

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Larissa Soares Macário

A prevenção ao HIV/AIDS para adolescentes: uma reflexão sobre a Orientação Sexual nas
escolas e o diálogo sobre a sexualidade no seio familiar

Rio de Janeiro

2013

Larissa Soares Macário

A prevenção ao HIV/AIDS para adolescentes: uma reflexão sobre a Orientação Sexual nas escolas e o diálogo sobre a sexualidade no seio familiar

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Vigilância em Saúde.

Orientador: Catia Oliveira

Co-orientador: Juliana Oliveira do Amaral

Rio de Janeiro

2013

(Ficha Catalográfica)

Larissa Soares Macário

A prevenção ao HIV/AIDS para adolescentes: uma reflexão sobre a Orientação Sexual nas escolas e o diálogo sobre a sexualidade no seio familiar

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Vigilância em Saúde.

Aprovado em

BANCA EXAMINADORA

(Profa. Ms. Ieda Barbosa – LAVSA / EPSJV / FIOCRUZ)

(Profa. Ms. Marta Gomes – LAVSA / EPSJV / FIOCRUZ)

*Dedico este trabalho
aos meus pais, Solange e Ivan;
aos meus avós, Olívia e Antônio.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a minha família (minha mãe, pai, avó e avô), pois sempre estiveram ao meu lado me ajudando dando apoio e conselhos que sempre me fortaleceram psicologicamente. Minha base familiar me deu uma ótima estrutura emocional e contribuiu fundamentalmente para meu caráter e para quem sou hoje.

Também agradeço ao meu namorado Rafael, que mais do que um simples namorado é um amigo; um irmão, em quem confio muito, pois desde que o conheci sempre me apoiou e me ajudou muito, através do carinho, das conversas e dos abraços na hora em que eu mais precisava de conforto emocional.

Além da minha família e do meu namorado, agradeço aos meus amigos, quase irmãos, Ana Carolina e Cayo, meus amigos da Politécnica (Rayzza, Priscila, Thamires, Thyago, Rodrigo, João Pedro, Guilherme, Kelvin e Lucas Moreti) e minha orientadora Catia Oliveira e coorientadora Juliana Amaral.

“Acreditamos que a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda. Se a nossa opção é progressiva, se estamos a favor da vida e não da morte, da equidade e não da injustiça, do direito e não do arbítrio, da convivência com o diferente e não de sua negação, não temos outro caminho se não viver a nossa opção. Encarná-la, diminuindo, assim, a distância entre o

que dizemos e o que fazemos". (Paulo Freire)

RESUMO

O HIV/AIDS suscitou inúmeras críticas e reações em escala global, promovendo uma reorganização nas áreas da saúde, dos direitos humanos e da sexualidade. A necessidade de criar soluções a partir do ato sexual desprotegido só foi possível com a redução do preconceito sobre a temática sexual, uma vez que, ela se configurava e ainda atua como principal categoria de transmissão do HIV/AIDS na população geral. Em adolescentes, esta categoria continua sendo a mais eminente e embora haja metodologias que focalizem a melhor maneira de conduzir o comportamento sexual, parece que a epidemia de HIV/AIDS ainda não apresenta tendência de diminuição neste público. Sendo assim, é a partir da magnitude alcançada pelo HIV/AIDS na adolescência e sua relação com a introdução da Orientação Sexual nas escolas e da comunicação familiar em face da sexualidade que este estudo se estrutura, problematizando essas questões, como formas de prevenção ao HIV/AIDS para adolescentes de 13 a 19 anos.

Palavras-Chave: HIV/AIDS. Adolescentes. Educação sexual. Família.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 Mapa de jovens de 15 a 24 anos vivendo com HIV distribuídos nos continentes do globo em 2001.....	24
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Percentual de casos de HIV/AIDS no mundo em 1993.....	16
Gráfico 2	Pessoas vivendo com HIV	19
Gráfico 3	Novas infecções por HIV e mortes por AIDS relatadas.....	20
Gráfico 4	Taxa de incidência de AIDS (por 100.000 habitantes) segundo região de residência e ano de diagnóstico. (Brasil, 1998 a 2008).....	30
Gráfico 5	Número de casos de AIDS e razão de sexos, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1987 a 2010.....	32
Gráfico 6	Taxa de detecção de HIV em gestantes por (1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2000 a 2010.....	33

LISTA DE SIGLAS

AIDS Acquired Immunodeficiency Syndrom

HIV Human Immunodeficiency Virus

ONG Organização Não- Governamental

OMS Organização Mundial da Saúde

PTV Prevenção à Transmissão Vertical

PCN Parâmetros Curriculares Nacionais

PNDST/AIDS Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ Acquired Immunodeficiency Syndrom

SICLOM Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SIM Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN Sistema de Informações de Agravos Notificáveis

SISCEL Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

UN United Nations

UNAIDS United Nations Acquired Immunodeficiency Syndrom

UNICEF United Nations Children's Fund

WHO World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 JUSTIFICATIVA.....	12
1.2 OBJETIVOS.....	13
1.2.1 Objetivo geral.....	13
1.2.2 Objetivos específicos.....	13
1.3 METODOLOGIA.....	13
2 O HIV/AIDS NO MUNDO, NO BRASIL E NOS ADOLESCENTES.....	14
2.1 O HIV/AIDS NO CENÁRIO MUNDIAL.....	14
2.2 O HIV/AIDS EM ADOLESCENTES: BREVE PANORAMA DA EPIDEMIA NESTE PUBLICO EM ESCALA GLOBAL.....	17
2.3 O HIV/AIDS CHEGA AO BRASIL.....	20
2.4 ADOLESCENTES E O HIV/AIDS NO BRASIL.....	29
3 A EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS.....	32
3.1 CONCEITUANDO A EDUCAÇÃO SEXUAL: SIGNIFICADOS E OBJETIVOS DA DISCIPLINA	32
3.2 UM BREVE RECORTE HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS.....	34
4 A IMPORTANCIA DA DISCUSSÃO SEXUAL NO AMBIENTE FAMILIAR.....	41
4.1 A COMUNICAÇÃO NA FAMÍLIA: PAIS, ADOLESCENTES E SEXUALIDADE.....	41
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS.....	50

1 INTRODUÇÃO

1.1 JUSTIFICATIVA

O interesse pelo tema surgiu em 2010, com uma aula de IEP Saúde. Sua abordagem era a descrição da epidemia HIV/AIDS, catalogando algumas de suas principais características como modos de transmissão, agente etiológico, formas de tratamento, além do contexto político, social, econômico e cultural que eram configurados de acordo com sua expansão. Entretanto, meu fascínio se manifestava na capacidade de transmissão do HIV e seus respectivos aspectos epidemiológicos. Contudo, aprofundando-me no tema, percebi que a temática HIV/AIDS permeava principalmente o campo dos direitos humanos, emergindo secundariamente à análise clínica da síndrome. Logo, estabeleci que o tema tratado na minha monografia seria HIV/AIDS. No entanto, estava em dúvida em qual público focalizaria no meu estudo. Assim, continuei pesquisando e foi em junho de 2012, que decidi finalmente trabalhar com a população jovem devido à sua magnitude nas estatísticas de HIV/AIDS desde o advento da epidemia até a década atual.

Ao ler artigos sobre este tema identifiquei a importância de problematizar as formas de prevenção ao HIV/AIDS neste grupo, refletindo sobre a educação sexual nas escolas e a discussão sexual no ambiente familiar. Estas temáticas e a maneira como são tratadas e levadas aos jovens circunscrevem o comportamento do indivíduo na sociedade, através da formação de valores e princípios morais que conduzirão seu comportamento. Assim, eu optei por investir nestas esferas, já que se configuram como processos interventivos da vida do indivíduo e que auxiliam na prevenção ao HIV/AIDS na juventude, através da abordagem sobre a sexualidade.

1.2 OBJETIVO

1.2.1 Objetivo geral

Este estudo tem por finalidade, problematizar a importância da educação sexual nas escolas e no âmbito familiar, como formas de prevenção do HIV/AIDS em adolescentes de 13 a 19 anos.

1.2.2 Objetivos específicos

- Descrever um breve histórico do HIV/AIDS no Brasil;
- Identificar a trajetória da epidemia entre os adolescentes brasileiros;

- Analisar a importância da educação sexual nas escolas;
- Estudar a comunicação familiar como ator participativo na prevenção do HIV/AIDS entre os adolescentes.

1.3 METODOLOGIA

Esta monografia se caracteriza como estudo teórico, se caracterizando por ser:

(...) aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc. Utiliza-se de dados ou de categorias teóricas já trabalhados por outros pesquisadores e devidamente registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados. O pesquisador trabalha a partir das contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos. (SEVERINO, 2007, p. 122)

De acordo com Lakatos e Marconi (1987) a pesquisa bibliográfica pretende subsidiar a pesquisa do estudante lhe conferindo originalidade e veracidade dos conceitos aplicados, através da leitura analítica de instrumentos científicos como livros, teses, artigos, boletins e outros meios análogos que exerçam mesma função. Em outras palavras, este estudo consiste, em uma revisão bibliográfica que sustente a intersecção das temáticas: HIV/AIDS, jovens, família e educação sexual nas escolas.

O público alvo desse estudo será os adolescentes na faixa compreendida entre 10 e 19 anos.

Primeiramente, será realizado um resgate histórico sobre o HIV/AIDS, descrevendo o contexto em que se inseriu no cenário mundial. Descrever-se-á também no primeiro capítulo, a trajetória do HIV/AIDS no Brasil, apresentando as dificuldades e os avanços no combate à epidemia. Logo em seguida enunciarei a manifestação da síndrome no público que estou estudando, isto é, os jovens no Brasil e após o término deste primeiro capítulo, será iniciada uma discussão sobre educação sexual nas escolas abordando seus objetivos, significados, seus avanços e retrocessos na atualidade. E no último capítulo, cujo foco é o diálogo familiar a respeito da sexualidade, falar-se-á brevemente da instituição familiar como ator participativo na sexualidade dos jovens e na prevenção do HIV/AIDS entre os adolescentes.

Palavras-Chave: HIV/AIDS. Educação Sexual. Adolescentes. Família.

2 O HIV/AIDS NO MUNDO, NO BRASIL E NOS ADOLESCENTES

2.1 O HIV/AIDS NO CENÁRIO MUNDIAL

O HIV/AIDS emergiu no cenário mundial, na década de 80, e tem por agente etiológico, o vírus HIV. A origem do HIV ainda é duvidosa, pois não há provas que afirmem concretamente seu surgimento. Há hipóteses que descrevem o HIV como uma mutação do SIV- um vírus que provoca imunodeficiência no organismo símio, encontrado com frequência em macacos africanos- devido a certas semelhanças biológicas desses dois vírus. Embora haja controvérsias perante a origem do HIV, seu perfil biológico foi traçado por duas equipes: a equipe do Dr. Montagnier, na França, em 1983 que foi responsável pelo primeiro isolamento viral do HIV e a equipe do Dr. Gallo, nos EUA, em 1984 o caracterizou como agente causador da AIDS (BUCHALLA, 1995). Ambos descobriram que o HIV era pertencente à família dos retrovírus, cuja enzima transcriptase reversa, específica dos retrovírus, é a responsável pela síntese de DNA a partir de RNA. Pelas suas glicoproteínas, o HIV se conecta aos receptores das células de defesa do hospedeiro (linfócitos, monócitos e macrófagos) e liberando a integrase (enzima que insere o DNA viral no cromossomo da célula hospedeira), utiliza o material genético das células hospedeiras para sua própria reprodução. Ao entrar na célula e estabelecer seu material genético no interior da mesma, a célula não reproduz seu material genético, mas sim o do retrovírus. A explicação para a característica assintomática do HIV no organismo é dada pelo ciclo lisogênico do HIV. Por realizar este processo de replicação viral, o vírus estabelece-se na célula infectada por um período indeterminado, enquanto se fortalece duplicando seu material genético (AMABIS; MARTHO, 2004). Essa característica assintomática do portador de HIV dificulta a precisão da data do surgimento do primeiro caso de HIV/AIDS.

Os portadores que apresentavam sintomas tinham, de maneira geral, um quadro de enfermidade análogo, e que se expressava por meio de: presença de lesões cutâneas avermelhadas e nodulares, consequência do sarcoma de Kaposi, emagrecimento constante e presença de um tipo de Pneumonia inusitada, causada pelo fungo *Pneumocystis Carini*, cuja pneumonia provocada por tal microorganismo é consequência do distúrbio imunológico realizado pela ação do HIV no organismo (BENEDITO et al., 1999).

No início da epidemia, estes sintomas afetavam, no geral, homens jovens com idade entre 20 e 24 anos, pertencentes a uma classe econômica média e que apresentavam comportamentos homossexuais. A falta de conhecimento suficiente sobre a doença e o anúncio da doença pelos meios midiáticos, como uma epidemia exclusiva dos homens homossexuais, reforçava crenças religiosas que se contrapunham a tal opção sexual. Assim, com a divulgação da síndrome pela mídia, este grupo (denominado na época “grupo de risco”) sofreu severos preconceitos que ficaram marcados na historiografia da AIDS (Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais On-line, 2012).

Em 1982, verificou-se o aparecimento de novos casos por categoria de transmissão sanguínea. Esta se manifestava pela injeção de drogas intravenosas e de seringas mal esterilizadas em hospitais, atingindo principalmente, os portadores de hemofilia. Em 1983, houve aparecimento de casos em crianças e mulheres, o que indicava a possibilidade de transmissão heterossexual e vertical (Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais On-line, 2012).

Assim, as formas de transmissão sanguínea, vertical e heterossexual suscitaram inúmeras críticas referentes ao uso do termo “grupo de risco”. E em 1985, este termo deu lugar à expressão “grupo de maior vulnerabilidade”, no qual o comportamento é o que caracteriza o risco e não um grupo específico (Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais On-line, 2012).

