de espera, permitindo autonomia nas escolhas. Divulgação dos serviços existentes na unidade de saúde, local para a distribuição de preservativos, bem como materiais específicos sobre DST/AIDS e práticas sexuais mais seguras, devem estar disponíveis para consultas.

Independentemente da razão que faz com que o adolescente e jovem procure o serviço de saúde, cada visita oferece ao profissional a oportunidade de explorar outros aspectos de sua vida, contribuindo para a detecção, reflexão e resolução de outras questões distintas do motivo principal da consulta. A entrevista desse usuário e sua família e acompanhante é um exercício de comunicação interpessoal, que engloba a comunicação verbal e a não verbal. Trazendo o pensamento da pesquisadora Adrião 2005, p. 20) “além das palavras, deve-se estar atento às emoções, gestos, tom de voz e expressão facial do cliente. É importante formular perguntas que auxiliem a conversação, buscando compreender sua perspectiva, afastar preconceitos, evitando fazer julgamentos, especialmente no que diz respeito à abordagem de determinadas temáticas como sexualidade e uso de drogas

O profissional de saúde não deve ficar restrito a obter informações sobre o motivo primordial que levou o adolescente ao serviço de saúde, mas oferecer um espaço de escuta, para que o adolescente se sinta à vontade para trazer suas dúvidas e anseios e inquietações, que muitas vezes escondem-se em uma dor física.

É importante trocar informações com os adolescentes a respeito de seu crescimento físico, e desenvolvimento psicossocial e sexual. Deve ser discutida também a importância de se tornarem ativamente envolvidos em decisões pertinentes aos cuidados de sua saúde, como o uso de preservativos, e outros métodos para evitar a gravidez, adesão a tratamentos e realização de exames. Para Correia (2006, p.50-51) “as consultas são momentos privilegiados para o aconselhamento de práticas sexuais responsáveis e mais seguras. Também se torna um espaço de esclarecimento de dúvidas, de conversa sobre a importância do afeto, do cuidado e do prazer nas relações e de aconselhamento sobre situações de risco para abuso sexual”.

O consumo de cigarros, álcool ou drogas ilícitas e anabolizantes deve ser abordado nas consultas para reflexão e encaminhamentos. Outros assuntos importantes são as dificuldades na escola e no trabalho. Essa abordagem deverá ser desenvolvida de forma

criativa, não demonstrando um caráter de investigação sobre sua vida. Não se deve esgotar todos os tópicos em uma única sessão.

É importante estar disponível para atender o paciente e sua família sem autoritarismos, promovendo uma relação profissional horizontal. Devem existir dois momentos na consulta: o adolescente sozinho e com os familiares/acompanhantes. Entrevistar o adolescente sozinho cria a oportunidade de estimulá-lo ao diálogo, buscando que se torne, de forma progressiva, responsável por sua própria saúde e pela condução de sua vida. A entrevista com a família é fundamental para o entendimento da dinâmica e estrutura familiar e para compreensão de dados da história pregressa e atual. Inserir a família como cuidadores no acompanhamento e apoio do adolescente, construindo um vínculo de parceria entre equipe de saúde, familiares e adolescentes. É fundamental que o adolescente e a família tenham claro o papel confidencial e sigiloso da consulta do adolescente, que é o foco da equipe, sem o que ficaria comprometida toda a assistência.

O momento da consulta dos adolescentes e jovens deve ser aproveitado pela equipe para a troca de informações. A equipe deve ter em mente que, tratando-se de uma população em constante mudança, é necessário que, para aumentar a efetividade dos serviços, exista uma preocupação de conhecer o que está em transição e os novos costumes adotados.

Outra questão, que muitas vezes os serviços evitam adotar, é a maior participação do usuário na gestão e na atenção prestada. Com essa faixa etária, o distanciamento poderá significar a pouca compreensão das normas e condutas, diminuindo a aderência ao serviço e às atividades planejadas. É importante que o adolescente sinta que faz parte daquele serviço e ajude a construí-lo.

4.3. Política Nacional de Humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, “visa a efetivação dos princípios do SUS nas práticas do dia a dia da atenção e gestão, promovendo trocas solidárias entre os gestores, trabalhadores de saúde e usuários, para a produção de saúde. Constituída para operar transversalmente em toda a rede, se caracteriza como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem nas diversas práticas de saúde e esferas do sistema, através de construção coletiva fortalecendo o trabalho em equipe. Tem como princípios norteadores a construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e de sujeitos, valorizando suas dimensões subjetivas, fortalecendo o controle social,

democratizando as relações de trabalho e valorizando o trabalhador”.(Ministério da Saúde – PNH -2003)

Esses princípios norteadores tem como diretrizes a ampliação do diálogo entre trabalhadores e população, visando melhoria nas relações interpessoais e aproximando os atores, com isso fortalecendo a gestão participativa. Sensibilizar as equipes de saúde para a questão da violência, e do preconceito na hora da recepção e dos encaminhamentos. Adequando os serviços à cultura dos usuários, e reforçando o conceito de clínica ampliada, valorizando a ambiência tornando-a confortável e acolhedora respeitando a privacidade dos usuários.

