

## 1. INTRODUÇÃO

“Acredita-se que cerca de 50% da população sexualmente ativa em algum momento da vida cruza com o Papiloma Vírus Humano (HPV). Estima-se que 30 milhões de pessoas, em todo mundo, tenham lesões de verruga genital, condiloma acuminado; 10 milhões de pessoas apresentam lesões intra-epiteliais de alto grau em colo uterino e que ocorrem no mundo 500 mil casos de câncer de colo uterino anualmente. Sabe-se que 11% de todos os casos de cânceres que acometem as mulheres são causados por HPV. Pois, além de lesões em colo uterino, os principais; os cânceres por HPV podem ser em vulva, vagina, ânus, orofaringe, cavidade bucal e laringe” (PASSOS, 2006:156-157).

O câncer de colo do útero é o segundo mais comum entre mulheres no mundo, sendo responsável, anualmente, por cerca de 470 mil casos novos e pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano, estando este câncer diretamente relacionado com a infecção pelo Papilomavírus humano (HPV), sorotipo 16 e 18 (BRASIL, 2005).

O número de casos novos de câncer de colo do útero esperados para o Brasil em 2006 era de 19.260, com um risco estimado de 20 casos a cada 100 mil mulheres. (BRASIL, 2005).

A organização Mundial de Saúde estima que ocorram, no mundo, cerca de 340 milhões de casos de DST por ano. Não estando incluídos nessa estimativa a herpes genital e o Papilomavírus Humano (HPV) (BRASIL, 2007).

No Brasil as estimativas de infecções de transmissão sexual na população sexualmente ativa são: Sífilis: 937.000; Gonorréia: 1.541.800; Clamídia: 1.967.200; Herpes genital: 640.900; HPV: 685.400, casos por ano (BRASIL, 2007).

Em estudo inédito de grande porte realizado no Brasil, pelo Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde, entre 2004 e 2007, em seis capitais, Manaus

(AM), Fortaleza (CE), Goiânia (GO), Rio de Janeiro (RJ), São Paulo (SP) e Porto Alegre (RS), entre gestantes, trabalhadores na indústria e, homens e mulheres que procuraram serviço de saúde especializado em DST, verificou-se que a chance de desenvolver uma dessas doenças é maior em pessoas com menos de vinte anos; com prevalência de 40,4% para HPV nas gestantes e 32,6 nos homens e mulheres que procuraram serviço especializado; não houve investigação para trabalhadores na indústria para esta doença, já que exigia coleta de material e os mesmos foram abordados em local de trabalho (BRASIL, 2008).

E importante ressaltar que lesões sub-clínicas, ou seja, sem sintomas para HPV, logo não incluídas em estatísticas, podem induzir ao câncer (Ca) de colo uterino.

No município de São Gonçalo-RJ no ano de 2006 houve 1.761 óbitos hospitalares, dos quais: 125 doenças infecciosas e parasitárias, 11 neoplasia e tumores e, 40 doenças do aparelho geniturinário; que podem estar relacionadas com DST (IBGE, 2007).

A maioria dos casos de DST está restrita às pessoas sexualmente ativas, em geral, adolescentes e adultos jovens com idade entre 15 e 34 anos, e recém-nascidos ou lactentes de mães contaminadas. Como as mulheres são mais suscetíveis a tais infecções e desenvolvem complicação com maior facilidade e frequência do que os homens, a morbidez das DST nas mulheres é correspondentemente maior (FREITAS *et al*, 1997).

Atualmente, a infecção genital pelo Papilomavírus Humano (HPV) constitui a DST mais prevalente nos diferentes grupos etários e na maior parte das unidades de saúde públicas. Normalmente é a DST que mais se associa a outra infecção genital (ISOLAN *et al*, 2004). Com a maior ocorrência entre 20 e 24 anos de idade e com a mudança dos parceiros sexuais como principal fator de risco para aquisição da infecção por HPV (ELFGREN *et al*, 2005).

Uma das principais formas de conter o avanço das DST é a conscientização da população. Porém dados de estudos epidemiológicos realizados pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde mostram que apesar das inúmeras campanhas preventivas e dos diversos métodos de obtenção de informação sobre prevenção das DST, como Internet, jornais, revistas, rádios, TV, a população não se mostra conscientizada sobre os riscos de contaminação (FAÇANHA *et al*, 2004).

A Constituição Federal de 1988 e a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) 9394 definem educação como desenvolvimento da pessoa, além do preparo para a cidadania e a qualificação para o trabalho (BRASIL, 1988; BRASIL, 1996). Através dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) busca-se a conscientização e se estabelece como um de seus objetivos que o educando seja capaz de: conhecer e cuidar do próprio corpo, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos de qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde coletiva (BRASIL, 1998).

Logo a conscientização através da educação é fundamental para a contenção do avanço das DST. E a escola, como a principal instituição formal de ensino, não pode abrir mão ou omitir-se de sua responsabilidade.

Façanha e colaboradores, em trabalho realizado no ano de 2004, em uma escola de ensino médio e fundamental de Fortaleza (CE), concluiu que: “os jovens começam a vida sexual precocemente, usam irregularmente os preservativos e têm pouco conhecimento sobre o ciclo reprodutivo” (FAÇANHA *et al*, 2004: 9).