De acordo com Man et al. (1992) apud Buchalla (1995), após a identificação e confirmação dos primeiros casos, foi estabelecido um método para determinar qual era a forma de transmissão mais incidente em cada região geográfica. Este método consistia na divisão de três grupos: Padrão I, Padrão II e Padrão III. Segundo Man et al.(1992) apud Buchalla (1995), o Padrão I de transmissão corresponde aos pontos regionais dos quais o vírus migrava no final década de 70 por contato homossexual e dos quais cresciam o numero de casos de portadores do vírus HIV pela transmissão de drogas intravenosas. Neste grupo, estão catalogados: os Estados Unidos da América, nações da Europa Ocidental, Austrália e algumas partes geográficas da América Latina. O Padrão II sinaliza a transmissão, predominantemente, pelo contato heterossexual e sanguínea, cuja má esterilização de seringas e outros aparatos médicos provoca a mobilidade desse vírus pela corrente sanguínea, descaracterizando o uso de drogas injetáveis, que não é

eminente nas regiões. São elas: nações pertencentes a África Subsaariana e o Caribe.

Por fim, o Padrão III enuncia a introdução do vírus na década de 80, cujo veículo transmissor se expressa nas práticas de prostituição e uso de drogas injetáveis. Estão classificados neste grupo: o Leste Europeu, o Oriente Médio, o Norte da África e os países da Ásia.

Em conformidade com a OMS, em 1993, ficou estabelecido, portanto, que 187 países contabilizavam 851.628 indivíduos com HIV registrados e distribuídos em 54 países da África, 45 países das Américas- com exceção dos EUA-, 38 da Ásia, 37 da Europa e 13 da Oceania, além dos Estados Unidos. O gráfico abaixo apresenta essa distribuição nos continentes observados:

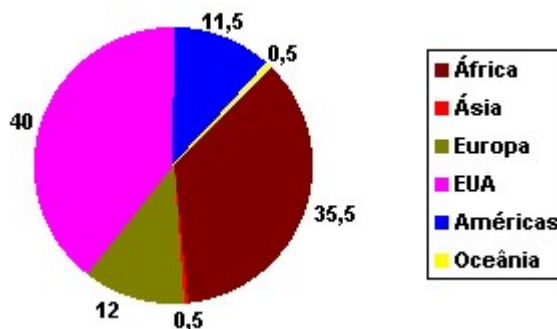


Gráfico 1- Percentual de casos de HIV/AIDS no mundo em 1993

Fonte: <<http://nutep.ea.ufrgs.br/pesquisas/saude/info11.html>> Disponível em 24 de novembro de 2012.

Há indícios que demonstram o aumento da prevalência de HIV desde 1993. De acordo com a UNAIDS (2011), o número de pessoas vivendo com HIV até o final de 2010 era de 34 milhões, um aumento de 17% desde 2001. Embora seja um aumento ainda expressivo, esforços têm sido realizados por Estados membros da ONU (Organização das Nações Unidas), representantes da sociedade civil e agências das Nações Unidas que se expressam por ações direcionadas a prevenção ao HIV, cuidado, suporte e tratamento às pessoas portadoras deste vírus, localizados em países de baixa e média renda. Alguns dos efeitos desses esforços resultaram em consequências positivas em âmbito global como a redução do número de infecções, tendo em 2010, 2,7 milhões de infecções, menor que em 2001, ano com 3,1 milhões de pessoas infectadas, aumento do acesso ao teste HIV e aconselhamento para mulheres grávidas com elevação de 27%

entre 2005 (8%) e 2010 (35%), o número de unidades de saúde que fornecem o Tratamento Anti- Retroviral (TARV) triplicou, passando de 7700 em 2007 para 22400 em 2010. Além destes compromissos, pode-se citar também: o maior acesso de crianças a TARV observado entre 2005 e 2010, no qual o número de crianças que recebem o tratamento passou de 71.500, no final de 2005, para 456.000, em 2010, o fornecimento da TARV para 48% das mulheres grávidas que possuem HIV, com repercussões positivas na transmissão vertical do vírus, a diminuição no número de mortes relatadas, consequência da promoção da TARV em países de baixa e média renda, que passou de 400.000 em 2003 para 6,65 milhões em 2010 (WHO, 2011).

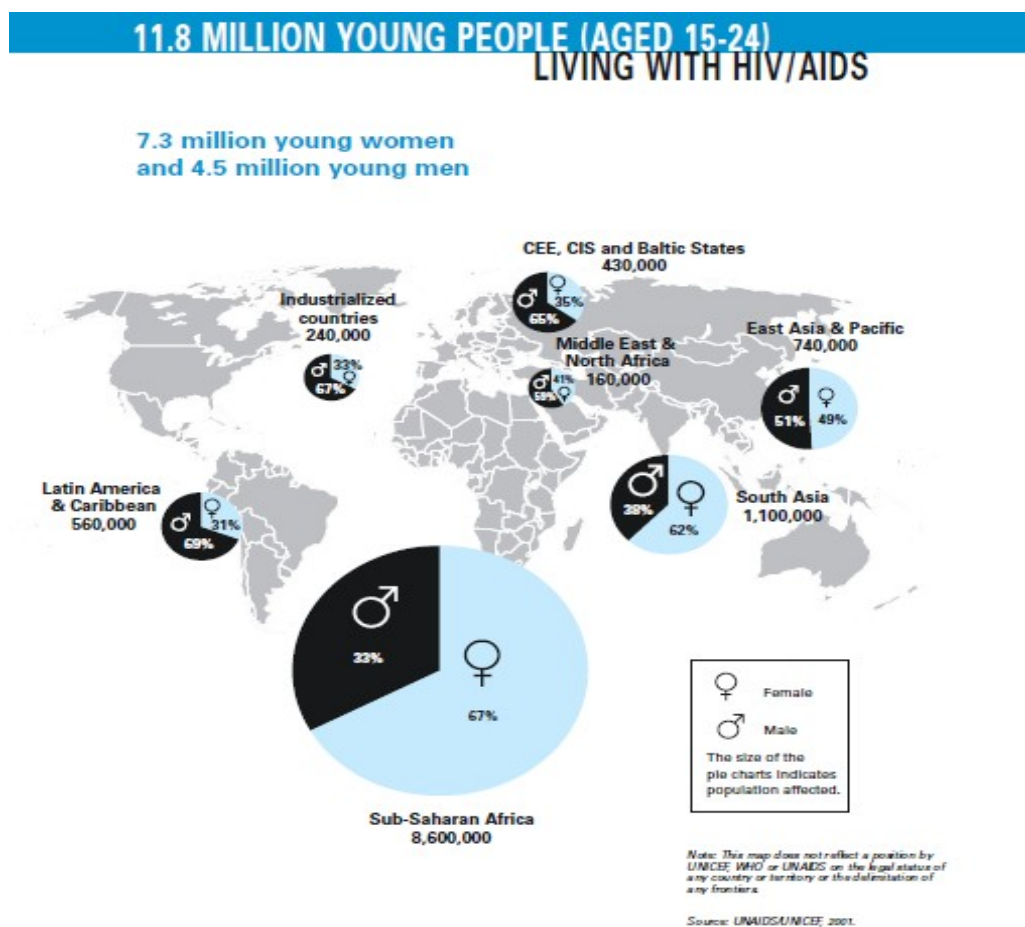
A disponibilidade da TARV se apresenta como um fator fundamental na luta contra esta epidemia e os efeitos provocados pelo acesso à terapia foram altamente satisfatórios e esperançosos, principalmente nos países subdesenvolvidos e aqueles em desenvolvimento. Segundo a UNAIDS (2011), mais de 2,5 milhões de mortes foram evitadas nesses países devido à introdução da TARV. Seus reflexos recaíram sobre os índices de mortalidade e morbidade, cuja redução foi contributiva, fornecendo maior expectativa de vida aos portadores de HIV e, por consequência, causando um impacto positivo tanto na saúde individual como na saúde pública.

Ainda que os esforços realizados pelas organizações governamentais e não governamentais sejam pertinentes na luta contra o HIV/AIDS em nível global, a reposta a este espectro epidemiológico possui repercussões diferentes nas regiões assoladas por ele, e de um modo geral ainda não possibilita construir um panorama que defina a epidemia como estabilizada ou não. Pode-se afirmar, entretanto, que a epidemia de HIV/AIDS começou a ser enfrentada realmente, no início do século XXI com a introdução da TARV em escala global, que propiciou aumento da sobrevivência dos portadores, diminuição das taxas de mortalidade, além de apontar também para redução de novas infecções. Entretanto, é importante citar que embora ações de promoção sejam extremamente relevantes tanto em nível individual como coletivo, os Estados e as organizações direcionadas ao enfrentamento contra o HIV/AIDS devem priorizar ações de prevenção que possam agir de maneira concomitante às ações já realizadas.

2.3 O HIV/AIDS EM ADOLESCENTES: BREVE PANORAMA DA EPIDEMIA NESTE PÚBLICO EM ESCALA GLOBAL

No tocante a epidemia em adolescentes, pode-se afirmar que estes representam mais da metade das novas infecções de HIV/AIDS, atualmente, além de serem as vítimas mais afetadas pelo HIV/AIDS desde o aparecimento da epidemia. Segundo a UNICEF, UNAIDS, WHO (2002), concentrar esforços neste publico é encontrar uma solução para esta epidemia, já que é o grupo etário mais suscetível a adotar métodos seguros e a modificar seus comportamentos de risco. Estimativas do relatório afirmam que 11,8 milhões de jovens estão sendo afetados pelo HIV/AIDS no mundo todo e que a cada dia, 6.000 jovens são infectados, mas apenas uma parte, sabe que é soropositivo. O relatório apresenta ainda, que os novos contágios de HIV/AIDS entre esses jovens podem estar associados ao desconhecimento sobre as formas de transmissão do HIV, à concepção de que são imunes ao vírus ou porque desconhecem o significado de adotar uma relação sexual segura.

O mapa a seguir apresenta de maneira global, a quantidade de jovens infectados pelo HIV localizados nos continentes do globo:



Map

a 1: Jovens com 15 a 24 anos vivendo com HIV distribuídos nos continentes do globo em 2001

Fonte: UNICEF, UNAIDS, WHO (2002)

Observando o mapa acima, nota-se que a proporção de homens e mulheres jovens vivendo com HIV/AIDS em 2001 é quase idêntica em algumas regiões, como o Oriente Médio e o Pacífico, e inversa em outras, como é o caso da África Subsaariana e do Sul da Ásia.

O HIV/AIDS na vida de mulheres jovens em âmbito global, conforme a UNAIDS (2012), possui taxas de infecção duas vezes mais alta do que em homens jovens, representando 22% de todas as novas infecções pelo HIV. As razões que justificam uma proeminência nas taxas de incidência e mortalidade das mulheres jovens pode estar associado a condições econômicas desfavoráveis, conjugando-as para uma posição submissa, em troca de favores, como na África Subsaariana. Assim, acabam por participar de sexo comercial; prostituição para sustentar suas famílias ou cuidar de si mesmas (UNICEF, UNAIDS, WHO, 2002).

Assim sendo as novas infecções na população jovem derivadas do ato sexual desprotegido seja este derivado de falta de informação, da existência de culturas locais que propiciem uma maior vulnerabilidade desses jovens, do risco a que se submetem ao engajarem-se na prostituição e a injeção de drogas intravenosas são fatores que reforçam a vulnerabilidade desses jovens, e que apresentam ainda, as ações insatisfatórias de nações e órgãos mundiais.

Assim, estratégias que tenham como cunho, a prevenção são alternativas pertinentes e significativas para a redução de taxas de incidência. As intervenções precisam contemplar as diferenças de gênero (habilitando leis que abarquem suas necessidades e a proteção de seus direitos), as realidades vividas por jovens que residem em áreas rurais e urbanas, a presença e a ausência dos jovens no sistema escolar, o estado civil desses jovens e o nível de vulnerabilidade a que se submetem (UNICEF, UNAIDS, WHO, 2002).

Além disso, essas estratégias de prevenção devem também reconhecer necessidades imediatas dos jovens, como moradia e alimentação, atreladas a necessidade de obter uma renda de forma segura, garantindo, por fim, sua saúde e seus direitos (UNICEF, UNAIDS, WHO, 2002).

Os governos podem conter a epidemia a um custo relativamente baixo, investindo em prevenção antes que o HIV/AIDS possa assolar mais jovens, oferecendo,

por fim, a informação e apoio que precisam para se prevenir da infecção, para que possam assim, promover mudanças em seus comportamentos, como o uso do preservativo no ato sexual, o adiamento da iniciação sexual e a redução do número de parceiros.

2.2 O HIV/AIDS CHEGA AO BRASIL

Depois de vitimar milhares de pessoas em diversas regiões do globo, o vírus HIV introduziu-se no Brasil no final da década de 70 (BRASIL, 2012a) – se for considerado o período de latência- e se mostrou feroz nas duas primeiras décadas. Somente entre 1980 e 1997 os casos notificados de HIV/AIDS totalizaram 162.843 (BRASIL, 2011b) e atualmente de acordo com BRASIL (2011a), foram notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom 608.230 casos de HIV/AIDS desde 1980 até junho de 2011.

O primeiro caso de HIV/AIDS no Brasil apareceu em 1980 e foi classificado como caso de HIV/AIDS em 1982, no Estado de São Paulo. Os primeiros enfermos eram jovens do sexo masculino, de nível universitário, predominantemente, homossexuais e pertenciam a classe econômica média (Pinto et al., 2007). Este fato indicava uma doença de transmissão sexual, intrínseca a orientação sexual do indivíduo, embora também existissem casos em indivíduos que faziam uso de drogas endovenosas. Entretanto, como o número de casos registrados em jovens homossexuais era muito maior do que em jovens usuários, a comunidade homossexual se tornou a vítima principal, sofrendo severos preconceitos, que desmascararam, ou simplesmente, resplandeceram de maneira clara e nítida, o domínio de uma cultura calcada em fundamentos aversivos à liberdade individual e ao que se afasta das estabelecidas regras sociais.