Dentre os princípios relacionados a esta diretriz, deve-se implementar estratégias de Educação Permanente para os trabalhadores da saúde com base nos princípios da PNH, para garantir a aprendizagem significativa, ou seja, educação crítica e transformadora. A escolha pela educação permanente em saúde, é a escolha por novas maneiras de realizar atividades, com maior resolutividade, maior aceitação e muito maior compartilhamento entre os coletivos de trabalho, querendo uma implicação profunda com os usuários dos sistemas de saúde.

4.4. A Educação Permanente em resposta ao DST/HIV/Aids

A política de Educação Permanente do Ministério da Saúde surge com o intuito de fortalecer o Sistema Único de Saúde. Ela se baseia em três eixos fundamentais: a relação entre educação e trabalho; políticas de formação e práticas de saúde; e produção e disseminação do conhecimento. Todos na perspectiva do fortalecimento da gestão descentralizada a partir das Coordenações Estaduais e Municipais de DST e Aids e/ou Pólos de Educação Permanente e instituições formadoras parceiras.

A proposta da Educação Permanente parte de um desafio central: que a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde devem ocorrer de modo transdisciplinar e multiprofissional, ou seja, envolvendo vários saberes de distintos profissionais, e diversas experiências. O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e ensinar de todos os atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento.

Para a construção dos processos educativos, é fundamental a intersetorialidade no âmbito do Ministério da Saúde, como a Área Técnica de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde Mental, Saúde Bucal, e Funasa (Fundação Nacional de Saúde Indígena). Ressalta-se ainda algumas parcerias institucionais importantes, como a Sociedade Brasileira de DST, Sociedade Brasileira de Infectologia, Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids e Organizações da Sociedade Civil.

O Programa Nacional de DST/HIV/Aids entende que a pactuação com as esferas estadual e municipal no âmbito da saúde é fundamental para o fortalecimento do papel da gestão descentralizada. Por isso desenvolve cursos de gestão em DST/Aids voltados para coordenadores estaduais e municipais de DST/Aids de todo o país.

O Programa Nacional de DST/Aids acredita que Educação Permanente em Saúde deve fomentar a produção e disseminação do conhecimento, compreendendo que a informação e o saber têm papel crucial na gestão e na qualidade de atenção a saúde O resultado esperado é o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos. Para a pesquisadora Sarreta (2009 p. 9) ”considerando a importância das experiências vividas na sua prática cotidiana, das histórias contadas trazidas pelos usuários, da formação recebida nos bancos da escola, do convívio com os diversos profissionais e suas práxis. Possibilitando a melhoria nos processos de atendimento, acolhimento, e aconselhamento do adolescente e jovem que procura o serviço, respeitando suas concepções, suas escolhas, seus saberes juvenis e oferecendo sigilo profissional e confiabilidade das informações prestadas, e compreendendo suas subjetividades, sem nenhum juízo de valor, preconceito, ou discriminação”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo identificou-se que a opinião da grande maioria dos adultos sobre o comportamento dos adolescentes e jovens é que, muitos deles, são imaturos, irresponsáveis e inconseqüentes, relacionando-os às situações de risco e desordem, generalizando seus comportamentos como ‘fora dos padrões da normalidade’, com isso, acentuando seu grau de vulnerabilidade às DST/HIV/Aids.

Com o início cada vez mais precoce das atividades sexuais, e o desconhecimento de fatores de precaução e prevenção, aliado ao uso de drogas, às diversas formas de violência, ao preconceito e discriminação, acentua-se o número de casos de infecção.

No Brasil, foram registrados 66.114 casos de Aids entre jovens de 13 a 24 anos até junho de 2009, representando 11% dos casos notificados de Aids no país, desde o início da epidemia. Constatou-se também a prevalência da contaminação em meninas de 13 a 19 anos e jovens gays, na faixa etária dos 13 aos 24 anos, apontando para uma tendência à ‘juvenização’ da epidemia. Fator que tem preocupado as diversas instâncias ministeriais.

Este estudo monográfico apontou que existe um elevado nível de desconhecimento e despreparo para a abordagem desta temática junto a adolescentes e jovens, principalmente pelos pais ou responsáveis, que se consideram despreparados para falar do assunto com seus filhos, deixando, muitas vezes, de atender às solicitações e questionamentos dos mesmos, por desinformação, ou mesmo por falta de habilidade para responder com naturalidade a essas questões.

Nas escolas e serviços de saúde que lidam com adolescentes e jovens, não é muito diferente. Os profissionais do serviço entendem que, a informação é suficiente para a mudança de atitudes e práticas sexuais desses jovens. Quando o acolhimento, a entrevista, e o aconselhamento, funcionam muito mais do que a mera informação. Muitas vezes passada através de um panfleto, de forma fria e impessoal e dissociada do contexto ou da realidade desses jovens. Apesar do empenho do Ministério da Saúde direcionando campanhas voltadas à esse público (Carnaval/2010; Dia Mundial de combate à AIDS/2010) , ainda se lida com o desconhecimento de fatores bem relevantes no enfrentamento à epidemia.

Com o objetivo de reduzir a vulnerabilidade (individual, social e programática) de adolescentes e jovens às DST, à infecção pelo HIV e à gravidez não planejada, foi criado em 2003, o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE). Atuando nas escolas públicas municipais e estaduais e nas unidades básicas de saúde, o projeto destaca a escola como o melhor e mais democrático espaço para a articulação das políticas voltadas para essa

população. Nestes espaços de conhecimento e formação encontram-se os principais sujeitos desse processo: estudantes, famílias, profissionais da educação e da saúde.

