



**Graziela Raupp
Pereira**

**Desenvolvimento de um Programa de Intervenção
Psicopedagógico de Suporte à Criança Infectada
pelo VIH**



**Graziela Raupp
Pereira**

**Desenvolvimento de um Programa de Intervenção
Psicopedagógico de Suporte à Criança Infectada
pelo VIH**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutora em Ciências da Educação, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira, Professora do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro.

o júri

presidente

Prof. Doutor António Mendes dos Santos Moderno
professor catedrático da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor José Pereira da Costa Tavares
professor catedrático da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Carlos Fernandes da Silva
professor catedrático da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Paulo Nuno Maia Sousa Nossa
professor auxiliar do Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho

Profa. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
professora auxiliar com agregação da Universidade de Aveiro

Profa. Doutora Maria Amélia Gomes de Souza Reis
professora da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Brasil

Dedico este trabalho ao meu querido pai que durante toda a sua vida me ensinou o verdadeiro sentido do amor e da arte de educar e aos meus amados filhos Guilherme e Gabriel pelo incondicional apoio durante todo o período da minha ausência e pelos sonhos em comum.
Muito obrigada por vossas existências!

agradecimentos

Nesta etapa de realização pessoal e profissional de minha vida, muitas são as pessoas a quem quero agradecer...

Aos meus filhos Guilherme e Gabriel pelo amor, incentivo e apoio de forma irrestrita e por compreenderem a minha falta nestes três últimos anos.

À minha querida mãe Arlete (in memoria), por quem sinto imensa saudade, pelo seu amor e ensinamentos no curto espaço de tempo em que estivemos juntas.

Ao meu pai Hamilton e a sua esposa Juraci pelo amor e o amparo durante o período de minha ausência e nos cuidados para com os meus filhos, sem o qual não seria possível a realização desse sonho.

À minha orientadora, Professora Doutora Anabela Pereira, pela sua determinação e por me revelar novas dimensões da área da Educação ajudando-me a enfrentar desafios.

Aos meus irmãos Janaína, Fabiano e Makian e aos meus cunhados Leonardo e Gisélia pelo encorajamento e as palavras de carinho nos momentos difíceis desta trajetória.

Aos meus sobrinhos Dérick e Sara pelos momentos de alegria e de descontração, fundamentais nesse percurso.

Às minhas queridas amigas Dayse, Eugênia, Lénia, Márcia, Naraiana, Rosa Gomes e Sandra pela amizade, profissionalismo, aprendizado e incansável disponibilidade em me auxiliarem nos diversos momentos desta caminhada.

À grande amiga Renata, a qual prestou, mesmo sem se aperceber, um valioso contributo à realização deste trabalho com a sua presença...mesmo distante.

A todos os amigos e colegas do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro e da Unidade de Investigação Construção do Conhecimento Pedagógico nos Sistemas de Formação, pelo auxílio e acolhimento que sempre recebi.

Pela atenção e a colaboração, agradeço aos alunos e aos professores que participaram neste trabalho, cooperando com o resultado desta investigação, em especial, as crianças e os adolescentes da Casa de Acolhimento do Brasil que foram o “pontapé” inicial deste estudo.

Às Instituições de Ensino e às ONG's pela maneira solícita com que participaram dessa investigação, viabilizando a colecta de dados.

Por fim, a todos que de uma forma directa e indirecta colaboraram na realização desta dissertação.

palavras-chave

Vírus da Imunodeficiência Humana; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Criança Seropositiva; Formação Inicial e Contínua; Educação Sexual; Conhecimentos; Atitudes

resumo

A complexidade e a magnitude do VIH/SIDA, assim como o défice de qualificação dos profissionais da educação no que concerne aos conhecimentos e atitudes sobre esta temática na formação dos professores; e a propagação da epidemia da SIDA no mundo nas três últimas décadas com os seus efeitos devastadores nas crianças afectadas pela doença justificam a necessidade de se investir cada vez mais na área da Educação Sexual e da Saúde.

O presente estudo empírico de natureza exploratória, descritiva, comparativa e analítica teve como objectivos averiguar os conhecimentos, atitudes e crenças sobre VIH/SIDA, a nível da formação inicial e contínua de professores, bem como desenvolver um programa de intervenção psicopedagógica de suporte a crianças infectadas pelo VIH.

Foram realizados dois estudos. O primeiro (Estudo 1) envolveu 400 alunos universitários em formação para professor (200 no Brasil e 200 em Portugal) e 400 professores da Educação para a Infância ao Ensino Secundário, também com 200 indivíduos em cada país, que foram inquiridos através da técnica de questionário (4 escalas de avaliação). O segundo (Estudo 2) consistiu num estudo de caso, envolvendo duas crianças seropositivas (uma brasileira e uma portuguesa), o qual, a partir da identificação das percepções destas crianças em relação à família, à escola e à sociedade, recorrendo à técnica da entrevista, nos permitiu construir uma proposta de um Programa de Suporte Psicopedagógico ao Professor. A análise de dados foi feita com recurso a análise estatística (utilizando o Software SPSS 14.0) e análise de conteúdo (com o uso do Software Nud*ist – N6).

Sem pretensões de generalização, não era aliás este o propósito do estudo, os resultados mais significativos indicaram: (i) ausência de formação inicial sobre o VIH/SIDA nos cursos pesquisados do Ensino Superior (afirmando os inquiridos que não procuraram e não tiveram qualquer tipo de formação sobre o VIH/SIDA em nenhuma disciplina na Universidade); (ii) valorização e motivação, por parte dos alunos e dos professores das componentes formativas dos currículos, nomeadamente da componente teórica e prática da formação em VIH/SIDA; (iii) sensibilidade dos inquiridos em aceitar uma criança seropositiva em sua sala de aula; (iv) ausência de formação contínua sobre o VIH/SIDA (apenas 1,9% dos inquiridos neste estudo participaram de cursos referente à educação sexual e DST/SIDA nos últimos três anos).

São sugeridas implicações a nível da formação inicial e contínua dos professores, no sentido da promoção da saúde e educação da sexualidade, com particular destaque para o VIH/SIDA.

keywords

Human Immunodeficiency Virus; Acquired Immune Deficiency Syndrome; HIV-Positive Child; Initial and Continuous training; Sexual education; Knowledge; Attitudes

abstract

The complexity and magnitude of the Human Immunodeficiency Virus (HIV)/ Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), as well as the qualification deficit of the professionals' of the education, in what concerns the knowledge and attitudes regarding this theme, in teachers' training; and the propagation of the AIDS epidemic worldwide in the last three decades, with the associated devastating effects on children affected by the disease, justify the need to increasingly invest in the area of Sexual Education and Health.

The objectives of the present empiric study, of exploratory, descriptive, comparative and analytical nature, were to assess the knowledge, attitudes and beliefs on HIV/AIDS, at level of teachers' initial and continuous training, as well as to develop an interventional psychological and pedagogical support program for children affected by HIV.

Two different studies were performed. The first one (Study 1) involved inquiring 400 university students studying to become teachers (200 in Brazil and 200 in Portugal) and 400 teachers from Kindergarten up to Secondary School (200 individuals from each country as well), through the application of a questionnaire (4 evaluation scales). The second one (Study 2) consisted of a case study involving two HIV-positive children (one of each nationality – Brazilian and Portuguese), which allowed us to build a Psicopedagogical Support Program for teachers, based on the identification of the children's perceptions in relation to family, school and society, through an interview. The data analysis was performed using statistical analysis (Software SPSS 14.0) and content analysis (Software Nud*ist's - N6).

Although this study has no generalization pretensions, the most significant results indicated that: (i) there is an absence of initial training on HIV/AIDS in the Higher Education courses contemplated in this study (the people inquired stated that they didn't seek or had any type of training on HIV/AIDS in any subject at University); (ii) teachers and students value and are motivated to have formative curriculum components, theoretical and practical, on HIV/AIDS; (iii) the people inquired are open and willing to accept an HIV-positive child in their classroom; (iv) there is an absence of continuous training on HIV/AIDS (only 1,9% of the inquired in this study participated in courses regarding sexual education and DST/AIDS in the last three years).

Implications on teachers initial and continuous training are suggested, in what regards the promotion of health and sexual education, particularly for HIV/AIDS.

Índice

INTRODUÇÃO	1
Contextualização do Estudo.....	3
Problema, Finalidades, Questões e Objectivos do Estudo.....	6
Estrutura da Tese.....	8
PRIMEIRA PARTE	11
REVISÃO DE LITERATURA	11
Introdução à Revisão de Literatura.....	13
CAPÍTULO I - TRAJECTÓRIA DO VIH/SIDA	17
1. Breve Retrospectiva Internacional.....	17
2. A Epidemia da SIDA e as Políticas Públicas na Sociedade Brasileira.....	23
3. A Epidemia da SIDA e as Políticas Públicas na Sociedade Portuguesa.....	50
CAPÍTULO II - INTERVENÇÃO NA FORMAÇÃO E NA EDUCAÇÃO	67
1. A Formação de Professores.....	67
2. Professor Reflexivo: da Teoria à Acção.....	73
3. A Formação de Professores e a Pedagogia por Competências.....	79
4. A Formação dos Professores frente ao VIH/SIDA: A Educação Sexual.....	85
CAPÍTULO III - A CRIANÇA SEROPOSITIVA	97
1. Riscos e Preconceitos em relação à Criança Seropositiva.....	97
2. A Criança em Situação de Risco: Contexto Familiar e Social.....	101
3. A Criança Seropositiva e a sua Institucionalização.....	107
4. Necessidades Educacionais: A Orientação da Educação da Criança em Situação de Risco.....	112
SEGUNDA PARTE	115
CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA	115

CAPÍTULO IV - METODOLOGIA GERAL	119
1. Objectivos e Hipóteses em Estudo.....	119
2. Desenho da Investigação.....	123
2.1. Tipo de estudo.....	123
2.2. Estudo de Caso.....	124
3. Amostra.....	128
3.1. Estudo 1 – Amostra Comparativa Global por Sexo e País (Brasil e Portugal).....	130
3.2. Estudo 2 – Amostra do Estudo de Caso: Crianças Infectadas por VIH	131
4. Técnicas e Instrumentos utilizados na recolha dos dados.....	133
4.1. Estudo 1 – Técnicas de Avaliação dos Professores em Formação Inicial e Contínua.....	133
4.1.1. Escala de Conhecimentos sobre o VIH/SIDA.....	133
4.1.2. Escala de Atitudes relativas ao VIH/SIDA.....	135
4.1.3. Escala Sociedade, Escola e VIH/SIDA.....	139
4.1.4. Escala Escola e VIH/SIDA.....	139
4.2. Estudo 2 – Estudo de Caso: Entrevistas e Avaliação das Crianças.....	140
5. Procedimentos dos Estudos 1 e 2.....	145
6. Análise dos Dados.....	147
6.1. Análise Estatística.....	148
6.2. Análise de Conteúdo.....	148
CAPÍTULO V - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	153
1. Estudo 1: Avaliação dos Conhecimentos, Atitudes e Crenças dos Professores em Formação Inicial e Contínua.....	153
1.1. Caracterização Comparativa (Brasil e Portugal) a nível das Habilitações e Currículo Académico.....	153
1.2. Conhecimento dos Inquiridos sobre o VIH/SIDA (Brasil e Portugal)...	158

1.3. Probabilidades de Transmissão sobre o VIH/SIDA.....	163
1.4. Atitudes relativas ao VIH/SIDA de Professores e Alunos (Brasil e Portugal).....	166
1.5. Percepção sobre Políticas Sociais, Educacionais e VIH/SIDA (Brasil e Portugal).....	170
1.6. Percepção sobre a escola e crianças com VIH/SIDA.....	173
1.7. Comparação entre Brasil e Portugal a nível dos conhecimentos e atitudes gerais e globais (análises inferenciais).....	177
2. Estudo 2 - Resultados do Estudo de Caso: Crianças Infectadas pelo VIH.....	188
2.1. Estudo de Caso da Criança Brasileira.....	188
2.2. Estudo de Caso da Criança Portuguesa.....	204
CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	217
1. Estudo 1: Conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA.....	217
1.1. Conhecimentos relativos ao VIH.....	218
1.1.1. Conhecimentos gerais.....	220
1.1.2. Probabilidades de Transmissão.....	221
1.2. Atitudes relativas ao VIH/SIDA.....	223
1.3. Percepção sobre as Políticas Sociais e Educacionais em VIH/SIDA.....	225
1.4. Escola e VIH/SIDA.....	228
2. Estudo 2: Estudo de Caso.....	230
CAPÍTULO VII – CONCLUSÕES.....	241
1. Principais Conclusões.....	242
2. Limitações do Estudo.....	247
3. Implicações.....	248
4. Sugestões para Investigações Futuras.....	249
5. Proposta de um Programa de Suporte Psicopedagógico ao Professor.....	250
5.1. Objectivos do Programa.....	251

5.2. Estrutura e funcionamento do Programa.....	252
5.3. Alvo de intervenção.....	253
5.4. Módulos de formação.....	253
5.4.1 Módulo 1 (Informação).....	253
5.4.2 Módulo 2 (Formação e Integração).....	256
5.4.3 Módulo 3 (Estudos de Caso).....	258
5.5. Estratégias de acção	260
5.6. Avaliação da Eficácia do Programa.....	261
5.6.1 Avaliação dos Módulos	261
5.6.2. Avaliação Global.....	262
5.7. Conclusões e Limitações do Programa.....	262
Referências Bibliográficas	267
Anexos	287
ANEXO I – Estudo 1.....	289
Instrumento de colheita de dados	
Autorização para aplicação do questionário	
ANEXO II – Estudo 2.....	333
Instrumento de colheita de dados	
Desenhos	
Autorização para o estudo de caso	

Índice de Figuras e Gráficos

<i>Figura: 1</i> Panorama mundial da infecção por VIH	21
Gráfico 1: Evolução da Epidemia no Brasil.....	24
Gráfico 2: Casos segundo a residência* (1980 a 2006)	25
Gráfico 3: Distribuição do somatório de casos por grupo etário (1980 a 2006)	31

Gráfico 4: Evolução da Epidemia em Portugal.....	52
Gráfico 5: Distribuição do somatório de casos por grupo etário (1983 a 2006).....	53
Gráfico 6: Casos segundo a residência* (1983 a 2006).....	55

Índice de Quadros

Quadro 1. <i>Constituição da Amostra do Estudo 1 relativamente à variável “sexo”</i>	130
Quadro 2. <i>Caracterização da amostra do Estudo 1 por médias das idades por país</i>	131
Quadro 3. <i>Análise factorial do Estudo 1 relativamente a escala de atitudes</i>	138
Quadro 4. <i>Caracterização da amostra do grupo de professores do Brasil e de Portugal que continuam estudando.</i>	154
Quadro 5. <i>Caracterização da amostra dos alunos do Brasil e de Portugal que já estão leccionando.</i>	154
Quadro 6. <i>Caracterização da amostra relativamente ao grupo de professores com formação superior.</i>	155
Quadro 7. <i>Caracterização da amostra do Estudo 1 relativamente ao curso de graduação superior.</i>	155
Quadro 8. <i>Caracterização da amostra do Estudo 1 relativamente a pós-graduação</i>	156
Quadro 9. <i>Caracterização da amostra do Estudo 1 relativamente aos cursos realizados nos últimos três anos.</i>	157
Quadro 10. <i>Caracterização da amostra do Estudo 1 relativamente ao tempo de actividade profissional</i>	157
Quadro 11. <i>Caracterização da amostra do Estudo 1 relativamente ao tempo de serviço na actual instituição</i>	158
Quadro 12. <i>Frequência dos acertos e erros da amostra total do Estudo 1, relativamente a Escala de Conhecimento Geral sobre o VIH/SIDA.</i>	159
Quadro 13. <i>Frequência dos acertos e erros do grupo de alunos e professores do Brasil e de Portugal relativamente a escala de conhecimento geral sobre VIH/SIDA</i>	161

Quadro 14. <i>Frequência dos acertos e erros dos grupos do Brasil e de Portugal relativamente a Escala de Conhecimento Geral sobre VIH/SIDA</i>	161
Quadro 15. <i>Frequência dos acertos e erros da amostra total do Estudo 1 relativamente a Escala de Probabilidades de Transmissão sobre VIH/SIDA</i>	163
Quadro 16. <i>Frequência dos acertos e erros do grupo de alunos e professores do Brasil e de Portugal relativamente a Escala de Probabilidades de Transmissão sobre VIH/SIDA</i>	164
Quadro 17. <i>Frequência dos acertos e erros dos grupos do Brasil e de Portugal a relativamente a Escala de Probabilidades de Transmissão sobre VIH/SIDA.....</i>	166
Quadro 18. <i>Distribuição das respostas da Amostra total do Estudo 1 face aos itens da Escala de Atitudes relativas ao VIH/SIDA (Percentagem das respostas Concordo, Indiferente e Discordo).....</i>	166
Quadro 19. <i>Distribuição das respostas do grupo de alunos e professores do Brasil e de Portugal face aos itens da Escala de Atitudes relativas ao VIH/SIDA (Percentagem das respostas Concordo, Indiferente e Discordo).....</i>	168
Quadro 20. <i>Distribuição das respostas dos grupos do Brasil e de Portugal face aos itens da Escala de Atitudes relativas ao VIH/SIDA (Percentagem das respostas Concordo).....</i>	169
Quadro 21. <i>Distribuição das respostas da Amostra total do Estudo 1 face aos itens da Escala Sociedade, Escola e VIH/SIDA (Percentagem de respostas Concordo, Indiferente e Discordo).....</i>	170
Quadro 22. <i>Distribuição das respostas do grupo de alunos e professores do Brasil e de Portugal face aos itens da Escala Sociedade, Escola e VIH/SIDA (Percentagem de respostas Concordo, Indiferente e Discordo).....</i>	171
Quadro 23. <i>Frequência das respostas dos grupos do Brasil e de Portugal relativamente a Escala Sociedade, Escola e VIH/SIDA</i>	173
Quadro 24. <i>Distribuição das respostas da amostra total do Estudo 1 face aos itens da Escala Escola e VIH/SIDA (Percentagem de respostas Sim e Não).....</i>	174

Quadro 25. Distribuição das respostas do grupo de alunos e professores do Brasil e de Portugal face aos itens da Escala Escola e VIH/SIDA	175
Quadro 26. Frequência das respostas dos grupos do Brasil e de Portugal relativamente a Escala Escola e VIH/SIDA	176
Quadro 27. Comparação das pontuações médias entre as escalas que avaliam os professores e alunos em formação do Brasil e de Portugal.....	178
Quadro 28. Médias e desvios-padrão nas respostas do grupo de alunos do Brasil e de Portugal relativamente a escala total de conhecimentos sobre VIH/SIDA	178
Quadro 29. Médias e desvios-padrão nas respostas do grupo de professores do Brasil e de Portugal relativamente a escala total de conhecimentos sobre VIH/SIDA.	178
Quadro 30. Médias e desvios-padrão nas respostas dos grupos de alunos e professores do Brasil relativamente a escala total de conhecimentos sobre VIH/SIDA	179
Quadro 31. Médias e desvios-padrão nas respostas dos grupos de alunos e professores de Portugal relativamente a escala total de conhecimentos sobre VIH/SIDA	179
Quadro 32. Médias e desvios-padrão nas respostas do grupo de alunos do Brasil e de Portugal relativamente a Escala Geral de Conhecimentos sobre VIH/SIDA.....	180
Quadro 33. Médias e desvios-padrão nas respostas do grupo de professores do Brasil e de Portugal relativamente a Escala Geral de Conhecimentos sobre VIH/SIDA.....	180
Quadro 34. Médias e desvios-padrão nas respostas da amostra total dos sujeitos do Brasil e de Portugal relativamente a Escala Geral de Conhecimentos sobre VIH/SIDA.....	181
Quadro 35. Médias e desvios-padrão nas respostas dos grupos de alunos e de professores do Brasil relativamente a Escala Geral de Conhecimentos sobre VIH/SIDA.....	181
Quadro 36. Médias e desvios-padrão nas respostas dos grupos de alunos e de professores de Portugal relativamente a Escala Geral de Conhecimentos sobre VIH/SIDA	182
Quadro 37. Médias e desvios-padrão nas respostas do grupo de alunos do Brasil e de Portugal relativamente a Escala de Probabilidade de Transmissão do VIH/SIDA.....	182

<i>Quadro 38. Médias e desvios-padrão nas respostas do grupo de professores do Brasil e de Portugal relativamente a Escala de Probabilidade de Transmissão do VIH/SIDA.....</i>	<i>183</i>
<i>Quadro 39. Médias e desvios-padrão nas respostas da amostra total dos sujeitos do Brasil e de Portugal relativamente a Escala de Probabilidade de Transmissão do VIH/SIDA ...</i>	<i>183</i>
<i>Quadro 40. Médias e desvios-padrão nas respostas dos grupos de alunos e de professores do Brasil relativamente a Escala de Probabilidade de Transmissão do VIH/SIDA</i>	<i>184</i>
<i>Quadro 41. Médias e desvios-padrão nas respostas dos grupos de alunos e de professores de Portugal relativamente a Escala de Probabilidade de Transmissão do VIH/SIDA.....</i>	<i>184</i>
<i>Quadro 42. Médias e desvios-padrão nas respostas do grupo de alunos do Brasil e de Portugal relativamente a escala de atitudes sobre o VIH/SIDA</i>	<i>185</i>
<i>Quadro 43. Médias e desvios-padrão nas respostas do grupo de professores do Brasil e de Portugal relativamente a Escala de Atitudes sobre o VIH/SIDA</i>	<i>185</i>
<i>Quadro 44. Médias e desvios-padrão nas respostas do Estudo 1 dos sujeitos do Brasil e de Portugal relativamente a escala de atitudes sobre o VIH/SIDA</i>	<i>185</i>
<i>Quadro 45. Médias e desvios-padrão nas respostas dos grupos de alunos e de professores do Brasil relativamente a Escala de Atitudes sobre o VIH/SIDA.....</i>	<i>186</i>
<i>Quadro 46. Médias e desvios-padrão nas respostas dos grupos de alunos e de professores de Portugal relativamente a Escala de Atitudes sobre o VIH/SIDA.....</i>	<i>186</i>
<i>Quadro 47: Intervalo de confiança a 95% para as respostas à Escala Escola e VIH/SIDA</i>	<i>187</i>

INTRODUÇÃO

Contextualização do Estudo

A UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura ressalta a atenção para o impacto demográfico da epidemia “agravo que acomete grande número de pessoas em uma mesma localidade e região, aparecendo de forma súbita e com rápido desenvolvimento” (Castro & Silva, 2005, p. 569) VIH/SIDA com o aumento significativo do número de órfãos nas últimas décadas.

De acordo com o Fundo das Nações Unidas, no ano de 2010, estima-se que mais de 18 milhões de menores terão perdido um dos pais ou os dois por causa da SIDA. Estes dados alarmantes estão no relatório *Situação Mundial da Infância 2005*, lançado pelo UNICEF em Dezembro de 2004 (UNICEF, 2005).

O surgimento do vírus da SIDA, o VIH, e o seu alastramento nas três últimas décadas, impõe ao sistema educativo, particularmente no domínio da formação inicial e contínua, a necessidade de investimentos na área da Educação Sexual e Educação para a Saúde. Cada vez mais o investimento na formação de profissionais qualificados se tem tornado um factor diferencial, decisivo ao combate desta pandemia “proliferação de uma epidemia que acomete pessoas em diferentes países e continentes num mesmo período” (Castro & Silva, 2005, p. 573).

A infecção pelo vírus VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) é responsável pela doença chamada Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA, ou AIDS – da sigla em inglês – Acquired Immune Deficiency Syndrome), tendo o primeiro caso de infecção registado no início da década de 80, nos Estados Unidos da América. Actualmente, sabe-se que a SIDA se propaga através de dois retrovírus, o VIH 1 e o VIH 2 (Daudel & Montagneir, 1995).

Por ter tido seu início entre os homossexuais, os portadores da doença por muito tempo sofreram e ainda sofrem grandes preconceitos por parte da comunidade que, geralmente, associam a doença a “imoralidade” e a “depravação sexual”. Contudo, a SIDA hoje não representa uma ameaça apenas para estas pessoas, pois são muitas as mulheres, crianças e heterossexuais que estão infectados pelo vírus VIH.

O agravamento da quantidade de crianças seropositivas se deve, particularmente, ao aumento do número de mulheres infectadas em idade reprodutiva (Silveira, et al., 2002). Essa veracidade mais do que expressiva faz com que nos confrontemos com uma nova condição: a feminização da doença e o consequente aumento do número de casos entre as crianças devido à transmissão vertical (Castro-Silva 2005; Monteiro, 2002; Paiva et al., 2002; Parker & Camargo 2000).

Nenhum país se pode vangloriar de não ter entre os seus membros este flagelo. O Brasil pela sua dimensão tem vindo a apresentar várias propostas de combate e enfrentamento da pandemia, o mesmo acontece com países pequenos, tais como Portugal onde o aumento de infecções pelo VIH tem exigido dos seus governantes respostas imediatas.

No que se refere a políticas públicas e de investimentos, houve melhorias dramáticas nos últimos anos. No entanto, as melhorias estão longe do necessário para promover uma resposta efectiva à epidemia global. Não há ou não tem havido sensibilização na formação de professores/educadores para essa problemática, daí as lacunas na formação inicial e contínua desses profissionais da educação.

No Brasil, subsistem cerca de 600 mil indivíduos portadores do vírus do VIH (Boletim Epidemiológico de DST/AIDS, nº1/2006). Até Junho de 2006 foram registados 433.067 mil casos de SIDA, sendo que, nos últimos anos, houve queda nos novos casos da infecção, caindo de 30 mil para 22 mil, o mesmo aplicando-se com relação à quantidade de óbitos devido ao VIH/SIDA. Tal facto caracteriza o que as informações oficiais divulgadas pelo Programa Nacional de DST e SIDA denominam de estabilização da epidemia, embora o número de casos de pessoas portadoras do vírus se mantenha em patamares elevados.

Em Portugal, de acordo com o Centro de Vigilância das Doenças Transmissíveis, se tem notificado 29.461 casos de infecção VIH/SIDA, sendo o país recordista em novos diagnósticos positivos de VIH declarados em 2005 por milhão de habitantes: 251, um valor claramente acima de outros 14 países da Europa ocidental e central (Público, 2007). Ainda para agravar tal situação, dada a imperfeita monitorização da condição médica em Portugal, as taxas de infecção podem estar longe da actual realidade (Pombo, 2003).

A nível mundial, conforme descrito no relatório das agências das Nações Unidas, já são três milhões o número de crianças infectadas pelo VIH, com idade inferior a 15 anos e 15,2 milhões de crianças com idade inferior a 18 anos, que perderam um ou ambos os pais devido à SIDA.

A falta de conhecimentos e formação dos indivíduos dificulta a estabilização da pandemia da SIDA, assim como a qualidade de vida das crianças afectadas e infectadas pela doença.

É, neste contexto, que se insere esta investigação. A sua principal finalidade é sensibilizar os sistemas de formação para a necessidade de se investir na formação inicial e contínua dos educadores a nível da educação para o VIH/SIDA.

Particularmente na área da sexualidade, visando a construção de um processo sistemático, uma intervenção qualitativa, proporcionando espaços de reflexão para que estas crianças, que vivem sob o estigma do vírus VIH/SIDA, possam superar dificuldades e preconceitos reais que giram em torno desta temática e estejam assim vivendo a sua sexualidade de forma saudável e tranquila.

De referir, por fim, que esta investigação pretende ser um estudo comparativo, realizado no Brasil e em Portugal, tendo em vista o desenvolvimento de um programa de intervenção psicopedagógico, junto dos professores, como suporte às crianças infectadas com o VIH.

Problema, Finalidades, Questões e Objectivos do Estudo

Para conseguir atingir os nossos objectivos propomo-nos realizar um estudo que identifique estratégias e conhecimentos teórico-práticos utilizados pelos educadores/professores ao lidar com crianças com VIH/SIDA, visando a construção de um processo de educação sistemático, uma intervenção qualitativa na formação dos profissionais que lidam directamente com estas crianças.

O problema de investigação é formulado, assim, tendo em conta a seguinte questão de partida:

Qual a necessidade de formação em VIH/SIDA para professores/educadores, de modo a contribuir para a promoção da qualidade de vida dos educandos seropositivos, ou seja, alunos infectados pelo VIH?

Definida a principal finalidade do estudo, são propostas as seguintes questões de investigação:

- Que conhecimentos e atitudes têm os professores e alunos em formação inicial para professor sobre o VIH/SIDA?
- Existe aceitação por parte dos professores e alunos em formação inicial para professor da criança seropositiva em sala de aula?
- Quais as implicações do actual nível de conhecimento e atitudes em relação à SIDA dos professores e dos alunos em formação inicial para professor?
- Qual a necessidade de um programa psicopedagógico de suporte ao professor, no desenvolvimento da criança seropositiva em contexto educacional?

Tendo em conta as questões acima listadas, foram definidos os seguintes objectivos para o nosso estudo:

- identificar junto de professores e alunos em formação inicial para professor os conhecimentos e as atitudes que os mesmos têm acerca do saber como lidar com crianças com VIH;
- comparar os conhecimentos e as atitudes face ao VIH/SIDA dos professores do Brasil (na Zona de Florianópolis – Região Sul do país e capital do Estado de Santa Catarina) e os de Portugal (na Zona Centro - Aveiro);
- comparar os conhecimentos e as atitudes face ao VIH/SIDA dos alunos em formação para professor no Brasil (na Zona de Florianópolis) e para professor em Portugal (na Zona Centro - Aveiro);

- realizar um estudo de caso com uma criança infectada com o VIH/SIDA, identificando qual o tipo de atendimento que recebem (no Brasil e em Portugal);
- desenvolver um programa específico de intervenção psicopedagógico para professores e futuros professores para apoio às crianças com VIH.

Estrutura da Tese

A organização desta dissertação incluiu, para além da introdução, duas partes fundamentais e interligadas. Na introdução, começa-se a contextualizar o estudo, apresentar o problema, as suas finalidades, questões de investigação, objectivos e a estrutura da tese.

A primeira parte contém o *Enquadramento Teórico*, que é constituído por três capítulos, todos eles ligados com a questão em estudo e apresentados de forma a possibilitar uma melhor percepção do contingente investigado. Na segunda parte, apresenta-se o *Estudo Empírico*, considerado de contributo pessoal, sendo constituído pelos capítulos da metodologia, apresentação e discussão dos resultados, culminando com algumas notas em jeito de principais conclusões e algumas sugestões.

Assim, o primeiro capítulo, parte da *trajectória do VIH/SIDA*, até os dias de hoje, fazendo uma rápida retrospectiva internacional, bem como sobre as políticas públicas nas sociedades brasileira e portuguesa.

O segundo capítulo, desenvolve uma revisão da literatura que versa *a intervenção na formação e na educação* e debruça-se especificamente na formação de professores; professor reflexivo: da teoria à acção; a formação de professores e a

pedagogia por competências e a formação dos professores em relação ao VIH/SIDA: a educação sexual.

Por fim, o capítulo três do Enquadramento Teórico do nosso trabalho, aborda *a criança seropositiva*; riscos e preconceitos da criança seropositiva; a criança em situação de risco: contexto familiar e social; a criança seropositiva e a sua institucionalização e as necessidades educacionais: a orientação da educação da criança em situação de risco.

Por outro lado, tal como já referimos, a segunda parte deste estudo é constituída pelo Estudo Empírico, trata, do capítulo quatro da presente investigação, *a metodologia* utilizada. Este capítulo apresenta inicialmente os tipos de estudos desenvolvidos – estudo quantitativo e estudo de caso – e os seus participantes. Em seguida, detalham-se as técnicas e os instrumentos utilizados na recolha de dados, com especial ênfase na elaboração e validação dos questionários e entrevistas realizadas; descreve-se as etapas de recolha dos dados e, por fim, explicita-se o desenvolvimento dado ao tratamento dos dados, que incluiu análise do tipo quantitativo e análise de conteúdo.

Dedica-se ao capítulo cinco e seis, *a apresentação e a discussão dos resultados*, onde se descreve os resultados em função: (i) da caracterização dos professores e alunos em formação para professor do Brasil (na Zona de Florianópolis) e de Portugal (na Zona Centro - Aveiro); (ii) da situação dos inquiridos no desenvolvimento da formação; (iii) do conhecimento relacionado ao VIH/SIDA dos professores e alunos em formação para professor do Brasil (na Zona de Florianópolis) e de Portugal (na Zona Centro - Aveiro); (iv) das atitudes relacionadas ao VIH/SIDA dos professores e alunos em formação para professor do Brasil (na Zona de Florianópolis) e de Portugal (na Zona Centro - Aveiro).

No capítulo sete, apresentam-se as *conclusões*, onde se abordam os principais resultados, as considerações decorrentes do estudo realizado, as limitações do estudo bem como as suas implicações, quer ao nível da formação inicial e contínua em VIH/SIDA, quer da investigação. Nesta última secção inclui-se um programa, proposto ao professor/educador, como suporte psicopedagógico a criança infectada pelo VIH e algumas sugestões futuras.

A seguir, apresenta-se a lista das principais referências consultadas e citadas ao longo do trabalho, bem como o conjunto de anexos.

Acreditamos com o presente trabalho, poder contribuir, para mudanças de atitudes e para a implementação de novos comportamentos tendentes à integração da Criança Seropositiva na sociedade e à sua qualidade de vida, sensibilizando os sistemas de formação para a urgência de se investir na formação inicial e contínua dos educadores a nível da educação para a saúde, principalmente na área da sexualidade.

PRIMEIRA PARTE
REVISÃO DE LITERATURA

Introdução à Revisão de Literatura

No Capítulo I, apresenta-se a *trajectória do VIH/SIDA*, desde a sua identificação até o contexto actual, uma problemática de relevo para o nosso estudo.

Procurou-se fazer uma rápida retrospectiva internacional para, fundamentalmente, compreender o alastramento desta pandemia a nível mundial e as necessidades de intervenções políticas, sociais e educacionais no contexto actual.

Num segundo momento da revisão de literatura, no Capítulo II, abordou-se a *intervenção na formação e na educação*, quer na sua percepção quer no seu processo, igualmente importante para esta investigação.

Finalizando a revisão teórica deste estudo, no Capítulo III, abordou-se a *criança seropositiva*, riscos e preconceitos: em contexto familiar, social e de sala de aula, caracterizado pela necessidade de intervenção profissional interdisciplinar, a qual possibilita a inserção, entre outros, do profissional educador como integrante das acções de promoção, prevenção e integração das crianças que convivem com VIH/SIDA em contexto educacional.

A exploração desses factores permitiu a construção do referencial teórico da nossa investigação, referencial esse assumido como o “referente” deste estudo. Este permitiu sustentar por um lado as opções feitas aquando o desenvolvimento do estudo empírico e, por outro, a interpretação dos resultados obtidos.

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I -TRAJECTÓRIA DO VIH/SIDA

Breve Retrospectiva Internacional

A proposição de percorrer a narrativa política da SIDA revela algumas restrições, na dimensão em que as exposições ainda estão sendo edificadas, sendo sempre segmentado e inabordável por completo o seu conteúdo. Assim sendo, é realizável apenas esboçar algumas inclinações presentes no quadro contemporâneo e possíveis consequências para a estruturação das políticas vindouras. Não obstante, é sempre favorável assegurar que a resignação destas políticas só pode ser percebida a partir do encadeamento histórico da sociedade em que está entranhada, interpretando o resultado de interacção das relações/jogos de conveniência entre o Estado e a sociedade civil. E, concludentemente também, a feição como cada sociedade apreende esta epidemia, norteará suas faculdades de contestação.

A revisão da literatura presente sobre as temáticas que iremos abordar é de suma importância para a execução do nosso trabalho e de todo o estudo que pretendemos desenvolver numa perspectiva de aprofundamento constante.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é uma doença infecto-contagiosa, na qual o Vírus da Imunodeficiência Humana – VIH sujeita o sistema imunológico do ser humano. Após a infecção, o indivíduo pode viver alguns anos sem que a doença se mostre, embora ele seja portador do vírus VIH ou seropositivo.

De acordo com os dados epidemiológicos, a SIDA teve a sua origem na África há mais de 40 anos, mas, somente em 1978, ao surgirem os primeiros casos em São Francisco, nos Estados Unidos da América, é que a doença adquiriu

notoriedade. Entre os portadores constavam-se de cinco homens homossexuais. A SIDA é uma doença transmitida através do acto sexual, sangue contaminado, uso compartilhado de seringas ou por via perinatal. Sendo que, socialmente, a SIDA, foi particularmente marcada pela sua contaminação através da via sexual, por ser uma doença que surgiu em particular num grupo de homossexuais, passando a ser conhecida por *Gay Compromise Syndrome* ou por *Gay Related Imuno Deficiency*, sendo considerada como um desvio de comportamento (Montagnier, 1994).

No entanto, mesmo com a expansão da doença para outros grupos, como os heterossexuais e as crianças, a ligação entre a SIDA e comportamentos desviantes também foi interligado aos novos infectados. Vindo assim, a preocupação dos acometidos em conservar em segredo a sua seropositividade.

Para Balandier (1988), nenhuma outra epidemia revelou com tanta veemência, a figura da desordem “insidiosa, omnipresente, assoladora”. O vírus é maligno, antes de atacar por dentro, ele já assola a vida de relações do indivíduo que o hospeda, ele é difícil de ser cercado e combatido.

Mann (1993) compreende a metade dos anos 70 até 1981, pela vulnerabilidade do mundo a esta infecção, com o vírus da SIDA alastrando-se pelos cinco continentes de forma camuflada.

Desde que surgiu no cenário científico e social, comunicada pelo Centro de Controlo de Doenças dos EUA, deveras se tem apurado na investigação de formas do tratamento e prevenção da doença. Em 1983 o agente etiológico foi identificado, tratando-se de um retro vírus humano, actualmente denominado Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).

Após todos esses anos, transformada em pandemia vem devastando o mundo, principalmente países com menores índices de desenvolvimento social.

Em termos demográficos, a SIDA trouxe um aumento significativo nas taxas de mortalidade de vários países da Europa Ocidental, da América e da África Subsaariana, tornando-se uma das principais causas de morte nos grupos etários de 20 a 40 anos. Segundo Terto (1997, p. 139) “A SIDA é uma pandemia, que já atinge a todos os países filiados à Organização Mundial da Saúde e serão os esforços colectivos e a mobilização de esforços comuns que darão as soluções para os problemas impostos pela epidemia”.

A SIDA, que no início da epidemia era particularizada aos “grupos de risco”, definidos principalmente pelos homossexuais masculinos, usuários de drogas endovenosas, profissionais do sexo e receptores de transfusão ou hemoderivados, passou também a ser doença de heterossexuais, homens e mulheres, e de mães e filhos. Os portadores da doença por muito tempo sofreram e ainda sofrem grandes preconceitos por parte da comunidade, que geralmente associam a doença a imoralidade e a depravação sexual. Entretanto, com a evolução científica, após décadas de convivência com o vírus, constatou-se que não há grupos de risco, ou segmentos mais ou menos expostos à contaminação pelo vírus. A SIDA hoje não representa uma ameaça apenas para estas pessoas, pois são muitas as mulheres, crianças e heterossexuais que estão infectados pelo vírus VIH, e no dizer de Sprinz e colaboradores (1999), a condição de ser humano é o suficiente para ser contaminado pelo Vírus da Imunodeficiência Humana.

A vulnerabilidade não fica mais restrita a grupos definidos, mas estende-se à população inteira. Neste sentido, Parker *et al.* (1994, p. 17) afirmam que:

Expandindo sem limites a condição de vulnerabilidade à doença, generalizando a distribuição e colectivizando o risco, este novo modelo de percepção da SIDA dá um convincente argumento àquilo que tem sido uma agenda política central para a

saúde colectiva e uma bandeira que domina o activismo no Brasil: a epidemia e seu enfrentamento é uma responsabilidade de todos.

Para Paulilo (1999), o causo epidémico no qual a SIDA se apresenta tem assombrado pela rapidez de sua disseminação e pela sua letal idade. Sabe-se que a SIDA é uma doença primordialmente disseminada através de condutas individuais ou colectivas. Camargo (1997) observa que, embora a ciência actual possua hoje o controlo sobre as epidemias, a SIDA surge carregando o paradoxo entre o nascer e o morrer, pois tem como responsáveis pela transmissão o sangue e o esperma condutores de subsistência da vida.

Os efeitos das investigações epidemiológicas e conhecimentos actuais sobre o VIH comprovam os meios de transmissão da infecção. Apesar do VIH estar presente nos diferentes fluidos corporais, tais como o sangue, esperma, secreção vaginal, lágrima, leite materno e saliva, apenas alguns o transmitem de forma eficiente. A via sexual, endovenosa (através de transfusões de sangue, pela reutilização de seringas não esterilizadas ou pelo uso colectivo de seringas), a via perinatal ou vertical (da mãe para o filho durante a gravidez ou parto) e a contaminação com leite materno são as formas reconhecidas como importantes a transmissão do VIH.

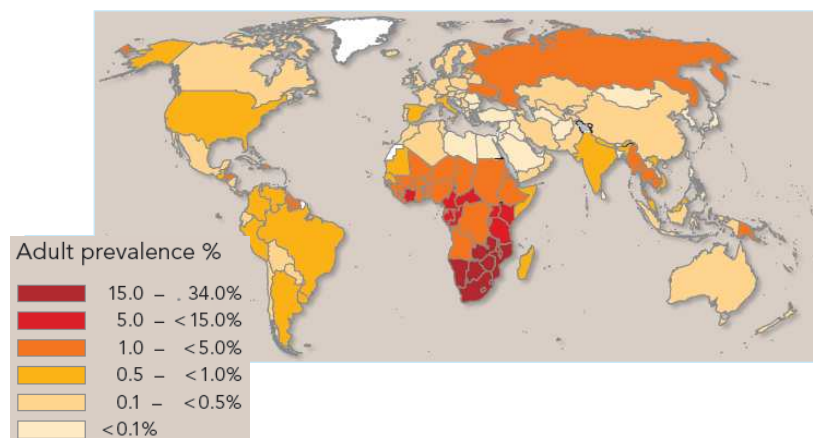
Acredita-se que, para compreender o desenvolvimento da SIDA no mundo, deve-se levar em conta não só o seu carácter bio fisiológico, mas também o social, o que o torna diferente dos padrões conhecidos na forma de disseminação de uma doença epidémica (Montagnier, 1995; Altman, 1995).

É preciso levar em consideração ao analisarmos as diferentes formas de transmissão que o crescimento significativo da doença se deu inicialmente pelo

facto de ter sido vinculada principalmente às pessoas consideradas de grupos de risco. De acordo com a ONUSIDA/OMS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV e a Organização Mundial para a Saúde, 2005), cerca de 40 milhões de pessoas no mundo convivem com VIH/SIDA, abrangendo estimadas 2,5 milhões de crianças com menos de 15 anos de idade. Sendo que, o índice mais elevado da epidemia, desde o seu surgimento, se deu no ano de 2005, onde mais de 3 milhões de pessoas morreram e mais de 5 milhões foram infectadas.

Figura: 1 Panorama mundial da infecção por VIH

38,6 Milhões de pessoas viviam com o VIH em 2005



Fonte: ONUSIDA, 2005.

A SIDA conduziu a um acréscimo significativo nas taxas de mortalidade de diferentes países da América, Europa Ocidental e África Subsaariana, transformando-se uma das principais causas de morte nos grupos etários dos 20 aos 40 anos.

Segundo o mesmo relatório (ONUSIDA/SIDA, 2005), até Dezembro de 2005, as mulheres constituíam quase 50,0% de todas as pessoas infectadas com VIH no

mundo. A crescente realidade feminina da epidemia adensa-se quando a constata que 80,0% destas mulheres estão em idade reprodutiva (ONUSIDA, 2004).

A África Subsaariana permanece como a área mais atingida do mundo com cerca de 25,8 milhões de pessoas infectadas.

A Organização Mundial da Saúde (2005) planeia para África Subsaariana uma inclinação na expectativa de existência de 62 para 42 anos. O sul da África acolhe em torno de 30,0% das pessoas que convivem com VIH/SIDA no mundo. Em Botsuana e Sualilândia, o índice de infecção do VIH/SIDA entre adultos é de 40,0%. Uma em cada cinco mulheres grávidas em alguns países africanos está infectada com o vírus.

De acordo com o estudo realizado (ONUSIDA/SIDA, 2005), a epidemia está alargando-se em países densamente habitados como Índia, China, Indonésia, Nova Guiné, Vietname e Leste Europeu.

Contemporaneamente mais de 2 milhões de pessoas convivem com o vírus na América e nas Caraíbas, compreendidas a cerca de 200 mil que contraíram o vírus em 2003, tempo no qual mais de 100 mil morreram de SIDA na região, segundo a UNAIDS (2005).

A América Latina e as Caraíbas têm o mais alto número de vítimas fatais em escala local depois da África Subsaariana e da Ásia.

A epidemia da SIDA é uma preocupação colectiva. A Decisão nº 747/96/CE do Parlamento Europeu e do Conselho da Europa reforça a seguinte ideia: “a SIDA é um fenómeno que coloca um dilema a dois níveis: a esfera mais íntima das relações humanas e no campo do comportamento colectivo”.

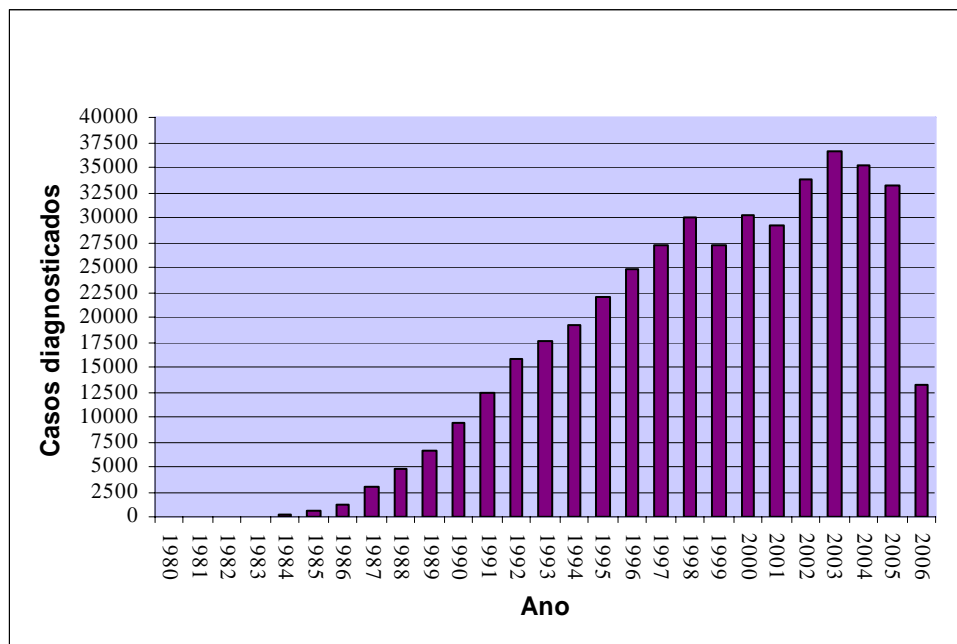
2. A Epidemia da SIDA e as Políticas Públicas na Sociedade Brasileira

No Brasil, a SIDA (No Brasil utiliza-se o termo “AIDS” porque “SIDA” tem o mesmo som que “Cida”, que é redução do nome “Aparecida”; assim, houve uma grande reacção contrária ao uso de um nome próprio muito comum para designar esta síndrome) foi identificada pela primeira vez em 1980, ano considerado o marco do início da epidemia segundo pesquisas epidemiológicas realizadas, embora oficialmente os primeiros casos de SIDA registados em território nacional tenham ocorrido em 1982 (Marques, 2002). Entretanto, ainda que a SIDA tenha vindo a público no início da década de 80, considerando que o período de incubação consiste aproximadamente de 2 a 6 anos (Lopes & Fraga, 1998), pode-se deduzir que o vírus da SIDA foi introduzido no país em meados da década de 1970. A sua disseminação ocorreu inicialmente nas principais áreas metropolitanas como na cidade de São Paulo, sendo posteriormente detectados casos no Rio de Janeiro, dissipando-se logo a seguir para as diversas regiões brasileiras (Galvão, 2000).

Actualmente, portanto, pode-se afirmar que a maioria dos municípios já registou casos, não restringindo a incidência às capitais estaduais, ocorrendo uma tendência crescente ao aumento do aparecimento de novos casos de VIH/SIDA nas cidades do interior.

De acordo com os dados divulgados no Boletim Epidemiológico de DST/AIDS, nº1/2006, subsistem no Brasil cerca de 600 mil pessoas portadoras do vírus, número que permanece estável desde 2000.

Gráfico 1: Evolução da Epidemia no Brasil

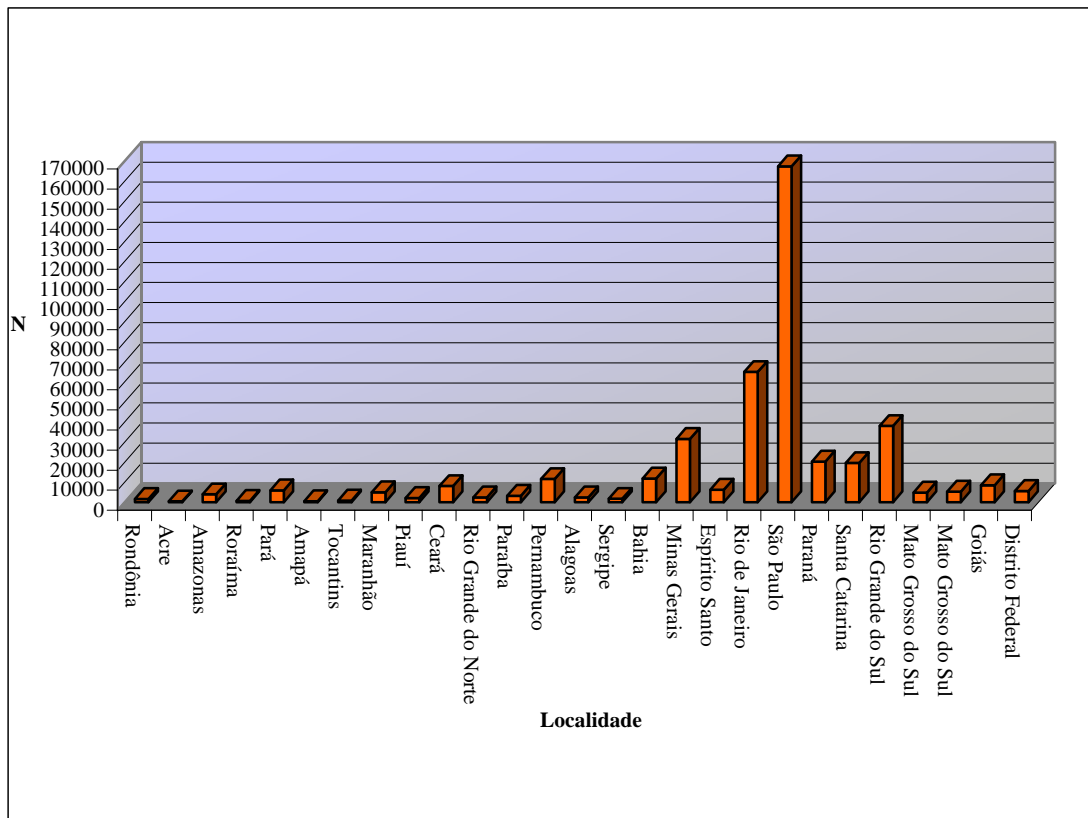


Fonte: Boletim Epidemiológico ano III nº 1, 2006.

Com relação aos casos notificados, constituindo na informação oficial acerca do número total de casos no Brasil, desde 1980 a Junho de 2006 foram registados 433.067 mil casos de AIDS, sendo 62,3% (269.910 casos) se concentram na região Sudeste, 17,9% (77.639 casos) na região Sul, 11,0% (47.751 casos) no Nordeste, 5,6% (24.086 casos) no Centro-Oeste e 3,2% (13.681 casos) no Norte (Ministério da Saúde, 2006).

Tal informação oficial possibilita avaliar a dimensão da epidemia no país apenas de forma relativa, pois esse é o número de pessoas que desenvolveram a doença.

Gráfico 2: Casos segundo a residência* (1980 a 2006)



*Residência à data da notificação
 Fonte: Boletim Epidemiológico ano III nº 1, 2006.

Nos últimos tempos, o número de casos novos anuais caiu de 30 mil para 22 mil, o mesmo aplicando-se com relação à quantidade de óbitos devido ao VIH/SIDA. Com relação a esse último facto apontado, tal realidade pode ser analisada como consequência do maior acesso e da eficiência dos medicamentos anti-retrovirais, bem como à descoberta prematura da situação de seropositividade, possibilitando assim uma resposta mais eficiente ao tratamento. Segundo informações do Ministério da Saúde, a mortalidade devido à SIDA foi 2,0% maior no ano de 2003 do que a registada no ano anterior, com 11.276 óbitos.

Sendo assim, a taxa de mortalidade mostrou-se estável, com 6,4 óbitos por 100 mil habitantes, e em 8,8 por 100 mil homens. Porém, foi evidenciada uma tendência a aumentar a incidência de SIDA entre mulheres e nas regiões Sul, Norte e Nordeste (Ministério da Saúde, 2005).

Tal facto caracteriza o que as informações oficiais divulgadas pelo Programa Nacional de DST e SIDA denominam de estabilização da epidemia, embora o número de casos de pessoas portadoras do vírus se mantenha em patamares elevados, mas sem aumentos ou diminuições dos casos de forma significativa ao se comparar os índices de incidência de um ano para outro.

Como afirmam Rodrigues-Júnior & Castilho (2004), a SIDA no Brasil tem se caracterizado como uma pandemia que se apresenta sob múltiplas facetas, isto é, compõe-se de diversas sub epidemias, não possuindo o que se poderia denominar de um único perfil epidemiológico que se apresente de forma homogénea em todo o território nacional, mas ao contrário apresenta-se como “um mosaico de sub epidemias regionais que são motivadas pelas desigualdades socioeconómicas” (Rodrigues-Júnior & Castilho, 2004, p. 312).

