



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS REALEZA
CURSO DE LICENCIATURA EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

RAFAEL DOS SANTOS CARNEIRO

O HIV/AIDS NA REGIÃO SUDOESTE DO PARANÁ E SUAS AÇÕES
INFORMO/EDUCATIVAS: O CASO DA REGIONAL DE FRANCISCO
BELTRÃO

REALEZA
2016

RAFAEL DOS SANTOS CARNEIRO

**O HIV/AIDS NA REGIÃO SUDOESTE DO PARANÁ E SUAS AÇÕES
INFORMO/EDUCATIVAS: O CASO DA REGIONAL DE FRANCISCO
BELTRÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado como requisito para obtenção do grau de Licenciado em Ciências Biológicas da Universidade Federal da Fronteira Sul Campus de Realeza PR.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Aurélio Gimenes Garcia

**Realeza
2016**

Carneiro, Rafael dos Santos

O HIV/AIDS NA REGIÃO SUDOESTE DO PARANÁ E SUAS
AÇÕES INFORMO/EDUCATIVAS: O CASO DA REGIONAL DE
FRANCISCO BELTRÃO/ Rafael dos Santos Carneiro. – 2016.

47 f.

Orientador: Ronaldo Aurélio Gimenes Garcia.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) - Universidade Federal
da Fronteira Sul, Curso de Licenciatura em Ciências Biológicas , Realeza,
PR, 2016.

1. Saúde e Educação Sexual. I. Garcia, Ronaldo Aurélio Gimenes,
orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

RAFAEL DOS SANTOS CARNEIRO

**O HIV/AIDS NA REGIÃO SUDOESTE DO PARANÁ E SUAS AÇÕES
INFORMO/EDUCATIVAS: O CASO DA REGIONAL DE FRANCISCO
BELTRÃO**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito para obtenção do grau de Licenciado em Ciências Biológicas da Universidade Federal da Fronteira – Sul.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Aurélio Gimenes Garcia

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em:

____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ronaldo Aurélio Gimenes Garcia – UFFS

Prof.^a Dr. Renata Orlandi – UFFS

Prof.^a Dr. Cristiane de Quadros – UFFS

AGRADECIMENTOS

Mais do que o simples cumprimento de um protocolo de cordialidade, dedico este trabalho como maneira de desferir dardos acolhoados sob a aparente maciez de um abraço amigo. Dedico este trabalho, como forma de agradecimento as pessoas que de alguma forma ou outra estiveram ao meu lado durante minha trajetória. Assim, agradeço:

- A minha mãe, Enedi, que me possibilitou viver e conseqüentemente amar, se alegrar, sorrir, sofrer, cair, LEVANTAR! Que desde sempre foi a pessoa mais importante da minha vida, me ensinando que tudo fica bem no interior de um abraço.
- Ao meu Pai, Elias, e meus irmãos Alexandre e Vinicius, que aturaram meu humor azedo ao longo de todos estes anos, e já aviso, a tendência é piorar com o tempo.
- A minha família (primos(as), tios(as), cunhada, avó, padrinhos e madrinhas);
- Aos colegas e amigos que fiz ao longo destes cinco anos, e que farão parte da minha vida ao longo de tantos outros;
- A turma de Licenciatura em Ciências Naturais 2011.1, com a qual tive o imenso prazer de passar horas inesquecíveis. É triste saber que em breve não nos veremos com tanta frequência, mas os laços criados serão eternos;
- As amigadas novas e as antigas com quem compartilhei minha vida, o trabalho, a dor e a alegria;
- A minha sobrinha e afilhada Luana, que muitas vezes me confortou com suas pequenas mãozinhas e gigantesco abraço;
- A meu amigo Willian, por uma relação de amor e ódio ainda não bem estabelecidas, e pelos imensos momentos de brigas e companheirismo, muito mais brigas claro;
- A vocês: Rayanne e Charline por desvirtuarem meus trabalhos acadêmicos me chamando para beber no final de semana, que começava sempre na terça. As arvores somos nós!
- A Isabel, Josiane, Angélica e Sumaya, pelas inúmeras risadas e o imenso companheirismo sempre.
- A Izabel, por ser muito mais que minha mestre, ser alguém que posso contar sempre para o que der e vier.
- A meu orientador Ronaldo pela paciência, dedicação e perspicácia em me ensinar;
- Aos lindos de Floripa, que fizeram parte de um dos capítulos mais lindos da minha vida, especialmente a casa de Cascaes (Lilian, Gabriella e Mateus), serei eternamente grato a vocês pelos dias de companheirismo, conselhos, risos, amizades, bebedeiras e amizades.

- As professoras Renata e Cristiane, não somente por terem participado de minha banca examinadora, mas por serem fontes inspiração;

Amo vocês!

“É a possibilidade da vida que nos leva a interagir, construir, planejar, projetar o futuro, não a certeza da morte (Herbert de Souza).”

RESUMO

Descobrir-se HIV positivo impacta fortemente na vida íntima do indivíduo. É uma notícia que abre precedentes para uma infinidade de mudanças cotidianas, agudizando sentimentos de solidão, rejeição e remorso. Desde o primeiro caso diagnosticado da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), no começo da década de 80, sua transmissão tem sido agravada pelo estigma e pelo preconceito, que se encontram arraigados em valores culturais e morais da sociedade sobre a sexualidade, os quais atribuem a responsabilidade do contágio pelo vírus ao estilo de vida da pessoa HIV positiva. Sabe-se que uma abordagem preventiva e de promoção à saúde, isenta de preconceitos morais e religiosos, é de grande importância e impacto na saúde da população. Concentrar esforços em campanhas de distribuição de preservativos e divulgação de informações corretas acerca do HIV/AIDS pode provocar uma redução significativa nos comportamentos que exponham as pessoas HIV negativas ao risco de contágio pelo vírus e assim evitar novas contaminações. Além disso, garantir a adesão e permanência no tratamento antirretroviral das pessoas que convivem com HIV pode determinar o fim da inexorável equação imaginária “HIV = morte”. O trabalho que aqui versamos objetiva analisar por meio de pesquisa quali-quantitativa quais são e como são desenvolvidas as ações informo/educativas de comportamento preventivo e sexo seguro na Microrregião de Capanema, Sudoeste do Paraná. E assim compreender o universo do HIV/AIDS, focalizando esforços na compreensão do espaço-tempo, das práticas, dos simbolismos e de como os sujeitos assimilam e constroem o sentido desta epidemia em suas realidades cotidianas. Os dados epidemiológicos foram coletados junto a 8ª Regional de Saúde, com base neles, buscou-se identificar quais são as ações informo/educativas desenvolvidas junto a microrregião de Capanema para o público mais acometido. Percebe-se que embora o público mais acometido esteja na faixa etária que vai de 20 à 49 anos, são poucas as ações voltadas ao atendimento deste público, sendo que os maiores esforços encontram-se destinados a escolares e gestantes. Assim, faz-se de extrema urgência pensar em espaços que atinjam os mais variados espaços e idades, com abordagens informativas e esclarecedoras, que extrapolem a simples distribuição de preservativos.

Palavras-chave: HIV e AIDS. Informação. Ações preventivas. Epidemia.

ABSTRACT

Discovering yourself HIV positive can impact strongly in the intimate life of the individual. It is a notice that opens precedent for a mass of daily changes, accentuating feelings of loneliness, rejection and remorse. Since the first diagnosed case of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), in the early 80s, its transmission has been exacerbated by stigma and prejudice, which are rooted in cultural and moral values of society about sexuality, attributing the responsibility of the virus spread to HIV-positive person's lifestyle. It is known that a preventive and health promotion approach, without moral and religious prejudice, is of great importance and impact on population health. Focus efforts on condom distribution campaigns and dissemination of correct information about HIV/AIDS can cause a significant reduction in behaviors that expose HIV-negative people at risk of infection by the virus and thus prevent further contamination. Moreover, ensure adherence and retention in antiretroviral treatment of the people who are living with HIV may determine the end of the inexorable imaginary equation "HIV = death". This work aims to analyze through qualitative and quantitative research which and how are developed the info/educational actions of preventive behavior and safe sex in the micro-region of Capanema, Paraná Southwest. And so, understand the world of HIV/AIDS, focusing efforts on comprehension of space-time, the practices, the symbolism and how the subjects assimilate and build the sense of this epidemic in their daily realities. Epidemiological data were collected from the 8th Regional Health, based on them, we sought to identify what are the info/educational activities developed with the micro-region of Capanema for the most affected public. It is noticed that although the public most affected are in the age group ranging from 20 to 49 years, there are limited actions to meet this public, with the greatest efforts being aimed at school children and pregnant women. Consequently, it is extremely urgent to think of spaces that meet the most varied spaces and ages, with informative and enlightening approaches that go beyond the simple distribution of condoms.

Key words: HIV and AIDS. Information. Preventive actions. Epidemic.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. RECURSOS METODOLÓGICOS.....	16
3. A EPIDEMIOLOGIA NA REGIONAL DE FRANCISCO BELTÃO.....	21
4. AS AÇÕES INFORMOEDUCATIVAS NA MICRORREGIÃO DE CAPANEMA	25
5. PRA QUEM? POR QUEM? E ONDE?	32
6. DESAFIOS E POSSIBILIDADES	37
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
8. REFERÊNCIAS.....	43

1. INTRODUÇÃO

Receber o diagnóstico positivo de um teste de HIV impacta fortemente na vida do indivíduo contaminado. Descobrir-se HIV positivo abre precedentes para uma infinidade de mudanças no cotidiano, que incluem desde o receio de como compartilhar a notícia com familiares e amigos próximos, dificuldades em lidar com seus próprios direitos sexuais e reprodutivos, questões relativas ao adoecimento e até mesmo sentimentos de solidão e rejeição provocados pelo estigma e o preconceito atrelado à doença (ORLANDI, 2011).

Desde o primeiro caso notificado na década de 80, o HIV se configura como um dos fatos mais marcantes da história contemporânea da sexualidade humana. Sua ocorrência nas diferentes regiões do globo dependeu e depende, dentre outros fatores, do comportamento humano individual e coletivo, sendo uma epidemia de grande complexidade e configurando-se como um verdadeiro mosaico de subepidemias. Devido sua magnitude a epidemia de HIV/AIDS se destaca entre as enfermidades infecciosas emergentes, sendo tema de grande repercussão e discussões por parte da comunidade científica e pela sociedade em geral (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000).

Embora, no primeiro momento, não se conhecesse as causas da AIDS, a mesma foi rapidamente vinculada aos homens que fazem sexo com outros homens (HSH) – homossexuais e bissexuais – sendo esse segmento social o perfil inicial mais atingido, correspondendo no ano de 1984 a 71% dos casos notificados da doença. Entretanto, o HIV se disseminou rapidamente entre vários segmentos sociais, alcançando paulatinamente mulheres, crianças e homens com prática heterossexual (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000 e SANTOS; *et.al.*, 2002).

No Brasil, atualmente a AIDS se constitui em um problema de saúde pública, e como tal evoluiu agudizando as contradições sociais, econômicas e culturais. A adoção de políticas públicas nacionais voltadas ao enfrentamento da epidemia ocorreu em consonância com mudanças políticas importantes, tais como a aprovação da nova Constituição Federal em 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a transição da ditadura militar para o regime democrático. No cenário atual as políticas públicas que vigoram em relação à epidemia da AIDS têm como principal objetivo prestar assistência de qualidade às pessoas que convivem com o HIV/AIDS (VILLARINHO; *et. al.*, 2013).

O Brasil “Continental”, caracterizado por grandes extensões geográficas e diversidades – ou disparidades – sociais, econômicas e demográficas, reúne uma epidemia dentro das fronteiras de uma nação multifacetária, ainda por ser completamente desbravada e reconhecida. Situações distintas de vulnerabilidade configuram diferentes subepidemias (sic) a compor um

mosaico de peças emergentes em momentos diversos, à razão da mobilidade populacional e do desnível regional, socioeconômico e político do País, características intrínsecas à sua história (BRASIL, 1999, p. 05).

Segundo o Ministério da Saúde (2014), nos próximos anos, é esperado um aumento das notificações de casos de infecção pelo HIV, bem como a intensificação de ações que sejam eficazes na prevenção da transmissão do vírus e na redução a morbimortalidade pelo agravo. Desde o início da epidemia de AIDS no Brasil (1982) até dezembro de 2013, foram registrados 686.478 mil casos acumulados da doença, sendo 278.306 mil óbitos tendo como causa básica a síndrome e 39.000 mil novos casos de HIV por ano são notificados.

Os tabus culturais ligados a epidemia, tais como homossexualidade, infidelidade, prostituição, uso de drogas, adoecimento, morte e os próprios discursos em torno da sexualidade, fazem do HIV/AIDS uma epidemia de impacto social, envolvendo aspectos relacionados ao estigma, à intolerância, ao preconceito, ao estereótipo, à discriminação e à exclusão social (ORLANDI, 2011). O estigma é um dos principais fatores agravantes na transmissão do HIV, este tem como esteio diversos fatores, tais como: o conhecimento precário sobre a doença, principalmente a transmissão; a falta de apoio no acesso e adesão ao tratamento; o repasse de informações irresponsáveis sobre a Síndrome principalmente pela via midiática. A qual desde o início da epidemia no Brasil, atuou mais atemorizando do que promovendo educação propriamente dita, veiculando mensagens preconceituosas e direcionadas a determinados grupos de riscos (profissionais do sexo, homossexuais e usuários de drogas), encobrando o alcance da epidemia a grupos heterossexuais e mulheres, bem como no reforço do imaginário de que a AIDS era uma doença incurável, imoral e relacionada à promiscuidade (ORLANDI; CARNEIRO GARCIA, 2015).