Através desse programa interministerial, promove-se a integração dos sistemas de ensino e saúde, disponibiliza-se preservativos nas escolas e promove-se a formação continuada de professores, profissionais de saúde e alunos multiplicadores em sexualidade, gênero, raça e etnia, álcool e outras drogas, diversidade sexual, violência, vulnerabilidade e prevenção às DST/AIDS, preparando-os para atuar frente a seus pares.

Por meio da saúde sexual e da saúde reprodutiva, dentre outras relevantes temáticas, o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas concentra esforços para incentivar estados e municípios a assumir e preservar a qualidade dos serviços e de ações destinadas à prevenção das DST/AIDS e ao combate ao uso de drogas para o público alvo do referido projeto.

Resultado de uma ação dos ministérios da Saúde e da Educação, em parceria com a UNESCO, o UNICEF, e o UNFPA o Saúde e Prevenção nas Escolas faz parte do Programa Saúde nas Escolas (PSE). Nesse sentido, na medida da implantação progressiva do PSE nos Estados e Municípios, a integração dessas iniciativas será indispensável para garantir a sintonia dos planos de trabalho e das ações a serem desenvolvidas nas escolas e nas unidades básicas de saúde de referência.

O compromisso e o esforço do Programa Nacional DST/Aids, para dar visibilidade aos programas e campanhas, têm sido um dos principais motivos do progresso das respostas, em relação à Aids, que o país conquistou nos últimos anos.

Espera-se que, com estes investimentos e políticas públicas voltadas para essa população, consiga-se despertar nos profissionais de educação e saúde, uma maior sensibilização para a adaptação de suas práticas e valores, uma revisão nos conceitos de recepção, acolhimento, entrevistas e aconselhamento como diferencial para a aquisição de um vínculo de confiança, credibilidade e adesão dos jovens ao serviço, buscando apoio sem perder sua autonomia, dividindo suas angústias e inquietações e incentivando a participação dos familiares na escola e nos serviços de saúde atuando como coadjuvantes na promoção e prevenção da saúde e do bem estar de seus filhos.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M. Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas, UNESCO, BID 2002.

ADRIÃO, M. Desafios da Escola Contemporânea. Aids, Sexualidades, Relações Raciais e Gênero, GAPA – Bahia , 2005.

ARAÚJO, Téo W; CALAZANS, Gabriela. Prevenção das DST/AIDS em adolescentes e jovens: brochuras de referência para os profissionais de saúde. São Paulo: Secretaria da Saúde/ Coordenação Estadual DST/AIDS, 2007.

ARRUDA et. al. Educação Permanente: Uma Estratégia Metodológica para os Professores da saúde. **In** Revista Brasileira de Educação Médica. Santa Catarina, 2008, pp. 518-524.

AYRES, JRCM. (coord.) Adolescentes e jovens vivendo com HIV e AIDS: cuidado e promoção da saúde no cotidiano da equipe multidisciplinar. São Paulo, 2004.

AYRES, JRCM. Práticas Educativas e Prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. Comunic Saúde Educ 2000; pp. 11-24

AYRES, JRCM. Sujeitos, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciências e Saúde Coletiva, 2001; 6(1), pp. 63 -72

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria de Atenção à Saúde. Marco Teórico e referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens. Brasília, 2006.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria de Vigilância e Saúde. Saúde e Prevenção nas escolas: Guia para a Formação de Profissionais de saúde e Educação. Brasília, 2008.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. In Ciência & Saúde Coletiva. São Paulo, 2000, pp. 975-986.

GIL, Célia Regina Rodrigues. A Educação Permanente e a qualificação da gestão do trabalho na saúde da família: desafios, possibilidades e perspectivas. **In** Revista Brasileira saúde da Família. Opinião, 2008, pp. 67-70.

HEIDEMANN, Míriam. Adolescência e Saúde: Uma visão preventiva: para profissionais de saúde e educação. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

MANN, J, Tarantola DJM, Netter T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e Aids. A Aids no mundo. São Paulo, Ed. Relume Dumará, 1993; pp. 276–300.

MERHY, Emerson Elias. O Desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. In Interfaces – Comunicação, saúde, Educação. V. 9, n° 16, 2004, pp. 161-177.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, Técnica e Arte: O desafio da Pesquisa Social. In MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994, pp .09-29.

MINISTÈRIO DA SAÙDE DO BRASIL. Experiências do Programa Brasileiro de Aids- Revista Resposta +. 2010, pp. 36-37.

MINISTÉRIO DA SAÙDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Departamento de Gestão na Educação da Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Polos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da saúde, 2004.

PINTO, Ênio Brito. Sexualidade – Um Bate-Papo com o Psicólogo. 3ª Edição. São Paulo: Paulinas, 2007.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. Educação Permanente em Saúde para os Trabalhadores do SUS- São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Departamento de Gestão na Educação da Saúde. A Educação Permanente entra na Roda: Polos de Educação Permanente em Saúde: Conceitos e Caminhos a Percorrer. Brasília: Editora do Ministério da saúde, 2005.

Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. Sexualidades e Saúde Reprodutiva. Séries manuais n° 69. Brasília, 2010.

Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. Prevenção das DST, HIV e Aids. Séries manuais n° 69. Brasília, 2010.

Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. Adolescências, Juventudes e participação. Séries manuais nº 69, Brasília, 2010.

SERRA, Giane Moliari Amaral et all. Dimensão Educação Permanente e Comunicação. In Série Ensinando Avaliação. **Vol.4**, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.

SILVA, D.A. Vulnerabilidades familiares, adolescentes e usos de drogas. In Terapia Comunitária: saúde, educação e políticas públicas. São Paulo: Casa do Psicólogo (ABRACOM), Associação de Terapia Comunitária 2007; pp. 105-107

UNESCO. Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade – Uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde. **Vol. 1**. Razões em favor da educação em sexualidade. Brasília, 2009.

ANEXOS

ANEXO I

O QUE É HIV

HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da [aids](#), ataca o [sistema imunológico](#), responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os [linfócitos T CD4+](#). E é alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção.

Ter o HIV não é a mesma coisa que ter a aids. Há muitos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença. Mas, podem transmitir o vírus a outros pelas relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação. Por isso, é sempre importante [fazer o teste](#) e [se proteger](#) em todas as situações.

Biologia - HIV é um retrovírus, classificado na subfamília dos *Lentiviridae*. Esses vírus compartilham algumas propriedades comuns: período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença, infecção das células do sangue e do sistema nervoso e supressão do sistema imune.

Sintomas e fases da Aids

Quando ocorre a infecção pelo [vírus causador da aids](#), o sistema imunológico começa a ser atacado. E é na primeira fase, chamada de **infecção aguda**, que ocorre a incubação do HIV - tempo da exposição ao vírus até o surgimento dos primeiros sinais da doença. Esse período varia de 3 a 6 semanas. E o organismo leva de 8 a 12 semanas após a infecção para produzir anticorpos anti-HIV. Os **primeiros sintomas** são muito parecidos com os de uma gripe, como febre e mal-estar. Por isso, a maioria dos casos passa despercebido.

A próxima fase é marcada pela forte interação entre as [células de defesa](#) e as constantes e rápidas mutações do vírus. Mas que não enfraquece o organismo o suficiente para permitir novas doenças, pois os vírus amadurecem e morrem de forma equilibrada. Esse período, que pode durar muitos anos, é chamado de **assintomático**.

Com o frequente ataque, as células de defesa começam a funcionar com menos eficiência até serem destruídas. O organismo fica cada vez mais fraco e vulnerável a infecções comuns. A fase **sintomática inicial** é caracterizada pela alta redução dos [linfócitos T CD4](#) - glóbulos brancos do sistema imunológico - que chegam a ficar abaixo de 200 unidades por mm³ de sangue. Em adultos saudáveis, esse valor varia entre 800 a 1.200 unidades. Os sintomas mais comuns são: febre, diarreia, suores noturnos e emagrecimento.

A baixa imunidade permite o aparecimento de [doenças oportunistas](#), que recebem esse nome por se aproveitarem da fraqueza do organismo. Com isso, atinge-se o estágio mais avançado da doença, a **aids**. Quem chega a essa fase, por [não saber](#) ou [não seguir o tratamento indicado](#) pelos médicos, pode sofrer de hepatites virais, tuberculose, pneumonia, toxoplasmose e alguns tipos de câncer. Por isso, sempre que você transar sem camisinha ou passar por alguma outra situação de risco.

ANEXO II

História da Aids

2010

- Governos do Brasil e da África do Sul firmam parceria inédita para distribuir 30 mil camisinhas e fôlderes sobre prevenção da aids e outras DST durante a Copa do Mundo de Futebol.
- Realização do VIII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids e do I Congresso Brasileiro de Prevenção das Hepatites Virais, em Brasília (DF).
- Realização da IV Mostra Nacional da Saúde e Prevenção nas Escolas e da I Mostra Nacional do Programa Saúde na Escola (SPE), em Brasília (DF).

2009

- Programa Nacional de DST e Aids torna-se departamento da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e o Programa Nacional para a Prevenção e Controle das Hepatites Virais é integrado a ele.
- Desde o início da epidemia, são notificados 544.846 casos de aids no país.

2008

- Realização do VII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids, em Florianópolis (SC).
- Conclusão do processo de nacionalização de um teste que permite detectar a presença do HIV em apenas 15 minutos. Fiocruz pode fabricar o teste, ao custo de US\$ 2,60 cada. Governo gastava US\$ 5 por teste.
- Brasil investe US\$ 10 milhões na instalação de uma fábrica de medicamentos antirretrovirais em Moçambique.
- Prêmio Nobel de Medicina é entregue aos franceses Françoise Barré-Sinoussi e Luc Montagnier pela descoberta do HIV, causador da aids. O alemão Harald zur Hausen também recebe o prêmio pela descoberta do HPV, vírus causador do câncer do colo de útero.