O papel da mídia neste contexto foi fundamental para a caracterização do termo “grupos de risco”, no que tange, majoritariamente, ao grupo homossexual, uma vez que, quase não havia informações sobre a epidemia a não ser aquelas divulgadas pelos meios midiáticos. Ainda que, existissem pouquíssimos casos de HIV/AIDS em crianças, mulheres e hemofílicos na década de 80, a mídia informativa focalizou o homossexualismo como vítima exclusiva do HIV/AIDS, devido a multiplicidade de casos de infecção por HIV. Um exemplo disso foi o título da

manchete da revista *Veja*, “Mal particular: hormônios causam doença em jovens homossexuais” que se referia ao HIV/AIDS como um “câncer gay” (GALVÃO, 2000; GTP, 2012; IBVV, 2012). Isto suscitava uma relação única e direta da patogenia com a comunidade homossexual. Além da mídia informativa, o cinema também popularizou este ideário.

Quase a totalidade dos primeiros casos notificados se localizava no Sudeste, especificamente, nas metrópoles nacionais (Rio de Janeiro e São Paulo) e também na região Sul. Entretanto, ao longo de sua trajetória o HIV/AIDS não se limitou a estas regiões, tampouco a um grupo populacional específico, expandindo-se para as demais macrorregiões (Norte, Nordeste e Centro-Oeste). Foram registrados entre 1980 a 2011, 28.248 casos na região Norte, 78.686 no Nordeste, 343.095 no Sudeste, 35.116 casos no Centro-Oeste e 123.069 na região Sul. Ainda que o Sudeste possua altas taxas de prevalência, apresenta-se estabilizado desde 1998. Na região Sul, nota-se um aumento nos índices de incidência até 2002, possuindo queda de novas infecções a partir do ano seguinte. O Centro-Oeste também apresenta taxa de incidência positiva, com tendência decrescente. No que tange ao Nordeste e Norte as estimativas não são positivas, pois o número de casos de infecção tende a elevar-se (Pinto et al., 2007). O gráfico abaixo enuncia lucidamente, o número de pessoas infectadas em cada macrorregião nacional:

Taxa de incidência de aids⁽¹⁾ (por 100.000 habitantes) segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 1998 a 2008

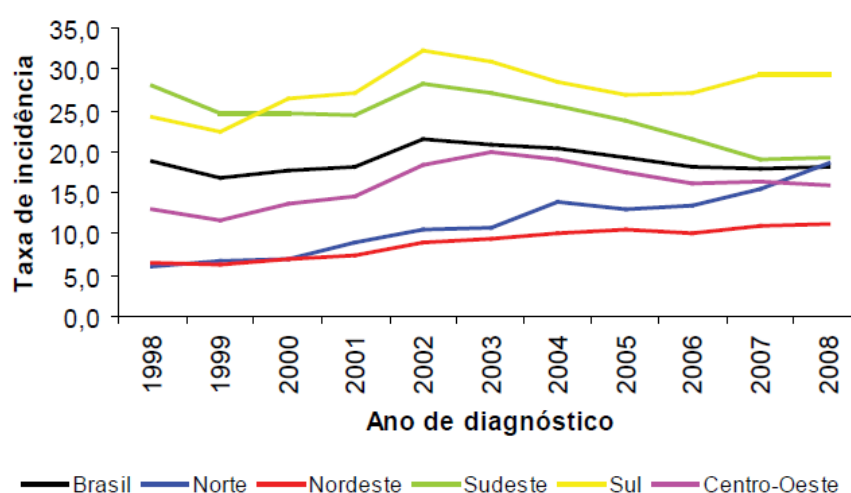


Gráfico 4: Taxa de incidência de AIDS (por 100.000 habitantes) segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 1998 a 2008)

Fonte: UNAIDS, 2010

Acoplada a essa expansão geográfica da epidemia, é notório que outros processos também são relevantes para enunciar a adaptação do vírus no país. São estes: a pauperização, interiorização, feminização e heterossexualização da epidemia.

O processo de pauperização é caracterizado pelo aparecimento de uma vasta quantidade de casos em pessoas com baixo nível de escolaridade e baixa renda se comparados com o alto nível de escolaridade das pessoas infectadas até 1985. Nos anos seguintes, a incidência em pessoas analfabetas ou com o ensino fundamental completo representou um percentual de 0,74, enquanto as pessoas com mais de 11 anos de escolaridade ou que possuíam ensino superior representaram somente 26% (BRITO, CASTILHO, SZWARCWALD, 2000). Uma pesquisa realizada em 2008 pelo Ministério da Saúde, PCAP (Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira 2008) corrobora este fato:

Para quase todos os indicadores analisados, o grau de conhecimento correto cresce com o aumento do grau de escolaridade (...). Em torno de 65% dos indivíduos com idade entre 15 e 64 anos com fundamental completo tinham conhecimento correto de cinco formas de transmissão do HIV, enquanto a proporção entre aqueles indivíduos com o primário incompleto não ultrapassou 40%. (BRASIL, 2011c, p.20)

O aumento de casos em pessoas com este nível de escolaridade pode estar relacionado com a ausência ou pouca presença de proteção social do Estado, no tocante ao difícil acesso aos serviços de saúde e informação (PINTO et al, 2007).

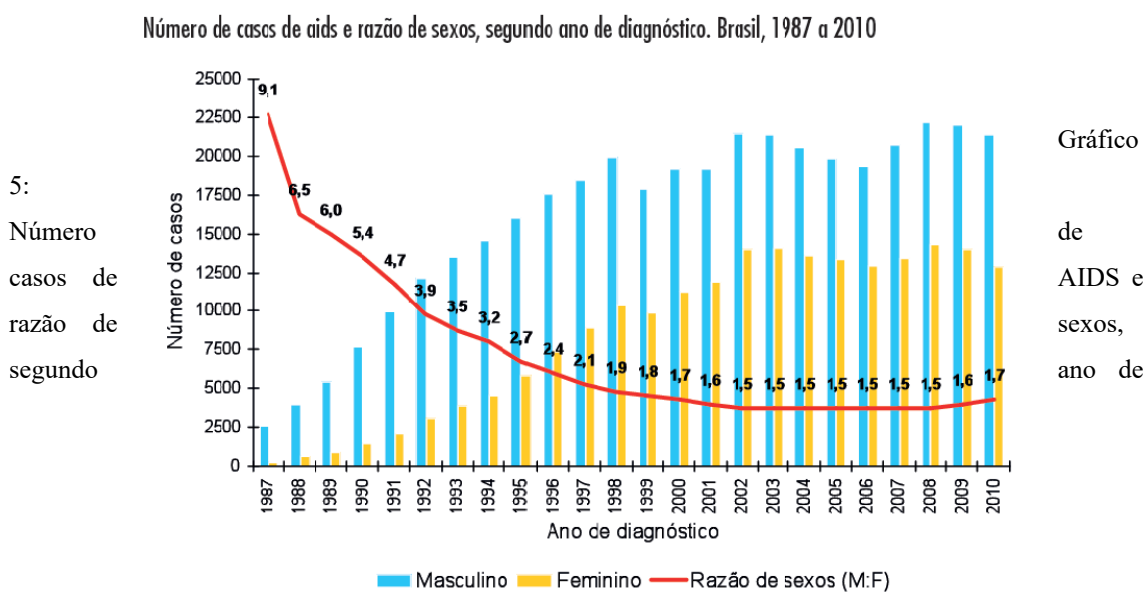
A interiorização é designada pela diminuição relativa de casos nas regiões metropolitanas (com exceção da região Sul) e o contínuo aumento de casos em cidades de pequeno porte, isto é, com menos de 50.000 habitantes. De acordo com BRASIL (2002):

Embora haja sinais de expansão recente da epidemia entre os municípios predominantemente rurais, a epidemia no Brasil ainda é um fenômeno urbano. Diferentemente do seu advento, 20 anos atrás, praticamente exclusivo aos grandes centros urbanos da Região Sudeste, a epidemia atual faz-se presente em quase 60% dos 5.548 municípios brasileiros, com disseminação maior nos últimos anos entre municípios pequenos, mais pobres e com menor renda per capita. (BRASIL, 2002, p. 111)

No tocante aos processos de feminização e heterossexualização do HIV/AIDS no Brasil, não se deve ater a cada um dos processos separadamente. É importante lembrar que, o aparecimento de casos em mulheres foi promovido por transmissão

sexual por meio de homens bissexuais, e que, atualmente, a dinâmica do contágio de HIV/AIDS entre a população se dá principalmente por transmissão heterossexual (BRITO, CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000). Nas mulheres, a principal categoria de transmissão continua a ser a heterossexual. Todavia, é crescente também a transmissão por via sanguínea, em mulheres que fazem injeção de drogas intravenosas e compartilham seringas com outros usuários e por sexual, com a realização do ato sexual com parceiros que também são toxicod dependentes (BRASIL, 2002).

O primeiro caso de HIV/AIDS em mulheres surgiu em 1982 (BRASIL, 2011a). A divulgação indevida de concepções dominantes, as quais afirmavam que somente alguns grupos com determinadas características, isto é, aqueles que pertenciam aos denominados “grupos de risco”, eram os únicos propensos a se infectar com o HIV interferiu de maneira negativa na saúde sexual das mulheres. Isto incidiu diretamente na diminuição de atitudes preventivas – uso do preservativo nas relações sexuais-, uma vez que afastou a percepção de vulnerabilidade feminina ao HIV, além de refletir no incremento absurdo de casos em mulheres e conseqüentemente, na redução da proporção de gêneros infectados pelo HIV e na implantação tardia de programas de prevenção direcionados às mulheres (BRASIL, 2002). O gráfico divulgado pelo Brasil (2011a) apresenta a evolução da epidemia no tocante a gênero no período compreendido entre 1987 a 2010:



diagnóstico. Brasil, 1987 a 2010

Fonte: BRASIL, 2011a

O processo de feminização da epidemia foi responsável pela transmissão materno-infantil. Esta se efetiva no momento do parto ou da amamentação e contabiliza 14.329 casos de 608.230 notificados desde 1980 até o ano de 2011, sendo que o caso pioneiro de transmissão vertical ocorreu em 1985 (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2002). De 1985 até 2000, o perfil etário desta categoria de transmissão sofreu algumas modificações. Enquanto que entre 1984 e 1990 o percentual de crianças de 0 a 4 anos com HIV representava 21%, entre 1991 e 2000, esta representação elevou-se para 84% (BRASIL, 2002). No intervalo temporal compreendido entre os anos 2000 e 2011, foram notificados no Sinan, 61.789 casos de gestantes soropositivas, dos quais 43,3% destes localizavam-se no Sudeste, 31,8% na região Sul, 13,7% no Nordeste, 5,6% no Centro-Oeste e 5,5% no Norte, percentuais estes que se expressam no gráfico a seguir para melhor visualização do panorama da transmissão vertical compreendido na primeira década do século XXI no Brasil:

Taxa de detecção de HIV em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2000 a 2010

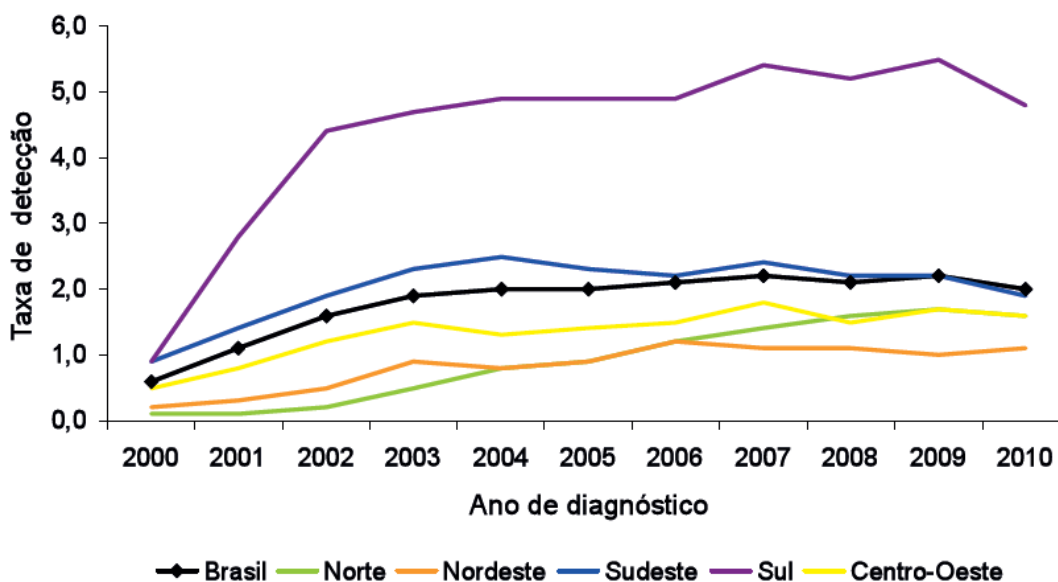


Gráfico 6: Taxa de detecção de HIV em gestantes por (1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2000 a 2010.

Fonte: BRASIL, 2011b

Observa-se, de modo geral, um declínio das taxas de infecção por HIV em

gestantes, com exceção da região Nordeste e, por conseguinte, da redução de casos de HIV/AIDS por transmissão vertical. Isto se dá, principalmente, por uma maior cobertura de serviços de saúde a estas gestantes, propiciado pelo acesso a assistência pré-natal e a testagem anti-HIV, possibilitando o diagnóstico precoce do vírus no organismo da gestante. Ao contrário do que ocorre no Nordeste (BRASIL, 2011b). Infere-se, pois, que o acesso ao aconselhamento, isto é, o conhecimento da gestante sobre os benefícios de profilaxia para si e seu bebê e ao teste anti-HIV nesta região ocorre com baixa frequência e resulta na contínua vulnerabilidade do bebê, e conseqüentemente, na tendência de crescimento de HIV/AIDS por transmissão vertical.