Para Goffman (1988), o conceito de estigma está diretamente ligado à situação de inabilitação de aceitação social por parte do indivíduo e funciona como uma marca/rótulo que é direcionado a pessoas ou grupos (GOFFMAN, 1998). O estigma atua no processo de exclusão social do indivíduo e conseqüentemente na invisibilidade de suas qualidades, produzindo um descrédito em relação ao mesmo, o que por conseqüência reduz suas expectativas de vida (GUNTHER, 2013).

No caso do HIV/AIDS, a percepção negativa das pessoas infectadas, a discriminação, a culpabilização individual pela infecção e o pouco conhecimento são agentes de sofrimento e estigmatização da doença. Esse estigma é oriundo das concepções de uma sociedade preconceituosa, enraizadas na ideia de que a doença seria uma espécie de castigo divino contra pessoas cujo comportamento sexual não condiz com os dogmas cristãos

(CARVALHO; PAES, 2011). A condição sorológica positiva de uma pessoa, muitas vezes é motivo de constrangimento, não somente para ela, mas para as pessoas que a rodeiam. Esse sentimento que faz com que a doença seja ocultada se dá pela ideia de “peste” que o HIV tem (GUNTHER, 2013).

A AIDS é um fenômeno socialmente construído, baseado na ideia de doença contagiosa, incurável e mortal associada a uma série de questões que envolvem sexualidade, periculosidade, moralidade, saúde, doença, e morte. [...] A busca de explicações sobre a origem da doença, definição de seu agente etiológico, grupos atingidos e formas de transmissão, certamente, foram os pontos de partida para a construção da AIDS enquanto fenômeno social. [...] As representações que daí se originam, ainda hoje, mobilizam sentimentos e preconceitos arraigados, evocam comportamentos e políticas discriminatórias (ESHER, 1999, p.60).

A maioria dos Estados e organizações internacionais reconhece o efeito negativo, no campo preventivo e de assistencialismo, que o estigma tem em relação ao combate do HIV/AIDS. No Brasil, várias esferas do executivo, legislativo e judiciário fazem referência ao processo de estigmatização e preconceito, se configurando como uma resposta social à epidemia. No plano jurídico foram instituídas leis de proteção às pessoas que vivem com HIV e são discriminadas em decorrência da sua condição sorológica. Já no âmbito institucional, passou a se garantir direitos sexuais reprodutivos para as pessoas HIV positivas como estratégia de planejamento familiar (ZUCCHI; PAIVA; FRANÇA JUNIOR, 2013).

O ativismo político brasileiro dos anos 1980, marcado por um contexto sociocultural de conquista de liberdades individuais e pela valorização dos direitos de populações até então socialmente marginalizadas (mulheres, homossexuais e negros) foi o que possibilitou a imediata reação de movimentos sociais frente ao HIV/AIDS, tanto no que diz respeito ao plano da atenção à saúde como na prevenção e combate a situações de discriminação dirigidas aos grupos mais afetados e às pessoas vivendo com HIV/AIDS. Diversos segmentos sociais (igrejas, setor privado, comunidade científica e organizações não governamentais) participaram desse movimento. Desta forma muito mais que incentivar a criação de políticas públicas, permitiram organizar a sociedade nos princípios da solidariedade e no direito à cidadania dos grupos mais atingidos (GRANGEIRO; LAURINDO SILVA; TEIXEIRA, 2009).

Segundo Esher (1999), desde o início da epidemia, muitos foram os avanços conquistados em relação ao HIV/AIDS. Esses vão desde os modernos tratamentos com a terapia antirretroviral, até questões relacionadas à violação de direitos humanos, porém, a AIDS ainda é considerada por muitos como a "doença do outro" (nefasto), o qual é entendido como uma ameaça à sociedade, essa postura gera discriminação às pessoas que já tem estado

sorológico positivo e afasta aqueles que não se identificam com a possibilidade de virem a ser.

Nesse sentido, uma abordagem voltada a prevenção e a promoção da saúde, livre de preconceitos morais e religiosos, possui grande importância e impacto na saúde da população. Uma política baseada em campanhas de distribuição de preservativos (masculino e feminino) e divulgação de informações corretas acerca do HIV/AIDS pode contribuir para evitar novas contaminações pelo vírus (FRANÇA; VIDAL, 2014).

As ações preventivas e o processo educativo continuado em relação ao HIV/AIDS são o principal instrumento de combate a epidemia. A educação para a saúde enquanto processo de interação e formação cidadã deve englobar necessariamente aspectos relacionados a cidadania, gênero, sexualidade, etnia e direitos humanos, na busca da construção de valores e atitudes saudáveis do ser individual e coletivo. As ações educativas e de distribuição de preservativos devem ser entendidas como apenas parte da estratégia que pretende lidar com a complexidade do tema sexualidade, integrando práticas que levem em consideração os fatores sócio culturais intrínsecos a vida do ser social (BRASIL, 2002).

O governo brasileiro tem desenvolvido ações de sensibilização dos diferentes grupos populacionais que apresentam diferentes graus de vulnerabilidade, disseminando informações corretas acerca da epidemia. Além disso, o Ministério da Saúde tem divulgado a importância do uso do preservativo, o qual é distribuído gratuitamente nas unidades básicas de saúde e escolas, ou vendidos por baixo preço em estabelecimentos comerciais (FRANÇA; VIDAL, 2014).

Camargo e Barbará (2004) explicam que no caso do HIV/AIDS o fornecimento de informações corretas, pode provocar uma redução nos comportamentos que exponham as pessoas ao risco de contágio pelo vírus. Essas informações devem incluir conhecimentos específicos a respeito da transmissão e prevenção, sendo um eficaz instrumento para informar e prevenir a população do risco desta epidemia (CAMARGO; BARBARÁ, 2004).

São necessárias a implementação de ações preventivas e informativas que possibilitem a troca de experiência e a criação de redes de solidariedade, além, de garantir direitos sociais de pessoas HIV positivas e HIV negativas. No primeiro caso, é preciso reconhecer e garantir os direitos de uma vida digna e livre de qualquer tipo de preconceito, discriminação e desigualdade, no segundo deve se garantir o acesso à informação e aos métodos preventivos (BRASIL, 2008).

Para Ayres (2002), desde o início da epidemia, a prevenção constitui uma questão crucial para os programas de controle do HIV/AIDS. O atual cenário de informações

extensivas democráticas e calcadas no conjunto de serviços de saúde preparados, equipados e acessíveis ao conjunto dos cidadãos, aliados às modernas terapias antirretrovirais, tem determinado o fim da ideia de infecção igual à morte. Sendo assim, é impossível não considerar a necessidade da construção de uma cultura preventiva universal, plural e versátil para o conjunto da sociedade (AYRES, 2002).

No Sudoeste do Paraná, em meados de 2006, a Regional de Saúde de Francisco Beltrão passou a desenvolver atividades do Serviço de Assistência Especializada a pessoas HIV positivas - SAE, ampliado no ano de 2007 com a criação do Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA. O SAE realiza o atendimento gratuito aos pacientes HIV positivos, doentes de AIDS, gestante HIV e crianças expostas verticalmente de todos os 27 municípios de abrangência da 8ª Regional de Saúde. No ano de 2014 o SAE atendia 475 pacientes, no qual aproximadamente 40% tinham estado sorológico positivo e 60% doentes de AIDS, ou seja, que utilizam a terapia antirretroviral. A faixa etária variava entre 8 a 86 anos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FRANCISCO BELTRÃO, 2014).

Pouco se conhece acerca da epidemia de HIV/AIDS nos municípios de pequeno e médio porte, o que nos emerge a necessidade de ampliar olhares sobre a AIDS nestes espaços (GOMES; *et. al.*, 2012). O trabalho aqui proposto é de grande relevância social, por fazer este olhar para uma região de pequeno porte, com peculiaridades políticas, econômicas e culturais, fatores que afetam diretamente na vida dos indivíduos, independente de sua vontade.

Para a compreensão do universo do HIV/AIDS, faz-se necessário o olhar para um determinado grupo em um determinado espaço-tempo, levando em consideração suas práticas, simbolismos e relações mantidas intra e extragrupo, levando em consideração como os sujeitos assimilam e constroem o sentido desta epidemia em suas realidades cotidianas (GOMES, *et. al.* 2012).

Com base nessa revisão de literatura, o objetivo deste trabalho é mapear o perfil epidemiológico do HIV/AIDS na Regional de Saúde de Francisco Beltrão, e com base nele identificar e analisar quais as ações de comportamento preventivo e sexo seguro, vem sendo desenvolvidas para a faixa etária mais acometida.

2. RECURSOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa foi desenvolvida na Regional de Saúde de Francisco Beltrão, a qual está inserida na mesorregião do Sudoeste Paranaense. A mesorregião é composta por 42 municípios agrupados em três microrregiões geográficas, a saber: Microrregião de Capanema, Francisco Beltrão e Pato Branco. A população estimada é de 1.175.001 habitantes, espalhados numa área de 17.060 km² (ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO SUDOESTE DO PARANÁ, 2011). A ocupação territorial da mesorregião é recente, datada de meados de 1940, o que faz do Sudoeste uma das últimas áreas de ocupação intensiva do Estado. Duas cidades se destacam nessa região: Pato Branco e Francisco Beltrão (SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO, s.d).

A formação territorial do Sudoeste paranaense está ligada aos movimentos de desterritorialização e reterritorialização. Por um lado a situação das terras no Rio Grande do Sul afligia os gaúchos, devido à possibilidade do fracionamento excessivo da propriedade agrícola, por meio do crescimento desordenado da população inerente a reterritorialização de imigrantes europeus durante o final do século XIX e início do século XX. Já os Catarinenses tentavam livrar-se da precariedade em que se encontravam as terras de muitas regiões de Santa Catarina, tornadas inférteis por técnicas agrícolas primitivas. Esses dois cenários desencadearam um processo de desterritorialização. No Sudoeste do Paraná essa prática foi estimulada pelo governo Getúlio Vargas, por meio da criação da Colônia Agrícola Nacional General Osório (CANGO), por práticas de migração e ocupação efetiva da fronteira através da facilitação de investimentos privados sob a forma de doações de terras desocupadas e vendas simbólicas (EDUARDO; SAQUET, 2009).

A economia do Sudoeste paranaense, até 1960, dependia da policultura de subsistência e, de maneira menos intensa, da extração de madeira, da erva-mate e da criação de animais (galinhas, porcos, bovinos etc.), efetuada, em geral, em pequenas propriedades rurais e com base no trabalho familiar. No Sudoeste do Paraná, de forma sucinta, a pequena propriedade esteve na base da estrutura fundiária adotada através da CANGO, reproduzindo as mesmas bases territoriais estabelecidas no Rio Grande do Sul e em Santa Catarina anteriormente (EDUARDO; SAQUET, 2009, p.4).

Apesar de ter passado por inúmeras transformações em sua base produtiva com a introdução de novas técnicas de cultivo, o Sudoeste manteve a estrutura fundiária, com predominância da pequena propriedade, sendo que a agricultura familiar é o maior reduto de caracterização da mesorregião. Entre as décadas de 1970 e 1980, houve um decréscimo na

população rural sudoestina, porém o volume foi pouco expressivo, ao passo que a população urbana dobrou de tamanho (PARANÁ, 2009).

A influência do modo de produção não-extensivo e diversificado, introduzido pelos imigrantes gaúchos e catarinenses, é o traço marcante desta mesorregião. Entre os anos de 1991 e 2000, houve uma queda de 25% no número de habitantes rurais. No entanto, a região continua aparecendo como a segunda menos urbanizada do estado. A economia rural sempre foi baseada em minifúndios, devido às características do relevo acidentado, e são uma característica da região as pequenas propriedades com mão de obra familiar. Atualmente, todavia, o Sudoeste apresenta um crescimento da concentração fundiária, com a introdução de novas técnicas de cultivo a partir da expansão da soja (SESC s.d).

Quanto aos indicadores sociais do Sudoeste do Paraná, pode-se perceber que a maioria dos municípios ocupa posições intermediárias no ranking estadual do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), esse desempenho é reflexo, principalmente, do componente educação. A maioria dos municípios possui taxa de escolarização, nos níveis fundamental e pré-escolar, acima da média estadual. No ano de 2009, o Sudoeste registrou a maior taxa de atividade e a menor taxa de desemprego de todo estado do Paraná, houve ainda um crescimento do emprego formal acima da média estadual. As principais atividades desenvolvidas na região estão voltadas a agropecuária ou de extração florestal. Como indicativo do momento de transição urbana, os novos postos formais de trabalho se concentram no comércio varejista e nos serviços de alojamento e alimentação (PARANÁ, 2009).

A mesorregião sudoeste do Paraná se subdivide em três microrregiões geográficas: Capanema, Francisco Beltrão e Pato Branco. A subdivisão é garantida pela Constituição Brasileira de 1988 e se constitui de um agrupamento de municípios limítrofes, com a finalidade de integrar e organizar, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum (INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONOMICO E SOCIAL, 2014).

Embora a mesorregião sudoeste seja subdividida em três microrregiões, destacamos que a microrregião de Capanema existe somente a nível administrativo, pois é dependente da regional de Francisco Beltrão que dispõe de toda estrutura necessária a uma regional de saúde.