Sendo assim, a SIDA manifesta-se no Brasil, um país de grandes dimensões e cujas diferentes realidades sociais são extremamente contrastantes, de forma heterogénea e, por esse motivo, embora de modo geral a disseminação da doença se encontre estabilizada estatisticamente, algumas regiões demonstram uma taxa de crescimento no número de casos, e também uma variação com relação ao perfil da SIDA em diferentes regiões brasileiras, principalmente no tocante ao modo de infecção predominante.

Tal aumento acima mencionado com relação ao número de infecções por VIH é o que ocorre com os Estados que compõem a região sul do país: Santa

Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná, em ordem decrescente da quantidade de notificações, permanecendo com um índice elevado de falecimento de pacientes em decorrência da SIDA. Nesse sentido, no ano de 2005 foi efectuada a Segunda Reunião Macrorregional Sul de SIDA, sob os auspícios do Ministério da Saúde, tendo por objectivo analisar estratégias para abrandar este índice. Causas variadas podem colaborar para a ocorrência desse índice elevado, entre as quais pode-se citar a alta taxa de contaminação por meio da utilização de drogas injectáveis, o que por sua vez contribui como um factor que inviabiliza a qualidade na aderência ao tratamento, bem como a qualidade de vida desses portadores.

Com relação ainda às diferentes características da SIDA, enquanto constituindo perfis epidemiológicos, manifestando-se diferentemente e com alto índice de prevalência em determinados Estados Brasileiros. Pesquisa realizada por Rodrigues-Júnior & Castilho (2004) apontou os Estados de São Paulo, Pernambuco e Santa Catarina como paradigmáticos da SIDA no Brasil, tendo sido alvos de estudos particularizados, em virtude de apresentarem características definidas e diferenciadas. Sendo assim, São Paulo é o Estado que detém o maior número de casos; Pernambuco mostra um grande índice nos casos cujas transmissões do vírus ocorreram por meio de relações homossexuais e bissexuais, mantendo o mesmo perfil que caracterizou o início da epidemia no Brasil; e Santa Catarina, mostrando a mais elevada incidência no número de casos decorrentes da transmissão do VIH através do uso de drogas injectáveis.

Ainda com relação a Santa Catarina, este Estado vem ocupando os primeiros lugares no ranking nacional de ocorrência epidemiológica, sendo que as causas de infecção se referem predominantemente ao uso de drogas endovenosas e ao contacto heterossexual. No princípio da epidemia, as áreas mais atingidas pelo vírus consistiram nas cidades de Itajaí e da Grande Florianópolis, sendo que

posteriormente a epidemia se disseminou para as cidades do norte e do sul do Estado, apresentando as taxas mais elevadas de incidência no litoral.

O primeiro caso notificado de SIDA em Santa Catarina ocorreu em 1984, na região oeste do Estado, mais precisamente no município de Chapecó. Desde então, os dados epidemiológicos anunciaram 15.646 casos de SIDA em indivíduos com 13 anos ou mais de idade, e 769 casos em menores de 13 anos, até Agosto de 2004. No final da década de 1980, a relação homem/mulher consistia por volta de 16 homens contaminados para cada mulher. Actualmente, essa razão apresenta-se de 2/1, e em alguns municípios da região do litoral a relação da razão entre os sexos encontra-se situada na igualdade 1/1. Este factor agravante é demonstrado pelo aumento do número de casos em mulheres, evidenciando uma expressiva participação destas no perfil da epidemia no referido Estado (Boletim Epidemiológico, nº 01/2005).

Tal modificação no perfil epidemiológico da SIDA, em que tem ocorrido um aumento significativo de incidência em mulheres e uma diminuição em homossexuais, não tem ocorrido apenas em Santa Catarina, mas no país como um todo, de modo geral, sem considerar certas especificidades, como já foi mencionado anteriormente. Inicialmente, a epidemia restringia-se predominantemente a pessoas que possuíam determinadas características, as quais, devido à alta incidência acometida pelo VIH, foram consideradas como os factores de maior vulnerabilidade à contracção do VIH, constituindo assim os denominados grupos de risco, abrangendo preferencialmente os chamados “homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas injectáveis (UDI) e hemofílicos” (Rodrigues-Júnior & Castilho, 2004).

Actualmente, o perfil da SIDA no Brasil, no decorrer dos quase 30 anos em que apareceu e se disseminou em território nacional, transformou-se. Assim, o VIH não se ateve às pessoas pertencentes aos chamados grupos de risco, e qualquer pessoa tem se tornado vítima em potencial do vírus. Assim, tem aumentado a contaminação de VIH/SIDA por via heterossexual e, em decorrência de tal facto, houve um acréscimo da incidência em mulheres e em crianças, nestas principalmente por meio da transmissão durante a gestação, no parto ou por meio de aleitamento materno.

Em 1987 a 1992, 45,0% dos casos de SIDA concentravam-se na categoria de exposição usuário de drogas injectáveis (UDI), enquanto 27,0% inseriam-se na categoria de homo/bissexual. Presentemente, a categoria de contaminação por via heterossexual condiz a 45,0% e a categoria UDI a 35,3%. Portanto, pode-se espreitar uma modificação no perfil dos casos conforme a categoria de exposição, evidenciando um acréscimo no número de casos ocorrendo na categoria heterossexual e uma diminuição de incidência na categoria UDI, factor esse que pode ser outorgado à feminilização da epidemia.

Sendo assim, a transmissão por via heterossexual teve um aumento de 9,9% a 40,0% na década compreendida entre 1980 e 1990, bem como a transmissão do VIH devido ao uso de drogas injectáveis decaiu de 19,5% para 14,5% nesse mesmo período (Raposo, 2003).

Com relação à população feminina atingida em decorrência do número de casos de SIDA através da via heterossexual de contágio, o aumento de infecção nesta população ocorreu, passando de 44,2% para 80,8% até o ano de 2001. No caso da transmissão do VIH neste segmento da população devido ao contágio pela via das drogas injectáveis, também houve uma diminuição significativa de casos,

passando de 31,4% para 5,7% nesse mesmo período (Raposo, 2003). Actualmente, 25,0% dos casos notificados pelo Ministério da Saúde ocorrem em mulheres (Ministério da Saúde, 2005). Conforme Rodrigues-Júnior & Castilho (2004), tal tendência verifica-se devido ao facto de que as mulheres apresentam maior vulnerabilidade com relação à possibilidade de exigir precauções por parte dos homens referentes ao uso do preservativo masculino pelos parceiros nas relações sexuais, bem como um menor acesso a serviços de saúde reprodutiva.

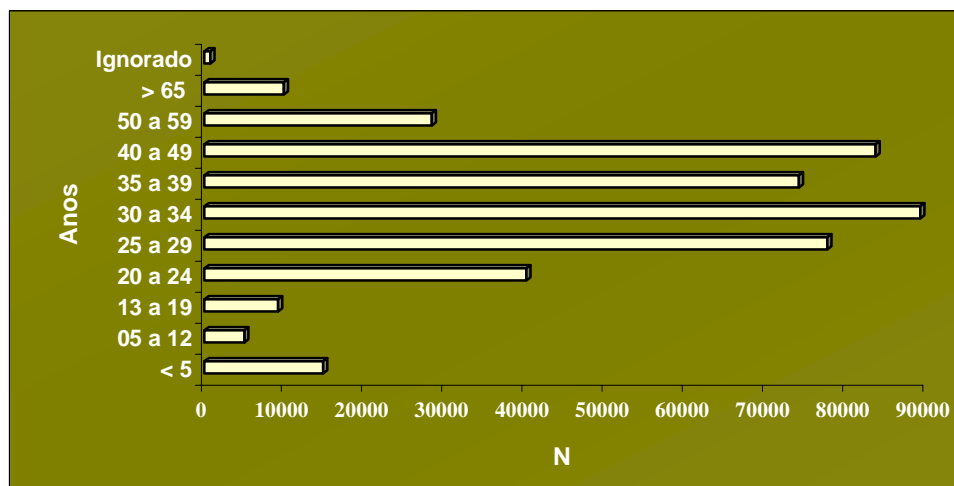
Além de uma crescente heterossexualização e feminilização da doença, outras características prevalentes da SIDA no Brasil, no período inicial, também se modificaram. Assim, enquanto os primeiros casos ocorreram entre pessoas que possuíam nível de escolaridade alto, cada vez mais os infectados têm se caracterizado por possuírem baixo nível de escolaridade. Tal facto leva a afirmar que, considerando a escolarização como um indicador do nível social e do poder aquisitivo, se afirma que ocorre uma pauperização crescente como uma das características da SIDA no Brasil. Esse dado, de acordo com Rodrigues-Júnior & Castilho (2004), deve-se ao menor acesso aos serviços de assistência médica possibilitada à camada da população mais desfavorecida economicamente.

Outra característica da manifestação da SIDA no Brasil refere-se ao aumento do número de pessoas infectadas provenientes zonas do interior do país, constituindo o fenómeno que tem sido denominado de interiorização na propagação da doença pelo país (Rodrigues-Júnior & Castilho, 2004).

A juvenilização da doença também tem sido apontada como outra característica preponderante do perfil da SIDA no Brasil. Inicialmente, a faixa etária que tinha o maior índice de incidência de VIH/SIDA era a de 20 até 39 anos. No entanto, ao longo de quase três décadas em que a SIDA se propagou no país,

ocorreu um crescimento no número de infectados cada vez mais jovens. Assim, no presente momento, o maior número de casos acontece em pessoas com 20 a 29 anos de idade, mostrando o elevado índice da epidemia entre adolescentes e adultos jovens. Nos Estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul, o número de seropositivos adolescentes torna-se preocupante (Ministério da Saúde, 2005).

Gráfico 3: Distribuição do somatório de casos por grupo etário (1980 a 2006)



Fonte: Boletim Epidemiológico ano III nº 1, 2006.

Ainda com relação a esta população, pode-se afirmar que a transmissão ocorre preponderantemente através de actividades sexuais e do uso de drogas injectáveis. Os adolescentes são especialmente vulneráveis a contraírem a doença tendo em vista que o período de desenvolvimento em que se encontram consiste em um momento no qual ocorre a iniciação de actividade sexual, bem como a busca de novas experiências, havendo muita desinformação e pouco acesso aos

métodos preventivos. No caso dos adolescentes pertencentes a populações de baixa renda, a vulnerabilidade é maior, face a violência a que diariamente estão expostos, aumentando o risco de contraírem o VIH/SIDA.

De acordo com Mota (1998), os adolescentes são especialmente vulneráveis aos riscos de contágio pelo VIH/SIDA, devido a alguns factores muitas vezes encontrados nessa parcela da população: a iniciação do comportamento sexual, em que muitas vezes o desrespeito e desconhecimento os coloca em situações de risco nos quais não ocorrem comportamentos de prevenção; as condições objectivas do meio social, que muitas vezes dificulta ou mesmo impossibilita o acesso à informação e/ou aos meios de acesso aos métodos preventivos; e o grau de consciência em relação ao próprio corpo, podendo chegar a dificultar a tomada de determinados cuidados por parte desses jovens.

Outros factores que também tornam a população adolescente e jovem vulnerável à SIDA, segundo Ayres (1996), consistem nos seguintes: as características culturais de um determinado grupo ou cultura que impedem a apropriação das informações; a necessidade de transgredir normas de comportamento estabelecidos e de experimentar riscos, ou seja, vivenciar emoções fortes; sistema educacional desfavorável à aquisição de conhecimentos dessas pessoas, por ser precário e sem estímulos; dificuldades no relacionamento familiar, o qual se caracteriza pela falta de diálogo e pela desintegração; baixa auto-estima devido a factores diversos, sendo um deles, e muitas vezes o mais importante, a exclusão social ocasionada pela pauperização; e exposição à violência, impedindo qualquer forma de prevenção e fortalecendo a sensação de inevitabilidade, falta de controlo sobre determinadas situações de vida e decorrente sentimento de desamparo. Ainda com relação aos aspectos que tornam os adolescentes vulneráveis a contraírem o vírus da SIDA, o Programa Nacional

de DST e SIDA menciona, além da falta de preparação inicial e o desconhecimento referente ao exercício da sexualidade, a presença de um sentimento ilusório de poder acerca de sua própria vida, do que decorre uma minimização por parte dos adolescentes dos cuidados com a prevenção, aumentando os riscos de contraírem a doença. Outras características próprias desse período da vida também influenciam para um aumento da vulnerabilidade, como as dificuldades existentes com relação à tomada de decisões, a definição da própria identidade, a necessidade de afirmação frente ao seu grupo social, bem como a necessidade de conciliar a satisfação do próprio desejo com a permissão obtida socialmente para a realização do mesmo. Tais aspectos interferem, conforme informações divulgadas pelo Programa Nacional de DST e SIDA, pelo facto de que contribuem para a adopção ou não de acções preventivas frente às DST e SIDA.

Portanto, os adolescentes tornam-se vulneráveis à doença, sendo que as dificuldades geralmente vivenciais por esta população quanto ao acesso à informação e métodos preventivos, não são minimizadas pelas estratégias de políticas públicas, pois muitas vezes os serviços de saúde encontram-se mal preparados para atender a essa demanda específica.

Nesse sentido, Raposo (2003) assinala ainda a importância de se recorrer aos próprios jovens como difusores de informação e métodos preventivos, pois conhecem a própria realidade e as significações veiculadas no seu meio social, podendo assim superar os obstáculos que impedem que a informação chegue até esse público. A utilização dessa estratégia justifica-se em virtude do facto de que, para que esse público específico seja atingido é necessário que se conheça as percepções que os jovens possuem acerca da realidade na qual vivem. Sendo assim, a direcção do foco de acção para os próprios jovens é útil, conforme Raposo (2003), na realização de acções sistematizadas decorrentes da criação de espaços de

reflexões e discussões entre os jovens, contribuindo para as mudanças de valores e de atitudes frente aos comportamentos que permitam um efectivo freio no alastramento da epidemia entre esse público.

Ainda com relação aos adolescentes, sobre sua vulnerabilidade ao VIH/SIDA, e seus discursos acerca da doença em questão, Paulilo & Jeolás (2005) identificaram, em pesquisa realizada com adolescentes do sexo masculino brasileiros, analisando os seus discursos referentes à sexualidade e à SIDA, que esses discursos contradiziam-se. Por um lado, tais discursos enfatizaram um aspecto racional de controlo e responsabilidade sobre as próprias acções no tocante à actividade sexual, enquanto por outro lado tornou-se visível a existência de um discurso ressaltando a irracionalidade e o descontrolo. Tal ambiguidade manifesta-se da seguinte forma, conforme as autoras mencionadas: “de um lado, *ter consciência, pensar bem, planejar, ter cabeça*; de outro lado, *o vacilo, o descuido, a marcação, o não planejado, o espontâneo, a falta de cabeça, a bobeira, o tesão, a hora ‘h’*. A natureza do amor, do desejo e da paixão, domínios dos sentimentos e das sensações, do imponderável, do não planeado, do espontâneo, da não racionalização transforma-se em mais um elemento de vulnerabilidade” (Paulilo & Jeolás, 2005, p. 180 – grifos das autoras).

Tais significações identificadas pelas autoras acima citadas, explicitam a ambiguidade presente nos discursos acerca da SIDA, com relação à culpabilização e também referente à forma de apropriação dos discursos que veiculam socialmente e à forma de vivência da sexualidade. Assim, torna-se interessante mencionar a ideia de inevitabilidade que uma perspectiva irracional de perceber a (im)possibilidade de controlo e responsabilidade pessoal enfatiza. Nesse sentido, torna-se importante para que uma acção de prevenção eficaz ocorra por parte dos sujeitos, que essa concepção predominantemente irracional possa ser modificada,

e dessa forma os indivíduos possam perceber-se enquanto sujeitos de suas próprias acções e apropriar-se das suas próprias práticas, no caso, as concernentes ao âmbito do exercício da sua sexualidade. Nesse sentido, Paulilo & Jeolás (2005) assinalam a predominância da ideia de inevitabilidade com relação aos discursos sobre os riscos em contrair VIH/SIDA, apresentando a “força das atracções, dos amores e das paixões (...)”, e assim suas acções são encaradas como incapazes de mudar o curso supostamente inevitável dos acontecimentos. E, assim, predomina, conforme as referidas autoras, uma noção de indivíduo sujeito “às forças do destino, à vontade de Deus ou incapaz de controlar sua própria vontade” (Paulilo & Jeolás, 2005, p. 180).

Dado o exposto com relação às características que compõem o perfil actual da SIDA no Brasil, pode-se concluir que a epidemia em questão deixou de se caracterizar como uma doença de homossexuais e prostitutas, tendo vitimado diferentes populações. Nesse contexto, a SIDA hoje é compreendida como uma doença que qualquer pessoa, a princípio, está sujeita a contrair, mas que pode ser evitada ao se tomar as providências necessárias de prevenção.

Entretanto, apesar disso a epidemia ainda se encontra hoje bastante estigmatizada como uma doença fortemente relacionada com a promiscuidade, permeando as significações socialmente construídas e veiculadas referentes à SIDA. Nesse sentido, muitas vezes intervêm explicações morais e religiosas que vinculam o exercício da sexualidade à ideia de pecado, trazendo a culpabilização e enfatizando a ideia da referida doença como castigo, fazendo retornar antigos discursos fundamentados na concepção religiosa, personificando assim a doença sobre o “outro” transgressor das normas de comportamento sexual consideradas aceitáveis e que se situa, por esse motivo, às margens da sociedade. Sendo assim, esse outro consiste na figura dos homossexuais, das prostitutas e dos travestis,

enfim, “dos pecadores, dos promíscuos e dos imorais” (Paulilo & Jeolás, 2005, p. 179). E dessa forma, tais representações sociais acabam reforçando a ideia da existência de grupos de risco, hoje desacreditada, buscando moralizar os comportamentos dessas pessoas.

Devido ao facto de que a SIDA está, muitas vezes, directamente relacionada com a sexualidade, torna-se necessário ponderar acerca das mudanças e questionamentos que essa epidemia repercutiu no âmbito dos hábitos e dos costumes sexuais, bem como referente à moral, estigmatizando os portadores de VIH/SIDA como pessoas promíscuas. Tal concepção, eivada de preconceitos, predominante na época do surgimento da referida epidemia no território nacional, mas ainda existente na realidade brasileira, mostra a influência do discurso religioso visando mudar hábitos sexuais, negando o direito à liberdade no tocante a essa questão. Assim sendo, esse discurso chega a incentivar uma volta aos valores conservadores com relação ao comportamento sexual das pessoas. Portanto, tal discurso nega dessa forma direitos conquistados por meio de lutas e movimentos sociais, como é o caso da mudança nos costumes que se obteve com a liberação sexual na década de 1960. Nessa chamada “revolução sexual”, as mulheres foram beneficiadas ao adquirirem o direito de assumir o controlo do próprio corpo, com o uso de anticoncepcional, por exemplo. Desta forma, pode-se afirmar que um dos resultados decorrentes do discurso conservador visando a regulação do comportamento sexual segundo normas estabelecidas anteriormente a essas conquistas consiste na negação da liberdade sexual, o que acaba trazendo consequências negativas para as mulheres, reprimidas na expressão de sua sexualidade.

Entretanto, tal resultado, não recai somente sobre as mulheres, mas também sobre os diversos grupos marginalizados em razão de que suas práticas sexuais não são aceitas socialmente.

De qualquer maneira, embora muitas pessoas tenham resistido a um retorno a comportamentos conservadores referentes à vivência de sua sexualidade, tem ocorrido uma mudança nos hábitos com o objectivo de realizar uma adaptação à nova situação, demarcada pela possibilidade de se contrair o VIH e possibilitar, a partir da tomada de certos cuidados, que a sexualidade possa ser vivencial de forma segura e responsável. E a principal estratégia, para essa consciência e conseqüente adesão a novos hábitos nesse contexto, tem consistido nos investimentos em políticas públicas, dando prioridade a uma ampla divulgação da informação a partir de campanhas veiculadas através dos meios de comunicação de massa. Tais estratégias objectivam o controlo da disseminação da epidemia proporcionando uma melhor qualidade de vida também para aqueles que apresentam seropositividade. Um dos elementos fundamentais para a obtenção desse incremento na qualidade de vida consistiu na luta pelo fim da estigmatização e exclusão social dessas pessoas, decorrente do preconceito que muitas vezes é decorrente do desconhecimento. Tal realidade pode ser modificada a partir do momento em que se procura efectuar uma ressignificação de valores e práticas sociais. Essa modificação nas representações, apesar de consistir num processo lento e difícil, torna-se extremamente necessária no sentido de destruir as resistências às mudanças de hábitos, obstaculizando muitas vezes a implementação das acções de saúde pública efectivas na luta contra a SIDA no país (Ministério da Saúde do Brasil, 2005).

Considerando que a epidemia da SIDA no Brasil não apresenta sinais de redução, verifica-se, por outro lado, uma estabilização. Esse facto decorre da

realização de políticas públicas eficazes, termo esse conceituado como um “conjunto de directrizes, princípios e medidas postas em prática por instituições governamentais, com vistas ao equacionamento de determinados problemas da sociedade, organizando as acções em relação a um determinado tema” (Ministério da Saúde, 2005).

Marques (2002) apresenta um histórico das políticas públicas direccionadas ao controlo, ao tratamento e à prevenção da SIDA no decorrer dos 20 anos em que essa epidemia se instalou e foi se disseminando no Brasil. Considerando as diferentes conjunturas sociais e históricas, bem como as características das políticas públicas e os modos predominantes de disseminação do VIH em diversos momentos, a referida autora identificou cinco fases da história da SIDA no Brasil.

A primeira delas, que a autora denominou de “pré-história” da SIDA/VIH no Brasil, refere-se ao período compreendido entre 1975 e 1982, aproximadamente, em que o VIH provavelmente foi introduzido em território nacional, mas só foi reconhecido posteriormente, na fase seguinte. Trata-se de uma época caracterizada pelas lutas em prol da redemocratização, no final do regime de ditadura militar. Nesse momento histórico estavam sendo efectuadas também mudanças relacionadas à saúde pública, representadas pelo movimento visando a reforma sanitária. Nesse contexto, diferentes forças sociais advindas de sectores variados da população se fortaleceram, identificados pela reforma política sanitária. A ocorrência desse facto foi necessária para estabelecer os princípios que fundamentam o movimento sanitário brasileiro e que nortearam os futuros programas de saúde no combate à SIDA, a saber: “equidade, universalidade e saúde como um direito [de todos] e um dever do Estado” (Marques, 2002, p. 50). Tais factos contribuíram sobremaneira na construção posterior de condições profícuas para que pudessem ser efectivadas políticas públicas eficazes frente à

epidemia em questão. Sendo assim, a resposta nacional à SIDA no âmbito da saúde pública, que na etapa seguinte pôde ser elaborada e posta em acção, foi propiciada pela transformação realizada na assistência de saúde no Brasil, neste primeiro momento, possibilitando o surgimento de respostas políticas frente à SIDA.

A segunda fase da história da SIDA no Brasil, de acordo com a mesma autora, foi apontada para os anos de 1983 a 1986, período esse em que a referida síndrome teve sua existência reconhecida no país e diversas iniciativas começaram a ser tomadas isoladamente, visando o controlo da epidemia. Entretanto, apesar do mérito das medidas empreendidas, estas vieram com um atraso, devido ao facto de que no Brasil se esperou que a SIDA chegasse e se disseminasse para depois serem tomadas providências contra o alastramento do VIH. Tal postura acabou privilegiando, assim, um olhar “curativo” em detrimento de uma perspectiva preventiva que buscasse evitar ao máximo possível o alastramento do vírus. Além disso, embora nesse período o governo brasileiro tenha reconhecido a SIDA como uma questão de saúde pública, não tomou medidas efectivas articuladas nacionalmente para o controlo da epidemia, do que decorreu um aumento no número de casos, ocorrendo uma rápida disseminação da doença no Brasil, ao longo do período mencionado.

Ainda em relação a essa segunda fase da história da SIDA no Brasil, a epidemia difundiu-se e procurou-se tornar essa informação do conhecimento de todos, bem como as formas de prevenção e de contágio. Frente a essa situação alarmante, as acções políticas de saúde pública foram engendradas por iniciativa de cada Estado, destacando-se o Programa Estadual de São Paulo, e também forças provenientes de diversos sectores da população se articularam com o intuito de exigir políticas públicas do governo dirigidas à SIDA/VIH.

Entre as dificuldades apontadas por Marques (2002), nesse momento do aparecimento da SIDA no Brasil, estão o desconhecimento científico acerca da epidemia; as resistências advindas de sectores do âmbito da saúde, da pesquisa científica e da população em dar prioridade a questão da SIDA, numa época em que estratégias direccionadas contra a propagação de outras doenças eram consideradas mais urgentes para a saúde da população brasileira; e a falta de recursos, dificultando a implementação de acções, visando impedir o avanço da epidemia.

Assim, cada Estado iniciando por São Paulo e, logo em seguida, pelo Rio de Janeiro, procurou responder à epidemia construindo suas próprias acções, desvinculadas com as dos demais Estados, conforme seus recursos disponíveis. Por esse motivo, tais políticas públicas diferiram entre si.

Com relação ao programa pioneiro promovido pelo estado de São Paulo, cabe ressaltar que suas acções foram extremamente relevantes na luta contra a epidemia, devido ao facto de se pautar no referencial ético e político comprometido com uma perspectiva social em saúde pública, realizando pressão política e promovendo a participação popular nas suas acções contra a SIDA. Assim, tal facto constituiu o primeiro referencial político construído para fundamentar as acções contra a SIDA, objectivando “garantir que o ideário político do direito à saúde estivesse instalado (...)” (Marques, 2002, p. 52-53). Sendo assim, o estado de São Paulo tornou-se o centro de referência no país na luta contra a SIDA, segundo a mesma autora.

Frente ao franco avanço da epidemia, presente em centenas de casos, em 1985 o governo brasileiro instituiu o Programa Nacional da SIDA, estabelecendo directrizes para as acções que se direccionavam para os denominados grupos de

risco, institucionalizando assim esse conceito, constituídos por “homossexuais e bissexuais masculinos, os hemofílicos e politransfundidos e os usuários de drogas injectáveis” (Marques, 2002, p. 53). Tal programa nacional, associado a programas estaduais e municipais, actua a partir de então em todos os Estados brasileiros “e em 150 municípios que apresentam 80,0% do número de casos de SIDA no país” (Raposo, 2003, p. 27).

Programa Nacional da SIDA no Brasil

Em 1987, foi efectivamente implantado o Programa Nacional da SIDA, facto esse que segundo Marques (2002) deu início à terceira fase. Esta fase estendeu-se até 1989, permanecendo durante esse período focalizada no Programa Nacional de SIDA/VIH. As acções engendradas pelo referido Programa tiveram como principal característica a centralização, isolando as suas acções das contribuições provenientes da sociedade, dos programas estaduais e das ONG’s (Organizações não-governamental) nas políticas públicas para a SIDA. Assim, tal programa não promoveu a participação da sociedade, a qual, por sua vez, fortaleceu-se tornando-se relevante para a discussão e a luta efectiva. Assim, a sociedade, através das ONG’s, da Igreja, dos *media* e demais grupos organizados, encontrou um espaço para a participação a partir dos princípios defendidos pelo programa e, dessa forma, actua no sentido de pressionar para que os compromissos assumidos pelo governo fossem cumpridos.

Nesse período, nos anos de 1987 a 1988, começou a ser implantado um programa educacional em ampla escala, como uma das estratégias no combate à SIDA no Brasil, buscando a disseminação da informação através dos meios de comunicação de massa, principalmente com a televisão. Esta revelou-se como veículo de comunicação privilegiado por atingir todas as regiões brasileiras, assim

como as diferentes camadas da sociedade, transmitindo campanhas educacionais nacionais de prevenção. Juntamente às campanhas televisivas, foram utilizados também outros meios como cartazes, panfletos e *outdoors*, bem como a facilitação ao acesso a preservativos masculinos.

Nesse mesmo período, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado, visando o atendimento de saúde para todos, o que possibilitou a implementação de acções planeadas pelo Programa Nacional de SIDA, a partir do atendimento integralizado à saúde.

A próxima fase marcando a história da SIDA no Brasil está categorizada no período de 1990 a 1992, época do governo Collor que, conforme Marques (2002), caracterizou-se por um retrocesso frente às conquistas obtidas no âmbito da saúde pública, nas lutas do combate à SIDA. Assim, este período é considerado como um hiato na trajectória brasileira das políticas públicas frente à epidemia. No entanto, o maior avanço alcançado neste período, que se tornou extremamente importante para os seropositivos, consistiu na distribuição gratuita dos medicamentos anti-retrovirais. Tal facto, de acordo com o mesmo autor decorre da lei de patentes de medicamentos no Brasil, o que não ocorre de modo pacífico, pois as indústrias farmacêuticas travam uma disputa contra tal medida do governo, competindo por novos mercados consumidores das referidas drogas.

A quinta fase, que foi inaugurada com a saída do governo Collor do poder, compreendeu os anos de 1993 até o presente momento, caracterizando um período de progressivos avanços no combate à SIDA e de descentralização das políticas públicas direccionadas à referida epidemia no Brasil. Nesta época, houve uma nova articulação das instâncias oficiais com a sociedade civil organizada e o financiamento com o Banco Mundial, visando a captação de recursos no sentido

de viabilizar a concretização de medidas eficazes para a erradicação da SIDA. O financiamento do referido organismo internacional possibilitou a realização de dois projectos, de 1994 a 2002: SIDA I e SIDA II. Esses projectos objectivaram reduzir a transmissão do VIH no Brasil (Marques, 2002).

Assim, para o alcance do referido objectivo principal, as estratégias definidas foram: estabelecer um programa de prevenção e identificar quais os métodos mais adequados para tal finalidade; capacitar profissionais de saúde para a prestação de serviços importantes para os seropositivos e pacientes com SIDA; e envolver a participação dos municípios e Estados na execução desses projectos.

Tal injeção de recursos foi extremamente relevante para o combate à epidemia no Brasil. Contudo, será de extrema importância de que a actuação das ONG's não seja enfraquecida, pois as mesmas revelaram-se, na primeira década de luta contra a SIDA no Brasil, como “canais constantes e consistentes de participação da sociedade na construção dessas respostas e de cobrança da responsabilidade governamental” (Marques, 2002, p. 60).

Sendo assim, a partir deste período foram tomadas medidas com a finalidade de prevenção da epidemia, consistindo na articulação política entre diferentes entidades interessadas, envolvendo comunidades científicas, ONG's e associações comunitárias. Tais articulações ocasionaram uma acção conjunta envolvendo o Estado e a sociedade civil organizada, para assim construírem uma resposta nacional à difusão da referida epidemia (Raposo, 2003).

Por fim, como desafios para as políticas públicas relativas à SIDA no Brasil, a manutenção dos princípios presentes nessas acções, os quais privilegiam a ética e o direito à saúde em uma perspectiva social. Tais princípios resultaram da

conquista obtida por diversos sectores da sociedade civil organizada. Isso demonstra a relevância de estratégias descentralizadoras, ou seja:

Que a luta contra a SIDA/VIH através de programas e estratégias estaduais e municipais contemplem, além das diferenças culturais, regionais, sociais, a permanência dos princípios igualitários e a implantação desses (Marques, 2002, p. 62-63).

Ainda nessa quinta fase do VIH/SIDA no Brasil cabe destacar a realização de um evento, que teve a participação de diversos segmentos da sociedade, que direccionam seus esforços no combate à SIDA. Tratou-se do “Seminário para Elaboração de Directrizes e Acções em Sexualidade, Prevenção das DST/SIDA e do Uso Indevido de Drogas para Crianças e Adolescentes, no Período de 1999 a 2002” (Ministério da Saúde do Brasil, 2005). Esse seminário aconteceu com o apoio financeiro da Coordenação Nacional DST/SIDA, do Ministério da Saúde, objectivando a formulação de directrizes no trabalho com crianças e adolescentes, no período de 1998 a 2002.

O referido seminário reuniu 131 especialistas em infância e adolescência, educação, sexualidade, prevenção das DST/SIDA e do uso indevido de drogas, de todo o país. O encontro resultou na elaboração de princípios, prioridades e estratégias direccionadas para o estabelecimento de políticas públicas, com vista a promoção da educação sexual; a prevenção das DST e da SIDA; ao uso indevido de drogas, bem como assistência integral à adolescente grávida e às crianças e adolescentes afectadas e infectadas pela SIDA, Infecções Sexualmente Transmissíveis e toxicodependentes (Ministério da Saúde do Brasil, 2005).

Tal actividade resultou na produção de um total de 28 princípios, 9 prioridades e 54 estratégias a serem implementadas pelo Programa Nacional de DST e SIDA, orientando as políticas públicas para o trabalho com adolescentes e crianças.

Marques (2002) aponta como desafios para as políticas públicas relativas à SIDA no Brasil, a manutenção dos princípios presentes nessas acções, os quais privilegiam a ética e o direito à saúde, numa perspectiva social de saúde pública, que resultaram da conquista obtida por diversos sectores da sociedade civil organizada, o que demonstra a relevância de estratégias descentralizadas, ou seja, “que a luta contra a SIDA/VIH através de programas e estratégias estaduais e municipais contemplem, além das diferenças culturais, regionais, sociais, a permanência dos princípios igualitários e a implantação desses” (p. 62-63).

As estratégias de prevenção, utilizadas pelas políticas públicas são prioritariamente educativas, visando minimizar os riscos de infecção a partir da promoção de mudança de hábitos de risco de transmissão para outros seguros. Tais práticas educativas transcendem a mera informação, afirmando que somente esta, por si só, não garante uma efectiva mudança de atitudes.

Um aspecto a ser considerado, nesse contexto da SIDA refere-se ao aspecto ideológico presente no “conteúdo medicalizador e autoritário embutido em maior ou menor grau nas práticas de medicina preventiva” (Fernandes, 1994, p. 172), ou seja, no discurso veiculado pelos profissionais da saúde, buscando, através de métodos autoritários, interferir nas práticas sexuais das pessoas. Tais métodos mostram-se ineficazes a longo prazo, pois a mudança de comportamentos requer um processo lento.

Nesse sentido:

No campo específico da infecção pelo VIH é forçoso reconhecer que, com a epidemia, a medicina alcança um campo de intervenção social que lhe era até então relativamente restrito: a vida sexual das pessoas. A partir de então, ela passa a normatizar quantidades, parcerias e formas de relação sexual permitidas, definindo, muitas vezes de modo claramente coercitivo, novos padrões de comportamento sexual (Fernandes, 1994, p. 172).

O mesmo autor também assinala a importância de se promover a auto-responsabilidade das pessoas, ou seja, a autonomia.

No caso da SIDA, esses princípios são especialmente válidos em virtude de que o foco de mudança se volta para um aspecto íntimo na vida das pessoas, que consiste na sexualidade “e, portanto, dependentes de processos autênticos de internalização e elaboração” (Fernandes, 1994, p. 173), ou seja, de re-significação.

Em outras palavras:

Se a necessidade de mudanças de atitudes na vida sexual é percebida como uma imposição de fora, obrigando a restrições num campo até então considerado ‘livre’ (...) e que vinha alcançando conquistas cada vez maiores na sociedade, é razoável esperar que ocorram reacções, também dirigidas ao impositor externo, e não às próprias resistências pessoais (Fernandes, 1994, p. 173).

Assim, tais práticas educativas devem “considerar o processo de responsabilização e participação pessoal e colectiva como ponto essencial da sua estratégia” (Fernandes, 1994, p. 173).

Tendo em vista a importância da participação de diversos sectores da sociedade nas formulações de políticas públicas e considerando as concepções que veiculam acerca da educação sexual e de como o trabalho efectivo com o público

infantil e adolescente deve ser realizado, o Programa Nacional de DST/SIDA do Ministério da Saúde do Brasil (2005), divulga nove prioridades:

- amplificação ao acesso de crianças e adolescentes aos serviços de saúde e de assistência social;
- inserção e amplificação nos sistemas de ensino de acções de educação sexual e de prevenção das DST, da SIDA e do uso indevido de drogas;
- fortalecimento de redes sociais de protecção, envolvendo os serviços públicos e comunitários;
- resignificação de valores e práticas associadas à sexualidade na adolescência, à gravidez e ao uso de drogas;
- criação e publicação de materiais educativos para educação sexual e a prevenção das DST, da SIDA e do uso indevido de drogas;
- apoio à publicação de materiais informativos para capacitação de profissionais nas acções de educação sexual e de prevenção das DST, da SIDA e do uso indevido de drogas;
- participação de crianças e adolescentes no planeamento, na execução e na avaliação de políticas e acções relativas à sua saúde e educação;
- conhecimento da realidade de crianças e adolescentes (valores, atitudes, comportamentos, entre outros);
- avaliação quotidiana de acções em educação sexual, de prevenção das DST, da SIDA e do uso indevido de drogas e de assistência integral a crianças e adolescentes portadores de DST, usuários de drogas e à adolescente grávida.

Em 2005, o Programa Nacional de DST e SIDA criou o Plano Nacional de Avaliação, em implementação pela Coordenação Nacional, possuindo directrizes que se fundamentam em cinco princípios básicos: o envolvimento das próprias populações para quem as acções de saúde pública são direccionadas, promovendo a sua participação de modo a possibilitar a apropriação de informações e o controlo social sobre as políticas públicas; a realização da avaliação das acções de prevenção efectuadas pelas próprias instituições que as executam; construção de uma abordagem metodológica para a avaliação das manifestações da epidemia e das respostas desta às políticas de acção implementadas; a definição de estratégias adequadas frente às dificuldades que surgem no combate à SIDA, permitindo uma melhor tomada de decisões na gestão de programas e projectos; e, por último, a descentralização da avaliação, realizada de um modo adequado às condições das organizações gestoras, buscando levar a resultados a nível nacional (Ministério da Saúde do Brasil, 2005).

Assim, cabe destacar o facto de que as acções públicas têm privilegiado cada vez mais a participação de membros da população nas actividades educativas de prevenção, seja enfatizando a participação de jovens nas estratégias preventivas junto aos demais jovens, na escola ou em seus grupos de convivência; como também, no contexto do público adulto, enquanto multiplicadores de informação junto aos seus pares. Tal estratégia é utilizada visando superar dificuldades de comunicação, as quais muito dificilmente ocorrem entre pessoas que compartilham uma determinada cultura. Tal actuação torna-se relevante, pois favorece a construção de espaços de discussão e reflexão, em meio a acções sistematizadas e contínuas (Raposo, 2003).

Outro aspecto relevante com relação ao público priorizado nas campanhas das políticas públicas no Brasil, em virtude de se apresentarem mais expostos ao

risco de contaminação por VIH/SIDA, além das crianças, adolescentes e jovens, incluem também as seguintes categorias: profissionais do sexo; usuários de drogas; presidiários; homens que fazem sexo com homens (HSH); garimpeiros e populações rurais; condutores de caminhão; população em situação de pobreza; forças armadas; e povos indígenas (Ministério da Saúde do Brasil, 2005).

Com relação às diversas políticas públicas implantadas no tocante ao tratamento, são direccionadas estratégias para atender três grandes grupos alvos de seropositivos: gestantes, crianças e adolescentes e adultos (Ministério da Saúde do Brasil, 2005).

No que toca ao tratamento voltado às gestantes, é propiciado a este grupo o acesso gratuito ao medicamento AZT ou Zidovudina e outros anti-retrovirais, consistindo em uma das acções prioritárias da Coordenação Nacional de DST e SIDA. Por meio dessa acção, o sistema de saúde brasileiro visa atingir um aumento na qualidade de vida dessas gestantes e uma diminuição na transmissão de VIH da mãe para o filho ainda no período da gestação, sendo tal política progressivamente implantada (Ministério da Saúde da Educação do Brasil, 2005).

Referente às políticas de tratamento dirigidas ao adulto, foi promulgada uma lei em Novembro de 1996, a qual dita a obrigatoriedade e gratuidade de acesso aos medicamentos anti-retrovirais disponibilizados pelo sistema público de saúde, sendo tais medicamentos e suas instruções de uso definidos pela Coordenação Nacional de DST e SIDA (Ministério da Saúde da Educação do Brasil, 2005).

No caso das crianças e adolescentes, e também quando se trata do adulto, além do recebimento gratuito do tratamento medicamentoso, pode-se retirar o

Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) em virtude de se apresentar a doença.

Ainda com relação às políticas públicas no Brasil, conforme Sérgio d'Ávila, o coordenador do Programa Estadual de DST e SIDA no Estado do Rio Grande do Sul (Programa Nacional de DST/SIDA, 2005), os projectos de políticas públicas dependem de recursos diversos, como físicos, humanos e financeiros para que as acções planeadas possam ter prosseguimento e, assim, seus objectivos serem atingidos. Tal questão insere-se no conceito de sustentabilidade, proporcionando a base material para que a promoção da saúde possa ser assegurada. Tal sustentação requer a participação de diversas esferas da sociedade, caracterizando a viabilização das políticas públicas no Brasil como descentralizada, sendo que as acções em saúde são regionalizadas. Nesse sentido, os municípios possuem um papel cada vez mais autónomo e importante na garantia de manutenção à saúde integral da população. Entretanto, apesar da sua relativa independência, tal facto não exime os órgãos públicos federais e estaduais da responsabilidade na proposição e no planeamento das acções.

3. A Epidemia da SIDA e as Políticas Públicas na Sociedade Portuguesa

No que concerne à realidade portuguesa, esta apresenta algumas semelhanças e diferenças com a realidade brasileira.

No ano de 1979, em Portugal, foram identificados os primeiros casos de pessoas afectadas pela SIDA, na Enfermaria de Doenças Infecciosas, Parasitárias e Medicina Tropical do Hospital Egas Moniz, em Lisboa (Champalimaud &

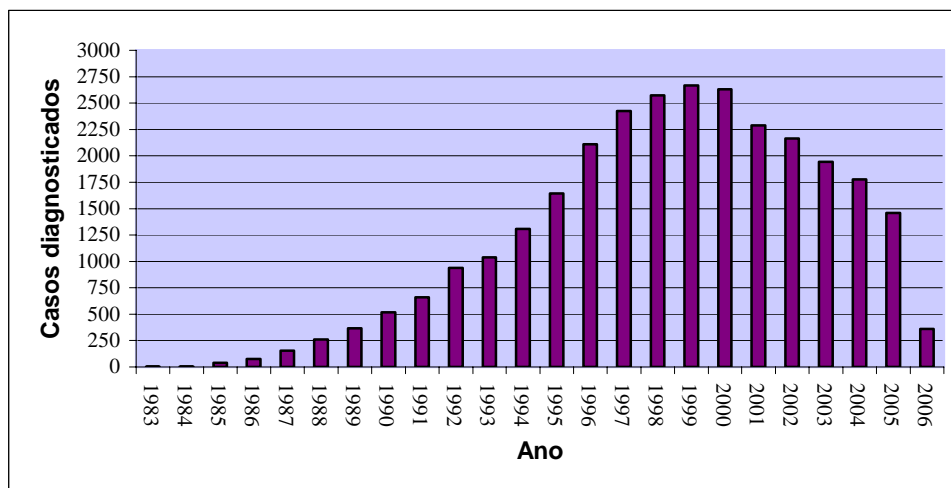
Montagnier, 1986). Desde então a epidemia tem se demonstrado um desafio excepcional para a sociedade portuguesa.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA, com data de 01 de Dezembro de 2006, identifica que o primeiro caso de SIDA, em Portugal, foi diagnosticado em Outubro de 1983. Até o ano de 1999, o maior grupo de infectados eram os utilizadores de drogas injectáveis. No entanto, a situação actual e, de acordo com os cálculos do EuroHIV (*European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS*), aponta para o facto de que a transmissão heterossexual vem tendo um aumento significativo.

Conforme o Centro de Vigilância das Doenças Transmissíveis até Junho de 2006, foram notificados 29.461 casos de infecção VIH/SIDA, sendo 12.975 casos de portadores assintomáticos (indivíduos infectados pelo VIH e que ainda não apresentam sintomatologia), 2.284 casos de sintomáticos não-SIDA (indivíduos que já apresentam sintomatologia, ainda que não se encontrem consumados todos os indicadores de SIDA) e 6.661 casos de SIDA. A mortalidade, até a mesma data, é de 7.541 mortes, sendo 6.506 casos de SIDA, 618 de casos de portadores assintomáticos e 417 de casos sintomáticos não-SIDA.

No entanto, dada a imperfeita monitorização da condição médica em Portugal, as taxas de infecção podem estar longe da actual realidade. Pombo (2003) coloca que os índices relatados “possam errar por imperfeição” em cerca de 40,0%, transformando Portugal no país da União Europeia com a maior taxa de incidência de VIH/SIDA.

Gráfico 4: Evolução da Epidemia em Portugal

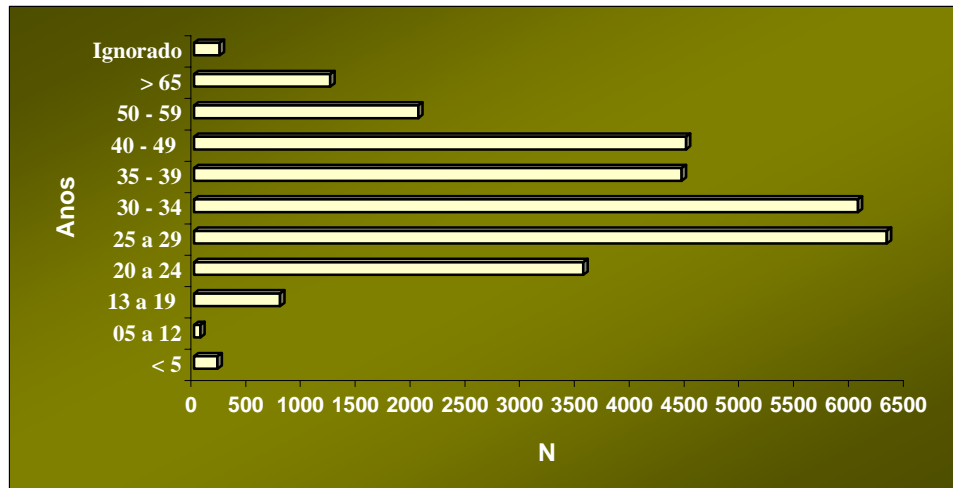


*Dados até Junho de 2006.

Fonte: CVEDT, 2006.

Com relação aos casos notificados, constituindo na informação oficial acerca do número total acumulados de casos em Portugal, 13.167 casos de SIDA, 17,5% são mulheres, 84,8% ocorrem no grupo etário dos 20 aos 49 anos, 3,4% correspondem a infecções VIH2 e 1,4% simultaneamente VIH 1 e VIH 2.

Gráfico 5: Distribuição do somatório de casos por grupo etário (1983 a 2006)



Fonte: CVEDT, 2006.

Nos últimos tempos, a proporção relativa das vias de transmissão da infecção tem-se modificado em Portugal.

O número de casos de utilizadores de drogas injectáveis representou, desde o início da epidemia e até 1999, a maior percentagem de infectados. Actualmente, a proporção de casos diagnosticados no grupo de contacto heterossexual tem aumentado progressivamente, enquanto que nos casos associados à toxicodependência se verifica uma diminuição proporcional.

Com relação a esse facto apontado, tal realidade pode ser analisada como consequência do aumento efectivo do número de infectados pela transmissão heterossexual, bem como pelo êxito das estratégias de diminuição de riscos, minimização de prejuízos e pela mudança dos paradigmas de consumo.

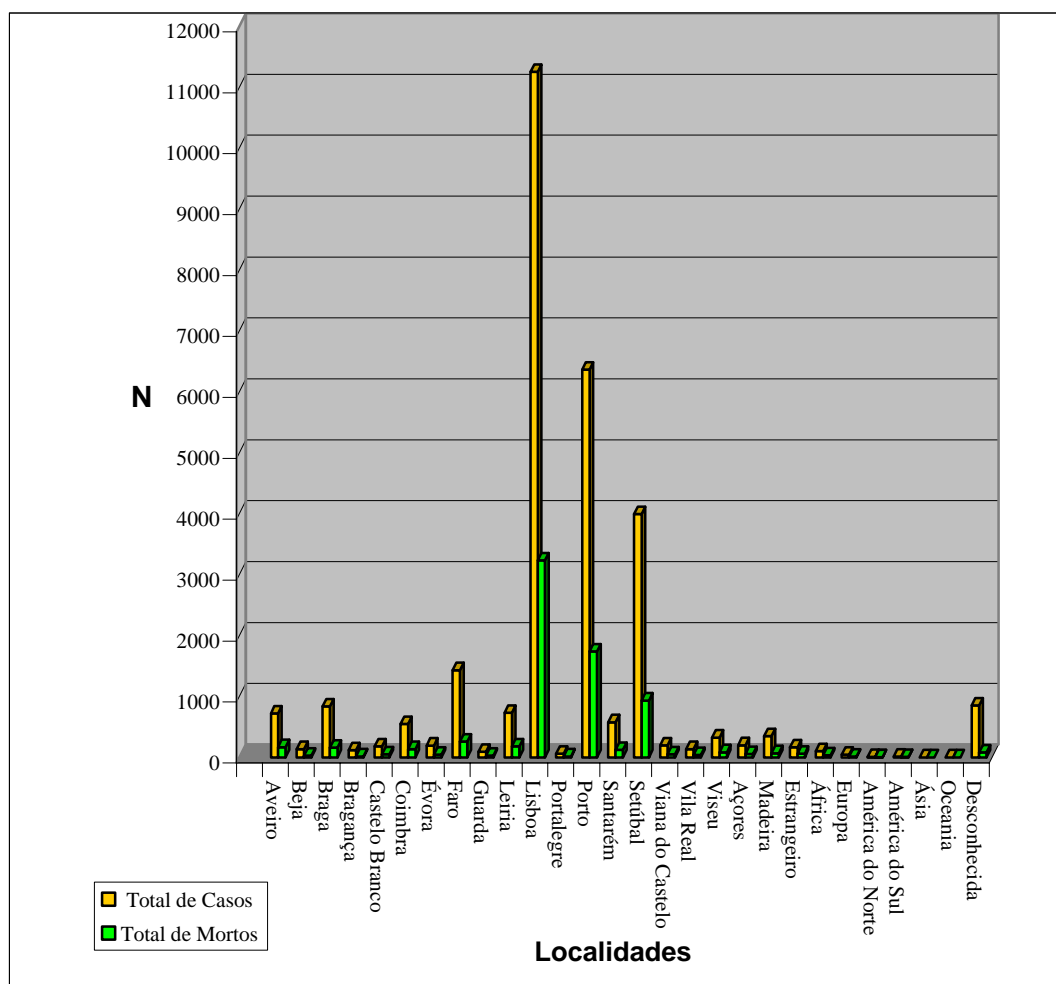
A incidência da infecção em Portugal, em 2005, de acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas para a infecção VIH/SIDA (ONUSIDA), é de 32.000 pessoas infectadas, entre os indivíduos do grupo etário dos 15 aos 49 anos.

Assume-se para este cálculo um número de infectados não diagnosticados de 30,0%, de acordo com a média da União Europeia.

Segundo informações do Ministério da Saúde, Portugal é o terceiro país da União Europeia com mais casos de co-infecção VIH/SIDA e tuberculose.

No que se refere à distribuição geográfica em Portugal, registados pelo CVEDT, a maior parte dos casos de SIDA tem estado concentrada nos epicentros urbanos (5.432 casos em Lisboa, 2.993 casos em Porto e 1.815 em Setúbal).

Gráfico 6: Casos segundo a residência* (1983 a 2006)



*Residência à data da notificação

Fonte: CVEDT, 2006.

Entretanto, se não houver um programa de prevenção primária eficaz, assistir-se-á ao modelo de propagação da infecção, já evidenciado em outros países, atingindo também as pequenas e médias cidades do país.

A prevenção da infecção, em todas as suas dimensões, revela-se um desafio singular. Os indicadores epidemiológicos e sociais deixam a sociedade portuguesa num preocupante lugar na hierarquia dos países da Europa ocidental, exigindo respostas integradas e eficazes. Os impactos sociais e económicos da infecção sobre cada indivíduo, a sua família e a sociedade, requerem uma política pública coerente e eficaz na redução da transmissão da infecção e no abrandamento do seu impacto.

Plano Nacional de Luta contra a SIDA em Portugal

Visando tais necessidades, foi elaborado o Plano Nacional de Luta contra a SIDA, da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA do Ministério da Saúde (CNLCS é a entidade governamental que, no âmbito do Ministério da Saúde, assegura, desde 1990, a coordenação, implementação e avaliação do Programa Nacional da luta contra a SIDA). E, tendo em vista a importância da participação efectiva dos diversos sectores da sociedade nas formulações de políticas públicas, o Plano Nacional de Luta Contra a SIDA (2004 - 2006) propôs dez metas:

- desenvolvimento de um processo de aquisição ininterrupto de dados;
- ampliação dos conhecimentos das pessoas relacionados com os métodos correctos de prevenção da infecção pelo VIH, bem como o seu estado serológico;
- diminuição do índice de transmissão vertical;
- garantia de acesso ao Serviço Nacional de Saúde de todos os contaminados pelo VIH/SIDA;
- afeiçoamento de uma equipa multidisciplinar na área do VIH e DST nos centros de saúde;

- organização e desenvolvimento dos Centros de Terapêutica Combinada;
- colaboração na subsistência de políticas reais e conexas de combate à co-infecção Tuberculose-SIDA;
- colaboração para a subsistência de Programas Piloto de Rastreio, Acção Clínica e Prevenção sobre VIH/SIDA, Tuberculose e DST, em Meio Prisional;
- inteiração de soluções sociais sustentadas financeiramente pela CNLCS;
- colaboração na subsistência de legislação que proteja os direitos do sujeito seropositivo.

Ainda no que respeita à boa implementação do Plano Nacional de Luta Contra a SIDA, para o triénio 2004-2006, durante o ano de 2004, procurou-se conhecer qual a real percussão da infecção pelo VIH na sociedade portuguesa, viabilizando deste modo, as acções mais acertadas para os anos de 2005 e 2006. A seguir, destacam-se os principais objectivos (apoio e promoção) e as estratégias sugeridas para as áreas de intervenção nos respectivos anos de acordo com o Plano Nacional de Luta Contra a SIDA:

Apoio – criação de um processo para a obtenção constante de dados; criação de um processo de monitorização e avaliação dos sistemas de dados criados no campo do VIH; progresso de estudos epidemiológicos e realização de relatórios e/ou pareceres epidemiológicos;

Promoção – máxima rentabilização do aproveitamento dos relatórios e acréscimo da notificação de casos VIH/SIDA;

Estratégias sugeridas – estabelecimento de parcerias com a Direcção Geral de Saúde, Ordem dos Médicos e Sociedades Científicas; constituição de protocolos com as direcções Hospitalares, Maternidades e Redes de Cuidados de Saúde Primários e outros subsistemas; constituição de protocolos de ajuda e auxílio ao aperfeiçoamento de estudos epidemiológicos com instituições com proficiência técnico-científica; propiciação de auxílio técnico-científico no âmbito epidemiológico a projectos desenvolvidos por instituições privadas e ascensão do estudo e discussão do sistema de comunicação de casos VIH/SIDA, em articulação com o CVEDT/INSA.