Além da transmissão vertical, outras duas formas de propagação por HIV estão elencadas na categoria de exposição sanguínea, que ocuparam e ainda ocupam posições alarmantes na historiografia do HIV/AIDS. São elas: a transfusão sanguínea e o uso de drogas injetáveis.

Quanto à transfusão sanguínea, no advento da epidemia, a transmissão do HIV pelo sangue e seus derivados provocou uma tragédia de seus dependentes, em especial os hemofílicos. Em 1984, 62% dos pacientes foram expostos a sangue infectado com HIV. Pressões sociais e o medo promovido pela emergência assustadora de casos relacionados à transfusão sanguínea exigiram uma resposta governamental rápida e efetiva. A resposta adotada se deu através da Portaria nº 721/GM, de 09 de agosto de 1989 e alterada pela Portaria nº 1376 de 19 novembro de 1993, publicada no Diário Oficial da União, em 02 de dezembro de 1993 que normalizava a padronização técnica a ser executada pelos bancos de sangue, referentes a coleta, processamento, e a exigência de testagem sanguínea para diagnóstico de anticorpos anti-HIV (BRASIL, 2002).

Quanto ao uso de drogas injetáveis, pode-se citar que desde o início da epidemia no Brasil, esta atividade conjugou-se como um perigo à população que a emprega. E atualmente, de 1980 até junho de 2011 é causa de 57.348 infecções, 25 em indivíduos com menos de 13 anos de idade e 57.323 em indivíduos com 13 anos ou mais (BRASIL, 2011c). A longa e veloz difusão de casos em usuários de drogas endovenosas, configura uma realidade preocupante associado ao HIV/AIDS e ao uso destas, em determinadas regiões, como o Sul e o Sudeste do país, representando uma tendência de crescimento de casos nestas regiões. Em 1984, 37% dos casos de HIV/AIDS por transmissão sanguínea eram derivados do compartilhamento de agulhas

e seringas. Em 1999 e 2000, essa categoria de exposição já ocupava 99% das infecções por transmissão sanguínea (BRASIL, 2002).

Em 1998, o Ministério da Saúde publicou uma campanha denominada “Se fosse seringa, você usava?” almejando a redução do compartilhamento de agulhas e seringas e, portanto, a prevenção ao HIV/AIDS nesta subcategoria (BRASIL, 2012b). Entretanto, segundo os dados apresentados pelo BRASIL (2011b), as ações não obtiveram uma intervenção tão impactante, quanto deveria, representando entre 1980 e 1997, 31.743 infecções por HIV em indivíduos com 13 anos ou mais e 15 infecções com menos de 13 anos.

O combate nacional à prevenção do HIV é um esforço que vem sendo executado conjuntamente pelo governo e pela sociedade civil, há quase três décadas, com o objetivo de superar o maior número possível de obstáculos impostos pelo vírus, desde sua chegada ao Brasil até a presente década. Estes entraves revelam suas marcas na história do HIV/AIDS que apresentam ganhos políticos não só pela atuação do governo, mas, principalmente, pelo papel que a sociedade desenvolveu neste processo.

A desconstrução do conceito de risco, quando reconhecida a vulnerabilidade de todos os indivíduos independente da faixa etária, orientação sexual ou gênero, a pressão de movimentos sociais organizados e a iniciativa de municípios e estados da federação, tornava explícito a necessidade de um apoio federal, visto a incidência e mortalidade cada vez mais elevadas e o ritmo de aceleração que o vírus se difundia pelo país era algo que não mais podia ser suportado, somente por iniciativas locais.

A trajetória do HIV/AIDS no Brasil se divide em quatro fases principais, no que tange ao enfrentamento à epidemia, assim como afirma Parker (1997) apud Pinto et al (2007) e Parker (1997) apud Marques (2002).

De acordo com o autor, a primeira fase de respostas políticas à epidemia, compreendida entre 1980 a 1985, é caracterizada principalmente, pela omissão governamental em nível federal, pelo caos social, determinado pelo preconceito, medo e pânico frente à epidemia. Neste período, a primeira resposta ao HIV/AIDS foi designada em 1983, com a criação do Programa de AIDS do Estado de São Paulo e com a notificação dos primeiros casos de HIV/AIDS (BRASIL, 2005; GRANGEIRO, SILVA, TEIXEIRA, 2009). A criação deste programa estadual se efetivou pela pressão da comunidade homossexual, que assustada com a veloz dinâmica da epidemia nos

Estados Unidos, demandou respostas do Estado que pudessem intervir nos efeitos da epidemia no Brasil (GRANGEIRO, SILVA, TEIXEIRA, 2009; PEREIRA, NICHATA, 2009). É nesta fase também, em 1985, que há a fundação da primeira ONG com atividade em HIV/AIDS no país, localizada em São Paulo, o Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA), e em 10 estados criam-se programas estaduais de DST/AIDS (Galvão, 2000).

A segunda fase, ocorrida entre 1986 a 1990, foi o período em que o HIV/AIDS foi classificado como um problema emergente de saúde pública. Foi uma fase marcada pelo enfrentamento ao HIV/AIDS em âmbito federal, representado pela criação do Programa Nacional de DST/AIDS (PNDST/AIDS), consequência da vasta quantidade de programas em patamares municipais e estaduais, pressionando o Estado a enfrentar a epidemia em escala nacional. O PNDST/AIDS se baseou na atual concepção de saúde, conquista da Reforma Sanitária, isto é, a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Foi também em 1986, ano em que a epidemia foi incluída na lista nacional de doenças de notificação compulsória, pela Portaria nº 1.100 de 24 de Maio de 1986 (BRASIL, 2005). Além disso, há alguns avanços importantes na luta contra o HIV/AIDS nesta fase. Inicia-se uma abordagem mais objetiva da epidemia, aumentando o apoio e a cooperação internacional, a iniciação de atividades de prevenção ao HIV/AIDS em ONGs e uma manifestação maior das pessoas soropositivas, criando-se assim: a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) em 1986, o Grupo Pela Vida (Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS) com participantes com e sem HIV, em 1989 e o grupo composto só por ativistas soropositivos, o Grupo de Incentivo à Vida (GIV) em 1990 (BRASIL, 2005). Esses novos atores sociais, ou seja, as ONGs, assumiram um papel diferente na história do HIV/AIDS:

Antes tidas como suporte técnico, financeiro e pedagógico das lideranças populares, essas organizações passaram a assumir posição central nas ações coletivas contra o HIV/AIDS a partir da década de 80, adotando demandas e ao mesmo tempo atuando como executoras da política; ou seja, elaborando e desenvolvendo projetos, propostas de soluções, planos e estratégias como respostas, sendo o Estado o grande financiador deste processo. (PEREIRA, NICHATA, 2011, p. 3250)

A terceira fase, definida entre 1990 a 1992, é regida pelo governo do presidente Fernando Collor. Este período é marcado, sobretudo, pelo afastamento entre o PNDST/AIDS, os programas estaduais e setores das organizações não governamentais

que possuíam participação no combate à epidemia. Isto provocou um rompimento na construção de políticas nacionais efetivas, enfraquecendo o papel das ONGS e dos estados, devido às iniciativas centralizadoras, que seguiam rumo contrário ao fundamento de integralidade do novo sistema de saúde, no qual o Programa estava embasado (MARQUES, 2002). Também nesta fase, em 1990 e 1991, houve um recrudescimento de ocorrências de HIV/AIDS de 100% em comparação a década de 80. Não obstante aos abismos nos relacionamentos entre setores e do aumento absurdo de casos, foi neste governo que se iniciou a política de acesso aos medicamentos antirretrovirais no Brasil. Em 1991, começa-se a distribuição de zidovudina (AZT) para soropositivos, autorizado pelo governo federal (BRASIL, 2005).

Em outras palavras, esta terceira fase da epidemia configurou-se como um retrocesso no tocante à arquitetura de uma resposta governamental, já que sua realização se deu maneira individualizada e afastada dos setores sociais e estaduais, enfraquecendo não só estes como também o PNDST/AIDS. Estes entraves repercutiram de maneira alarmante na proeminência de casos, durante a gerência de saúde pública do presidente Collor e somente com seu “impeachment”, foi possível reintroduzir as instâncias sociais e estaduais a agir de maneira conjunta com o Estado para formulação de diretrizes e estratégias direcionadas a políticas de prevenção e promoção na temática HIV/AIDS (BRASIL, 2005).

A quarta fase conceituada no intervalo entre 1993 até a década atual, remete a uma era de novas relações econômicas com organismos internacionais, a reorganização profissional interna da gestão do PNDST/AIDS, bem como a sua rearticulação com as ONGs e os estados da federação e a diminuição brusca das taxas de mortalidade, consequência da política de distribuição de medicamentos antirretrovirais, intensificada em 1996, quando se torna obrigatória o acesso gratuito e universal dos medicamentos anti-HIV no sistema público de saúde (GALVÃO, 2002). A engrenagem que motivou e manteve o sucesso do embate ao HIV/AIDS no Brasil foi possibilitada por acordos econômicos com o Banco Mundial viabilizados por meio de projetos.

Os projetos tinham como objetivo, estabelecer estratégias na luta contra o HIV/AIDS, direcionadas a prevenção, capacitação de profissionais de saúde e institucionalização de serviços de pesquisa e monitoramento do HIV/AIDS e de problemas de saúde decorrentes (MARQUES, 2003).

Outros aspectos relacionados à prevenção e ativismo nesse período também são destaques e reafirmam o bom desempenho da intersetorialidade ministrada pelas ONGs, pelo PNDST/AIDS, pelo Banco Mundial e pelas hierarquias governamentais desde 1993. São eles: as ações articuladas com as organizações da sociedade civil que garantem o vigor do PNDST/AIDS, a difusão de dezoito GAPAs e oito grupos Pela Vida, distribuídos pelo Brasil, em 1996, o financiamento de 1.681 projetos, entre 1998 e 2001, envolvendo 686 Organizações da Sociedade Civil (OSC) em todo o País, a criação de uma rede de atores sociais, que incluía a participação de universidades, instituições de pesquisas, sindicatos, igrejas, empresas privadas e organismos internacionais, as reivindicações de soropositivos e dos profissionais de saúde que sugeriam leituras mais críticas das leis já presentes, e por meio da inquietação perante estas, a geração de novas leis mais adequadas a uma política antidiscriminatória. A proeminência gradual de ações dirigidas aos grupos de maior vulnerabilidade à epidemia, no qual se incluem homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo, população carcerária (estima-se que 20% dessa população seja infectada pelo HIV) e alguns outros, envolvendo ampliação da cobertura, mobilização social, direitos humanos, controle social e acesso universal aos insumos básicos de prevenção, a criação do Fundo Global para o Combate a AIDS, Tuberculose e Malária, em 2002, a inserção do PNDST/AIDS como departamento da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e a inclusão do Programa Nacional para Prevenção e Controle das Hepatites Virais ao PNDST/AIDS, em 2009, também foram aspectos importantes e que determinam esta fase (BRASIL, 2005; BRASIL, 2012a).

De um modo geral, pode-se dizer que os percalços que o governo federal e os demais setores políticos que atuam na luta contra o HIV/AIDS enfrentam, como uma baixa cobertura de serviços em algumas regiões, a incidência em diferentes grupos populacionais, no que tange a gênero, faixa etária, escolaridade e orientação sexual e alguns outros que se assumem como entraves à eliminação de infecções no Brasil se confrontam com ganhos políticos muito importantes na historiografia do HIV/AIDS no Brasil que revelam não apenas, as contradições, como também a determinação e o esforço dos cidadãos brasileiros e de sua nação em conter a epidemia.

2.4 ADOLESCENTES E O HIV/AIDS NO BRASIL

O HIV/AIDS nos adolescentes apresentou tendência de aumento, principalmente em 1993 e 1995, se mantendo estabilizada a partir de 1996. Desde 1980 a 2011, 12.891 casos foram registrados, sendo 6.515 homens e 6.376 mulheres (BRASIL, 2011a).

No que tange a incidência de casos por HIV em adolescentes de acordo com sua residência observa-se a liderança das regiões Sul e Norte, sobre as demais. Entre, 1998 e 2010, a incidência de casos de HIV/AIDS elevou-se nas regiões Norte e Nordeste, diminuiu nas regiões Sudeste e Sul, mantendo-se estabilizada na Região Centro-Oeste.

As principais categorias de exposição na população adolescente são a sexual e a sanguínea por meio da utilização drogas injetáveis e compartilhamento de seringas, as quais determinam as altas taxas de infecção neste grupo (BRASIL, 2011a). De maneira geral, observa-se que tanto na população jovem masculina, quanto na feminina, a transmissão pelo ato sexual é a maior responsável pelas ocorrências de HIV. Este fato se deve pela realização de um comportamento sexual desprotegido, que carece da utilização de preservativos.

A última PCAP realizada em 2008 avaliou o conhecimento da população, acerca da temática HIV/AIDS, com enfoque nas formas de transmissão. O método de avaliação foi a aplicação de um questionário contendo as seguintes afirmações:

- 1) Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada com HIV;
- 2) Ter parceiro fiel e não infectado reduz o risco de transmissão do HIV;
- 3) O uso de preservativo é a melhor maneira de evitar a infecção pelo HIV;
- 4) Uma pessoa não pode ser infectada ao ser picada por um inseto
- 5) Uma pessoa não pode ser infectada pelo compartilhamento de talheres.