A microrregião geográfica de Capanema é composta por 8 municípios: Ampére, Bela Vista da Caroba, Capanema, Pérola d'Oeste, Planalto, Pranchita, Realeza e Santa Izabel do Oeste, com população estimada em 2014 de 98.899 habitantes, e densidade demográfica de 42,64 hab./km². Tal microrregião é atendida pela Regional de Saúde de Francisco Beltrão, a

qual atende 27 municípios e 354.034 habitantes, a Regional possui 776 estabelecimentos de saúde, e os serviços de atendimento especializado é centralizado na cidade de Francisco Beltrão (IPARDES, 2014).

A pesquisa foi composta por três etapas de caráter quanti-qualitativo, com abordagens não contrárias, mas complementares. Levando em consideração que para muitos cientistas, a visão extrema e oposta entre quantitativo e qualitativo é prejudicial para ambos os paradigmas, e principalmente para o avanço da ciência (ARAÚJO e GOMES, 2005).

A pesquisa quali-quantitativa envolve a combinação da pesquisa quantitativa e da qualitativa e utiliza-se de recursos e técnicas estatísticas, da interpretação dos fenômenos e da atribuição de significados aos dados. Quantitativaente busca-se traduzir opiniões e informações em números, fundamentando-se na frequência de aparição de determinados elementos da mensagem. Já o qualitativo envolve a ideia do subjetivo, suas sensações, opiniões e percepções de diferenças e semelhanças (FILLOS; *et. al.*, 2012).

Inicialmente, foi realizado o levantamento e a caracterização dos dados epidemiológicos do HIV/AIDS na Regional de Saúde de Francisco Beltrão. Sendo levantados dados dos 27 municípios atendidos, levando em consideração: sexo, faixa etária e orientação afetivo sexual. Caracterizando desse modo o perfil epidemiológico do HIV/AIDS na Regional de Saúde de Francisco Beltrão. Os dados fazem parte de relatórios internos da 8ª Regional de Saúde e anualmente são compilados e disponibilizados em boletins informativos de domínio público e de livre acesso ao cidadão por meio do Portal da Secretária de Saúde do Estado do Paraná.

Posteriormente, foram aplicados questionários aos enfermeiros que compõe as equipes de ação, ou que tenham atuado há pelo menos um ano em campanhas de prevenção ao HIV/AIDS nos municípios que compreendem a microrregião de Capanema. Solicitou-se aos Secretários de Saúde que indicassem as pessoas que estariam aptas a responder os questionários, coincidentemente os nomes indicados foram dos responsáveis pelo setor de epidemiologia de cada Município.

A fim de confirmar as respostas obtidas pelos questionários foram realizadas entrevistas audiogravadas com os chefes de equipe. Tanto as entrevistas, quanto a aplicação de questionários ocorreram nas Secretarias Municipais de Saúde de cada município da Microrregião de Capanema, todas as Secretarias funcionam junto aos Postos Centrais de Saúde.

Os questionários e as entrevistas foram estruturados a partir de eixos baseados: nas ações desenvolvidas, para quais públicos alvos estão focadas, como surgem as demandas e os

locais onde as ações se desenvolvem. Levou-se em consideração ainda quem são as pessoas que fazem as Orientações e de que maneira se organizam nos grupos de ação, bem como se há preocupação dos grupos de ação com a diversidade sexual do público alvo e com os direitos sexuais e reprodutivos.

O perfil dos Secretários de Saúde entrevistados incluiu 71,43% de mulheres e 28,57% de homens, onde 85,72% se autodeclararam brancos e 14,28% pardos, com faixa etária média de 43 anos e predominantemente casados. Quanto à religião se declararam católicos 71,43% e evangélicos 28,57%. A formação dos entrevistados nos aponta que 42,85% eram funcionários públicos, 42,85% gestores de saúde e apenas 14,30% enfermeiros, sendo que os Secretários de Saúde são cargos de confiança, indicados pelos prefeitos de cada município.

Quanto ao perfil das pessoas que responderam o questionário 91,67% eram mulheres e 8,33% eram homens, com idade média de 34 anos. Quanto ao perfil étnico 91,67% se autodeclararam brancos e 8,33% pardos. Quanto ao estado civil 58,33% eram casados, 33,33% solteiros e 8,34% estavam em união estável. Quanto a religião 91,67% eram católicos e 8,33% espíritas. Quanto a profissão 100% declararam ser enfermeiros

A análise dos relatos foi baseada na técnica de Análise Textual Discursiva (ATD), proposta por Moraes e Galiazzi (2011) e objetivou-se identificar quais ações educativas e informativas, são desenvolvidas na microrregião de Capanema e quais são os principais públicos alvos.

A análise textual discursiva é um método de análise de dados que transita entre a análise de conteúdo e a análise de discurso. O processo de análise inicia com uma unitarização dos dados coletados, os textos são separados em unidades de significado, que podem gerar novos conjuntos de unidades, resultado das interlocuções empírica, teórica e das interpretações do pesquisador. Após este processo passa-se a fazer a articulação de significados semelhantes (categorização). É nesta etapa do processo que se reúnem as unidades de significado semelhantes. A combinação da unitarização e categorização correspondem a um processo de desconstrução que implica na reconstrução. A primeira etapa desconstrói as verdades estabelecidas, que são reconstruídas em uma ordem diferente da original pela segunda etapa (MORAES e GALIAZZI, 2011).

A análise dos questionários e das entrevistas iniciou com o agrupamento por itens, das respostas obtidas (unitarização), a partir destes grupamentos foram identificados as falas que se repetiam ou que possuíam o mesmo significado (categorização), e partindo destas unidades de significado fez-se a análise qualitativa dos dados.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP-UFFS). O contato inicial foi feito com a 8ª Regional de Saúde de Francisco Beltrão em Agosto de 2015, onde se apresentou a intenção na realização da pesquisa e solicitou-se os dados epidemiológicos do HIV/AIDS na Regional de Saúde. O contato prévio com a 8ª Regional de Saúde de Francisco Beltrão facilitou nossa inserção e coleta de dados nos municípios da microrregião de Capanema.

No intuito de cumprir todos os protocolos éticos do projeto, foram adotadas todas as medidas cabíveis considerando a gravidade da doença e a condição emocional das participantes, garantiu-se então total sigilo.

Todos os participantes do estudo foram previamente orientados sobre a ética e o sigilo das informações da pesquisa, seus objetivos, a importância de sua participação e a não obrigatoriedade de participar da mesma. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado, lido e assinado antes da realização das entrevistas e da aplicação dos questionários. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas na Secretaria de Saúde de cada município da Microrregião de Capanema, onde estavam presentes somente o entrevistador e o entrevistado. Já os questionários foram aplicados aos enfermeiros. Após a instrução do seu preenchimento o entrevistador saiu da sala no intuito de evitar qualquer constrangimento.

Os dados obtidos foram compilados e armazenados em documentos eletrônicos de acesso exclusivo do pesquisador.

No intuito de garantir o sigilo dos participantes do estudo, seus nomes foram suprimidos das falas transcritas, sendo os mesmos substituídos por nomes fictícios.

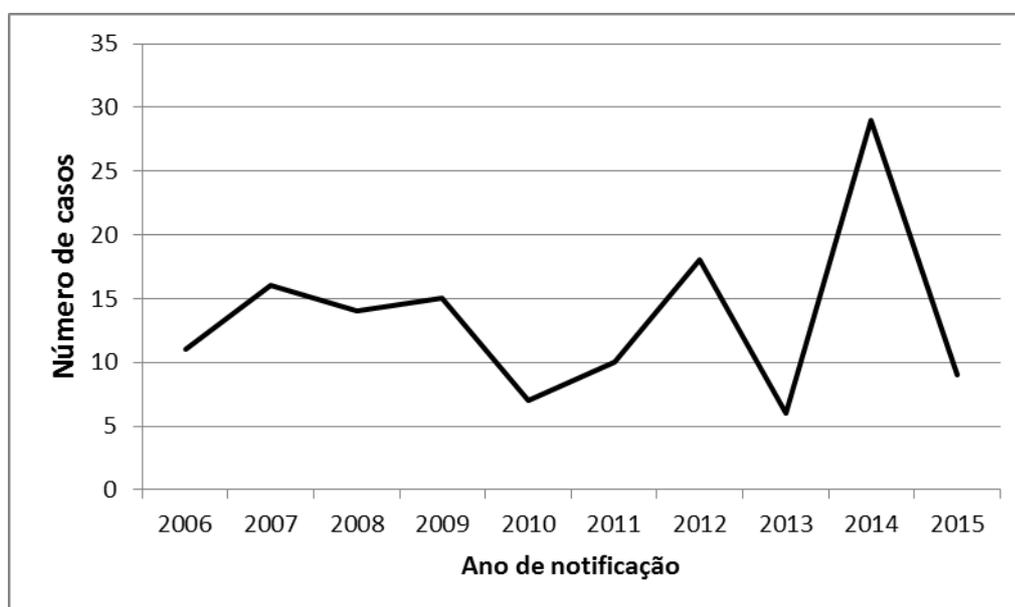
3. A EPIDEMIOLOGIA NA REGIONAL DE FRANCISCO BELTRÃO

Desde o primeiro caso diagnosticado no Paraná, na década de 80 até o ano de 2015, foram registrados no estado 44.460 casos de HIV/AIDS, sendo que no período de 2007 a 2015 houve um total de 13.695 casos de AIDS e 8.553 de HIV, registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (PARANÁ, 2015).

O Estado da Saúde do Paraná é dividido pela Secretária Estadual de Saúde em 22 Regionais, cada uma com sede em um município pólo (NICOLETTO; CORDONI JR.; COSTA, 2005). A mesorregião Sudoeste do Paraná possui duas regionais de Saúde, Pato Branco e Francisco Beltrão. A 8ª Regional de Saúde do Paraná, com cidade pólo em Francisco Beltrão, atende 27 municípios.

Na 8ª Regional de Saúde de Francisco Beltrão, o primeiro caso notificado foi na década de 1990, desde então já foram registrados 266 casos. No período que compreende os anos de 2006 à 2015, foram notificados 132 casos, onde 78 (59,09%) eram indivíduos do sexo masculino e 54 (40,91%) do sexo feminino (GRÁFICO 1).

Gráfico 1: Número de Casos Notificados por Ano na Regional de Saúde de Francisco Beltrão, no período de 2006 a 2014.



Fonte: Dados cedidos pela 8ª Regional de Saúde do Estado do Paraná – Francisco Beltrão

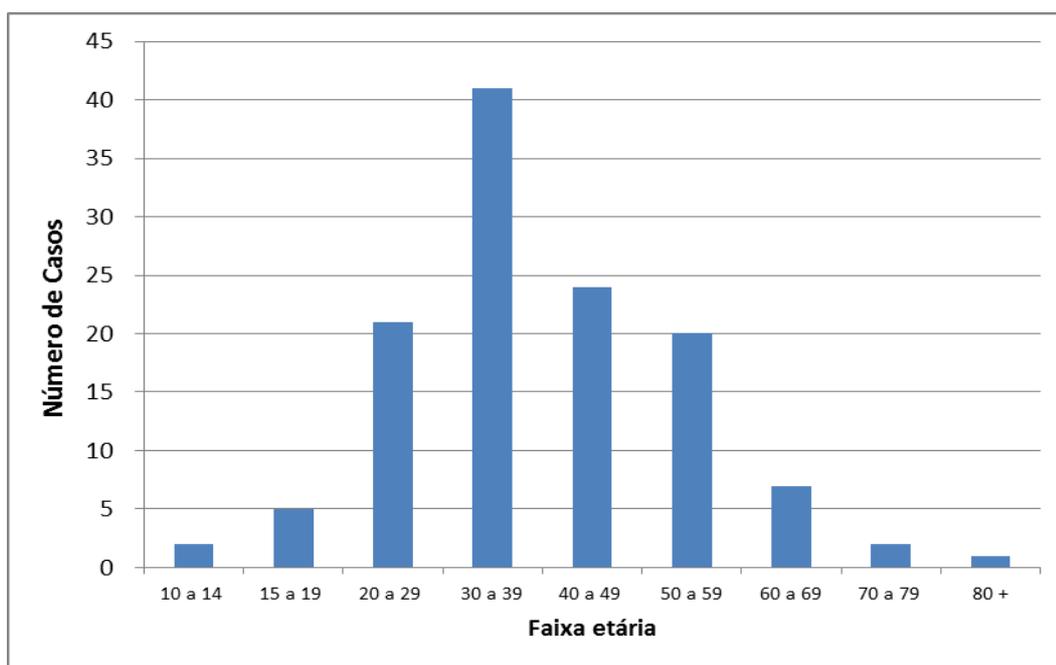
Para Guerriero, Ayres e Hearst (2002), o índice de casos de HIV/AIDS são maiores no público masculino por questões de gênero e como a sexualidade vem sendo entendida. A sexualidade masculina possui para muitos homens um caráter incontrolável, indomável,

concebida como uma necessidade impetuosa, digna de se correr riscos. Com isso é compreensível que um homem tenha relações sexuais desprotegidas e com várias parceiras. Outra característica da cultura machista, atrelada à sexualidade masculina é que o homem nunca deva desprezar oportunidades sexuais, pois se o assim fizer, corre o risco de ser considerado menos viril pela sociedade. Também merece destaque a concepção de sexo vaginal como o único considerado “normal”, e o entendimento que isto o resguarde do risco de contágio com o HIV (GUERRIERO; AYRES; HEARST, 2002).