Com vista à promoção da saúde e à prevenção da infecção pelo VIH/SIDA, o Plano Nacional de Luta Contra a SIDA (2004-2006) aborda a educação em contexto escolar como uma das áreas necessárias de intervenção.

De acordo com o Plano Nacional, a educação em contexto escolar tem como objectivos a integração da prevenção do VIH/SIDA no âmbito da Educação para a Saúde, assim como, a intervenção a nível da Educação Pré-Escolar, com métodos e conteúdos adequados às diferentes fases de desenvolvimento da criança e do jovem, contempla ainda, a sensibilização e formação especial dos educadores de infância e professores antes da sua entrada na vida profissional, e a formação contínua. Ainda, dentro das áreas de intervenção, face ao Ensino Pré-Escolar, Básico, Secundário, Recorrente e de Educação e Formação Integrada tecem-se objectivos como:

- prover os diversos níveis de ensino com meios técnico-pedagógicos essenciais ao progresso das competências de prevenção dos alunos;
- propiciar aos professores dos diferentes níveis de ensino, inclusive os educadores de infância, competências pedagógicas e científicas

fundamentais para o crescimento das aptidões de prevenção dos seus educandos;

- envolver os alunos na observação e no entendimento das determinantes pessoais, sociais e culturais que ampliem a sua vulnerabilidade à infecção pelo VIH e outras DST;
- fornecer informação sobre a infecção pelo VIH/SIDA a todos os alunos.

O Plano Nacional de Luta Contra a SIDA, dentro das estratégias sugeridas, coloca como fundamental a sensibilização do Ministério da Educação para a importância da inserção de assuntos voltados para a sexualidade e a prevenção de DST na formação inicial de educadores de infância e professores.

Quanto ao Ensino Superior, objectiva-se maior envolvimento por parte dos professores e associações de estudantes na luta contra o VIH/SIDA, bem como o desenvolvimento de competências preventivas e atitudes de aceitação e de não-discriminação em relação aos seropositivos.

Outras áreas significativas relativas às reformulações das políticas públicas em Portugal sobre o VIH/SIDA compreendem também as seguintes categorias: educação fora do contexto escolar; heterossexuais; homossexuais; pessoas que se prostituem; minorias étnicas, imigrantes e populações com elevada mobilidade; toxicodependentes por via endovenosa; população prisional; meio laboral; aconselhamento e detecção precoce do VIH; cuidados de saúde primários; informação, comunicação e meios de prevenção; apoio social e promoção de direitos; apoio e suporte hospitalar; apoio à sociedade civil; investigação e ensino; cooperação horizontal e parcerias internacionais; monitorização e avaliação.

Ainda com relação as políticas públicas no país, o Decreto Regulamentar 7/2005 de 10 de Agosto criou o Alto Comissariado da Saúde com a missão de acordar políticas públicas relativas ao Plano Nacional de Saúde, organizar serviços, unir componentes do sistema de saúde e adoptar medidas que certifiquem o aproveitamento concebível, associado e eficiente dos recursos disponíveis.

Para o triénio 2007/2010, o Ministério da Saúde lança o “Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA – um compromisso com o futuro”, em discussão pública em Dezembro de 2006, visando desenvolver estratégias de orientação e coordenação no esforço nacional na luta contra a infecção, onde:

Propõe a partilha de uma visão, assume um conjunto de valores, define orientações e objectivos, e explica um compromisso colectivo com o futuro, garantido por uma missão que nos responsabiliza” (Ministério da Saúde de Portugal, 2006, p. 8).

Nesse sentido, o programa tem como missão, de forma operacional, conduzir a prevenção da infecção do VIH/SIDA, particularmente:

- i) promovendo a coordenação dos esforços de todos os intervenientes, com particulares responsabilidades do Sector da Saúde;
- ii) promovendo a criação, a integração e a disponibilização do conhecimento sobre a infecção;
- iii) fomentando o desenvolvimento da intervenção da sociedade civil e suas organizações;
- iv) monitorizando o esforço nacional e avaliando os seus resultados e advogando a causa dos direitos das pessoas que vivem com a infecção, nomeadamente no combate ao estigma e à discriminação e no acesso a cuidados de saúde de qualidade (Ministério da Saúde de Portugal, 2006, p. 8).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA tem como objectivos até ao ano de 2010 diminuir o número de novas infecções e o número de mortes por SIDA; colaborar com os demais países do mundo na redução da infecção pelo VIH, assim como apoiar os infectados e afectados pela SIDA. A concretização de tais objectivos requer a participação das diversas esferas da sociedade portuguesa, caracterizando assim a viabilização das políticas públicas no combate da epidemia.

O Programa adopta onze áreas prioritárias de intervenção a conhecer, com seus respectivos objectivos principais:

- o conhecimento da dinâmica e dos determinantes da infecção, que visa confirmar indicadores epidemiológicos válidos;
- a prevenção da infecção, com particular atenção às populações mais vulneráveis, que tende ao aumento de indivíduos que adoptem práticas preventivas face à infecção do VIH;
- o acesso à deteção precoce da infecção e à referenciação adequada, que objectiva o conhecimento do estado serológico de todos os indivíduos;
- o acesso a tratamento de acordo com o estado da arte, assegurando formas de prevenção primária aos infectados e afectados pela SIDA;
- a continuidade de cuidados e o apoio social aos infectados e afectados, abonando a qualidade nos cuidados à sua saúde;
- o estigma e a discriminação, que perspectiva exaurir com a discriminação relativas às pessoas que convivem com o VIH/SIDA;

- a partilha de responsabilidades, que busca garantir o compromisso com o sector privado e a sociedade civil no combate à epidemia e ao seu controlo;
- a formação continuada, que procura motivar as práticas de formação contínua por todos os intervenientes no processo de prevenção, tratamento, cuidados e suporte às pessoas que estão afectadas ou infectadas pela SIDA;
- a investigação, que propende incentivar estudos de qualidade em VIH/SIDA no país;
- a cooperação internacional, que dispõe colaborar para a diminuição da transmissão do VIH no mundo;
- a monitorização e a avaliação, que aponta para uma constante monitorização e avaliação do Programa (Ministério da Saúde de Portugal, 2006).

Finalizando, e de acordo com Weilandt et al. (2001), ao revisarem as políticas e práticas na prevenção da SIDA em muitos países europeus, resgatam o que Rolf Rosenbrock (1993) tem defendido como elementos-chave para o sucesso das políticas de saúde: prioridade para a prevenção primária, percepção e avaliação precoce dos riscos (primeira intervenção); políticas para populações especiais e população em geral, incluindo aquelas dirigidas às normas sociais, vencendo as resistências e contradições sociais (consistência); e a formulação de políticas coerentes, as quais são integradas nos programas de saúde pública mais gerais (integração).

Assim, Portugal pretende enfrentar a presente realidade da SIDA mediante políticas públicas voltadas à promoção, à prevenção da infecção do VIH/SIDA, ao tratamento, ao cuidado e ao apoio dos que vivem com a infecção.

A emergência da SIDA é uma realidade vivida por todos os seres humanos. Nesse âmbito, e na perspectiva de uma actuação concertada na sociedade portuguesa, as políticas públicas necessitam ser colocadas em prática para que se combata a epidemia da SIDA no país, visto que o desafio não permite prolongamentos e há muito para ser feito.

* * *

Neste primeiro capítulo, procurámo-nos debruçar sobre os dados avassaladores da pandemia no mundo, e em particular no Brasil e em Portugal.

Outro cariz que logrou a nossa atenção foram as políticas públicas voltadas para a sociedade brasileira e portuguesa. O nosso sentido focalizou-se preferencialmente, nas políticas públicas direccionadas às crianças seropositivas, na promoção da sua saúde, garantindo a sua autonomia enquanto sujeito, nas suas dimensões individual e colectiva, respeitando as peculiaridades das suas etapas de desenvolvimento, assim como a sua inserção na sociedade.

No capítulo que se segue faremos referência à formação de professores e a necessidade de maiores investimentos formativos na área da educação sexual, face ao VIH/SIDA.

CAPÍTULO I I

CAPÍTULO II - INTERVENÇÃO NA FORMAÇÃO E NA EDUCAÇÃO

1. A Formação de Professores

O processo educacional, no cenário de mudanças ocorridas no âmbito da formação de professores, cresceu de importância, tornando-se um elemento de preocupação e de novas exigências. A maneira que o processo educativo adota em cada momento histórico será sempre resultado provisório de relações conflituosas daquele momento.

Nesta mesma linha de pensamento, Garrido, Pimenta & Moura afirmam que as organizações escolares são “produtoras de práticas sociais, de valores, de crenças e de conhecimentos, movidas pelo esforço de procurar novas soluções para os problemas vivenciados” (2000, p. 92).

Diante dessa realidade, ganha igual importância as dinâmicas resultantes da prática do professor, seja em que disciplina for, tanto nas ciências humanas, quanto em outras áreas mais técnicas, implicando no entendimento e decisão de diversos problemas. Estes, certamente, sempre dizem respeito às circunstâncias da organização do sistema de ensino, às carências pessoais dos educandos, bem como às suas relações sociais e políticas. Facto que tem demandado, dos educadores, perfeição no seu agir profissional e um vasto conhecimento, assim como, uma reflexão aprofundada nas revisões políticas e práticas educativas de inúmeros países.

Para Alarcão & Tavares (2007), a prática pedagógica é um dos principais elementos do processo de formação de professores. A compreensão desta prática, segundo estes autores é:

Um processo lento que, iniciado na chamada formação inicial, não deve terminar com a profissionalização, mas prolongar-se sem quebra de continuidade na tão falada e tão pouco considerada “formação contínua” (Idem, p. 11).

Andaló (1995) demonstra na sua pesquisa que as expectativas de professores e técnicos entram em divergência, pois os primeiros, com os seus conhecimentos construídos ao longo da sua trajectória de vida, tanto pessoal, como profissional, acabam resistindo ao saber imposto “de fora”, que desconsidera esse “saber-fazer” quotidiano e que parte do pressuposto da incompetência dos professores. Segundo a autora, no processo de formação, se os professores fossem respeitados em seu “saber-fazer”, passariam, gradualmente, a interrogar o próprio conhecimento, tomando consciência da necessidade de buscar alternativas de acção. Seria este o momento em que uma nova competência técnica surgiria.

Perrenoud (1999) acrescenta:

As condições e os contextos de ensino evoluem cada vez mais depressa, fazendo com que seja impossível viver com as aquisições de uma formação inicial que rapidamente se torna obsoleta e que seja mais realista imaginar que uma formação contínua bem pensada dará novas receitas quando as antigas ‘não funcionam mais’; o professor deve tornar-se alguém que concebe sua própria prática para enfrentar eficazmente a variabilidade e a transformação de suas condições de trabalho (p.11).

Para Nóvoa (1992), nos últimos anos, o centro das inquietações deslocou-se da formação inicial para a formação contínua. O mesmo autor diz ser fundamental que se aborde a formação contínua de professores a partir de três eixos: a pessoa

do professor e sua experiência; a profissão e seus saberes, e a escola e seus projectos. De acordo com o primeiro eixo, esse autor assegura que a formação se edifica através de um trabalho de reflexão crítica sobre as práticas e de (re)construção permanente de uma identidade pessoal.

Apoiado em Goodson, quanto ao segundo eixo, Nóvoa, reforça “a necessidade de investir a praxis como lugar de produção do saber e de conceber uma atenção especial às vidas dos professores” (1992, p. 25). A formação contínua deve, então, incentivar os professores a se apropriarem dos conhecimentos de que são detentores, no panorama de uma emancipação contextualizada e interactiva, que lhes possibilite reconstituir a sua acção profissional.

O terceiro eixo aponta para o facto de que não basta mudar o profissional é preciso mudar os contextos onde eles intercedem. Segundo o mesmo autor, as instituições educacionais só mudarão com o empenho dos professores e estes só mudarão com uma reforma das instituições em que trabalham, articulando assim o desenvolvimento profissional dos professores com as escolas e seus projectos.

Diversos autores corroboram da mesma ideia, defendendo que a formação não se constrói por acumulação de cursos, de conhecimentos ou de técnicas, mas sim através de um trabalho de reflexão crítica e sistemática sobre as práticas, isto é, o modelo da formação contínua é a reflexão feita pelos professores, sobre a sua prática quotidiana (Alarcão, 1996; Gómez, 1995; Figueiró, 2001). Neste contexto, pode-se entender a formação contínua como um processo, que poderá possibilitar ao professor um considerar e reconsiderar sobre a sua prática pedagógica e reorganizá-la com toda a organização institucional. Assim, a partilha de conhecimentos e a troca de experiências é fundamental na formação do professor,

visto que cada professor é designado a realizar, conjuntamente, o papel de formador e de formando (Nóvoa, 1995).

Segundo Pereira (2000), o papel do professor é muito mais complexo e não se reduz à simples transmissão do conhecimento já produzido. Durante toda a sua formação (inicial e contínua), o professor necessita:

...compreender o próprio processo de construção e produção do conhecimento escolar, entender as diferenças e semelhanças dos processos de produção do saber científico e do saber escolar, conhecer as características da cultura escolar, saber a história da ciência e a história do ensino da ciência com que trabalha e em que pontos elas se relacionam (Pereira, 2000, p. 47).

O acelerado ritmo do desenvolvimento científico, que incita à busca de novos conhecimentos, exige dos professores um aprendizado constante. Portanto, é preciso que os professores tenham uma formação contínua, para que consigam levar os seus alunos a assumirem um papel activo na construção do conhecimento.

Para Morin (2002, p.35), “o conhecimento do mundo como mundo é necessidade, ao mesmo tempo, intelectual e vital”, acrescenta ainda que “para articular e organizar os conhecimentos e assim reconhecer e conhecer os problemas do mundo, é necessária a reforma do pensamento” (idem). É imprescindível no processo de conhecimento, conhecer informações, dados e pareceres provenientes desse saber, ou de ensino e aprendizagem. Trata-se de especificar os estudos que abrandem a grandeza dos enigmas da ciência que caracterizam e aproximam competências de responder às emaranhadas dinâmicas sociáveis.

Pelo exposto, pode-se dizer que o papel do professor é bem mais complexo do que a “básica” tarefa de transmitir o conhecimento já produzido. Um exemplo

disto, são as universidades e as outras instituições de ensino superior que mantêm a responsabilidade de responder pela formação dos seus professores. Neste momento de mudanças aceleradas, esta responsabilidade pode ser vista como produtora de consequências no futuro, mas que pode ser encarada, pelo menos parcialmente, já na actualidade.

Além do mais, a Universidade é indirectamente responsável pela qualidade do ensino básico, pois o corpo docente deste é formado nas Licenciaturas. A interacção Universidade/Escola sempre apresentou aspectos tanto profissionais, quanto de participação técnica ou aspectos relativos ao envolvimento quanto à cidadania. Alarcão (2001, p. 22) afirma que “a escola não pode colocar-se na posição de meramente preparar para a cidadania”. E, a mesma autora continua, salientando que na escola “se tem de viver a cidadania, na compreensão da realidade [...], na atenção e no interesse pelo outro, no respeito à diversidade” (idem). Nesta perspectiva, a interacção entre o ensino superior e o ensino básico/secundário passou a constituir um importante tema de debate, com a análise da formação de professores, principalmente a partir do final da década de oitenta. A partir desse período começaram a surgir os primeiros cursos de formação, porém estes, ainda, são considerados deficientes, porque, para além de serem fortuitos, ficam, na maioria das vezes, aquém das necessidades dos professores.

Para Celani (1988), o caminho do professor deve estar direccionado para a procura de soluções dos seus problemas, ou seja, quanto maior for o seu questionamento, mais efectiva será a sua formação contínua.

Para que isso ocorra, o papel do professor tem, no entanto, que incluir determinadas posturas. Este deve ser, ainda, um profissional especializado na

elaboração de textos, roteiros de trabalho e exercícios, visando não só a aquisição de conhecimentos cognitivos, mas também de outros saberes e competências sociais, políticas, instrumentais, também denominadas de “saber”, “saber ser” e “saber fazer” (Hernández, 1998).

As considerações sobre a formação contínua do professor contribuem para o sentido de que a formação desse profissional inicia antes mesmo da sua formação académica e percorre toda a sua actividade profissional (Santos, 1995). Isso compreende a “aceitação do facto de que o professor é um eterno aprendiz” (Celani, 1988, p. 160). Essa mesma autora defende a integração entre a formação contínua do professor e a sua formação inicial, afirmando que:

A vivência da realidade da sala de aula permitirá mais facilmente a promoção junto ao futuro professor da conscientização de seu papel de pesquisar em sala de aula. É importante desenvolver a consciência de que ele não é mero receptor de conhecimentos e utilizador de técnicas pré-fabricadas (idem, p. 159).

Em um sentido mais amplo, esses estudos auxiliam-nos no entendimento de que os estudos sobre a formação de professores devem associar as práticas académicas e profissionais dos docentes com suas experiências pessoais, no sentido de verificar como vão sendo construídos valores e atitudes em relação à profissão e à educação em geral. Privilegia-se, hoje, a formação do professor reflexivo, ou seja, aquele que pensa na acção, cuja actividade profissional se alia à actividade de pesquisa.

De acordo com Santos (1995), é fundamental entender como o professor edifica à sua identidade profissional, estudando a sua história académica e a sua história de vida, investigando como estas se entrelaçam. Segundo esta autora, “a formação do professor precisa ser analisada com base em teorias que estabeleçam relações entre o pessoal e o social, o colectivo e o individual ou entre agência e

estrutura” (Santos, 1995, p. 7). Pensando tanto a formação como a prática pedagógica dos professores, não há dúvidas que este é um tema inesgotável, e que pouco resolve confiarmos que a maneira em si adquire sentido se os professores não possuem uma formação académica de qualidade. Todavia, os problemas em geral não são resolvidos apenas individualmente, nem mesmo mediante receitas que parecem ser fáceis de ser aplicadas, principalmente hoje, diante da diferença cultural e das formas complexas em que as sociedades se encontram.

Conforme Morin (2002), “os problemas fundamentais e os problemas globais estão ausentes das ciências disciplinares”. O objectivo, então, é ultrapassar essa realidade, mas isto somente será possível quando se começar a pensar de forma diferente, a partir de mutações de paradigmas e enfoques teóricos e práticos que norteiam a formação e a prática dos professores. Fica clara, então, a preocupação em aliar a visão “teoria” e “prática” na discussão sobre formação de professores.

2. Professor Reflexivo: da Teoria à Acção

A inadequada relação entre a “teoria” e “prática” é, ainda, um dos problemas que mais fortemente aparece na discussão da formação de professores (Candau & Lelis, 2002). Grande parte dos artigos publicados na primeira metade dos anos 80 foi incutida pelas considerações erguidas por Vasquez:

A história da teoria (do saber humano em seu conjunto) e da praxis (das actividades práticas do homem) são abstracções de uma só e verdadeira história: a história humana. É uma prova de mecanicismo dividir abstractamente em duas partes e depois tentar encontrar uma relação directa e imediata entre um segmento teórico e um segmento prático. Essa relação não é directa nem imediata, fazendo-

se através de um processo complexo, no qual algumas vezes se passa da prática à teoria, e outras desta à prática. (1977, p. 233).

De acordo com Candau & Lelis (1983), existem diversas formas de conceber a relação entre teoria e prática. Para analisar formas de entender esta relação e suas implicações para a formação do educador, podemos agrupá-las em: visão dicotômica, que está fundamentada na separação entre a teoria e a prática; e visão de unidade que aponta para a união entre elas. De acordo com as autoras, a prática deve ser uma aplicação da teoria, que precisamente não produz, não insere situações novas. A mudança vem sempre do pólo da teoria. As mesmas autoras, fundamentadas em Chauí (1982), afirmam que essa maneira dicotômica e hierarquizada de separar teoria e prática se relaciona, em última instância, com a perspectiva positivista de conceber o mundo. Segundo a concepção positivista, a ciência tem por finalidade a previsão científica dos acontecimentos para fornecer à prática um conjunto de regras e de normas graças às quais possa dominar, manipular e controlar a realidade natural e social. Nesta perspectiva, a ênfase é posta no planeamento, na racionalidade científica, na neutralidade da ciência, na eficiência, no conceber a teoria como forma privilegiada de “guiar”, de “orientar” a acção. Na passagem da teoria à prática, da ciência à acção, a tecnologia ocupa um lugar de destaque como elemento mediador (Chauí, 1982).

Por exemplo no Brasil, após a publicação da actual Lei de Directrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996), os pareceres e resoluções, aprovados pelo Conselho Pleno do Conselho Nacional de Educação apoiam-se, no mínimo, em duas grandes bases teóricas: a noção de professor reflexivo, difundida por Schön; e a noção de competências profissionais, segundo Perrenoud.

Nos documentos, anteriormente citados, enfatiza-se a impossibilidade de deixar ao futuro professor a função de inteirar e ultrapassar o seu “saber fazer” para o “fazer”, sem ter oportunidade de participar de uma reflexão colectiva e sistemática sobre esse processo. Nesta perspectiva, os cursos de formação precisam antever situações em que os professores coloquem em uso os conhecimentos adquiridos, ao mesmo tempo que possibilitem mobilizar outros, de diferentes naturezas e oriundos de diferentes experiências, em diferentes tempos e espaços curriculares.

De acordo com Dewey, a melhor maneira de pensar e definir o pensamento reflexivo é como sendo “a espécie de pensamento que consiste em examinar mentalmente o assunto e dar-lhe consideração séria e consecutiva” (1959, p. 13).

A Universidade, por ser a principal instância formadora desses profissionais, inclusive de professores, passou a receber duras críticas pela sua insuficiência no cumprimento dessa função. Os formandos em formação inicial, ou seja, os futuros professores, são como uma espécie de “híbridos” que, como alunos, acabam assumindo também o papel de docentes. É aqui que existe a sua especificidade. O seu problematizar e o seu questionar deverão recair, assim nos parece, sobre a prática pedagógica, embora pouco experimentada ainda. Propõe-se assim que os alunos em formação para professor sejam inseridos em situação de experiência directa quanto antes, dificultando o distanciamento entre a teoria e a prática.

É importante ressaltar que esta visão de estudo da formação de professores tem vindo a avultar a utilidade do estudo do pensamento reflexivo dos docentes como factor que influencia e determina a prática educativa. Verifica-se, assim, que os professores possuem teorias práticas, implícitas de acção, sobre o que é o

ensino. Estas teorias, que influenciam a forma como os professores pensam e actuam na sala de aula, permanecem provavelmente inconscientes para os professores ou, pelo menos, pouco articulados intimamente (Marland & Osborne, 1990).

Parafraseando Dewey (citado em Sarmiento, 1993, p. 41), é necessário portanto, um novo paradigma de escola que seja, em sinopse, aquela que se constitui para educar os alunos na autonomia e para a autonomia dentro das sociedades em que se inserem.

De igual modo, autores como Krogh & Crews (1989) têm reconhecido basicamente três tipos de atitudes necessárias ao ensino reflexivo, que aliás John Dewey já tinha referido ao defender, nos anos 30, que "o mero conhecimento dos métodos não basta, pois é preciso que exista o desejo e a vontade de os empregar" (1989, p. 43). A primeira atitude necessária para um ensino reflexivo é a mentalidade aberta, que Dewey define como:

A ausência de preconceitos, de parcialidades e de qualquer hábito que limite a mente e a impeça de considerar novos problemas e de assumir novas ideias e que integra um desejo activo de escutar mais do que um lado, de acolher os factos independentemente da sua fonte, de prestar atenção sem melindres a todas as alternativas, de reconhecer o erro mesmo relativamente àquilo em que mais acreditamos (1989, p. 43).

Como se pode constatar, esta atitude impõe, portanto, um olhar sobre diversas perspectivas, a dedicar cuidados às opções disponíveis, a averiguar das possibilidades de erro, a inquirir evidências conflituosas, a reflectir sobre a forma de melhorar o que já existe.

A segunda atitude do ensino reflexivo consiste na responsabilidade. Conforme Dewey, "ser intelectualmente responsável [...] significa ter vontade de

adoptar essas consequências quando decorram de qualquer posição previamente assumida” (1989, p. 44). Significa também procurar os pressupostos educativos e éticos da própria acção docente e não apenas os práticos.

Por fim, Dewey refere o entusiasmo, como a última atitude, descrita como a predisposição para afrontar a actividade com interesse, vontade, competência de inovação e de luta contra a rotina. Estas atitudes constituem objectivos a alcançar pelos programas de formação de professores, mediante estratégias e actividades que possibilitem a aquisição de um pensamento e de uma prática reflexiva.

Schon, (Donald Schön é um dos autores que têm grande peso na difusão do conceito de reflexão. Os seus livros *The Reflective Practitioner* (1983) e *Educating the Reflective Practitioner* (1987) contribuíram para popularizar e estender ao campo da formação de professores as teorias sobre a epistemologia da prática) procura discutir essa relação entre a teoria e a prática na constituição dos cursos profissionais. A teoria do professor reflexivo, de acordo com Schon, é centrada na ideia de reflexão-na-acção. Para entender melhor a noção de professor reflexivo, devemos entender o conceito de três aspectos diferentes que integram esse pensamento prático: conhecimento-na-acção (*knowing-in-action*) que se revela no saber fazer do professor. São os conhecimentos que um professor adquire e/ou possui, através de reflexões da sua experiência; reflexão-na-acção (*reflection-in-action*) é pensar sobre o que fazemos, ao mesmo tempo que actuamos; reflexão sobre a acção e sobre a reflexão-na-acção (*reflection on reflection-in-action*) que resulta de uma análise realizada pelo professor *a posteriori*, sobre a sua acção. Assim, ele poderá estudar a sua prática visando a compreensão e possível reconstrução da mesma. Pereira acrescenta a importância dos professores adoptarem atitudes e capacidade reflexiva, para que “sejam capazes de efectuar

mudanças contínuas e que mostrem o gosto pela actualização constante” (2004, p. 101).

Para Gómez (1995) grande parte das instituições de formação de professores tem-se apoiado no modelo da racionalidade técnica, a qual assenta na hierarquia entre o conhecimento científico básico aplicado e as bases técnicas da prática profissional.

Afinado nesta análise, Schon (1987) considera que o modelo da racionalidade técnica é uma herança do positivismo e fundamenta-se na ideia de que o desenvolvimento humano será uma decorrência do progresso científico, com o intuito de criar tecnologias inclinadas para o bem-estar dos seres humanos.

A actividade profissional, no modelo da racionalidade técnica, é direccionada para a resolução de problemas, mediante a utilização rigorosa de teorias e técnicas científicas. Na perspectiva de Schon (1987), este é um dos grandes equívocos do modelo da racionalidade técnica, sendo que o mais importante é a própria estruturação dos problemas, uma vez que estes não se apresentam ao profissional já definidos ou dados.

Nesse sentido, Schon ressalta que “através da prática da reflexão-em-acção, o profissional, diante de uma situação que ele não pode converter em um problema gerenciável, poderá chegar a soluções depois de construir uma nova forma de estruturar o problema” (idem, p. 142).

A presente proposta de formação salienta a reflexão do profissional na acção, tornando-se um pesquisador no contexto prático. Dessa forma, o profissional não afasta o pensar do fazer, organizando uma decisão a qual futuramente precisará transformar em acção.

A reflexão é, actualmente, dos conceitos mais usados por investigadores e formadores na área da educação, para se referirem às novas tendências da formação de professores.

Em suma, torna-se indubitável, nos dias actuais, que a formação inicial de professores se organize sobre práticas reflexivas, buscando as inquietações nos âmbitos onde decorrem as situações educativas e/ou as inquietações com o desenvolvimento pessoal e profissional dos futuros professores, como forma de entendimento da realidade vivida e do progresso da consciência crítica dos seres humanos.

Ser um professor reflexivo é aprender, praticar, reflectir sobre as suas práticas. Será um professor cujas competências se vão desenvolvendo. No entanto, a realidade mostra que isso nem sempre é assim, sendo que não deverá ser menosprezado o problema das competências.

3. A Formação de Professores e a Pedagogia por Competências

Evidencia-se, hoje, no quotidiano escolar, a falta de uma formação crítica e independente. Essas qualificações exigem tanto do professor, quanto do aluno em formação para professor, comprometimentos diante do conhecimento. Roldão afirma que “a sociedade do conhecimento de que tanto se fala hoje está a fazer emergir a necessidade de desenvolver novas competências” (2000, p. 27).

Na década de 1990, foi inserido nos sistemas educacionais de vários países, um novo conceito, o de competências, o que vai acarretar o estabelecimento de novas práticas pedagógicas (Barreira & Moreira 2004).

Na actual legislação brasileira, a noção de competências profissionais é outra concepção presente. Para Perrenoud o conceito de competência é “a capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para enfrentar um tipo de situação” (2000, p. 15). Segundo este autor, esse conceito pode ser aplicado aos alunos, professores, formadores de professores e outros profissionais, todavia não é certo falar-se de um professor competente ou incompetente, mas de um perfil de competências que diversifica de profissional para profissional.

Em Portugal, adopta-se uma noção de competência que procura integrar conhecimentos, capacidades e atitudes e que pode ser entendida como um *saber em acção* (DEB – Departamento de Educação Básica, 2001). Também Kuender, referindo-se ao conceito de competência, destaca:

Competência é como a capacidade de agir, em situações previstas e não previstas, com rapidez e eficiência, articulando conhecimentos tácitos e científicos a experiências de vida e laborais vivenciadas ao longo das histórias de vida...vinculada à ideia de solucionar problemas, mobilizando conhecimentos de forma transdisciplinar a comportamentos e habilidades psico-físicas, e transferindo-os para novas situações; supõe, portanto, a capacidade de actuar mobilizando conhecimentos (2002, p. 10-11).

Foi a partir das últimas décadas do século XX que o conceito de competência no domínio educacional sofreu um aumento significativo (Roldão, 2005). Esse aumento, de acordo com a mesma autora, conduz à conceptualização da necessidade de uma transformação profunda nas lógicas da escola e da sua organização e gestão curricular em relação com uma outra tipologia de sociedades.

Nesta perspectiva, Silva (2002) ao mencionar que a noção de competência em educação desponta como resposta ao que se convencionou designar por crise

de legitimidade da escola que, alegadamente, não prepara os alunos para a vida na sociedade actual.

A abordagem por competências suscita mudanças internas nas instituições educacionais. Por isso, aceitar uma abordagem por competências é questionar as práticas pedagógicas actuais, como as segmentações disciplinares, divisão do currículo, o peso da avaliação e da selecção e as imposições da organização escolar que têm levado a uma didáctica que, em grande parte, não contribui para o desenvolvimento de competências nos e com os alunos.

A pedagogia por competências apresenta variadas propostas de rompimento, para reformar a lógica educativa como: a desarticulação entre os conhecimentos escolares e a vida real; a fragmentação dos conteúdos em disciplinas, em séries e em períodos lectivos predeterminados; horários semanais fixos; o protagonismo apenas do professor nas actividades educativas; a avaliação exclusivamente final, centrada apenas nos conteúdos assimilados e voltada estritamente para seleccionar os alunos aptos a serem certificados (Brunier; 2001).

De acordo com Brígido (2002), as competências podem ser classificadas em três categorias: as competências específicas, correspondendo a conhecimentos, destrezas e atitudes requeridas para o desempenho de actividades específicas; as competências genéricas, que são comuns a diversas actividades e que devem estar sempre presentes; as competências essenciais, também chamadas de habilidades, que se referem à resoluções de problemas, à comunicação e a atitudes pessoais, ao uso da informação tecnológica e da linguagem moderna.

Diante destas categorias, o profissional necessita dispor de meios que o levem a solucionar problemas e situações que vão além da lembrança oportuna das teorias estudadas. Assim, a noção de competência deve passar pelo sentido da

necessidade de se desenvolver a capacidade de articular conhecimentos teóricos e práticos, reafirmando-se a compreensão de que o simples domínio do conhecimento por parte dos indivíduos, seja tácito ou científico, não é suficiente para que se estabeleça a competência.

Hernández (1998) considera que as temáticas da vida se apresentam todas integradas, porém estas, são divididas em disciplinas curriculares nas instituições de ensino. Embora esta divisão facilite a aprendizagem desses conhecimentos, tem, por outro lado, destituído muitas vezes esses conhecimentos de seu significado, só perceptível no interior do todo onde eles ocorrem.

A sociedade actual passa por profundas modificações que precisam ser entendidas e incorporadas, como refere Thurler, ao afirmar que os professores encaram “dois desafios de enveredadura: reinventar sua escola enquanto local de trabalho e reinventar a si próprios enquanto pessoas e membros de um profissão” (2002, p. 89). Neste contexto, será necessário práticas pedagógicas que estimulem e instiguem os futuros docentes a pensar sobre a sua inserção na área educacional de forma a que possam actuar com competência e profissionalismo. É importante um aprofundamento das temáticas abordadas na escola, possibilitando um acompanhar dessas transformações, bem como a contribuição consciente e positiva das mesmas. A promoção do sucesso e bem-estar pessoal são igualmente referencia a considerar (Pereira, 2005).

Os professores de hoje, segundo Perrenoud (1993), têm que se adaptarem às mudanças para desenvolver capacidades como: a capacidade de adaptar metodologias; compreender a heterogeneidade; exercer uma pedagogia diferenciada; actuar também como um educador; acompanhar a constante

evolução social e, por fim, fornecer ao aluno a capacidade de este aprender a aprender.

Diante do reconhecimento do importante papel que o professor deve desempenhar, sublinhamos a ideia de que a globalização nos remete para a visão do conhecimento global, não segmentado e que a sua fragmentação em disciplinas faz parte apenas do momento da sua produção. Por outras palavras, é essencial aprofundar os conhecimentos, reconstruir o seu carácter global, garantindo, assim, o seu significado real na vida e no mundo (Hernández, 1998). Percebe-se, assim, que os modernos desafios colocam aos educadores e futuros professores a necessidade de romper com os limites da formação fragmentada e reconstruir as relações da área específica do conhecimento com outras áreas de saber correspondentes.

No sentido comum da expressão, os conhecimentos são reproduções da realidade, que construímos e armazenamos ao longo de nossa experiência e de nossa formação. Pode-se dizer que quase toda a acção mobiliza conhecimentos. Segundo esta perspectiva, podemos destacar a importância das interações entre todo o processo educacional, ou seja, directores, professores, alunos, conteúdos, contextos, métodos que divulgam, verdadeiramente, as finalidades educativas, visando o desenvolvimento de competências na formação de professores. Isso impõe uma estruturação curricular que tenha em consideração a multiplicidade dos processos educativos, bem como os interesses e preferências de formação de cada aluno.

Além da inclusão de novas disciplinas no currículo (educação sexual, por exemplo), a própria estrutura curricular precisa de ser frequentemente revisitada (Régnier, 1997). Considerando as metodologias que podem ser aplicadas numa

Pedagogia por Competências, durante a escolaridade geral, necessitamos de uma considerável transformação da relação dos professores com o saber, de sua maneira de dar aula, da sua identidade e das suas próprias competências profissionais. A selecção de uma estratégia para o desenvolvimento de uma dada competência deve incluir um conjunto de objectivos de aprendizagem a ela associada. Assim, com vista ao desenvolvimento integral do formando, é preciso um currículo por competências, ou seja, um novo paradigma de ensino que aposta em metodologias activas para desenvolver no aluno, em particular, a competência de “aprender a aprender” (Barbosa *et al.*, 2004).

Os processos formativos devem ser o lugar da participação consciente e crítica, da colaboração activa, da avaliação conectiva e permanente se realmente queremos formar cidadãos críticos, criativos e autónomos. Portanto, o professor deverá ser um questionador da sua própria prática e procurar experiências didácticas passíveis de serem bem sucedidas e metodologias dinâmicas de ensino, visando o desenvolvimento dos seus alunos em cada etapa do processo educativo de forma a que todos eles compreendam amplamente o seu valor.

Por fim, pode-se dizer que, através de uma prática reflexiva, se poderá desenvolver competências profissionais.

Ao analisar a formação profissional, nomeadamente as actuações relativas ao professor, como a formação reflexiva e a formação por competências em contexto educacional, torna-se indispensável para esta investigação a discussão da formação em Educação Sexual.

4. A Formação dos Professores frente ao VIH/SIDA: A Educação Sexual

A temática da SIDA deve ser abordada no âmbito das formações com os profissionais da educação. Os professores inquiridos nesta investigação atribuem grande relevo ao facto de terem uma formação de qualidade, com relação ao tema VIH/SIDA, para a apreensão dos conhecimentos. Assim, consideram adquirir uma maior prática condizente com a necessidade actual. Este facto ocorre devido à insuficiência de informações e à falta de confiança por parte dos professores e alunos em formação para professor, particularmente sobre a sexualidade e o VIH/SIDA.

De acordo com a UNESCO (2000), os professores necessitam desenvolver um papel central na gestão e planificação nesta área, para que se possa obter programas eficientes de “conhecimentos para a vida” e saúde reprodutiva nas escolas. Para tal, é preciso que os professores tenham em conta a situação real no que diz respeito:

- à insuficiência do conhecimento e confiança do professor;
- à vergonha da parte do professor em lidar com questões sexuais com os jovens, e sobretudo aqueles do sexo oposto;
- à preocupação do professor com a falta de preparação para ensinar nas áreas de VIH/SIDA, saúde reprodutiva e “conhecimentos psico-sociais para a vida”;
- à relutância dos professores conscientes que eles, ou membros da sua família, estão infectados pelo VIH, em ensinar algo que lhes dói tanto;
- aos sentimentos do professor de que “a educação não é acerca disto”;
- à ansiedade dos professores em lidar com sexualidade e comportamentos sexuais que quebrariam os tabus tradicionais e ofenderiam os pais;

- a pouca credibilidade que os professores possam ter por causa dos seu próprio nível elevado de seropositividade (UNESCO, 2000, pp. 50-51).

Sendo assim o planeador educativo que deseja responder a estas questões, deve criar meios para:

1. a formação inicial e em serviço dos professores que lhes permita ensinar correctamente sobre o VIH/SIDA, a saúde reprodutiva e “conhecimentos psicossociais para a vida” e de modo participativo que tenham o potencial de causar um impacto nas atitudes e comportamentos dos alunos;
2. a preparação de manuais visando melhorar o conhecimento e a competência do professor nestas áreas, e de uma grande variedade de materiais escolares para uso de diferentes níveis de ensino;
3. a elaboração de um programa amplo de advocacia, que se dirija a todos os intervenientes, mas ganhará, em particular, o apoio dos pais, das igrejas e dos líderes tradicionais (UNESCO, 2000, p. 51).

A pouca preparação dos professores, para trabalharem as questões da sexualidade, incluindo o VIH/SIDA consigo mesmo e com as crianças e adolescentes seropositivos no seu quotidiano e na sua contextualidade, caracteriza, realmente, o obstáculo das oportunidades de avanço para a educação e a melhoria da qualidade de vida pessoal e comunitária, prejudicando, assim, o exercício da cidadania. Na literatura existente, pouco se encontra sobre este facto. Por isso há necessidade de propostas educativas como forma de combater a discriminação das pessoas que convivem com o VIH/SIDA. Guimarães (1995) defende que as práticas sociais demandam uma nova forma de se actuar na escola. Autores como Andaló (1998) e Nunes (2005) concebem a Educação Sexual associada à discussão e aos questionamentos constante das concepções relativas à temática sexual. Andaló (1998) fala numa reflexão que amplie as possibilidades de

escolha consciente e afirma que não se trata de ensinar sexualidade, mas preparar as condições de desenvolvê-la no seu contexto pessoal e numa perspectiva crítica. Nunes (2005) partilha dessa óptica, quando escreve que a sexualidade humana é uma esfera que abarca a intencionalidade e é a expressão da existência e da criatividade. Assim, o professor pode apreender toda a complexidade compreendida na temática sexualidade, desde que haja um processo de modificação pessoal, a partir do reconhecimento de si mesmo como indivíduo social e sexuado e do reconhecimento de que no seu trajecto de vida pessoal está incluída a história da sexualidade humana. (Nunes, 2005; Reis, 2002; Santa Catarina, 1998).

Cabe ressaltar que o reconhecimento pelos professores da necessidade de abordagem da sexualidade e do VIH/SIDA é um primeiro passo. Porém, sabe-se que é preciso uma mudança de comportamento e atitudes por parte de todo o sistema educacional e que esta demandará de tempo, devido às posturas e às condutas adoptadas histórica e culturalmente na nossa sociedade. E, ainda, o sentido para o modelo reflexivo de formação, proposto por vários autores – contínuo, longo e sistemático – em que sejam enaltecidas as experiências, as histórias de vida, as práticas pedagógicas, os saberes construídos pelos professores, o exercício de reflexão em grupo e o desenvolvimento de competências para abordar esta temática.

A educação, como sendo um direito humano básico, é considerada como elemento essencial para realizar as mudanças políticas, sociais e económicas. A Educação Sexual não foge dessa realidade e os professores não devem ficar indiferentes a ela, embora se encontrem envolvidos nos limites e possibilidades da estrutura do sistema educacional.

É certo que a sexualidade humana figura como um dos temas mais inquietantes e, quase sempre, mais recusados na acção prática do professor. Entretanto, cada vez mais a escola tem sido convocada a enfrentar as transformações das práticas sexuais contemporâneas, uma vez que os seus efeitos se fazem presentes no quotidiano escolar. Assim, para uma educação sexual é essencial que os indivíduos participem eficazmente, tomem decisões e tenham direito à voz, o que exige uma educação democrática e acesso à informação.

De acordo com a maioria dos estudos (Sampaio et al., 2005; Davis, Yarber & Bauserman, 1998), percebe-se que existe uma quantidade considerável de trabalhos sobre o papel dos professores relativamente à Educação Sexual na Escola. Porém, observa-se que são escassas as escolas que abarcam explicitamente esta temática nas suas práticas pedagógicas e, quando o fazem, restringem-se a acções informativas a cargo de psicólogos e/ou médicos, como se fosse suficiente para elucidar as interrogações confrontadas com a sexualidade humana e as suas variadas expressões.

Com o surgimento do VIH/SIDA e o seu alastramento por todo o mundo, as preocupações acabaram por se intensificar, exigindo do poder público medidas imediatas de implantação, manutenção e/ou alargamento de programas educativos de prevenção à SIDA nas redes públicas e privadas de ensino em todos os níveis. Neste movimento, a proposta de inclusão da Educação Sexual retoma com grande intensidade, fomentando a necessidade de profissionais qualificados para abordarem esta temática nas escolas.

Em Portugal, a partir de 1984, o quadro legal alusivo à Educação Sexual na escola foi adquirindo novos limites, pela promulgação do Decreto-Lei nº 46/86 com a Lei de Bases do Sistema Educativo, Decreto-Lei nº 115A/98, de Maio com o

Regime de Autonomia das Escolas, Lei nº 120/99, de Agosto com o Reforço das Garantias do Direito à Saúde Reprodutiva, Decreto-Lei nº 6/01, de Janeiro com a Reorganização Curricular do Ensino Básico, Decreto-Lei nº 7/01, de Janeiro com a Revisão Curricular do Ensino Secundário e, em particular, a Lei nº 120/99, de Agosto, regulamentada pelo Decreto-Lei nº 259/2000, de Outubro, refere que “a organização curricular do ensino básico e secundário contempla obrigatoriamente a abordagem da promoção da saúde sexual e da sexualidade humana, quer numa perspectiva interdisciplinar, quer integrada em disciplinas curriculares cujos programas incluem a temática (...)”, ou seja, prevê a introdução da educação sexual em meio escolar, como tema transversal, porém a realidade é outra, sendo que, ainda, são poucas as escolas que realmente desenvolvem projectos de educação sexual. O que não é diferente no Brasil, visto que em 1997, as escolas brasileiras contam com uma proposta inovadora dos PCN’s, Parâmetros Curriculares Nacionais, criado pelo Ministério da Educação. O documento oficial prescreve que os temas transversais, como a sexualidade, sejam trabalhados de forma integrada, contínua e sistemática, incorporados às áreas já existentes e ao trabalho educativo da escola. “Tratam de processos que estão sendo intensamente vividos pela sociedade, pelas comunidades, pelas famílias, pelos alunos e educadores em seu quotidiano” (Brasil, Secretaria de Ensino Fundamental, 1998, p. 26). Melo sugere, por exemplo, que se usem os “Cadernos Pedagógicos de Educação e Sexualidade”, publicados em Santa Catarina pela Universidade do Estado de Santa Catarina:

Podem servir de base para um planeamento participativo de projectos de intervenção qualitativa, intencional no processo em andamento nas escolas. Esse objectivo e as actividades pedagógicas daí decorrentes serão facilitadas com a inserção da temática nas decisões do Projecto Político Pedagógico de cada escola. Para aprofundar um pouco mais esse assunto, o objectivo, nesta secção, é

incentivá-lo a identificar a escola como um espaço possível para a vivência de uma educação sexual compreensiva (Melo, 2002, p. 48).

Percebe-se, no entanto, que no Brasil o MEC – Ministério de Educação e Cultura, ainda não possui um instrumento de avaliação de receptividade dessas propostas, capaz de informar quantas escolas já possuem nos seus currículos o tema transversal da educação.

Os temas transversais devem permear toda a prática educativa e estender-se às diversas relações do espaço pedagógico.

A transversalidade pressupõe um tratamento integrado das áreas e um compromisso das relações interpessoais e sociais escolares com as questões que estão envolvidas nos temas, afim de que haja uma coerência entre os valores experimentados na vivência que a escola propicia aos alunos e o contacto intelectual com tais valores (Brasil, Secretaria de Ensino Fundamental In Costa, 2001, p. 103).

Nesta perspectiva, é preciso uma reflexão sobre as rupturas que ocorrem no currículo educacional, nas diferentes disciplinas, com vista a promoção de uma prática pedagógica, que elimine com o isolamento da actuação docente às actividades formais. O professor necessita de preparação para lidar com questões imprevistas de sala aula e, logo, não planeáveis.

A inclusão da Educação Sexual como um dos temas transversais remete á necessidade de formação específica para os professores.

É necessário que o educador tenha acesso à formação específica para tratar de sexualidade com crianças e jovens na escola, possibilitando a construção de uma postura profissional e consciente no trato desse tema. Os professores necessitam entrar em contacto com suas próprias dificuldades diante do tema, com questões teóricas, leituras e discussões referentes à sexualidade e suas diferentes

abordagens: preparar-se para a intervenção prática junto aos alunos e ter acesso a um espaço grupal de produção de conhecimento a partir dessa prática, se possível contando com assessoria especializada (Brasil, Secretaria de Ensino Fundamental, 1998, p. 303).

De acordo com a perspectiva histórico-cultural, a sexualidade é uma das dimensões do ser humano, que se constrói e aprende como parte integrante do desenvolvimento da personalidade. E, sendo, a escola um lugar principal para se actuar saberes, competências e mudanças de comportamentos, esta representa um contexto favorável e apropriado para o progresso de actividades educativas, trabalhando nas mais diversas áreas do conhecimento humano. Desta forma, mais do que nunca, é necessário se investir nas questões da sexualidade e do VIH/SIDA, desmistificando preconceitos e tabus existentes na educação das pessoas. Isto demanda, portanto, estratégias pedagógicas apropriadas, visando a formação do professor (Pimentel, 1992; Schonfeld, 1995; Sunwood, 1995).

Não é de hoje que a formação de professores vem sendo abordada, porém sabe-se que não é fácil haver um acordo teórico quanto ao que seja uma “educação sexual”. Guimarães (1995) considera que a educação sexual é motivada pelo apelo de um assunto de significado complexo e polémico na vida de todos e, assim, o conteúdo escolar mostra-se com a fragilidade do novo e do estranho.

Alguns estudos (Sampaio et al., 2005; Vitiello, 1997; Suplicy, 1998) revelam que os professores quando indagados a respeito do tema, não escondem a sua falta de informação e de preparação para actuar como educadores sexuais. Pereira (2006, p. 340), acrescenta “a escola precisa contribuir, no sentido de reverter este quadro, de tornar a questão da sexualidade e do VIH/SIDA em algo discutido, conversando naturalmente, para que o ser humano possa relacionar-se melhor com ele próprio e com os outros”.

No entanto, sabe-se também que são poucos os espaços académicos destinados aos professores em educação sexual. Estudos (Oliveira, 2001; Pedrosa, 2001) sobre educação sexual nas escolas abordam que são poucas as instituições educacionais que oferecem conhecimentos nessa área e, outros que apontam o despreparo ou a dificuldade dos docentes para exercer essa tarefa (Lopes, 2006; Pereira, 2006; Sampaio et al., 2005). Sendo esse um assunto de carácter “íntimo”, minado por mitos, tabus, valores e preconceitos, os educadores vêm-se limitados pela sua própria perspectiva pessoal. Para superar esses entraves, é imprescindível uma qualificação específica, dado que “na prática, a mesma educação que ensina pode deseducar” (Brandão, 1987).

Nesse sentido, é primordial formar educadores sexuais, tendo em conta que o conhecimento acerca da sexualidade é adquirido pela apropriação da prática histórico-cultural e, como tal, esse saber faz parte das relações de poder e das relações de género de cada momento histórico. Diversos autores (Tavares & Alarção, 2005; Nóvoa, 1995; Gómez, 1995; Figueiró, 2001) reconhecem que o novo modelo da formação contínua é a reflexão, feita pelos professores, sobre a sua prática quotidiana.

É ainda de salientar a importância e a necessidade de uma disciplina, nos cursos de graduação nas instituições de ensino superior, que aborde o tema da educação sexual e o VIH/SIDA (Marchi, 2000; Barroso, 1999; Filgueiras, 1999), visando a formar professores capacitados para essa abordagem. Assim, acreditamos que um grande passo será dado para contribuir na superação desta lacuna na formação formal.

* * *

Neste capítulo, reflectimos sobre a importância da formação e requalificação dos professores em Educação Sexual e ao VIH/SIDA face as mudanças ocorridas no âmbito educacional, atendendo a demanda do novo público, as crianças seropositivas.

O capítulo seguinte pretende ir à descoberta da criança afectada e infectada pela SIDA, seus anseios, dificuldades, riscos e preconceitos, comportamentos na sociedade, na família e em sala de aula, assim como, a necessidade de apoio educacional e psicológico.

CAPÍTULO I I I

CAPÍTULO III - A CRIANÇA SEROPOSITIVA

1. Riscos e Preconceitos em relação à Criança Seropositiva

O impacto da SIDA nas crianças tem causado repercussão no seu desenvolvimento físico e psicológico, deteriorando a sua qualidade de vida. Mesmo assim, pouco se tem feito com este grupo específico. Tal afirmação fica evidente na escassez de trabalhos na literatura científica direccionados às crianças seropositivas (França-Junior; Doring; Stella, 2006), ao contrário do que ocorre com estudos relacionados com a prevenção, o diagnóstico ou a medicação de jovens e adultos afectados e infectados pela SIDA.

Todavia, sabe-se que a SIDA envolve a criança na sua essência social, histórica e fisiopsicológica. Nessa perspectiva, enquadra-se também a preocupação com as crianças e as diversas maneiras de encarar a doença, para melhor compreendê-la, enquanto não vendo apenas um fenómeno médico, mas percebendo-a como fenómeno cultural, resultado dos sujeitos em relação social (Guimarães, 1998; Soares, 2002; Sontag, 1984).

Autores como Ledlie (2001); Mialky, Vagnoni & Rutstein (2001) assinalam que com o avanço dos anti-retrovirais e o acesso ao tratamento medicamentoso no combate à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida têm melhorado a qualidade de vida das crianças seropositivas, dando novo significado às carências de ordem psicossocial. Porém, de acordo com a UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2001) e a UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2005), ainda há muito a fazer para se obter uma resposta mundial de apoio e protecção às crianças afectadas pela SIDA.

Ainda hoje, a SIDA é percebida como doença carregada de crenças negativas. Tal percepção resulta numa estigmatização dos seropositivos, como analisam Goffman (1988); Montagnier, (1994) e Scroub, (1994). Desde o surgimento do vírus, esse facto prende-se com a culpabilização do alastramento da epidemia aos homossexuais masculinos e aos utilizadores de droga intravenosa, o que demonstra “(...) a longa tradição de se conectar doença com questões morais” (Galvão, 2000, p.173). No entanto, actualmente o vírus VIH não está apenas centrado nesses dois grupos, mas também no grupo dos heterossexuais, por onde tem se alastrado a epidemia, e nas crianças. Essas crianças podem ser afectadas das seguintes formas:

- através da transmissão vertical;
- morte da mãe/pai ou de ambos em decorrência da SIDA;
- pais ou mãe/pai vivem com SIDA;
- mãe/pai ou ambos estão infectados pelo VIH, mas são portadores assintomáticos.

Tais factores confirmam que a SIDA não escolhe seus acometidos e já se tornou um problema mundial, atingindo hoje principalmente as mulheres e crianças das camadas mais desfavorecidas da população. Esses fenómenos ficaram conhecidos como feminização e pauperização da epidemia (Castro-Silva 2005; Monteiro, 2002; Parker & Camargo 2000). Nesse sentido, importa que as acções para controlar a epidemia incidam sobre diversos agentes como, por exemplo, uma melhor distribuição de renda à população.

O primeiro caso da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) em criança, foi diagnosticado em 1982, no Centro de Controlo de Doenças em Atlanta. Actualmente subsistem, no mundo, 3 milhões de crianças infectadas pelo VIH,

com idade inferior a 15 anos e 15,2 milhões de crianças com idade inferior a 18 anos, que perderam um ou ambos os pais devido à SIDA. Neste sentido, faz-se necessário destacar os três níveis de danos a que a criança seropositiva está exposta: emocional, social e físico.

Corroborando Grewirtz & Gossart-Walker (2000), lembramos que o desenvolvimento integral das crianças seropositivas está relacionado com os cuidados que estas receberão para crescerem emocionalmente. Para tanto, esses autores enfatizam a importância de um acompanhamento com profissionais qualificados que possam dar suporte durante as possíveis dificuldades que essas crianças encontrarão, como: falecimento do pai ou da mãe, sua própria saúde, substituição de lares, preconceito e até a procurar condições para o seu próprio sustento.