No que diz respeito ao grupo de indivíduos de 15 a 24 anos, adolescentes e jovens, o percentual dos que concordaram com todas as afirmações foi de apenas 51,7%, 97% sabem que a relação sexual desprotegida configura-se como um risco de contágio e 67% concordaram com a afirmação: “Se uma mulher grávida que esteja com o vírus da aids receber tratamento específico durante a gravidez e no momento do parto, ela diminui o risco de passar o vírus da aids para o seu filho” (BRASIL, 2011c). Outros dados importantes reconhecidos pela pesquisa é que o uso do preservativo é mais intenso em adolescentes, se comparados às outras faixas etárias (25- 49 e 50- 64 anos), são os indivíduos que mais buscam preservativos, sendo o serviço de saúde pública, o lugar de maior acesso e a escola, o segundo lugar. Além disso, cabe destacar também

que o uso do preservativo diminui quando há parceiros fixos. O percentual de jovens que iniciam sua atividade sexual antes dos 15 anos é maior do que nas outras faixas etárias, assim como o número de parceiros, a relação sexual com pessoas conhecidas por redes sociais virtuais e com pessoas do mesmo sexo (BRASIL, 2011d).

Quanto à utilização do preservativo, verificou-se que:

[...] apesar do grande conhecimento sobre a importância do preservativo, do seu alto uso na última relação sexual, respectivamente 67,8% e 55,0% com parceiro casual ou com qualquer parceiro, e do seu maior uso em relação às demais faixas etárias em todas as situações, comparando os resultados das PCAP de 2004 e 2008, o uso regular do insumo tem se reduzido. O uso do preservativo com parceiros casuais nos últimos 12 meses diminuiu de 58,4% (2004) para 49,6% (2008) e o seu uso com qualquer parceiro caiu de 39% para 32,6%. (BRASIL, 2011c)

A incidência de casos de HIV/AIDS na adolescência não pressupõe a necessidade da abstinência sexual, a repreensão aos jovens pelos seus atos e muito menos justificar a adolescência e a juventude como período de aventuras e sinônimo de riscos e irresponsabilidade, conseqüente de elevado número de casos de HIV/AIDS. O recrudescimento de ocorrências se justifica pela forma como as medidas preventivas são levadas a esses jovens. A carga de informações biológicas sobre a epidemia ou a imposição do medo ao HIV não efetiva ações de prevenção. A efetividade das políticas se manifesta principalmente no processo em que o jovem tem a percepção de seu risco, a partir de seu comportamento e quais são seus direitos e suportes oferecidos pelo Estado para que possam modificar seu comportamento no ato sexual, em fase da promoção de sua saúde e de quem lhe é próximo.

3 A EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS

3.1 CONCEITUANDO A EDUCAÇÃO SEXUAL: SIGNIFICADOS E OBJETIVOS DA DISCIPLINA

O ato de educar torna-se necessário quando o indivíduo executa atitudes consideradas erradas ou quando se torna o método de convencimento mais eficaz daquilo que se deseja incutir na mente de alguém. No momento em que a esfera temática é a sexualidade, a melhor forma argumentativa é a educação. Quando a sexualidade é tratada, em especial, na juventude conjuga-se como um campo decisivo para definir diferenças de gênero no que se refere à identidade, as quais podem potencializar a criatividade e a singularidade, bem como reproduzir divisões de caráter sexual de “assimetria e desigualdade”. É, pois, necessária que haja uma expressiva literatura no campo da sexualidade que esteja alocada na escola e na educação de jovens (CASTRO, ABRAMOVAY, SILVA, 2004).

A articulação da educação e da sexualidade é comparada por Souza Pinto (1997) apud Castro, Abramovay e Silva (2004) como uma junção de polos opostos, em virtude dos conteúdos sugeridos pelos temas. A educação sugere que os indivíduos sejam orientados sob conceitos da razão e do controle, utilizados para a vida em coletividade. E a sexualidade, se oporia a estes, pela individualidade, subjetividade e necessidade de observação de desejos e prazer. É no seio destes dois extremos que a educação sexual se funde: uma disciplina formada pelo jogo de informações atrelado a valores de uma determinada cultura.

Barroso e Bruschini (1982) argumentam que a educação sexual não consiste somente em um elenco de objetivos que se limitam ao desenvolvimento das qualidades humanas, mas sim atentar para os pilares em que está sendo desenvolvida a disciplina, isto é, se esta possui um caráter de formação ampla e, sendo assim, possibilitar “a livre discussão de normas e padrões de comportamento em relação ao sexo, bem como o debate sobre atitudes dos jovens frente à sua própria sexualidade”. Neste sentido, UNESCO (2009) aponta que uma política de educação sexual efetiva se manifestam no incentivo aos jovens de explorar suas atitudes e valores, além de oferecer informações científicas para que possa aplicá-las em suas decisões em face de sua saúde sexual.

Por ser um processo gradual, a educação sexual concentra-se na escola, esta considerada como um espaço de desenvolvimento psicossocial do indivíduo,

contemplando a fase da infância até a juventude. Bruzamarello (2010) conceitua a escola como o espaço ideal para abordagem da educação sexual. Para ela, a escola configura-se na sociedade como, um espaço de integração entre os indivíduos, tendo como missão, portanto, desenvolver mecanismos que atuem diretamente na formação e conduta dos jovens, nas mais variadas esferas da sua vida, além de garantir que a cidadania e o acesso às políticas públicas sejam incorporados a estes jovens.

Entretanto, Mielnick (1980) desconsidera que a educação sexual seja uma disciplina lecionada na escola, mas sim no seio familiar, progredindo junto ao amadurecimento psíquico e corporal da criança. Postula, pois, que na escola é a Orientação Sexual que ocupa seu espaço:

Consideremos “educação sexual” a educação dada pelos pais à criança, numa idade em que a mesma absorve instintivamente atitudes, gestos e ideias, incorporando-as ao arsenal de padrões psíquicos. Essas atitudes, gestos, vivências e ideias, preconceitos e superstições serão utilizadas, correta ou incorretamente, na tentativa de ajustamento psicosssexual e emocional do adolescente e mais tarde do adulto também.

Denominamos “orientação sexual” os esclarecimentos, noções e orientações dados deliberadamente, intencionalmente à criança por outras pessoas, além dos pais. A orientação sexual é dada por professores, médicos, assistentes sociais, ministros religiosos, orientadores educacionais e outros. (MIELNICK, 1980, p. 19 e 20)

Mielnick (1980) propõe que tanto orientação quanto a educação possuam seus espaços, mas adverte que tais conceitos devem caminhar juntos, a fim de promover o conhecimento acerca da sexualidade e suprir os questionamentos da criança e do adolescente.

Werebe (1977) apud Barroso, Bruschini (1982) discorre sobre a informação sexual e a educação sexual e assim como, Mielnick (1980), argumenta sobre a necessidade da ação conjunta da família e da escola. Werebe (1977) analisa essa diferença entre informação e educação sexual, baseando-se na neutralidade que a informação sexual possui se comparado aos diversos mecanismos alternativos que a educação sexual pode oferecer. Conclui assim que a informação sexual não deve estar desassociada da educação, mas sim a complementando de maneira que uma dê seguimento a outra, visando à absorção de informações e, por conseguinte aplicá-las ao comportamento do jovem.

A necessidade da implantação da educação sexual nas escolas destina-se a intervir, principalmente, aos agravos à saúde que ocorrem na adolescência e juventude

que tenham relação com a desenvoltura de sua sexualidade. Doenças sexualmente transmissíveis, abortos clandestinos e gravidez indesejada na juventude são assuntos tratados na educação sexual. As estimativas de ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis são assustadoras no Brasil. Dentre elas pode-se citar: a Sífilis com 937.000 infecções, a Gonorreia com 1.541.800, a Clamídia com 1.967.200, a Herpes genital com 640.900, HPV 685.400 casos. Nos jovens, as doenças mais frequentes são a Clamídia, Gonorreia e Aids (BRASIL, 2013).

Embora a educação sexual esteja sendo realizada, parece que sua missão não é tão bem cumprida assim. A análise feita por Fonseca (2002), cujo objetivo era descobrir quais as expectativas que os cidadãos possuem perante as ações de prevenção às DST/AIDS nas escolas brasileiras, parece corroborar esta realidade:

[...] observamos que as propostas de educação em saúde gestadas no campo da saúde e dirigidas à escola estabelecem princípios, objetivos, recomendações para a educação sexual de adolescentes e crianças sem, contudo, tematizar a escola como espaço social. Trata-se de uma produção que raramente se detém em discutir qual a especificidade da escola, como as teorias pedagógicas se relacionam com essas propostas educativas e, desse modo, a escola passa a ser uma categoria homogênea. (FONSECA, 2002, p.72)

Sendo assim, bem como analisado por Fonseca (2002), mesmo que a educação sexual contemple, teoricamente, a informação científica, as relações de gênero, a diversidade sexual, as dinâmicas de grupo, voltadas para a formação de valores, por meio de percepções, diálogos e métodos experimentais, o que se leciona atualmente, parece não atender as demandas daquilo em que se baseia, restringindo-se apenas ao conhecimento biológico, ligado a reprodução humana, aos métodos contraceptivos e o conhecimento sobre as doenças, indicando aos jovens somente os métodos de prevenção e consigo, implicações ideológicas normativas. Portanto, é preciso que a informação seja dada, mas também se deve ter o cuidado para não encaminhá-la de modo normativo e inculcar valores nos jovens, descartando seus valores e as opções a serem assumidas (BARROSO, BRUSCHINI, 1982).

3.2 UM BREVE RECORTE HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS

O principal ponto a se destacar em relação à educação sexual é a consideração social dada à disciplina e seu objeto entre os séculos XVIII e XX. A sua condenação e

dispensabilidade no século XIX, tratada como algo repugnante e confinada ao quarto dos conjugues que compunham a família burguesa no século XIX, assim como afirma Foucault (1999) veio a transformar-se, progressivamente, na necessidade de sua implantação, à medida que ocorriam transformações sociais (movimentos sociais, como feminista e gay, por exemplo) e o crescimento de agravos à saúde intrínsecos a sexualidade humana, como doenças venéreas, gravidez indesejada, e o conseqüente, aumento de abortos clandestinos. Era necessário, portanto, descriminalizar a sexualidade para compreendê-la e criar mecanismos que a utilizassem como solução para “corrigir aquilo que havia saído de controle”. A sexologia nascia, nesta época, como uma disciplina que se embasava em outras como a Biologia, a Psicologia, a Antropologia, a Sociologia e a História (FONSECA, 2002).

Sayão (1997) apud Castro, Abramovay e Silva (2004) aponta a evolução com relação a sexualidade nos séculos XVIII, XIX e XX. Enquanto que no século XVIII, a preocupação era voltada para as masturbações, no século XIX, a inquietação direcionava-se as doenças venéreas, a degenerescência da raça humana (forte influencia do movimento eugenista) e o aumento dos abortos clandestinos. No século XX, a educação sexual na escola viria desempenhar um papel de catalisador de ações corretas no que tangia à reprodução e ao controle dos instintos sexuais.

A educação sexual, no século XX, sofre avanços e recuos constantes quanto sua implementação (BARROSO, BRUSCHINI, 1982). Carmen da Silva da Revista *Claudia* (1978) apud Rosemberg (1985) resume a história da Educação Sexual em uma só frase: “Pela enésima vez, o Brasil redescobre a educação sexual.”. Frase que, sucintamente, afirma os avanços e retrocessos da educação sexual no Brasil.

De acordo com Vasconcellos (1915) apud Barroso e Bruschini (1982) a trajetória da Educação Sexual no Brasil inicia-se no começo do século XX, com a chegada de algumas correntes médicas e higienistas que obtiveram êxito na Europa e traziam consigo a necessidade de estabelecer a educação sexual como forma de combate às masturbações, às doenças sexualmente transmissíveis e que oferecesse às meninas, uma preparação para exercer adequadamente seu papel de mãe e esposa.

Na década de 20, surgiram algumas reivindicações, da qual se pode destacar, Berta Lutz que propôs uma educação sexual com objetivos mais amplos, como a proteção à infância e à modernidade que iam além da disciplina biologizada. Em 1928,

o Congresso Nacional aprova a proposta, mas a perseguição da mídia e forte influencia da Igreja Católica, os avanços da educação sexual retrocederam e vários docentes que tentaram incluir alguns conceitos de reprodução também sofreram coação e foram afastados, demitidos e até mesmo processados (CASTRO, ABRAMOVAY, SILVA, 2004; BARROSO, BRUSCHINI, 1982; FONSECA, 2002).

No que tange à associação entre a Igreja Católica e a educação, pode-se afirmar que a forte influencia desta instituição sobre o sistema escolar, foi um dos principais motivos que retardaram o progresso da educação sexual no país. Até a década de 60, a Igreja Católica se configurou como um impedimento à inclusão da educação sexual na escola devido à sua postura intensamente repressiva, ao seu domínio sobre a educação nacional, por herança histórica e por possuir uma extensa rede de ensino, disseminando seus valores e concepções (ROSEMBERG, 1985).

Seguindo esta perspectiva, seguindo ROSEMBERG (1985) a religião católica não só se manifestava no espaço escolar, como também por meio de publicações:

Editoras católicas (Ed. Vozes e Paulinas) publicaram livros de orientação que transmitiam uma imagem pecaminosa da manifestação da sexualidade. Organizações católicas que reuniam os leigos (como a Ação Católica) divulgavam cotação moral de espetáculos e filmes. Tentativas de ruptura com o clima repressivo da sociedade brasileira, através de filmes ou espetáculos, enfrentavam sistematicamente campanhas desencadeadas ou apoiadas pela Igreja Católica que acabavam por influenciar as autoridades políticas. (ROSEMBERG, 1985, p. 12)

O poder da Igreja Católica sobre o sistema educacional brasileiro só enfraqueceu com mudanças estruturais realizadas na própria Igreja, no tocante a sexualidade humana e sua relação com o plano divino e o fim da segregação sexual, culminando na formação de escolas mistas e no fechamento de outras. É importante lembrar também, que as primeiras iniciativas e esforços em defesa da educação sexual na esfera escolar no Brasil se iniciaram em escolas protestantes e laicas (ROSEMBERG, 1985).