As relações de gênero resultam de um processo cultural que acompanha o indivíduo ao longo de toda sua vida, neste processo as assietrias entre homens e mulheres são reforçadas, principalmente no que diz respeito a sexualidade, reprodução, divisão sexual do trabalho e o âmbito social. Culturalmente se idealizou que o papel central da mulher no campo da sexualidade é meramente a reprodução e não o prazer, tendo sua sexualidade negada, reprimida e temida. O sexo para elas se apresenta como algo sujo, vergonhoso, proibido, limitado aos órgãos genitais. Já os homens são culturalmente instruídos e preparados para viver o prazer da sexualidade por intermedio do seu corpo, reforçando o imaginário social de que a sexualidade no homem é sinal de masculinidade (CABRAL e DÍAS, 1998).

Embora a epidemia assole indivíduos de todas as faixas etárias, pode-se perceber que o maior número de casos prevalece na população economicamente ativa, entre 20 a 49 anos (GRÁFICO 2).

Gráfico 2: Relação de casos de HIV/AIDS por faixa etária na Regional de Saúde de Francisco Beltrão, no período compreendido entre os anos de 2006 a 2014.



Fonte: Dados cedidos pela 8ª Regional de Saúde do Estado do Paraná – Francisco Beltrão

Para Galvão, Cerqueira e Marcondes-Machado (2004), o intervalo entre os 15 a 49 anos de idade é o que mais acumula casos de indivíduos com HIV em todo planeta, sendo essa a faixa etária considerada de plena procriação. A prevalência nessa faixa etária implica o incremento do contágio por via vertical.

Segundo os dados fornecidos pela Regional de Saúde de Francisco Beltrão, entre os anos de 2007 à 2014, foram notificados 3 casos de contágio perinatal. Já em relação à transmissão vertical, desde 1990, foram notificadas 6 casos, sendo o último no ano de 2002.

As taxas de contaminação por HIV, em transmissões perinatal e vertical podem ocorrer em cerca de 26% das gestações, quando as medidas profiláticas não são tomadas. Esse número decai para menos de 2% com intervenções preconizadas pelo Programa Nacional de DST/AIDS, implantado em outubro de 2002 pela Coordenação Nacional de DST e AIDS, tais como o uso de antirretrovirais combinados a partir da 14ª semana de gestação (BRASIL, 2002/2003, KUPEK e OLIVEIRA, 2012).

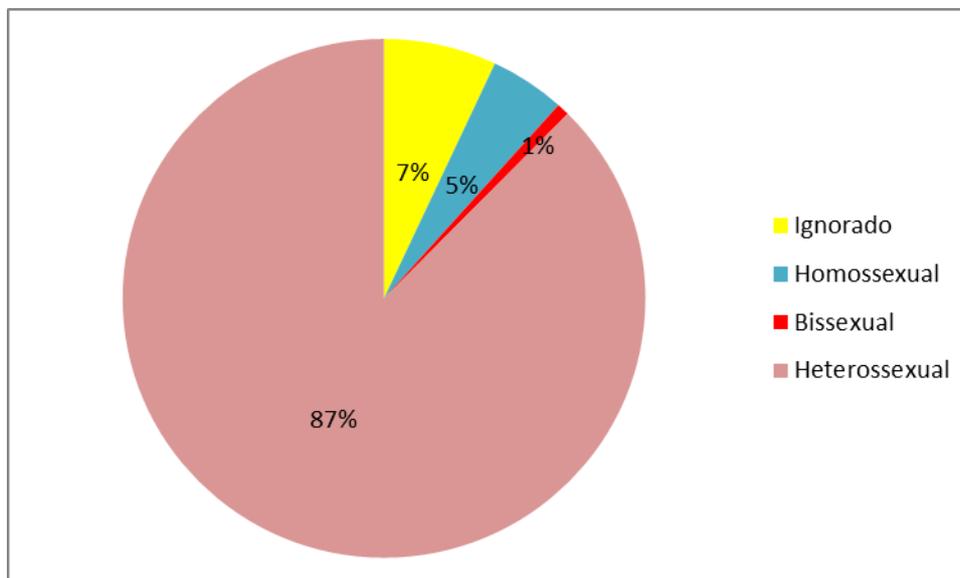
Para Alvarenga e Barroso (2013) o fato da epidemia atingir indivíduos cada vez mais jovens pode ser entendido como um fato social, pois se relaciona diretamente com o nível de instrução e escolaridade do cidadão, sendo maior naqueles com ensino fundamental incompleto. Entre os casos notificados na Regional de Saúde de Francisco Beltrão, observa-se que no período entre os anos de 2010 a 2015, 62,82% possuíam somente o ensino fundamental, 24,36% ensino médio, 6,41% ensino superior e 6,41% eram analfabetos.

Os números relativos à escolaridade nos confirmam a chamada pauperização da epidemia, visto que a escolaridade pode ser utilizada como variável na *proximity*¹ do nível socioeconômico (BRASIL, 1999). A posição do indivíduo na estrutura social é um importante fator para suas condições de saúde plena. O nível educacional, ainda expressa diferenças de acesso à informação por parte das pessoas, bem como suas perspectivas e possibilidades de utilizar tais conhecimentos a seu favor. A renda se configura como a capacidade de acesso aos bens materiais, inclusive serviços de saúde (FONSECA; *et. al.*, 2007).

Com relação à categoria exposição dos casos de HIV/AIDS notificados, o maior percentual concentra-se na categoria heterossexual (87,60%), seguido do público homossexual (4,65%) e bissexual (0,77%) e os casos ignorados representaram 6,98% (GRÁFICO 3).

¹ É um valor utilizado por “aproximação” para se obter um dado que ainda não está disponível.

Gráfico 3 – Percentual das categorias de exposição a AIDS, Regional de Saúde de Francisco Beltrão, 2006 a 2015



Fonte: Dados cedidos pela 8ª Regional de Saúde do Estado do Paraná – Francisco Beltrão

Os crescentes casos de HIV na população heterossexual podem estar relacionados ao imaginário social histórico do uso do preservativo associado à prostituição, promiscuidade e às relações extraconjugais. Assim seu uso nas relações conjugais seria uma maneira de permitir a infidelidade, estando relacionado tanto à desconfiança quanto à fidelidade do casal, visto que o HIV é encarado como a “doença da rua”. Todavia, é de extrema necessidade o incentivo ao uso do preservativo também nas relações conjugais, uma vez que o casamento não constitui um fator de proteção para homens e mulheres. Deve-se considerar ainda que na visão de muitos homens heterossexuais a AIDS se limita a existência de determinados grupos de risco (homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis) e por não pertencerem a tais grupos possuem a falsa sensação de que a doença não se encontra em seu contexto social, fazendo com que os mesmos não adotem medidas preventivas (SILVA, 2002; MAIA; GUILHEM; FREIRAS, 2008).

Dado o contexto social e cultural da região, com forte influência da igreja e tendo o setor agrícola como principal atividade econômica, a epidemia de HIV/AIDS no Sudoeste do Paraná assume singularidades e características únicas, que ainda necessitam ser exploradas, discutidas e entendidas. Faz-se necessário controlar o avanço da epidemia nesta Região por meio de atividades que estimulem a prevenção, o cuidado consigo e com o outro, a valorização do corpo e a garantia de acesso e permanência ao tratamento antirretroviral a pessoas que convivem com HIV/AIDS.

4. AS AÇÕES INFORMOEDUCATIVAS NA MICRORREGIÃO DE CAPANEMA

Desde a década de 80, no início da epidemia do HIV/AIDS, a prevenção tem um papel crucial para os programas de controle da AIDS. Em um primeiro momento aspectos relacionados a sua distribuição e a falta de insumos para guiar ações preventivas, devido ao grande desconhecimento acerca da doença. Desde então, inúmeras transformações aconteceram nesse quadro, informações tanto na área científica acerca do vírus, bem como determinantes sociais dessa epidemia tiveram significativas investidas. Associar às modernas terapias antirretrovirais a uma informação extensiva, democrática e com esteio no conjunto da sociedade e serviços de saúde preparados, equipados e acessíveis a todos os cidadãos, pode determinar o fim da inexorável equação “infecção = morte” (AYRES, 2002).

É notória a necessidade de estratégias de sensibilização da população acerca da prevenção do HIV, sustentando as reais possibilidades de combate a doença no trabalho educativo organizado e planejado de maneira agradável, compreensível, satisfatória e acessível a todas as classes de indivíduos (ANDRES; *et. al.*, 2015).

Para Alvarenga e Barroso (2013), o conhecimento científico acerca do vírus e a necessidade de um plano de ações educativas direcionadas ao controle e prevenção da doença, fez com que o Ministério da Saúde mobilizasse ações e políticas públicas direcionadas a escolares, passasse a incentivar a realização de oficinas, redes e atividades voltadas para mulheres, desenvolvesse ações de combate ao preconceito e estigma a homossexuais e ações de aconselhamento, testagem e distribuição de preservativos para a população (ALVARENGA e BARROSO, 2013).

O Brasil conta com um sistema de saúde orientado à descentralização das ações e dos recursos voltados à prevenção e tratamento do HIV/AIDS, e com um dos maiores e mais abrangentes programas de HIV/AIDS entre os países em desenvolvimento, sendo investidos anualmente aproximadamente R\$ 251,6 milhões. Deste montante total, aproximadamente 62,3% são destinados para municípios e 37,8% para secretarias estaduais e Distrito Federal. Essa descentralização permite a autonomia e a capacitação dessas esferas governamentais, bem como a flexibilidade das ações desenvolvidas levando em consideração a extensão e a diversidade territorial brasileira e às diversas características e complexidades da epidemia do HIV/AIDS em cada localidade. O monitoramento das ações e metas é de responsabilidade exclusiva das instâncias envolvidas (FONSECA; *et. al.*, 2007, GRANGEIRO; *et. al.*, 2012).

Embora a política brasileira estimule a descentralização das ações e recursos voltados à prevenção e tratamento do HIV/AIDS, dando a liberdade para que cada município crie

espaços de intervenções e materiais educativos, considerando suas próprias realidades e pluralidades locais, destaca-se o fato do baixo número de materiais informo/educativos disponíveis nos postos de saúde no momento da pesquisa. Os quais se restringiam a cartazes e poucos panfletos oriundos da Secretária Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde, não havia em nenhum dos postos de Saúde visitados materiais informo/educativos voltados e pensados à realidade de cada município.

As ações informo/educativas² devem considerar o cuidado e respeito cultural, com orientações pautadas na sensibilização da comunidade, priorizando que os mesmos assumam comportamentos seguros e saudáveis, desmistificando algumas crenças e valores, quando necessário (SOUZA, *et. al.*, 2015).

A política de descentralização de recursos precisa ser assumida e trabalhada em sua totalidade, deixando de ser uma política de gabinete e se tornando uma realidade, gerando impactos significativos na saúde da população e na sua qualidade de vida.

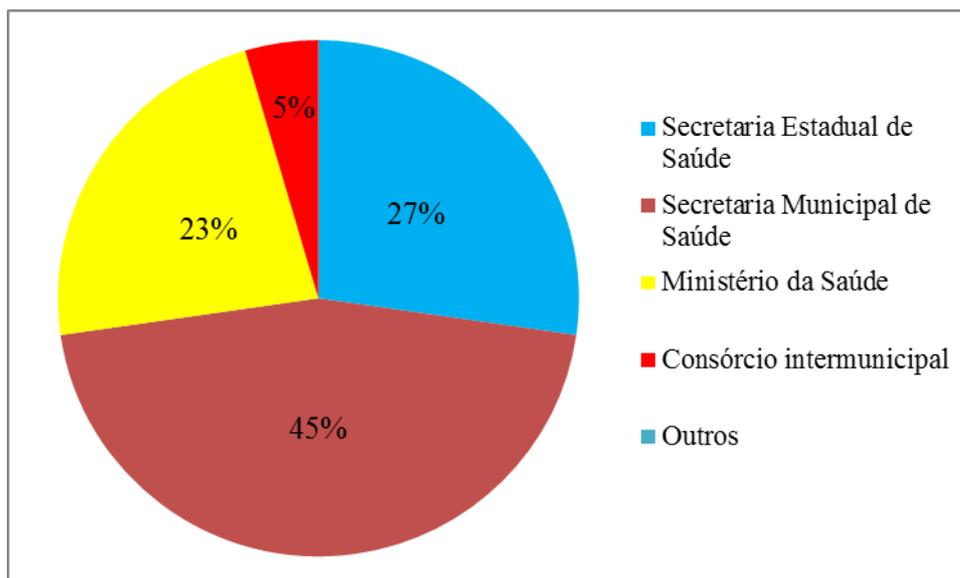
De acordo com nosso estudo, pode-se perceber que são as Secretarias Municipais de Saúde as principais instituições promotoras das atividades informo/educativas, assumindo a responsabilidade técnica e administrativa em relação às atividades (GRÁFICO 4). As falas dos Secretários de Saúde nos confirmam tal informação:

Dentro do plano municipal de saúde são pautadas ações do HIV/AIDS, e junto ao Ministério da Saúde o município recebe recursos pelo Programa HIV/AIDS e Hepatites Virais, e com esse dinheiro nós temos tentado investir e adquirir material educativo, melhorar as condições de trabalho junto com a unidade e a questão de oportunizar a capacitação dos profissionais (Bárbara).