Assim, para além dos anti-retrovirais e da melhora da qualidade de vida das crianças, novos desafios surgem como: a revelação do diagnóstico à criança e a seus familiares e amigos; a permanência na escola e o sucesso académico; a adesão ao tratamento; a puberdade; o início da vida sexual e a inserção no mercado do trabalho, entre outras. Nesse contexto, é necessário conversar com a criança afectada e/ou infectada pela SIDA sobre seus receios, angústias, o seu corpo, a agressividade, o estigma e a discriminação e formas de sobreviver com as possíveis perdas (Silva, 2005; Barrica, 1998).

Estudos no Brasil (Ayres, et al., 2006) têm identificado que as crianças seropositivas são vítimas de violação de alguns direitos previstos no artigo 92º do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1998), quando lhes são restringidos o atendimento a saúde, a educação, a alimentação, a privacidade, a sexualidade e a reprodução.

No seu art. 69º, a Constituição Portuguesa prevê que “(...) particularmente os órfãos e abandonados têm direito à especial protecção da sociedade e do Estado contra todas as formas de discriminação e opressão e contra o exercício abusivo da autoridade na família e demais instituições”.

Ao falarmos sobre os riscos e preconceitos relacionados com as crianças acometidas pela SIDA, importa realçar que tal enfermidade é diferente e percebida de maneira distinta de outras actuais, ocasionando muitas vezes reacções de distanciamento e discriminação da sociedade como um todo com relação às pessoas afectadas pela doença (Foster & Williamson, 2000; Leandro-Merhi et al., 2000; Nampanya-Serpell, 1999; Peters et al., 1998).

Um exemplo disto é a pressão por parte de pais de outras crianças que não “aceitam” crianças seropositivas na mesma escola que seus filhos frequentam. Tal facto fez com que algumas crianças seropositivas abandonassem a escola ou a trocassem por outra.

Essa análise dos impactos sociais acima referidos na criança seropositiva suscita algumas reflexões acerca da SIDA. Primeiramente, a SIDA é uma doença ainda incurável e, por ser transmissível, acaba por causar “pânico” nas pessoas pela possibilidade de serem infectadas pelos indivíduos seropositivos.

A estigmatização relacionada com a SIDA é representada também pelo medo acerca da contaminação ocasional do VIH, presumivelmente devido à falta de conhecimento acerca dos meios de transmissão do vírus (Morin, 1988; Levine; 1992; Marková & Power, 1992). Sabe-se, no entanto, que o Vírus da Imunodeficiência Humana não é transmitido através do contacto social (Marková & Power, 1992). Mesmo assim, o medo persiste e acredita-se que a falta de conhecimento seja a sua maior causa, convertendo o seropositivo em alvo de

discriminação, percebendo a SIDA como doença infamada e estigmatizante, apontando para uma diversidade, que separa o acometido pela doença enquanto agrega os identificados com o estigma (Soares, 2002).

Pode-se dizer que muitas pessoas ainda respondem primariamente à SIDA como um risco ao seu próprio bem-estar, facto que está relacionado com os primeiros acometidos pela doença, ou seja, os vistos promíscuos e a proporção que a doença tomou no mundo inteiro, saltando de uma situação de epidemia para uma “terrível” pandemia.

Dentro desta perspectiva Moatti et al. (1992); Gremy & Beltzer (1999) mencionam:

As estratégias de protecção tiveram tendência a acentuar o isolamento. Ainda mais quando se trata da protecção contra as reacções de rejeição ou mais ordinariamente, de práticas estigmatizantes. Com efeito, se na opinião pública as medidas coercivas ou atitudes discriminatórias são maioritariamente recusáveis, a SIDA é objecto de interpretações contraditórias. Talvez porque as relações ordinárias são marcadas pela ambivalência. Os inquéritos de opinião sublinham que as situações quotidianas (deixar os filhos do lado de uma pessoa seropositiva; trabalhar com ela) suscitam reacções de desconfiança, até mesmo de atitudes discriminatórias (In: C. Thiaudière, *Sociologie du SIDA*, p. 77).

2. A Criança em Situação de Risco: Contexto Familiar e Social

No cenário de mudanças ocorridas no âmbito da SIDA e nas necessidades das crianças infectadas e afectadas pela doença, o papel e a função da família, da sociedade e da educação devem ser revistos, tornando-se elementos de preocupações das novas exigências para reflexões e revisões das políticas e práticas sociais e educativas dos países afectados pela pandemia.

Neste sentido, é necessário compreender as novas representações de família e de sociedade, particularmente acerca do VIH/SIDA, para que seja possível avaliarmos como a criança seropositiva convive com a doença.

Ao iniciarmos a nossa reflexão, optamos primeiramente por ressaltar que são muitas as crianças que vivem em situação de risco na nossa sociedade, sendo um desafio o cumprimento de leis de apoio e de direitos dessas crianças, exigindo da sociedade resoluções específicas para as diferentes vertentes dos problemas. Podemos citar alguns dos muitos factores que originam situações de risco: a miséria, a falta de emprego, a falta de moradia, a toxicodependência, a prostituição, a violência, o alcoolismo e a SIDA, entre outros.

Segundo a Declaração Mundial da ONU – Organização das Nações Unidas (1990) sobre a “Sobrevivência humana; a protecção e o desenvolvimento da criança na década de 90”, a família é a principal responsável pela protecção da criança, da infância à adolescência.

Sendo assim, a família cumpre a função mais essencial na socialização da criança, daí ser particularmente valorizado o ambiente familiar nos primeiros anos da vida das crianças. Também dentro desta lógica, para Miotto “é no contexto das relações familiares, cujo motor são os afectos (amor, ódio, inveja, gratidão), que a criança aprende a reconhecer-se como única (identidade) e como parte de um grupo (o sentido de pertencer, o sentido de nós)” (1997, p.120).

Contudo, é importante lembrar que a capacidade de cuidado e protecção dos grupos familiares depende directamente da qualidade de vida que eles têm no contexto social nos quais estão inseridos. Sem dúvida nenhuma, as famílias brasileiras e portuguesas, especialmente as de camadas populares, estão fortemente pressionadas pela política económica do governo. Uma vez que a

política não assegura as condições mínimas de renda, emprego, segurança, serviços públicos de qualidade para a sustentação das famílias, ela vem desencadeando migrações, desemprego e ausência de serviços públicos, que favorecem a falta de estrutura familiar.

É evidente que a questão da pobreza deve ser examinada do ponto de vista estrutural, relacionada com o modelo de desenvolvimento que privilegia a concentração de riqueza e é determinada, em grande parte, por políticas de ajuste internacionalmente impostas e que acarretam significativos cortes orçamentários na área social. Como consequência, tem-se o enfraquecimento dos vínculos familiares, o aumento das crianças ingressando precocemente no mercado de trabalho e abandonando a escola, passando muitas delas a viver na rua ou em casas de acolhimento.

De acordo com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (In Becker) a família é:

Um elemento básico da sociedade e meio natural para o crescimento e o bem-estar de todos os seus membros, e em particular das crianças, que deve receber proteção e assistência necessárias para poder assumir plenamente suas responsabilidades na comunidade (...) (1994, pp.60-61).

De acordo com o Art. 25 do ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), entende-se por família natural “a comunidade formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes”. No Art. 19 do mesmo estatuto encontramos a seguinte alusão:

Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias estupefacientes.

Alves (2000), Kaloustian (1994) e Weber (2002) referem que o meio familiar tem sido enfatizado como o local de excelência para propiciar o desenvolvimento saudável de seus membros. Porém, a família, em algumas circunstâncias, nem sempre é o melhor meio de convívio para as crianças, particularmente, quando estão em situação de risco.

Quanto ao direito da criança a ter uma vida familiar e social concordamos com Vicente (2002): “a criança inicia sua história dentro da história de sua família, de sua comunidade e de sua nação”. No entanto, muitas vezes a criança é exposta a situações que ameaçam e transgridem a sua integridade física, psicológica ou moral, por ação ou omissão da família, de outros agentes sociais ou do próprio Estado, prejudicando seu desenvolvimento integral.

Tem sido convincentemente demonstrado que o aumento do número de órfãos está a agravar as “estratégias de defesa” das famílias e da sociedade. Em muitos casos, o sistema da “família extensa” encontra grandes dificuldades em lidar – tanto economicamente como psicologicamente – com os novos membros que é obrigada a absorver (UNESCO, 2000).

Sendo assim, para sustentar os filhos em momentos de crise e para proporcionar-lhes maiores cuidados de saúde, muitas famílias encontram como única saída colocá-los em casas de acolhimento. Para essas famílias não se trata de abandono, mas de estratégia de sobrevivência. A expectativa da maioria é ter os filhos de volta o mais brevemente possível. Assim, as instituições de acolhimento tornam-se um suporte na tentativa de superar as mais diversas experiências negativas.

No caso específico da criança em casa de acolhimento, a noção de pertencer a uma família tem dois sentidos: de um lado, a família natural em que o

sentimento de afectividade está sobreposto à dinâmica interna e às condições socio-económicas dessa família no exercício das suas obrigações. Por outro lado, as famílias substitutas em que as condições socio-económicas das famílias naturais desencadeiam a sua inserção numa nova família. A partir da situação de adopção as crianças passam, assim, a estabelecer novos vínculos afectivos. Nesse sentido, pode-se dizer que a família é “mais importante” para a criança com SIDA, colaborando para o seu desenvolvimento físico e emocional, sem discriminação e aceite no grupo familiar.

No entanto, a presença do medo em relação à doença ainda é constante. Muitas famílias acabam por desagregar o seu parente ao conhecer o seu estado serológico. O medo de que os vizinhos ou mesmo pessoas mais distantes tomem conhecimento da condição de seropositivo é algo que ronda a vida dessas famílias. Tal facto deve-se ao significado atribuído à doença aquando do surgimento dos primeiros casos de indivíduos infectados, alterando o comportamento da família, que passa a discriminá-lo e a excluí-lo.

A desintegração da família também se dá com o falecimento de um ente familiar, seja através da SIDA ou de outra doença, acarretando sérias implicações económicas, bem como no bem-estar dos seus demais membros.

Este embate na sociedade tem sido vivido de várias formas, desde restrições ao emprego ou despedimento, perda de pessoas qualificadas (incluem-se aqui profissionais da educação e da saúde), recusa de contratos por parte das seguradoras, recusa de serviços públicos, maior necessidade de alguns cuidados de saúde e educação e aumento da miséria, entre outros.

A partir do momento que as crianças passam a ser “acolhidas”, são tolhidas de um certo tipo de “liberdade” que possuíam fora da instituição; o contacto com

a família e antigos amigos passa a ser restrito, provocando uma grande quebra de vínculos, que não será substituído dentro da casa de acolhimento. E quanto mais tempo a criança permaneça “abrigada”, muito maior é a perda desses referenciais, o que provoca angústia e sentimentos de perda e abandono.

Cabe ressaltar que muitas crianças “acolhidas”, em particular as seropositivas, trazem consigo “diversidades” oriundas de quadros característicos de abandono, rejeição, maus-tratos e discriminação, entre outros. Diante desse intrincado contexto em que estão inseridas, muitas crianças acabam por não terem motivação para os estudos e abandonam a escola. Tal realidade implica uma grande necessidade de investimento a nível emocional.

Pesquisa realizada no Brasil em 2003 pela Organização não-governamental - Instituto Promundo - em nove instituições brasileiras com méritos nos trabalhos que vêm desenvolvendo actualmente com as crianças e as suas famílias afectadas pela SIDA possibilitou o entendimento das acções que vem sendo desenvolvidas no Brasil relacionadas com tal problemática:

- casas de apoio: organizações que acolhem crianças seropositivas, sem famílias ou cujas famílias não são, ou não se percebem, aptas a cuidar delas;
- atendimento médico: organizações que prestam assistência ambulatoria psicológica para crianças e as suas famílias;
- modelos comunitários: apoiam famílias a partir de projectos de intervenção desenvolvidas nas comunidades onde essas crianças estão inseridas;
- grupo de apoio: funcionam como grupos de apoio psicológico e jurídico para pessoas vivendo com VIH/SIDA, além de fornecer cestas básicas e/ou medicamentos;

- serviços de informação: oferecem informações sobre DST e SIDA para grupos e populações específicas, organizando intervenções pontuais nos locais que eles frequentam, produzindo material educativo, ou disponibilizando serviços telefônicos gratuitos (Promundo, 2004).

Nesse mesmo estudo, destacam-se algumas das principais características que orientam as práticas das instituições envolvidas nessa temática, como: não discriminar nem institucionalizar a criança; sensibilizar, fortalecer e buscar apoio da família estendida; fortalecer as bases de apoio comunitárias e familiares para crianças e adolescentes.

3. A Criança Seropositiva e a sua Institucionalização

Desde os primeiros séculos da cristianização, nos deparamos com o acolhimento e institucionalização de crianças órfãs e abandonadas coabitando com um ínfimo de dignidade; mesmo com esforços da Igreja a situação de abandono de crianças perdura, devido a variadas e crescentes causas, ao longo dos tempos (Loureiro, 1978).

Como referimos anteriormente, vários são os problemas originados com o aparecimento da SIDA, que trazem junto a necessidade de apoio psicológico às crianças infectadas e afectadas pela doença (UNESCO, 2000). Destaca-se aqui a institucionalização de crianças acometidas pela doença.

No início da epidemia, muitas crianças acabaram órfão ou foram abandonadas nas maternidades, pelo falecimento dos pais ou porque as mães acreditavam que os seus filhos teriam um melhor atendimento respectivamente ao seu estado serológico com uma família de acolhimento, o que possibilitaria uma

melhor qualidade no cuidado e na vida dessas crianças. A fim de amenizar este enigma, foram criadas as casas de apoio para crianças com VIH/SIDA.

A história da política de atendimento voltada para a criança é marcada por uma característica assistencial e proteccionista, onde se procura defender a sociedade desses membros através da institucionalização, conforme assinalam vários autores (Ruiz & Palácio, 1995; Trindad, 1996; Souza 1998).

O novo modelo de instituição prestadora de serviços de amparo e assistência, as chamadas casas de acolhimento, por exemplo, que no Brasil prestam acolhimento provisório às crianças em situação de vulnerabilidade e com os seus direitos violados têm como objectivo atender por curto espaço de tempo essas crianças até que estejam em condições de retornar para a família de origem ou até que sejam inseridas em família substituta, como também preservá-las de serem vítimas de eventuais preconceitos.

Em Portugal, de acordo com o Decreto-Lei nº 2/86 de 2 de Janeiro Art. 2º, contemporaneamente as casas de acolhimento são:

Equipamentos sociais que têm por finalidade o acolhimento de crianças e jovens proporcionando-lhe estruturas de vida tão aproximadas quanto possível às das famílias, com vista ao seu desenvolvimento físico, intelectual e moral e à sua inserção na sociedade.

Na legislação portuguesa referida anteriormente (art.º 49), o acolhimento em instituição deve ser a última protecção a adoptar, sendo delimitado como:

A colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamento de acolhimento permanente e de uma equipa técnica que lhes garantam os cuidados adequados às necessidades e lhes proporcionem condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral.

É uma medida provisória e excepcional, utilizável como forma de transição para a colocação em família substituta, não implicando uma privação de liberdade.

O acolhimento de crianças tem como consequência o enfraquecimento dos vínculos familiares ou a perda total. Muitas famílias acabam por “esquecer” os seus filhos na casa de acolhimento, por saberem que lá estão a receber atenção, comida e estudo, entre outros cuidados (Vicente, 2000; Bowlby, 1951).

Embora a casa de acolhimento seja pensada como uma medida que atenda provisoriamente crianças, com o objectivo de prevenir principalmente a exclusão e a marginalização, deve-se levar em conta que essa transitoriedade está inteiramente ligada à história singular de cada uma e ao projecto de vida que se puder construir com ela. Assim, a instituição deve ter condições de mantê-las pelo tempo que for necessário, pois ao mesmo tempo que a casa de acolhimento pode ser usada por algumas horas ou dias, existem casos que o seu reingresso ou a sua colocação em família substituta pode levar anos. Isso remete para a necessidade de um trabalho sistemático de restituição desses vínculos e de compromisso de participação da família, do acolhido e da instituição acolhedora.

Para além do sentido na ausência da família, as crianças seropositivas e institucionalizadas necessitam ultrapassar os problemas de ordem psicológica e social, para que possam ser integradas à sociedade. Essa é a grande luta das novas organizações: acabar com a exclusão social e a falta de assistência à saúde, bem como com o preconceito e a discriminação social contra as pessoas com VIH/SIDA.

Assim, o investimento inicial das ONG's – Organizações não governamentais nas assessorias jurídicas foi indubitável e expressivo para traçar a identidade social dos indivíduos seropositivos e a sua inclusão social, como

também a inserção da linguagem dos direitos humanos nas nossas práticas diárias. Dessa forma, “um ambiente em que os direitos humanos são respeitados, assegura que a vulnerabilidade ao VIH/SIDA seja reduzida, os infectados com e afectados por o VIH/SIDA vivam uma vida de dignidade sem discriminação, e que o impacto pessoal e social da infecção VIH seja aliviada” (ONUSIDA, 1998, p. 5).

Por isso, há necessidade de se contar com a contribuição da psicologia e as muitas áreas do conhecimento no auxílio da percepção dos variados aspectos referentes à situação de crianças institucionalizadas, como a influência do ambiente físico e social no desenvolvimento integral dessas crianças.

A restrição do convívio social e a permanência do ambiente físico acabam por influenciar o desenvolvimento afectivo, cognitivo e social da criança que vive nesse espaço de institucionalização. Segundo Weber & Kossobudzki (1996), a criança que vive em casa de acolhimento apresenta *deficit* no seu desenvolvimento motor, na linguagem e no desenvolvimento social e intelectual geral, impossibilitando assim a construção da sua identidade, com auto conceito afirmativo e segurança emocional.

A restrição da convivência social da permanência no ambiente físico familiar e de grupos de amigos, a vigilância sucessiva e a privação de autonomia são algumas das características que acabam por ocasionar mais prejuízos do que benefícios para grande parte das crianças em casa de acolhimento (Rizzini; Barker & Cassaniga, 2000). Tal facto agravar-se quando a criança vem conduzida por uma história de vitimização sofrida na família de origem (Antoni & Koller, 2001).

O acometimento por uma doença grave ou mesmo a perda dos pais são questões complicadas para a criança, pois acabam desencadeando uma série de

efeitos sociais e emocionais. Esses efeitos, que se podem chamar de "impactos psicossociais", repercutem-se no desenvolvimento psicológico da criança.

Num estudo com crianças, Aronson (1996) analisa o falecimento dos pais por causa da doença e enfatiza a necessidade de uma comunicação aberta com essas crianças, criando-se um ambiente de segurança e de acolhimento, no intuito de serem estabelecidos vínculos dentro das instituições de acolhimento, bem como com os profissionais que lá trabalham e com as demais crianças da sua convivência.

Carvalho (2002) ressalta que a relação de amizade entre elas é um factor importante para o seu bem-estar e desenvolvimento, servindo de modelo para a construção de suas futuras relações. Porém, nem sempre isto acontece.

Assim, o papel do psicólogo deve passar pelo entendimento da necessidade de "reestruturação" emocional da criança institucionalizada, dando suporte nos aspectos da sua vida e da sua família, bem como de todas as pessoas que com elas contactam.

Cabe ressaltar que o funcionamento dessas casas conta, até hoje, com o apoio de profissionais e voluntários que nem sempre têm formação profissional adequada. Mesmo com algumas particularidades, com implicações negativas para o desenvolvimento das crianças acolhidas, como a falta de profissionais qualificados e a estrutura não-familiar, Carvalho (2002) coloca que o processo de desenvolvimento dessas crianças pode não ser totalmente negativo, desde que haja qualidade nos cuidados oferecidos às crianças, prática da equipa profissional e afectividade dos cuidadores com as crianças.

Torna-se, assim, imprescindível que esse grupo, tanto as crianças como os profissionais que com elas trabalham, seja amparado em suas necessidades, como

por exemplo: acompanhamento psicológico e formações condizente com a realidade vivida, afim de privilegiar o apoio social, educacional e afectivo para que os cuidados dispensados às crianças acolhidas melhorem.

4. Necessidades Educacionais: A Orientação da Educação da Criança em Situação de Risco

Frente ao novo público nas escolas actuais, a motivação das condições do ensino faz-se premente, visto a necessidade de uma (re)orientação da educação face à criança afectada e infectada pela SIDA, partindo do pressuposto de que o principal objectivo do sistema de ensino é levar todos os educandos a alcançarem as finalidades fundamentais da aprendizagem, devidamente inseridos na sociedade e que se desenvolvam de forma integral.

“A presença de indivíduos infectados pelo VIH numa escola afecta a interacção social na própria instituição e na comunidade envolvente” (UNESCO, 2000, p. 53).

À postura assumida por muitas crianças que possuem VIH/SIDA na família é o abandono escolar. Para algumas crianças, de acordo com a UNESCO (2000):

o factor que as desencoraja é o medo do estigma e do desprezo, que poderão encontrar na escola – o gozo dos colegas, os comentários indirectos, os silêncios súbitos, o medo dos outros pais, a exclusão e ostracismo, uma mesada menor, os sinais exteriores de crescente pobreza (pp. 36-37).

No entanto, a Declaração de Salamanca ressalta que todos os alunos devem aprender juntos, independente das suas dificuldades e das suas diferenças (UNESCO, 1994).

Em seu estudo com crianças dos nove aos doze anos de idade, Cordazzo (2004) ressalta que os meios de comunicação não estão a atingir essa faixa etária nas suas campanhas contra a SIDA e as crianças estão chegando à adolescência praticamente desconhecendo a SIDA, com muitas dúvidas e preconceitos quanto ao tema.

Nessa perspectiva, a educação deverá ser orientada para a compreensão e a mudança de atitudes e comportamentos perante as pessoas infectadas pelo VIH, abordando a temática do VIH/SIDA especificamente através de programas educativos, com vista a um melhor esclarecer a população e consequentemente reduzir a estigmatização das crianças seropositivas e actos de adversidade contra elas, favorecendo a sua inclusão social como uma real perspectiva de cidadania.

No entanto, sabe-se que toda a mudança não é um processo fácil, pois tratando-se de uma (re)orientação da educação, cabe aos responsáveis conduzir criteriosamente o ensino, de forma a superar falhas e inculcar elementos que fortaleçam a integração, a efectividade, o intelecto e proporcionem condições favoráveis que respeitem a necessidade de segurança social, física e emocional, possibilitando a formação da criança seropositiva como cidadã autónoma e responsável frente a si e à sociedade.

Essa modificação requer uma mudança não só da escola, mas da comunidade escolar e da sociedade comprometida com a educação das crianças afectadas e infectadas pela SIDA.

Em síntese:

A revisão feita neste capítulo é de elementar consideração para compreender as dificuldades e necessidades das crianças seropositivas, crianças que escolhemos para integrar o nosso estudo empírico, por se tratar de crianças infectadas pelo VIH, mas que, não obstante as suas condições, podem ter uma vida longa e obter uma boa integração social e educacional.

O que se segue corresponde à segunda parte deste estudo, no qual se apresenta a nossa contribuição empírica.

SEGUNDA PARTE
CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO IV
METODOLOGIA

CAPÍTULO IV - METODOLOGIA GERAL

Neste capítulo apresentam-se, e justificam-se, as opções metodológicas tomadas na realização do estudo empírico. Assim, e após uma breve reflexão sobre a natureza da investigação em ciências da educação, descreve-se e justifica-se a metodologia e o *design* adoptado nesta investigação. Identificam-se, de seguida, os participantes privilegiados do estudo, as técnicas e instrumentos usados para a recolha de dados, as etapas em que essa recolha decorreu e, finalmente, as técnicas utilizadas para o tratamento e análise dos dados obtidos.

1. Objectivos e Hipóteses em Estudo

Grande parte dos pesquisadores em prevenção primária do VIH refere a informação factual relativa à SIDA como uma condição necessária, mas não suficiente, para prevenir a infecção. A prevenção, considerada como factor chave de qualquer programa de combate à SIDA, parece não surtir os efeitos esperados. O relatório anual da UNAIDS e da OMS mostra que o número de adultos e crianças em todo o mundo, a viver com VIH já passam dos 40 milhões em 2005 (UNAIDS, 2005).

Considerando a complexidade e a magnitude do VIH/SIDA, pois não é somente o vírus que pode levar o sujeito a alargar a SIDA, como também o vírus ideológico do medo, do preconceito e da discriminação. Isso permite-nos verificar que as sequelas sociais derivadas da epidemia da SIDA expõem a sua face mais cruel através dos actuais modelos de exclusão social.

O desafio crítico para a prevenção e assistência do VIH/SIDA é impulsionar a capacidade individual de aprender e de responder à SIDA. Os profissionais actuam na prevenção e promoção da saúde através do controlo de doenças Vasconcelos (2001) complementa dizendo que a educação em saúde se reveste de extrema importância, visto que atende a um interesse social – saúde colectiva – e a um interesse individual – na construção, manutenção e protecção da vida da pessoa e de sua auto-estima. Desta forma, para nós e subscrevendo a definição de Manderscheid (1996), a Educação para a Saúde é o conjunto elaborado e coerente de intervenções sobre o sujeito e o grupo as quais devem ajudar o indivíduo a querer, poder, saber escolher e adaptar de um modo responsável, livre e esclarecido, atitudes e comportamentos próprios a favorecer a sua saúde e a do seu grupo.

No seu percurso histórico, a SIDA tem se figurado como um fenómeno que se constitui socialmente. Neste sentido, a temática da SIDA e as suas implicações têm-se mostrado como um elemento de suma importância na Educação.

Torna-se, assim, essencial perceber como a doença é entendida em contexto educacional para o desenvolvimento de estratégias preventivas. É a nível da acção escolar que a prevenção deve ser mais actual e acentuada, havendo a necessidade de sensibilizar os sistemas de formação e investir-se na formação inicial e contínua dos educadores a nível da educação para a saúde (Leão & Pereira, 2005).

Este estudo empírico resulta, assim, da necessidade por nós sentida de adquirir dados actuais acerca dos conhecimentos e atitudes dos professores de Educação de Infância ao Ensino Secundário e dos alunos universitários em formação para professor face ao VIH/SIDA.

A partir da perspectiva dos conhecimentos e atitudes dos professores e futuros professores, os quais possivelmente poderão ser confrontados no futuro com alunos infectados pelo Vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), pretendemos assim identificar as dificuldades no contexto de formação. Atendendo a que esta doença ainda não tem cura e é imbuída de muito preconceito, torna-se imperioso trabalhar as atitudes e comportamentos relacionadas com VIH/SIDA, tendo em vista contribuir para a melhoria da qualidade de vida da criança seropositiva.

Nesta perspectiva, definimos como objectivo geral da presente investigação o desenvolvimento de um programa de intervenção psicopedagógico como suporte à criança infectada pelo VIH.

Assim, para que seja possível atingir o objectivo geral delimitado, foram reconhecidos vários objectivos específicos, nomeadamente:

- identificar junto de professores e alunos em formação inicial para professor os conhecimentos e as atitudes que os mesmos têm acerca de saber lidar com crianças com VIH;
- comparar os conhecimentos e as atitudes face ao VIH/SIDA dos professores do Brasil (na Zona de Florianópolis – Região Sul do país e capital do Estado de Santa Catarina) e os de Portugal (na Zona Centro - Aveiro);
- comparar os conhecimentos e as atitudes face ao VIH/SIDA dos alunos em formação para professor no Brasil (na Zona de Florianópolis) e para professor em Portugal (na Zona Centro - Aveiro);

- realizar um estudo de caso da criança infectada com o VIH/SIDA, indenficando qual o tipo de atendimento que recebem (no Brasil e em Portugal);
- desenvolver um programa específico de intervenção psicopedagógico para professores e futuros professores para apoio às crianças com VIH.

Apoiados na problemática em questão, na fundamentação teórica realizada e na definição de objectivos gerais e específicos, procurámos constituir relações entre algumas variáveis que serão alvo de análise nos próximos segmentos. Assim sendo, desenvolvemos as subsequentes hipóteses gerais:

- **Hipótese 1:** Não há diferenças entre os alunos universitários do Brasil em formação para professor e os professores do Brasil relativamente aos conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA;
- **Hipótese 2:** Não há diferenças entre os alunos universitários de Portugal em formação para professor e os professores de Portugal relativamente aos conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA;
- **Hipótese 3:** Não há diferenças entre os professores do Brasil e os de Portugal relativamente aos conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA;
- **Hipótese 4:** Não há diferenças entre os alunos universitários em formação para professor do Brasil e os de Portugal relativamente aos conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA;
- **Hipótese 5:** Não existe actualmente “boa” percepção por parte dos alunos universitários em formação para professor e dos professores, relativamente a Sociedade, a Escola e o VIH/SIDA;

- **Hipótese 6:** Existe actualmente atitudes de aceitação, por parte dos alunos universitários em formação para professor e dos professores do Brasil e de Portugal, relativamente à criança seropositiva em sala de aula;
- **Hipótese 7:** Os alunos do Ensino Superior, em formação para professor, possuem pouca formação inicial acerca do VIH/SIDA;
- **Hipótese 8:** Os professores/Educadores de Infância ao Ensino Secundário possuem pouca formação contínua acerca do VIH/SIDA.

2. Desenho da Investigação

2.1. Tipo de estudo

O presente trabalho de investigação apresenta-se como um estudo empírico de natureza exploratória, descritiva, comparativa e analítica. De acordo com Gil (2002) a pesquisa é exploratória pelo facto de exigir, do autor, num primeiro momento, a familiarização com a realidade investigada. É descritiva no momento em que descreve as características do fenómeno ou do objecto em estudo, proporcionando subsídios científicos para estabelecimento de relações entre as variáveis. É comparativa quando “contribuir para compreender melhor o nosso sistema educativo, mediante o conhecimento do de outros países” (Ferrer, 1990, p. 27), mas sem o intuito de prever resultados ou enunciar leis, pois “a finalidade da Educação Comparada não é de oferecer modelos para imitar ou para recusar, senão para compreender os povos e suas experiências educacionais e culturais” (Garrido, 1991, p. 111) e é analítica quando permite ao investigador analisar “o dado concreto, deduzindo do mesmo os elementos constantes, abstractos e gerais, constituindo uma verdadeira experimentação indirecta” (Marconi & Lakatos, 2003, p. 107).

Para avaliar a eficácia desta pesquisa foram realizados dois tipos de estudos. O primeiro (Estudo 1) procura caracterizar o conhecimento e as atitudes dos professores Educadores de Infância até professores do Ensino Secundário e alunos do Ensino Superior, em formação para professor, dos cursos de Educação para a Infância e do 1º Ciclo face ao VIH/SIDA e subdividi-se em Estudo 1/A (amostra Brasil) e Estudo 1/B (amostra Portugal). O segundo estudo (Estudo 2) engloba o estudo de caso de uma criança seropositiva brasileira (Estudo 2/A) e de uma criança seropositiva portuguesa (Estudo 2/B) com suas as percepções em relação à família, à escola e à sociedade. Por fim, apresenta-se um Programa de Desenvolvimento de Intervenção Psicopedagógico de Suporte à Criança Infectada pelo VIH.

De forma a permitir a concretização empírica do desenho da investigação, foram seleccionados instrumentos de avaliação de auto-resposta e entrevistas directivas e semi-directivas, bem como uma amostra que permitisse testar os objectivos e hipóteses apresentados anteriormente.

2.2. Estudo de Caso

De acordo com Yin (2003, p. 13), o estudo de caso pode ser definido como “uma investigação que investiga um fenómeno contemporâneo no contexto natural, especialmente, quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são claramente evidentes (...) em que são usadas múltiplas fontes de evidências” e segundo Stake, o estudo de caso é “o estudo da particularidade e da complexidade de um caso singular para compreender a sua actividade em circunstâncias importantes” (1998, p. 11).

Ultimamente o estudo de caso tem adquirido popularidade significativa no âmbito da investigação educativa e é indicado a estudos que ambicionam entender e explicar as dinâmicas estabelecidas em actividades da vida real que se apresentam demasiado complexas para serem abordadas através de *designs* do tipo experimental; descrever e entender o contexto da vida real no qual ocorreu, ou ocorre, uma dada intervenção; avaliar e entender uma determinada intervenção num dado contexto real, explorando as situações onde os seus resultados não são suficientemente claros, mas são específicos.

De ressaltar, que o autor Oliveira-Formosinho (1998) menciona investigações que, no domínio da educação de infância, têm utilizado o estudo de caso para realizar pesquisas sobre a educadora e as crianças (Vasconcelos, 1997).

Bassey (1999) coloca que o estudo de caso demonstra tratar-se de um termo que encerra uma diversidade de sentido que necessita ser clarificado. Na perspectiva de Ponte (1994), o estudo de caso é a escolha de um caso a ser estudado, e não é tanto uma escolha metodológica, o que no nosso entender realça essencialmente a importância da definição e da especificação do caso a estudar. O caso pode ser um professor, uma turma, um grupo de crianças, uma criança, uma escola, um programa, entre outros (Stake, 1998; Ponte, 1994; Yin, 2003).

Para Martins (2006, p. 9) “o estudo de caso possibilita a penetração em uma realidade social, não conseguida plenamente por um levantamento amostral e avaliação exclusivamente quantitativa”. O mesmo autor (Martins s/d) simplifica e descreve os cinco pontos estruturais que alinham o desenvolvimento de um Estudo de Caso na perspectiva de Yin como: (1) responder a uma questão de estudo do tipo como? e/ou por quê?; (2) as proposições orientadoras do estudo são enunciadas a partir de questões secundárias; (3) as unidades de análises são o

indivíduo, ou uma organização, ou um sector; (4) procura estabelecer a lógica entre os dados e as proposições do estudo; (5) os critérios para interpretar os dados provêm do referencial teórico e de categorias definidas.

O estudo de caso, na educação, pode ser utilizado em diferentes áreas disciplinares (Yin, 1993) e adoptar numerosas formas e ser realizado em variados âmbitos. O mesmo autor acrescenta que a diferença entre um estudo de caso de outras abordagens investigativas se dá devido à complexidade e singularidade do caso a estudar. A trajectória empírica do estudo de caso recorre-se da utilização de uma vasta variedade de técnicas, de instrumentos e de fontes de recolha de dados (observações, entrevistas, questionários, documentos, entre outras).

Carmo e Ferreira na sua obra cita Merriam que também identifica cinco características essenciais de um Estudo de Caso: (1) é particular, porque se focaliza numa determinada situação, acontecimento, programa ou fenómeno; (2) é descritivo, dado que o produto final é uma descrição rica do fenómeno que está a ser estudado; (3) é heurístico, já que conduz à compreensão do fenómeno que está a ser estudado; (4) é indutivo, por ser mais frequente e enriquecedor o raciocínio indutivo neste tipo de estudos; (5) é holístico, porque tem em conta a realidade na sua globalidade, valorizando-se mais os processos (...), a compreensão e a interpretação (1998, p. 217).

Cabe ainda ressaltar, que um estudo de caso pode apresentar três tipos de divisões: exploratório (com a finalidade de definir as questões de estudo e hipóteses para um estudo subsequente); explicativo (direccionando a informação para relações causa e efeito das relações, explicando quais as causas que produzem os efeitos) e descritivo (apresenta uma completa descrição do fenómeno tendo em conta o contexto) (Yin, cit. por Bassegy; 1999).

No âmbito do nosso estudo empírico, considerou-se o Estudo de Caso do tipo descritivo, analítico e de natureza qualitativa uma vez que se centra em duas crianças, tendo em conta o contexto onde ocorre, sendo uma do Brasil e a outra de Portugal.

No entanto, muitos autores (Bell, 1999; Walker, cit. por Bassegy, 1999) fazem críticas aos *designs* de Estudo de Caso, ressaltando a impossibilidade de se fazer generalizações, pondo em causa o valor dos estudos de casos particulares e a possibilidade de ser uma intervenção sem controlo na vida dos outros; de dar uma visão distorcida do mundo; de dar a ideia da concretização de práticas quando estas estão em constante mudança; da intervenção do pesquisador em falsas evidências e em visões enviesadas e a demanda de tempo exigido para o desfecho desses tipos de estudos.

Por outro lado, Yin (2003) na sua obra debate muitas das críticas acima referidas e considera que existem meios de comprovar a validade e a confiabilidade do estudo; que nem sempre é preciso a utilização de técnicas de recolha de dados que demande demasiado tempo e a possibilidade de generalização dos estudos de caso ao nível da teoria. O mesmo autor assenta o desenvolvimento da teoria como uma componente essencial do estudo de caso, uma vez que facilita a fase de recolha de dados e do progresso do estudo e realça que seria um engano considerar simples e fácil a realização de um favorável estudo de caso.

Stake (2000) cita autores como Yin (1989), Denzin (1989), Herriott & Firestone (1983) que levaram a cabo estudos de caso, como estudos intrínsecos de casos particulares, sem que a questão da generalização fosse considerada uma questão relevante.

A incumbência real do estudo de caso é a particularização não a generalização. Toma-se um caso particular para conhecer bem e não para ver em que se diferencia dos outros, mas para ver o que é e o que faz. Destaca-se a unicidade, e isto implica o conhecimento dos outros casos de que o caso em questão se diferencia, contudo a finalidade primeira é a compreensão deste último (Stake, 1998, p. 20).

Pardal & Correia (1995) também discutem as críticas feitas ao Estudo de Caso, assentando que não é só o poder de generalização estatístico que dá rigor científico a uma metodologia. Ponderam, ainda, que através de uma recolha de dados apoiada por um referencial teórico e hipóteses construídas de forma metódica é possível chegar-se a um estudo com rigor que poderá dar origem a outros estudos mais profundos.

Por fim, e baseando-nos em Stake (2000), este estudo de caso não consistiu em estabelecer uma comparação entre os casos, mas procurou evidenciar a contribuição de cada caso para a compreensão do fenómeno em análise.

3. Amostra

Seleção e Amostra

No impedimento de acolher dados junto de toda a população sobre a qual versa este estudo, procedeu-se à composição de uma amostra que se tenciona expressiva do todo descrito por nós.

Sendo assim, e num primeiro momento, resultamos ao apuramento dos seguintes dados em Florianópolis/Brasil e em Aveiro/Portugal:

- procura de informação a cerca de programas de intervenção psicopedagógicos, junto de crianças infectadas com VIH;

- contactos formais e informais com instituições educacionais, desde a Educação para a Infância até o Ensino Superior para viabilizar a colaboração na recolha de dados;
- contactos formais e informais a casas de acolhimento para viabilizar o estudo de caso da criança seropositiva.

A selecção da amostra obedeceu aos seguintes critérios:

De forma não aleatória de conveniência, entre as escolas e as universidades cujas facilidades oferecidas pelos órgãos de gestão e conhecimento pessoal dos docentes.

No *Estudo 1*, apurámos dez escolas da Educação para a Infância ao Secundário e duas Universidades da cidade de Florianópolis no Estado de Santa Catarina no Brasil e nove escolas da Educação para a Infância ao Secundário e uma Universidade do Distrito de Aveiro em Portugal, estabelecendo os seus professores e alunos universitários em formação para professor a amostra, junto dos quais se efectuou a recolha de dados, em disposição a possibilitar uma elucidação do problema do nosso estudo.

No *Estudo 2*, definimos como únicos critérios de inclusão na amostra o facto de se tratarem de crianças seropositivas, que vivessem em casas de acolhimento e que estivessem cursando o ensino básico. Desta forma, foi apurado uma Casa de Acolhimento no sul do Brasil para desenvolver o Estudo de Caso. Em Portugal, o mesmo não foi possível, porém, conseguimos uma criança seropositiva que vive numa família de acolhimento.

Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra

A seguir ao esclarecimento dos princípios que norteiam a escolha da amostra, bem como dos condicionantes que descrevem essa mesma recolha, convém indicar as amostras do Estudo 1 e do Estudo 2 do ponto de vista sócio-demográfico.

3.1. Estudo 1 – Amostra Comparativa Global por Sexo e País (Brasil e Portugal)

Inicialmente, pretendíamos aplicar o questionário apenas com os professores, mas sentimos que o conhecimento e as atitudes dos alunos, futuros professores, diante da temática VIH/SIDA seriam de suma importância para um melhor aprofundamento desta investigação. Assim sendo, a composição do grupo pesquisado no âmbito do Estudo 1 constitui-se de uma amostra probabilística intencional, sendo 400 alunos universitários em formação para professor, 200 no Brasil e 200 em Portugal, e 400 professores da Educação para a Infância ao Ensino Secundário, também com 200 indivíduos em cada país. A caracterização sócio-demográfica foi realizada com base numa análise estatística descritiva, sendo os resultados apresentados nos quadros abaixo.

Quadro 1. Constituição da Amostra do Estudo 1 relativamente à variável “sexo”

Sexo	Brasil		Portugal		Total	
	n	%	n	%	n	%
Feminino	342	85,5	350	87,5	692	86,5
Masculino	57	14,3	49	12,3	106	13,3
Não responderam	1	0,2	1	0,2	2	0,3

Podemos perceber no Quadro 1 que, percentualmente, os grupos de sujeitos não são equilibrados, sendo que as mulheres representam 86,5% da totalidade da amostra total.

Quadro 2. Caracterização da amostra do Estudo 1 por médias das idades por país

País	n	Mín.	Máx.	Média	DP
Brasil	379	17	60	31,35	10,81
Portugal	393	17	65	28,88	11,57
Total	772	17	65	30,10	11,26

As estatísticas da idade que se apresentam no Quadro 2 indicam-nos que no Grupo de Portugal, a idade oscila entre os 17 e os 65 anos, com um média de 28,88 anos, com um desvio padrão de 11,57 anos. Já para o Grupo do Brasil, a idade mínima é também de 17 anos e a idade máxima é menor, sendo 60 anos, correspondendo-lhes uma média de 31,35 anos. O desvio padrão também é ligeiramente mais baixo, o que pode indicar uma maior concentração da idade.

Foi, ainda, possível apurar na amostra dos dois países que a média de idades se situa nos 30,10 anos, com um desvio-padrão de 11,26 anos.

3.2. Estudo 2 – Amostra do Estudo de Caso: Crianças Infectadas por VIH

No âmbito do *Estudo 2* foi realizado um estudo de caso que consistiu numa pesquisa de campo descritiva, analítica e de natureza qualitativa, com duas crianças seropositivas, sendo uma de Portugal e uma do Brasil, cujo desenvolvimento se deu em três etapas em cada país.

Denominamos de *Estudo 2 A* (criança Brasil) e *Estudo 2 B* (criança Portugal).

Quanto aos sujeitos deste estudo foram: os responsáveis pelas crianças nas suas casas, na casa de acolhimento e nas escolas e as crianças seropositivas. Para que a amostra ficasse mais homogénea, foram investigadas crianças que tinham 10 anos e que frequentava o Ensino Básico. Chegou-se a estas crianças da seguinte forma: caso A, indicada pela Casa de Acolhimento em Florianópolis e caso B, a partir de contacto com a ECAE (Equipa de Coordenação dos Apoios Educativos) de Aveiro.

Primeiramente, fez-se contacto com todos os envolvidos, explicando o objectivo deste estudo e solicitando as suas participações. Neste contacto com o responsável familiar, marcou-se um primeiro horário, individual, para cada um, a fim de proceder a entrevista inicial e a anamnese, bem como agendou-se os horários para as sessões com os responsáveis perante a escola, professores e com as crianças.

Estudo 2 A – Criança Brasileira

Maria Eduarda (nome fictício) é uma criança de 10 anos de idade, infectada pelo VIH, pertencente à classe de baixos rendimentos, encaminhada pelo conselho tutelar por falta de estrutura familiar para uma casa de acolhimento no sul do Brasil.

Estudo 2 B – Criança Portuguesa

João (nome fictício) é uma criança de 10 anos de idade, seropositiva com dois tipos de vírus VIH 1 e VIH 2. Encontra-se com uma mãe de acolhimento, estando protegido pela Comissão de Protecção de Menores de Aveiro e Segurança Social.

4. Técnicas e Instrumentos utilizados na recolha dos dados

No âmbito do Estudo 1 foram utilizados quatro instrumentos de avaliação: a Escala de Conhecimentos sobre o VIH/SIDA, a Escala de Atitudes relativas ao VIH/SIDA, a Escala Sociedade, Escola e VIH/SIDA e a Escala Escola e VIH/SIDA para Professores e futuros Professores, sendo aplicadas em contextos específicos de educação. As duas primeiras escalas foram por nós traduzidas e adaptadas para a população brasileira e portuguesa, enquanto que a terceira e quarta escalas referidas foram construídas por nós especificamente para o presente estudo.

Com o intuito de alentar a integridade nas respostas aos diversos itens, para reduzir a propensão para dar de si uma imagem positiva e a participação selectiva relacionada com a sensibilidade de alguns itens (Svenson & Hanson 1996), foi garantido anonimato e confidencialidade dos dados a todos os inquiridos.

Assim sendo, o estudo prévio preparatório compreendeu as etapas abaixo:

- Tradução dos dois instrumentos que se encontravam em língua inglesa.
- Resposta às escalas por um pequeno grupo de 15 professores de diversas áreas e 15 alunos do ensino superior.

4.1. Estudo 1 – Técnicas de Avaliação dos Professores em Formação Inicial e Contínua

4.1.1. Escala de Conhecimentos sobre o VIH/SIDA

A Escala de Conhecimento sobre o VIH para Professores foi construída por Koch & Singer, 1998 na Universidade da Pensilvânia, adaptando itens e/ou

formato do “National Health Interview Survey”. Um painel de três peritos na área do VIH e uma revisão de itens e respostas para a relevância e a exatidão.

Sendo traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Pereira, A.M.S., Rodrigues, M.J. & Pereira, G.R., 2005. Trata-se de um instrumento de estimativa desenvolvido para avaliar o grau de conhecimentos acerca do VIH/SIDA em edições educacionais e específicas, sendo composta por duas sub-escalas.

A primeira sub-escala, conhecimentos gerais, inclui 14 itens considerando o processo da doença (causas, sintomas, diagnósticos, efeitos e tratamentos) e 4 itens específicos para a edição de sala de aula.

A segunda, probabilidade de transmissão, contem 17 possíveis modos de transmissão do VIH. Sendo o total da escala de 35 itens.

Para a parte do conhecimento geral sobre o VIH/SIDA, os inquiridos respondem com (1) verdadeiro; (2) falso e (3) não tenho certeza e para a parte da probabilidade de transmissão, os sujeitos recebem 17 possíveis meios de transmissão da doença e respondem com (1) Muito provável; (2) Provável; (3) Pouco provável; (4) Improvável; (5) Não é possível e (6) Não sei.

Cabe referir que a maior pontuação possível na Escala de Conhecimento sobre VIH/SIDA é de 35 pontos, sendo 1 ponto para cada questão.

Cada ponto é adquirido por cada resposta correcta na parte de conhecimento geral da escala, onde a maior pontuação possível é 18 pontos. Sendo as respostas verdadeiras os itens 3, 4, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 17, 18 e as falsas os itens 1, 2, 5, 8, 10, 12, 13, 16. Todas as respostas “não tenho a certeza” são consideradas incorrectas.

A maior pontuação para a sub-escala de conhecimentos sobre as Probabilidades de Transmissões é de 17 pontos. Cada ponto é adquirido por cada resposta correcta. Sendo as respostas correctas nesta escala bipolar: (1) Muito provável para os itens: 27, 30, 32; (2 ou 3) Provável / Pouco provável para os itens: 20, 29, 34; (4) Improvável para os itens: 21, 23, 31, 33, 35 e (5) Não é possível para os itens: 19, 22, 24, 25, 26, 28.

Relativamente a confiabilidade para as Escalas de Conhecimentos e Atitudes, importa referir que os autores Koch & Singe (1998) estabeleceram 2 métodos diferentes. Primeiramente um “test-reteste” dos instrumentos conduzido pelos 59 professores de Educação Básica. As correlações de “Pearson product moment” foram estabelecidas para a Escala de Conhecimentos de 87 e para a Escala de Atitudes de 89. A confiabilidade interna para a Escala de Conhecimentos, usando a estatística de Kuder-Richardson, foi estabelecida usando uma amostra de 128 estudantes de magistério (Ensino Técnico). A confiabilidade para secção de conhecimentos gerais foi de 78 e para a secção de probabilidade de transmissão de 88, produzindo uma confiabilidade global da escala de 89. O coeficiente de alpha de Cronbach foi usado para estabelecer a confiabilidade para escala de 89.

4.1.2. Escala de Atitudes relativas ao VIH/SIDA

A Escala de Atitudes sobre o VIH para Professores também foi construída por Koch & Singer, 1998 na Universidade da Pensilvânia, adaptando itens e/ou formato do “National Health Interview Survey”, da Escala de Atitudes sobre SIDA para enfermeiras, e um instrumento prévio usado num estudo de professores do Ensino Básico. Um painel de três peritos na área do VIH e uma revisão de itens e

respostas para a relevância e a exactidão. Sendo traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Pereira, A.M.S., Rodrigues, M.J. & Pereira, G.R., 2005.

A Escala de Atitudes contém 25 itens considerando o VIH/SIDA e atitudes perante pessoas seropositivas em edições educacionais. O inquerido indica suas atitudes usando uma escala de 5 pontos.

A pontuação da Escala de atitudes sobre VIH/SIDA pode alcançar de 25 à 125. Uma pontuação média pode ser calculada, com a média de 1.00 representando as atitudes indevidas e 5.00 representando as mais devidas atitudes para tratar da doença dentro e fora da sala de aula.

Cabe ressaltar que os itens seguintes da escala estão com pontuação contrária: 1, 5, 7, 9, 10, 13, 15, 17, 20, 21, 22 e 25.

Trata-se de uma escala tipo “Likert”, onde os inquiridos dispunham de cinco opções de resposta: (1) Concordo Plenamente, (2) Concordo, (3) Indiferente, (4) Discordo e (5) Discordo Plenamente.

No que respeita ao público-alvo da escala, os autores recomendam que a confiabilidade seja testada com grupos de educadores, estudantes de magistério/licenciatura e professores de diferentes disciplinas e fases escolares (Educação de Infância, Ensino Básico, Secundário e Superior).

Análise dos Componentes Principais (análise factorial)

Os dados obtidos no Quadro 3, Escala de Atitudes face à infecção do VIH/SIDA submeteram-se a uma análise factorial (análise em componentes principais, programa estatístico), procurando facilitar a leitura e discussão destes

dados, do qual resultou a determinação de três factores principais, com valores de corte superiores a 0,330:

- (1) discriminação face ao VIH/SIDA;
- (2) necessidade de informações sobre o VIH/SIDA e
- (3) questões de protecção e integração associadas ao VIH/SIDA.

A variância explicada pelo primeiro factor é de 17,1% da variância total; o segundo factor é de 8,5% da variância total e o terceiro factor é de 7,3% da variância total. Os três primeiros factores explicam 32,9% da variância total.

O factor I poderá corresponder a discriminação face ao VIH/SIDA e inclui itens do tipo “ Assusta-me pensar que poderei ter uma aluno com VIH/SIDA na minha sala de aula” ou “Sinto-me pouco à vontade quando em contacto com homens homossexuais por causa do risco de eles poderem ter SIDA”.

O factor II poderá equivaler a necessidade de informações sobre o VIH/SIDA. É constituído por itens do tipo “ Iria apoiar a inclusão da educação sobre a SIDA no currículo numa escola onde estivesse a leccionar” ou “Penso que deveria haver mais formação nos cursos superiores de futuros professores acerca do VIH/SIDA”.

O factor III poderá ser designado por questões de protecção e integração associadas ao VIH/SIDA e inclui itens do tipo “ Acredito que tenho informação suficiente sobre o VIH/SIDA para me proteger no meu futuro local de trabalho” ou “Sinto que conseguiria responder naturalmente às perguntas dos alunos sobre VIH/SIDA”.

Para avaliar o **índice de consistência interna** o alpha de Cronbach indicou-nos os seguintes valores: Factor 1= .75; Factor 2= .67 e Factor 3= .64.

Quadro 3. Análise factorial do Estudo 1 relativamente a escala de atitudes

Nº Item	Descrição item	F 1	F 2	F 3
4	Sinto-me pouco à vontade quando em contacto com homens homossexuais...	.666		
8	A homossexualidade masculina é obscena e ordinária	.627		
11	Sinto repugnância quando considero o estado pecaminoso da homossexualidade...	.613		
12	Preferia demitir-me do meu emprego a ter de trabalhar com alguém com SIDA.	.573		
14	A SIDA é um castigo por comportamento imoral.	.539		
16	Penso que todas as crianças deveriam ser sujeitas a testes ao VIH antes de entrar na escola.	.505		
3	As actividades que propagam o VIH, como algumas formas de comportamento sexual...	.479		
18	Na minha opinião, os pais de todos os alunos de uma turma onde existisse um aluno com ..	.471		
23	Assusta-me pensar que poderei ter um aluno com VIH/SIDA na minha sala de aula.	.441		
24	Acredito que os professores podiam ter o direito de recusar ter alunos com VIH ou SIDA ..	.424		
19	Penso que todos os funcionários da escola que tem contacto com alunos com VIH/SIDA...	.356		
13	As pessoas não deviam culpar a comunidade homossexual pela propagação da SIDA...	.352		
6	As pessoas com SIDA são responsáveis por terem contraído a doença.	.345		
2	Preocupo-me com um possível contacto casual com uma pessoa com SIDA.	.338		
21	Iria apoiar a inclusão da educação sobre a SIDA no currículo numa escola onde...		.683	
22	Um professor com VIH ou SIDA deveria ser autorizado a continuar a leccionar.		.632	
10	Penso que deveria haver mais formação nos cursos superiores de futuros professores...		.627	
20	Penso que os estudantes com VIH ou SIDA deveriam ser autorizados a participar...		.601	
7	As leis nacionais deviam ser decretadas/ reforçadas para proteger as pessoas com SIDA...		.529	
1	Acredito que tenho informação suficiente sobre VIH/SIDA para me proteger na minha...			.803
5	Acredito que tenho informação suficiente sobre o VIH/SIDA para me proteger no meu...			.782
25	Sinto que conseguiria responder naturalmente às perguntas dos alunos sobre VIH/SIDA.			.592
15	Sinto-me seguro por ter reduzido todos os riscos de pessoalmente contrair SIDA.			.442
Eigenvalues (valor próprio)		4,28	2,12	1,83
% variância explicada		17,12	8,47	7,31
Alfa		.75	.67	.64

Nota: Para facilitar a compreensão dos quadros é aconselhável a consulta das escalas utilizadas que se encontram no anexo 1, sendo que assim, poderá encontrar a transcrição de todos os itens na íntegra. Factor 1. Discriminação; Factor 2. Informação; Factor 3. Protecção e Integração. Foram eliminados os itens 9 e 17, pois ficam abaixo do valor de corte definido para esta escala (.330).