De um modo geral, a repressão aos ativistas e aos docentes, a inconstância do setor político em manter uma posição firme a respeito da temática e a militância da Igreja Católica, a qual tomava uma postura claramente contrária a essa discussão, foram fatores determinantes para a inconstância do tema na escola, entre os anos 1930 e 1960. Esse cenário intensamente conflituoso, entre uma sociedade predominantemente conservadora com valores regados de ideais religiosos e movimentos intensos de modernização e liberalização, fez com que a discussão se estendesse até o final do

século XX.

No decorrer do século, ainda mesmo na década de 60, programas experimentais de educação sexual foram se desenvolvendo e tornando-se incidentes na região Sudeste, alguns existem até hoje. Exemplos disso são: a introdução da educação sexual em um colégio de Minas Gerais que inclui a disciplina no quarto ano ginásial, em 1963, no colégio Pedro de Alcântara em 1964, incluindo a disciplina em todas as series, e em outros três colégios, André Maurois, Infante Dom Henrique e Orlando Rouças em 1968, (estes primeiros localizados no Rio de Janeiro), no Colégio de Aplicação Fidelino Figueiredo, ministrado pelo Departamento de Educação da Faculdade de Filosofia da Universidade de São Paulo. É importante citar também, que alguns dos programas instalados nas escolas continham participação de pais e responsáveis de alunos (BARROSO, BRUSCHINI, 1982; ROSEMBERG, 1985; AQUINO, MARTELLI, 2012).

Mesmo que, não efetivassem uma política nacional de educação sexual naquele momento, contribuiu posteriormente, para a implantação da disciplina nas escolas em 1998, pela permanente insistência, dentro de todo contexto político em que se inseria, com os fatores já mencionados e com a pressão imposta pelo regime militar, período fortemente ligado à repressão em todos os campos vitais possíveis.

Em 1968, quando a deputada federal Julia Steimbruck, apresenta um projeto de lei (apoiado por alguns deputados, educadores e intelectuais) que apresentava a regulamentação da educação sexual nas escolas, no ensino fundamental e médio, tramitou até 1970, quando foi dado o juízo final. Atravessou a Comissão de Instituição e Justiça, recebendo parecer favorável do deputado Murilo Badaró (Arena/ MG) e contrário do deputado Rubem Nogueira (Arena/BA), para a Comissão Nacional de Moral e Civismo (órgão governamental criado no regime militar), onde obteve seu parecer final, dado por três conselheiros: o padre Francisco Lopes, o almirante Benjamin Sodré e o general Moacir Araújo Lopes. Em suma, os três conselheiros reprovaram o projeto, pronunciando-se contrários à regulamentação da educação sexual nas escolas. Para isso, empregaram discursos como: “em nome da Higiene, da Pedagogia e da Moral julgamos que se deve excluir dos programas de ensino uma iniciação coletiva feita nas escolas públicas” (padre Francisco Lopes), “a expressão ‘educação sexual’ deveria ser substituída por educação da pureza. A inocência é a melhor defesa para a pureza e a

castidade” (almirante Benjamin Sodré) e, a mais impactante e repercussiva, “Não se abre à força, um botão de rosa e, sobretudo, com as mãos sujas”, do general Moacir Araújo Lopes que sinaliza o ensino da sexualidade sinônimo daquilo que é imoral (mãos sujas), que extrairia das crianças, estas associadas aos seres puros da natureza (botão de rosa), sua inocência e pureza (FONSECA, 2002; ROSEMBERG 1985).

Não obstante às objeções ferrenhas ao projeto, não havia nenhuma repressão legislativa específica acerca da educação sexual e muitos orientadores educacionais continuaram desenvolvendo projetos voltados para esta temática enquanto que outros orientadores, educadores e professores coibidos pela elevada repressão imposta pelo Estado, assumiram uma postura de abstinência, e de certa forma, acabavam por “obedecer a uma lei que nem se quer, existia.”. Uma pesquisa efetuada pelo IV Congresso Brasileiro de Orientação Educacional em 1976, no estado de São Paulo, apresentou a existência de 56 projetos em torno da temática distribuídos em 16 estados da federação (BARROSO, BRUSCHINI, 1982).

Em 1974, o Conselho Federal de Educação aprovou o parecer 2264/74 feito pela conselheira Edília Coelho Garcia, que propunha uma noção de sexualidade aos jovens do Ensino Médio, o qual abrangia gestação, puberdade, educação sexual, saúde mental e puericultura. Com a aprovação do projeto dado pelo Conselho, Edília representa o Brasil no Primeiro Seminário Latino-Americano de Educação Sexual. A proposta de Edília tem impacto no parecer dado ao projeto de lei de Julia Steimbruck, o qual passa a ser integrado, pelo Conselho Federal de Educação, às propostas curriculares de Educação em Saúde, em 1976 (ROSEMBERG, 1985).

Embora, este tenha sido um grande avanço para a implantação da educação sexual na União, é de suma importância apresentar, ainda que sucintamente, o silêncio de algumas localidades da Federação quanto à abordagem da educação sexual nas escolas:

No entanto, uma observação ainda que pouco sistemática em guias curriculares de alguns outros estados da União, como Rio Grande do Sul, Maranhão, Rio de Janeiro, Ceará, Bahia, Rio Grande do Norte, e Espírito Santo, revela não constar, dos objetivos propostos, a transmissão aos alunos, pelo menos de forma clara e direta, de informações relativas ao sexo. Ao contrário, a omissão sobre o assunto muitas vezes chega a ser chocante. Entre os objetivos propostos para o ensino do 1º grau, no Rio Grande do Sul, por exemplo, consta a transmissão de conhecimentos sobre a reprodução e o crescimento dos animais, seguidos da conclusão de que as crianças crescem e se tornam adultos como seus pais. (BARROSO, BRUSCHINI, 1982, p. 18)

No final da década de 70, o controle da reprodução, assim como no passado, oferecera argumentos para a educação sexual, sob o pretexto de ser uma solução para as altas taxas de natalidade, vinha mais uma vez reinsserir a educação sexual na esfera escolar. A inconstância do governo perante a introdução ou não da disciplina nos currículos escolares, parecia impossível resolver de uma vez por todas o que já havia sido discutido por séculos. Um exemplo disso ocorreu “quando a Secretaria Estadual de Educação de São Paulo impediu a oficialização da Educação Sexual nas escolas, no mesmo ano (1975) em que registrou o tema como conteúdo curricular dos programas de saúde dessa mesma secretaria” (FONSECA, 2002, pag. 75). Além disso, observou-se no final da década de 70, certo enfraquecimento do regime militar, o que possibilitava ter expectativas não só quanto à educação sexual, como também de maior liberdade política, caracterizando um período de reivindicações políticas, como o ingresso do movimento feminista, que obteve certa participação na luta pela implantação da educação sexual nas escolas.

A educação sexual se mostrou relevante na década de 80, quando a epidemia de HIV/AIDS disseminava-se em um ritmo acelerado, assim como os casos de gravidez na adolescência, fatos ainda presentes na contemporaneidade (CASTRO, ABRAMOVAY, SILVA, 2004).

De maneira geral, é difícil afirmar quais são os limites dessa ambígua decisão política sobre a presença obrigatória da educação sexual nas escolas, entretanto, pode-se destacar aqueles que certamente contribuíram, fundamentalmente, para que isso ocorresse, são eles: a pressão exercida por professores e alunos, que mostravam profundo interesse pelo tema, bem como a eminência de casos de HIV/AIDS e da elevação de gravidez na adolescência. Por isso, verifica-se a importância da relação entre educação sexual e prevenção nas escolas (FONSECA, 2002).

Conceber a educação sexual, em situação atual, como uma continuidade do seu passado seria uma percepção um tanto equivocada, pois o sistema educacional brasileiro atualizou sua concepção de ensino e currículo com as mudanças desencadeadas pela nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação, repercutindo sobre a escola como um todo, além da implantação da Educação Sexual como um dos Temas Transversais dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) (sendo os outros: Ética, Trabalho e

Consumo, Meio Ambiente, Pluralidade Cultural e Saúde), enfatizando ainda a separação da educação sexual, como um tema mais relacionado às Ciências Humanas, Sociais e à Linguagem do que limitada apenas a Biologia e aos métodos de prevenção, incorporando estes requisitos ao tema Saúde e, portanto, contribuindo de certa forma para modificação do cenário da educação sexual nas escolas brasileiras (FONSECA, 2002).

4 A DISCUSSÃO SEXUAL NO AMBIENTE FAMILIAR

4.2 A COMUNICAÇÃO NA FAMÍLIA: PAIS, ADOLESCENTES E SEXUALIDADE

De acordo com Priberam (2013), o conceito de família em diversas disciplinas como a Química, a Biologia, a Gramática e a Sociologia, e até mesmo na religião, consolidam um significado cabível em qualquer disciplina: a família como união de seres que possuem algum aspecto em comum. Sendo assim, família pode ser representada de diversas maneiras, seja o agrupamento de elementos químicos semelhantes, na Química, de seres com o mesmo ancestral em comum, na Biologia, de vocábulos com mesmas características gramaticais, na Língua Portuguesa e da união de seres conjugados por laços de sangue, valores e crenças designados pelo meio social em que vive, na Sociologia e nas demais disciplinas que englobam o ser humano em seus aspectos sociais.

A família, enquanto unidade, é formada por um conjunto de pessoas, cada uma com sua dinâmica interna, configurando uma rede de relações, ou seja, um universo familiar. Há a dinâmica interna das pessoas e a dinâmica da família, numa interdependência contínua. Em sua dinâmica como um todo, a família sofre influência direta do econômico e do cultural. (FORTE, 1996)

Sob esta égide da família e da sociedade, observa-se que é a base familiar que inscreve as atitudes do homem na sociedade. Assim, a instituição familiar é uma instância fundamental para a vida do indivíduo nos planos afetivo, ético e, portanto, comportamental, onde se estabelece as primeiras construções ideológicas, formação de princípios e caráter (GONÇALVES, COUTINHO, 2008), que assim como complementam Almeida e Centa (2009), são levados ao meio social, os quais, de certa forma, julgarão a maneira pela qual o homem se comporta na sociedade. Lane (1984) apud Forte (1996) direciona seu estudo seguindo esta linha de raciocínio pronunciando que:

A introdução do homem na sociedade é realizada pela socialização, inicialmente a primária e, posteriormente, a secundária. Na nossa sociedade, a socialização primária ocorre dentro da família, e os aspectos internalizados serão aqueles decorrentes da inserção da família numa classe social, através da percepção que seus pais possuem do mundo, e do próprio caráter institucional da família (...). (LANE, 1984 apud FORTE, 1996, p. 157)

Como a família é a primeira instituição socializadora da criança, é ela que

desempenha o papel de organizadora primária da sociabilidade e da sexualidade do indivíduo, bem como o estabelecimento de relações emocionais de seus membros. É na família que surgem as primeiras características do jovem, considerando estas não só em seu nível interno, mas também no nível de seu relacionamento com o meio externo. Essas relações emocionais assumem faces diversas quando observadas do ponto de vista social e econômica na qual a família se insere (RIBEIRO, 2008).

No que tange ao aspecto econômico, deve-se compreender as famílias e suas transformações na divisão sexual de tarefas, representada pelas transformações ocorridas pelo ingresso da mulher na população economicamente ativa, como também na relação da família com o sistema burguês (SANTANA, 2010).

Até o início do século XX, a mulher cuidava da casa, dos filhos e dos afazeres domésticos, família ancorada em princípios burgueses e que no período, era aceita como modelo nas demais classes sociais. Esta família burguesa, tomada como exemplo, para a sociedade calcava-se no sistema patriarcal da soberania e austeridade masculina. Assim, Souza e Rodrigues (2007) apresentam a família no século XX:

No século XX, há uma crescente perda da autoridade da família, que favorece e incentiva o novo modelo capitalista, pautado no individualismo. Principalmente no âmbito da classe média, difunde-se a ideia da família “ideal” dentro de um padrão americano, onde o pai é um trabalhador bem sucedido e a mãe, sempre feliz, é responsável pela organização do lar e pelo cuidado com os filhos, que sempre bem cuidados aguardam o pai retornar do trabalho para juntos desfrutarem os bens adquiridos e a casa bem equipada. (SOUZA, RODRIGUES, 2007, p.2)

Bem como é apontado por Souza e Rodrigues (2007), o filme *Mulheres Perfeitas*, lançado em 2004 e dirigido por Frank Oz, retrata a mulher idealizada e a mulher independente em cenários distintos, porém em um mesmo período. Realiza, assim, um contraste dentro da própria população feminina americana, voltados para a estruturação da família de certo povoado, da independência financeira da mulher e de mulheres que ainda permanecem como “donas do lar”. Para isso, utiliza uma mulher nova-iorquina independente financeiramente, que supera seu marido, em todos os aspectos vitais contrastando com mulheres de uma cidade do interior em pleno século XXI, agindo como mulheres do século XIX, que hipnotizadas, priorizavam o cuidado com a residência e filhos. Este modelo se estende a todas as mulheres desta pequena cidade que se dedicam exclusivamente a casa, exercendo afazeres domésticos, cuidando dos filhos e direcionando seus esforços exclusivamente à família, permanecendo sempre

com rostos felizes e, simultaneamente, submissos. Isto representava a divisão sexual de trabalho rígida: a mulher cuida da casa e o homem a mantém (GUIA DA SEMANA, 2013).