Em estudo realizado na cidade Tubarão (SC), Conti e colaboradores compararam alunos do 3º. ano do ensino médio de escola pública *versus* escola privada e verificaram a falta de informação e conceitos equivocados a respeito das DST, principalmente do HPV. Apesar de os alunos do colégio particular terem

demonstrado um conhecimento maior sobre esse assunto, o nível de informação ainda é inferior ao desejável (CONTI *et al*, 2006).

Estas pesquisas corroboram para reforçar a importância da educação, como fator preponderante no que diz respeito à prevenção das DST. Indiferente ao tipo de instituição: pública ou privada.

É necessário trabalhar na medicina preventiva, educativa, sendo a educação em saúde pública primordial e absolutamente necessária (AYRES *et al*, 2003).

Paulo Freire já, na década de 60, falava na importância da escola, da educação e do conhecimento, para a conscientização.

“Não podíamos compreender, numa sociedade dinamicamente em fase de transição, uma educação que levasse o homem a posições quietistas ao invés daquela que o levasse à procura da verdade comum, “ouvindo, perguntando, investigando”. Só podíamos compreender uma educação que fizesse do homem um ser cada vez mais consciente de sua transitividade, que deve ser usada tanto quanto possível criticamente, ou com acento cada vez maior de racionalidade.

A educação é um ato de amor, por isso, um ato de coragem. Não pode temer o debate. A análise da realidade. Não pode fugir à discussão criadora, sob pena de ser uma farsa.

Como aprender a discutir e a debater com uma educação que impõe? Ditamos idéias. Não trocamos idéias. Discursamos aulas. Não debatemos ou discutimos temas. Trabalhamos sobre o educando. Não trabalhamos com ele. Impomos-lhe uma ordem a que ele não adere, mas se acomoda. Não lhe propiciamos meios para o pensar autêntico, porque recebendo as fórmulas que lhe damos, simplesmente as guarda. Não as incorpora porque a incorporação é o resultado de busca de algo que exige, de quem o tenta, esforço de recriação e de procura. Exige reinvenção”. (FREIRE, 2002:98, 104 e 105)

É extremamente atual a necessidade de contextualizar a aprendizagem, trazendo para cena os temas que afetam diretamente o cotidiano do educando, guiando-o para uma análise crítica que leve a mudança de comportamento de baixo para cima e não imposto de cima para baixo, tem de haver incorporação dos conceitos básicos de saúde, a fim de que possa realmente trazer benefícios a todos os campos do seu viver e de sua comunidade, e claro, ao campo da saúde individual e coletiva.

Em seu trabalho *A Sociologia de Gilberto Freyre e a Educação para a Saúde*, BERTOLLI FILHO (2003), cita que pouco tem sido abordado das idéias de Gilberto Freyre no que se referente à compreensão do Homem como uma entidade ao mesmo tempo biológica e cultural, também apresenta as principais propostas *freyrianas* no campo da sociologia da medicina e avalia a possibilidade de aplicação dessa idéias nas iniciativas voltadas para a educação para a saúde. Neste mesmo trabalho Bertolli relata que na década de 30, Gilberto Freyre por influência de seu professor o médico e antropólogo Frans Boas, já usava teorias médicas em voga como Higiene, Climatologia e a Medicina Tropical para construir novas explicações sobre a cultura brasileira. Em síntese, na sua época Gilberto Freire já buscava verificar as possibilidades e os limites de comunhão entre as Ciências Sociais e as Ciências Médico-biológicas, o que só agora vem ganhando força com a necessidade de formação de especialistas em educação para a saúde, contrariando a idéia predominante até pouco, onde se via saúde apenas pelo enfoque biológico e patológico.

As DST passam também inevitavelmente pela discussão da sexualidade e Camargo Jr.(2003:41), comenta que:

“Mesmo que não tenha havido uma “revolução sexual”, no sentido de uma modificação radical de papéis e discursos sobre a sexualidade, é forçoso reconhecer que a moral sexual vigente tornou-se menos restritiva ao longo dos últimos trinta ou quarenta anos, pelo menos nas camadas urbanas”.

E essa “revolução sexual” sem dúvida cursa com uma maior variedade de parceiros, seja pelo divórcio e novos casamento ou pelo “ficar”, relações eventuais, no vocábulo comum utilizado por nossos jovens.

“Revolução sexual” que traz necessariamente para discussão à sexualidade, que não é coisa exclusivamente de adulto, embora a função e maturidade sexual comece na puberdade. Por isso, é aconselhável começar a discussão desse tema o mais cedo possível.

No mundo pós-freudiano, Elia (1995:55) aborda a maturidade racional, destacando que sexualidade não é apenas um fenômeno da vida adulta.

“Acostumamo-nos a pensar que, através das descobertas de Freud, teríamos tomado conhecimento de que a sexualidade não é apenas um fenômeno da vida adulta, isto é, uma função do indivíduo adulto, função que lhe advém na fase puberal – o seu momento maturacional de aparição. Teríamos nós, o mundo pós-freudiano, acedido a saber que as criancinhas também têm experiências sexuais, são seres eróticos e erotizáveis, e que a sua vida psíquica se faz acompanhar, desde o seu início, dessa dimensão sexual, na qual terá, inclusive, o eixo primordial da constituição”.