4.1.3. Escala Sociedade, Escola e VIH/SIDA

O terceiro instrumento, a Escala Sociedade, Escola e VIH/SIDA contém 16 itens (percepção sobre as políticas sociais e educacionais).

Cabe ressaltar que os itens da escala estão com pontuação contrária: 1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15 e 16.

Trata-se de uma escala tipo “Likert”, onde os inquiridos dispunham de cinco opções de resposta: (1) Concordo Totalmente, (2) Concordo, (3) Indiferente, (4) Discordo e (5) Discordo totalmente. Sendo que na análise dos dados optamos por agrupar as opções dos sujeitos, para facilitar a análise das respostas: retribuindo “1” para respostas 1 e 2; “2” para as respostas 3 e “3” para as respostas 3 e 4. Ficando assim: (1) Concordo, (2) Indiferente e (3) Discordo.

Esta escala não foi apresentada como um questionário de “respostas certas ou erradas”, mas como um estudo confidencial e anónimo das percepções, opiniões e expectativas dos inquiridos alvo.

4.1.4. Escala Escola e VIH/SIDA

O quarto e último instrumento do Estudo 1 é a Escala Escola e VIH/SIDA é composta por 11 questões (preconceito, contacto com crianças seropositivas,

dificuldades enfrentadas no trabalho com crianças seropositivas e formação sobre VIH/SIDA).

O tipo de resposta solicitada nesta escala é a dicotómica (sim/não).

Este inventário foi elaborado por nós, no intuito de completar as demais escalas e visa perceber o contacto e atitudes que os inquiridos tem e/ou tiveram com pessoas seropositivas.

4.2. Estudo 2 – Estudo de Caso: Entrevistas e Avaliação das Crianças

De acordo com Yin (1987), o estudo de caso não implica o uso de um tipo particular de evidências, podendo ser realizado com a utilização de evidências quantitativas e qualitativas. Estas evidências, em geral, são provenientes de seis fontes básicas: documentos, registos de arquivo, relatos orais, observação directa, observação participante e artefactos físicos ou mesmo uma combinação de várias fontes. Assim, destaca-se que, no Estudo 2, foram utilizados dados primários como a entrevista semi-estruturada e a observação participante e também dados secundários, através de periódicos, documentos internos da instituição, registo de arquivos, regimento interno, estatuto da instituição, livros, trabalhos de dissertação e teses de doutoramento. Triviños (1987) assevera que estes instrumentos citados são decisivos e apropriados para o estudo dos fenómenos dentro da perspectiva qualitativa.

Dentro das questões semi-estruturadas aos entrevistados, incluíam, entre outras:

- Como é a “criança” na escola?
- Sente-se preparado para lidar com uma criança infectada pelo VIH?

- Como avalia o desempenho escolar dessa criança?
- Quais as suas dificuldades?

Os dados obtidos nos encontros eram registados, ainda em campo, em forma de frases ou palavras para que as informações não fossem esquecidas e, em seguida, eram reconstituídas. Optamos por não utilizar gravador para evitar constrangimento por parte dos entrevistados.

A realização das entrevistas objectivou conhecer e analisar a actividade docente de professores que trabalham com as crianças. Para a consecução deste objectivo foi elaborado um roteiro de entrevista que pretendia, através de perguntas, explorar cada um de três aspectos: percepção e conhecimento sobre a SIDA, características no trabalho com crianças seropositivas e a necessidade de trabalhos prévios com os professores para saberem lidarem com estas crianças.

Na sua forma final o roteiro era constituído por 11 questões. A parte inicial era referente aos dados pessoais do professor. Em seguida, foram incluídas perguntas que versavam sobre a formação do professor. Por fim, a parte mais importante tratava da percepção do professor no trabalho com crianças seropositivas.

O roteiro foi um guia para o diálogo com os professores e, como tal não necessitava ser seguido fielmente, tanto na ordenação das questões, quanto no enunciado de todas elas.

Abaixo, apresentam-se e comentam-se as perguntas integrantes do roteiro de entrevista (anexo 1).

Na parte relativa aos *dados* do educador indagou-se sobre o seu nome (opcional) sua idade e sexo; profissão; tempo de actividade profissional; tempo de

serviço na actual instituição que trabalha; cargo que ocupa; se é funcionário ou voluntário?; se foi admitido por concurso, indicação ou outros meios?; E se trabalha em outro local? Onde?.

Na parte da entrevista relacionada com a *formação*, além de se indagar sobre a sua formação (Ensino básico? Ensino Secundário? Qual? Superior? Qual curso? Qual habilitação? Pós-graduação? Qual?), era nosso interesse saber se o professor havia realizado algum curso de formação continuada ou treinamento na área da Educação para a Saúde, mas especificamente com relação à Sexualidade e a Doenças Sexualmente Transmissíveis e SIDA (Frequentou/concluiu algum curso nestes últimos três anos – extensão, pós-graduação, outros? Qual?; Passou por algum treino promovido pela sua instituição nestes últimos três anos? Qual? Quando?).

A parte específica das questões relacionadas *com a temática do VIH/SIDA*, iniciou-se com a pergunta que visava conhecer o entendimento dos inquiridos com relação a SIDA (O que é SIDA?).

Em seguida, nas perguntas 2 e 3, indagámos sobre as características do trabalho com crianças seropositivas (Quais as características principais do trabalho com crianças portadoras do VIH, na sua opinião? Em relação aos adolescentes, da mesma forma?). O objectivo das questões foi fazer com que o educador indicasse características neste trabalho e também permitir auferir a relação dos inquiridos com a temática do VIH/SIDA. A pergunta 4 objectivou permitir que o educador falasse sobre a sua percepção com relação à SIDA na sociedade actual (Como você percebe a questão da SIDA em nossa sociedade actual?). Da mesma forma, a pergunta 5 objectivou permitir que o professor discorresse, a partir da sua experiência, se há necessidade de trabalhos prévios nas instituições (Na sua

opinião, e dentro da sua experiência, há necessidade de trabalhos prévios com as escolas/ instituições (casa de acolhimento), para receber essas crianças?). Se fosse pertinente, a partir das respostas dadas até esta altura da entrevista, perguntava-se se a escola ou casa de acolhimento pode contribuir na integração das crianças seropositivas (Como você acredita que a escola/ instituição pode contribuir para auxiliar a integração destas crianças seropositivas?).

As perguntas 7 e 8 (Na sua opinião, o professor está preparado para lidar com estas crianças? Você se sente preparado para lidar com essas crianças e/ou adolescentes?) tiveram razão de ser, porque na etapa da pilotagem, verificámos que muitos educadores/professores não estão preparados e não recebem nenhum tipo de formação específica para trabalhar com crianças e/ou adolescentes infectados pelo VIH.

As perguntas 9 e 10 (Como você avalia o desempenho escolar das crianças e adolescentes? Alguma dificuldade? Quais? A que você atribui tais dificuldades?), foram formuladas com os objectivos de conhecer o desempenho escolar das crianças e adolescentes, bem como as dificuldades encontradas para o progresso pedagógico dos mesmos, no sentido de permitir recolher indícios sobre a importância que o educador/professor atribui a elementos presentes na vida dessas crianças e adolescentes (conteúdos, valores, atitudes, dentre outros).

Por fim, a pergunta 11 (Outros comentários que você julga pertinente ao assunto), foi formulada de forma aberta, permitindo que o educador/professor se expressasse sobre o assunto que julgasse mais conveniente.

Durante esta pesquisa, os passos realizados foram entrevistas semi-estruturadas com os responsáveis das crianças (em casa, na escola e na casa de acolhimento da criança brasileira), anamnese, sessões lúdicas com as crianças,

aplicação de testes com as crianças (psicóloga) e sessões devolutivas para os responsáveis.

As entrevistas semi-estruturadas realizadas individualmente com cada um dos responsáveis são importantes para se conhecer a realidade da criança e sua dinâmica familiar e escolar e ter dados de uma anamnese.

As sessões lúdicas com as crianças são importantes como método de investigação, pois nelas as crianças expressam seus conflitos e, analogamente ao sonho dos adultos, ao brincarem e ao comentarem a sua brincadeira e os seus desenhos, fazem associações que dão notícias do inconsciente. Estas associações têm o mesmo valor das associações no tratamento analítico de adultos. O brinquedo e os desenhos das crianças são modos de os conteúdos latentes irromperem a barreira da repressão.

Foram realizadas duas sessões com o responsável familiar, duas sessões com a professora da escola, individuais, e seis sessões com as crianças. As técnicas utilizadas foram as mesmas para cada grupo: entrevista semi-estruturada, anamnese, sessões lúdicas e aplicação de testes com a criança de Portugal. Salienta-se que a criança portuguesa foi avaliada com a WISC (Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças).

Como instrumento de pesquisa deste estudo de caso (Bogdan & Biklen, 1996; Stake, 1998), foram feitas observações diárias e entrevistas individuais com a criança, bem como com os demais responsáveis pelo seu acompanhamento na casa de acolhimento, no domicílio e na escola, tendo em consideração algumas regras básicas a nível da temática que envolve a sexualidade.

Foram realizados 10 encontros, para além das observações diárias. Cabe ressaltar que cada encontro durava em média 1 hora, e as observações diárias

muitas vezes estendiam-se por todo período da manhã ou da tarde. Os encontros ocorriam mediante combinações, realizados por contacto directo com os participantes.

5. Procedimentos dos Estudos 1 e 2

Qualquer investigação requer a clareza dos procedimentos metodológicos para elucidar ao leitor a natureza da pesquisa, a caracterização, as técnicas de colecta e de análise utilizadas, bem como as restrições da tese.

Em consonância com o perfil do presente trabalho científico descrito, Fachin (2003, p.186) define a tese como um “trabalho científico que trata exaustivamente e com profundidade um assunto específico. Em geral, é redigida obedecendo-se a um planeamento metodologicamente elaborado e abrange todos os aspectos de um problema incluído em determinado assunto”.

Vejamos, de seguida, com maior pormenor os procedimentos específicos para o Estudo 1 e para o Estudo 2.

Estudo 1

Após a execução do estudo prévio preparatório, procedemos à recolha da amostra.

Quanto à estratégia de recolha da amostra do Estudo 1, interessa clarificar que esta se baseou em contactos formais/informais da investigação com docentes e discentes de vários estabelecimentos de Educação de Infância, Ensino Básico, Secundário e Superior das cidades de Florianópolis/Brasil e Aveiro/ Portugal.

Para agendar a aplicação dos inquéritos fomos pessoalmente a cada escola e fizemos contacto com um membro do Conselho Directivo. Na maioria dos casos, o primeiro contacto foi estabelecido com o Director Geral da Escola (Brasil) e com o

Presidente do Conselho Directivo da Escola (Portugal). Neste primeiro contacto era feita uma apresentação como Doutoranda do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro, realizando um trabalho de investigação na área da Educação para a Saúde, mais especificamente com a temática do VIH/AIDS. Declarava-se que o trabalho em curso requeria a aplicação de um inquérito com todos os professores da escola que manifestassem interesse.

Solicitava-se, então, a indicação do melhor dia, hora e local para a aplicação dos mesmos e a importância de um dos elementos da equipa de investigação estar presente para falar um pouco do trabalho em questão com o objectivo de despertar o interesse do professor para esta investigação. Na grande maioria das vezes, os responsáveis pelas escolas sugeriam que deixássemos os inquéritos para que os professores levassem para suas casas, visto que eles não tinham tempo para responder os mesmos no período das aulas. Em algumas escolas os inquéritos foram aplicados na sala dos professores, durante o conselho de classe.

Cabe ressaltar que, no Brasil foi possível falar sobre a investigação em causa, porém em Portugal, sentiu-se esta dificuldade, visto que os responsáveis perante as escolas só concordaram com a pesquisa, caso os inquéritos fossem deixados sob a sua responsabilidade, não possibilitando qualquer contacto nosso com os professores. Assim foi feito.

A amostra do Estudo 1/A (Brasil) foi recolhida nos meses de Julho a Setembro de 2005 em dez escolas da Educação para a Infância ao Secundário e duas Universidades da cidade de Florianópolis e a amostra do Estudo 1/B (Portugal) foi colectada nos meses de Outubro a Dezembro do mesmo ano em nove escolas da Educação para a Infância ao Secundário e uma Universidade do Distrito de Aveiro.

Estudo 2

Quanto à estratégia adoptada para a recolha da amostra do Estudo 2 A e B, fomos pessoalmente conversar com os dirigentes responsáveis pela instituição da Casa de Acolhimento (Estudo 2/A) e com a mãe de acolhimento (Estudo 2/B). Nessa ocasião, identificou-se e apresentou-se o projecto de pesquisa a ser realizado. Também foram informados dos procedimentos éticos (não identificação dos participantes, autorização por escrito de participação voluntária) adoptados para assegurar os direitos e deveres de todos os envolvidos.

A colecta de dados do Estudo 2/A foi realizada, numa primeira etapa, de Março a Maio de 2004, a segunda etapa entre os meses de Julho e Setembro de 2005 e a terceira e última etapa entre Julho e Setembro de 2006.

A obtenção dos dados deu-se na casa de acolhimento e na escola da criança, ambos situados na Cidade de Florianópolis, Santa Catarina, no sul do Brasil.

Já a colecta do Estudo 2/B decorreu numa primeira etapa entre os meses de Outubro e Dezembro de 2005, a segunda etapa entre os meses de Fevereiro e Abril de 2006 e, a última etapa, entre os meses de Setembro e Novembro de 2006. Cabe referir que a obtenção dos dados do estudo 2/B ocorreu principalmente na escola da criança.

6. Análise dos Dados

No âmbito da análise dos dados, procedemos a uma análise estatística, que possibilita descrever, interpretar e analisar quantitativamente os inquiridos e os instrumentos de medidas. Esta foi subdividida em análise descritiva, que permite uma avaliação exploratória dos dados, e inferencial, que possibilita identificar

diferenças estatísticas significativas entre os grupos. Fez-se também uma análise de conteúdo.

6.1. Análise Estatística

O tratamento dos dados do Estudo 1 foi efectuado no programa “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS), versão 14.0, com o qual se realizou as análises estatísticas descritivas e inferenciais.

Na análise descritiva dos dados foram calculadas estatísticas descritivas básicas (mínimo, máximo, médias e desvio padrão) para as variáveis dependentes quantitativas e distribuição de frequência para as qualitativas. A Escala de Atitudes relativas ao VIH/SIDA foi submetida a uma análise factorial, análise em componentes principais. O objectivo desta análise era a obtenção de padrões característicos de resposta que permitissem, posteriormente, planear futuras intervenções educativas.

Quando se testou a existência de diferenças significativas entre variáveis, recorreu-se à análise inferencial, aceitando como significativas as diferenças que tivessem associadas a um valor de probabilidade $p < 0,05$ (Howell, 1992; Pereira, 2004).

6.2. Análise de Conteúdo

No caso do Estudo 1, procedemos a uma análise de conteúdo no âmbito do estudo-piloto e das respostas a questão aberta do questionário e, posteriormente, aquando da análise do discurso recolhido nas entrevistas efectuadas no Estudo 2.

Na análise de Conteúdo foi utilizada a análise temática, que de acordo com Bardin alude à noção de tema que “é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve

de guia à leitura” (2000, p. 105), assim como ultrapassar a dúvida, “o que eu julgo ver na mensagem estará lá efectivamente contido, podendo esta «visão» muito pessoal, ser partilhada por outros (...)” (Bardin, 2000, p.29), ou ainda, como uma unidade de significação complexa de comprimento variável, a sua validade não é de ordem linguística, mas antes de ordem psicológica (Minayo, 1993).

De acordo com Bardin (2000), a análise de conteúdo é composta por três fases: pré-análise (definição do *corpus* - o apuramento dos documentos a serem submetidos a análise; a formulação das hipóteses e/ou dos objectivos; e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final); exploração do material (o *corpus* - segmentado em unidades de contexto foi analisado e dividido em unidades de registo que foram identificadas, categorizadas e contabilizadas) e a descrição, inferência e interpretação (procurou-se nesta fase alcançar as ideias através das palavras pelas quais elas foram expressas).

Para a análise qualitativa dos dados, utilizamos a aplicação informática QSR N6 – Nud*Ist 6 (Non-numeral Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing). Em sua constituição, este software, proporciona uma melhor eficácia na gestão dos dados, clareza na análise, codificação possível de variados documentos, bem como investigar os dados através de inter-relações entre as categorias.

CAPÍTULO V
APRESENTAÇÃO
DOS RESULTADOS

CAPÍTULO V - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste Capítulo são apresentados e analisados os resultados dos dados empíricos que foram obtidos no decorrer do estudo. Engloba a apresentação dos dados dos resultados da análise estatística, bem como, a análise de conteúdo. Recorreu-se a vários procedimentos disponíveis no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 14.0. A análise estatística consistiu de uma parte descritiva (Bussab & Moretin, 2002), com a determinação das estatísticas descritivas básicas, e de uma parte inferencial, que testou se há diferença significativa entre os grupos. Determinou-se as correlações de Pearson e fez-se o teste *t-Student* de médias (Neter, 1990), para a identificação ou não de diferenças estatísticas significativas entre os grupos estudados. As análises de conteúdo foram realizadas no programa Nud*ist –N6.

1. Estudo 1: Avaliação dos Conhecimentos, Atitudes e Crenças dos Professores em Formação Inicial e Contínua

1.1 Caracterização Comparativa (Brasil e Portugal) a nível das Habilitações e Currículo Académico

Na apresentação dos resultados serão tidas em consideração numa perspectiva comparativa entre Brasil e Portugal a análise estatística descritiva dos grupos estudados (Estudo 1), sendo os resultados apresentados nos quadros 4 a 10.

Tal como o Quadro 4 ilustra, dos professores inquiridos 8,6% em processo de qualificação, sendo o maior grupo de professores do Brasil.

Quadro 4. Caracterização da amostra do grupo de professores do Brasil e de Portugal que continuam estudando.

País	Professores	Estudam	%
Brasil	200	53	6,6
Portugal	200	16	2,0
Total	400	69	8,6

Quanto às *profissões*, para a totalidade da amostra, as frequências observadas espelham 7,0% dos alunos universitários inquiridos neste estudo já estão em sala de aula como professores, sendo o grupo maior o do Brasil.

Quadro 5. Caracterização da amostra dos alunos do Brasil e de Portugal que já estão leccionando.

País	Alunos	Leccionam	%
Brasil	200	47	5,8
Portugal	200	09	1,1
Total	400	56	7,0

Ainda com o intuito de caracterizar a amostra, apresentamos nos Quadros 6, 7, 8 e 9 dados relativos as habilitações literárias dos professores.

No que concerne ao grupo de professores com *formação superior*, percebemos que a amostra de Portugal possui um maior número (99,5%).

Quadro 6. Caracterização da amostra relativamente ao grupo de professores com formação superior.

País	Professores	Formação Superior	%
Brasil	200	182	91,0
Portugal	200	199	99,5
Total	400	381	95,2

Assim, no que respeita ao primeiro aspecto, é notório que 4,5% (18 professores) da amostra do Brasil não possui qualificação a nível superior, o que difere da amostra de professores de Portugal onde apenas um professor se encontra sem este nível (Quadro 7).

Relativamente ao *curso de graduação*, 34,7% da amostra de professores, possuem graduação em Ciências da Educação, vindo a seguir o curso de Letras com 25,0%, sendo 13,5% da amostra dos professores do Brasil e 11,5% dos professores de Portugal. Acresce-se ainda os 1,5% e os 20,3%, respectivamente no grupo do Brasil e de Portugal, que não referiram possuir habilitações literárias.

Quadro 7. Caracterização da amostra do Estudo 1 relativamente ao curso de graduação superior

Curso de Graduação	Brasil		Portugal	
	n	%	n	%
Não tem	18	4,5	1	0,2
Educação de Infância e 1º Ciclo (cursando)	200	50,0	200	50,0

Educação de Infância e 1º Ciclo	100	25,0	39	9,7
Letras	54	13,5	46	11,5
Ciências	22	5,5	33	8,3
Não referiram	6	1,5	81	20,3
Total	400	100,0	400	100,0

Regista-se também a maior prevalência da amostra do Brasil com relação à *pós-graduação*, onde 23,5% dos inquiridos possuem qualificação ao nível de Especialização e a maior prevalência ao nível de Mestrado à amostra de Portugal.

Quadro 8. Caracterização da amostra do Estudo 1 relativamente a pós-graduação

Pós-Graduação	Brasil		Portugal	
	n	%	n	%
Não tem pós-graduação	291	72,8	371	92,8
Especialização	94	23,5	15	3,8
Mestrado	7	1,8	13	3,3
Doutoramento	1	0,3	0	0,0
Não referiram	7	1,8	1	0,3
Total	400	100,0	400	100,0

As estatísticas correspondentes a *formação contínua* da amostra deste estudo revela que, nos últimos três anos, o número de sujeitos do Brasil e de Portugal, que participaram de cursos referentes à Educação Sexual e DST /SIDA, foi de apenas 1,9%, onde 68,5% dos inquiridos não tiveram qualquer tipo de formação no mesmo período, 3,6% não responderam e 26,0% realizaram outras formações.

Quadro 9. Caracterização da amostra do Estudo 1 relativamente aos cursos realizados nos últimos três anos.

Cursos Realizados	Brasil		Portugal	
	n	%	n	%
Não participaram	228	57,0	320	80,0
Não referiram	24	6,0	5	1,3
Educação sexual e DST/ SIDA	12	3,0	3	0,8
Outros cursos	136	34,0	72	18,0
Total	400	100,0	400	100,0

Quanto ao *tempo da actividade profissional*, constatámos que os sujeitos que constituem a amostra do Brasil possuem um tempo máximo de actividade profissional de 40 anos e a amostra de Portugal de 37 anos, sendo neste último a média de anos de actividade menor.

Quadro 10. Caracterização da amostra do Estudo 1 relativamente ao tempo de actividade profissional

País	n	Mínima	Máxima	Média	DP
Brasil	400	0	40	7,5	8,9
Portugal	400	0	37	5,9	9,6

Relativamente ao *tempo de serviço*, é possível verificar que a amostra de Portugal possui um maior tempo de serviço na actual instituição de trabalho (30 anos), enquanto que a do Brasil é de 27 anos.

Quadro 11. Caracterização da amostra do Estudo 1 relativamente ao tempo de serviço na actual instituição

País	n	Mínima	Máxima	Média	DP
Brasil	400	0	27	3,9	6,2
Portugal	400	0	30	3,5	6,7

Nos quadros 12 a 47, têm-se as distribuições das respostas nas escalas aplicadas: Escala de Conhecimento Geral sobre VIH/SIDA; Escala Probabilidades de Transmissão do VIH/SIDA; Escala de Atitudes relativa ao VIH/SIDA; Escala Sociedade, Escola e VIH/SIDA e Escala Escola e VIH/SIDA dos grupos em estudo (professores e alunos universitários em formação para professor do Brasil e de Portugal).

Para facilitar a compreensão dos quadros é aconselhável a consulta das escalas utilizadas que se encontram no anexo 1, sendo que assim, poderá encontrar a transcrição de todos os itens na íntegra.

1.2. Conhecimento dos Inquiridos sobre o VIH/SIDA (Brasil e Portugal)

Com o intuito de se avaliar o modo como os participantes no estudo percebem o conhecimento sobre o VIH/SIDA, introduzimos, neste estudo, uma escala que possibilitasse tal procedimento. Este instrumento de medida procura avaliar o grau de conhecimento acerca do VIH/SIDA em edições educacionais e específicas, sendo composta por duas sub-escalas: conhecimentos gerais e probabilidades de transmissão.

Sub-escala de Conhecimentos Gerais

Como já se referiu anteriormente, a sub-escala de conhecimentos gerais, inclui 14 itens, considerando o processo da doença (causas, sintomas, diagnósticos, efeitos e tratamentos) e 4 itens específicos para a edição de sala de aula.

Os resultados obtidos com a determinação das estatísticas ilustra, através do Quadro 12, a percentagem da amostra do Estudo 1, comparativamente a amostra do Brasil e de Portugal, referente a sub-escala de conhecimento geral sobre o VIH/SIDA, por tipo de resposta assinalada, para cada item individual da escala.

Relativamente à proporção de respostas correctas, verificámos que a amostra do Brasil excede a 50,0% em 14 itens da escala e a amostra de Portugal em 9 itens. Entre os itens que foram menos vezes respondidos correctamente encontramos as questões 2, 3, 7 e 16 no grupo do Brasil e as questões 1, 2, 3, 7, 9, 12, 15, 16 e 17 no grupo de Portugal.

Quadro 12. Frequência dos acertos e erros da amostra total do Estudo 1, relativamente a Sub-Escala de Conhecimento Geral sobre o VIH/SIDA

	Descrição dos itens	Brasil		Portugal		Brasil		Portugal	
		Acerto		Acerto		Erro		Erro	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	A SIDA é uma doença infecciosa causada por uma bactéria.	359	89,8	178	44,5	41	10,3	221	55,3
2	A SIDA diminui a imunidade do corpo, pois destrói as células...	90	22,5	31	7,8	310	77,6	369	92,3
3	A SIDA pode danificar o cérebro.	50	12,5	84	21,0	350	87,6	316	79,1
4	Pode levar mais de 5 anos até que uma pessoa infectada pelo...	331	82,8	277	69,3	69	17,3	123	30,8
5	O VIH vive e funciona em ambientes quentes e húmidos...	284	71,0	211	52,8	116	29,0	189	47,3

6	Os sintomas iniciais de uma infecção por VIH incluem fadiga...	255	63,8	281	70,3	145	36,3	119	29,3
7	Uma pessoa que fez um teste de sangue ao VIH com resultados...	160	40,0	122	30,5	238	59,6	278	69,6
8	O número de pessoas infectadas pelo VIH diminuirá nos...	314	78,5	321	80,3	84	21,0	79	19,8
9	Dois doenças frequentes em pessoas com SIDA são a	212	53,0	171	42,8	188	47,0	229	57,3
10	Na prevenção do contágio por VIH, os preservativos de látex...	264	66,0	255	63,8	135	33,8	145	36,3
11	Os medicamentos podem ser utilizados para diminuir a taxa ...	349	87,3	285	71,3	51	12,8	115	28,8
12	É possível detectar anticorpos do VIH na corrente sanguínea...	214	53,5	168	42,0	186	46,6	232	58,0
13	Há uma vacina disponível nos EUA que pode proteger uma...	226	56,5	264	66,0	173	43,3	135	33,8
14	Não existem casos de contágio de SIDA por alunos aos seus...	294	73,5	301	75,3	106	26,6	99	24,8
15	Nos últimos anos, os adolescentes estão entre os grupos com...	217	54,3	176	44,0	183	45,8	223	55,8
16	O Ministério da Educação ordenou que a educação sobre a...	112	28,0	97	24,3	287	71,8	302	75,6
17	Há uma lei nacional que protege as crianças com VIH e SIDA...	202	50,5	122	30,5	198	49,6	278	69,5
18	Não existe nenhuma cura para a SIDA actualmente.	349	87,3	355	88,8	51	12,8	45	11,3

Apresentamos no Quadro 13 a percentagem de acertos e erros da amostra de alunos e de professores do Estudo 1, do Brasil e de Portugal. Pelos resultados obtidos, notámos que a proporção de respostas correctas dos alunos é superior a 50,0% em 11 itens da escala. Entre os itens que foram menos vezes respondido correctamente pelos alunos encontramos as questões 2, 3, 7, 9, 12, 16 e 17. De ressaltar ainda, o baixo nível de conhecimento (73,3%) dos alunos sobre a existência de uma lei de protecção à criança seropositiva contra a discriminação (Questão 17).

Quadro 13. Frequência dos acertos e erros do grupo de alunos e professores do Brasil e de Portugal relativamente a Sub-Escala de Conhecimento Geral sobre VIH/SIDA

	Descrição dos itens	Alunos		Professores		Alunos		Professores	
		BR/PT		BR/PT		BR/PT		BR/PT	
		Acerto		Acerto		Erro		Erro	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	A SIDA é uma doença infecciosa causada por uma bactéria.	241	60,3	296	74,0	158	39,6	104	26,0
2	A SIDA diminui a imunidade do corpo, pois destrói as ...	68	17,0	53	13,2	332	83,1	347	86,7
3	A SIDA pode danificar o cérebro.	57	14,3	77	19,2	343	85,8	323	80,7
4	Pode levar mais de 5 anos até que uma pessoa infectada...	268	67,0	340	85,0	132	33,0	60	15,0
5	O VIH vive e funciona em ambientes quentes e húmidos...	237	59,3	258	64,5	163	40,8	142	35,5
6	Os sintomas iniciais de uma infecção por VIH incluem...	241	60,3	295	73,7	159	39,8	105	26,2
7	Uma pessoa que fez um teste de sangue ao VIH com...	110	27,5	172	43,0	290	72,6	226	56,5
8	O número de pessoas infectadas pelo VIH diminuirá nos...	330	82,5	305	76,2	69	17,3	94	23,5
9	Dois doenças frequentes em pessoas com SIDA são a...	141	35,3	242	60,5	259	64,8	158	39,5
10	Na prevenção do contágio por VIH, os preservativos de...	273	68,3	246	61,5	126	31,5	154	38,5
11	Os medicamentos podem ser utilizados para diminuir a taxa...	305	76,3	329	82,2	95	23,8	71	17,7
12	É possível detectar anticorpos do VIH na corrente sanguínea...	198	49,5	184	46,0	202	50,6	216	54,0
13	Há uma vacina disponível nos EUA que pode proteger uma...	238	59,5	252	63,0	160	40	148	37,0
14	Não existem casos de contágio de SIDA por alunos aos seus...	309	77,3	286	71,5	91	22,8	114	28,5
15	Nos últimos anos, os adolescentes estão entre os grupos...	231	57,8	162	40,5	168	42,0	238	59,5
16	O Ministério da Educação ordenou que a educação sobre a...	96	24,0	113	28,2	302	75,5	287	71,7
17	Há uma lei nacional que protege as crianças com VIH e...	107	26,8	217	54,2	293	73,3	183	45,7
18	Não existe nenhuma cura para a SIDA actualmente.	354	88,5	350	87,5	46	11,5	50	12,5

Numa análise mais individualizada, por grupos do Brasil e de Portugal, o Quadro 14 ilustra a percentagem de acertos relativamente a sub-escala de conhecimento geral sobre o VIH/SIDA, por tipo de resposta assinalada, para cada item individual da escala. Notámos que a análise revela que a proporção de respostas correctas dos professores de Portugal excede a 50,0% em 11 itens da

escala. Entre os itens que foram menos vezes respondido correctamente encontramos as questões 2, 3, 7, 12, 15, 16 e 17. No referente à amostra de professores do Brasil, apontamos que, tanto para a totalidade da amostra deste estudo (Quadro 12, p. 156) como para o grupo de professores de Portugal, os professores do Brasil obtiveram um maior grau de conhecimento nesta temática. De referir que a sua análise mostra que a proporção de respostas correctas excede a 50,0% em 14 itens da escala.

Quadro 14. Frequência dos acertos dos grupos do Brasil e de Portugal relativamente a Sub-Escala de Conhecimento Geral sobre VIH/SIDA

	Descrição dos itens	Alunos Brasil		Professores Brasil		Alunos Portugal		Professores Portugal	
		Acerto		Acerto		Acerto		Acerto	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	A SIDA é uma doença infecciosa causada por uma bactéria.	183	91,5	176	88,0	58	29,0	120	60,0
2	A SIDA diminui a imunidade do corpo, pois destrói as...	52	26,0	38	19,0	16	8,0	15	7,5
3	A SIDA pode danificar o cérebro.	15	7,5	35	17,5	42	21,0	42	21,0
4	Pode levar mais de 5 anos até que uma pessoa infectada pelo...	151	75,5	180	90,0	117	58,5	160	80,0
5	O VIH vive e funciona em ambientes quentes e húmidos...	140	70,0	144	72,0	97	48,5	114	57,0
6	Os sintomas iniciais de uma infecção por VIH incluem ...	108	54,0	147	73,5	133	66,5	148	74,0
7	Uma pessoa que fez um teste de sangue ao VIH com...	61	30,5	99	49,5	49	24,5	73	36,5
8	O número de pessoas infectadas pelo VIH diminuirá nos...	168	84,0	146	73,0	162	81,0	159	79,5
9	Duas doenças frequentes em pessoas com SIDA são a...	76	38,0	136	68,0	65	32,5	106	53,0
10	Na prevenção do contágio por VIH, os preservativos de látex...	143	71,5	121	60,5	130	65,0	125	62,5
11	Os medicamentos podem ser utilizados para diminuir a...	178	89,0	171	85,5	127	63,5	158	79,0
12	É possível detectar anticorpos do VIH na corrente sanguínea...	112	56,0	102	51,0	86	43,0	82	41,0
13	Há uma vacina disponível nos EUA que pode proteger uma...	107	53,5	119	59,5	131	65,5	133	66,5
14	Não existem casos de contágio de SIDA por alunos aos seus...	155	77,5	139	69,5	154	77,0	147	73,5
15	Nos últimos anos, os adolescentes estão entre os grupos com...	110	55,0	107	53,5	121	60,5	55	27,5
16	O Ministério da Educação ordenou que a educação sobre a...	55	27,5	57	28,5	41	20,5	56	28,0
17	Há uma lei nacional que protege as crianças com VIH e...	66	33,0	136	68,0	41	20,5	81	40,5
18	Não existe nenhuma cura para a SIDA actualmente.	181	90,5	168	84,0	173	86,5	182	91,0

1.3. Probabilidades de Transmissão sobre o VIH/SIDA

A sub-escala de probabilidades de transmissão sobre o VIH/SIDA, consta de 17 itens que procuram medir possíveis modos de transmissão do VIH (itens 18 a 35 da escala de conhecimentos sobre a SIDA).

Na amostra total do Estudo 1, representada no Quadro 15 percebe-se que os itens com menos acertos se repetem. A sua análise revela que a proporção de respostas erradas excede 50,0% em 11 itens da escala, repetindo assim, o resultado das análises dos dados correspondentes a amostra do grupo de alunos do Brasil e de Portugal (Quadro 17, p. 162). Sendo que a amostra total de Portugal apresenta um percentual mais elevado de erros nos itens 22, 24, 25, 26, 28 e 29, relativamente a amostra total do Brasil.

Quadro 15. Frequência dos acertos e erros da amostra total do Estudo 1 relativamente a Sub-Escala de Probabilidades de Transmissão sobre VIH/SIDA

Itens	Descrição dos itens	Brasil		Portugal		Brasil		Portugal	
		Acerto		Acerto		Erro		Erro	
		n	%	n	%	n	%	n	%
19	Trabalhar perto de alguém com SIDA.	253	63,3	223	55,8	147	36,9	176	44,2
20	De uma mãe infectada com VIH ao bebé...	356	89,1	381	95,3	43	10,9	18	4,7
21	Beijar alguém que tem SIDA.	83	20,8	109	27,3	317	79,5	291	72,9
22	Comer num restaurante onde o cozinheiro...	133	33,3	106	26,5	267	66,8	292	73,0
23	Receber uma transfusão de sangue.	13	3,3	16	4,0	387	96,9	383	95,9
24	Partilhar pratos, talheres ou copos com...	193	48,3	142	35,5	207	51,8	257	64,4
25	Viver com uma pessoa que tem SIDA...	193	48,3	155	38,8	207	51,9	245	61,3
26	Doar sangue.	152	38,0	112	28,0	247	61,9	287	71,9
27	Partilhar agulhas para consumo de droga...	378	94,5	388	97,0	22	5,6	12	3,1
28	Picadas de mosquito.	142	35,5	92	23,0	258	64,6	308	77,1

29	Mãe seropositiva que amamenta seu bebê.	209	52,3	160	40,1	191	47,9	237	59,3
30	Ter relações anais com um seropositivo...	299	74,8	250	62,5	100	25,1	150	37,6
31	Ter relações anais com um seropositivo...	64	16,0	102	25,5	336	84,2	298	74,7
32	Ter relações sexuais com um seropositivo...	332	83,0	327	81,8	68	17,1	73	18,4
33	Ter relações sexuais com um seropositivo...	89	22,3	113	28,3	311	77,8	287	71,8
34	Fazer sexo oral com um homem seropositivo...	307	76,8	264	66,1	92	23,1	136	34,1
35	* Fazer sexo oral sem morder com uma mulher ...	20	5,0	40	10,0	380	95,2	360	90,2

A cotação das respostas a cada questão, relativamente a sub-escala de probabilidades de transmissão sobre o VIH/SIDA, dos alunos e dos professores (Brasil e Portugal) permitem-nos revelar que a proporção de respostas erradas dos discentes universitários excede a 50,0% em 11 itens da escala. Entre os itens que foram menos vezes respondidos correctamente pelos alunos encontramos as questões 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 33 e 35, ou seja, salvo as questões 27, 30, 32 e 34.

Quadro 16 Frequência dos acertos e erros do grupo de alunos e professores do Brasil e de Portugal relativamente a Sub-Escala de Probabilidades de Transmissão sobre VIH/SIDA.

Itens	Descrição dos itens	Alunos		Professores		Alunos		Professores	
		BR/PT		BR/PT		BR/PT		BR/PT	
		Acerto		Acerto		Erro		Erro	
		n	%	n	%	n	%	n	%
19	Trabalhar perto de alguém com SIDA.	243	60,8	233	58,2	156	39,1	167	41,7
20	De uma mãe infectada com VIH ao bebé...	365	91,3	372	93,0	34	8,6	27	6,7
21	Beijar alguém que tem SIDA.	99	24,8	93	23,2	301	75,4	307	76,7
22	Comer num restaurante onde cozinheiro...	134	33,5	105	26,2	264	66,2	295	73,7
23	Receber uma transfusão de sangue.	16	4,0	13	3,2	383	95,9	387	96,7
24	Partilhar pratos, talheres ou copos com...	185	46,3	150	37,5	214	53,6	250	62,5

25	Viver com uma pessoa que tem SIDA...	189	47,3	159	39,7	211	52,8	241	60,2
26	Doar sangue.	119	29,8	145	36,2	280	70,1	254	63,5
27	Partilhar agulhas para consumo de droga...	386	96,5	380	95,0	14	3,5	20	5,0
28	Picadas de mosquito.	124	31,0	110	27,5	276	69,1	290	72,5
29	Mãe seropositiva que amamenta seu bebé.	172	43,1	197	49,2	225	56,4	203	50,7
30	Ter relações anais com um seropositivo...	257	64,3	292	73,0	142	35,6	108	27,0
31	Ter relações anais com um seropositivo...	88	22,0	78	19,5	312	78,2	322	80,5
32	Ter relações sexuais com um seropositivo...	324	81,0	335	83,7	76	19,1	65	16,2
33	Ter relações sexuais com um seropositivo...	106	26,5	96	24,0	244	73,6	304	76,0
34	Fazer sexo oral com um homem ...	271	67,8	300	75,0	128	32,1	100	25,0
35	* Fazer sexo oral sem morder com uma ...	30	7,5	30	7,5	370	92,6	370	92,5

Subdividindo e comparando os grupos de alunos e professores do Brasil numa escala de 17, temos em média alunos e professores do Brasil com 8 pontos cada.

Da mesma forma, com a amostra portuguesa, este comparativo apresentou, sem diferenças entre si, 7 pontos. Nota-se que todos os grupos possuem baixo conhecimento sobre as probabilidades de transmissão do VIH, pois em média todos acertaram menos de 50% das questões. Identificou-se que as questões 21, 22, 23, 26, 28, 31, 33 e 35 foram as que apresentaram menores percentuais de acertos, tendo o percentual máximo de acerto de 42,0%.

Quadro 17. Frequência dos acertos dos grupos do Brasil e de Portugal relativamente a Sub-Escala de Probabilidades de Transmissão sobre VIH/SIDA

Itens	Descrição dos itens	Alunos Brasil		Professores Brasil		Alunos Portugal		Professores Portugal	
		Acerto		Acerto		Acerto		Acerto	
		n	%	n	%	n	%	n	%
19	Trabalhar perto de alguém com SIDA.	127	63,5	126	63,0	116	58,0	107	53,5
20	De uma mãe infectada com VIH ao bebé...	177	88,5	179	89,5	188	94,0	193	96,5
21	Beijar alguém que tem SIDA.	46	23,0	37	18,5	53	26,5	56	28,0
22	Comer num restaurante onde o cozinheiro...	73	36,5	60	30,0	61	30,5	45	22,5
23	Receber uma transfusão de sangue.	10	5,0	3	1,5	6	3,0	10	5,0
24	Partilhar pratos, talheres ou copos com...	99	49,5	94	47,0	86	43,0	56	28,0
25	Viver com uma pessoa que tem SIDA...	98	49,0	95	47,5	91	45,5	64	32,0
26	Doar sangue.	68	34,0	84	42,0	51	25,5	61	30,5
27	Partilhar agulhas para consumo de droga...	192	96,0	186	93,0	194	97,0	194	97,0
28	Picadas de mosquito.	71	35,5	71	35,5	53	26,5	39	19,5
29	Mãe seropositiva que amamenta seu bebé.	93	46,5	116	58,0	79	39,5	81	40,5
30	Ter relações anais com um seropositivo...	146	73,0	153	76,5	111	55,5	139	69,5
31	Ter relações anais com um seropositivo...	41	20,5	23	11,5	47	23,5	55	27,5
32	Ter relações sexuais com um seropositivo...	161	80,5	171	85,5	163	81,5	164	82,0
33	Ter relações sexuais com um seropositivo...	53	26,5	36	18,0	53	26,5	60	30,0
34	Fazer sexo oral com um homem...	151	75,5	156	78,0	120	60,0	144	72,0
35	* Fazer sexo oral sem morder com uma...	13	6,5	7	3,5	17	8,5	23	11,5

1.4. Atitudes relativas ao VIH/SIDA de Professores e Alunos (Brasil e Portugal)

Outro objectivo do nosso estudo prendia-se à questão das atitudes que os alunos universitários em formação para professor e os professores revelam junto de indivíduos seropositivos, principalmente, com crianças. Assim, com base nas respostas da Escala de Atitudes sobre o VIH/SIDA, a média do grupo do Brasil foi de 96,1 e a de Portugal foi de 95,1.

Quadro 18. Distribuição das respostas da amostra total do Estudo 1 face aos itens da Escala de Atitudes relativas ao VIH/SIDA

Itens	Brasil		Portugal		Brasil		Portugal		Brasil		Portugal	
	Concordo		Concordo		Indiferente		Indiferente		Discordo		Discordo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	275	68,8	281	70,3	16	4,0	22	5,5	101	25,3	96	24,0
2	165	41,3	221	55,3	67	16,8	67	16,8	158	39,5	112	28,0
3	59	14,8	72	18,0	52	13,0	64	16,0	273	68,3	264	66,0
4	34	8,5	32	8,0	52	13,0	91	22,8	301	75,3	277	69,3
5	249	62,3	281	70,3	35	8,8	29	7,3	103	25,8	90	22,5
6	61	15,3	50	12,5	34	8,5	41	10,3	293	73,3	307	76,8
7	355	88,8	350	87,5	16	4,0	19	4,8	20	5,0	30	7,5
8	21	5,3	28	7,0	58	14,5	98	24,5	308	77,0	274	68,5
9	252	63,0	267	66,8	50	12,5	48	12,0	86	21,5	85	21,3
10	359	89,8	355	88,8	16	4,0	25	6,3	14	3,5	18	4,5
11	27	6,8	30	7,5	63	15,8	127	31,8	296	74,0	243	60,8
12	12	3,0	16	4,0	21	5,3	19	4,8	356	89,0	365	91,3
13	308	77,0	304	76,0	30	7,5	42	10,5	51	12,8	54	13,5
14	15	3,8	16	4,0	21	5,3	13	3,3	353	88,3	371	92,8
15	201	50,3	267	66,8	57	14,3	59	14,8	126	31,5	71	17,8
16	31	7,8	113	28,3	35	8,8	64	16,0	323	80,8	221	55,3
17	189	47,3	217	54,3	34	8,5	49	12,3	168	42,0	133	33,3
18	88	22,0	159	39,8	45	11,3	60	15,0	256	64,0	180	45,0
19	229	57,3	265	66,3	42	10,5	53	13,3	117	29,3	78	19,5
20	345	86,3	375	93,8	16	4,0	13	3,3	23	5,8	12	3,0
21	363	90,8	372	93,0	13	3,3	18	4,5	13	3,3	10	2,5
22	341	85,3	368	92,0	20	5,0	18	4,5	31	7,8	13	3,3
23	48	12,0	82	20,5	58	14,5	74	18,5	283	70,8	244	61,0
24	10	2,5	10	2,5	12	3,0	10	2,5	368	92,0	379	94,8
25	195	48,8	208	52,0	36	9,0	49	12,3	160	40,0	143	35,8

Quadro 19. Distribuição das respostas do grupo de alunos e professores do Brasil e de Portugal face aos itens da Escala de Atitudes relativas ao VIH/SIDA

Itens	Alunos BR/PT		Professores BR/PT		Alunos BR/PT		Professores BR/PT		Alunos BR/PT		Professores BR/PT	
	Concordo		Concordo		Indiferente		Indiferente		Discordo		Discordo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	252	63,0	304	76,0	25	6,3	13	3,3	114	28,5	83	20,8
2	168	42,0	218	54,5	78	19,5	56	14,0	145	36,3	125	31,3
3	53	13,3	78	19,5	62	15,5	54	13,5	274	68,5	263	65,8
4	24	6,0	42	10,5	66	16,5	77	19,3	300	75,0	278	69,5
5	249	62,3	281	70,3	32	8,0	32	8,0	110	27,5	83	20,8
6	52	13,0	59	14,8	35	8,8	40	10,0	303	75,8	297	74,3
7	355	88,8	350	87,5	17	4,3	18	4,5	21	5,3	29	7,3
8	23	5,8	26	6,5	70	17,5	86	21,5	299	74,8	283	70,8
9	242	60,5	277	69,3	61	15,3	37	9,3	89	22,3	82	20,5
10	369	92,3	345	86,3	13	3,3	28	7,0	8	2,0	24	6,0
11	32	8,0	25	6,3	93	23,3	97	24,3	267	66,8	272	68,0
12	13	3,3	15	3,8	17	4,3	23	5,8	363	90,8	358	89,5
13	310	77,5	302	75,5	42	10,5	30	7,5	40	10,0	65	16,3
14	17	4,3	14	3,5	17	4,3	17	4,3	359	89,8	365	91,3
15	238	59,5	230	57,5	60	15,0	56	14,0	90	22,5	107	26,8
16	86	21,5	58	14,5	62	15,5	37	9,3	241	60,3	303	75,8
17	251	62,8	155	38,8	43	10,8	40	10,0	97	24,3	204	51,0
18	128	32,0	119	29,8	58	14,5	47	11,8	204	51,0	232	58,0
19	217	54,3	277	69,3	62	15,5	33	8,3	109	27,3	86	21,5
20	359	89,8	361	90,3	10	2,5	19	4,8	20	5,0	15	3,8
21	369	92,3	366	91,5	13	3,3	18	4,5	9	2,3	14	3,5
22	345	86,3	364	91,0	19	4,8	19	4,8	28	7,0	16	4,0
23	84	21,0	46	11,5	59	14,8	73	18,3	249	62,3	278	69,5
24	12	3,0	8	2,0	11	2,8	11	2,8	369	92,3	378	94,5
25	162	40,5	241	60,3	45	11,3	40	10,0	186	46,5	117	29,3

Quadro 20. Distribuição das respostas dos grupos do Brasil e de Portugal face aos itens da Escala de Atitudes relativas ao VIH/SIDA

Itens	Alunos Brasil		Professores Brasil		Alunos Portugal		Professores Portugal	
	Concordo		Concordo		Concordo		Concordo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	127	63,5	148	74,0	125	62,5	156	78,0
2	59	29,5	106	53,0	109	54,5	112	56,0
3	23	11,5	36	18,0	30	15,0	42	21,0
4	9	4,5	25	12,5	15	7,5	17	8,5
5	118	59,0	131	65,5	131	65,5	150	75,0
6	25	12,5	36	18,0	27	13,5	23	11,5
7	177	88,5	178	89,0	178	89,0	172	86,0
8	8	4,0	13	6,5	15	7,5	13	6,5
9	119	59,5	133	66,5	123	61,5	144	72,0
10	185	92,5	174	87,0	184	92,0	171	85,5
11	14	7,0	13	6,5	18	9,0	12	6,0
12	2	1,0	10	5,0	11	5,5	5	2,5
13	153	76,5	155	77,5	157	78,5	147	73,5
14	6	3,0	9	4,5	11	5,5	5	2,5
15	100	50,0	101	50,5	138	69,0	129	64,5
16	12	6,0	19	9,5	74	37,0	39	19,5
17	115	57,5	74	37,0	136	68,0	81	40,5
18	40	20,0	48	24,0	88	44,0	71	35,5
19	90	45,0	139	69,5	127	63,5	138	69,0
20	165	82,5	180	90,0	194	97,0	181	90,5
21	181	90,5	182	91,0	188	94,0	184	92,0
22	165	82,5	176	88,0	180	90,0	188	94,0
23	31	15,5	17	8,5	53	26,5	29	14,5
24	5	2,5	5	2,5	7	3,5	3	1,5
25	72	36,0	123	61,5	90	45,0	118	59,0

Analisando os resultados dos Quadros acima (18, 19 e 20) destaca-se a importância atribuída pelos professores e alunos universitários em formação para professor às leis nacionais para protecção das pessoas infectadas com o VIH/SIDA da discriminação no trabalho e na habitação, sendo 88,8% (N=355) da amostra brasileira e 87,5% (N=350) da amostra portuguesa.

Da mesma forma, concordam que os alunos seropositivos devam ser autorizados a participarem das actividades desenvolvidas no dia-a-dia de uma aula normal, sendo 86,3% (N=345) da amostra do Brasil e 93,8% (N=375) da amostra de Portugal, bem como, mais de 90,0% de toda a amostra apoiam a inclusão da educação sobre SIDA no currículo da escola que estiverem a leccionar

1.5. Percepção sobre Políticas Sociais, Educacionais e VIH/SIDA (Brasil e Portugal)

Os Quadros que a seguir se apresentam discriminam a percentagem de respostas dos 400 alunos universitários e dos 400 professores, relativamente aos itens da Escala Sociedade, Escola e VIH/SIDA. Assim sendo, comparamos os dados dos dois grupos Brasil e Portugal, de forma a verificar se os dois grupos são ou não semelhantes.

Quadro 21. Distribuição das respostas da Amostra total do Estudo 1 face aos itens da Escala Sociedade, Escola e VIH/SIDA

Itens	Brasil		Portugal		Brasil		Portugal		Brasil		Portugal	
	Concordo		Concordo		Indiferente		Indiferente		Discordo		Discordo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	325	81,3	306	76,5	20	5,0	34	8,5	46	11,5	60	15,0
2	346	86,5	343	85,8	19	4,8	36	9,0	31	7,8	19	4,8

3	31	7,8	41	10,3	30	7,5	41	10,3	331	82,8	317	79,3
4	279	69,8	248	62,0	39	9,8	60	15,0	76	19,0	92	23,0
5	228	57,0	226	56,5	52	13,0	61	15,3	111	27,8	113	28,3
6	51	12,8	65	16,3	28	7,0	53	13,3	311	77,8	281	70,3
7	30	7,5	37	9,3	20	5,0	36	9,0	342	85,5	327	81,8
8	336	84,0	355	88,8	28	7,0	21	5,3	30	7,5	24	6,0
9	328	82,0	360	90,0	19	4,8	17	4,3	43	10,8	23	5,8
10	332	83,0	382	95,5	16	4,0	4	1,0	41	10,3	14	3,5
11	344	86,0	358	89,5	16	4,0	24	6,0	27	6,8	18	4,5
12	83	20,8	109	27,3	50	12,5	80	20,0	258	64,5	211	52,8
13	321	80,3	311	77,8	47	11,8	72	18,0	22	5,5	17	4,3
14	85	21,3	71	17,8	67	16,8	62	15,5	238	59,5	267	66,8
15	380	95,0	384	96,0	7	1,8	14	3,5	4	1,0	2	0,5
16	380	95,0	385	96,3	7	1,8	10	2,5	5	1,3	5	1,3

A partir da análise do Quadro 22 verifica-se que 85,3% dos alunos universitários e 72,5% dos professores concordam com a afirmativa “As escolas do país ainda tratam com indiferença a existência da SIDA” e 62,0% dos alunos e apenas 37,0% dos professores **discordam** da afirmativa de que “Existe sensibilização na formação de professores/educadores para saberem lidar com crianças seropositivas”.

Quadro 22. Distribuição das respostas do grupo de alunos e professores do Brasil e de Portugal face aos itens da Escala Sociedade, Escola e VIH/SIDA

Itens	Alunos BR/PT		Professores BR/PT		Alunos BR/PT		Professores BR/PT		Alunos BR/PT		Professores BR/PT	
	Concordo		Concordo		Indiferente		Indiferente		Discordo		Discordo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	341	85,3	290	72,5	16	4,0	38	9,5	39	9,8	67	16,8
2	339	84,8	350	87,5	39	9,8	16	4,0	20	5,0	30	7,5
3	38	9,5	34	8,5	40	10,0	31	7,8	318	79,5	330	82,5

4	314	78,5	213	53,3	43	10,8	56	14,0	42	10,5	126	31,5
5	226	56,5	228	57,0	59	14,8	54	13,5	113	28,3	111	27,8
6	46	11,5	70	17,5	42	10,5	39	9,8	310	77,5	282	70,5
7	40	10,0	27	6,8	40	10,0	16	4,0	319	79,8	350	87,5
8	339	84,8	352	88,0	31	7,8	18	4,5	29	7,3	25	6,3
9	361	90,3	327	81,8	18	4,5	18	4,5	19	4,8	47	11,8
10	364	91,0	350	87,5	10	2,5	10	2,5	23	5,8	32	8,0
11	361	90,3	341	85,3	18	4,5	22	5,5	17	4,3	28	7,0
12	82	20,5	110	27,5	63	15,8	67	16,8	254	63,5	215	53,8
13	306	76,5	326	81,5	70	17,5	49	12,3	22	5,5	17	4,3
14	84	21,0	72	18,0	68	17,0	61	15,3	247	61,8	258	64,5
15	386	96,5	378	94,5	7	1,8	14	3,5	5	1,3	1	0,3
16	382	95,5	383	95,8	12	3,0	5	1,3	5	1,3	5	1,3

No Quadro 23, podemos observar que mais de metade (67,5%) dos professores da amostra de Portugal concordam com a afirmativa de que as escolas do país ainda tratam com indiferença a existência da SIDA, sendo que 46,5% verificam um quadro lamentável de ignorância e falta de formação dos professores e que a escola é um dos principais centros para a educação no sector da saúde (89,0%) e 94,0% consideram fundamental o desenvolvimento de programas de intervenção junto das escolas sobre o VIH/SIDA.