Nós sempre fazemos nossas campanhas com o programa do governo federal, então a gente faz todo aquele trabalho de rádios, pegando carona com toda a estrutura que vem do governo federal e da 8ª Regional, e a gente transforma isso em doação do nosso município né, cartazes, folders (Luiza).

Gráfico 4: Instituições que assumem a responsabilidade técnica e administrativa em relação as atividades informo/educativas

² Consideramos como ações informo/educativas, as atividades que englobam palestras, atividades de aconselhamento, abordagens nas ruas, ações via mídia, materiais informativos, dentre outros. E que ultrapassam os espaços escolares, atingindo os variados espaços sociais.



Fonte: Dados obtidos a partir da pesquisa

A Constituição Federal de 1988 garantiu que as políticas e gestão dos recursos públicos fossem descentralizadas para os estados e municípios da Federação, o que abriu a possibilidade de diversos setores, como saúde e educação, trabalharem em conjunto, aumentando assim a eficácia no uso de recursos e otimizando os resultados das ações (BRASIL, 2006). A política de descentralização dos recursos favorece a autonomia de cada município e estado no que tange às suas decisões de investir ou não em ações preventivas do HIV/AIDS (FONSECA; *et. al.*, 2000).

A assinatura do acordo de empréstimo com o Banco Mundial, em 2002, fortaleceu as ações locais de resposta a epidemia do HIV/AIDS, contribuindo para que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde desenvolvessem ações essenciais para o controle do crescimento da epidemia. Todavia, é necessário levar em consideração que epidemias com as características da AIDS requerem ações emergenciais que, por vezes, sobrecarregam a área de saúde em determinados municípios (GRANGEIRO; *et. al.*, 2010).

A sobrecarga nas agendas da área da saúde foram apontadas em 16% dos questionários aplicados às equipes de ação, como obstáculos para o desenvolvimento das ações informo/educativas. Também foram apontadas dificuldades relativas às desigualdades entre homens e mulheres (7%), precariedade nas informações prévias dos participantes (11%) e em maior número, valores relacionados a questões culturais e religiosas (66%).

As crenças, os valores e os costumes estão na gama de fatores que influenciam a vida das pessoas e interferem no seu comportamento frente a situações de saúde e doença. A herança social humana é carregada de ideias que associam a sexualidade a mitos e

preconceitos, sendo encarado por muitos como um assunto exclusivo para adultos, devendo ser exclusivamente tratado em palestras, cursos e currículos escolares, por ser considerado obsceno (GIR, 2000, SOUZA; *et. al.*, 2015). Essa postura preconceituosa e cheia de tabus é o que faz com que diálogos acerca da sexualidade sejam ainda tímidos ou inexistentes dentro da família e voltados à concepção biológica no ambiente escolar, reforçando a ideia de sexualidade ligada a reprodução (SAITO, 2007). A fala do Secretário de Saúde nos confirma tal dificuldade no trabalho para a sexualidade:

Nós temos uma dificuldade assim, da sociedade como um todo. Quando um profissional, ele se dispõe a fazer um trabalho diferenciado, a fazer um trabalho bacana, ele é tido como se estivesse estimulando (a sexualidade). [...] Lembrando que nós trabalhando sexualidade o HIV/AIDS é uma consequência nós não podemos trabalhar como fator principal. Ele é uma consequência. Então o que causa isso na vida do cidadão? Porque que eu adoço? Então as evidências precisam ser melhor avaliadas, se eu não tenho uma criança bem orientada sexualmente na sua base eu não vou ter um adulto protegido (Chico).

Em nosso estudo, foram apontadas as orientações que prevalecem nas ações informo/educativas: informações relativas ao uso do preservativo (26%), valorização e cuidado com o corpo (23%), relações interpessoais e de gênero (21%), uso de drogas e narcóticos (15%) e conscientização acerca do teste rápido (15%). A fala do Secretário de Saúde nos apresenta tal perfil:

Nós temos várias formas né. Vamos começar pelo principio da maternidade. Eu acho que o principal ganho da mãe é ter o direito a ser bem avaliada na sua gestação e fazer com que sua criança nasça livre e bem cuidada. Todas as crianças que nasceram no município de mães com HIV não se contaminaram [...] Então eu acho que o direito a vida começa aí. Nossas campanhas elas vão muito de alerta, principalmente aos adolescentes e jovens na idade mais critica, onde se tem as relações sexuais, a sensação de impotência, onde se tem o uso de drogas, né. A adolescência acha que é uma geração que nada vai acontecer com ele. Aquele falso poder da adolescência. Também nós temos o público adulto, principalmente os homens na faixa etária dos 35 aos 50 anos, mais ou menos, que são homens que muitas vezes tem um relacionamento que não é um relacionamento, digamos assim, tão protegido. Muitos homens tem relacionamento fora do casamento ou fora da relação sem usar preservativo. Aí começam a ter os problemas da contaminação da mulher, e então a gente trabalha muito nessa questão do uso do preservativo (Chico).

Embora o uso do preservativo (masculino e feminino) tenha sido apontado como à principal orientação nas ações informo/educativas, verifica-se que a distribuição ainda é majoritariamente do preservativo masculino, conforme confirmado pelos Secretários de Saúde:

Há o incentivo para o uso do preservativo feminino. Há o incentivo para a realização do preventivo no caso da mulher, mas ainda há um certo [...] Não seria recusa, não seria preconceito, mas ainda há um certo desleixo da pessoa querer se cuidar mesmo. [...] Quando você faz palestra para grupos de mulheres e você fala do

preservativo e dos cuidados e tal, você percebe que muitas riem né. Não dão muita importância, outras levam e já dizem que não vão ocupar (Caetano).

Saí pouco (preservativo feminino), parece que a mulherada aqui, digamos que em termos, a quantidade de masculino é muito grande, agora de feminino [...] Não sei se tem muito aceitação por parte das mulheres, mas sempre nossos médicos aí, sempre tá incentivando usar, mas a saída é realmente pouco (Luiza).

O feminino ainda não é bem aceito. A gente é bem realista. Então as mulheres preferem usar outros métodos né. Então ainda é bem mais procurado o masculino. [...] A gente tem ali no corredor uma mesinha, com os preservativos, onde qualquer pessoa pode chegar e pegar, até porque alguns são tímidos, não querem chegar na farmácia e pedir. Então a gente deixou ali a disposição (Elis).

A prática de colocar uma caixa com preservativos no corredor do Posto de Saúde, para que qualquer pessoa possa se apropriar deste de maneira anônima, foi apontada como uma prática adotada pela maioria das Secretarias de Saúde, todavia, notou-se que na maior parte dos casos somente o preservativo masculino estava disponível, sendo que o preservativo feminino ainda era fornecido mediante solicitação na farmácia do Posto de Saúde.

Seja como método preventivo de DST/AIDS, ou proteção anticoncepcional estima-se que o preservativo masculino seja utilizado por aproximadamente 45 milhões de casais em todo planeta. Porém, uma limitação do método, se coloca para o público feminino, gerando uma dependência do uso pelo parceiro, afetando diretamente seu direito de livre escolha, quando ele não aceita utilizá-lo. Tal limitação está associada a ideia de que não é um papel condizente e aceito pela sociedade, a mulher se mostrar informada sobre assuntos sexuais, visto que não se enquadram nas pautas comportamentais naturalizadas nas reações de gênero (OLIVEIRA, 2008, ORLANDI; CARNEIRO; GARCIA, 2015).

A não aceitação do preservativo feminino por mulheres, pode estar relacionada a ideia de que a responsabilidade da prevenção é somente do parceiro do sexo masculino, e ao temor de serem rotuladas por levarem consigo ou proporem o seu uso. O que nos remete aos diferentes sentidos assumidos pelo preservativo para homens e mulheres. No primeiro caso o preservativo assume o papel de símbolo de virilidade a ser exibido por alguém que está sempre disponível para o sexo, já no segundo caso, o preservativo denota promiscuidade e desaprovação social. O imaginário criado em torno do preservativo encontram-se enraizado nas ideias de passividade e ingenuidade feminina, e nas assimetrias de gêneros entre homens e mulheres. Assim faz-se necessária a adequação das estratégias preventivas considerando os contextos, histórias de vida e práticas sexuais da população alvo (ORLANDI; CARNEIRO; GARCIA, 2015).

A dominância das relações sexuais é uma característica atribuída ao masculino, sendo que a mulher deve assumir uma postura passiva, favorecida pela ideia de amor romântico.

Nesse contexto, o uso do preservativo pode ocasionar o fenômeno da desconfiança intrínseca, neste, as mulheres mais jovens temem ser consideradas mais experientes sexualmente, e as mais velhas temem desagradar o parceiro, visto que o preservativo pode ser encarado como uma prova de desconfiança (RIBEIRO; SILVA; SALDANHA, 2011).

Neste sentido Orlandi (2011) nos chama atenção para as relações de gênero que envolvem a sexualidade humana e que comprometem o poder da mulher na negociação do comportamento preventivo. Em primeiro momento a autora destaca a naturalização dos relacionamentos de mulheres mais novas com homens mais velhos, que por sua vez, estão mais passíveis de terem contraído alguma doença sexualmente transmissível (DST) em relacionamentos anteriores. Além disso, nestes tipos de relacionamentos existe uma disparidade ou dependência econômica entre a mulher e o parceiro masculino. Destaca-se ainda, a ênfase na distribuição gratuita do preservativo masculino e o alto valor comercial do preservativo feminino, fatores que implicam diretamente sobre o corpo do homem, fazendo com que a mulher se sinta impossibilitada em negociar o uso do preservativo, principalmente nos relacionamentos estáveis (ORLANDI, 2011).

OLIVEIRA, *et. al.* (2008), nos alertam para o fato de que:

Não existem condições clínicas que restrinjam o uso do preservativo feminino, porém é mais aceito por mulheres que conheçam seu corpo e tenham domínio sobre a forma correta de usá-la. Para isso, é importante a orientação correta dos profissionais de saúde, pois as principais barreiras ao uso do PF são as dificuldades de manuseio do método, desconforto e barulho durante a relação sexual (OLIVEIRA; *et. al.*, 2008 p.109).

Quanto à reação das pessoas ao receber o preservativo, foram apontadas reações de vergonha e receio. Tais reações são elucidadas pela fala do Secretário de Saúde:

A primeira reação é sempre com risos. O pessoal recebendo (o preservativo) dá sempre aquela risada “né”. E o que a gente percebe é que a primeira reação, mais assim do público de idade é um pouquinho de desconfiança e um pouquinho de vergonha. [...] O nosso pessoal hoje em dia, nessa faixa etária dos estudantes. Eles têm uma informação muito grande em cima disso. Então a facilidade de se conversar sobre isso e até o questionamento é até surpreendente, né. Eles têm o conhecimento, eles conhecem, eles têm a informação na mão, sabe assim as redes sociais na mão. Então eles são muito a frente que os de faixa etária dos 30-40 anos, só que com um detalhe, quando se aplica isso por si, não estão fazendo (Luiza).

O constrangimento relacionado ao uso do preservativo está atrelado a fatores como: a conotação social negativa em relação à sexualidade, o tipo de relacionamento afetivo envolvido (ocasional ou estável). As relações estáveis têm para muitos uma falsa sensação de sexo seguro e a ideia do uso do preservativo como sinal de infidelidade, ou então, forma de dar oportunidade à traição, sentimentos idealizadores do relacionamento amoroso. Desta

forma, quando o autocuidado não é debatido pelos sujeitos, pode ficar em segundo plano no relacionamento (SILVA, 2002, ORLANDI, 2011, ORLANDI; CARNEIRO; GARCIA, 2015).

Quando o relacionamento amoroso é estável, o que se espera é uma relação de confiança e complementaridade e não uma doença sexualmente transmissível. Estas sensações de intimidade, confiança e amor que envolvem as relações estáveis são fatores atrelados a ausência do uso do preservativo em relações conjugais monôgamicas. Tais relações envolvidas demandam uma reflexão dos gestores de políticas públicas com vistas à promoção de estratégias adequadas no enfrentamento das especificidades da epidemia de HIV/AIDS (ORLANDI, 2011).

As concepções acerca do preservativo, levantadas em nosso estudo, vão ao encontro com as análises feitas por Madureira e Trentini (2008). Os autores apontam em entrevistas feitas com homens do Oeste Catarinense, falas que denunciam a ideia do uso do preservativo nas relações sexuais como um indicador de fidelidade e a ideia de virilidade masculina, sempre pronto para relações sexuais e passível de correr riscos para comprovar sua masculinidade. Para os autores o campo de prevenção do HIV/AIDS, ainda esbarra em aspectos vinculados às crenças, mitos, estereótipos, saberes individuais, questões de gênero e assimetrias entre homens e mulheres e a complexidade desses elementos precisa ser considerada em iniciativas de educação em saúde (MADUREIRA e TRENTINO, 2008).