A partir desses conhecimentos, acredita-se que pais e educadores não podem abrir mão da responsabilidade de educação sexual e esta deve começar sempre o mais cedo possível, respeitando a curiosidade e a maturidade individual de cada criança. Não adianta começar educação sexual aos 13 anos para um(a) adolescente, que já iniciou atividade sexual, por exemplo, aos 12 anos.

Em síntese, o grande problema ainda é: altos índices de exposição e infecções por DST, entre elas o HPV e, as gravidezes, que ainda acontecem pela falta de conhecimento sobre o assunto na população em geral. Pode-se afirmar que a situação é muito grave e uma abordagem privilegiada sobre os aspectos clínicos e epidemiológicos não seria o suficiente. É necessário que se amplie a compreensão sobre estes agravos no sentido de abordar questões relacionadas à sua dimensão social que envolve a vulnerabilidade da mulher frente à infecção pelo HPV, as questões de gênero, inserção social, conhecimento sobre o assunto, participação dos pais, carência social, base educacional, idade de início da vida sexual, promiscuidade. Ou seja, é necessário o trabalho na medicina preventiva, educativa, sendo a educação em saúde pública primordial (GUANILO *et al*, 2006; AYRES *et al*, 2003; ISOLAN *et al*, 2001; BEZERRA, 2005).

O espaço formal escolar não pode abrir mão de sua responsabilidade. Chassot, (2003), pontua sobre a escola que: “Sonhadamente, podemos pensar a escola sendo pólo de disseminação de informações privilegiadas” (CHASSOT, 2003:90).

Esta pesquisa buscará fazer o viés educação-saúde-ambiente como compromisso da atual educação formal, tendo como público alvo, adolescentes e jovens, cursando o 3º. Ano do Ensino Médio. Finalizando a educação básica e apesar disso, acredita-se, não possuem pleno conhecimento para prevenção desse grupo de doença.

Aborda-se a educação em saúde, discutindo a realidade atual e os caminhos percorridos até o momento, a importância dos aspectos éticos e morais, para nossos jovens tomarem suas condutas de forma livre e consciente, de maneira que seus comportamentos os levem a prevenção das DST, individual e coletivamente, além de apresentar-se a papilomatose, como consequência de aspectos sociais, dos quais se destaca nível sócio econômico, escolaridade, início precoce da vida sexual e, as consequências para sociedade da infecção pelo HPV, principal agente oncogênico para o Câncer no colo do útero, segunda maior neoplasia em incidência nas mulheres, em todo mundo.

Este estudo reafirma a importância da escola, como principal ambiente formal de ensino, na mudança de comportamentos, que levem a melhoria da saúde da população, devendo isto ser tratado de forma urgente e imperiosa.

Deixou como produto final, esta dissertação de mestrado profissional, uma cartilha didática com o tema Doenças Sexualmente Transmissíveis, em que se abordam conceitos, agentes transmissores, complicações, transmissão, tratamento, prevenção, vacinas e comportamentos de riscos e profiláticos, o que fazer frente às DST, com objetivo de servir como fonte de pesquisa para os alunos e material multiplicador de conhecimento, junto aos professores, já que para estes foi realizada uma palestra, não só com objetivo de transmissão de informações, mas principalmente chamando-os para assumirem o compromisso de multiplicadores.

## 2. FUNDAMENTOS CONCEITUAIS

### 2.1. Atualidades da educação em saúde: caminhos percorridos com dificuldades

Nos últimos anos a comunhão entre as Ciências Sociais e as Ciências Médico-biológicas vem ganhando força com a necessidade de formação de especialistas em educação para saúde, contrariando a idéia predominante até pouco, quando se via saúde apenas pelo enfoque biológico e patológico (BERTOLLI FILHO, 2003). Para sua aplicação houve, inclusive, a criação de Mestrados e Doutorados em Ensino de Ciências da Saúde. Evoluindo a educação do Pelotão da Saúde de 1924, no município de São Gonçalo (RJ), projeto local, embrião do conceito de educação em saúde, até nossos dias em que há inquestionavelmente a consciência de que só resolveremos os sérios problemas de saúde pública, com políticas eficientes na área educacional.

Um dos objetivos gerais dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) é que o educando seja capaz de conhecer e cuidar do próprio corpo, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos de qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde coletiva (BRASIL, 1998).

Corroborando também para estabelecer a importância da educação em saúde a Constituição de 1988 e a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) 9394, que definem educação como desenvolvimento da pessoa, além do preparo para a cidadania (BRASIL, 1988; BRASIL, 1996). Cidadãos conscientes preocupam-se com sua saúde e a saúde coletiva.

No trabalho, já citado anteriormente, *A Sociologia de Gilberto Freyre e a Educação Para a Saúde*, Bertolli Filho expõe que pouco tem sido abordado das idéias de Freyre no que se refere à compreensão do Homem como uma entidade ao mesmo tempo biológica e cultural, e apresenta as principais propostas *freyrianas* no campo da sociologia médica e avalia a possibilidade de aplicação dessas idéias nas iniciativas

voltadas para educação em saúde. Na década de 30, Freyre já usava teorias médicas em voga como Higiene, Climatologia e, sobretudo a Medicina Tropical para construir novas explicações sobre a cultura brasileira. Em síntese, na sua época Gilberto Freyre já buscava verificar as possibilidades e os limites de comunhão ente as Ciências Sociais e as Ciências Médico-biológicas, o que só agora vem ganhando força com a necessidade de formação de especialistas em educação para a saúde, contrariando a idéia predominante até pouco, onde se via saúde apenas pelo enfoque biológico e patológico (BERTOLLI FILHO, 2003). Finalmente começa-se perceber que não se pode tratar saúde, apenas com medicamentos e bisturis.