Os programas públicos de prevenção à SIDA são identificados por 54,0% dos professores de Portugal e 60,0% pelos professores do Brasil como ineficientes e que a falta de informação da comunidade escolar dificulta a integração de crianças portadoras do VIH (88,0% professores Portugal e 82,0% professores Brasil).

Quadro 23. Frequência das respostas dos grupos do Brasil e de Portugal relativamente à Escala Sociedade, Escola e VIH/SIDA

Itens	Alunos Brasil		Professores Brasil		Alunos Portugal		Professores Portugal	
	Concordo		Concordo		Concordo		Concordo	
	n	%	n	%	N	%	n	%
1	170	85,0	155	77,5	171	85,5	135	67,5
2	172	86,0	174	87,0	167	83,5	176	88,0
3	12	6,0	19	9,5	26	13,0	15	7,5
4	159	79,5	120	60,0	155	77,5	93	46,5
5	109	54,5	119	59,5	117	58,5	109	54,5
6	18	9,0	33	16,5	28	14,0	37	18,5
7	12	6,0	18	9,0	28	14,0	9	4,5
8	164	82,0	172	86,0	175	87,5	180	90,0
9	179	89,5	149	74,5	182	91,0	178	89,0
10	171	85,5	161	80,5	193	96,5	189	94,5
11	180	90,0	164	82,0	181	90,5	177	88,5
12	24	12,0	59	29,5	58	29,0	51	25,5
13	156	78,0	165	82,5	150	75,0	161	80,5
14	39	19,5	46	23,0	45	22,5	26	13,0
15	190	95,0	190	95,0	196	98,0	188	94,0
16	191	95,5	189	94,5	191	95,5	194	97,0

1.6. Percepção sobre a escola e crianças com VIH/SIDA

No Quadro 24, os dados obtidos na amostra total do Estudo 1, face aos itens da Escala Escola e VIH/SIDA, revelaram, de acordo com as percentagens de respostas Sim e Não dos respondentes deste estudo, que a nível da formação inicial 91,8% dos inquiridos não procuraram e não tiveram qualquer tipo de

informação sobre o VIH/SIDA em nenhuma disciplina na Universidade, sendo 41,8% da amostra do Brasil e 50,0% da amostra de Portugal.

Quadro 24. Distribuição das respostas da amostra total do Estudo 1 face aos itens da Escala Escola e VIH/SIDA (Percentagem de respostas Sim e Não)

Itens	Brasil		Portugal		Brasil		Portugal	
	Sim		Sim		Não		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	4	1,0	21	5,3	389	97,3	377	94,3
2	328	82,0	367	91,8	68	17,0	33	8,3
3	387	96,8	377	94,3	7	1,8	21	5,3
4	44	11,0	4	1,0	356	89,0	380	95,0
4.a	34	8,5	11	2,8	0	0,0	0	0,0
5	82	20,5	6	1,5	318	79,5	375	93,8
5.a	59	14,8	7	1,8	0	0,0	0	0,0
6.1	20	5,0	0	0,0	69	17,3	0	0,0
6.2	20	5,0	4	1,0	67	16,8	5	1,3
6.3	26	6,5	3	.8	61	15,3	6	1,5
6.4	16	4,0	4	1,0	69	17,3	5	1,3
6.5	27	6,8	5	1,3	65	16,3	5	1,3
7	218	54,5	205	51,3	154	38,5	190	47,5
8	205	51,3	194	48,5	167	41,8	200	50,0
9	55	13,8	2	0,5	317	79,3	393	98,3
10	44	11,0	3	0,8	298	74,5	387	96,8
11	30	7,5	10	2,5	323	80,3	383	95,8

Quadro 25. Distribuição das respostas do grupo de alunos e professores do Brasil e de Portugal face aos itens da Escala Escola e VIH/SIDA

Itens	Alunos BR/PT		Professores BR/PT		Alunos BR/PT		Professores BR/PT	
	Sim		Sim		Não		Não	
	n	%	n	%	N	%	n	%
1	17	4,3	8	2,0	381	95,3	385	96,2
2	351	87,8	344	86,0	48	12,0	53	13,2
3	381	95,3	383	95,7	15	3,8	13	3,2
4	16	4,0	32	8,0	368	92,0	368	92,0
4.a	20	5,0	0	0,0	380	95,0	0	0,0
5	31	7,8	57	14,2	350	87,5	343	85,7
5.a	26	6,5	0	0,0	374	93,5	0	0,0
6.1	5	1,3	15	3,7	31	7,8	48	12,0
6.2	15	3,8	9	2,2	20	5,0	52	13,0
6.3	14	3,5	15	3,7	21	5,3	46	11,5
6.4	9	2,3	11	2,7	25	6,3	49	12,2
6.5	18	4,5	14	3,5	21	5,3	49	12,2
7	226	56,5	197	49,2	159	39,8	185	46,2
8	199	49,8	200	50,0	186	46,5	181	45,2
9	15	3,8	42	10,5	369	92,3	341	85,2
10	15	3,8	32	8,0	349	87,3	336	84,0
11	13	3,3	27	6,75	356	89,0	350	87,5

No quadro seguinte constatamos que mais de 60,0% dos professores do Brasil tiveram formação inicial e contínua, ao longo das suas vidas sobre VIH/SIDA.

Podemos levar em consideração o percentual mais elevado dos professores do Brasil, de respostas correctas nas escalas propostas neste estudo, visto a maior quantidade de formações nesta área.

Tratando-se, da amostra de professores de Portugal e comparando-os a amostra de alunos (92,0%), verificamos que os professores obtêm um pequeno percentual mais elevado (96,0%) no aceite a uma criança seropositiva em sua sala de aula, o que revela maior sensibilidade e empatia face ao contingente relacionado com a criança infectada pelo VIH, porém 3,0% dos respondentes de professores afirmam que tirariam seu filho da escola ao saber que lá tem uma criança seropositiva. Pode-se verificar esta tendência também na amostra dos alunos de Portugal, porém com um percentual mais elevado (4,0%).

Quadro 26. Frequência das respostas dos grupos do Brasil e de Portugal relativamente a Escala Escola e VIH/SIDA

Itens	Alunos Brasil		Professores Brasil		Alunos Portugal		Professores Portugal	
	Sim		Sim		Sim		Sim	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	3	1,5	1	0,5	14	7,0	7	3,5
2	167	83,5	161	80,5	184	92,0	183	91,5
3	196	98,0	191	95,5	185	92,5	192	96,0
4	14	7,0	30	15,0	2	1,0	2	1,0
4.a	4	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5	29	14,5	53	26,5	2	1,0	4	2,0
5.a	11	5,5	0	0,0	1	0,5	0	0,0
6.1	5	2,5	15	7,5	0	0,0	0	0,0
6.2	11	5,5	9	4,5	4	2,0	0	0,0
6.3	11	5,5	15	7,5	3	1,5	0	0,0
6.4	5	2,5	11	5,5	4	2,0	0	0,0
6.5	14	7,0	13	6,5	4	2,0	1	0,5
7	95	47,5	123	61,5	131	65,5	74	37,0
8	84	42,0	121	60,5	115	57,5	79	39,5
9	14	7,0	41	20,5	1	0,5	1	0,5
10	15	7,5	29	14,5	0	0,0	3	1,5
11	7	3,5	23	11,5	6	3,0	4	2,0

1.7. Comparação entre Brasil e Portugal a nível dos conhecimentos e atitudes gerais e globais (análises inferenciais)

Nos quadros 27 a 47 estão apresentados os resultados do teste *t-Student* de comparação de médias. Para as médias terão diferenças estatísticas significativas se possuírem valor $p < 0,05$.

Escala de conhecimentos sobre o VIH/SIDA (análises inferenciais)

No intuito de determinarmos a relação existente entre os participantes deste estudo (alunos universitários em formação para professor e professores do Brasil e de Portugal), utilizamos o teste *t-Student*.

A realização dos testes *t* indica-nos a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as amostras dos dois países nas escalas descritas abaixo. Em todas as escalas as pontuações médias do Brasil foram superiores às de Portugal.

Dos resultados expressos no Quadro 27, notamos que os valores da probabilidade do teste *t*, nos indicam a existência de diferenças estatísticas significativas em todas as escalas e sub-escalas.

Quadro 27. Comparação das pontuações médias entre as escalas que avaliam os professores e alunos em formação do Brasil e de Portugal

Comparação entre as amostras do Brasil e de Portugal	n	Brasil		Portugal		BR/PT	
		Média	DP	Média	DP	P	t
Sub-Escala de Conhecimento Geral	800	10,7	2,8	9,2	2,6	<0,001***	7,79
Sub-Escala de Probabilidade de Transmissão	800	8,0	2,6	7,4	2,2	0,001**	3,36
Escala de Conhecimento Total VIH/SIDA	800	18,8	4,4	16,7	3,8	<0,001***	6,95
Escala de Atitudes VIH/SIDA	800	96,7	10,4	95,1	9,8	0,03*	2,15

*p <0,5, ** p <0,01, *** p<0,001

Quadro 28. Médias e desvios-padrão nas respostas do grupo de alunos do Brasil e de Portugal relativamente a Escala de Conhecimentos sobre VIH/SIDA

	Média	DP	t	p
Alunos Brasil	18,3	4,1	5,29	<0,001
Alunos Portugal	16,2	3,7		

No que concerne aos conhecimentos gerais sobre VIH/SIDA, os alunos do Brasil obtiveram um nível médio mais elevado estatisticamente significativo (p<0,001) do que os de Portugal.

Quadro 29. Médias e desvios-padrão nas respostas do grupo de professores do Brasil e de Portugal relativamente a Escala de Conhecimentos sobre VIH/SIDA.

	Média	DP	t	p
Professores Brasil	19,2	4,7	4,68	<0,001
Professores Portugal	17,2	3,7		

Os professores do Brasil obtiveram um nível médio mais elevado estatisticamente significativo ($p < 0,001$) do que os de Portugal.

Quadro 30. Médias e desvios-padrão nas respostas dos grupos de alunos e professores do Brasil relativamente a Escala de Conhecimentos sobre VIH/SIDA

	Média	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Alunos	18,3	4,1	-1,93	0,054
Professores	19,2	4,7		

Entre os dois grupos, alunos e professores brasileiros não encontramos diferenças significativas ($p = 0,054$), no que respeita à escala de conhecimentos. No entanto os professores obtiveram um nível médio mais elevado, relativamente a escala de conhecimentos sobre o VIH/SIDA.

Quadro 31. Médias e desvios-padrão nas respostas dos grupos de alunos e professores de Portugal relativamente a Escala de Conhecimentos sobre VIH/SIDA

	Média	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Alunos	16,2	3,7	-2,69	0,007
Professores	17,2	3,7		

Os professores de Portugal obtiveram um nível médio mais elevado estatisticamente significativo ($p = 0,007$) do que os alunos de Portugal.

Sub-Escala de Conhecimento Geral sobre VIH/SIDA

Quadro 32. Médias e desvios-padrão nas respostas do grupo de alunos do Brasil e de Portugal relativamente a Sub-Escala de Conhecimento Geral sobre VIH/SIDA

	Média	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Alunos Brasil	10,3	2,4	6,41	<0,001
Alunos Portugal	8,7	2,4		

Os alunos do Brasil obtiveram um nível médio mais elevado e estatisticamente significativo ($p < 0,001$) do que os alunos de Portugal.

Quadro 33. Médias e desvios-padrão nas respostas do grupo de professores do Brasil e de Portugal relativamente a Sub-Escala de Conhecimento Geral sobre VIH/SIDA

	Média	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Professores Brasil	11,2	2,9	4,96	<0,001
Professores Portugal	9,8	2,7		

Os professores do Brasil obtiveram um nível médio mais elevado e estatisticamente significativo ($p < 0,001$) do que os professores de Portugal.

Quadro 34. Médias e desvios-padrão nas respostas da amostra total dos sujeitos do Brasil e de Portugal relativamente a Sub-Escala de Conhecimento Geral sobre VIH/SIDA

	Média	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Brasil	10,7	2,7	7,79	<0,001
Portugal	9,3	2,6		

Os sujeitos do Brasil obtiveram um nível médio mais elevado e estatisticamente significativo ($p < 0,001$) do que os sujeitos de Portugal.

Quadro 35. Médias e desvios-padrão nas respostas dos grupos de alunos e de professores do Brasil relativamente a Sub-Escala de Conhecimento Geral sobre VIH/SIDA

	Média	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Alunos	10,3	2,4	-3,25	0,001
Professores	11,2	2,9		

Os professores do Brasil obtiveram um nível médio mais elevados e estatisticamente significativos ($p = 0,001$) do que os alunos do Brasil.

Quadro 36. Médias e desvios-padrão nas respostas dos grupos de alunos e de professores de Portugal relativamente a Sub-Escala de Conhecimento Geral sobre VIH/SIDA

	Média	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Alunos	8,7	2,4	-4,14	<0,001
Professores	9,8	2,7		

Os professores de Portugal obtiveram um nível médio mais elevado e estatisticamente significativo ($p < 0,001$) do que os alunos de Portugal.

Sub-Escala de Probabilidade de Transmissão

Quadro 37. Médias e desvios-padrão nas respostas do grupo de alunos do Brasil e de Portugal relativamente à Sub-Escala de Probabilidade de Transmissão do VIH/SIDA

	Média	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Alunos Brasil	8,1	2,7	2,43	0,016
Alunos Portugal	7,4	2,4		

Os alunos do Brasil obtiveram um nível médio mais elevado e estatisticamente significativo ($p = 0,016$) do que os alunos de Portugal.

Quadro 38. Médias e desvios-padrão nas respostas do grupo de professores do Brasil e de Portugal relativamente à Sub-Escala de Probabilidade de Transmissão do VIH/SIDA

	Média	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Professores Brasil	8,0	2,5	2,32	0,021
Professores Portugal	7,4	2,1		

Os professores do Brasil obtiveram um nível médio mais elevado e estatisticamente significativo ($p=0,021$) do que os professores de Portugal.

Quadro 39. Médias e desvios-padrão nas respostas da amostra total dos sujeitos do Brasil e de Portugal relativamente à Sub-Escala de Probabilidade de Transmissão do VIH/SIDA

	Média	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Brasil	8,0	2,6	3,36	0,001
Portugal	7,4	2,3		

Os sujeitos do Brasil obtiveram um nível médio mais elevado e estatisticamente significativo ($p=0,001$) do que os sujeitos de Portugal.

Quadro 40. Médias e desvios-padrão nas respostas dos grupos de alunos e de professores do Brasil relativamente à Sub-Escala de Probabilidade de Transmissão do VIH/SIDA

	Média	DP	<i>t</i>	<i>P</i>
Alunos	8,1	2,7	0,363	0,717
Professores	8,0	2,5		

O teste não revelou diferenças estatisticamente significativas ($p=0,717$) nas respostas dos alunos e professores do Brasil.

Quadro 41. Médias e desvios-padrão nas respostas dos grupos de alunos e de professores de Portugal relativamente à Sub-Escala de Probabilidade de Transmissão do VIH/SIDA

	Média	DP	<i>t</i>	<i>P</i>
Alunos	7,4	2,4	-0,008	0,993
Professores	7,4	2,1		

O teste não revelou diferenças estatisticamente significativas ($p=0,993$) nas respostas dos alunos e professores de Portugal.

Escala de Atitudes

A escala de atitudes apresentou um nível de consistência interna .77 (Alpha de Cronbach).

Os alunos do Brasil obtiveram um nível médio mais elevado e estatisticamente significativo ($p=0,039$) do que os alunos de Portugal.

Quadro 42. Médias e desvios-padrão nas respostas do grupo de alunos do Brasil e de Portugal relativamente à Escala de Atitudes sobre o VIH/SIDA

	Média	DP	<i>t</i>	<i>P</i>
Alunos Brasil	97,3	10,0	2,06	0,039
Alunos Portugal	95,2	10,1		

Quadro 43. Médias e desvios-padrão nas respostas do grupo de professores do Brasil e de Portugal relativamente à Escala de Atitudes sobre o VIH/SIDA

	Média	DP	<i>t</i>	<i>P</i>
Professores Brasil	96,0	10,8	0,97	0,332
Professores Portugal	95,0	9,6		

O teste não revelou diferenças estatisticamente significativas ($p=0,332$) nas respostas dos professores do Brasil e de Portugal na escala de atitudes.

Quadro 44. Médias e desvios-padrão nas respostas do Estudo 1 dos sujeitos do Brasil e de Portugal relativamente à Escala de Atitudes sobre o VIH/SIDA

	Média	DP	<i>t</i>	<i>P</i>
Brasil	96,7	10,4	2,15	0,032
Portugal	95,1	9,8		

Os sujeitos do Brasil obtiveram um nível médio mais elevado e estatisticamente significativo ($p=0,032$) do que os sujeitos de Portugal.

Quadro 45. Médias e desvios-padrão nas respostas dos grupos de alunos e de professores do Brasil relativamente à Escala de Atitudes sobre o VIH/SIDA

	Média	DP	<i>t</i>	<i>P</i>
Alunos	97,3	10,0	1,19	0,235
Professores	96,0	10,8		

O teste não revelou diferenças estatisticamente significativas ($p=0,235$) nas respostas dos alunos e dos professores do Brasil na escala de atitudes.

Quadro 46. Médias e desvios-padrão nas respostas dos grupos de alunos e de professores de Portugal relativamente à Escala de Atitudes sobre o VIH/SIDA

	Média	DP	<i>t</i>	<i>P</i>
Alunos	95,2	10,1	0,145	0,885
Professores	95,0	9,6		

O teste não revelou diferenças estatisticamente significativas ($p=0,885$) nas respostas alunos e dos professores de Portugal na escala de atitudes.

Quadro 47. Intervalo de confiança a 95% para as respostas à Escala Escola e VIH/SIDA

Questões	SIM			NÃO		
	%	I.C.(95%)		%	I.C.(95%)	
1	3,1	1,9	4,3	95,8	94,4	97,1
2	86,9	84,5	89,2	12,6	10,3	14,9
3	95,5	94,1	96,9	3,5	2,2	4,8
4	6,0	4,4	7,6	92,0	90,1	93,9
A	1,6	0,7	2,5	1,6	0,7	2,5
5	11,0	8,8	13,2	86,6	84,3	89,0
5A	3,4	2,1	4,6	1,9	0,9	2,8
6.1	2,5	1,4	3,6	9,9	7,8	11,9
6.2	3,0	1,8	4,2	9,0	7,0	11,0
6.3	3,6	2,3	4,9	8,4	6,5	10,3
6.4	2,5	1,4	3,6	9,3	7,2	11,3
6.5	4,0	2,6	5,4	8,8	6,8	10,7
7	52,9	49,4	56,3	43,0	39,6	46,4
8	49,9	46,4	53,3	45,9	42,4	49,3
9	7,1	5,3	8,9	88,8	86,6	90,9
10	5,9	4,2	7,5	85,6	83,2	88,1
11	5,0	3,5	6,5	88,3	86,0	90,5

2. Estudo 2 - Resultados do Estudo de Caso: Crianças Infectadas pelo VIH

2.1. Estudo de Caso da Criança Brasileira

A criança e sua história

Maria Eduarda (nome fictício) é uma criança de 10 anos, infectada pelo VIH pertencente à classe de baixos rendimentos, encaminhada pelo conselho tutelar, por falta de estrutura familiar, para uma casa de acolhimento no sul do Brasil, onde permanece durante o dia, ficando no período nocturno com a avó materna.

Foi devidamente matriculada numa escola da rede pública, no 3º ano do Ensino Básico, onde vieram com a queixa de "dificuldade de comportamento".

Maria Eduarda expressava o seu desagrado por esta escola na qual, frequentemente e perante qualquer situação de contrariedade e/ou de imposição de limites, se recusava a fazer as actividades propostas e evadia-se da aula, ficando a passear pelas dependências da Escola.

Nestas circunstâncias, dirigia-se às pessoas com palavras depreciativas, perturbando outras turmas e tentando encontrar meios para fugir da escola, sendo que, por várias vezes, pulou o muro da instituição escolar. Mesmo sendo abordada pelos orientadores, directores e demais funcionários da escola, jamais retornou à sala de aula.

A história de Maria Eduarda revelava episódios dramáticos. A sua mãe, usuária de droga e prostituta, nunca assumiu a maternidade, mesmo morando com a filha.

Maria Eduarda e os seus irmãos sempre estiveram a cargo da avó materna. Aos sete anos de idade, Maria perde a mãe, vítima de SIDA e passa a morar com o pai e sua companheira. Porém, novamente devido ao inadequado funcionamento da estrutura familiar (negligência, abandono, falta de afecto), a criança retorna à instituição com a alegação do responsável não ter condições de medicá-la correctamente, prejudicando o tratamento e dificultando a sua estadia na escola.

Desde muito pequena, Maria Eduarda ouvia a mãe e a avó dizer-lhe que tinha uma doença no baço e, por isso, precisava tomar as medicações.

Aos dez anos de idade, de forma inadequada, por intermédio de uma funcionária da Casa de Acolhimento, veio a descobrir que era portadora do vírus VIH, justificando a grande quantidade de medicamentos que tomava, o que a levou a tornar-se ainda mais agressiva e muito rebelde. Estes factos causaram-lhe profundo sofrimento, com constantes crises de choro e comportamentos de revolta.

A seguir passamos a descrever e analisar as entrevistas realizadas neste estudo.

Entrevista com a Coordenadora Geral da Casa de Acolhimento do Brasil

Surgimento da Instituição

A Coordenadora Geral da instituição, relata que a Casa de Acolhimento foi fundada em 1992 e a sua implantação resultou de uma necessidade ao se depararem com crianças, filhos de pais portadores do VIH ou doente de SIDA, abandonadas em Entidades Públicas de Assistência à criança e ao adolescente, o que gerava problemas de recuperação social, já que as autoridades começaram a obrigar a internação hospitalar através de Mandato Judicial de crianças

simplesmente porque tinham seus testes Anti-VIH positivos, sob alegação de falta de condições adequadas das Entidades que recebiam estas crianças. A coordenadora acrescenta dizendo que também era bastante frequente a demanda de familiares, que procuram ajuda da instituição por não terem condições de ficarem com as crianças e a denúncia de que as crianças estavam sob risco de vida em função da falta de estrutura familiar.

As crianças recebidas nessa Casa de Acolhimento são encaminhadas através dos órgãos de protecção, como Conselhos Tutelares e Juizados da Infância e da Juventude.

De acordo com a Coordenadora, actualmente, são atendidas 52 crianças em regime de abrigo e 26 crianças e adolescentes que foram reintegradas a família, mantendo-as com a alimentação (cestas básicas), medicação, vestuário e aconselhamento.

Características do Trabalho com Crianças Portadoras do VIH

Segundo a coordenadora, as pessoas que formam o quadro funcional são orientadas no que diz respeito às informações correctas sobre a doença, alimentação balanceada e medicação. Um dos maiores obstáculos à adesão dos medicamentos em crianças é a palatabilidade dos remédios. As crianças são dependentes dos adultos para administração correcta destes medicamentos, portanto precisam ser orientados e estimulados no momento da introdução da terapia anti-retroviral e ao longo de todo o tratamento. Deve ficar claro que o cumprimento rigoroso da prescrição médica é um factor fundamental para a eficácia do tratamento e que o uso irregular ou abandono prejudica o tratamento

actual e compromete opções futuras. Além disso, como qualquer outra criança, necessita de muito carinho e amor, que são fundamentais no desenvolvimento do ser humano, tal como salientado pela Coordenadora.

Actividades Desenvolvidas com as Crianças e Adolescentes na Casa de Acolhimento

No decorrer da entrevista perguntámos quais actividades desenvolvidas com as crianças na casa de acolhimento e, de acordo com a coordenadora, actualmente (incluindo aqui actividades com os adolescentes) existem os seguintes serviços:

- intercâmbio com os profissionais do Hospital Infantil Joana de Gusmão, que presta atendimento pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e encaminha as crianças e/ou adolescentes residentes na Casa de Acolhimento para os serviços de saúde de rotina e/ou sempre que se faz necessário (efectuando também o controlo da vacinação);
- verificação da situação da higiene corporal de cada criança, evitando o aparecimento de Escarbiose e Pediculose;
- tratamento da criança com a medicação prescrita pelo médico, com acompanhamento/controlo e quando necessário medicação não repassada pelo SUS;
- limpeza na Casa de Acolhimento, possibilitando ampla ventilação e utilização de produtos de limpeza para maior higiene. Essa actividade

também inclui a lavagem e esterilização diária de roupas de cama, mesa e banho;

- disponibilização de roupas individuais, calçados, roupas de cama, mesa e banho para as crianças, além de fornecer passagens de auto-carro para as mães, crianças e funcionários;
- serviço de café da manhã, almoço, lanche e/ou mamadeiras, jantar para as crianças e adolescentes residentes na Casa de Acolhimento;
- apoio à matrícula das crianças no Ensino Básico ao Ensino Secundário da Rede Pública, acompanhando o desenvolvimento das crianças na escola, participando as reuniões pedagógicas, bem como a manutenção de actividades de reforço escolar desenvolvidas por uma professora, cedida pela Prefeitura de Florianópolis;
- promoção de ensaios com os grupos de coral, teatro e bale, como apresentações na Casa de Acolhimento e na comunidade;
- viabilização da participação das crianças/adolescentes, residentes na Casa, em cursos/oficinas realizados na comunidade (computação, música, desporto, trabalhos manuais, culinária, entre outras);
- organização de reuniões com voluntários tentando despertar outros valores para trabalhar com as crianças;
- promoção de reuniões com o Juizado da Infância e da Juventude, visando incentivar a adoção das crianças da Casa de Acolhimento em fins de semana, férias e feriados e, em conjunto com o Juizado, actividades que acelerem a efectivação das crianças maiores de cinco anos (principalmente);

- realização de visitas domiciliares e de entrevistas e reuniões com pais e/ou responsáveis;
- apoio à família necessitada que recebe as crianças nos fins-de-semana;
- organização de debates e palestras direccionadas quer para as mães sobre temas relacionados com a saúde e a família, quer para a população em geral, sobre medidas de prevenção à SIDA;
- acompanhamento de crianças e adolescentes reintegrados na família de origem com distribuição de cestas básicas;
- incentivo e apoio para colocação em famílias substitutas, quando já existe a destituição do poder paternal;
- atendimento odontológico em parceria com a UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina;
- atendimento psicológico através de psicólogas voluntárias;
- palestras e dinâmicas sobre a sexualidade, adesão a medicação e prevenção do uso de drogas e DST/SIDA.

Percepção da SIDA no Brasil (na perspectiva da Coordenadora)

Quanto as medidas preventivas preconizadas até o momento, a Coordenadora Geral da Casa de Acolhimento relata que estas não foram capazes de reduzir a incidência da SIDA, naquele meio.

Sabe-se que enquanto a condição sócio-econômica, e, conseqüentemente, cultural da população continuar como está, dificilmente será possível conter a epidemia. As práticas de sexo seguro e a não utilização de drogas

injectáveis estão difíceis de se incorporarem definitivamente no hábito de vida dos brasileiros e, particularmente, dos catarinenses.

A Coordenadora relembra que no Brasil os medicamentos anti-retrovirais são distribuídos gratuitamente aos pacientes com VIH/SIDA e que este facto não acontece em muitos países. A Coordenadora realçou: *este é um grande avanço para a população afectada pela doença!* E acrescenta: *os avanços na terapia anti-retroviral permitiram uma melhora significativa na sobrevida e qualidade de vida das crianças e adolescentes infectados pelo VIH.* E lembra que:

Quando foram iniciados os trabalhos na Casa de Acolhimento, em 1992, a expectativa de vida de uma criança que nascia seropositiva era em média de 4 anos. Hoje com os avanços da medicina, pode-se dizer que eles têm uma sobrevida bem maior e com maior qualidade e que a expectativa de vida de uma criança seropositiva é a mesma de qualquer outra criança, desde que sejam seguidas correctamente as orientações médicas, tenha uma boa alimentação e cuidados necessários no seu desenvolvimento.

Quanto às campanhas publicitárias de prevenção à SIDA para o público infantil, coloca:

Na minha opinião, crianças até 8 anos de idade não têm maturidade suficiente para entender questões relativas ao VIH/SIDA. Na Casa de Acolhimento, este trabalho inicia a partir dos 9 anos. Acredito que as campanhas devem esclarecer e não aterrorizar o público-alvo, devem falar em prevenção e em educação, **devem seguir um programa continuado, ou seja, as mesmas tem que seguir um roteiro para abranger vários segmentos e não apenas em algumas datas** como, por exemplo, o Carnaval (festa típica do Brasil). Grupos da sociedade civil, ONG's e os próprios portadores do VIH, bem como seus familiares deveriam ser convidados para participarem da elaboração das campanhas de prevenção.

E, relativamente a participação das ONG's voltadas para a SIDA na política da saúde brasileira, a Coordenadora assenta que é um segmento importante da sociedade civil organizada, actuando junto a uma significativa parcela da população e afirma: *um dos motivos que fazem do Brasil pioneiro no tratamento do VIH/SIDA deve-se a mobilização das ONG's, que garantiram os direitos dos seropositivos perante o governo.*

A criança com VIH e a escola

Quando questionada sobre o papel da escola na integração da criança afectada e infectada pela SIDA, a Coordenadora afirma que algumas escolas tentam isoladamente, sem qualquer tipo de apoio, implantar programas de prevenção, dirigidos aos alunos, e que estas iniciativas são importantes e servem para motivar a rede. No entanto, chama a atenção dizendo que o ideal é que os programas de prevenção à SIDA sejam fruto de uma iniciativa conjunta das Secretarias de Educação e da Saúde.

Estes programas devem atingir professores, pais, funcionários e a comunidade, formando uma rede de multiplicadores de informações para que os objectivos sejam atingidos plenamente. O treinamento adequado implica em um considerável investimento de energia, mas se faz necessário e vale a pena.

Segundo a Coordenadora Geral, a escola não é informada sobre a seropositividade da criança, pois a portaria Interministerial nº 796, de 29/05/1992, do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde, dá liberdade aos pais e responsáveis de o fazerem ou não. Acrescenta, ainda, que as crianças não costumam conversar com os seus colegas de aula sobre a doença.

Uma outra questão referida foi com relação ao desempenho escolar das crianças e a Coordenadora coloca: *acredito que as dificuldades relacionadas ao desempenho escolar estejam ligadas ao facto de serem portadoras do vírus do VIH, mas acrescenta que: tais dificuldades devam estar relacionadas também ao facto das crianças serem filhas de usuários de drogas, com histórias de violência doméstica, desnutrição, perdas e danos emocionais muitas vezes irreversíveis.*

Entrevista com a avó

Sempre bem disposta, porém com pouca disponibilidade de tempo, a avó, Sra. Madalena (nome fictício) apresenta-se com interesse em participar das entrevistas, contribuindo com esta investigação.

A avó falou sobre a neta com carinho e compaixão: *gosto muito da minha neta e tenho muita pena dela, por causa da doença.*

Quando pergunto se já conversou com Maria Eduarda sobre o seu estado de saúde, Sr^a Madalena responde:

Na minha casa nunca falei sobre a doença com ela, porque se o meu companheiro souber, ele não irá aceitar mais ela em casa. Lá... (referindo-se à sua casa) os meus vizinhos também não aceitam. Quando a mãe dela estava doente de AIDS, as pessoas passavam muito longe de nós. Não sei como falar sobre isso com ela (referindo-se a doença).

Conta que Maria Eduarda sempre foi muito boa aluna e acha que ela anda com esse tipo de comportamento (sem vontade de ir à escola, agressiva e revoltada) na escola e na casa de acolhimento por causa da morte de sua mãe e por causa da doença. Acrescenta dizendo:

Em casa, ela não é assim, ela me respeita muito e tem muita preocupação com a minha saúde. É uma criança muito meiga. Sempre gostou muito da mãe e procura sempre me ajudar. Também fico com pena dela (referindo-se a neta), por isso que faço as coisinhas para ela, dou sempre que posso 1 real. Maria Eduarda também se queixa da professora. Diz que a professora não gosta dela.

Entrevista com os professores/educadores envolvidos com a criança

De forma a suscitar e possibilitar uma melhor compreensão, realizamos a análise de conteúdo das entrevistas com os professores/educadores envolvidos com a criança deste estudo, a qual passamos a descrever:

Quanto à caracterização da amostra por idade e sexo, dos 25 profissionais envolvidos nesta pesquisa, 92,0% (N=23) são do sexo feminino; por sua vez, 43,0% (N=11) encontram-se numa faixa etária acima de 48 anos, 24,0% (N= 6) entre 38 e 48, 20,0% (N= 5) entre 28 e 38 e 12,0% (N=3) tem entre 18 e 28 anos.

Pode-se dizer que a idade, nesta pesquisa, é um factor a ser considerado na medida em que profissionais mais velhos foram educados numa sociedade com outros valores, tabus, onde o sexo era feito apenas para a procriação, onde a SIDA não existia, bastante diferente dos paradigmas actuais. Este factor pode, assim, influenciar as dificuldades dos educadores em saber lidar com crianças e adolescentes infectados pelo VIH.

Quanto à formação, 60,0% (N=15) são Pedagogos, 8,0% (N=2) Psicólogos, 4,0% (N=1) Assistentes Sociais e 28,0% (N=7) não possuem qualificação a nível superior.

Ao serem questionados quanto à habilitação do professor para lidar com crianças e/ou adolescentes afectados pela SIDA, os dados mostram-nos que 64,0%

(N=16) consideram que o professor *não* está habilitado. A percentagem é preocupante, porém 76,0% (N=19) dos inquiridos revelam a necessidade e o interesse de desenvolverem e participarem em trabalhos prévios nos estabelecimentos de ensino.

Como já referimos anteriormente, muitas instituições de ensino afirmam que abordam o tema da Sexualidade – Doenças Sexualmente Transmissíveis e SIDA, mas o que ocorre na realidade é apenas a veiculação de informações esporádicas, vazias e, muitas vezes, irrelevantes para os educandos (Pereira & Pereira 2005).

Os educadores, ao conviverem com a questão da SIDA no quotidiano do seu trabalho, constroem as suas aceções a respeito dela. A seguir são apresentados manifestações sobre a importância e o interesse que o tema tem suscitado (são indicados por letras E – entrevistado – número dos casos que nos pareceram mais elucidativos), considerando-o uma inquietação imutável, a partir dos testemunhos dos sujeitos deste estudo:

Na prevenção da SIDA, o pânico e o medo são os piores inimigos. Lutar contra a discriminação é lutar pela saúde de todos, é lutar contra aquilo que a Organização Mundial de Saúde chama de Terceira Epidemia de SIDA: a epidemia dos preconceitos. A SIDA não é apenas problema dos educadores. A escola é, por definição, um espaço de socialização do saber, sendo no Brasil, o único espaço em que a criança pode receber e trocar informação (E 5).

Algumas vezes os profissionais que compõem a escola podem estar mal preparados, divulgando informações mal elaboradas ou distorcidas, carregadas de preconceitos e isto ocorre em vários sentidos, inclusive em relação à SIDA, DST e drogas. Como acontece em outros países, as

escolas brasileiras já deveriam estar integradas em programas de prevenção à SIDA, dirigido a funcionários, professores, pais e alunos, bem como formas de integrar o portador (E 8).

Quando questionados sobre as principais características do trabalho com crianças e/ou adolescentes portadoras do VIH na sua escola, 44,0% (N=11) dos interrogados opinaram pela não discriminação das crianças e/ou adolescentes seropositivos:

As dúvidas ainda são muitas, o preconceito existe sendo apenas mascarado. A preocupação da sociedade e dos *media* é apenas de "alertar", muitas vezes de forma grosseira, fazendo ligação directa da SIDA com a morte (E 2).

A sociedade discrimina os portadores do VIH, deixando-os excluídos de muitas actividades. Muitas vezes por falta de conhecimento (E 18).

O preconceito ainda existe, porém as pessoas ainda não se conscientizaram da gravidade da doença (E 23).

Contudo, 33,0% (N=8) destacaram a importância do afecto, amor, carinho e o respeito:

De uma forma geral todas as crianças, portadoras ou não do vírus VIH, que vivem em abrigo, precisam ser tratadas da mesma forma, recebendo amor, carinho, atenção e principalmente respeito pela sua individualidade (E 3).

Outra característica ressaltada foi quanto à habilitação dos profissionais para lidarem com crianças seropositivas, sendo que 15,0% (N=4) dos inquiridos acham importante a qualificação dos profissionais:

Os profissionais que lidam directa ou indirectamente com as crianças portadoras do VIH, precisam estar preparados e informados sobre a doença (formas de contágio, efeitos colaterais dos medicamentos e outros) para que, desta forma, possam esclarecer as crianças sobre suas dúvidas sempre que necessário (E 21).

Mais informações dos professores e aplicações de materiais pedagógicos com alunos (E 15).

E 7,0% (N=2) opinaram pelo desenvolvimento da auto-estima nestas crianças e adolescentes:

Procurar desenvolver a auto-estima, tratando-a com respeito e sem preconceito, identificando-a como uma criança normal, orientando-a a participar das actividades (E 12).

Quando questionados sobre as possíveis causas das dificuldades na aprendizagem encontradas pelas crianças e/ou adolescentes, 60,0% (N=15) dos entrevistados dividiram suas opiniões em: 20,0% (N=5) afirmam que uma das dificuldades encontradas por estes é a institucionalização, ou seja, encontrarem-se nas casas de acolhimento; outros 20,0% (N=5) apontam para o histórico de vida dessas crianças e/ou adolescentes (maus tratos, violência sexual, abandono, baixo nível socio-económico, perda dos pais ou decisões judiciais); e 20,0% (N=5) para a ausência de informações dos profissionais que lidam directamente com elas. Contudo, 17,0% (N= 4,2) revelam que as possíveis dificuldades na aprendizagem estejam ligadas ao tratamento medicamentoso, que causa sonolência, desânimo, mudanças no humor (como irritabilidade e agressividade); 10,0% (N=2,5) apontam para a falta de suporte psicológico e psicopedagógico; 7,0% (N=1,7) da amostra indica a falta de incentivo aos estudos, ou seja, não conseguem ver futuro para estas crianças e adolescentes, deixando assim a educação como a última prioridade e, por fim, 7,0% (N=1,7) referem a carência afectiva.

Sessões com Maria Eduarda

No decorrer deste estudo, foram realizadas 6 sessões com a criança. No primeiro encontro, com o objectivo de aproximação e conhecimento da criança, realizou-se brincadeiras com jogos educativos e o uso do computador. Percebeu-se que Maria Eduarda é uma criança esperta, dinâmica, realizando com facilidade as actividades propostas. Demonstrou empatia pela pesquisadora.

No dia 04 de Julho de 2005, Maria Eduarda foi encaminhada para acompanhamento psicológico na escola, por dificuldades de comportamento escolar.

Neste mesmo dia, decorreu o segundo encontro, onde se solicitou o material escolar à Maria Eduarda.

Com tudo organizado, Maria Eduarda disse que precisava estudar mais a disciplina de matemática. Notou-se que a boa vontade de Maria Eduarda em aprender era visível a quem quisesse ver. No entanto, também era possível ver que aquela criança, estava carente de amigos.

Através de jogos educativos, trabalhou-se a matemática (tabuadas e operações de divisão e multiplicação). Maria Eduarda queixou-se da professora da escola:

Eu não gosto de ir para a escola, porque chegando lá ninguém quer ficar comigo. Por isso, que não fico em sala de aula, se tivesse amigo era diferente. Depois a professora diz que tudo é minha culpa, dá mesmo vontade de quebrar tudo.

Na sessão do dia 11/07/2005, terceiro encontro, Maria Eduarda negou-se a fazer qualquer actividade. Estava muito alterada, não querendo conversar.

Na sessão seguinte, retornou-se ao facto da sessão anterior. Maria Eduarda diz que o José (nome fictício - adolescente da casa de acolhimento) havia batido nela e ela que levou a culpa na casa de acolhimento. Ressalta dizendo: *é sempre assim! Eu sou sempre a culpada de tudo. Aqui...na escola...* Maria Eduarda estava muito agitada neste dia.

Maria Eduarda questionou a pesquisadora: *Tia, sabe que tenho AIDS? Aproveitou-se e questionou-se sobre o assunto. Você sabe o que é AIDS?*

Sim. Eu entendo que é uma doença que pode matar se não cuidar, que também pode levar a uma vida normal como todos. Sabe, meu pai também tem. Ele tem 37 anos e a minha mãe que morreu há 5 anos (hoje ela teria 40 anos). Queria saber é porque o meu irmão mais novo não teve o vírus e eu que sou mais velha tive?

Após uma longa conversa pediu-se para que descrevesse e ilustrasse dois momentos na sua família, um alegre e um triste (ver anexo II - Desenhos 1 e 2).

Maria Eduarda refere-se ao momento alegre o dia em que comeu a comida da sua mãe. Este era um momento raro, pois de acordo com a avó, a filha era usuária de droga e pouco ficava em casa.

E relaciona o momento triste com o falecimento da sua mãe. Diz: *o pior momento da minha vida foi quando a minha mãe morreu. Sinto muito falta dela!* Maria Eduarda Acrescenta: *minha mãe morreu há 2 anos.*

No quinto encontro, foi solicitada para que descrevesse e ilustrasse dois momentos na casa de acolhimento, um alegre e um triste (ver anexo II - Desenhos 3 e 4).

Quanto ao momento alegre, Maria Eduarda refere-se ao dia que conheceu a ex-coordenadora pedagógica da casa de acolhimento, hoje, pesquisadora deste estudo e o momento triste ao dia que descobriu que tinha VIH/SIDA.

Para finalizar as sessões com a criança deste estudo de caso, foi solicitado à Maria Eduarda para que descrevesse e ilustrasse outros dois momentos da sua vida, só que agora no ambiente escolar (ver anexo II - Desenhos 5 e 6).

Maria Eduarda fala do primeiro dia que foi à escola com grande alegria, no entanto descreve o dia em que a professora a chamou de “mulher-macho”.

Eu fui malcriada com a professora e daí ela começou a cantar aquela música: Paraíba masculina..mulher-macho sim senhor...Paraíba masculina...mulher-macho sim senhor e todos na sala ficaram cantando com a professora. Foi horrível! Saí da sala chorando e a professora ainda disse assim: vocês têm que comer muito arroz com feijão para ficar como eu e teve um outro dia mal! Iam sempre de mal a pior porque teve um guri da minha sala que quando a professora me colocou para fora da sala ele disse: “és que nem lixo, vai e não volta mais” e depois os outros da sala disseram que ele ficou só rindo. As únicas professoras que mais gostei foi a Marli e a Alessandra. Sabe que tinha uma que batia em mim? Puxava o meu cabelo para mim não sair da sala.

A partir das informações disponíveis partimos do pressuposto que algo grave acontecera com Maria Eduarda num momento precoce de seu

desenvolvimento (onde se inclui inclusive a ida para um novo lar, a casa de acolhimento).

Era evidente que ela estivera exposta a diversas situações de negligências que, quando persistentes, sempre geram distorções cognitivas, independente da sua intensidade.

Uma investigação mais detalhada poderia dar conta do que representava o comportamento da Maria Eduarda. A falta de zelo pelas questões do corpo diferenciava-a das crianças com quem convivia.

O seu modo de vestir era detalhadamente ajustado, das meias dos pés ao cabelo; os seus movimentos eram sempre dentro da exacta medida para cada situação, como se tudo isto lhe fosse indispensável à sustentação do seu próprio sentimento de existir, porém de forma masculinizada, nada poderia deixá-la parecida com o que as meninas usavam. A sua postura sempre "alerta" diferenciava-a muito das demais crianças.

A seu modo, esta criança não deixava transparecer as suas limitações, até que o problema de dificuldade de comportamento foram percebidos e evidenciados na escola e na casa de acolhimento.

2.2. Estudo de Caso da Criança Portuguesa

A Criança e a sua História

João (nome fictício) nasceu em Abril de 1996, seropositivo, com os dois tipos de vírus o VIH 1 e o VIH 2.

Foi encaminhado no ano de 1999 para a Comissão de Protecção de Menores de Aveiro, porém os pais não aceitaram entregar o menino e este foi encaminhado ao Tribunal de Família e Menores, no âmbito do processo de promoção e protecção de crianças e jovens em perigo. Como os pais nunca concordaram em entregar o menino, o tribunal não pode dar procedimento ao caso. Sendo assim, o Tribunal começou a pedir alternativas à Segurança Social, pois os pais não tinham condições de higiene, habitacionais, responsabilidades na tomada dos medicamentos etc.

Os pais biológicos têm outros filhos, inclusive uma neta. Sempre quiseram ficar com João, porém não possuem condições para o mesmo. Ambos são seropositivos, ex-alcólatras, não são usuários de drogas e a mãe já foi prostituta. Tomam banho só quando vão ver o filho João de 15 em 15 dias na Segurança Social.

Tem também uma filha de vinte e poucos anos, prostituta, que recentemente teve um bebé. Esta irmã de João sempre quis a guarda do menino, mas também não apresenta condições para tal, mesmo mostrando-se com uma postura diferente dos pais biológicos.

Possuem contacto com João até hoje, sendo as visitas administradas quinzenalmente pela Segurança Social, num período de 1 hora.

A mãe biológica possui pensão de invalidez e o pai possui um contrato de trabalho.

Cabe destacar que há muita afectividade entre os pais biológicos e o filho João e vice-versa.

João possui diversos acompanhamentos médicos: infectologista; neurologista pediátrico; oftalmologista; pedopsiquiatria e terapia da fala e fisioterapia.

João apresenta problemas de visão, distúrbios mentais, diagnosticados com hiperactividade e tem hemorragias pelo nariz.

Ainda no convívio com os pais biológicos, enfrentaram muitas dificuldades para o aceitarem num Infantário da Zona de Aveiro.

Foi através da Educadora e da própria directora do Infantário que começaram o processo de integração do menino, pois muitos pais e mesmo os próprios funcionários do Jardim não aceitavam a sua presença.

Começaram a fazer muitas reuniões com a comunidade escolar e explicar o processo da doença e a importância desta criança estar inserida no contexto escolar e integrada com as demais crianças.

Hoje, João frequenta o 3º ano do Ensino Básico.

João foi primeiramente para uma família de acolhimento, porém esta família era conhecida dos pais biológicos e também não possuíam condições de ficarem com o menino. Mais tarde descobriu-se que os pais biológicos queriam o subsídio oferecido pela Segurança Social.

Cabe ressaltar, que cada família que acolhe uma criança recebe um subsídio da Segurança Social no valor aproximado dos 300 euros, sendo no caso do menino João um pouco mais, volta dos 400 euros, pelas limitações de saúde apresentadas por ele.

Sendo assim, como a Segurança Social não conseguia uma família de acolhimento para o menino a solução era encaminhá-lo para a Casa SOL em Lisboa (Casa de Acolhimento de Crianças com SIDA).

Entretanto, aparece uma outra família já conhecida da Segurança Social, que queria adoptar o João, pois já havia adoptado uma criança com sérias queimaduras no rosto, mas está menina cresceu e retornou a família biológica.

Os pais de acolhimento antes da adopção visitaram a “Casa Sol” para saberem como era o trabalho com as crianças seropositivas.

A mãe de acolhimento trabalha num Centro Educativo da Zona de Aveiro com vínculo ao Ministério da Justiça, onde é efectuado o acolhimento de jovens delinquentes e o pai de acolhimento trabalha numa instituição pública.

Os pais de acolhimento têm aproximadamente 40 anos, três filhos, todos casados e com filhos.

João está com a família de acolhimento desde 1999, porém no ano passado os pais de acolhimento se separaram.

No ano de 2005, João teve muito mal, com sérias complicações de saúde, devido as baixas defesas, face à imunidade do organismo. Mais especificadamente nos meses de Março, Abril e Maio, apresentando sérias debilidades físicas, com análises com muito maus resultados, problemas nos dentes, entre outras.

De acordo com a Educadora de Infância da Segurança Social, tudo leva a crer que o pai de acolhimento não quis ver a degradação do menino e também se deve ter cansado da actual situação de saúde do menor, visto que a mãe de

acolhimento se dedica integralmente ao filho. Os filhos dos pais de acolhimento apoiam incondicionalmente a mãe com relação ao João.

A mãe de acolhimento também recebe grande apoio no seu trabalho, para acompanhar o menino, no que concerne às consultas médicas e a outras eventualidades.

O pai de acolhimento vive actualmente sozinho fora do Concelho de Aveiro.

João toma hoje as seguintes medicações: Melleril, Ritalina (hiperactividade), e Depakin. Alguns medicamentos são fornecidos gratuitamente e outros são comprados pela mãe de acolhimento.

Através de informações médicas, estes medicamentos parecem ter dificultado o desenvolvimento motor de João (pernas, braços, pés e mãos é como se estivessem dormentes constantemente), inclusive o sangramento pelas narinas.

Cabe ressaltar, que devido a dificuldade de coordenação motora de João, não foi possível desenvolver as actividades através de desenhos, como foi realizado com a criança brasileira.

João gosta imenso de carros e em especial de ambulâncias.

A educadora da Segurança Social chama a atenção para a organização do quarto do João, onde deixa tudo muito organizado inclusive coisas que possa vir a precisar se necessitar sair com rapidez para o hospital.

Características marcantes do João: meigo, muito carismático e minucioso com os horários, rotinas.

Entrevista com a Mãe de Acolhimento

A mãe de acolhimento, Sra. Lurdes (nome fictício) apresenta-se disposta e com vontade de participar das entrevistas, contribuindo com esta investigação.

Conta que João tem idade mental de 3 anos, porém com algumas dúvidas. Possui uma memória muito boa, lembrando-se de coisas que aconteceram há muito tempo e diz coisas que não condizem a 3 anos.

Fala da discriminação que sentiu no Hospital de Aveiro, pois no início dos atendimentos com o João pediam para desinfetar todos os livros de histórias que João mexia. Ressalta que hoje não acontece mais isto.

Conta que a médica pediátrica de desenvolvimento de Aveiro sugeriu que João fosse encaminhado para uma escola especial, onde pudesse ter acompanhamentos específicos como terapia da fala, equitação e outros, porém a Sra. Lurdes optou por deixá-lo na escola normal a nível de sistema integrado visto a motivação de João com a escola, amigos, professoras e funcionários.

João costuma dormir e acordar cedo. Fala constantemente sozinho e quando a mãe pergunta com quem ele está falando ele diz que é com a parede.

No período da manhã frequenta o ATL, onde está desde os 2 anos de idade e nas horas de almoço costuma fazer birras. A mãe acha que é pelo facto de estarem todas as crianças juntas (crianças com várias idades).

A médica de Coimbra (infectologista) fez uma reunião com os pais do ATL (quando entrou no ATL em 1996), para que pudessem aceitá-lo. Os pais na maioria

aceitaram, com excepção de dois pais médicos, que optaram por tirar seus filhos do infantário.

A mãe de acolhimento também coloca a preocupação de convidarem o João a sair do ATL, visto que andam com constantes reclamações sobre o seu comportamento.

A mãe não tem nenhuma sugestão a fazer para a escola, nem para os hospitais e para o ATL. Apenas colocou que o João precisaria de uma pessoa que o atendesse individualmente no ATL, mas sabe que isso não é possível.

Desde que João mudou a medicação, pararam os sangramentos nasais.

Sessões com João

João apresentou-se inquieto, meio curioso, “falante”, porém com grandes dificuldades, meigo e muito receptivo, vindo-nos beijar assim que entrámos na sala de aula no nosso primeiro encontro.

Na sala de aula estavam 13 crianças e 2 professoras, sendo que uma presta atendimento diferenciado ao João, que realiza as mesmas actividades que as demais crianças, porém com muitas dificuldades.

João levanta-se várias vezes da carteira para mostrar a actividade que fez à professora e a alguns amigos, mas de acordo com a professora de apoio isto não é o normal de João e acrescenta dizendo que ele estava assim por ser uma actividade partilhada.

Nesta actividade de sala de aula, com geoplana (formas geométricas), João não reconheceu o triângulo desenhado no quadro de giz, mas desenhou o círculo.

A Professora de apoio segura a régua para que João dê os traços necessários para formar as figuras geométricas. Apresenta grandes dificuldades motoras.

O João geralmente não participa das aulas de educação física, pois os professores possuem receio que ele se venha a magoar e disseram que ele nunca quer participar. Então, pediu-se para assistir a uma aula de educação física.

Numa das nossas idas à escola, pudemos presenciar a aula de educação física e João logo quis participar, fazendo alguns exercícios junto com os demais colegas de sala. Mais uma vez, ficou patente a falta de coordenação motora de João na realização dos exercícios.

Passados dez minutos de aula, João começa com sangramentos pelo nariz. Os professores que assistiam à aula de educação física falaram que era normal e com muita tranquilidade atenderam o João. Pudemos averiguar que durante o contacto com o sangue a professora utilizou luvas descartáveis.

No nosso primeiro encontro a sós, pedimos ao João que fizesse um desenho sobre o que mais gosta de fazer na escola. Disse-nos que não gosta de nada, mas que gosta dos amigos Valter e Tatiana Santos (a professora disse que depois ele muda de nomes).

João pede-nos para que falemos alto, acredito que estava com dificuldades para compreender a nossa língua, visto que falamos português do Brasil. Procuramos então falar mais pausadamente e mais alto.

Em seguida, pedimos para que desenhasse o que mais gosta de fazer na sua casa e disse-nos que gosta de varrer a casa e começou a desenhar. Desenhou três círculos, logo a seguir amassou, rasgou o desenho e não quis fazer mais nada (a

professora disse que os desenhos do João são sempre círculos), disse que queria ir para o café (local próximo da escola, onde ele adora ir lanchar).