2007

- O Programa Nacional de DST/AIDS institui Banco de Dados de violações dos direitos das pessoas portadoras do HIV.
- Em janeiro, a Tailândia decide copiar o antirretroviral Kaletra e, em maio, o Brasil decreta o licenciamento compulsório do Efavirenz.
- É assinado acordo para reduzir preço do antirretroviral Lopinavir/Ritonavir.
- Em um ano, a UNITAID reduz preços de medicamentos antirretrovirais em até 50%.
- Aumenta a sobrevivência das pessoas com aids no Brasil.
- Campanha do Dia Mundial de Luta contra a Aids, cujo tema são os jovens, é lançada no Cristo Redentor.
- Os ministérios da Saúde e Educação e as Nações Unidas premiam máquinas de preservativos.
- Brasil registra 474.273 casos de infecção pelo HIV até junho.

2006

- O terceiro sábado de outubro é promulgado como o Dia Nacional de Combate à Sífilis.
- Toronto recebe 20 mil pessoas para a 16ª Conferência Mundial sobre Aids, o maior evento sobre aids no mundo.
- Dia Mundial de Luta contra a Aids teve sua campanha protagonizada por pessoas vivendo com aids.
- À noite, em uma ação inédita, a inscrição da RNP+ “Eu me escondia para morrer, hoje me mostro para viver” foi projetada em raio laser nas duas torres do Congresso Nacional, que ficou às escuras, como forma de lembrar os mortos pela doença.
- Brasil reduz em mais de 50% o número de casos de transmissão vertical, quando o HIV é passado da mãe para o filho, durante a gestação, o parto ou a amamentação.
- Acordo reduz em 50% preço do antirretroviral Tenofovir, representando uma economia imediata de US\$ 31,4 milhões por ano.
- Registros de aids no Brasil ultrapassam 433.000.

2005

- Makgatho Mandela (filho do ex-presidente Nelson Mandela) morre em consequência da aids, aos 54 anos.
- O tema do Dia Mundial de Luta Contra a Aids no Brasil aborda o racismo como fator de vulnerabilidade para a população negra.
- Até junho, são 371.827 registros de aids no Brasil.

2004

- Morrem duas lideranças transexuais, a advogada e militante Janáina Dutra e a ativista Marcela Prado (ambas grandes colaboradoras do Programa Nacional de DST e Aids).
- Lançamento do algoritmo brasileiro para testes de genotipagem.
- Recife reúne quatro mil participantes em três congressos simultâneos: o V Congresso Brasileiro de Prevenção em DST/Aids, o V Congresso da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids e o I Congresso Brasileiro de Aids.
- Já é de 362.364 o total de casos de aids até junho.

2003

- Realização do II Fórum em HIV/Aids e DST da América Latina, em Havana, Cuba.
- O Programa Nacional de DST/Aids recebe US\$ 1 milhão da Fundação Bill & Melinda Gates como reconhecimento às ações de prevenção e assistência no país. Os recursos foram doados para ONGs que trabalham com portadores de HIV/Aids. O Programa é considerado por diversas agências de cooperação internacional como referência mundial.
- Os registros de aids no Brasil são 310.310.

2002

- O Fundo Global para o Combate a Aids, Tuberculose e Malária é criado para captar e distribuir recursos, utilizados por países em desenvolvimento para controlar as três doenças infecciosas que mais matam no mundo.
- Um relatório realizado pelo UnAids, programa conjunto das Nações Unidas para a luta contra a aids, afirma que a aids vai matar 70 milhões de pessoas nos próximos

20 anos, a maior parte na África, a não ser que as nações ricas aumentem seus esforços para conter a doença.

- A 14ª Conferência Internacional sobre aids é realizada em Barcelona.
- O número de casos de aids notificados no país, desde 1980, é de 258.000.

2001

- Implantação da Rede Nacional de Laboratórios para Genotipagem.
- Brasil ameaça quebrar patentes e consegue negociar com a indústria farmacêutica internacional a redução no preço dos medicamentos para aids.
- Organizações médicas e ativistas denunciam o alto preço dos remédios contra aids. Muitos laboratórios são obrigados a baixar o preço das drogas nos países do Terceiro Mundo.
- O HIV Vaccine Trials Network (HVTN) planeja testes com vacina em vários países, entre eles o Brasil.
- Em duas décadas (1980 - 2001), o total de casos de aids acumulados são de 220.000.

2000

- A 13ª Conferência Internacional sobre Aids, em Durban, na África do Sul, denuncia ao mundo a mortandade na África. Dezesete milhões morreram de Aids no continente, sendo 3,7 milhões crianças. Estão contaminados 8,8% dos adultos. O Presidente da África do Sul, Thabo Mbeki, escandaliza o mundo ao sugerir que o HIV não causa a aids.
- Realização do I Fórum em HIV/Aids e DST da América Latina, no Rio de Janeiro.
- A partir de acordo promovido pelas Nações Unidas, cinco grandes companhias farmacêuticas concordam em diminuir o preço dos remédios usados no tratamento da aids para os países em desenvolvimento.
- No Brasil, aumenta a incidência em mulheres. Proporção nacional de casos de aids notificados é de uma mulher para cada dois homens.