Pode-se então fazer uma relação das idéias de Gilberto Freyre e a posição assumida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1982, quando recomenda que o educador de saúde passe a ser aluno e facilitador e os membros da comunidade sejam professores e também alunos, ou seja, a comunidade ensina sua “cultura médica”, suas crenças, tratamentos e os educadores identificam soluções culturalmente aceitas. Desta forma, novos papéis estão emergindo para os educadores de saúde, exigindo novas formas e novos enfoques de treinamento para que possam, como profissionais e atores importantes neste processo, cumprir suas responsabilidades (RICE & CANDEIAS, 1989).

Paulo Freire na década de 60 já enfatizava a necessidade de uma educação que fizesse do homem um ser cada vez mais consciente de sua transitividade, um ser crítico e racional. Propunha já naquela época o debate, a discussão, o pensar autentico, ao invés da imposição de fórmulas prontas (FREIRE, 2002). Rice e Candeias (1989) propõem que os indivíduos deveriam conhecer melhor suas próprias condições de saúde, de modo que, a partir disto, pudessem transformar-se em promotores de seu próprio desenvolvimento, em vez de representarem meros receptores passivos da ajuda dada por outros, muitas vezes desnecessárias. E pode-se ainda dizer que esta ajuda, às vezes, sai muito cara em termos políticos e financeiros.

Uma das definições mais aceita para Educação em Saúde foi proposta por Green e Kreuter (1991) onde os autores enfatizam que Educação em Saúde corresponde a quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes á saúde.

Candeias (1997:2), diz:

“[...] a educação em saúde constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, prendendo-se especificamente à habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas que se desenvolvem em quatro diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico, em seus diferentes níveis de atuação, e a comunidade, compreendida aqui como contendo populações-alvo que não se encontram normalmente nas três outras dimensões. Por construir apenas uma parte de um conjunto de atividades, é óbvio tratar-se de uma atividade-meio”.

Logo, não se pode estabelecer que Educação em Saúde seja atribuição somente de um ambiente do indivíduo, mas todos devem contribuir para esta, que inclusive deve ser de forma continuada. Profissionais de saúde sejam de quaisquer níveis de atendimento: primário, secundário ou terciário, não podem esquecer que grande parte do seu trabalho envolve transmissão de conhecimentos e orientações (L'ABBATE, 1994). Também, profissionais de saúde do trabalho, não podem afastar-se dessa função e perder oportunidades de contribuição. Muitas vezes o local de trabalho se mostra ideal para campanhas que visem não só a saúde do trabalhador no ambiente de trabalho, mas também em todas as outras esferas, incluindo a saúde de toda família. Campanhas de prevenção de DST/AIDS, “*diabetes mellitus*”, hipertensão arterial sistêmica, alcoolismo e outras, desenvolvidas no ambiente de trabalho, podem melhorar a qualidade de vida do trabalhador, de sua família e conseqüentemente melhorar sua produtividade profissional. E caberá ao professor, no dia-a-dia com seus alunos, a

construção desse conhecimento e não poderá deixar de aproveitar a expectativa que a sociedade e os alunos têm sobre ele, para ouvir, discutir, aprender, e passar orientações que, com certeza contribuirão para a melhoria da saúde do cidadão e da comunidade como um todo. “O principal ‘instrumento’ da relação educativa é o próprio educador” (L’ABBATE, 1994:485).

Entendendo que o educador neste contexto é todo profissional envolvido na divulgação, orientação, discussão, debate de conteúdos, com o objetivo de mudança ou ajuste de comportamentos que visem à melhora da saúde, há de se criar condições para que estes possam ser efetivamente capacitados para executar suas tarefas, de forma crítica e consciente.

Com relação aos ambientes formais de ensino, transformações não de ocorre na sociedade, atingindo as escolas em seus diferentes graus, pois apenas imposições de currículos não levaram a tais transformações, destacando aqui que reformas econômicas e sociais terão que ser concebidas pelo poder público para que mudanças reais possam ecoar por toda a rede de ensino do país, no intuito de que as mudanças desejadas pela sociedade e sugeridas pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) possam ter eficácia (MATOS, 2007).

Partindo-se da constatação que boa parte da população brasileira não tem acesso aos serviços de saúde e que a sobrecarga dos profissionais de saúde mostra-se como um limite importante para uma ação preventiva (FIGUEIREDO, 2002), associando ao que disse Chassot (2003:90), “sonhadoramente pensando a escola como pólo de disseminação de informações privilegiadas” e acrescentando dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS-1996), mostrando que 93% das crianças e adolescentes freqüentam, com alguma regularidade, a escola no Brasil. Temos a escola como local privilegiado para ações em educação em saúde (BRASIL, 1997).