O patriarcalismo, em que o homem era o único provedor da instituição familiar e à submissão da mulher a este e ao lar, ainda está desconstruindo-se pelas impotentes vitórias ao longo da luta feminista. As conquistas e transformações orientadas no corpo feminino como o surgimento da pílula anticoncepcional na década de 60, o desenvolvimento de técnicas reprodutivas na década de 80, confere à mulher o poder da escolha e, portanto, configurando certo planejamento familiar (SOUZA, RODRIGUES, 2007). Santana também reconhece estas conquistas justificando-os com a luta do Movimento Feminista na década de 60:

Outrossim, pode-se considerar que o feminismo brasileiro esteve presente e articulado, com mulheres se posicionando contra a ditadura, violação dos direitos humanos e outras práticas de opressão e dominação, exigindo liberdade e igualdade de direitos. Estes anos foram marcados pela revolução sexual e cultural das mulheres, elas começaram a sair do espaço doméstico para estudar, trabalhar, construir relações fora do casamento e participar de sindicatos e partidos políticos dentre outros. Na condição de sujeitos das ações ou de contribuintes, podemos elencar que as mulheres foram vítimas de preconceitos, acusadas de desviar os “bons costumes” e responsabilizadas pela ruptura dos padrões da moral vigente, sob os quais se mantinha a organização familiar. (SANTANA, 2010, p.77)

Os novos rearranjos familiares, conjugados, sobretudo, pela união estável ou pela petição de divórcios, muito comum no século XXI tem delimitado uma evolução na instituição familiar e acarretando consequências negativas e positivas em sua dinâmica, como por exemplo, relevância na comunicação familiar, na qual, atendo-se à família nuclear, comunicação esta designada por pais e filhos. (SOUZA, RODRIGUES, 2007)

Embora as mulheres tenham se aproximado mais da vida profissional, a comunicação entre pais e filhos, independente do gênero destes últimos se dá em maior nível com as mães. Uma pesquisa realizada por Pick e Palos (1995) apud Wagner et al (2002) constatou que entre a mãe e o pai, a comunicação materna é melhor com os filhos, independente do sexo deles.

Talvez, a maior aproximação dos filhos com as mães, de um modo geral, esteja relacionada à história do papel social da mulher no ambiente familiar, inscrito desde a Idade Média como responsável pelo cuidado doméstico, aliado ao fato de gerar em seu organismo, seus descendentes (SOUZA, RODRIGUES, 2007). Ainda hoje, as tarefas

domésticas se configuram como responsabilidades próprias da mulher acontecendo, porém com uma sobrecarga muito maior, pois além de se responsabilizar pelas preocupações com seu lar, possui também responsabilidades profissionais devido ao seu ingresso no mercado de trabalho. Além disso, pelas modificações nas relações conjugais, como o divórcio, por exemplo, as mulheres acabam se comprometendo com responsabilidades domésticas e profissionais e na maior parte dos casos, assumem a guarda de seus filhos, daí uma justificativa aparente para a aproximação dos filhos com as mães, que mesmo conquistando sua posição no âmbito profissional, ainda exercem sua função de cuidar da casa e família (FORTE, 1996).

Em outras palavras, é na família que se realiza a socialização primária do indivíduo, onde ocorre o desenvolvimento do indivíduo, tanto na formação de opiniões e valores, como no amadurecimento de sua sexualidade.

As manifestações de sexualidade emergem em todas as fases etáticas do indivíduo. Muitos acreditam que o tema deva se limitar à família. Contudo, com visto no capítulo anterior, a orientação sexual ocupa espaço no ambiente escolar. De fato, toda família realiza a educação sexual de suas crianças, adolescentes e jovens, ainda que não haja discussão sobre a sexualidade. O comportamento dos pais entre si, na relação com os filhos, no tipo de “cuidados” recomendados, nas expressões, gestos e proibições que estabelecem é carregado de determinados valores associados à sexualidade que a criança apreende. O fato de a família ter valores conservadores, liberais ou progressistas, professar alguma crença religiosa ou não e a forma como o faz determina em grande parte a educação das crianças. Pode-se afirmar que é no espaço privado, portanto, que a criança recebe com maior intensidade as noções a partir das quais construirá sua sexualidade na infância. (RIBEIRO, 1998)

Em conformidade com Lane apud Forte (1996), tem-se a família, como o espaço em que o indivíduo desenvolve suas primeiras maneiras de se comunicar e o progresso do seu desenvolvimento sexual, incluindo sua puberdade, questionamentos e dúvidas no tocante a sexualidade. Mielnick (1979) afirma que ao se desenvolver, principalmente, na infância, o indivíduo é educado pela escola, mídias e pela família. Direciona, pois, seu estudo para a importância da educação sexual no lar, devido a curiosidade a respeito dos assuntos sexuais, o perigo dos jovens de adquirir informações errôneas e a necessidade de desenvolver atitudes sadias relativas à sexualidade e a vida social. Para isso,

estabelece que o educador (pai ou mãe) precisa observar a curiosidade do filho, atentar para a forma como conduzirá a educação sexual e a procedência da informação, se esta é errônea ou correta no que tange aos métodos contraceptivos e preventivos.

A família torna-se, portanto, um ator participativo e interventivo na forma pela qual o adolescente procede sua vida sexual, caracterizando –se como precursor de sua vida sexual, assim como é analisado por Ribeiro (1998):

A comunicação familiar tem um papel importante na socialização sexual da criança, porque é no contexto social da família que a socialização inicial e sexual ocorre. Intencionalmente ou não, a família determina o contexto, o conteúdo informacional específico e o tom avaliativo do que o indivíduo aprende sexualmente. Deste modo, a família determina os filtros cognitivos e perceptuais através dos quais a informação posterior sobre sexualidade é processada. (RIBEIRO, 1998, p. 6)

Contemplando a comunicação entre pais, filhos e interventivo na manutenção da dinâmica familiar, Ríos Gonzales (1994) apud Wagner et al (2005) caracterizou três tipos de comunicação familiar: aberta, superficial e fechada. A comunicação aberta é aquela em que os jovens sentem-se livres para expressar o sentem sem sentirem-se ameaçados, existindo assim, um diálogo condicionado pelo afeto. Já a comunicação superficial é caracterizada como uma relação entre pais e filhos em que o jovem tem certas barreiras com seus pais, permeada, majoritariamente, por falta de confiança na relação – “Esses pais buscam constantemente provas da responsabilidade do filho, mas não conseguem dialogar abertamente e orientá-los quanto às dúvidas que surgem nesta fase do desenvolvimento.” (RÍOS GONZALES apud WAGNER et al, 2005) E por fim, a comunicação fechada, representada pelo excesso de autoridade, ordens e ameaças por parte dos pais, não oferecendo espaço nem condições para que os filhos manifestem seus sentimentos, dúvidas e apreensões. Assim, pode-se dizer que nas famílias, na qual a comunicação é superficial ou fechada, os membros se relacionam superficialmente e conversam apenas sobre assuntos que fazem parte do cotidiano da família, num caráter convencional. (RÍOS GONZALES apud WAGNER et al, 2005)

Para King (1988) apud Ribeiro (1998), o debate sexual no seio familiar é pertinente à autoestima do jovem, discutindo que os adolescentes mais velhos, que não iniciaram sua vida sexual, tem autoestima mais baixa do que aqueles que já praticaram. Uma vez que o ato sexual é prezado por adolescentes e jovens, King afirma, que “pregar abstinência” não é a melhor alternativa para auxilia-los a ter uma conduta correta em

seu comportamento sexual. A exclusão do debate sexual ou imposição de opiniões rígidas e autoritárias implicam na concepção para o adolescente de que o ato sexual é algo errado. Desta forma, Ribeiro (1998) complementa a postura de King, afirmando que a educação sexual é pioneira no âmbito familiar, intervindo nos pensamentos, crenças, valores e atitudes que são fatores determinantes na formação da identidade sexual do adolescente.

Estudos apontam, que a conversa sobre sexo são mais debatidas entre amigos da mesma faixa etária. Contudo, as precauções e informações sobre prevenção são discutidas com profissionais de saúde e família. Borges, Nichiata e Schor (2006) corroboram tal fato em sua pesquisa, que tinha como objeto de estudo, adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste de São Paulo. Assim, é apresentado o seguinte resultado:

Os adolescentes relataram que os diálogos e o esclarecimento de dúvidas sobre sexo ocorriam com maior frequência com os amigos, todavia, enfatizaram também que dúvidas sobre prevenção de gestação eram discutidas com os pais, mães e outros familiares, assim como as dúvidas sobre doenças sexualmente transmissíveis e aids com os professores e profissionais de saúde, o que parece sugerir que esses adolescentes contavam com uma diversa e heterogênea rede de pessoas com as quais mantiveram diálogo, compartilhando informações e questionamentos. (BORGES, NICHATA, SCHOR, 2006, p. 425)

Outra pesquisa realizada por Romero et al (2007), em São Paulo com indivíduos entre 10 e 19 anos com objetivo de analisar o conhecimento sobre a sexualidade e as DST/AIDS, observa que:

(...) atualmente, as adolescentes falam mais sobre sexo com os pais. Contudo, as conversas transitam apenas na superficialidade, não há esclarecimento sobre a necessidade de alguns cuidados antes da iniciação sexual e do conhecimento adequado dos métodos contraceptivos. Os amigos frequentemente também são procurados, mas as conversas começam interessantes e posteriormente acabam na vulgarização, deixando sérias dúvidas sobre a validade do conteúdo e a seriedade do diálogo. (ROMERO et al, 2007, p.17)

De maneira geral, o meio familiar é o fornecedor do conforto emocional do adolescente, o qual supre suas necessidades, conferindo-lhe segurança e tranquilidade quanto aos anseios, questionamentos e angustias. Quando a sexualidade se insere neste cenário, a família assume a responsabilidade de ser o precursor do debate sexual, principalmente, no que tange às informações sobre prevenção. Portanto, é de extrema relevância que o Estado incentive o fortalecimento da família e a comunicação familiar

entre seus membros, através de projetos sociais que efetive a participação de pais no âmbito escolar, já que a sexualidade envolve valores socioculturais e deve ser valorizada no contexto familiar e cultural do adolescente, que se manifesta com grande intensidade na escola. E assim como afirma Ribeiro (1998), a família exerce função crucial neste processo, pois a comunicação entre pais e filhos, configura-se como uma via importante de comunicação, troca de informações, valores, conhecimentos, que conduzem iniciativas, práticas e atitudes, interpondo-se como fator que influi na conduta sexual do jovem.

A escola também deve interagir neste processo e junto com a família devem se reconhecer como agentes e parceiros de um mesmo processo educativo — a formação integral do novo cidadão —, capaz de influenciar no contexto social, político e cultural para mudanças de comportamento. Suas relações devem se fundamentar no objetivo comum, na integração e no estabelecimento de parcerias, com clara definição de atribuições, respeitadas as características e os limites dos envolvidos. A interação escola-família-comunidade é fator imprescindível no desenvolvimento de ações voltadas para a educação sexual e a prevenção do HIV/AIDS.

Logo, a interação familiar com adolescentes deve ser exercida, pois a ausência ou fragilidade desta relação resulta no debate de adolescentes com outros em igual situação, que acabam por apresentar comportamentos sexuais inadequados, estando suscetíveis a riscos, que podem ter consequências irreversíveis.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo resgatou a evolução do HIV/AIDS na população jovem em escala global e nacional, apontando os principais avanços e desafios ainda a serem enfrentados. O capítulo que fez a abordagem educação sexual nas escolas também teve este cunho histórico apresentando os limites e avanços da educação sexual no cenário escolar.

De acordo com o conteúdo exposto nesta pesquisa, observou-se que a sexualidade foi e é circunscrita por mitos e preconceitos, localizando-se nas próprias políticas públicas, pela construção de políticas ainda baseadas sob o pilar do risco e não da vulnerabilidade e no campo pedagógico por educadores que acreditam na educação sexual, como uma disciplina que se deve limitar à Biologia. Verifica-se, pois, que a atuação da educação sexual nas escolas não segue os pressupostos, nos quais foi formulada, devido à ausência de integração entre ética, saúde e cultura apresentando apenas a face biológica da disciplina, caracterizada por conceitos de prevenção a doenças e enunciação do corpo sexual masculino e feminino. Assim, é imprescindível que este caráter biológico adquirido pela educação sexual no Brasil, seja complementado por questões sociais que ampliem o significado da sexualidade, não só limitando-o a uma perspectiva epidemiológica, biológica, mas enunciando sua face moral, pela discussão da relação de gêneros, a história da sexualidade, o respeito ao próximo, a importância de discernir a prevenção do amor, entre outras discussões que necessitam ser levadas ao âmbito escolar e familiar também. Somente com um sentido mais amplo da educação sexual, poderá haver uma diminuição de casos de HIV/AIDS na juventude. Deve-se lembrar, sobretudo, que temáticas como HIV/AIDS, sexualidade, família e educação, quando voltadas para os jovens, estão interceptadas não somente pelo ato sexual, mas pelo envolvimento emocional, cultural, histórico e político que ambos os temas proporcionam nesse público.

A educação sexual na família também deve ser enfatizada, uma vez que, é no seio familiar que a sexualidade do jovem se desenvolve. Os programas de prevenção ao HIV/AIDS devem enfatizar a comunicação familiar com os jovens acerca do assunto e reafirmando laços de confiança, estabilidade emocional dentro desta própria conjuntura, podendo-se assim haver um diálogo aberto, ou melhor, comunicação aberta, a fim de prevenir futuras mazelas, sejam elas de ordem biológicas ou afetivas.

Outro fator que, de certa forma, configura-se como um entrave a elaboração de

políticas de prevenção ao HIV/AIDS direcionada aos jovens é a forma como a sociedade os vê e como os concebe, criando clichês que justificam agravos com irresponsabilidade. Portanto, investir na educação sexual nas escolas e na abordagem da sexualidade no seio familiar são estratégias que induzem a diminuição de exposição ao vírus.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Miriam; CASTRO, Mary Garcia e SILVA, Lorena Bernadete da (2004). *Juventude e sexualidade*. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.