1999

- Número de medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde já são 15.
- Mortalidade dos pacientes de aids cai 50% e qualidade de vida dos portadores do HIV melhora significativamente.
- Estudos indicam que, quando o tratamento é abandonado, a infecção torna-se outra vez detectável.
- Pacientes desenvolvem efeitos colaterais aos remédios.
- Marilyn, um chimpanzé fêmea, ajuda a confirmar que o SIV (simian immunodeficiency virus ou vírus da imunodeficiência dos símios) foi transmitido para seres humanos e sofreu mutações, transformando-se no HIV. Testes genéticos mostram que o HIV é bastante similar ao SIV, que infecta os chimpanzés, mas não os deixa doentes.

1998

- Validação do algoritmo nacional para diagnóstico das DST no Brasil.
- Ministério da Saúde recomenda a aplicação da abordagem sindrômica das DST para seu tratamento oportuno e consequente diminuição da incidência do HIV.
- Rede pública de saúde disponibiliza, gratuitamente, onze medicamentos.

- Lei define como obrigatória a cobertura de despesas hospitalares com aids pelos seguros-saúde privados (mas não assegura tratamento antirretroviral).
- Pesquisas detectam o HIV em gânglios linfáticos, medula e partes do cérebro de muitos soropositivos que apresentam cargas virais indetectáveis pelos exame.
- Cientistas registram a imagem da estrutura cristalina da proteína gp 120 do vírus da aids, usada por ele para entrar nas células do sistema imunológico atacadas pelo HIV.
- Lançamento das campanhas “Sem Camisinha não Tem Carnaval” e “A Força da Mudança: com os jovens em campanha contra a aids”.

1997

- Implantação da Rede Nacional de Laboratórios para o monitoramento de pacientes com HIV em terapia com antirretroviral, com a realização de exames de carga viral e contagem de células CD4 (células que fazem parte do sistema de defesa do organismo ou sistema imunológico).
- Morre o sociólogo Herbert de Souza, o Betinho. Hemofílico, contaminado por transfusão de sangue, defendia o tratamento digno dos doentes de aids.
- Já são 22.593 casos de aids no Brasil.

1996

- Programa Nacional de DST e Aids lança o primeiro consenso em terapia antirretroviral (regulamentação da prescrição de medicações para combater o HIV).
- Lei fixa o direito ao recebimento de medicação gratuita para tratamento da aids.
- Disponibilização do AZT venoso na rede pública.
- Queda das taxas de mortalidade por aids, diferenciada por regiões. Percebe-se que a infecção aumenta entre as mulheres, dirige-se para os municípios do interior dos estados brasileiros e aumenta significativamente na população de baixa escolaridade e baixa renda.
- Casos da doença no Brasil somam 22.343.

1995

- Até esse ano, a assistência medicamentosa era precária, contando somente com AZT (zidovudina), Videx e dideoxicitidina.
- Uma nova classe de drogas contra o HIV, os inibidores de protease (dificultam a multiplicação do HIV no organismo), é aprovada nos EUA.
- Zerti e Epivir, outros inibidores de transcriptase reversa, são lançados, aumentando as escolhas de tratamento.
- Estudos revelam que a combinação de drogas reduz a progressão da infecção, mas o custo do tratamento é de US\$ 10 mil a US\$ 15 mil por ano.
- Pesquisa demonstra que o tratamento precoce das DST, com conseqüente redução no tempo de evolução das doenças e de suas complicações, faz com que o risco de transmissão e aquisição do HIV diminuam. Com isso, a incidência do HIV reduz em 42%.
- Os números de casos no Brasil já somam 19.980.

1994

- Acordo com o Banco Mundial dá impulso às ações de controle e prevenção às DST e à aids previstas pelo Ministério da Saúde.
- Estudos mostram que o uso do AZT ajuda a prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho durante a gravidez e o parto.
- Definição para diagnosticar casos de aids em crianças .
- Brasil registra 18.224 casos de aids.

1993

- Início da notificação da aids no Sistema Nacional de Notificação de Doenças (SINAN).
- Morre de aids o bailarino russo Rudolf Nureyev.
- A atriz Sandra Brea (1952-2000) anuncia que é portadora do vírus.
- Brasil passa a produzir o AZT (coquetel que trata a aids).
- Total de casos notificados no Brasil: 16.760.

1992

- Primeiro estudo sobre o uso de várias drogas combinadas contra o HIV. Pesquisa aponta a importância das doenças sexualmente transmissíveis (DST) como cofator para a transmissão do HIV, podendo aumentar o risco de contágio do HIV em até 18 vezes.
- Os médicos americano Robert Gallo e francês Luc Montagnier chegam a um acordo definitivo sobre o crédito da descoberta do vírus.
- A sociedade brasileira indigna-se quando a menina Sheila Cartopassi de Oliveira, de cinco anos, tem a matrícula recusada em uma escola de São Paulo, por ser portadora de HIV.
- Inclusão, no código internacional de doenças, da infecção pelo HIV.
- Ministério da Saúde inclui os procedimentos para o tratamento da aids na tabela do SUS.
- Início do credenciamento de hospitais para o tratamento de pacientes com aids.
- Lançamento da campanha Vamos todos contra a aids de mãos dadas com a vida.
- Os casos da infecção pelo HIV no Brasil chegam a 14.924.