### 2.1.1 Histórico

Em 1924, no município de São Gonçalo, Estado do Rio de Janeiro, Carlos Sá e César Ferreira, criaram o primeiro pelotão de saúde em uma escola estadual. No ano seguinte Antônio Carneiro Leão, Diretor de Instrução Pública mandou adotar o mesmo modelo nas escolas primárias do antigo Distrito Federal (BRASIL, 1997).

Em 1925, Horácio de Paula cria a Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde do Estado de São Paulo. Surge pela primeira vez o título de educador sanitário, preparado pelo Instituto de Higiene do Estado, cuja responsabilidade principal era a divulgação de noções de higiene para alunos das escolas primárias estaduais. Na mesma época foi criada em Pernambuco, por Amaury Medeiros, a Inspetoria de Educação Sanitária do Departamento de Saúde e Assistência (BRASIL, 1997).

Na década de 30 foi criado o Ministério da Educação e Saúde. Reunindo estas duas funções paralelas era de se esperar um avanço na educação em saúde, mas não foi o que aconteceu, pois a centralização administrativa advinda da revolução de 30 sufocou todas as iniciativas estaduais, concentrando as atividades sanitárias nas grandes cidades, principalmente nas capitais, tornando raras essas ações no interior do país (BRASIL, 1997).

Em 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde, atuando junto a grupos de gestantes, mães, adolescentes e á comunidade em geral, inclusive preparando professoras da rede pública de ensino como agentes educacionais da saúde, marco este importante, pois representou uma mudança de mentalidade nas atividades da educação (BRASIL, 1997).

A clivagem do Ministério da Educação e Saúde ocorrida em 25 de julho de 1953 novamente não atende as expectativas de fortalecimento da área de Educação Sanitária, isso só ocorrendo alguns anos depois com a reformulação da estrutura do Serviço Nacional de Educação Sanitária, com Ruth Marcondes e posteriormente com Brito Bastos (BRASIL, 1997).

A 12<sup>a</sup>. Assembléia Mundial da Saúde, em Genebra (1958) reafirma o conceito de uma educação sanitária que abrange as experiências que modificam ou exercem influência nas atitudes ou condutas a respeito da saúde e dos processos necessários para alcançar estas modificações (BRASIL, 1997).

Na 5<sup>a</sup>. Conferência de Saúde e Educação Sanitária, realizada em Filadélfia, em 1962, o Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde assinala o papel importante dos serviços de educação sanitária na aproximação das descobertas científicas da medicina e sua aplicação na vida diária de indivíduos, famílias, escolas e distintos grupos da coletividade (BRASIL, 1997).

Entre 1964 e 1980, nas diversas reorganizações do Ministério da Saúde assinala-se a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), da Fundação SESP e da Divisão Nacional de Educação em Saúde da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde; porem mais uma vez estas mudanças não contribuíram para a introdução do componente de educação nos programas de saúde desenvolvidos pelo Ministério e Secretarias Estaduais de Educação (BRASIL, 1997).

A implantação do Sistema de Informação sobre Mortalidade (1976) e o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (1979), chamam os veículos de comunicação em massa a colaborar com a divulgação, aproveitando para informar á população as condições de saúde e da rede de atendimento, além de utilizar-se pela primeira vez a propaganda subliminar (BRASIL, 1997).

Desde 1989 ao ser incorporado ao projeto Nordeste II, o financiamento pelo Banco Mundial, de US\$ 20 milhões, para as ações de Informação, Educação e Comunicação (IEC), um novo movimento de educação em saúde aparece no país (BRASIL, 1997).

O Seminário realizado em 1991 em *Sundsvall*, na Suécia, tornou mais evidente os mecanismos de intervenção que podem ser utilizados na prática da promoção em

saúde, o modelo *Health Promotion Strategy Analysis Model* (HELPSAM) descreve sete estratégias a considerar quando se recorre a esse tipo de abordagem; são elas: desenvolvimento de políticas de ação, regulamentos em saúde, reorientação de organizações, aumento do interesse público, alianças e mediações, fatores que possibilitam o comportamento em saúde e finalmente, mobilização e aumento do poder mediante a participação e o envolvimento ativo (BRASIL, 1997).

Mas, só em 1996 foi que este tema volta receber alguma atenção por parte dos dirigentes do Ministério da Saúde (MS), com o projeto Saúde na Escola, integrado a TV Escola do Ministério da Educação e Cultura (MEC), em execução desde 20 de agosto de 1997. Em 1998 defini-se a Diretoria de Programas de Educação em Saúde que estabelece um programa de Educação em Saúde, evolução do Projeto Saúde na Escola. (BRASIL, 1997; CANDEIAS, 1997).

Meyer (1998:5) resume a história da educação em saúde, relatando como a saúde entra na escola e os desafios de hoje no contexto reformista atual.

“A saúde “entra” na escola brasileira, como parte de suas preocupações e atribuições, no final do século passado, considerando-se aí tanto a dimensão assistencial, quanto o desenvolvimento de hábitos, atitudes e valores compatíveis com uma determinada concepção de “indivíduo saudável”. De lá para cá têm sido registradas muitas leis, decretos e discussões de cunho acadêmico e político em torno dessa área que se consolidará como Saúde Escolar, mas o seu “lugar”, no currículo e na vida escolar, segue sendo um lugar de disciplinamento, controle, conflitos e ambigüidades amplamente silenciadas nas grandes discussões que cercam, no contexto reformista atual, tanto a formação de professores quanto o currículo da escola básica”.