ALMEIDA, Ana Carla Campos Hidalgo de; CENTA, Maria de Lourdes, 2009. *A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem*. Acta Paul Enferm 2009; 22 (1): 71-6.

ALTMANN, Helena. **Educação sexual em uma escola: da reprodução à prevenção**. *Cad. Pesqui.* [online]. 2009, vol.39, n.136, pp. 175-200. ISSN 0100-1574

AMABIS, José Mariano; MARTHO, Gilberto Rodrigues (2004). *Biologia dos Organismos*. Volume 2, editora: Moderna.

AQUINO, Camila; MARTELLI, Andrea Cristina, 2012. *Escola e educação sexual: uma relação necessária*. IX ANPED SUL- Seminário de Pesquisa em Educação da região Sul

BARATA, Germana Fernandes, 2006. *A primeira década da AIDS no Brasil: o "Fantástico" apresenta a doença ao público (1983- 1992)*.

BENEDITO, A.L. Fonseca; VALDES R. Bollela; NETO, Roberto da Justa P. *Sarcoma de Kaposi e Imunodeficiência Adquirida: características desta associação, incluindo novos conceitos sobre patogênese e tratamento*. **Medicina, Ribeirão Preto, Simpósio: VIROLOGIA MÉDICA I. 32:** 26-39, jan./mar. 1999

BARROSO, Carmen; BRUSCHINI, Cristina, 1982. *Educação Sexual: Debate Aberto*. Editora: Vozes Ltda.

BASTOS, Francisco Inácio; TELLES, Paulo Roberto; CASTILHO, Euclides; BARCELLOS Christovam (1995). *A epidemia de AIDS no Brasil. OS MUITOS BRASIS saúde e população na década de 80*. Editora HUCITEC-ABRASCO.

BIANCON, Mateus Luís, 2009. *A educação sexual na escola e as tendências da prática pedagógica dos professores*.

BORGES, Ana Luiza Vilela; NICHATA, Lúcia Yasuko Izumi; SCHOR, Néia(2006)- *Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes/ Revista Latino-am Enfermagem 2006 maio-junho; 14(3): 422-7*.

BRASIL, 1997. *Parâmetros Curriculares Nacionais: Orientação sexual*. Ministério da Educação.

BRASIL, 2002. *O movimento homossexual e a AIDS*. Guia de Prevenção das DST/Aids e Cidadania para Homossexuais. Capítulo 6. Ministério da Saúde.

BRASIL, 2004. *O Brasil camisinha: Projeto Mostra Aids: conquistas e desafios do Brasil*. Ministério da Saúde.

BRASIL, 2005. *Curso Básico de Vigilância Epidemiológica em HIV e AIDS (caderno*

do aluno). Ministério da Saúde.

BRASIL, 2011a. *Boletim Epidemiológico de DST/AIDS*. Versão Final, Ano VIII- nº 01. Ministério da Saúde.

BRASIL, 2011b. *Boletim Epidemiológico DST/AIDS*. Versão Preliminar. Ano VIII – nº 01. Ministério da Saúde.

BRASIL, 2011c. *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na população 2008*. Ministério da Saúde.

BRASIL, 2011d. *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas relacionada às DST e Aids da População Brasileira de 15 a 64 anos de idade, 2008* (arquivo ppt). Ministério da Saúde.

BRASIL, 2012a. História da AIDS. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 08 jun 2012.

BRASIL, 2012b. Campanha para Usuários de Drogas Injetáveis- UDI. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/campanha/campanha-para-usuarios-de-drogas-injetaveis-1998>>. Acesso em: 20 dez 2012.

BRASIL, 2013. *DST no Brasil*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/dst-no-brasil>>. Acesso em: 1 jan 2013

BRÊTRAS, José Roberto da Silva, 2010. *Vulnerabilidade e adolescência*. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.: v.10.n.2.p.89-96. São Paulo, dezembro de 2010.

BRÊTAS, José Roberto da Silva; OHARA, Conceição Vieira da Silva; JARDIM, Dulcilene Pereira; MUROYA, Renata de Lima(2008). *Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes*.

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landman. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2001, vol.34, n.2, pags. 207-217

BRUZAMARELLO, Bruna, 2010. *Educação Sexual de adolescentes nas escolas: um olhar sobre o cenário brasileiro*.

BUCHALLA, C. M. Aids: O surgimento e a evolução da doença. In: MONTEIRO, C. A. (org.). *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: A Evolução do País e de suas Doenças*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 331-356.

CANO, M.A.T.; FERRIANI, M.das G.C. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. Rev.latinam. enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 18-24, abril 2000.

CÉSAR, Maria Rita de Assis. *Lugar de Sexo é na Escola? Sexo, Sexualidade e Educação sexual*. In: Sexualidade; Secretaria de Estado da Educação. Superintendência de Educação. Departamento de Diversidades. Núcleo de Gênero e Diversidade Sexual. Curitiba: SEED – Pr., 2009. - p. 49 – 58. apud AQUINO, MARTELLI, 2012.

CORTEZ, M. C.; SOUZA, C. de., 1997. Sexo é uma coisa natural? *A contribuição da Psicanálise para o debate sexualidade/escola*. In: GROPPA AQUINO, J. (Org.). Sexualidade na escola: alternativas teóricas e práticas. São Paulo: Summus Ed., 1997. p. 11-24. apud CASTRO, ABRAMOVAY e SILVA (2004)

DUARTE, L. F. D., 1996. *O Império dos sentidos: sensibilidade, sensualidade e sexualidade na cultura ocidental moderna*. In: HEILBORN, M. L. (Org.). Sexualidade: o olhar das ciências sociais. apud Castro Abramovay e Silva, 2004

FONSECA, Angélica. *Prevenção às DST/AIDS no ambiente escolar*. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.6, n.11, p.71-88, 2002.

FONSECA BAL; BOLLELA VR & NETO RJP. Sarcoma de Kaposi e síndrome da imunodeficiência adquirida: características desta associação, incluindo novos conceitos sobre patogênese e tratamento. *Medicina, Ribeirão Preto*, 32: 26-39, jan./mar. 1999.

FOUCAULT, Michel (1999) - *A História da Sexualidade/Volume 1. A Vontade de Saber*. Editora: Graal.

GALVÃO, Jane, 2000. *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. GALVÃO, Jane, 2002. *A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito?*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(1):213-219, jan-fev, 2002.

GRANGEIRO; Alexandre, SILVA, Lindinalva Laurindo; TEIXEIRA, Paulo Roberto, 2009. *Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária*. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 26(1), 2009.

GTP, 2012. Cronograma da AIDS no Brasil e no mundo. Disponível em: <http://www.gtp.org.br/new/master_portugues.php?area=historia> Acesso em: 10 dez 2012.

GIDDENS, A, 1993. *A transformação da intimidade: sexo, amor e erotismo nas sociedades modernas*. apud Castro, Abramovay e Silva (2004)

GUIA DA SEMANA, 2013. *Filme: Mulheres Perfeitas*. Disponível em: <<http://www.guiadasemana.com.br/cinema/filmes/sinopse/mulheres-perfeitas>> Acesso em: 08 jan 2013.

HEILBORN, M. L., 1999. *Estranha no ninho: sexualidade e trajetória de Pesquisa*. apud CASTRO, ABRAMOVAY, SILVA (2004)

IBVV, 2012. No Brasil. Disponível em: <http://www.ibvivavida.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=70&9a0eb4d3963199475069fd8a4bcd9ac5=cubdrbba> Acesso em: 10 dez 2012.

Informativo 11, [2012]. Disponível em: <<http://nutep.ea.ufrgs.br/pesquisas/saude/info11.html>>. Acesso em: 24 nov 2012.

KING, A.J.C. et al. – *Canada youth & AIDS*. Queen's University at Kingston, 1988/ Citado por Maria Alexina Ribeiro(1998).

LAKATOS, Eva M. & MARCONI, Marina A. Fundamentos de Metodologia Científica. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.

Lei nº 18.069, de 13 de julho de 1990. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm> Acesso em: 03 jul 2012

MARQUES, Maria C. (2003). A História de uma Epidemia Moderna. *A Emergência Política da AIDS/HIV no Brasil*. Paraná.

MARQUES, Maria Cristina da Costa, 2002. *Saúde e poder: a emergência política da aids/HIV no Brasil*. Hist cienc saude-Manguinhos 2002; 9(supl.0): 1-18.

MELO, Eugenia Marques de Oliveira; ARRUDA, Débora Pinto; ALENCAR, Helenira Fonseca; COLAÇO, Veriana de Fátima Rodrigues, 2010. *O Dito e o Não dito na Educação Sexual: Uma produção Discursiva*.

MENDONÇA, Ignez, 2006. Info *Decolores: e as mulheres aonde irão?*. ANO 7 • Nº 29 • BOLETIM INFORMATIVO DO MCC - DIOCESE DE NOVA IGUAÇU - JAN / FEV / MAR / ABRIL DE 2006

MIELNICK, Isaac, 1980. *Educação sexual na escola e no lar: da infância à adolescência*. Editora: IBRASA

MONTEIRO, Carlos A. (2006). Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil. *A evolução do País e suas doenças*. Rio de Janeiro.

PAIVA, Vera; ARANHA, Francisco ; BASTOS, Francisco (2005). *Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005*. Rev Saúde Pública 2008;42(Supl 1):54-64.

PEREIRA, E. D. - *Adolescência: um jeito de fazer* - Revista da UFG, Vol. 6, No. 1, jun 2004 on line

PEREIRA, Adriana Jimenez; NICHIIATA, Lúcia Yasuko Izumi, 2011. *A sociedade civil contra a AIDS: demandas coletivas e políticas públicas*. Ciência & Saúde Coletiva, 16(7):3249-3257, 2011

PINTO, Walkyria P.(1999). *Conviver com a AIDS*. São Paulo: Scipione, 1999. - (Coleção Conviver)

PINTO, Agnes Caroline S.; PINHEIRO, Patrícia N.C., VIEIRA, Neiva F.C., ALVES, Maria Dalva, 2007. *Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. DST – J bras Doenças Sex Transm 2007; 19(1): 45-50 – ISSN: 0103-4065*.

PRIBERAM, Dicionário, 2013. *Ver definição: Família*. Disponível em:
<<http://www.priberam.pt/DLPO/default.aspx?pal=fam%C3%ADlia>> Acesso em: 17 jan 2013.

Quem Somos, [2011]. Disponível em:
<http://www.gapabrsp.org.br/quem_somos.html>. Acesso em: 15 jun 2012.

RIBEIRO, Maria Alexina(1998) – *Comunicação familiar e prevenção de DST/AIDS*

entre adolescentes.

RIOS GONZÁLES, J. A. (1994). Manual de orientación y terapia familiar. Madrid: Fundación Instituto de Ciencias del Hombre. apud WAGNER, Adriana; CARPENEDO, Caroline; MELO, Lúcia Petrucci de; SILVEIRA, Paula Grazziotin, 2005. *Estratégias de Comunicação Familiar: A Perspectiva dos Filhos Adolescentes*. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2005, 18(2), pp.277-282.

RIOS, Luís Felipe; PIMENTA, Cristina; BRITO, Ivo; JUNIOR, Veriano Terto; PARKER, Richard(2002). *Rumo à adultez: Oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros*.

ROSEMBERG, Fúlvia, 1985. *A educação sexual na escola*. Cad. Pes., São Paulo (53): 11-19, maio 1985.

SANTANA, Anabela Maurício de, 2010. *Mulher mantenedora/ homem chefe de família: uma questão de gênero e poder*. Itabaiana: GEPIADDE, Ano 4, Volume 8 | jul-dez de 2010

SAYÃO, Y., 1997. *Orientação sexual na escola: os territórios possíveis e necessários*. In: AQUINO, J. G. (Org.) *Sexualidade na escola: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus, 1997. p.107-17.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23.ed. São Paulo: Cortez,2007. 304 p.

SOUZA, Elizabeth Cristina Landi de Lima; RODRIGUES, Maria Angélica Magalhães, 2007. *Família e paternidade: o papel do pai na criação dos filhos*.

TAQUETTE, Stella R. ; ANDRADE, Renata Bessa de; VILHENA, Marília M. ; PAULA, Mariana Campos de (2005). *A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e das doenças sexualmente transmissíveis*.

TONATTO, Suzinara and SAPIRO, Clary Milnitsky. **Os novos parâmetros curriculares das escolas brasileiras e educação sexual: uma proposta de intervenção em ciências**. *Psicol. Soc.* [online]. 2002, vol.14, n.2, pp. 163-175. ISSN 1807-0310.

UNAIDS, 2010. *A ONU e a resposta à AIDS no Brasil*. 2ª Edição: dezembro de 2010.

UNAIDS, 2012. *Fact sheet: Adolescents, young people and HIV- UNAIDS*.

UNICEF, UNAIDS, WHO (2002). *Young People and HIV/AIDS opportunity in crisis*.

VASCONCELLOS, Francisco Figueiredo de Mello, 1915. *Educação Sexual da mulher*.

VILLELA, Wilza Vieira; DORETO, Daniella Tech (2006)- *Sobre a experiência sexual dos jovens*- Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro

WAGNER, Adriana; FALCKE, Denise; SILVEIRA, Luiza Maria Braga de Oliveira,

MOSMANN, Clarisse Pereira, 2002. *A comunicação em família com filhos adolescentes*. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 7, n. 1, p. 75-80, jan./jun. 2002.

WAGNER, Adriana; CARPENEDO, Caroline; MELO, Lúcia Petrucci de; SILVEIRA, Paula Grazziotin, 2005. *Estratégias de Comunicação Familiar: A Perspectiva dos Filhos Adolescentes*. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2005, 18(2), pp.277-282.

WHO, 2011. Centro de Mídia [2011]. Disponível em:
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/hiv_20111130/en/index.html>
Acesso em: 08 dez 2012.

WHO, 2011. Global HIV/AIDS response: Epidemic update and health sector progress towards Universal Access. Progress Report 2011.