1991

- Inicia-se o processo para a aquisição e distribuição gratuita de antirretrovirais (medicamentos que dificultam a multiplicação do HIV).
- Lançamento do Videx (ddl), que como o AZT faz parte de um grupo de drogas chamadas inibidores de transcriptase reversa.
- Dez anos depois de a aids ser identificada, a Organização Mundial da Saúde anuncia que 10 milhões de pessoas estão infectadas com o HIV pelo mundo.
- O jogador de basquete Magic Johnson anuncia que tem HIV.
- Já são 11.805 casos de aids no Brasil.

1990

- O cantor e compositor Cazuza morre, aos 32 anos, em decorrência da aids.

1989

- Morre de aids o ator da TV Globo Lauro Corona, aos 32 anos.
- Ativistas forçam o fabricante do AZT, Burroughs Wellcome, a reduzir em 20% o preço do remédio.
- Durante Congresso de Caracas, na Venezuela, profissionais da saúde definem novo critério para a classificação de casos de aids.
- Brasil registra 6.295 casos de aids.

1988

- No Brasil, uma portaria assinada pelo ministro da Saúde, Leonardo Santos Simão, passa a adotar o dia 1º de dezembro como o Dia Mundial de Luta contra a Aids.
- Morre o cartunista Henrique de Souza Filho, o Henfil, aos 43 anos, em decorrência da aids.
- Criação do Sistema Único de Saúde.
- O Ministério da Saúde inicia o fornecimento de medicamentos para tratamento das infecções oportunistas.
- Primeiro caso diagnosticado na população indígena.
- Os casos notificados no Brasil somam 4.535.

1987

- Criação do Primeiro Centro de Orientação Sorológica (COAS), em Porto Alegre (RS).
- Questiona-se a definição de comportamentos sexuais tidos como anormais.
- Início da utilização do AZT, medicamento para pacientes com câncer e o primeiro que reduz a multiplicação do HIV.
- Os ministérios da Saúde e do Trabalho incluem as DST/aids na Semana Interna de Prevenção de Acidentes no Trabalho e Saúde.
- A Assembleia Mundial de Saúde, com apoio da Organização das Nações Unidas (ONU), decide transformar o dia 1º de dezembro em Dia Mundial de Luta contra a Aids, para reforçar a solidariedade, a tolerância, a compaixão e a compreensão em relação às pessoas infectadas pelo HIV. A escolha dessa data seguiu critérios próprios das Nações Unidas.
- Os casos notificados no Brasil chegam a 2.775.
- 1986
- Criação do Programa Nacional de DST e Aids, pelo ministro da Saúde Roberto Santos.
- 1985
- Fundação do Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA), primeira ONG do Brasil e da América Latina na luta contra a aids.
- Diferentes estudos buscam meio diagnóstico para a possível origem viral da aids.
- O primeiro teste anti-HIV é disponibilizado para diagnóstico.
- Caracterização dos comportamentos de risco no lugar de grupo de risco.
- Descoberta que a aids é a fase final da doença, causada por um retrovírus, agora denominado HIV (Human Immunodeficiency Virus, em inglês), ou vírus da imunodeficiência humana.
- Primeiro caso de transmissão vertical (da mãe grávida para o bebê).

1984

- A equipe de Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, na França, isola e caracteriza um retrovírus (vírus mutante que se transforma conforme o meio em que vive) como o causador da aids.
- Início da disputa, entre os grupos do médico americano Robert Gallo e do francês Luc Montagnier, pela primazia da descoberta do HIV.
- Estruturação do primeiro programa de controle da aids no Brasil, o Programa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

1983

- Primeira notificação de caso de aids em criança.
- Relato de caso de possível transmissão heterossexual.
- Homossexuais usuários de drogas são considerados os difusores do fator para os heterossexuais usuários de drogas.
- Relato de casos em profissionais de saúde.
- Primeiras críticas ao termo grupos de risco (grupos mais vulneráveis à infecção).
- Gays e haitianos são considerados principais vítimas.
- Possível semelhança com o vírus da hepatite B.
- Focaliza-se a origem viral da aids.
- No Brasil, primeiro caso de aids no sexo feminino.

1982

- Adoção temporária do nome Doença dos 5 H, representando os homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroínômanos (usuários de heroína injetável) e hookers (nome em inglês dado às profissionais do sexo).
- Conhecimento do fator de possível transmissão por contato sexual, uso de drogas ou exposição a sangue e derivados.
- Primeiro caso decorrente de transfusão sanguínea .
- Primeiro caso diagnosticado no Brasil, em São Paulo.

1981

- Primeiras preocupações das autoridades de saúde pública nos EUA com uma nova e misteriosa doença.

1980

- Primeiro caso no Brasil, em São Paulo, também só classificado em 1982.

1977 e 1978

- Primeiros casos nos EUA, Haiti e África Central, descobertos e definidos como aids, em 1982, quando se classificou a nova síndrome.

ANEXO III

Aids no Brasil

Dados do Boletim Epidemiológico Aids 2010 reforçam tendência de queda na incidência de casos de aids em crianças menores de cinco anos. Comparando-se os anos de 1999 e

2009, a redução chegou a 44,4%. O resultado confirma a eficácia da política de redução da transmissão vertical do HIV (da mãe para o bebê). Mas, em relação aos jovens, pesquisa inédita aponta que, embora eles tenham elevado conhecimento sobre prevenção da aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, há tendência de crescimento do HIV.