Como disse estar com fome, fomos ao refeitório da escola e enquanto lanchava, fomos mostrando um livro com numerais de 0 a 10. João reconheceu os números 3, 4 e 5.

Estava bastante agitado neste dia e a professora disse que ele teve médico no período da manhã e que a medicação foi alterada, ocasionando mudança no seu comportamento. A Professora também acrescentou que João está com a imunidade muito baixa, emagrecendo e bastante debilitado segundo o médico.

Fizemos muitas visitas à escola de João, mas a sua ausência era frequente devido ao seu debilitado estado de saúde. Perante essas dificuldades e outras que relatamos acima, foi inviável colhermos informações do João sobre a sua percepção da escola, da família e da sociedade como no Estudo 2/A. Nesse sentido, resolvemos aplicar alguns testes com João para que pudéssemos realmente comprovar sua idade mental.

Assim sendo, uma psicóloga credenciada fez a aplicação do teste WISC, período durante o qual ficamos observando o comportamento de João.

Avaliação Psicológica do João

Foi solicitada a avaliação psicológica do João, no sentido se poder melhor compreender o seu nível de desenvolvimento intelectual. Assim a criança, foi observada por uma psicóloga credenciada que realizou uma avaliação psicométrica, tendo para o efeito utilizado a Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – revisada, vulgo WISC (Simões & colaboradores 2003).

Este instrumento de avaliação da inteligência é constituída por duas sub-escalas: uma verbal e uma escala de realização ou de *performance* (ver anexo II - WISC).

A escala verbal é composta pelas seguintes sub-escalas: informação, compreensão aritmética, semelhanças, vocabulário e memória de dígitos. A escala de realização é constituída por complemento de gravuras, disposição de gravuras, cubos, composição de objectos, código e labirintos (sendo este último facultativo).

Aquando da observação, a criança apresentou várias dificuldades quer a nível da parte verbal e compreensão das perguntas, bem como ao nível da parte de execução das tarefas solicitadas, não conseguindo manter-se concentrado para poder realizar as tarefas devidamente solicitadas.

A avaliação global do Quociente de Inteligência da Criança (QI=IM (idade mental) /IC (idade cronológica) x100), apresentou valores abaixo da média, tendo em consideração a idade cronológica do João, sendo tais valores indicadores de debilidade mental. Tais resultados deverão ser considerados quando da realização de um plano de apoio ao nível do ensino especial e/ou integrado a esta criança.

Entrevista com a professora de turma e de apoio educativo

Quando questionadas se haviam recebido alguma formação promovida pela escola nos últimos três anos, ambas disseram que não. Perguntámos qual o entendimento delas sobre a SIDA e responderam dizendo que é uma doença grave, provocada por vírus que destrói as células/ defesa do organismo e realçam: *tratamos com naturalidade a SIDA, mas sabemos que ainda existe muito preconceito.*

Outra questão foi: como receberam em sua sala de aula uma criança seropositiva? A criança foi recebida na sala de aula sem qualquer diferença em relação aos outros. Colocam que João apresenta um défice cognitivo, problemas motores, de linguagem e fala, com hiperactividade associada pelo que o trabalho é adequado as dificuldades que revela.

Quando questionámos sobre a necessidade de trabalhos prévios nas escolas para receber crianças seropositivas, as professoras colocam que é sempre importante obter o máximo de informação possível. Acreditam que a escola tem que contribuir para a integração de todas as crianças, sejam ou não seropositivas e os professores precisam ter preparação para lidar com estas crianças e que elas sentem várias limitações a esse nível, ainda, que minimamente preparadas, pois nunca tiveram nenhum tipo de formação específica em VIH/SIDA.

Destacam que percebem que a questão da SIDA, em Portugal, está a ser alvo de um maior esclarecimento e vigilância sobre a doença. Os serviços de saúde estão mais equipados e preparados para o tratamento. A abordagem da temática VIH/SIDA nesta escola é feita em interdisciplinaridade por cada professor na sua turma ou em acções de sensibilização para toda a escola, mas afirmam: *não é fácil trabalhar temas como a sexualidade e a SIDA*. E, quando questionadas sobre o possível medo dos pais das outras crianças com relação a ter uma criança seropositiva em sala de aula, colocam que esta situação não surgiu na escola.

Por fim, realçam que João necessita de supervisão de um adulto, pois sofre de perdas de sangue pelo nariz e tem dificuldades motoras. Perguntámos também se contam com a colaboração do Ministério da Saúde e disseram que até o momento não foi pedida a colaboração.

CAPÍTULO VI
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objectivo da discussão dos resultados deste estudo é indicar aspectos da formação inicial e contínua relacionada com a Educação em VIH/SIDA e portanto, não pretendemos elaborar uma categorização ou classificação dos inquiridos, ou seja, dos alunos universitários em formação para professor e dos professores ou analisar cada item das escalas de forma individual ou exaustiva. A discussão ressaltará elementos relevantes para o desenvolvimento da formação em Educação em VIH/SIDA nas universidades e escolas envolvidas nesta investigação, bem com, nas demais interessadas.

De acordo com esta meta, a análise e discussão dos resultados identifica traços comuns ao mesmo tempo que destaca distinções entre conhecimentos, atitudes e percepções dos inquiridos face ao VIH/SIDA; procedimentos comuns a todos ou, ao contrário, casos isolados que demonstram novas e promissoras, mas ainda não generalizadas, práticas ou concepções da Educação em VIH/SIDA.

1. Estudo 1: Conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA

Como já referimos a amostra do Estudo 1 foi constituída por 800 sujeitos, sendo 400 alunos universitários em formação para professor, 200 no Brasil e 200 em Portugal e 400 professores da Educação para a Infância ao Ensino Secundário, também com 200 indivíduos de cada país.

Conhecimentos relativos ao VIH/SIDA

Um dos objectivos do nosso estudo prendia-se com a questão dos conhecimentos que os alunos universitários em formação para professor e os professores do Brasil e de Portugal têm em relação ao VIH/SIDA. Relativamente a esta temática, foi-nos possível apurar que a amostra do Brasil (alunos e professores) revela um maior conhecimento face ao VIH/SIDA, em relação a amostra de Portugal (alunos e professores). De facto, nos resultados expressos no Capítulo anterior verifica-se que o grupo do Brasil registou uma média de 19 pontos nas respostas à Escala Total de Conhecimentos sobre VIH/SIDA e o grupo de Portugal registou uma média de 17 pontos (recorde-se que a Escala Total de Conhecimentos se trata de um instrumento de avaliação desenvolvido para avaliar o grau de conhecimentos acerca do VIH/SIDA em edições educacionais e específicas, sendo composta por duas sub-escalas: Escala de Conhecimentos Gerais e Escala de Conhecimentos de Probabilidades de Transmissão, Quadro 27). Cabe relembrar também que a maior pontuação possível nesta escala é de 35 pontos.

Subdividindo e comparando os grupos (alunos e professores do Brasil e de Portugal), em relação à mesma escala (Quadros 27 a 31), temos com base nos resultados das análises inferenciais que, em média, os professores do Brasil (19 pontos) têm um maior conhecimento relativamente as probabilidades de transmissão, seguido dos alunos do Brasil (18 pontos), professores de Portugal (17 pontos) e os alunos de Portugal (16 pontos).

Nota-se que a amostra do Brasil (alunos e professores) teve um considerável número de acertos (superior a 50,0%), no entanto a amostra de Portugal (alunos e professores) acertou menos da metade das questões de toda a escala: conhecimento geral e probabilidade de transmissão.

Os resultados acima relatados acerca do conhecimento total relativos ao VIH/SIDA revelam-nos que a amostra do Brasil possui um percentual de acertos maior do que a amostra de Portugal. Parece-nos que a proposta do Ministério da Saúde do Brasil, com o Programa Nacional de Controlo das DST/SIDA está a surtir efeitos positivos, porém ainda longe do essencial. Pode-se dizer que o mesmo tem vindo a acontecer em Portugal através do Programa Nacional de Luta contra a SIDA.

Cabe ressaltar que em razão do acordo com o Banco Mundial, o Ministério da Saúde do Brasil passou a apoiar as acções de treinamento dos programas estaduais e municipais (trabalhando a nível local e regional), que aos poucos passaram a envolver universidades, acreditando que as crescentes e diversificadas necessidades de capacitação fossem melhor supridas (Ministério da Saúde, 1999). Uma outra consideração a fazer é o estímulo dado pelo Ministério da Saúde às universidades para participarem cada vez mais da realidade de saúde do País e a revisar e melhorar os conteúdos e práticas de ensino sobre DST e SIDA, nos cursos de graduação e pós-graduação.

A este respeito importa ressaltar, conforme informações do Programa Estadual de DST/SIDA (Santa Catarina, 2002), que o Estado de Santa Catarina (zona de pesquisa deste estudo no Brasil) conta com quatro Centros de Treinamento em Recursos Humanos em SIDA, que se encontram distribuídos em regiões estratégicas do Estado: UNIVALI (Universidade do Vale do Itajaí), UNISUL (Universidade do Sul de Santa Catarina), UNC (Universidade do Contestado) e UNOESC (Universidade do Oeste do Estado de Santa Catarina).

Conhecimentos Gerais (causas, sintomas, diagnósticos, efeitos e tratamentos)

Com base nas respostas da Sub-escala de Conhecimento Geral sobre o VIH/SIDA, a média do grupo do Brasil foi de 11 pontos e a de Portugal foi de 9 pontos (recorde-se que cada ponto era adquirido por cada resposta correcta na parte de conhecimento geral da escala, onde a maior pontuação possível era 18 pontos, Quadro 34).

Subdividindo e comparando os grupos (alunos e professores do Brasil e de Portugal), em relação a mesma sub-escala (Quadros 32 a 36), temos com base nos resultados das análises inferenciais, que em média os professores do Brasil (11 pontos) têm um maior conhecimento relativamente ao VIH/SIDA, seguido dos alunos do Brasil (10 pontos), professores de Portugal (10 pontos) e, por fim, estão os alunos de Portugal (9 pontos).

Verificámos, que todos os grupos possuem médias superiores a 50% de acertos das questões, com excepção dos alunos de Portugal. Identificou-se, igualmente, a falta de conhecimento de todos os grupos acerca do VIH/SIDA, essencialmente, nas questões 2, 3, 7 e 16 onde os percentuais de acertos foram menores.

A este respeito importa observar, através dos resultados, que tanto os professores como os alunos universitários em formação para professor não negam a existência da SIDA. Contudo, é essencial que recebam informações e orientações adequadas e que estas sejam reforçadas de modo a permitir que as mensagens essenciais sejam compreendidas. Desta forma, poderão adquirir um maior conhecimento e, assim, contribuir para o saber e mudanças de atitudes dos seus alunos e futuros alunos.

Probabilidades de Transmissão

Com base nas respostas da Sub-escala de Probabilidades de Transmissão sobre o VIH/SIDA, a média do grupo do Brasil foi de 8,04 e a de Portugal foi de 7,45 (recorde-se que a maior pontuação da sub-escala utilizada é de 17 pontos, Quadro 39).

Há situações e comportamentos que são susceptíveis de contágio, correctamente reconhecidas pela maioria dos inquiridos neste estudo, como por exemplo: a probabilidade de transmissão do vírus VIH através da mãe infectada para o bebé durante a gravidez/nascimento (questão 20) foi assinalada por 91,0% dos alunos e 93,0% dos professores. De acordo com Montagnier (1994), muitas das mulheres que se encontram grávidas só possuem conhecimento que são portadoras do VIH após o primeiro exame pré-natal. Outra questão abordada está relacionada com relações sexuais com um seropositivo sem a utilização de preservativo (questão 32), e foi respondida correctamente por 81,0% dos alunos e 84,0% dos professores inquiridos. No entanto, o contacto casual com um doente de SIDA é erradamente reconhecido também pela maioria dos indivíduos desta amostra como situações possíveis de transmissão do VIH, reveladas respectivamente pelas questões 21, 23, 26 e 33: beijar alguém que tem SIDA (alunos 75,0% e professores 77,0%), bem como, doar sangue (alunos 70,0% e professores 63,0%), receber sangue (alunos 96,0% e professores 97,0%) e ter relações sexuais com um seropositivo utilizando preservativo (alunos 74,0% e professores 76,0%).

Pelos resultados obtidos, notámos que não só o contágio pelo sangue, mas também o contacto casual, ainda cria dúvidas e promove a “desinformação” entre

os alunos e professores (Leão & Pereira, 2005; Nossa & Silvestre, 2005; Silvestre, 2005; André, 2005; Soriano & Leal, 1995).

Camargo & colaboradores (2001) deram indicações no sentido de que ainda há uma parcela considerável de jovens que apresentam alguns problemas de conhecimento em relação à transmissão sanguínea do vírus VIH. Também Cauldwell & colaboradores, em 2002, concluíram que cerca da metade dos professores envolvidos no estudo consideram que a doação de sangue pode ser responsável pela transmissão da infecção ao doador.

Acreditamos que presumivelmente a exposição ao sangue associada à SIDA seja vista como algo pavoroso e que coloque em situação de risco a condição sadia do sujeito, levando-se sempre em consideração que a primeira interpretação desta doença na história está relacionada a condutas condenáveis pela maioria da sociedade.

A este propósito lembramos que, como refere Jodelet (1998), este facto deve estar relacionado ao medo de doar e receber sangue, pois a representação do sangue e da SIDA estão associadas e ancoradas à contaminação e às falsas crenças.

O estudo de Almeida, Silva & Cunha (2005) conclui que ainda há uma percentagem importante de adolescentes que não tem conhecimento sobre as formas de transmissão da SIDA (82,0% do meio urbano e 86,0% do meio não urbano). O mesmo estudo acrescenta que este conhecimento sobre as formas de transmissão da SIDA é independente do meio de inserção dos adolescentes. Almeida & colaboradores (2005) ainda realçam que nenhuns dos 826 adolescentes inquiridos no seu estudo apresentaram grandes conhecimentos sobre as formas de transmissão do VIH.

Verificamos, assim, que os dados encontrados neste estudo estão de acordo com os dados encontrados por Cauldwell & colaboradores (2002); Almeida, Silva & Cunha (2005).

Consideramos que os três estudos, através de seus dados, reflectem uma mesma realidade, ou seja, a urgente necessidade de uma maior contribuição dos diversos sectores da sociedade, particularmente da educação, na prevenção da SIDA, no intuito de proporcionar uma informação adequada e constante aos seus alunos e professores. Tais necessidade de formação e educação para a saúde têm vindo também ser realçadas por vários autores (Pereira & Silva, 2002, 2006; Rodrigues et al., 2005; Mansinho, 2005; Nutebean, 1999).

Atitudes relativas ao VIH/SIDA (perante pessoas seropositivas em contextos educacionais)

Face à Escala de Atitudes, regista-se que menos da metade da amostra total se preocupa com um possível contacto casual com uma pessoa com SIDA, sendo 41,0% da amostra do Brasil e 56,0% de Portugal. No estudo realizado por Leão (2005), de um modo geral, os jovens não receiam frequentar locais públicos frequentados por pessoas infectadas pelo VIH, nem manifestam receio de vir a contrair o VIH/SIDA através de contactos sociais, tais como o aperto de mão.

Todavia, a grande parte dos indivíduos deste estudo colocam a importância dos estudantes com VIH ou SIDA serem autorizados a participar de todas as actividades do dia-a-dia de uma aula normal (86,0% Brasil e 94,0% Portugal). De salientar que 91,0% dos professores e alunos do Brasil e 93,0% da amostra de Portugal apoiam a inclusão da educação sobre SIDA no currículo da escola, onde estiverem a leccionar e 92,0% da amostra do Brasil e 95,0% da amostra de Portugal

discordam da afirmativa de que os professores poderiam ter o direito de recusar um aluno com VIH/SIDA na sua sala de aula (Quadro 18).

Assim como os dados dos estudos de Leão (2005) e de Matos et al. (2000), os dados encontrados neste estudo, demonstraram atitudes de complacência com as pessoas infectadas pelo VIH, sugerindo um relacionamento social com os indivíduos seropositivos, sem discriminação. No entanto, percebe-se, ainda, a necessidade de investimento em programas de informações sobre esta temática, propiciando maior integração dos seropositivos, particularmente em contexto educacional. A saúde mental dos indivíduos seropositivos e de todos os envolvidos nesse contexto poderá ser fomentada por uma participação activa de todos, complementada por uma correcta formação e apoios psico-sócio-económicos (Pereira, 2006).

Nesse sentido, destaca-se aqui o trabalho de Smith & Katner que, em 1992, concluíram que 72,0% da sua amostra mudaram de atitudes relativamente às pessoas com SIDA, tal como aos comportamentos de risco após a aplicação do programa educacional sobre SIDA desenvolvido por eles. O programa processava-se dois momentos: no primeiro era feita uma abordagem da SIDA (factos básicos do VIH/SIDA e histórias pessoais) e no segundo momento eram oferecidas aos alunos três propostas: sessão de questões-respostas, apresentação do caso de um jovem com SIDA ou uma actividade de *role playing*.

De igual forma, outros estudos tais como Pereira, 2007; Jardim e Pereira, 2006; Silva et al., 2002; Duque, 2002 tem vindo a realçar a importância da educação para a saúde e dos programas de intervenção a nível do desenvolvimento de competências promotoras da saúde mental.

Percepção sobre as Políticas Sociais e Educacionais em VIH/SIDA

Esta escala com 16 itens não foi apresentada como um questionário de “respostas certas ou erradas”, mas como um estudo confidencial e anónimo das percepções, opiniões e expectativas dos inquiridos alvo com relação as políticas sociais e educacionais frente ao VIH/SIDA.

Com base nas respostas da Escala de Percepção sobre as Políticas Sociais e Educacionais em VIH/SIDA, mais de metade de toda a amostra coloca a ineficiência dos programas públicos de prevenção à SIDA (57,0% Brasil e 56,0% Portugal), como também afirmam que as escolas do país ainda tratam com indiferença a existência da SIDA, sendo 81,0% dos inquiridos do Brasil e 76,0% da amostra de Portugal.

Cabe salientar que 70,0% dos professores e alunos do Brasil e 62,0% de Portugal concordam que nas escolas se verifica um quadro lamentável de ignorância, falta de preparo e indiferença ao VIH/SIDA e 86,0% da amostra brasileira e 89,0% da amostra portuguesa colocam que a falta de informação da comunidade escolar dificulta a integração de crianças portadoras do VIH (Quadro 21).

Assim como Mann, Tarantola et al. (1993) e Nossa (2001) colocam a importância da participação da sociedade em todas as fases do Programa Nacional de Luta contra à SIDA, acreditamos que para haver sucesso com os programas públicos, é preciso desenvolver parcerias entre os diversos sectores governamentais e não-governamentais no desenvolvimento de políticas para efectuação de programas eficientes, através de uma definição de uma política em

conjunto e com a participação permanente dos indivíduos afectados pelo VIH/SIDA.

Destaca-se também que 78,0% da amostra do Brasil e 71,0% da amostra de Portugal **discordam** da afirmativa de que os professores estão preparados para lidarem com crianças portadoras do VIH (Quadro 21, questão 6).

Destacamos também o alto percentual dos professores de Portugal (97,0%), bem como do Brasil (94,0%) sobre a importância de se ensinar a sexualidade aos jovens como meio de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à SIDA. Cabe ao professor ajudar as crianças e os adolescentes a terem uma visão positiva da sexualidade, sendo que 86,0% são professores Brasil e 90,0% são professores Portugal (Quadro 23).

Mesmo diante destes dados, Guimarães (1995) coloca que as práticas sociais demandam uma nova forma de se trabalhar na escola. A desmotivação e o desconhecimento do educador em relação à educação sexual fazem com que se optimizem debates e pesquisas direccionadas a uma visão inovadora. Através deste estudo, percebemos que os professores não se sentem preparados para interagir com os alunos, quando o assunto é sexualidade, particularmente VIH/SIDA. O educador possui ainda muitas dúvidas devido a sua própria formação e isso torna muito difícil o esclarecimento das incertezas dos seus alunos sobre o tema.

A este respeito importa ressaltar também outras questões como: professores devem trabalhar juntos, porque tratar a SIDA em apenas uma disciplina não resolve mais; é dever do professor ajudar as crianças e adolescentes a terem uma visão positiva da sexualidade; é tarefa do educador fazer com que os adolescentes desenvolvam a auto-estima e saibam fazer escolhas seguras. Essas afirmativas são

reconhecidas como necessárias respectivamente por 87,0%, 84,0% e 83,0% da amostra do Brasil e 86,0%, 89,0% e 96,0% da amostra de Portugal (Quadro 21).

Ao ser questionado sobre educação sexual, o professor não assume nada e qualquer posicionamento dado ocorre de forma ambígua. As escolas mantêm uma tradição conservadora e demonstram que a questão da educação sexual não está bem resolvida.

Contudo, como menciona Guimarães (1995), a escola tem a função de oferecer ao aluno um espaço de informação e formação, tanto no que diz respeito ao currículo escolar, quanto à sexualidade.

Acredita-se que as dificuldades para se atingir os objectivos desejados em aulas de educação sexual e SIDA, realizadas nas escolas, talvez surjam devido à pouca preparação do professor – no que diz respeito aos conhecimentos da sexualidade – assim como às próprias dificuldades historicamente relacionadas ao assunto. Isso, conseqüentemente, impede por vezes a sua abertura a respeito do tema.

Remédio (1996), em seu estudo, relata que a falta de informação e de formação dos professores para abordar questões íntimas juntamente com a inadequação dos conteúdos programáticos e extensão dos programas em educação escolar para a saúde sobre SIDA são os principais obstáculos à viabilização da abordagem da SIDA pelos professores, junto dos seus alunos.

Escola e VIH/SIDA

Recorde-se que a Escala Escola e VIH/SIDA foi composta por 11 questões (preconceito, contacto com crianças seropositivas, dificuldades enfrentadas no

trabalho com crianças seropositivas e formação sobre VIH/SIDA), sendo o tipo de resposta solicitada nesta escala a dicotómica (sim/não). Cabe lembrar também que este inventário foi elaborado por nós, no intuito de completar as demais escalas e perceber o contacto e atitudes que os inquiridos tem e/ou tiveram com pessoas seropositivas.

Conforme a amostra de alunos, face aos itens da Escala Escola e VIH/SIDA (Quadro 25, questão 3), a grande maioria dos alunos inquiridos (95,0%) e dos professores (96,0%) afirmam que aceitam uma criança seropositiva na sua sala de aula. Perante este dado, verificamos que o número de alunos/futuros professores e professores são sensíveis a esta temática, contribuindo, assim, para a integração da criança seropositiva e sua melhor qualidade de vida. A este propósito, apraz-nos lembrar Aquino (1998), o qual destaca a importância de se transformar o receio, a dúvida, o preconceito e os mitos em informação correcta.

Lopes (2006) em seu estudo “Sexualidade dos adolescentes e VIH/SIDA: conhecer para educar” revela o baixo número (4,0%) de respondentes que afirmam conhecer alguém infectado com o VIH. Ressalta-se os dados encontrados neste estudo (14,0% Brasil e 0,5% Portugal), mostra o baixo número da amostra portuguesa que tem conhecimento de uma pessoa seropositiva na sua escola (Quadro 24, questão 9).

Importa referir também que a nível da formação inicial 367 inquiridos não procuraram e não tiveram qualquer tipo de informação sobre o VIH/SIDA em nenhuma disciplina na Universidade, sendo 42,0% da amostra do Brasil e 50% da amostra de Portugal (Quadro 24, questão 8). Além destes dados, a nível da formação contínua, os resultados também são assustadores, pois 344 indivíduos da amostra total não obtiveram qualquer tipo de conhecimento ou abordou

temáticas sobre o VIH/SIDA ao longo da sua formação, sendo 38,0% do Brasil e 47,0% de Portugal (Quadro 24, questão 7).

Pode-se considerar o percentual mais elevado dos professores do Brasil, relativamente ao conhecimento sobre o VIH/SIDA, de respostas correctas nas escalas propostas neste estudo, visto a maior quantidade de formações nesta área, onde mais de 60,0% dos professores do Brasil tiveram formação inicial e contínua, ao longo das suas vidas sobre VIH/SIDA, diferente da amostra de professores de Portugal que não chegou aos 40,0% (Quadro 26, questão 8).

De ressaltar que uma razoável percentagem de indivíduos 11,0% já havia trabalhado com alguma criança e/ou adolescente seropositivo no decorrer da sua profissão, sendo 8,0% da amostra do Brasil e apenas 3,0% da amostra de Portugal.

Assinalando ainda que a par da ausência de formação sobre o VIH/SIDA, foi elevado o número de indivíduos que apontaram como sugestão a necessidade de terem informações sobre esta temática, quer a nível pedagógico, quer a nível científico.

Tal como já verificámos pela revisão crítica da literatura, a SIDA foi construída por um universo de metáforas diante da vulnerabilidade a uma doença fatal, da culpabilidade e condenação atribuída aos chamados “grupo de risco” do início da epidemia, onde o pânico e o medo invadiram a sociedade. Por isso, acreditamos que com o aumento do conhecimento a respeito da doença e seu tratamento, nas formações aos alunos universitários em formação para professor e aos professores, possibilitará que esta doença tão carregada de significados possa ser considerada apenas uma doença, como já aconteceu com outras, como por exemplo: a sífilis e a tuberculose. Isto não nos desresponsabiliza de denunciarmos

e contestarmos todo este universo que discrimina e estigmatiza seus portadores, pois somente uma acção política e social poderá mudá-las (Meirelles, 1998).

Exceptuando-se as manifestações dos respondentes neste estudo, a falta de formação inicial para o trabalho com a Educação em SIDA é uma das constantes mais notáveis com relação à preparação profissional. Tanto os alunos em formação para professor, bem como os professores realçam, sobretudo, a falta de uma adequada formação.

2. Estudo 2: Estudo de Caso

Como já se referiu anteriormente, o segundo estudo (Estudo 2) traz um estudo de caso de uma criança seropositiva brasileira (Estudo 2/A) e de uma criança seropositiva portuguesa (Estudo 2/B).

A convivência com a criança brasileira e a portuguesa referente a sua seropositividade e o seu contexto educacional, social e familiar, permitiu-nos perceber que há diferenças importantes entre elas.

Este trabalho de caracterização, através da percepção da criança infectada e afectada pela SIDA, permitiu atender ao objectivo inicial de conhecer melhor os indivíduos que estão inseridos neste contexto, com as suas habilidades e dificuldades, bem como as necessidades das crianças seropositivas em contexto educacional.

Embora ainda seja reduzido o número de pessoas que se dedicam ao estudo da criança seropositiva, não devemos esquecer que as crianças constituem um tema, que pode e deve ser estudado especificamente, com uma dimensão particular, fruto da sua visão de mundo, adquirida e traduzida a partir da sua

realidade, não apresentando necessariamente uma mera reprodução do mundo dos adultos (França-Junior; Doring & Stella, 2006).

Ambas as crianças, do Estudo A e do Estudo B, estudam em escolas públicas (3ª série de Educação Básica), são de famílias carentiadas, não moram com os seus pais biológicos e têm dez anos de idade. No entanto, a idade cronológica da criança portuguesa não condiz com a sua idade mental.

Numa relação comparativa entre as crianças, nota-se que ambas possuem características semelhantes.

Procuramos apresentar alguns resultados relativos à integração das crianças seropositivas, quer do Brasil, quer de Portugal na escola e como esta integração é perspectivada pela instituição escolar, pela família e pela comunidade. Depois, procurou-se recolher, de forma mais sistemática, alguns dados que foram sujeitos à análise e interpretação, permitindo averiguar os resultados deste trabalho.

A análise das entrevistas com os responsáveis pela família, quer na escola, na família ou na casa de acolhimento, permitiu visualizar um perfil da criança brasileira, que passamos a descrever como uma criança considerada *abandonada, carente, sem futuro, sem limite, revoltada e violenta* e da criança portuguesa como *meiga, dócil, frágil, mas sem perspectivas de futuro*.

Através das observações e das entrevistas aos inquiridos, pode-se verificar que a situação de ser portador do VIH é uma realidade complexa com a qual é difícil lidar.

Abordar a criança e o seu estado serológico é abordar o “medo” e o “segredo” em relação à SIDA. Assim, para entender o porquê do silêncio em relação à doença, Pádua (1986) coloca que a conduta das pessoas é gerada pelo

estigma da doença. Da mesma forma, Hanan (1994) nos seus estudos revela que o que contribui para o distanciamento dos indivíduos é o facto de ainda vigorar o medo do contágio e grande parte da sociedade associar a doença a condutas e práticas sexuais desviantes ou promíscuas. Percebe-se, todavia, que se destaca nas entrevistas do estudo de caso da criança brasileira, uma tentativa de distanciamento de pessoas da própria família e de outras pessoas da convivência social da criança.

A partir da fala dos inquiridos neste estudo, percebe-se que conviver com uma pessoa seropositiva, seja na escola ou na comunidade é movimentar-se para além das extremidades físicas que a doença manifesta, sendo boa parte desta discriminação produto dos estereótipos da doença, que foram veiculados principalmente pelos meio de comunicação, os quais acabaram por marcar a pessoa que vive com SIDA como alguém fisicamente debilitado, passível de contaminação e solitário (Guimarães, 1998).

Percebeu-se nos dois estudos de caso que a ausência de formações com os profissionais da escola é uma realidade presente na sociedade brasileira e portuguesa. Assim sendo, acredita-se que há uma indispensável necessidade de se desenvolver trabalhos de formação na escola e na comunidade, pois existe muitas instituições de ensino afirmando que abordam o tema Sexualidade – Infecções Sexualmente Transmissíveis e SIDA, mas o que se nota na realidade é que existe apenas a veiculação de informações esporádicas, vazias e, muitas vezes, insignificante para os educandos.

Por outro lado, não podemos deixar de destacar a boa integração da criança portuguesa em meio escolar, divergindo da criança brasileira.

Mesmo com as suas limitações de saúde (défice cognitivo, problemas motores, de linguagem/fala, hiperactividade, baixa imunidade relativamente ao VIH 1 e VIH 2), João é muito bem aceite por toda a comunidade escolar onde se encontrava inserido. No entanto, cabe ressaltar que João, assim como Maria Eduarda, também já foi vítima do preconceito numa escola que frequentou anteriormente.

Ao considerarmos o preconceito como uma das principais dificuldades enfrentadas pelas crianças infectadas e afectadas pela SIDA hoje, e corroborando Ventura (2000); Parker (1997) e a UNAIDS (1999), a escola é um dos essenciais centros para a educação no sector de saúde, acreditamos que ao criar-se esse espaço de socialização do saber, estaremos a contribuir para a promoção e divulgação de medidas preventivas ao combate à SIDA, bem como a integração das crianças seropositivas na sociedade.

A este propósito lembramos que, como refere Guimarães (1995) e Nóvoa (1992), a escola permite um espaço de laços subjectivos, bem como a formação de valores, emoções, competências intelectuais e sociais. Assim sendo, é um lugar privilegiado para mudança de atitudes, comportamentos, questionamento e aprendizagem, em parte pelo facto da criança permanecer lá por muitos e muitos anos. A este propósito, percebe-se a importância de se discutir temas da sexualidade, como as Doenças Sexualmente Transmissíveis e a SIDA, ligadas aos interesses dos alunos, levando-os a um conhecimento da doença, suas formas de contágio, de prevenção e de solidariedade para com os infectados. Vejamos a opinião das crianças:

Eu não gosto mais de ir para a escola, porque chegando lá, ninguém quer ficar comigo (criança brasileira).

João ao referir-se à escola: *Não gosto de nada, mas gosto do Valter e da Tatiana* S. (criança portuguesa).

Se de um lado estão as limitações que dificultam a actuação dos professores, funcionários e familiares, de outro lado podemos ver que a escola é o espaço em que a criança espera receber o apoio e a ajuda que precisa para se localizar na sociedade e para se desenvolver, nos vários aspectos: físico, emocional, intelectual, social e também sexual.

Desta forma, Guimarães (1995) coloca a importância da escola e da família estarem unidas para melhor deliberar sobre este assunto e proporcionar as crianças oportunidades de exercer julgamentos, assumir compromissos e realizar condutas relativas à sexualidade, como parte natural de sua vida.

No entanto, não se pode deixar de ressaltar que a afectividade caminha junto à sexualidade. O desenvolvimento pessoal resulta de uma trama em que se encontram e se constroem inteligência e afectividade. Da mesma forma que João, Maria Eduarda, em sua fala destaca a importância da afectividade através do amigo.

Por isso que não fico em sala de aula, se tivesse amigo era diferente! (criança brasileira).

A este respeito, pode-se dizer que a vida afectiva progride no sentido da incorporação de elementos elaborados pela inteligência. Assim, o avanço da inteligência cria exigências cada vez maiores à afectividade e, por conseguinte, à sexualidade.

Depois a professora diz que tudo é minha culpa, dá mesmo vontade de quebrar tudo (criança brasileira).

Referenciando Barbosa (1998), as dificuldades de aprendizagem que as crianças e os adolescentes apresentam, estão na sua maioria associadas a comportamentos julgados, pelos pais e/ou pela escola, como socialmente inadequados. Tais comportamentos podem aparecer como causa da dificuldade de aprendizagem, ou mesmo como sua consequência.

A mesma autora afirma que crianças que apresentam carências afetivas e inseguranças se defendem, utilizando comportamentos não aceitos pelo seu grupo familiar ou pela sua comunidade. Refere ainda que, esta defesa se manifesta em condutas de dependência excessiva, medos exagerados, manifestações de raiva excessiva, acompanhadas de agressão ou auto-agressão e de baixa tolerância à frustração.

Para Pain (1992), a aprendizagem humana é determinada pela interação entre indivíduo e o meio, onde participam os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Neste sentido, a psicopedagogia procura compreender, de forma global e integrada, os processos cognitivos, emocionais, sociais, culturais e orgânicos que interferem na aprendizagem, a fim de possibilitar situações promotoras da aprendizagem na sua totalidade.

Através do trabalho de campo realizado, nota-se que a descoberta da doença pela criança se dá muito mais por meio dos sinais do cotidiano (conversa com os amigos na casa de acolhimento, na escola, idas aos hospitais, medicações, entre outras) que a criança é capaz de obter do que por intermédio da mãe ou de alguém responsável pela criança. Existe, na realidade, uma espécie de “pacto” em torno do silêncio. Por um lado, do familiar responsável que suspeita que a criança se tenha apercebido de algo, em virtude das evidências, e por outro, da criança que desconfia e/ou sabe, mas finge que não sabe.

Por isso, a sexualidade, assim como a inteligência, será construída a partir das características singulares e da sua articulação com o meio e a cultura (Sayão, 1977).

A escola, ao fugir deste assunto, reforça a ideia de que a sexualidade não é objecto de conhecimento, de que não faz parte da educação. Desta maneira, mantém a desinformação dos seus alunos, reforçando a noção que a sexualidade é ainda “tabu”, não contribuindo para uma visão positiva da mesma.

Por fim, pode-se referir, com base na nossa percepção através dos contactos realizados (observações e entrevistas), que a criança brasileira demonstrou-se com um bom nível de inteligência, mas com dificuldades afectivo-emocional (ligadas à auto-estima e auto-imagem) que interferem no seu relacionamento interpessoal, prejudicando o seu aproveitamento escolar e a falta de profissionais qualificados para lidarem com crianças que necessitam de um atendimento individualizado e a criança portuguesa está muito bem inserida na escola e na família de acolhimento, necessitando de apoio psicopedagógico individualizado no ATL e na escola.

Neste sentido, foi sugerido atendimento psicopedagógico e psicológico individual de duas vezes por semana, incluindo a presença da avó no último atendimento de cada mês para a criança brasileira e atendimento de apoio individualizado na escola e no ATL para a criança portuguesa. Para além destes acompanhamentos foi sugerido que se invista na formação inicial e contínua dos educadores a nível da Saúde e Bem-Estar dos alunos, particularmente na área de educação e integração de crianças infectadas pelo VIH, visando a construção de um processo sistemático, uma intervenção qualitativa, e proporcionando espaços de reflexão para que estas crianças, que vivem sob o estigma do vírus VIH/SIDA,

possam superar dificuldades e preconceitos reais que giram em torno desta temática e viverem, assim, de forma saudável e tranquila.

Diante desta realidade, torna-se fundamental o desenvolvimento de programas específicos de intervenção junto das instituições educacionais e/ou casas de acolhimento, que lidam directamente com estas crianças.

Salientamos uma reflexão mais abrangente e questionadora.

É preciso parar por um instante para pensar no discurso e na prática, e perceber as lacunas onde podemos trabalhar. A criança pede urgência, precisa de urgência, por quanto tempo será criança? Por quanto tempo terá esperança? Quem trabalha ou conhece a realidade de abrigos de criança e adolescentes, sabe que em muitos rostinhos já há marcas de desesperança, já existe a dúvida “Será que eu tenho algum valor?”. Por quanto tempo continuaremos a filosofar sobre o quanto é preciso fazer algo, sem de facto fazê-lo? Por quanto tempo encontraremos vítimas e réus, sem ao menos nos sentir responsáveis por uma parte da história? (Nunomura e Rossi, Revista Veja, 2000)

Discussão/Síntese dos Resultados

Relativamente aos dados obtidos nesta pesquisa, podemos expressar que estes já foram comentados, analisados e discutidos. Trata-se agora de sintetizar e relacionar globalmente o Estudo 1 e o Estudo 2 desta investigação, procurando encontrar pontos que nos pareçam importantes para melhor compreendermos a formação inicial e contínua, em VIH/SIDA, adquirida pelos professores do Brasil e de Portugal, com vista à integração da criança seropositiva em contexto educacional.

Sublinhar a questão das problemáticas da SIDA, especificamente a formação docente em VIH/SIDA, não é fácil. Contudo, propor a reflexão sobre a

formação inicial e contínua, é fundamental nos dias de hoje, visto que a realidade actual nos confronta com crianças seropositivas em nossas salas de aula.

A criança é sujeita a preconceitos de todos os tipos. “Infelizmente”, sabe-se que grande parte deste preconceito, desta discriminação é consequência da falta de conhecimento sobre as questões que envolvem o VIH/SIDA.

No decorrer destes estudos, percebemos que grande parte dos inquiridos não possuía um bom grau de conhecimento em relação ao VIH/SIDA. Mesmo os sujeitos do Brasil, que demonstraram um grau mais elevado de conhecimento, em relação ao grupo de Portugal, acertaram, em média, apenas 50,0% das questões referidas no questionário sobre conhecimentos.

A falta de uma formação adequada, versando a questão da SIDA é apontada pela grande maioria dos sujeitos do Brasil e de Portugal, dificultando assim o envolvimento dos professores numa prática educativa em que englobe a integração da criança seropositiva na escola, objectivo principal deste estudo.

De referir, ainda, que no Estudo 2, ao observarmos as duas criança (brasileira e portuguesa) e através das entrevistas com os envolvidos no estudo de caso, foi notória a falta de formação sobre VIH/SIDA dos profissionais da educação.

CAPÍTULO VII
CONCLUSÕES

CAPÍTULO VII - CONCLUSÕES

Este capítulo tem como finalidades: i) apresentar as principais conclusões obtidas neste estudo, no sentido de melhor compreender o conhecimento e as atitudes dos professores e alunos em formação para professor com crianças seropositivas em contexto educacional; ii) relatar a aceitação por parte dos professores e alunos em formação para professor da criança seropositiva em sala de aula; iii) sistematizar as implicações do actual nível de conhecimento e atitudes em relação à SIDA dos professores e dos alunos em formação para professor; iv) demonstrar a importância de um programa psicopedagógico de suporte ao professor, no desenvolvimento da criança seropositiva em contexto educacional e v) mencionar sugestões quer para a melhoria da formação dos professores, quer para investigações futuras que se venham a realizar no seguimento do nosso estudo, de modo a potenciar a contínua melhoria deste tipo de formação.

A resposta ao item (iv) será sistematizada através do programa proposto neste estudo e que será apresentado ao final da conclusão (ponto 5). As demais questões serão, de seguida, sumariadas e respondidas fundamentalmente a partir dos resultados obtidos no estudo empírico.

Pelo facto de estarmos a trabalhar com seres humanos, muito vulneráveis, que implica comportamentos que não são possíveis de generalizar, cabe aqui, reafirmar que em nenhum momento deste estudo, de natureza exploratória, se teve o propósito ou a pretensão de se tecer qualquer tipo de generalização sobre os resultados obtidos, mas sim de fomentar reflexões e discussões sobre a questão, além de incentivar as mudanças de atitude e comportamento necessários na população por nós investigada.

1. Principais Conclusões

Estamos a terminar este nosso trabalho, o qual julgamos ter contribuído para a mudança de atitudes e de comportamentos, no sentido de fomentar a integração da criança seropositiva na escola e na sociedade, bem como sensibilizar todos aqueles que directa ou indirectamente apostam na formação completa do aluno enquanto pessoa.

Concretamente no capítulo 5 e 6, apresentou-se e discutiu-se o conjunto de dados obtidos neste estudo, a partir de variadas técnicas de recolha de dados (inquéritos por questionário, entrevistas e observações).

Do referencial teórico desenvolvido, assim como no conjunto dos resultados obtidos no estudo empírico, procurou-se dar respostas ao problema, finalidades, questões e objectivos definidos na Introdução.

Retomamos agora o conjunto de objectivos:

- identificar junto de professores e alunos em formação inicial para professor os conhecimentos e as atitudes que os mesmos têm acerca de saber lidar com crianças com VIH;
- comparar os conhecimentos e as atitudes face ao VIH/SIDA dos professores do Brasil (na Zona de Florianópolis – Região Sul do país e capital do Estado de Santa Catarina) e os de Portugal (na Zona Centro - Aveiro);
- comparar os conhecimentos e as atitudes face ao VIH/SIDA dos alunos em formação para professor no Brasil (na Zona de Florianópolis) e para professor em Portugal (na Zona Centro - Aveiro);

- realizar um estudo de caso da criança infectada com o VIH/SIDA, identificando qual o tipo de atendimento que recebem (no Brasil e em Portugal);
- desenvolver um programa específico de intervenção psicopedagógico para professores e futuros professores para apoio à crianças com VIH.

Perante estes objectivos realizamos dois estudos: Estudo 1 (Conhecimentos e Atitudes frente ao VIH/SIDA e Necessidade de Formação em VIH/SIDA) e Estudo 2 (Estudo de Caso com Crianças Seropositivas), os quais nos permitiram chegar as seguintes conclusões:

Relativamente ao **Estudo 1**:

Na inquirição dos 800 sujeitos, sendo 400 do Brasil (200 alunos universitários em formação para professor e 200 professores/educadores de infância ao ensino secundário) e 400 de Portugal (200 alunos universitários em formação para professor e 200 professores/educadores de infância ao ensino secundário), destacamos, os resultados mais relevantes encontrados na presente contribuição empírica:

Dados obtidos revelaram que ao nível da formação inicial, 45,9% (n=367) dos inquiridos não procuraram e não tiveram qualquer tipo de formação sobre o VIH/SIDA em nenhuma disciplina na Universidade.

Uma razoável percentagem de indivíduos do Brasil e de Portugal, 11,0% (n=88) já havia trabalhado com alguma criança e/ou adolescente seropositivo e 96,5% (n=772) concordaram que é fundamental o desenvolvimento de programas

de intervenção junto das escolas sobre o VIH/SIDA, sendo 48,0% (n=384) de Portugal e 48,5% (n=388) do Brasil.

Assinalando ainda que a par da ausência de formação sobre o VIH/SIDA, foi elevado o número de indivíduos que apontaram como sugestão a necessidade de terem informações sobre esta temática quer a nível de formação inicial, quer a nível de formação contínua.

A formação adequada dos profissionais, com relação ao tema abordado, foi considerada pelos sujeitos como importante para a apreensão dos conhecimentos.

Os inquiridos deste estudo mostraram-se sensíveis a esta temática, pois 94,2% (n=754) disseram aceitar uma criança seropositiva em sua sala de aula.

É importante salientar que nos últimos três anos, apenas 1,9% (n=15) dos sujeitos inquiridos neste estudo participaram de cursos referente à educação sexual e DST/SIDA.

O contacto casual com um doente de SIDA é erradamente reconhecido pela maioria dos indivíduos desta amostra, como situações possíveis de transmissão do VIH: 46,5% responderam que trabalhar perto de alguém com SIDA e 72,0% acredita na contaminação através do beijo em um doente de SIDA e comer num restaurante onde o cozinheiro tem SIDA (77,5%). Além disso, 72,0% acredita na possibilidade de ser contaminado ao partilhar pratos, talheres ou copos com alguém com SIDA.

Há situações e comportamentos que são susceptíveis de contágio e são, correctamente, reconhecidas pela maioria dos professores: 96,5% sabe que é possível o contágio através de uma mãe infectada com VIH ao bebé durante a gravidez e/ou nascimento.

Um outro aspecto que sobressaiu nos resultados encontrados neste estudo foi o facto de que mais da metade (67,5%) dos professores da amostra de Portugal consideram que as escolas do país ainda tratam com indiferença a existência da SIDA.

Os programas públicos de prevenção à SIDA são identificados por 54,5% dos professores como ineficientes, sendo que a falta de informação da comunidade escolar dificulta a integração de crianças portadoras do VIH (88,5%).

A falta de informação da comunidade escolar, especialmente dos profissionais da escola sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA, é um dos maiores obstáculos ao progresso das questões referidas as crianças seropositivas.

O grande desafio é reconhecer a dificuldade, questionar e manter-se informado relativa à temática VIH/SIDA, visto ser uma necessidade emergente, perante a actual realidade.

Este trabalho é um exemplo de que a informação, como unidade de ensino, é necessária para a reformulação das práticas utilizadas desde há muito tempo.

Estudo 2 (estudo de caso)

Nesta etapa correspondente ao Estudo 2, ficou evidenciado que as adversidades enfrentadas pela criança, neste caso, são ainda hoje causa de exclusão social, impossibilitando a sua integração no processo educacional, sugerindo-se a necessidade de uma intervenção psicopedagógica e clínica eficazes, bem como a intervenção ao nível dos contextos da escola e da comunidade.

A análise das entrevistas com os responsáveis da criança do Brasil, quer na escola, na família ou na casa de acolhimento, permitiu visualizar um perfil desta

criança, que passamos a descrever como uma criança considerada *abandonada, carente, sem futuro, sem limite, revoltada e violenta*.

Através das observações e das entrevistas dos inqueridos, pode verificar-se que a situação de ser portador do VIH é uma realidade complexa com a qual é difícil lidar.

Percebe-se, todavia, que se destaca nas entrevistas uma tentativa de distanciamento de pessoas da própria família e de outras pessoas da convivência social da criança. Da mesma forma, Hanan (1994) nos seus estudos revela que o que contribui para o distanciamento dos indivíduos é o facto de ainda vigorar o medo do contágio e grande parte da sociedade associar a doença a condutas e práticas sexuais desviantes ou promíscuas.

Através deste estudo, pode-se confirmar que o estigma na criança seropositiva ainda está muito presente, quer no âmbito escolar, quer na comunidade ou na sociedade em geral.

Entretanto, é preciso avultar que a prática pedagógica do docente, bem como o seu entendimento do desenvolvimento da doença e as relações de afectividade entre professor e aluno são fundamentais para que a criança seropositiva se sinta apoiada e integrada socialmente.

A necessidade de se desenvolver trabalhos de formação na escola e na comunidade é fundamental. Existe, na verdade, muitas instituições de ensino afirmando que abordam o tema Sexualidade – Doenças Sexualmente Transmissíveis e SIDA, mas o que ocorre na realidade é apenas a veiculação de informações esporádicas, vazias e, muitas vezes, insignificante para os educandos.

Considerando a escola um dos principais centros para a educação no sector de saúde, e ao criar esse espaço de socialização do saber, estaria a contribuir para a promoção e divulgação de medidas preventivas ao combate à SIDA (UNAIDS, 1999; Parker, 1997; Ventura, 2000), visto que o preconceito é a maior barreira nessa luta.

Reflectir acerca das implicações da integração escolar da criança seropositiva foi o grande objectivo deste estudo, na possibilidade de se abrirem espaços de reflexão na escola, essenciais para a percepção de desafios que este novo tipo de população escolar lhes coloca e para a importância da realização das necessárias transformações, quer a nível dos comportamentos e atitudes, quer a nível da organização.

2. Limitações do Estudo

Nesta secção são apresentadas as principais limitações do estudo

Sendo um estudo de carácter exploratório este apresenta limitações das quais somos conhecedoras e que nos leva a interpretar cuidadosamente os resultados encontrados.

Fazendo uma análise crítica de todo o procedimento, parece-nos que poderiam/deveriam ter sido fomentados momentos, tais como ter sido feitas entrevistas aos alunos universitários em formação para professor e aos professores, no sentido de melhor aprofundarmos os conteúdos dos questionários.

Também do ponto de vista metodológico, o facto da Escala de Conhecimentos sobre o VIH/SIDA e da Escala de Atitudes relativa ao VIH/SIDA terem sido traduzidas e adaptadas por nós. Já no caso da Escala Sociedade, Escola

e VIH/SIDA e da Escala Escola e VIH/SIDA e das entrevistas realizadas no Estudo 2, tratam-se de instrumentos que foram construídos por nós propositadamente para este estudo. Presumivelmente não havendo aferição tanto para a população brasileira como para a população portuguesa, como já referimos anteriormente, os dados encontrados a partir da aplicação dos vários instrumentos deverão ser lidos com as precauções devidas aos estudos de natureza exploratória.

Apesar das limitações referidas, espera-se que as conclusões deste estudo sejam levadas em consideração por todos aqueles que intervêm directa ou indirectamente com a educação e que sejam um contributo na qualidade de vida das crianças seropositivas.

3. Implicações

Salientamos algumas implicações de natureza prática, com particular ênfase para as Políticas Educativas e formação inicial e contínua do professor:

- identificar adequadamente os objectivos e as necessidades da prática profissional e da sua realidade escolar;
- preparar material necessário para estudo e elaborar formas de aprendizagem para os educandos, relativo ao tema do estudo;
- solicitar auxílio aos órgãos e instituições competentes para que possam dar esclarecimentos sobre as possíveis dúvidas surgidas relativas ao VIH/SIDA;
- investir na formação inicial e contínua dos educadores e professores a nível da educação para a saúde, para assim melhorar a qualidade do apoio a crianças infectadas pelo VIH.

4. Sugestões para Investigações Futuras

As sugestões que apresentamos nesta secção referem-se a duas dimensões, a saber; quer a melhoria da formação dos alunos em formação para professor e dos professores, quer para investigações futuras que se venham a realizar no seguimento do nosso estudo, de modo a potenciar a formação inicial e a contínua melhoria deste tipo de formação.

Quanto à melhoria da formação dos alunos em formação para professor e dos professores em VIH/SIDA:

Tendo em conta o referencial enquadrador deste estudo, as práticas de formação a serem eventualmente seguidas, ao se iniciarem ciclos de formação dos alunos em formação para professor e dos professores devem incluir momentos de discussão e negociação dos indicadores percebidos como indispensáveis para o tipo de formação em causa. Só assim se aprimora, por um lado o próprio referencial elaborado e, por outro, se comprometem os intervenientes no processo de formação inicial e contínua.

Relativamente à dimensão da investigação emergem do nosso estudo as seguintes orientações de trabalho:

Tal como se enunciou no resumo desta Tese, serve de exemplo, como primeira sugestão, a aplicação do programa e o acompanhamento sistemático do impacto do programa quer a nível de formação inicial, quer a nível da formação contínua dos professores, a curto, médio e longo prazo.

A replicação do estudo a outras instituições de Ensino Superior, bem como a outras instituições de Ensino Básico e Secundário permitiria um maior

conhecimento dos comportamentos e atitudes dos alunos em formação para professor e dos professores face ao VIH/SIDA e, simultaneamente, a aferição dos instrumentos para as populações deste estudo (brasileira e portuguesa).

Já não do ponto de vista metodológico, mas no que concerne a aplicação do programa por nós proposto, possibilitaria uma avaliação da eficácia do mesmo e a sua divulgação junto, nomeadamente dos Coordenadores dos Cursos Universitários de Educação de Infância e do Ensino de 1º Ciclo e dos Directores de Escolas, onde poderia surtir algum efeito ao nível da desejada formação em VIH/SIDA.

5. Proposta de um Programa de Suporte Psicopedagógico ao Professor

Apesar de “se passar 4 anos na Universidade e nunca se ter ouvido falar em crianças com VIH/SIDA”, como disse um dos Alunos do Curso de Pedagogia do Brasil (Equivalente ao Curso Superior do Ensino de 1º Ciclo de Portugal), verificou-se que há interesse e motivação por parte dos alunos em formação e professores em saberem lidar com o tema em questão. Por isso, e também pelos argumentos apresentados aquando o desenvolvimento do referencial teórico enquadrador do nosso estudo, surge a nossa proposta de um Programa de Suporte Psicopedagógico ao Professor.

O programa “Tenho um aluno com SIDA, e agora?” foi desenvolvido para ser implementado em formações de professores e alunos universitários em formação para professor. Através deste projecto pretende-se que os professores e alunos universitários em formação para professor adquiram conhecimentos acerca do VIH/SIDA e competências para lidar com crianças seropositivas. A escolha pelo

público-alvo a ser aplicado este programa prende-se com o facto de se acreditar que a falta de informação e falta de preparo dos profissionais da educação dificultam a integração e a socialização das crianças que vivem com VIH/SIDA em contexto escolar.

Espera-se que este programa tenha não só potencialidades para orientar os professores e alunos universitários em formação para professor das Escolas e Universidades por nós inquiridas, mas também de outras instituições preocupadas com a qualidade de vida das crianças seropositivas.

5.1 Objectivos do programa

O avanço da epidemia da SIDA impõe aos professores uma formação contínua e emancipadora. Pensando nisto, o Programa “Tenho um aluno com SIDA, e agora?” tem como objectivo principal transmitir um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos acerca do VIH/SIDA em crianças, com a finalidade de integrar e socializar a criança seropositiva em contexto escolar.

Pretende-se que as acções de formação/qualificação dos alunos universitários em formação para professor, bem como dos professores das diversas áreas sejam numa linguagem simples, desenvolvida por acções práticas, com dinâmicas de grupo apropriadas para estimular debates, reflexões e tomada de novas atitudes perante o aluno com SIDA e situações decorrentes com o tema em questão.