### 2. 1. 2 **Propostas apresentadas pelo governo: busca de soluções**

Segundo a diretoria de Programas de Educação em Saúde as metas a serem alcançadas são capacitações de professores de ensino fundamental, para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde das crianças e adolescentes, com produção de videográficos e manuais para professores. Estabelecendo parceria dos Ministérios da Saúde e Educação no programa Saúde na Escola (BRASIL, 1997).

Algumas outras propostas surgem, como, por exemplo, o projeto: *Capacitação, Educação e Promoção da Saúde no Contexto Escolar*, iniciativa de parceria da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) com o Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (MS), que visa capacitar professores da rede pública estadual sobre o uso racional de medicamentos e pretende ainda estimular nas escolas a reflexão a respeito das propagandas de medicamentos. O projeto teve início em Salvador (BA) e ao final do processo tinha como objetivo atingir 320 professores de todas as regiões do país de forma direta e outros 640 de forma indireta (IDEM).

Após 83 anos do primeiro passo dado na direção de programas de educação em saúde, muito há de ser feito, os recursos humanos e financeiros precisam ser multiplicados para atingir a população como um todo, tarefa difícil para um país de dimensões continentais como o nosso. Integração entre os ministérios envolvidos e as diversas esferas do poder público, há de ser efetivada para tarefa de educação em saúde.

Esta integração ainda não ocorreu. E situações como a relatada pela professora Nádia Rejane Marins Neves (Diretora Geral do Colégio Estadual Dr. Adino Xavier, São Gonçalo, RJ), mostram as dificuldades encontradas para orientar os alunos.

“O programa TV escola nunca funcionou aqui; recursos materiais, como: parabólica e televisão, foram mandados, porém nunca houve pessoal (recursos humanos) para gravarem e reproduzirem os conteúdos educativos, vinculados ao canal, para os professores interessados. Hoje existe um pólo no município para gravar as programações, porém não há funcionário para ir até o referido pólo e pegar o material (programa) escolhido pelos professores, ou seja, não funciona e nunca funcionou”(em entrevista pessoal, 2007).

### 2. 1. 3 Doenças sexualmente transmissíveis: educação em saúde.

Em nível nacional, no campo de educação em saúde, as atividades na área de Doenças Sexualmente Transmissíveis são desenvolvidas pela Coordenação Nacional do Programa de DST/AIDS. Reconhecendo também o Ministério da Educação a Educação em Saúde como fator de promoção e proteção à saúde e estratégia para a conquista dos direitos de cidadania (BRASIL, 1997). Tanto que orientação sexual constitui um dos temas transversais propostos nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) (BRASIL, 1998).

Os objetivos gerais de orientação sexual para o Ensino Fundamental, traçados pelos PCN, são:

- Respeitar a diversidade de valores, crenças e comportamentos existentes e relativos à sexualidade, desde que seja garantida a dignidade do ser humano;
- Compreender a busca de prazer como uma dimensão saudável da sexualidade humana;
- Conhecer seu corpo, valorizar e cuidar de sua saúde como condição necessária para usufruir prazer sexual;
- Reconhecer como determinações culturais às características socialmente atribuídas ao masculino e ao feminino, posicionando-se contra discriminações associadas a tais características;
- Identificar e expressar seus sentimentos e desejos, respeitando os sentimentos e desejos do outro;

- Proteger-se de relacionamentos sexuais coercitivos ou exploradores;
- Reconhecer o consentimento mútuo como necessário para usufruir prazer numa relação a dois;
- Agir de modo solidário em relação aos portadores do HIV e de modo propositivo na implementação de políticas públicas voltadas para prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis / AIDS.
- Conhecer e adotar práticas de sexo protegido, ao iniciar relacionamento sexual.
- Evitar contrair ou transmitir doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o vírus da AIDS;
- Desenvolver consciência crítica e tomar decisões responsáveis a respeito de sua sexualidade;
- Procurar orientação para a adoção de métodos contraceptivos (BRASIL, MEC/SEF, 1998).

No contexto escolar, Meyer (1998:13) diz que os conteúdos desta “disciplina” (educação em saúde) devem ser trabalhados ao longo de todo currículo escolar, principalmente nos primeiros anos do ensino fundamental, “e não apenas em momentos estanques e em horários previamente determinados”. Sempre dando ênfase à conscientização, frisando que o direito à saúde deve ser uma conquista e a “efetivação desse direito passa também pela escola e pela sala de aula e se configura como uma das dimensões do exercício da docência” (*id, ibid:9*).

Corroborando com o sugerido acima e enfatizando educação em saúde para prevenção das DST, citamos Louro (1998:88), para quem parece impossível separar a escola do tema sexualidade e gênero: “Se a escola é uma instituição social ela está, obviamente, envolvida com as formas culturais e sociais de vivermos e construirmos nossas identidades de gênero e nossas identidades sexuais”.