O levantamento feito entre jovens, realizado com mais de 35 mil meninos de 17 a 20 anos de idade, indica que, em cinco anos, a prevalência do HIV nessa população passou de 0,09% para 0,12%. O estudo também revela que quanto menor a escolaridade, maior o percentual de infectados pelo vírus da aids (prevalência de 0,17% entre os meninos com ensino fundamental incompleto e 0,10% entre os que têm ensino fundamental completo).

O resultado positivo para o HIV está relacionado, principalmente, ao número de parcerias (quanto mais parceiros, maior a vulnerabilidade), coinfeção com outras doenças sexualmente transmissíveis e relações homossexuais. O estudo é representativo da população masculina brasileira nessa faixa etária e revela um retrato das novas infecções. “Por isso, estamos investindo cada vez mais em estratégias para essa população”, explica o diretor.

Atento a essa realidade, o governo brasileiro tem desenvolvido e fortalecido diversas ações para que a prevenção se torne um hábito na vida dos jovens. A distribuição de preservativos no país, por exemplo, cresceu mais de 100% entre 2005 e 2009 (de 202 milhões para 467 milhões de unidades). Os jovens são os que mais retiram preservativos no Sistema Único de Saúde (37%) e os que se previnem mais. Modelo matemático, calculado a partir dos dados da PCAP, mostra que quanto maior o acesso à camisinha no SUS, maior o uso do insumo.

A Saúde também atua na ampliação do diagnóstico do HIV/aids - que é uma medida de prevenção, já que as pessoas que conhecem a sua sorologia podem se tratar para evitar novas infecções. Em quatro anos (2005 a 2009), o número de testes de HIV distribuídos e pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) mais que dobrou: de 3,3 milhões para 8,9 milhões de unidades. Da mesma forma, o percentual de jovens sexualmente ativos que fizeram o exame aumentou - de 22,6%, em 2004, para 30,1%, em 2008.

Aids no Brasil - Os novos números da aids (doença já manifesta) no Brasil, atualizados até junho de 2010, contabilizam 592.914 casos registrados desde 1980. A epidemia continua estável. A taxa de incidência oscila em torno de 20 casos de aids por 100 mil habitantes. Em 2009, foram notificados 38.538 casos da doença.

Observando-se a epidemia por região em um período de 10 anos - 1999 a 2009 - a taxa de incidência no Sudeste caiu (de 24,9 para 20,4 casos por 100 mil habitantes). Nas outras regiões, cresceu: 22,6 para 32,4 no Sul; 11,6 para 18,0 no Centro-Oeste; 6,4 para 13,9 no Nordeste e 6,7 para 20,1 no Norte. Vale lembrar que o maior número de casos acumulados está concentrado na região Sudeste (58%).

Atualmente, ainda há mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres, mas essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. Esse aumento proporcional do número de casos de aids entre mulheres pode ser observado pela razão de sexos (número de casos em homens dividido pelo número de casos em mulheres). Em 1989, a razão de sexos era de cerca de 6 casos de aids no sexo masculino para cada 1 caso no sexo feminino. Em 2009, chegou a 1,6 caso em homens para cada 1 em mulheres.

A faixa etária em que a aids é mais incidente, em ambos os sexos, é a de 20 a 59 anos de idade. Chama atenção a análise da razão de sexos em jovens de 13 a 19 anos. Essa é

a única faixa etária em que o número de casos de aids é maior entre as mulheres. A inversão apresenta-se desde 1998, com oito casos em meninos para cada 10 em meninas.

Em números absolutos, é possível ver como a redução de casos de aids em menores de cinco anos é expressiva: passou de 954 casos, em 1999, para 468, no ano passado. Quando todas as medidas preventivas são adotadas, a chance de transmissão vertical cai para menos de 1%. Às gestantes, o Ministério da Saúde recomenda o uso de medicamentos antirretrovirais durante o período de gravidez e no trabalho de parto, além de realização de cesárea para as mulheres que têm carga viral elevada ou desconhecida. Para o recém-nascido, a determinação é de substituição do aleitamento materno por fórmula infantil (leite em pó) e uso de antirretrovirais. A medida consta do Plano de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, lançado em 2007 e pactuado com estados e municípios.

Em relação à forma de transmissão entre os maiores de 13 anos de idade prevalece a sexual. Nas mulheres, 94,9% dos casos registrados em 2009 decorreram de relações heterossexuais com pessoas infectadas pelo HIV. Entre os homens, 42,9% foram por relações heterossexuais, 19,7% homossexuais e 7,8% bissexuais. O restante foi por transmissão sanguínea e vertical.

Apesar de o número de casos no sexo masculino ainda ser maior entre heterossexuais, a epidemia no país é concentrada. Isso significa que a prevalência da infecção na população de 15 a 49 anos é menor que 1% (0,61%), mas é maior do que 5% nos subgrupos de maior risco para a infecção pelo HIV - como homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo.

O coeficiente de mortalidade vem-se mantendo estável no país, a partir de 1998 (em torno de 6 óbitos por 100 mil habitantes). Observa-se queda no Sudeste, estabilização no Centro-Oeste e Sul. Norte e Nordeste registram queda no número de óbitos.

Fonte: Programa Nacional DST/Aids – Ministério da Saúde