Como objectivos específicos pretendemos:

- aumentar o nível de conhecimentos, a nível das teorias e das práticas dos professores e alunos universitários em formação para professor sobre o VIH/SIDA;

- dotar os professores e futuros professores de competências para integrar a criança seropositiva em contexto escolar;
- conhecer as metodologias da sua prevenção e de combate aos preconceitos predominantes nas comunidades escolares, bem como o relacionamento a ter com crianças seropositivas;
- reflectir sobre a importância das relações afectivas na integração da criança seropositiva na escola e na sociedade.

É ainda nosso objectivo a avaliação da eficácia do programa, uma vez que os efeitos que este programa pode ter na vida das crianças seropositivas, prevêem-se muito benéficos.

5.2 Estrutura e funcionamento do programa

O programa “ Tenho um aluno com SIDA, e agora?” é uma intervenção a ser trabalhada ao nível grupal. Este divide-se em três módulos, sendo que cada um destes módulos abarca algumas sessões. Estas terão a duração de 40 minutos e sugere-se que sejam semanais.

As aplicações dos módulos são práticas e objectivas, de forma a facilitar que os professores e os alunos universitários em formação para professor reflectam sobre o que fazer e como fazer, pensando no desenvolvimento físico, social, emocional, sexual e na integração das crianças que convivem com a infecção do VIH/SIDA em contexto escolar.

Torna-se pertinente ainda, oportunidades de trocarem ideias sobre a importância do afecto na educação, norteando-os na prática educativa e auxiliando-os a partilhar as suas dificuldades e experiências, no sentido de

desenvolver e/ou ampliar o afecto entre os professores e seus alunos, seja a criança seropositiva ou não.

No decorrer deste programa, poder-se-á ver algumas das sugestões dos requeridos neste estudo com base na questão: Qual a sua sugestão para que o professor possa lidar de maneira mais eficaz com crianças e/ou adolescentes infectados pelo VIH?

5.3 Alvo de intervenção

Este programa foi delineado para ser implementado em escolas, com os professores e em universidades com os alunos dos cursos de formação de professores, e implementado por professores e/ou psicólogos.

O tamanho destes grupos não deverá ultrapassar 25 participantes, de forma a proporcionar a todos uma participação activa.

5.4 Módulos de formação

Este programa será dividido em três módulos, cada um deles com 3 sessões por módulo.

Apresentaremos de seguida os módulos a serem trabalhados neste programa, assim como a descrição das sessões.

5.4.1 Módulo I (Informação)

Neste módulo são tratados aspectos de cada um dos conceitos, e uma abordagem conceptual do VIH/SIDA, sob a perspectiva do impacto desta infecção na criança.

1ª Sessão: O que é a SIDA e o VIH?

A palavra SIDA é a abreviatura de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, que é uma doença provocada por um vírus chamado VIH ou Vírus da Imunodeficiência Humana.

O VIH vai se reproduzindo e destruindo o sistema imunológico lentamente, portanto, diz-se que sua infecção é “lenta”. Pode-se estar infectado e não ter sintomas, sendo chamada na linguagem técnica de “seropositivo assintomático”(Soares, 2001).

Em primeiro lugar, considero que os professores devem estar muito bem informados acerca da doença (causas, formas de contágio...) para assim, saberem lidar com as crianças. Em segundo lugar, penso que se o professor tentar explicar à turma em que consiste o VIH de uma forma amena, poderá tornar a convivência com os outros alunos muito melhor. É importante que o professor trate os alunos infectados de uma forma normal (Aluno PT, 119).

2ª Sessão: Meios de transmissão

Como se transmite o VIH:

- na relação sexual (vaginal, oral ou anal) sem preservativo com alguém infectado;
- na gestação parto ou amamentação, quando a mãe é seropositiva;
- no contacto com o sangue contaminado, através das transfusões ou agulhas infectadas pelo VIH (Soares, 2001).

Ter conhecimento da doença, formas de transmissão.., tratar a criança de igual modo em relação às outras crianças, ter consciência que a criança sabe do seu

problema, ter o cuidado de elaborar actividades onde a criança não seja exposta a perigos como: cortes e feridas. (Profº PT, 67).

Como **NÃO** se transmite:

- por partilhar pratos, copos ou roupa;
- em banhos de piscinas, vasos sanitários, maçanetas, bancos de autocarros nem sentando ou pisando em locais quentes ou frios;
- através de abraços ou apertos de mãos;
- através de picadas de insectos;
- na relação do dia-a-dia com pessoas infectadas, seja em casa, na escola e no local de trabalho (Soares, 2001).

Procurar conhecimento sobre o vírus e as consequências que a doença SIDA causa, como ocorre a transmissão, levantar dúvidas para que não haja tabu a respeito. Considero fundamental a preocupação e a acção desse projecto. Nós todos unidos temos a capacidade de mudar o quadro assustador que os números da doença têm causado no mundo” (Aluno BR, 95).

3ª Sessão: Como evitar a SIDA?

- usando preservativo em qualquer tipo de relação sexual (anal, oral ou vaginal), seja na relação heterossexual ou homossexual;
 - não compartilhando agulhas ou seringas;
 - só recebendo transfusão de sangue quando for testado;
 - evitando contactos com objectos perfuro-cortantes não esterilizados
- (Soares, 2001).

A informação é o instrumento necessário para lidar com a situação. Assim como outras doenças infecto-contagiosas, o VIH só deve ser “anunciado” caso exija

cuidados com o portador. No mais, acredito que os cuidados básicos de higiene e contactos relacionados a toda e qualquer doença infecto-contagiosa devam ser mantidos e garantirão a segurança necessária (Prof^o BR, 149).

5.4.2 Módulo II (Formação e Integração)

Ter uma formação que abarque o tema do HIV/AIDS como uma demanda que está posta. É angustiante saber que se passa quatro anos se preparando para trabalhar com crianças com temas e assuntos do quotidiano, mas sem que se reflecta, se pense no HIV/AIDS (Aluno BR, 110).

1ª Sessão: Formações com os Professores

Dentro de uma visão interactiva, ou seja, não apenas numa visão teórica ou numa visão prática, a formação dos professores torna-se necessária de acordo com a realidade actual e as exigências de uma educação globalizada.

Os próprios alunos universitários, na sua formação, apercebem-se desta distância entre a teoria e a prática e a importância de se estar informado quanto à realidade actual do professor em contexto de sala de aula.

Como vimos anteriormente, o professor possivelmente terá, na sua sala de aula, alunos seropositivos e a falta de informação inerente à questão, tão pertinente e contemporânea, dificultará o desenvolvimento destas crianças.

Tanto as escolas, como as instituições de ensino superior devem trabalhar os dispositivos pedagógico-didáticos, porém não esquecendo a epistemologia da prática, sendo através de observações, reflexões e práticas no campo escolar.

É, desta forma, que a formação dos professores deve ser construída. De maneira contínua, trabalhando atitudes, valores e comportamentos com o intuito

de se atingir uma educação emancipadora, voltada para a cidadania (Antunes, 2003).

Penso que seja necessário formação no âmbito da sexualidade e VIH/SIDA. Desenvolver programas de intervenção junto das escolas e dos professores sobre a SIDA. Só assim, é que se poderá apostar na formação da boa cidadania. É preciso pôr em prática todos os conhecimentos adquiridos, junto das escolas e das crianças (Aluno PT, 173).

2ª Sessão: Formações com os Pais e a Comunidade

Assim como a formação com os professores se faz necessário, com os pais e a comunidade de uma forma geral não é diferente. Através de acções de formação com esta população, os objectivos deste programa serão mais eficazes, uma vez que a informação trará benefícios na aceitação das crianças que convivem com o vírus VIH na comunidade escolar. Como vimos anteriormente, o professor possivelmente terá na sua sala de aula alunos seropositivos. Desta forma, as crianças terão de conviver com um colega seropositivo e os pais com os colegas de seus filhos (Campos, 1999).

Havendo parceria com os pais, professores, comunidade escolar e técnicos de saúde. Formação e informação adequada às situações vividas (Profº PT, 31).

3ª Sessão: Integração da Criança em Contexto Escolar

Fazer com que a criança se sinta integrada em contexto escolar é mais um dos deveres dos professores. A criança necessita sentir-se acolhida entre seus colegas e professores. Para que isso seja possível, o professor precisa de estar atento, activar competências nas crianças e dispor a sua sala de aula de forma a possibilitar a integração e a troca de informação entre os alunos, posicionando-se como gestor de formação, além de um mero transmissor de conhecimentos,

possibilitando assim que as crianças superem os obstáculos que lhe vão surgindo, ainda que em ritmos e tempos diferentes (Antunes, 2003).

Os professores deviam ter mais formação nesta área, para poderem responder a todas as questões colocadas pelos alunos e ajudar os seropositivos na integração na comunidade escolar. A meu ver, não existe formação mais eficaz se não se conhece o contexto real da criança afectada, só depois de um conhecimento partindo de toda a situação se poderá avaliar as metodologias de actuação (Prof^o PT, 168).

5.4.3 Módulo III (Estudos de Caso):

Os estudos de caso (Módulo III) devem abordar situações concretas de aspectos da realidade brasileira e portuguesa no que diz respeito as consequências na criança seropositiva em contexto escolar, numa troca de experiências com outras escolas, ONG's/SIDA.

1ª Sessão: Preconceito

Existe muito preconceito com a criança seropositiva. Em todo o mundo, muitas pessoas sofrem discriminação por causa da infecção, causando graves consequências em suas vidas: educacional, psicológica, física, familiar, social, económica entre outras. Os professores devem lutar pela garantia dos direitos humanos dos seus alunos e considerar os seropositivos e os doentes de SIDA como pessoas normais e não como estereótipos. Precisam reflectir e combater todo e qualquer forma de preconceito e discriminação associada à sorologia da criança. O intuito é transformar o receio, a dúvida, o preconceito e os mitos em informação correcta (Aquino, 1998).

Primeiro que sejam capacitados para tal. Depois que aceitem e rompam com seus preconceitos. Incluam a criança como um ser especial que requer muito carinho e

ainda assim o trate com igualdade perante os outros sem expô-lo e sem fazer com que se sinta diferente ou incapaz. Inclusão já! (Profº BR, 28).

2ª Sessão: A Importância das Relações Afectivas

As relações afectivas constituem um tema extremamente actual, devido à recente tomada de consciência da sua influência em todos os domínios da vida da criança e, em particular, da aprendizagem escolar.

Cabe ao professor agir com a sensibilidade capaz de detectar, em cada um desses estudantes as suas qualidades, dons e potencialidades – na maioria das vezes adaptados com suas histórias particulares. Procuramos recordar os nossos professores sobre seu papel imprescindível na formação das recentes gerações, dos futuros cidadãos. Nesse âmbito, o afecto é um elemento essencial que auxilia de base na relação professor/aluno. Neste relacionamento, entre docentes e discentes, deve haver respeito, admiração e amizade – sentimentos e actos opostos a prepotência e à obrigação do respeito pelo medo. Na educação de crianças, principalmente, o aluno está apenas começando a trilhar a caminhada da vida. Um momento especial que demanda modelos e ensinamentos que o auxiliem a edificar seu futuro, a identificar competências que o levem a encontrar seu lugar na sociedade (Aquino, 2003).

Em primeiro lugar o educador precisa ter amor por suas crianças, muitas já trazem de casa o estigma, o medo e isso aliado a insipiência quanto ao tema tendo a prejudicar sua formação de modo geral. Dificulta e atrapalha emocionalmente e intelectualmente: uma sugestão, creio que essencial é desmistificar alguns falsos conceitos ou seja esclarecer o assunto. Explicar como se dá o contágio, como evitá-lo. Trabalhar com as crianças a questão de como lidar, evitar o preconceito. Muito diálogo e sensibilidade. E acima de tudo pedir sabedoria à Deus (Aluno BR, 50).

3ª Sessão: Trabalhar a Auto-estima

Partindo do princípio que a auto-estima é a segurança e o apreço por si mesmo, os participantes do programa deverão buscar técnicas para que as crianças seropositivas confiem nas suas próprias habilidades e capacidades para solucionarem as dificuldades que surgirão em contexto escolar e na vida de um modo geral. Mostrar que todas as crianças, independente da sua sorologia, têm o direito de se expressarem, se enaltecem e protegerem seus interesses e necessidades. Todos temos o nosso valor e o direito de sermos felizes (Antunes, 2003; Jardim & Pereira 2006; Marchago, 1997).

A criança afectada pelo VIH não é de maneira alguma um coitadinho por isso, deve ser tratado com normalidade. O professor deve ajudar o aluno a ultrapassar algumas das suas limitações. O gosto pela vida, auto-estima, vontade de estar com os outros (Porfº PT, 107).

5.5 Estratégias de acção

Esta etapa apreende um trabalho voltado para a dinâmica no interior das instituições educacionais, que visa a integração da criança seropositiva em ambiente escolar, com metas comuns, proporcionando para dentro da escola considerações e debates que afligem a comunidade actual.

Para a realização deste programa, substituí-se o processo de palestras e reuniões com técnicos e especialistas por oficinas de reflexão, trabalhos em grupo e estudos de caso, utilizando uma combinação de apresentações didácticas, sessões de perguntas e respostas, slides, vídeos, jogos interactivos e dramatização,

de maneira que cada participante possa edificar o seu próprio conhecimento, favorecendo assim uma metodologia dinâmica de formação de grupos para trocarem concepções, debaterem, compreenderem e integrarem as crianças seropositivas em contexto educacional.

Os módulos terão a duração média de 2 horas, sendo divididos em 3 sessões de 40 minutos, previstas semanalmente, com um grupo de 25 participantes.

5.6 Avaliação da Eficácia do Programa

Avaliar a eficácia deste programa, que pretende auxiliar e intervir junto aos professores e futuros professores na integração e socialização das crianças seropositivas em contexto educacional, é para nós indispensável, com o intuito de evitar a proliferação de programas percebidos como eficazes, mas que na realidade não o são (Choi & Coates, 1994). Para tal, teremos um grupo experimental no Brasil e um outro em Portugal, visto ser um programa desenvolvido para os dois países, constituído por professores e futuros professores que serão submetidos a intervenção em estudo.

5.6.1 Avaliação dos Módulos

A avaliação, ao nível dos Módulos, versará os seus objectivos reais e permitirá identificar o estado da sua execução, introduzir-se-á mecanismos de acompanhamento e ainda determinar-se-á factores de sucesso e de insucesso.

Pretende-se fazer uma apreciação pós e pré-intervenção, de forma a averiguar os resultados que os módulos deste programa tiveram na prática destes professores e alunos universitários em formação para professor/educador.

5.6.2 Avaliação Global

A avaliação global para o Programa “Tenho um aluno com SIDA, e agora?” será de forma longitudinal, através da utilização de um questionário aplicado no início e no término de cada módulo de formação, ao grupo participante no programa e a um grupo de controlo.

5.7 Conclusões e Limitações do Programa

O objectivo principal deste programa “Tenho um aluno com SIDA, e agora?” é especialmente integrar a criança seropositiva em contexto educacional, uma vez que este é um grupo que não tem tido grande atenção e com consequências devastadora em relação à infância.

Não foi nosso objectivo abordar a integração da criança de forma global na sociedade como um todo. No entanto, em estudos futuros, seria de todo o proveito analisar variáveis complementares que possibilitassem o esclarecimento de alguns aspectos aos quais a nossa contribuição não pôde retribuir, como no aspecto familiar e social.

Este programa pretende proporcionar aos professores e futuros professores (alunos universitários em formação para professor) reflexões acerca do tema, no sentido de tomarem consciência de que esta é uma realidade que os pode confrontar. Desenvolvendo, assim, uma consciência crítica que beneficie a adopção de atitudes e práticas que auxiliem na integração e socialização escolar da criança seropositiva. Assim, é fundamental que os professores se sintam preparados para lidarem com crianças e/ou adolescentes afectados pelo VIH/SIDA, bem como se considerem como centros credíveis de esclarecimentos

para todos, especialmente para os alunos, daí o programa “Tenho um aluno com SIDA, e agora?”.

* * *

Terminamos este estudo na expectativa de que ele se tenha constituído numa mais valia quer para os professores e alunos universitários em formação para professor do Brasil, quer para os professores e alunos universitários em formação para professor de Portugal.

Gostaríamos, também, que esta investigação tivesse contribuído para corroborar outras vozes relativas à importância de se desenvolverem formações em VIH/SIDA nas mais diversas áreas educacionais.

Por fim, vemos as questões da formação dos professores e dos métodos de os capacitar, não só como um direito dos alunos universitários em formação para professor, mas como a melhor maneira de acobardar o estigma (ainda) existente sobre o VIH/SIDA, favorecendo assim a inclusão social das crianças seropositivas com uma real perspectiva de cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências Bibliográficas

Alarcão, I. (1996). *Formação reflexiva de professores. Estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora.

Alarcão, I. (2001). *Escola reflexiva e nova racionalidade*. Porto Alegre: Artmed.

Alarcão, I.; Tavares, J. (2007). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Almedina.

Alferes, V. R. (1997). *Metodologia da investigação científica em psicologia. Teoria & prática*. Coimbra: Almedina.

Almeida, A. D. L. de; Silva, C. F.; Cunha, G. S. (2005). Os adolescentes e o VIH/SIDA: estudo sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde relativos ao VIH/SIDA. *Saúde dos adolescentes*, Vol. 23, nº 2, pp. 105-112, Julho/Dezembro.

Altman, D. (1995). Respostas organizacionais e culturais a AIDS. Rio de Janeiro: ABIA/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro:Relume Dumará.

Alves, E. S. (2000). *Abrigamento de crianças e realidade familiar: a desmistificação do abandono*. Dissertação de mestrado não publicada. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina.

Andaló, C. S. A. (1995). *Fala professora! Repensando o aperfeiçoamento docente*. Petrópolis: Vozes.

Andaló, C. S. A.; Fernandes, M. M. e Gonçalves, M. D. S. (1998). Trabalhando sexualidade na sala de aula. *Perspectiva: Revista do Centro de Ciências da Educação*, 30, pp. 35-56.

André, M. R. (2005). *Adesão à terapêutica em pessoas infectadas pelo VIH/SIDA*. GlaxoSmithKline.

Antunes, F. (2003). *Políticas educativas nacionais e globalização: novas instituições e processos educativos. O subsistema de escolas profissionais em Portugal (1987-1998)*. Dissertação de Doutoramento, Braga, Universidade do Minho.

Aquino, J. G. (org). (2003). *Indisciplina: o contraponto das escolas democráticas*. São Paulo: Moderna.

Aquino, J. G. (org.) (1998). *Diferenças e preconceitos na escola: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus.

Aronson, S. (1996). The bereavement process in children of parents with AIDS. *Psychoanalytic Study of the Child*, 51, pp. 422-435.

Ayres, J. R. C. M.; Paiva, V.; França-Junior, I. Gravato, N.; Marques, H. H. S.; Galano e et al. (2006). Vulnerability, human rights and comprehensive healthcare of young people living with HIV/AIDS. *Am J. Public Health*. 96 (6).

Ayres, J. R. C. M. (1996). Teoria do trabalho e construção de conhecimento em saúde coletiva: para uma epistemologia praxis emancipadora. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, Vol. 14, nº Agosto, pp. 13-16.

Balandier, G. (1988). *Le désordre: éloge du mouvement*. Paris: Fayard.

Barbosa, E. F. et al. (2004). Inovações pedagógicas em educação profissional: uma experiência de utilização do método de projetos na formação de competências. *Boletim Técnico do Senac*, Vol. 28, nº 2, Maio/Agosto. In: www.senac.br/informativo/bts/index.html - última consulta em Março de 2006.

Barbosa, L. M. S. (1998). *O projeto de trabalho: uma forma de atuação psicopedagógica*. Curitiba: Mont.

Bardin, L. (2000). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto e A. Pinheiro Trad.). Lisboa: Edições 70.

Barreira, A.; Moreira, M. (2004). *Pedagogia das competências: da teoria à prática*. Porto: ASA.

Barrica, A. M. (1998). *Histórias vividas por crianças com AIDS*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Barroso, C. R. (1999). *Professor como educador sexual de adolescentes: um estudo comparativo sobre o pensamento do professor de escolas da rede municipal e do professor de*

instituições particulares. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro.

Bassey, M. (1999). *Case study research in educational settings*. Buckingham: Open University.

Becker, M. J. (1994). A ruptura dos vínculos: quando a tragédia acontece. In: *Família Brasileira: a base de tudo*. São Paulo: Cortez, Brasília, D.F.: UNICEF.

Bell, J. (1999). *Doing your research project: a guide for first-time researchers in education and social science*. Philadelphia: Open University Press.

Bogdan, R.; Biklen, S. (1996). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora (Coleção Ciência da Educação).

Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. World Health Organization Monograph. Geneva: Serial n 2.

Brandão, C. R. (1987). Avaliação, participação – anotações sobre um ritual de fim de período. In: *Cadernos CEDES*, Cortez Ed. nº 12, pp. 57-64.

Brasil (1998). Secretaria de educação fundamental. *Parâmetros curriculares nacionais – terceiro e quarto ciclos da educação fundamental*. Brasília: MEC/SEF.

Brasil (1997). Secretaria de educação fundamental. *Parâmetros curriculares nacionais: temas transversais*. Brasília: MEC/SEF.

Brasil (1990). *Estatuto da criança e do adolescente*. Brasília: Governo Federal.

Brasil, Lei nº 120/99, de 11 de Agosto [Direito à saúde reprodutiva].

Brasil, Lei nº 9394 de 20 de Dezembro de 1996. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

Brígido, R. V. (2002). Certificación y normalización de competencias: Orígenes, conceptos y prácticas. *Boletim Cinteфор*. nº 152, pp 51-74.

Brunier, S. (2001). Pedagogia das competências e métodos. *Boletim Técnico do Senac*. Vol. 27, nº 3, Setembro/Dezembro. In: www.senac.br/informativo/bts/index.html - última consulta em Março de 2006.

- Bussab, O. W. de; Morettin, A. P. (2002). *Estatística básica*. São Paulo: Saraiva.
- Camargo, B. V. (1997). *Communication et prévention études sur le rapport entre l'information télévisuelle, les représentations sociales et al pratique préventive chez les jeunes lycéens*. Tese de Doutorado em Psicologia Social : EHESS, Paris, França.
- Camargo, B. V.; Botelho, L. J. e Souza, E. S. B. (2001). *AIDS, sexualidade e atitudes sobre a proteção contra o HIV: Um estudo descritivo com adolescentes do nível médio da rede de ensino (Florianópolis, Itajaí e Balneário Camboriú)*. Florianópolis, SC: Laboratório de Psicossociologia da Comunicação e da Cognição Social (LACCOS/UFSC).
- Campos, M. M. (1999). A formação de professores para crianças de zero a dez anos: modelos em debate. *Educação e Sociedade*. Campinas, n. 68, pp. 126-142.
- Candau, V. M.; Lelis, I. (1983). A. A relação teoria-prática na formação do educador. *Tecnologia Educacional*, Rio de Janeiro: ABT, nº 55, v. 12, Novembro/Dezembro .
- Candau, V. M.; Lelis, I. (2002). A relação teoria-prática na formação do educador. In: *Rumo a uma nova didática*. Petrópolis: Vozes.
- Carmo, H.; Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação - guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, A. M. (2002). Crianças institucionalizadas e desenvolvimento: possibilidades e desafios. In: E. da R. Lordelo; A. M. A Carvalho; S. H. Koller (Orgs.). *Infância brasileira e contextos de desenvolvimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 19-44.
- Castro, M. G.; Silva, L. B. da (orgs.) (2005). *Respostas aos desafios da AIDS no Brasil: limites e possibilidades*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.
- Castro-Silva, C. R. (2005). A discriminação e o estigma como expressões da exclusão social e de sofrimento psicológico entre pessoas que con-vivem com o HIV/AIDS e escolares da periferia de São Paulo. In: *30º Congresso Interamericano de Psicologia*, Buenos Aires.
- Cauldwell, J. et al. (2002). Conhecimentos, atitudes e capacidade dos professores das escolas secundárias e técnicas de Moçambique para ensinar sobre VIH/SIDA. *Revista de Epidemiologia, Arquivos de Medicina*, 16 (Sup. 6) pp. 14-16, ArchiMed.

Celani, M. A. A. (1988). A educação continuada do professor. *Ciência e Cultura*, São Paulo, 40 (2).

Chauí, M. (1982). *O que é Ideologia*. São Paulo: Editora Brasiliense.

CVEDT - Centro de Vigilância Epidemiológica de doenças Transmissíveis. Infecção VIH/SIDA (2004). *A situação em Portugal em 30 de Junho de 2004 (Doc. 134)*. In: <http://www.sida.pt> - última consulta em Fevereiro de 2005.

CVEDT - Centro de Vigilância Epidemiológica de doenças Transmissíveis. Infecção VIH/SIDA (2006). *A situação em Portugal em 30 de Junho de 2006 (Doc. 136)*. In: <http://www.sida.pt> - última consulta em Outubro de 2006.

Champalimaud J. L. ; Montagnier, L. (1986). Isolation of a new human retrovirus from West. African patients with AIDS. *Science* 233, pp. 343-346.

CNLCS/ISCSP (2004). *Estudo sobre opiniões, atitudes e comportamentos relacionado com a SIDA: ficha técnica*. In: <http://www.sida.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005571.pdf> – última consulta em Abril de 2005.

Cordazzo, S. T. (2004). Concepções do termo AIDS entre crianças. *Psicologia & sociedade*; 16 (3), pp. 91-96; Setembro/Dezembro.

Costa, A. C. (2001). *A escola da vida: as trajetórias escolares e ocupacionais de trabalhadores evadidos do ensino fundamental*. Tese de Doutorado, UNICAMP/FE. Campinas, SP.

Daudel, R.; Montagnier, L.(1995). *A SIDA*. Lisboa: Instituto Piaget.

Davis, C.; Yarber, W.; Bauserman, G.; Davis, S. (eds) (1998). *Handbook of sexuality-related measures*. Londres: Sage Publications, Ltd.

DEB – Departamento da Educação Básica (2001). *Currículo nacional do ensino básico – Competências essenciais*. Lisboa: Ministério da Educação.

Decreto-lei 6/2001, de 6 de Janeiro [Revisão curricular do ensino básico], Portugal.

Decreto-Lei nº 259/2000. Diário da República I série – A, Nº 240 de 17 de Outubro, Portugal.

Decreto-Lei nº 46/86 com a Lei de Bases do Sistema Educativo, Decreto-Lei nº 115A/98, Portugal.

Dewey, J. (1989) *Còmo pensamos*. Barcelona: Paidós.

Dewey, J. (1959). *Como pensamos. Como se relaciona o pensamento reflexivo com o processo educativo: uma reexposição*. (3ª ed.) São Paulo, Companhia Editora Nacional. (Tradução do original em inglês 2ª ed., 1933. Bóston, Heath & Co. Publisher).

Duque, Vitor (2002). *Síndrome de imunodeficiência adquirida. Perspectiva epidemiológica*. Minerva: Coimbra.

Faschin, O. (2003). *Fundamentos de metodologia*. 4 ed. São Paulo.

Fernandes, J. C. L. (1994). Práticas educativas para a prevenção do HIV/AIDS: aspectos conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*, 10, pp.171-180.

Ferrer, F. (1990). *Educación Comparada*. Barcelona: PPU.

Figueiró, M. N. D. (2001). *A formação de educadores sexuais: possibilidades e limites*. Tese de Doutorado não publicada, Universidade Estadual Paulista, Marília, São Paulo.

Filgueiras, V. M. S. A. (1999). *Educação, um compromisso feminino? Projeto educarte e a questão de género na formação de educadores sexuais*. Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, RJ.

Foster, G., Williamson, J. (2000). A review of current literature on the impact of HIV/AIDS children in Sub-Saharan Africa. *AIDS*. 14 (Suppl. 3): S275-S284.

França-Junior, I.; Doring, M.; Stella, I. M. (2006). Crianças órfãs e vulneráveis pelo HIV no Brasil: onde estamos e para onde vamos? *Revista Saúde Pública*, v.40, supl. São Paulo. In: <http://www.scielo.br> – última consulta em Maio de 2007.

Galvão, J. (2000). *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34.

Garrido, E.; Pimenta, S. G. E.; Moura, M. O. A. (2000). A pesquisa colaborativa na escola como abordagem facilitadora para o desenvolvimento da profissão de professor. In: A. J. Marin (org.). *Educação continuada*. Campinas: Papirus.

Garrido, J. L. G. (1991). *Fundamentos de Educacion Comparada*. 3ª Ed., Madrid: Dykinson.

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC.

Gómez, A. P. (1995). O pensamento prático do professor – A formação do professor como profissional reflexivo. In: A. Nóvoa (Org.). *Os professores e sua formação*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, pp. 95-114.

Goodson, I. F. (1992). Dar voz ao professor: as histórias de vida dos professores e o seu desenvolvimento profissional. In. A. Nóvoa (Org.) *Vida de Professores*. Porto: Porto Ed., pp. 63-78.

Grewirtz, A.; Gossart-Walker, S. (2000). Home-based treatment for children and families affected by HIV and AIDS: dealing with stigma, secrecy, disclosure, and loss. *Child Adolescent Psychiatric Clinics North America*, 9 (2), pp. 313-330.

Guimarães, C. D. (1998). *Descobrimos as mulheres: uma antropologia da AIDS nas camadas populares*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: UFRJ/MN/PPGAS.

Guimarães, I (1995). *Educação sexual na escola: mito e realidade*. São Paulo: Mercado de Letras.

Hernández, F. (1998). Como os docentes aprendem. In: *Pátio*, ano 1, n. 4. Porto Alegre: Artes Médicas.

Hernández, F. (1998). Os projectos de trabalho e a necessidade de transformar a escola. *Presença Pedagógica*. v. 4, nº. 21, Maio/Junho. pp. 23 - 25.

Howell, D. C. (1992). *Statistical methods for psychology*. Belmont: Duxbury Press.

Jardim, J.; Pereira, A.M.S. (2006). *Competências Pessoais e Sociais. Guia prático para a mudança positiva*. Porto: Edições ASA.

Jodelete, D. (1998). Representações do contágio e a AIDS. (M. Madeira e R. Carvalho, Trad.). In: M. Madeira e D. Jodelet (Orgs.). *AIDS e representações sociais: à busca de sentidos*. Natal: EDUFRN, pp 17-46.

Kaloustian, S. M. (Org) (1994). *Família brasileira: a base de tudo*. São Paulo: Cortez.

Koch, P. B.; Singer, M. D. (1998). HIV/AIDS knowledge and attitudes scales for teachers. In: C. M. Davis; W. L. Yarber; R. Bauserman; G. Schreer; S. L. Davis, *Handbook sexuality – related measures*. Psychology.

Krogh, S.; Crews, R. (1989). Determinants of reflectivity in student teachers reflectivity reports. Texto apresentado à conferência Anual da *American Educational Research Association*.

Kuender, A. Z. (2002). Conhecimento e competência no trabalho e na escola. *Boletim Técnico do Senac*. Vol. 28, nº 2, pp. 2-11, Maio /Agosto. In: www.senac.br/informativo/bts/index.html - última consulta em Março de 2006.

Leandro-Merhi ,V. A. ; Vilela, M. M. S.; Silva, M. N. ; Lopez, F. A.; Barros, F. A. A.(2000). *Evolution of nutritional status of infants infected with the human immunodeficiency virus*. São Paulo: Med. J. 118 (5).

Leão, M. P.; Pereira, A. M. S. (2005). Afinal... a SIDA só acontece aos outros! Comportamentos e níveis de tolerância face ao VIH/SIDA em estudantes do Ensino Superior. In: A. M. S. Pereira e E. Motta (Eds.), *Ação Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino superior: Investigação e Intervenção*. Actas do Congresso Nacional. Coimbra: SASUC Edições, pp. 375-382.

Leão, M. P. (2005). *Atitudes e comportamentos face ao VIH/SIDA no ensino superior: contributos para novas estratégias de prevenção*. Dissertação de Mestrado em Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – da Prevenção à Terapêutica. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Ledlie, S. W. (2001). The psychosocial issues of children with perinatally acquired HIV disease becoming adolescents: A growing challenge for providers. *AIDS Patient Care and STDs*, 15, pp. 231-236.

Lopes, M. V.; Fraga, M. N. (1998). Pessoas convivendo com HIV: estresse e suas formas de enfrentamento. *Rev. Latinoam. Enf., Ribeirão Preto*, v.6, n.4, Out.

- Lopes, J. C. F. (2006). *Sexualidade dos adolescentes e VIH/SIDA: conhecer para educar*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Portugal.
- Loureiro, J. E. (1978). *L'“Obra da Rua” et l'éducation des enfants privés de milieu éducatif*. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Manderscheid, J. C. (1996). Quelles recherches pour l'éducation à la santé? *Revue Française de Pédagogie*, 114, pp. 53-65, janvier-février-mars.
- Marchago, S. J. (1997). *Programas de actividades para el desarrollo de la autoestima*. v.2. Madrid.: Escuela Española.
- Marchi, M. C. F. (2000). *Orientação sexual como tema transversal: um estudo exploratório sobre representações de professores*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Marques, M. C. C. (2002). *A história de uma epidemia moderna: AIDS/HIV no Brasil*. Maringá-PR: Universidade Estadual de Maringá.
- Mann, J. et al. (1993). *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/Relume-Dumará.
- Mansinho, Kamal, M. (2005). O Que é o VIH. In: Mansinho, Kamal; Vieira, António; Soares, Amílcar; Marques, Pedro Silvério – *Manual prático para a pessoa com VIH*. Permanyer Portugal.
- Marconi, M. A.; Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5ª Ed. São Paulo: Atlas.
- Marková, I.; Power, K (1992). Audience response to health message about AIDS. In: T. Edgar, M. A. Fitzpatrick, V. S. Freimuth (Eds.). *AIDS: A communication perspective*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 111-130.
- Marland, P.; Osborne, A. (1990). Classroom theory, thinking and action. *Teaching and teacher Education*, 6 (1), pp. 93-109.
- Martins, G. A. (2006). *Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

- Martins, G. A. (s/d). *O estudo de caso*. In: http://www.eac.fea.usp.br/metodologia/estudo_caso.asp - última consulta em Dezembro de 2004.
- Matos, M. G.; Simões, C.; Canha, L., Carvalhosa, F. F. (2000). A saúde dos adolescentes de Lisboa. In: *Estudo Regional – Lisboa – da Rede Europeia HBSC/OMS (1998)*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Meirelles, B. H. S. (1998). *Interdisciplinaridade: uma perspectiva de trabalho nos serviços de atendimento ao portador do HIV/AIDS*. Dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Melo, S. M. M. (2004). *Corpos no espelho. A percepção da corporeidade em professoras*. Campinas: Mercado de Letras.
- Melo, S. M. M. (2002). *Educação e sexualidade*. UDESC: Florianópolis, Santa Catarina.
- Mialky, E., Vagnoni, J. e Rutstein, R. (2001). School-age children with perinatally acquired HIV infection: Medical and psychosocial issues in a Philadelphia cohort. *AIDS Patient Care and STDs*, 15, pp. 575-579.
- Minayo, M. C. S. (1993). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco.
- Ministério de Saúde, Brasil (2005). *Programa nacional de DST e AIDS – plano estratégico*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, Distrito Federal, Março.
- Ministério da Saúde, Brasil (1999). Secretaria de políticas de saúde. Coordenação nacional de DST/AIDS. *A resposta brasileira ao HIV/AIDS*. Brasília.
- Ministério da Saúde, Portugal (2006). *Programa nacional de prevenção e controlo da infecção VIH/SIDA: um compromisso com o futuro*.
- Mioto, R. C. L. (1997). Família e serviço social. *Serviço social e sociedade*. São Paulo, v.18, 55, pp.114-130, Novembro.
- Montagnier, L. (1994). *Vírus e homens. O combate contra a SIDA*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Monteiro, S. (2002). *Qual prevenção? AIDS, sexualidade e gênero em uma favela carioca*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Morin, E. (2002). *Educação e complexividade: os setes saberes e outros ensaios*. São Paulo: Cortez.
- Morin, S. F. (1988). AIDS: the challenge to psychology, *american psychologist*. 43 (11), pp. 838-841.
- Mota, M. P. (1998). Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos da AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14, nº 1.
- Nampanya-Serpell, N. (1999). *The children orphaned by HIV/AIDS: risk factors from premature parental death and policy implications*. Diss Abstr Int Ser B (Sci Eng). 60 (2-B): 606.
- Navarro, M.F. (1995). Educação para a saúde e profissionais de saúde comunitária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 13, pp. 77-83.
- Nóvoa, A. (1992). *Os professores e a sua formação*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Nossa, P.; Silvestre, M. (2005). Estudo sobre comportamentos de estudantes do ensino superior e sua relação com infecções sexualmente transmissíveis. In: A. M. S. Pereira e E. Motta (Eds.), *Ação Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção. Actas do Congresso Nacional*. Coimbra: SASUC Edições, pp. 383-386.
- Nossa, P. N. (2001). *Geografia da saúde, o caso da SIDA*. Celta.
- Nunes, C. (2005). *Desvendando a sexualidade*. 6 ed. Campinas: Papirus.
- Nutebean, D. (1999). The challenge to provide 'evidence' in Health promotion. *Health Promotion International*, 14, pp. 99-101.
- Nóvoa, A. (1995). Formação de professores e profissão docente. In: A Nóvoa (Org.). *Os professores e sua formação*, pp. 15-33. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Neter, J. et al. (1990). *Applied linear statistical models*, 4d edition: Irwin.

Oliveira, B. M. (2001). *Sexualidade na escola: um estudo sobre as representações dos docentes do ensino fundamental*. Dissertação de Mestrado não publicada, Recife, Universidade Federal de Pernambuco.

Oliveira-Formosinho (1998). *O desenvolvimento profissional das educadoras de infância. Um estudo de caso*. Dissertação de Doutorado em Estudos da Criança. Braga: Universidade do Minho.

ONU - Organização das Nações Unidas (1990). *Declaração mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança*. Encontro Mundial de Cúpula pela Criança. New York: ONU.

ONUSIDA (2004). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004*. Resumen Analítico. Versión española, Júlio.

ONUSIDA/OMS (2005). *Situación de la epidemia de SIDA: Diciembre de 2005*. Ginebra.

Pain, S. (1992). *Diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem*. Ed. Artmed.

Paiva, V. et al. (2002). Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. In: *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 18 (6), pp. 1609-1620, Novembro/Dezembro.

Pardal, L., Correia, E. (1995). *Métodos e técnicas de investigação social*. Porto: Areal Editores.

Parker, R.; Camargo Júnior, K. R. (2000). Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Epidemiologia da AIDS no Brasil. v. 16, Suplemento 1. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 89-102.

Parker, R. (1997). Políticas, instituições e AIDS. Enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA / Jorge Zahar.

Parker, R. et al. (1994). A AIDS no Brasil (1982-1992). Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ ABIA/ IMS/ UERJ.

Parker, R. (1994). A Construção da solidariedade AIDS, sexualidade e política no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Paulilo, M. A. S. (1999). *AIDS: os sentidos do risco*. São Paulo: Veras.

Paulilo, M. A. S.; Jeolas, L. S. (2005). AIDS, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. *Ciência saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, nº 1.

Pedrosa, M. P. L. (2001). *Educação sexual: representações sociais de professores (as) de ensino fundamental*. Dissertação de Mestrado não publicada, João Pessoa, Universidade Federal da Paraíba.

Pereira, G. R. (2007) A auto-eficácia. In: A. Pereira; A. Vaz; D. Motta e P. Nossa (Eds). *Desenvolvimento de Competências para a Prevenção do VIH/SIDA e IST. Manual do Formador* (no prelo) Viseu: Psicossoma.

Pereira, G. R. (2006). Crianças, SIDA e escola: a perspectiva dos educadores. In: *Actas do Simpósio Internacional Activação do Desenvolvimento Psicológico*, Aveiro: Universidade de Aveiro, p. 336-341.

Pereira, A. M. S.; Silva, C. (2006). Promoção de comportamentos saudáveis: da educação à formação profissional. In: M. F. Patrício (Org), *Educação e Formação Profissional . As perspectivas do movimento da escola cultural*. VI Congresso da AEPEC. Associação da Escola Pluridimensional e da Escola Cultural. Porto: Porto Editora.

Pereira, A. M. S. (2006). Stresse e doenças: Contributos da psicologia da saúde na última década. In: Isabel Leal (Eds) *Perspectivas em Psicologia da Saúde*, Coimbra: Quarteto Editora, pp.145-167.

Pereira, A. M. S. (2005). *Para obter sucesso na vida académica. O apoio dos estudantes pares*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Pereira, A. (2004). *Educação multicultural: teorias e práticas*. Porto, Portugal: ASA Editores, S. A.

Pereira, A. M. S.; Silva, C. F. (2002). Quality of Life in the academic context: contribution to the promotion of student's health behaviors. *International Study Association on Teachers and Teaching, Connecting Policy and Practice: Challenges for teaching and learning in school and universities*. (CD-Rom Publication), pp. 959-963.

Pereira, A. M. S.; Williams, D. I. (2001). Stress and coping in helpers on a student "nightline" service. In: *Counselling Psychology Quarterly*, v. 14, 1, pp.43-47.

Pereira, H. E. D. (2000). Debates e pesquisas no Brasil sobre formação docente. In: *Formação de professores – pesquisa, representações e poder*. Belo Horizonte: Autêntica, pp. 15-52.

- Perrenoud, P. (2000). *Construire des compétences dès l'école*. 3. ed. Paris: ESF.
- Perrenoud, P. (1999). *Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens – entre duas lógicas*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Perrenoud, P. (1993). *Práticas pedagógicas, profissão docente e formação*. Lisboa: D. Quixote.
- Peters, V. B.; Rosh, J. R.; Mugrditchian, L.; Birnbaum, A. H.; Benkov, K. J.; Hodes, D. S.; Leleiko, N. S. (1998). *Growth failure as the first expression of malnutrition in children with human immunodeficiency virus infection*. Mt Sinai J. Med. 65 (1): 1-4.
- Pimentel, C. P. B. et al, (1992). Estudos de conhecimento de DST num grupo de adolescentes, da escola municipal de Florianópolis. *Revista Ciência e Saúde*, v. 11, n. 2, pp. 266-35.
- Pombo, V. (2003). Sexualidade e infecções sexualmente transmitidas (IST). In: L. Fonseca, C. Soares, e J. M. Vaz (Coords.). *A Sexologia – perspectiva multidisciplinar*. Coimbra: Quarteto, v. II, pp. 255-282.
- Ponte, J. P. (1994). O estudo de caso na investigação em educação matemática. *Quadrante*, v. 3, Editorial 1, pp. 3-18.
- Promundo (2004). Reflexões sobre crianças e AIDS no Brasil. In: www.promundo.org.br – última consulta em Abril de 2007.
- Público (2007). Relações heterossexuais são primeira causa de infecção por HIV na Europa. *Público*, 20 de Março.
- Raposo, C. (2003). *Desenvolvimento da metodologia de análise do teor de lamivudina e do ensaio limite do enantiômetro (+) BCH – 189 em comprimidos Lamivudina*. Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Vigilância Sanitária do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz.
- Raposo, C. (Org.) (2002). *O que pensam os jovens: políticas e práticas educativas*. Brasília: UNESCO, Educação para a saúde, 1.

Régnier, K. D. (1997). Educação, trabalho e emprego numa perspectiva global. *Boletim Técnico do Senac*. v. 23, nº 1, Janeiro/Abril. In: www.senac.br/informativo/bts/index.html - última consulta em Março de 2006.

Reis, M. A. G. de S. (2002). *Re)invenção da escola pública: Sexualidade e formação da jovem professora*. Rio de Janeiro, Universidade Federal Fluminense – UFF.

Remédio, M. J. L. dos (1996). *A educação escolar para a saúde sobre SIDA: o posicionamento dos professores do ensino secundário, no Concelho de Lisboa*. Tese de Mestrado. Faculdade de Ciências Humanas, Departamento de Ciências Psicopedagógicas, Lisboa.

Rizzini, I.; Barker, G.; Cassaniga, N. (2000). *Criança não é risco, é oportunidade: fortalecendo as bases de apoio familiares e comunitárias para crianças e adolescente*. Rio de Janeiro: Ed. Universidade Santa Úrsula.

Rodrigues, M.; Pereira, A. M. S.; Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde. Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Edição Formasau - Formação e Saúde Lda.

Rodrigues-Júnior A. L.; Castilho, E. A. (2004). A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Rev Soc Bras Med Trop*, 37(4), pp. 312-7.

Roldão, M. do C. (2000). *Currículo e gestão das aprendizagens. As palavras e as práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Roldão, M. do C. (coord.), Costa F.; Hamido G.; Luís H; Campos J.; Bento M. de J. B. e Alves M. (2005). *A Formação contextualizada no desenvolvimento de projectos curriculares em escolas ensino básico*. Lisboa: Asa Editora.

Rosenbrock, R. (1993). AIDS: questions and lessons for public health. *AIDS & Public Policy Journal*, 8 (1), pp. 5-19.

Ruiz R.; Palácio L. (1995). *Pauperismo y educación. Siglos XVIII-XIX*. Valência, Universitat de Valência.

Sampaio, D.; Matos, M.; Silva, M. (2005). *Relatório preliminar do grupo de trabalho de educação sexual*. Lisboa: Ministério da Educação.

Santa Catarina (2006). Secretaria de Estado da Saúde. Gerência Estadual de Controle de DST/AIDS. *Boletim Epidemiológico de DST/AIDS. Ano III, nº 1.*

Santa Catarina (2005). Secretaria de Estado da Saúde. Gerência Estadual de Controle de DST/AIDS. *Boletim Epidemiológico de DST/AIDS. Ano III, nº 1.*

Santa Catarina (2002). Secretaria de Estado da Saúde. Gerência Estadual de Controle de DST/AIDS. *Boletim Epidemiológico DST/AIDS. Ano II, nº 2.*

Santa Catarina (2000). Assembléia Legislativa. Diário Oficial. Departamento Parlamentar. Lei nº 11.392, 03 Maio 2000. Institui a Política Estadual de Prevenção e Controle às Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST, à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, dispõe sobre a Discriminação aos Portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV e adota outras providências. Florianópolis.

Santa Catarina (1998). Secretaria de Estado e do Desporto. Coordenadoria Geral de Ensino. *Proposta Curricular de Santa Catarina: Educação Infantil, Ensino Fundamental e Médio (temas multidisciplinares).* Florianópolis: Cogen.

Santos, L. L. de C. P. (1995). Formação do(a) professor(a) e a pedagogia crítica. In: I. Fazenda (Org.). *A pesquisa em educação e as transformações do conhecimento.* Campinas: Papirus.

Sarmiento, M. J. (1993). *A escola e as autonomias.* Porto: ASA.

Schon, D. (1983). *The reflective practitioner: How professional think in action.* Aldershot Hants: Avebury.

Schon, D. (1987). *Educating the reflective practitioner.* New York: Jossey-Bass.

Schonfeld, D. J. et al., (1995). A randomized, controled trial of a school-basead, multi-faceted AIDS education program in the elementary grades: the impacto n compretension, knowledge and fears. *Departamento f pediatries, Yale University Scholl of Medicine, New Haven, USA, Pediatrics, v. 95, n. 4, pp. 480-6, Apr.*

Scroub, B. D. (1994). *AIDS & HIV in perspective: A guide to understanding the vírus and its consequences.* New York: Cambrindge University Press.

Silva, R. C. P.; Neto, J. M. (2006). *Teachers and educators training to approach sexual education at schools: what researches show*. in: <http://www2.fc.unesp.br/cienciaeeducacao/index.php#top> – última consulta em Abril de 2007.

Silva, M. C. P. (2005). O mecanismo de idealização como parte do processo de introjeção do objeto bom. In: Asociación Psicanalítica de Buenos Aires (Org.), *Marcas de época em el psicoanálisis com niños y adolescentes. VII Jornada del Departamento de Niñez y Adolescência*, Buenos Aires, pp. 241-252.

Silva, M. A. F. (2002). A abordagem por competências: revolução ou mais um equívoco dos movimentos reformadores? *Jornal "A Página"*, Porto, ano 11, Novembro in: www.apagina.pt – última consulta em Fevereiro de 2006.

Silva, C.; Martingo, C.; Silva, V (2002). *Primeiros Encontros Interculturais Crenças, Tabus e Mitos na Prevenção do VIH/SIDA nas Comunidades Africanas*. CNLCS-Ministério da Saúde/AJPAS.

Silveira, M. F. et al. (2002). Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS em mulheres. In: *Revista Saúde Pública*. 36 (6), pp. 670-677.

Silvestre, M. (2005). Estudo sobre comportamentos de risco no ensino superior. In: *Diário de Coimbra*. Coimbra: Diário de Coimbra.

Simões, M.R.; Azevedo, A.; Marques, B.; Morgado, C.; Costa, C.; Marques, L. F. (2003). Relações entre os resultados nas versões portuguesas da WISC e numa amostra clínica de crianças com dificuldades de aprendizagem e/ou problemas de comportamento. *Revista Psicologia e Educação*, 2(1), pp. 19-40.

Soriano, V.; Leal, M. (1995). Estratégias para la prevención de la infección por el vírus de la inmunodeficiencia humana. In: *Revista Clínica Espanola*, 10, pp. 701-707.

Smith, M.; Kartner, H. (1992). A controlled experimental evaluation of three AIDS prevention activities for improving knowledge, changing attitudes, and decreasing risk behaviors of high school seniors. Comunicação apresentada no congresso anual da *American Educational Research Association*, San Francisco, CA, April, pp.20-24.

Soares, R. L. (2002). Estigmas da AIDS: em busca da cura. In: *Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. XXV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação*. Salvador/BA.

Soares, M. (2001). *A AIDS*. São Paulo: Publifolha.

Soares, C. (1997). *Adolescentes, drogas e AIDS: avaliando a prevenção e levantando necessidades*. Tese de Doutorado em Educação – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Sontag, S. (1984). *A Doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Edições Graal, Coleção Tendências; 6.

Souza, M. P. (1998). Crianças e adolescentes: absoluta prioridade? In: *Revista Katalysis*, Florianópolis, 2, pp.41-48.

Sprinz, E.; Ferreira, J.; Pereira, R. P. (1999). Epidemiologia da infecção: aspectos que contribuem para a transmissão do VIH. In: E. Sprinz, E.; Finkelsztejn. *Rotinas em HIV e AIDS*. Porto Alegre: Artmed.

Stake, R. (2000). Case studies. In: N. Denzin e Y. Lincoln (Rds.), *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks: Sage Publications, pp. 435-454.

Stake, R. (1998). *Investigación com estudio Espanha*, Madrid: Ediciones Morata, S. L.

Sunwood, J. et al. School-based AIDS education for adolescents. Office of the Associate Dean for Student Affairs, Whashington University, St. Louis, Missouri, USA. *Adolesc. Health*, v. 16, n. 4, pp. 309-15, Apr. 1995.

Suplicy, M. et al. (1998). *Sexo se aprende na escola*. São Paulo: Olho d'Água.

Sayão, Y. (1997). Orientação sexual na escola: os territórios possíveis e necessários. In: J. G. Aquino. *Sexualidade na escola – alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus, pp.107-117.

Svenson, G. R. ; Hanson, B. S. (1996). Are peer and social influences important components to include in HIV-STD prevention models ? Results of a survey on young people at Lund University, Sweden. *Eur J Public Health* 6, pp. 203-211.

Tavares, J.; Alarcão, I. (2005). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Almedina.

Teixeira, J. A. C. (1993). *Psicologia da saúde e SIDA*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Terto Jr., V. S. (1997). A AIDS e o local de trabalho no Brasil. In: R. Parker. (Org.). *Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed./ABIA, v. , pp. 135-162.

Thiaudière, C. (2002). *Sociologie du SIDA*. Ed. La Découverte, Repères.

Thurler, M. T. (2002). O Desenvolvimento profissional dos professores: novos paradigmas, novas práticas. In: F. Perrenoud et al. *As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação*. Porto Alegre: Artmed, pp. 89-112.

Trinidad, F. (1996). La infancia delinquente y abandonada. In: Borrás Lop (Org.). *Historia de la infancia en la España contemporânea*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, pp. 1834-1936.

Triviños, A. N. B. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.

UNAIDS (2005). *Intensifying HIV prevention: UNAIDS policy position paper*. Genebra, August.

UNAIDS (1999). Epidemic situation. *UNAIDS Report*. Geneva: World Health Organization.

UNESCO (2001). *Educação para todos: o compromisso de Dakar*. Brasília: UNESCO, CONSED, Ação Educativa.

UNESCO (2000). *Planear para a Educação no contexto do HIV/SIDA* – M. J. Kelly (Org.), Paris.

UNESCO (1994). Declaração de Salamanca e enquadramento da acção na área de necessidades educativas especiais, Instituto de Inovação Educacional, Lisboa.

- UNICEF (2005). Situação Mundial da Infância. In: <http://www.unicef.pt/docs/smi2005.pdf> - última consulta em Junho de 2006.
- Varquez, A. S. (1977). *Filosofia da praxis*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- Vasconcelos E. M.(Org.) (2001). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede popular e saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Vasconcelos, T. (1997). Programa de expansão e desenvolvimento da educação pré-escolar. *Perspectivar Educação*, pp. 45-48.
- Vicente, C. M. (2000). O direito à convivência familiar e comunitária: uma política de manutenção do vínculo. In: M. do C. B. de Carvalho (Org.) *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC/Cortez, pp. 47-57.
- Vitiello, N. (1997). *Sexualidade: quem educa o educador. Um manual para jovens, pais e professores*. São Paulo: Iglu.
- Ventura, F. (2000). *A luta contra o VIH/SIDA*. In: *Sida In Contra*. Lisboa: Comissão Nacional de Luta contra a SIDA, Dezembro.
- Weber, L. N. D.; Kossobudzki, L. H. M. (1996). *Filhos da solidão: institucionalização, abandono e adoção*. Curitiba: Governo do Estado do Paraná.
- Weber, L. N. D. (2002). *Pais e filhos por adoção no Brasil – características, expectativas e sentimentos*. Curitiba: Juruá.
- Yin, R. K. (2003). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (D. Grassi Trad.). Porto Alegre: Bokman.
- Yin, H. L. (1987). Gelsolin: calcium- and polyphosphoinositide-regulated actin-modulating protein. *Bioessays*, 7, pp. 176 - 179.
- Yin, R. (1993). *Applications of case study research*. Newbury Park: Sage Publications.

ANEXOS

ANEXO I – Estudo 1

ANEXO II – Estudo 2