“Escola, currículos, educadoras e educadores não conseguem se situar fora dessa história. Mostram-se, quase sempre, perplexos, desafiados por questões para as quais pareciam ter, até pouco tempo atrás, respostas seguras e estáveis. Agora, as certezas escapam, os modelos mostram-se inúteis, as fórmulas são inoperantes. Mas é impossível estancar as questões. Não há como ignorar as “novas” práticas, os “novos” sujeitos, suas contestações ao estabelecido. A vocação normalizadora da Educação vê-se ameaçada. O anseio pelo cânone e pelas metas confiáveis é abalado. A tradição imediatista e prática leva a perguntar; o que fazer? A aparente urgência das questões não permite que se antecipe qualquer resposta; antes é preciso conhecer as condições que possibilitaram a emergência desses sujeitos e dessas práticas” (LOURO, 2004:28-29).

Em síntese, não podemos desvincular educação e DST, assim como orientação sexual. Por mais que o assunto seja polêmico, por envolver questões de foro íntimo, a escola tem a obrigação de orientar os alunos e esclarecer suas dúvidas a esse respeito. Não existe idade ideal para iniciar o trabalho de orientação sexual, e no espaço escolar a orientação deve acontecer desde sempre, a idade ideal é aquela que tem demanda. Não podemos, em pleno século XXI, manter uma “indiferença diante da sexualidade das crianças” tal qual no século XVIII (FOUCAULT, 1988).

## 2.2 Ética, moral e sexualidade

Considerando que os adolescentes apresentam características de autonomia moral e que o aconselhamento de estratégias educacionais para o desenvolvimento desta autonomia, que segundo Piaget passa pelas fases de anomia e heteronomia é fundamental (LA TAILLE, 2006). E também que a maioria dos casos de doenças sexualmente transmissíveis, DST, está restrita às pessoas sexualmente ativas, em geral adolescentes e adultos jovens com idade entre 15 e 34 anos (FREITAS *et al*, 1997).

Levando-se também em consideração que a maior prevalência das DST está entre 20 e 24 anos de idade. Tendo como fatores de risco, início precoce da atividade

sexual, uso de anticoncepcional oral, abrindo mão do uso da camisinha e, com a mudança de parceiros sexuais como fator principal para aquisição da infecção por Papilomavírus (HPV) (ELFGREN *et al*, 2005), (MEDEIROS *et al*, 2005) e (MURTA, 1999).

Lembrando que um dos objetivos gerais dos Parâmetros Curriculares Nacionais é que o educando seja capaz de conhecer e cuidar do próprio corpo, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos de qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde coletiva (BRASIL, 1998).

Defende-se aqui que adultos, principalmente professores e pais, têm influência decisiva na formação moral e ética dos adolescentes e jovens; extraordinariamente no contexto atual onde drogas, sexo e bailes “funks”, fazem parte do cotidiano de muitos. Sabendo que a mídia por vezes explora de maneira equivocada o tema. A proposta de ética e moral, deixada aqui para pais e professores é, assim como nos diz Catonné, aquela que sejam suficientes para o individuo viver uma sexualidade livre e responsável, não necessariamente puritana, embora os que assim desejarem, devem ter toda liberdade para tal (CATONNÉ, 2001).

Ética é uma palavra de origem grega, com duas origens possíveis, *éthos* com “e” curto que pode ser traduzida por costume e com “e” longo que significa propriedade do caráter. A primeira serviu de base para a tradução latina *moral* e a segunda para ética com a utilização “atual” (BOFF, 2003; FOUCAULT, 1984).

Defini-se Moral como: “conjunto de regras de conduta ou hábitos julgados validos quer de modo absoluto, quer para grupo ou pessoa determina” (FERREIRA, 2000:471). Ou como: “por ‘moral’ entende-se um conjunto de valores e regras de ação propostas aos indivíduos e aos grupos por intermédio de aparelhos prescritivos diversos, como podem ser a família, as instituições educativas, as igrejas, etc.” (FOUCAULT, 1984:26).

E a Ética é definida como: “Estudo dos juízos de apreciação referentes à conduta humana, do ponto de vista do bem e do mal. Conjunto de normas e princípios que norteiam a boa conduta do ser humano” (FERREIRA, 2000:300). “Concepção de fundo acerca da vida, do universo, do ser humano e de seu destino, estatui princípios e valores que orientam pessoas e sociedades” (BOFF, 2003:37).

Considerados sinônimos conforme dicionário da língua portuguesa de Aurélio Buarque de Holanda Ferreira. E, segundo La Taille (2006) esta sinonímia é perfeitamente aceitável, pois herdamos moral do latim e ética do grego, duas culturas antigas que assim nomeavam o campo de reflexão sobre os costumes dos homens, sua validade, legitimidade, desejabilidade, exigibilidade. O mesmo autor, diz que no campo das dimensões intelectuais e afetivas às definições de moral e de ética passam, respectivamente, pelas perguntas: como devo agir? E que vida eu quero viver?

Numa sociedade que valoriza o prazer acima de todos os outros sentimentos humanos, onde adolescentes e jovens buscam cada vez mais cedo o prazer sexual, como padrão ouro de satisfação, onde a mídia estimula o “ficar”, onde o vocábulo orgasmo despiu-se do pudor que o cercava para servir de metáfora para as mais variadas experiências de prazer intenso e passou a ser imprescindível para uma “vida boa”, é necessário lembrar-se de Aristóteles, para quem a felicidade depende da auto-elevação por intermédio do cultivo das virtudes (LA TAILLE, 2006). Por isso pais e mestres devem envolver-se na discussão dos conceitos éticos e morais: Como queremos que nossos adolescentes ajam? E que vida gostaríamos que vivessem?