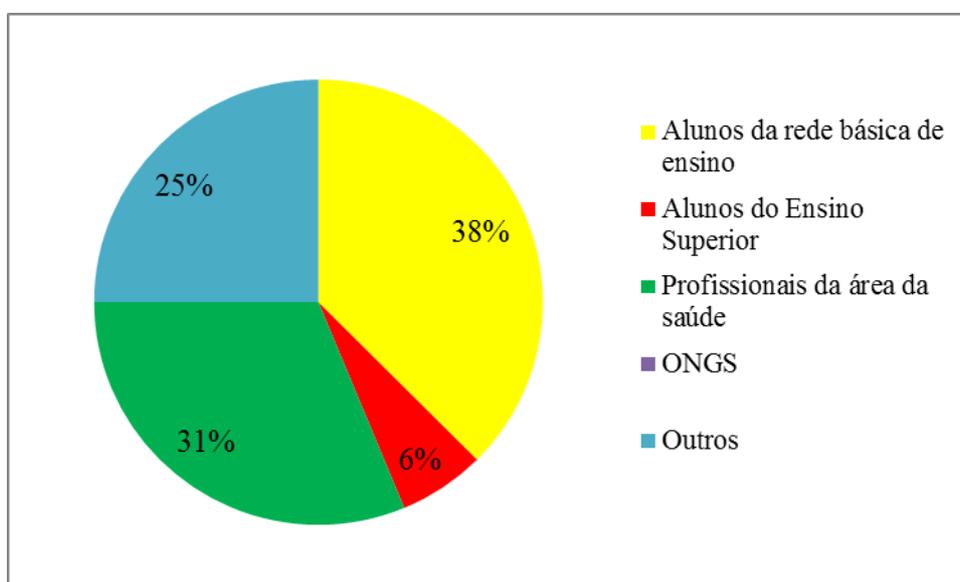
O combate a epidemia do HIV/AIDS depende da prática de ações informo/educativas extensivas, voltadas a problematização das assimetrias de gênero, da cultura do machismo, da construção de sujeitos que entendam a prática da prevenção como um ato de amor consigo próprio e com o parceiro e da desconstrução de mitos e estereótipos em torno da doença. Além disso, faz-se necessário que as ações levem em consideração o público alvo para quem estão sendo desenvolvidas, considerando suas características sociais, econômicas, culturais e com práticas voltadas ao atendimento das necessidades específicas de cada localidade.

5. PRA QUEM? POR QUEM? E ONDE?

A conscientização da população pode ser a principal (e talvez única) arma preventiva no combate a epidemia do HIV/AIDS. Assim, o governo brasileiro tem canalizado significativos investimentos no aumento do volume de informações disponíveis sobre o HIV/AIDS. A efetividade das campanhas preventivas contra o HIV pode ser medida pelo grau em que elas melhoram o acesso e/ou a qualidade das informações acerca da transmissão da doença, e geram mudanças nos padrões de comportamento que facilitam esta transmissão (IRFF; SOARES SOUZA, 2008).

No intuito de traçar um perfil das ações informo/educativas nos municípios que compõe a microrregião de Capanema, os participantes da pesquisa foram questionados quanto aos públicos para os quais tais ações são direcionadas (GRÁFICO 5). As principais respostas apontaram que alunos da rede básica de ensino (38%), profissionais da área da saúde (31%) e população de um modo geral (25%), compõe os principais públicos alvos das ações informo/educativas, alunos do Ensino Superior somam 6% das respostas.

GRÁFICO 5: Principais públicos aos quais as atividades informo/educativas são direcionadas.

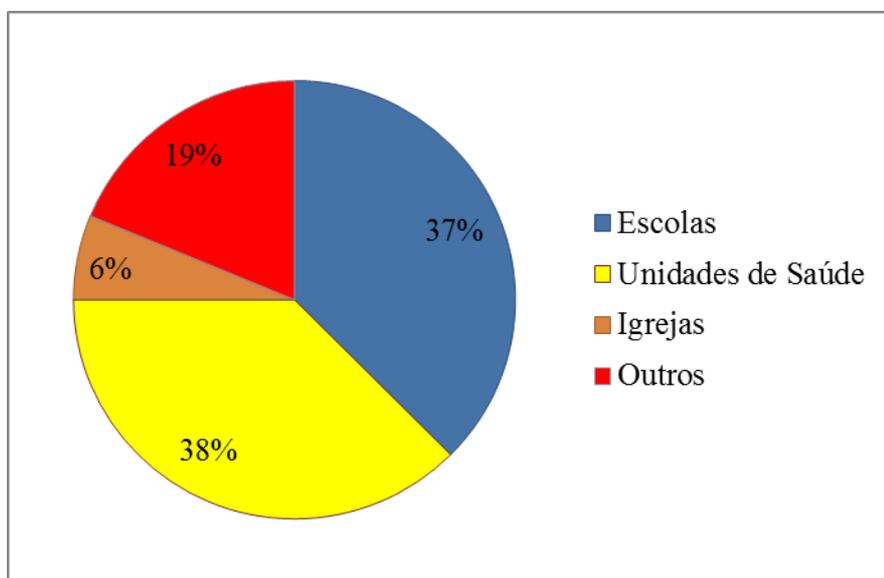


Fonte: Dados obtidos a partir da pesquisa

Todavia, quando confrontamos essas informações com as respostas obtidas ao questionamento de onde tais ações acontecem (GRÁFICO 6), percebemos que o público “outros”, apontado como todas as faixas etárias não é tão representativo, estando restrito ao

público da terceira idade, entidades organizadas e poucas ações nas ruas. Sendo as escolas e as unidades de saúde os principais espaços de realização das atividades.

GRÁFICO 6: Espaços onde as ações informo/educativa são realizadas



Fonte: Dados obtidos a partir da pesquisa

As respostas obtidas nos questionários vão de encontro à fala dos gestores de saúde:

São elaboradas palestras aos escolares e eventualmente palestras direcionadas aos professores [...] A nível de Secretária de Saúde ela fica mais restrita ao atendimento mesmo. A gente tem uma preocupação grande no acompanhamento das gestantes em fazer todos os exames do protocolo do município, do estado e também federal. [...] Houve procura já das escolas em falar sobre educação sexual (Maria).

Nós temos recebido bastante pedidos, principalmente das escolas dos nossos municípios, principalmente da rede estadual (Luiza).

A preocupação dos gestores e demais envolvidos nas atividades de educação à saúde do adolescente, são justificadas pelas iniciativas do Ministério da Saúde em parceria com a Área Técnica de Saúde do Adolescente. O Ministério da Educação, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), propuseram um trabalho de atenção à saúde dos escolares, por meio do programa Saúde na Escola. O qual prevê a abordagem de temáticas ligadas a Educação para a Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/AIDS dentro das escolas e unidades básicas de saúde (COSTA, 2013). Conforme nos aponta o relato do Secretário de Saúde:

Esse assunto é mais pautado dentro do programa Saúde na Escola do Governo Federal, dentro deste programa são feitos trabalhos da Secretária de Educação, junto com a Secretária de Saúde (Paula).

A instituição escolar tem grande importância e alcance na saúde da população, configurando-se na atualidade como um espaço privilegiado para orientar, divulgar, produzir conhecimentos e conscientizar sobre os métodos preventivos do HIV/AIDS. No que se refere à promoção da saúde com vistas ao fortalecimento das competências dos escolares para a tomada de decisões, é necessária a criação de ambientes saudáveis e a consolidação de uma política de promoção de produtos sociais comuns, voltada à qualidade de vida, ao respeito ao indivíduo e à construção e adoção de comportamentos saudáveis (COSTA, 2013, OLIVEIRA, 2008).

Embora a escola seja apontada como um importante espaço de prevenção e formação de hábitos e práticas voltadas a área de educação e saúde, percebe-se que o conhecimento produzido dentro dos espaços escolares, não tem ultrapassado os muros das instituições. Tal percepção é apontada pelos Secretários de Saúde, conforme suas falas:

A gente percebe assim. A geração mais jovem ironicamente eles tem o conhecimento ao alcance deles, com todas as tecnologias e as informações. Que assim você recebe algumas perguntas nas palestras, que a equipe repassa pra gente depois, que você percebe que tá muito além do básico que você foi lá pra falar. As informações hoje circulam muito. Então os adolescentes tem esse conhecimento, só que esse conhecimento não é levado a sério. Se você vai fazer uma palestra lá pra 12 ou 13 anos. Eles riem, eles se tiram sarro. Eles, digamos assim... Eles levam tudo meio na brincadeira. É difícil você chegar lá e mostrar pra eles que o que você tá explicando é pra vida inteira deles. [...] A adolescência recebe, digamos, com uma certa imprudência a informação. [...] Depois dos 17, 18 anos é uma fase que tu começa a sentir um pouco do peso da responsabilidade. [...] A gente observa que assim, as pessoas recebem as informações com um pouco de descrença, que assim, às vezes eles não acreditam em tudo que a mídia tá colocando. Existe uma falsa ilusão de que isso não é tão real (Chico).

O desinteresse dos escolares nas questões relativas à educação em saúde, pode estar atrelado à forma como são abordados nas atividades informo/educativas, uma vez que as abordagens feitas ainda se restringem a palestras, orientações em consultas médicas, raras atividades de conscientização em ruas e praças, e em poucos casos se utilizam de estratégias diferenciadas para atingir os interesses dos jovens e adolescentes. Além disto, se percebe a ausência de responsabilidade da escola e especialmente dos professores na orientação dos adolescentes e jovens, que passam a responsabilidade para as Secretarias de Saúde.

Os secretários de Saúde apontam que na maior parte dos casos a iniciativa de trabalhar com questões relacionadas à sexualidade parte das próprias Secretarias de Saúde, raramente são as escolas que solicitam o trabalho, se restringindo a ações pontuais quando a temática está proposta no currículo, retirando de si a responsabilidade em trabalhar tais questões.

As demandas quase sempre partem da Secretaria, algumas que são solicitadas é através de escolas, fora isso é pela Secretaria mesmo (Caetano).

Nós temos recebido bastante pedidos principalmente das escolas dos nossos municípios, principalmente da rede estadual (Luiza).

Geralmente a iniciativa é da Secretaria, a não ser quando a escola tem que fazer algum trabalho daí eles solicitam pra gente, mas geralmente é da Secretaria (Iolanda).

É extremamente necessária a criação de ações informo/educativas que interfiram positivamente na prevenção e disseminação de informações acerca do vírus do HIV entre escolares, por meio da utilização de variadas linguagens pedagógicas possibilitando dar visibilidade, valorização, reconhecimento e empoderamento aos sujeitos socioculturais subalternizados e negados na busca pelo conhecimento (ORLANDI; CARNEIRO; GARCIA, 2015). A utilização de variadas linguagens pedagógicas se configuram como importantes ferramentas na caminhada da heteronomia para a autonomia, como condição sócio-histórica de um povo ou pessoa na conquista pela liberdade e emancipação das opressões que restringem ou anulam a liberdade de determinação (FREIRE, 1996). Para que uma educação alcance seu objetivo na formação do indivíduo crítico e livre para aprender e pesquisar, as *práxis* educacionais devem ter esteio em princípios de igualdade, tolerância e solidariedade, sendo de extrema importância suas integrações ao cotidiano escolar, o trabalho e as práticas junto à sociedade (ALVARENGA e BARROSO, 2010).

A igualdade, a tolerância e a solidariedade devem ser os princípios que regem o estado democrático e justo, atento para a multiplicidade e respeito às diferenças e diversidades (HOGEMANN, 2014). O Programa Nacional de DST e AIDS preconiza que os profissionais da área da saúde reflitam e combatam toda e qualquer forma de preconceito e discriminação associada ao exercício da sexualidade, à diversidade sexual e ao uso de drogas e às doenças sexualmente transmissíveis, dos usuários do serviço de saúde (BRASIL, 2004).

Todavia, quando abordados acerca da preocupação com a diversidade sexual do público alvo durante a realização das ações informo/educativas, ficou evidente que no entendimento dos Secretários de Saúde a diversidade sexual se restringe ao público homossexual masculino, e que as questões relativas à educação em saúde considerando tal “diversidade” sexual, somente poderiam ser abordadas quando o público homossexual estivesse explicitamente exposto na sociedade. As falas seguintes dos Secretários denunciam tal entendimento:

Na verdade aqui a gente ainda não tem assim, um público da diversidade, uma associação. A gente tenta focar geral, assim, sem ser hétero, mas eu acho que assim, nós ainda não temos [...] A gente tenta fazer o menos preconceituoso, a gente trabalha sexo homem com homem, homem mulher (Bárbara).

Houve uma certa dificuldade de nós estarmos buscando este público (LGBT), porque nós temos pessoas... Digamos assim, que tem mais facilidade de aceitar a homossexualidade ou enfim né, qualquer outra opção. E temos pessoas que dentro de sua ideologia defende que homem é homem, que a mulher é mulher dentre outros. Eu acho, ainda que nós temos grandes dificuldades e este é um outro passo que a saúde pública tem que dar. Porque não basta eu dizer, que a unidade de saúde tem que por o nome que a pessoa se denomina, independente do seu gênero, mas que é preciso se respeitar, digamos, a integridade do ser humano. É o direito de cada um, porém, existe, ainda uma grande dificuldade do serviço de saúde, terem essa orientação, principalmente dentro das escolas. [...] Eu acho assim, que as nossas escolas, o serviço público não está preparado para lidar com esse atendimento (Chico).

Na verdade assim, o nosso município ele é pequeno. Então assim, a gente até sabe de alguns casos assim né, de uma opção diferente sexual, mas assim não se tá assim na sociedade ainda assumido publicamente. Então assim, tem uma restrição ainda grande, né. Então você tá abordando, você tá trabalhando né. Inclusive a gente até teve uma reunião em Beltrão, onde a enfermeira da epidemiologia tinha que ir, e tinha que levar uma pessoa que fosse (LGBT), e acabou não encontrando ninguém, mas a gente sabe que existe, mas ninguém quer se expor (Iolanda).

A diversidade sexual e suas relações sociais da atualidade requerem discussões aos pares acerca de abordagens educativas com vistas à contextualização de simbologias, técnicas, experiências e representações sociais envolvendo as mais diversas organizações da Sociedade Civil. No cerne dessas reflexões sociais devem estar questões como: o direito reprodutivo – e discriminado – de mães HIV positivas; o preconceito homossexual; a reprodução simbólica da violência por meio da vinculação de mensagens normatizadoras e de violência sexual; o sexismo; a inferiorização da pessoa humana; e a negação de sexualidades diversas (SILVA, 2013).

É fundamental que se trabalhe o contexto social e cultural de jovens para que possam discutir o papel da maternidade, da paternidade, fertilidade, esterilidade, AIDS, estigmas, orientações sexuais, prazer, corpo – e o reconhecimento do mesmo –, erotismo, solidariedade, práticas econômicas, creches, educação dos filhos, emprego, renda e principalmente, novas emoções físicas, de envolvimento, de amor, companheirismo e até mesmo de noções de religiosidade – e lembrar sempre que o Estado é laico, autônomo e que deve refletir na articulação de representações da sociedade civil (SILVA, 2013 p.23).

A epidemia do HIV/AIDS está diretamente ligada as questões socioculturais, e portanto sua prevenção implica diretamente na mudança imediata de hábitos, concepções e práticas cotidianas. A prática de ações informo/educativas extensivas devem respeitar as pluralidades culturais, sexuais e sociais dos indivíduos, estando estes visíveis socialmente ou não. Considerar todo tipo de diversidade nas práticas educativas é considerar que todos tenham direito de acesso a informação e de serem reconhecidos neste processo.

6. DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Pensar nos desafios a serem ainda vencidos em relação ao HIV/AIDS na Regional de Saúde de Francisco Beltrão, é pensar em como superar as dificuldades da prevenção nos dias atuais, levando em consideração aspectos e peculiaridades da região. Primeiramente, é preciso que se criem espaços abertos, organizados e livres de preconceitos e tabus para trabalhar temáticas relacionadas da sexualidade humana e por consequência ao HIV/AIDS.

Para Carradore e Ribeiro (2004), a temática da sexualidade e do HIV deveria ser integrada ao currículo escolar a partir dos últimos anos da educação fundamental, objetivando fornecer informações corretas e atualizadas relativas à sexualidade humana, questionando mitos, tabus e preconceitos, refletindo acerca de aspectos afetivos e emocionais das relações humanas e formando um sujeito sexual autônomo, que respeite a diversidade e que seja livre para escolher o que lhe convenha nesse campo. Ainda para os autores, essa prática necessita de espaços e tempos específicos, bem como profissionais capacitados, e deveria ser replicada em clubes, associações de moradores, igrejas, ONGs, dentre outros espaços (CARRADORE e RIBEIRO, 2004)

Neste sentido os Secretários de Saúde tecem os seguintes relatos:

Eu acho que a gente deveria ter um espaço mais aberto pra poder tá trabalhando né. Até mesmo assim dentro das escolas. A aceitação dos pais, abrir um espaço. Eu acho assim, as escolas tem que trabalhar mais, não somente a questão da sexualidade, mas vários assuntos relacionados à área da saúde né, muita coisa poderia ser evitado né, ter pessoas preparadas (Iolanda).

Eu acho que a gente teria que ter um programa para atender essa demanda porque as ações elas ficam muitas vezes pulverizadas, ou então, a questão das empresas. Essa demanda vem pra nós, mas acredito que se a gente conseguir organizar um serviço ordenado e com fluxo já pré-estabelecido. A gente consiga atingir um público muito maior e de uma forma mais adequada (Regina).

Todavia, para que tais espaços sejam criados é necessário que as ações levem em consideração os contextos intersubjetivos, uma vez que se faz de extrema necessidade refletir sobre qual o conjunto de fatores, circunstâncias e locais são mais favoráveis para a troca de conhecimentos entre quem faz as ações informo/educativas e quem as recebe (AYRES, 2002). É necessário que os espaços de intervenções considerem as realidades e pluralidades de cada indivíduo, inter-relacionando-as com fatores sociais, políticos, econômicos, étnicos e culturais, ponderando as diferenças e assimetrias de gênero, os direitos sexuais e reprodutivos e das pessoas que vivem com HIV (BRASIL, 2003).

A educação possui um grande desafio na promoção de atividades que desenvolvam no educando a autonomia e o preparem para se posicionar frente às questões sociais, étnicas e de relevância para a modernidade. Todo ser humano deve ser preparado, para exercer o pensamento autônomo e crítico, sendo capaz de por si próprio formular o próprio juízo de valores, e decidir, por si mesmo, como agir nas diferentes circunstâncias da vida (ZENI, 2010).

Nos municípios da microrregião de Capanema, percebe-se que as ações informo/educativa se concentram quase que em totalidade destinadas a escolares, e embora a faixa etária mais acometida seja a população economicamente ativa, entre 20 a 49 anos, (que em grande parte não são mais escolares) as ações destinadas a esse público ainda são raras, se restringindo a ações em empresas, poucas campanhas em datas específicas e aconselhamentos durante consultas, conforme relatam os Secretários de Saúde:

Então esse público que não tá na faixa etária da comunidade escolar, é aquele público que a gente acaba atendendo nas empresas, né como um todo. Então a gente acaba atendendo mais lá, claro que se faz campanha de divulgação, conscientização, tudo isso né. Mas a gente sabe que infelizmente há uma grande resistência [...] Tem-se pensado em fazer alguma coisa mais específica, por conta do número crescente de doenças sexualmente transmissíveis (Regina).

Quando tu faz alguma coisa assim na rua. Você acaba abrangendo todo o público. Agora nós vamos estar trabalhando com jovens e adolescentes, e com idosos. Também foi feito agora o Agosto Azul, onde a gente também trabalhou a saúde do homem, então também agendamos bastante exames de teste rápido né, onde a gente pode fazer essa triagem né (Iolanda).

Outro ponto apontado pelos entrevistados e que merece potencial atenção diz respeito ao sigilo sobre a doença, o qual é apontado como uma dificuldade tanto o trabalho das ações informo/educativas, quanto as ações de acompanhamento das pessoas HIV positivas.

Eu acho que uma das questões assim, que dificulta o trabalho da saúde é toda essa questão da confiabilidade e do tabu que se tem em torno do eu ser HIV positivo [...] Eu acho que teria que desmistificar eu ser HIV positivo, deveria ser tratado como eu ter uma gripe, uma dengue, uma hepatite B, né. Porque aí as pessoas viriam (fazer o teste) (Bárbara)

Eu acho que assim, uma pessoa que tá com dengue, por exemplo. Todo mundo fica sabendo que o “fulano” tá com dengue [...] Então assim, é como se ele (pessoa HIV positiva) estivesse dentro de uma caixinha guardadinho, e ninguém pode saber, e ninguém pode ajudar também, só pode ajudar dentro da equipe de saúde. De repente mais pessoas poderiam estar ajudando se não fosse tão fechado (Caetano).

Eu entendo que até pela questão de onde a gente mora, expor pra sociedade, a pessoa vai acabar tendendo pra um complexo. Mas eu vejo assim, quem trabalha na área da saúde. Ela teria de saber quem que são os portadores, quem que é os pacientes. Nós não temos conhecimento de todos que tem. Então assim, é um tanto dificultoso também, porque de repente aquela pessoa não tá consciente da doença que ela tá espalhando ali né. De repente se a equipe da saúde soubesse poderia

encaminhar ela até pra um psicólogo, preparar ela, colocar ela a par de toda a situação, da gravidade disso. Eu acho assim, que a equipe da saúde, principalmente médicos enfermeiros, eles deveriam saber, quem são as pessoas do município. Não para ter um tratamento diferenciado, mas para poder de repente... Achar uma forma melhor de estar trabalhando (Elis).

Nesse cenário Freitas *et. al.* (2012), nos chamam a atenção para o fato de que, quando uma pessoa é diagnosticada com HIV a mesma se depara com a experiência da exposição, da discriminação e do isolamento social. O que faz com que o paciente opte por não comentar sua condição de saúde com terceiros, buscando esconder informações que revelam seu estado sorológico. Muitos pacientes escondem seu verdadeiro estado de saúde quando questionados sobre os motivos que os levam a idas tão constantes ao serviço de saúde, em uma ânsia interminável de omitir a doença. Todavia, nem sempre é possível manter o sigilo do *status* sorológico e no momento em que há a socialização o paciente acaba passando por uma situação de constrangimento (FREITAS, *et. al.*, 2012).

Essa discriminação social é decorrente da estigmatização das pessoas HIV positivas, resultado de um processo social que atribui aos indivíduos qualidades desvalorizáveis e desacreditáveis. O processo de estigmatização desqualifica e culpabiliza sujeitos como profissionais do sexo, negros, usuários de drogas, homossexuais e desempregados pela epidemia de HIV/AIDS, e vitimiza as mulheres monogâmicas, crianças e pessoas contaminadas em hospitais. O processo de estigmatização acarreta nas omissões ou na negligência ao acesso a determinados serviços, bens e posições sociais por parte das pessoas estigmatizadas. O estigma associado a pessoas que vivem com o HIV/AIDS e por consequência a discriminação deste grupo social violam diretamente os direitos humanos destas pessoas e de suas famílias (ZUCCHI; PAIVA; FRANÇA-JÚNIOR, 2013).

O medo do preconceito e do isolamento social faz com que algumas pessoas que vivem com o HIV, optem por não revelar sua condição sorológica, tornando solitário e árduo o processo de enfrentamento da doença. Faz-se então de extrema importância o apoio social na prevenção do contágio, no cuidado frente o adoecimento, no bem estar e na adesão ao tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS e no enfrentamento da soropositividade e do estigma atrelado ao HIV. É necessário criar ações voltadas a problematização dos estereótipos atrelados às pessoas HIV positivas, sensibilizar a população para a proximidade do HIV, estimular o diagnóstico precoce, a adesão e permanências no tratamento e o enfrentamento da soropositividade (ORLANDI, 2011).

Para Ayres (2002) estejam as pessoas HIV positivas visíveis socialmente ou não, é de suma importância considerar sua presença, levando em consideração suas necessidades e

potencialidades, fortalecendo as redes de solidariedade. As pessoas HIV positivas, não vivem em outro mundo, seus contextos sociais permanecem pouco alterados em relação à situação em que se infectaram. Além disso, é importante que os espaços de tratamento também sejam (re)pensados construindo respostas sociais e a questão da prevenção secundária. Por fim, é necessário a substituição da prática modeladora por uma atitude emancipadora, onde o mediador deixe de ser o detentor para ser o mediador do saber (AYRES, 2002).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no estudo proposto pode-se traçar o mapear o perfil epidemiológico do HIV/AIDS na Regional de Saúde de Francisco Beltrão. Observa-se que a faixa etária mais acometida, está entre 20 a 49 anos, sendo a população considerada economicamente ativa e em plena procriação. Além disso, observa-se que os maiores índices estão na população heterossexual, o que nos remete as questões de gênero e como o sexo e a sexualidade são entendidos para mulheres e homens, de um lado assumem-se papéis meramente voltados à reprodução, reduzindo a sexualidade e todas suas nuances ao biológico, colocado a mesma como algo feio e intocável, enquanto do outro lado a sexualidade é vista como prazerosa, digna de correr riscos para satisfazer os prazeres do corpo.

Além disso, a característica rural da região, a forte influência da religião sobre as questões de gênero e a cultura machista reforçam tais assimetrias no entendimento da sexualidade para homens e mulheres. As crenças, os valores e os costumes influenciam diretamente na vida das pessoas e interferem no seu comportamento frente a situações de saúde e doença. Temáticas ligadas à sexualidade historicamente foram atreladas a mitos e preconceitos, o que dificulta o trabalho acerca da temática.

Observa-se ainda que mais da metade das pessoas HIV positivas na Regional possuem somente o ensino fundamental, o que nos leva a refletir sobre as ações desenvolvidas em cada município, uma vez que estas se encontram centradas em sua grande maioria no público escolar. E mesmo que a escola seja apontada como um importante espaço de prevenção e informação de hábitos e práticas voltadas a área de educação e saúde, percebe-se que o conhecimento produzido dentro dos espaços escolares, não tem ultrapassado os muros das instituições. Faltam ações que atinjam os mais variados espaços e idades, com abordagens informativas e esclarecedoras, que extrapolem a simples distribuição de preservativos.

É preciso fortalecer a política que associa às terapias antirretrovirais à prática da informação extensiva, democrática e com esteio no conjunto da sociedade e serviços de saúde preparados, equipados e acessíveis a todos os cidadãos, favorecendo a prática de uma abordagem adequada tanto na adesão à terapia antirretroviral das pessoas que vivem com HIV/AIDS, na prevenção das pessoas HIV negativas e na desconstrução de estereótipos e tabus culturalmente criados em torno da doença.

Chamamos a atenção para o fato de que, no momento da pesquisa o número de materiais informo/educativos disponíveis em cada Posto de Saúde, era insuficiente e se restringindo a cartazes e poucos panfletos oriundos do Ministério da Saúde e da Secretária

Estadual de Saúde. Não havia em nenhum Posto de Saúde materiais voltados para a realidade local, conforme preconizam os princípios da descentralização de recursos.

A política de descentralização de recursos é um importante passo para que cada município crie espaços de intervenções, que considere as realidades e pluralidades de cada indivíduo e da região. Todavia, é preciso que a descentralização seja assumida e trabalhada em sua totalidade, deixando de ser uma política de gabinete e se tornando uma realidade, gerando impactos significativos na saúde da população e na sua qualidade de vida.

Falar em HIV/AIDS ainda hoje é tocar em um tabu, é mexer com aquilo que não deve ser dito e não deve ser lembrado, e enquanto fazemos de conta que a doença não existe, ou que esta longe de nossas realidades, diariamente em todo planeta centenas de novas pessoas se contaminam e outras tantas outras morrem em decorrência de complicações causadas pela síndrome. Precisamos reconhecer que o HIV/AIDS é sim uma epidemia sociocultural e que somente será combatida com medidas educativas e preventivas. O que inclui não somente a distribuição de preservativos, mas a garantia de acesso e permanência no tratamento antirretroviral para pessoas que convivem com o HIV, a desconstrução de estereótipos das pessoas doentes de AIDS, e uma abordagem educativa e preventiva voltada para a sexualidade humana e as questões de gênero, em outras palavras, para que possamos controlar a epidemia de HIV/AIDS precisamos cada vez mais falar sobre ela.

8. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Maria Rita de Cassia Barreto de; LABRONICI, Liliana Maria. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, pp.263-274, 2007.
- ALVARENGA, Eyleen Nabyla; BARROSO, Roberta. Ações em prol da vida - práticas educativas na prevenção da AIDS no Vale do Jequitinhonha. **Revista Intercambio**, Montes Claros, v. 4, n. 1, pp.238-246, 2013.
- AMSOP. Associação dos Municípios do Sudoeste do Paraná. **Sudoeste - População Censitária. 2011**. Disponível em: <<http://www.amsop.com.br/sudoeste.php?lc=censitaria>>. Acesso em: 03 jun. 2015.
- ANDRES, Bárbara; PIOVESAN, Leonardo Rodrigues; GROTTTO, Jenifer Grotto; PADOIN, Stela Maris de Mello; RIBEIRO, Aline Cammarano.. Dialogando para prevenir a infecção pelo hiv: **ações educativas na comunidade universitária**. **Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 130, n. 1, pp.1-4, 2015.
- ARAUJO, Richard Medeiros de; GOMES, Fabrício Pereira. Pesquisa Quanti-Qualitativa em Administração: Uma visão holística do objeto em estudo. **In: VIII SEMEAD - Seminário em Administração**, 2005, São Paulo - São Paulo. VIII SEMEAD, 2005.pp. 1- 11.
- AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. Educational practices and the prevention of HIV/Aids: lessons learned and current challenges, **Revista Interface Comunicação, Saúde e Educação**, v.6, n.11, pp.11-24, 2002.
- AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. **Revista Interface**, Botucatu, v. 6, n. 11, pp.11-24, 2002.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AIDS Pauperização. **Publicações**. Brasília, 142p., 1999.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids**. Brasília, n. 1, 1999.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, n.1, 84 p., 2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Direitos Humanos e HIV/AIDS: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil. **Textos Básicos de Saúde - Série B.**, Brasília, n.6, 168 p., 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde e prevenção nas escolas : guia para a formação de profissionais de saúde e de educação. **Normas e Manuais Técnicos - Série A.**, Brasília, 160 p., 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Coordenação Nacional de DST e Aids. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres. **Série Manuais**. Brasília, n.57, 104p., 2003.
- BRASIL. Portaria ministerial nº. 2.314 de 20 de dezembro de 2002. Aprova a norma técnica – incentivo HIV/AIDS e outras DST. **Diário Oficial da União**. 2002.

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 34, n. 2, pp.207-217, 2000.

CABRAL, Francisco; DÍAZ, Margarita.. Relações de gênero. **Cadernos afetividade e sexualidade na educação**: um novo olhar. Belo Horizonte: Gráfica e Editora Rona Ltda, 1998. p. 142-150.

CAMARGO, Brígido Vizeu; BARBARÁ, Andréa. Efeitos de Panfletos Informativos sobre a Aids em Adolescentes. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 3, pp.279-287, 2004.

CARRADORE, Vânia Maria; RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. Aids e educação escolar: Algumas reflexões sobre a necessidade da orientação sexual na escola. **Revista do Departamento de Psicologia**, Niterói, v. 16, pp.63-84, 2004.

CARVALHO, Simone Mendes; PAES Graciele Oroski. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, pp. 157-63, 2011.

COSTA, Ana Cristina Pereira de Jesus. **Plantão educativo para a prevenção de DST/HIV/AIDS com adolescentes escolares**. 2013. 158 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

EDUARDO, Márcio Freitas; SAQUET, Marcos Aurelio. O agroartesanato no sudoeste paranaense: a marca histórica de uma formação territorial. In: Encontro Nacional de Geografia Agrária, 19., 2009, São Paulo. **Anais Encontro Nacional de Geografia Agrária**. São Paulo: USP, 2009. pp. 1 - 25.

ESHER, Ângela Fernandes Soares do Couto. **AIDS na Marinha: vivendo o fim de uma carreira**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 115 p., 1999.

FILLOS, Leoni Malinoski; BEDNARCHUK, Joalice Zuber; ZEN, Priscila Dombrowski, NADAL, Karla, BURAK, Dionísio.. Uma discussão sobre os aspectos metodológicos das investigações em modelagem matemática do XI EPREM. In: SEMINÁRIO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL, 9., 2012, Caxias do Sul. **Anais...** . Caxias do Sul: Anped, 2012. p. 1 - 17.

FONSECA, Elize Massard da; NUNN, Amy; SOUZA-JUNIOR, Paulo Borges; BASTOS, Francisco Inácio; RIBEIRO, José Mendes.. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.23, n.9, pp. 2134-2144. 2007.

FONSECA, Maria Goretti; BASTOS, Francisco Inácio; DERRICO, Monica; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de; TRAVASSOS, Cláudia; SZWARCOWALD, Celia Landmann.. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, pp.77-87. 2000.

FRANÇA, Francisco Oscar de Siqueira; VIDAL, José. **Sucessos e desafios no combate à Aids**. 2014. Disponível em:
<http://www2.uol.com.br/sciam/reportagens/sucessos_e_desafios_no_combate_a_aids.html>. Acesso em: 23 maio 2015.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 54 p.

FREITAS, Julyana Gomes de; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez; ARAUJO, Maria Fátima Maciel; COSTA, Ênia; LIMA, Ivana Cristina Vieira de.. Enfrentamentos experienciados por homens que vivem com HIV/Aids no ambiente de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.3, pp.720-726, 2012.

GALVÃO, Marli T Gimenez; CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos; MARCONDES-MACHADO, Jussara. Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/Aids. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, pp. 194-200, 2004.

GIR, Elucir; NOGUEIRA, Maria Suely; PELA, Nilza Tereza Rotter.. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.8, n.2, pp. 33-40. 2000.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1988.158p.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli; OLIVEIRA, Denize Cristina de; SANTOS, Érick Igor dos; SANTO, Caren Camargo do Espírito; VALOIS, Bruno Rafael Gomes; PONTES, Ana Paula Munhen de.. As facetas do convívio com o HIV: formas de relações sociais e representações sociais da AIDS para pessoas soropositivas hospitalizadas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, pp.111-120. 2012.

GRANGEIRO, Alexandre; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; SILVA, Sara Romera da; CERVANTES, Vilma; TEIXEIRA, Paulo Roberto.. Características da resposta à AIDS de secretarias de saúde, no contexto da Política de Incentivo do Ministério da Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21, n.4, pp.954-974, 2012.

GRANGEIRO, Alexandre; ESCUDER, Maria Mercedes; GIANNA, Maria Clara; CASTILHO, Euclides Ayres; TEIXEIRA, Paulo Roberto.. Estratégias de descentralização e municipalização da resposta à AIDS no Brasil: implicações para as secretarias de saúde e organizações não governamentais. **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva**, Brasília, v.4, n.2, pp. 15-33, 2010.

GRANGEIRO, Alexandre; LAURINDO DA SILVA, Lidinalva; TEIXEIRA, Paulo Roberto.. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.1, n.26, pp. 87-94, 2009.

GUERRIERO, Iara; AYRES, José Ricardo CM and HEARST, Norman. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v.36, n.4, pp.50-60. 2002.

GUNTHER, Luiz Eduardo. O HIV e a AIDS: Preconceito, Discriminação e Estigma no trabalho. **Revista Jurídica**, Curitiba, v. 1, n. 30, pp.398-428, 2013.

HOGEMANN, Edna Raquel. Direitos humanos e diversidade sexual: o reconhecimento da identidade de gênero através do nome social. **Revista da SJRJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 39, p.217-231, 2014.

IPARDES, Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Perfil da Microregião Geográfica de Francisco Beltrão. 2014.** Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br>>. Acesso em: 10 maio 2015.

IRFFI, Guilherme; SOARES, Ricardo Brito; SOUZA, Sergio Aquino de. Atores Socioeconômicos, Demográficos, Regionais e Comportamentais que Influenciam no Conhecimento sobre HIV/AIDS. **Revista Economia**, Brasília, v. 11, n. 2, p.333-356, 2010.

KUPEK, Emil; OLIVEIRA, Juliana Fernandes de. Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.15, n.3, pp.478-487. 2012.

MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello; TRENTINI, Mercedes. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.6, pp.1807-1816. 2008.

MAIA, Christiane; GUILHEM, Dirce; FREITAS, Daniel.. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.2, pp. 242-248. 2008.

MORAES, Roque; GALIAZZI, Maria do Carmo. **Análise Textual Discursiva**. Ijuí: Editora Unijuí, 2011.

OLIVEIRA, Nancy da Silva; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; GUEDES, Tatiane Gomes; ALMEIDA, Paulo César de. Conhecimento e promoção do uso do preservativo feminino por profissionais de unidades de referência para DST/HIV de Fortaleza-CE: o preservativo feminino precisa sair da vitrine. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.17, n.1, pp 107-116. 2008.

ORLANDI, Renata. **Participação da rede social significativa de mulheres que vivem e convivem com o HIV no enfrentamento da soropositividade**. 2011. 253 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

ORLANDI, Renata; CARNEIRO, Rafael dos Santos; GARCIA, Ronaldo Aurélio Gimenes. Dimensão educativa e subjetiva da luta contra a aids: mobilizando licenciandos na zona rural. In: congresso nacional de educação, 7., 2015, Curitiba. **Anais...** . Curitiba: PUCPR, 2015. pp. 41028 – 41040.

PARANÁ, Governo do Estado do. **Mesorregião Sudoeste. 2009.** Disponível em: <<http://www.cidadao.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=252>>. Acesso em: 01 jun. 2015

PARANÁ. Secretária de Estado da Saúde do Paraná. Boletim epidemiológico HIV/AIDS. Curitiba: **Secretária de Saúde**, 41 p. 2015.

RIBEIRO, Karla Carolina; SILVA, Josevânia da; SALDANHA, Ana Alayde. Querer é Poder? A Ausência do Uso de Preservativo nos Relatos de Mulheres Jovens. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. v.23 n.2, pp.84-89, 2011.

SAITO, Maria Ignez.; LEAL, Marta Miranda.. Adolescência e contracepção de emergência: Fórum 2005. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 25, n.2, pp.180-186. 2007.

SANTOS, Naila Janilde Seabra; TAYRA, Angela; SILVA, Sara Romera; BUCHALLA Cassia Maria; LAURENTI Ruy.. A aids no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 3, pp.286-310, 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FRANCISCO BELTRÃO. **Relatório das atividades da Secretaria Municipal de Saúde de Francisco Beltrão, para audiência pública referente ao 1º quadrimestre de 2014**. Francisco Beltrão: Prefeitura de Francisco Beltrão, 2014. 43 p.

SESC, Serviço Social do Comércio. Mesorregião Sudoeste Paranaense. **Série Inventário Cultural**. Disponível em <http://www2.sescpr.com.br/inventario/regioes.php?cod=7>. Acesso em 23/05/2015.

SILVA, Ariana Kelly Leandra Silva da. Diversidade sexual e de gênero: a construção do sujeito social. **Revista NUFEN**, São Paulo , v. 5, n. 1, pp. 12-25, 2013 .

SILVA, Cristiane Gonçalves Meireles da. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, pp.40-49, 2002.

SOUZA, Antonio Tiago da Silva; PINHIERO, Daniella Mendes; COSTA, Girlene Ribeiro da; ARAÚJO, Telma Maria Evangelista de; ROCHA, Silvana Santiago da.. As influências socioculturais sobre as doenças sexualmente transmissíveis: análise reflexiva. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v.8, n.1, pp.240-246. 2015.

VILLARINHO, Mariana Vieira; PADILHA, Maria Itayra; BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis; BORENSTEIN, Miriam Susskind; MEIRELLES, Betina Horner Schindwein; ANDRADE, Selma Regina de. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, pp. 271-277, 2013.

ZENI, Alencar Buratto. **Educação e autonomia: uma reflexão a partir da filosofia prática de Immanuel Kant**. 2010. 86 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Educação, Centro de Filosofia e Educação, Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2010.

ZUCCHI, Eliana Miura; PAIVA, Vera Silvia Facciolla; FRANCA JUNIOR, Ivan. Intervenções para reduzir o estigma da Aids no Brasil: uma revisão crítica. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto , v. 21, n. 3, pp. 1067-1087. 2013.