“Somente age moralmente quem se sente intimamente obrigado a tal, e não quem é coagido por algum poder exterior” (*id, ibid:54*). Por isso estratégias educacionais que estimulem adolescentes e jovens a desenvolverem autonomia moral com valores que atendam a necessidade de felicidade, “vida boa” são urgentes. E “vida boa” passa por

comportamentos que levem ao “cuidado de si” (FOUCAULT,1985) e da coletividade em que se vive. Não podemos continuar “assistindo de camarote” nossos adolescentes e jovens participarem de bailes “funks” onde mantêm relações sexuais com vários parceiros, numa mesma noite, sem chamá-los a reflexão de uma sexualidade livre com responsabilidade.

Temperança no uso dos prazeres:

“Deve-se entender com isso uma maneira de viver cujo valor moral não está em sua conformidade a um código de comportamento nem um trabalho de purificação, mas depende de certas, ou melhor, certos princípios formais gerais no uso dos prazeres, na distribuição que deles se faz, nos limites que se observa, na hierarquia que se respeita” (FOUCAULT, 1984:148).

Parafraseando Foucault, *Chrésis Aphrodision*, o uso dos prazeres; não se trata em permitir ou proibir, mas sim, estabelecer questões de prudência, de reflexão, na temperança ao ato sexual (*id, ibid.*).

A filosofia grega clássica, já estabelecia relação de abuso em todas as áreas, inclusive das atividades sexuais, com preceitos não só morais mais também com a qualidade de saúde, diz Foucault citando Xénophon: “Boa saúde e bom estado da alma” (FOUCAULT, 1984).

Porém, “não se encontrará, nos filósofos, projeto para uma legislação coercitiva e geral dos comportamentos sexuais” (*id*, 1985); eles estimulam a mais austeridade apenas para os indivíduos que queiram levar um tipo de vida superior àquela levada pelas massas; não procuram estabelecer medidas ou punições que poderiam coagir a todos, de maneira uniforme.

Em todas as sociedades, sempre existiram normas com intuito de melhorar a qualidade de vida e essas regras passam ou passaram pela normatização do ato sexual. Tanto gregos, como chineses e cristãos, pregam ou pregaram a “economia” da atividade

sexual, por diferentes motivos (FOUCAULT, 1984). Porém, “onde há poder há resistência”; por isso, as propostas devem ser discutidas para que, se aceitas, sejam colocadas em prática. Se não, sempre haverá resistência (*id*, 1988).

Resistência que é fato na prática médica, muitas vezes encontra-se dificuldades para que determinadas terapêuticas sejam seguidas e/ou mudanças de certos hábitos e comportamentos realizados, com vistas à promoção da saúde; porque o resultado situa-se a muito longo prazo, ou até mesmo porque implica “restrições ou sofrimentos” individuais, em respeito à liberdade e ao prazer. Como exemplo pode-se citar a restrição de açúcar para diabéticos, sal para os hipertensos e, no contexto das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), o uso de camisinha para pacientes alérgicos a látex ou privação de relações na prevenção destas doenças. É evidente o quanto às opções assistenciais realizam também valores éticos, reiterando ou até se opondo às culturas dominantes (SCHRAIBER, 1996). Talvez por isso, mesmo com todas as campanhas de prevenção para DST, ainda encontramos muitos casos, um flagrante de oposição da orientação médica e à cultura dominante. Não obstante, isso não tira a responsabilidade destes profissionais na orientação de seus pacientes.

Há também que se discutir mais sobre e com os profissionais de saúde, em especial o médico, de todas as especialidades, mas sem dúvida os de especialidades diretamente ligadas às DST, sobre seu papel educacional. E para isso a revalorização da educação médica em todos os níveis, graduação e pós-graduação, não apenas no desenvolvimento técnico, mas ético, moral e político. Este último no sentido de conscientizar este profissional da dimensão sócio-econômica dessa atividade e a introjeção do valor da responsabilidade social, como compromisso de cada profissional no exercício de sua prática, que também deve ser de orientador, de educador. (SCHRAIBER, 1997).

Em se tratando de orientação a pacientes e ética em DST, há de estabelecer os critérios éticos para o uso e indicação dos métodos de anticoncepção.

Veja o que Gaspari (2007:19) comenta sobre o assunto.

“Quando o governador Sérgio Cabral usou o trabalho do economista Steven Levitt (Freakonomics) para defender o aborto como política de segurança pública, dizendo que a favela da Rocinha “é uma fábrica de produzir marginal”, juntou, num só “bonde”, oportunismo, impostura e ignorância”.

Nesse trecho de coluna publicada na Folha de 28/10/2007 e reproduzida na RADIS 64, dez/2007; o jornalista Elio Gaspari (2007:19) diz que: quando o governador Sérgio Cabral defende o aborto como forma de diminuir a violência no Rio “sustentou-se na ignorância”, ao dizer que a Rocinha tem taxa de fertilidade africana, já que na verdade correspondem à metade e também desconhece que em 2000, o número de filhos nas favelas cariocas (2,6) era superior ao de outros bairros do Rio (1,7), mas ficava próximo da estatística nacional (2,1) e que a taxa de fertilidade caiu de 5,8 para 1,9 em uma geração, no Brasil, e mesmo assim, o índice de Gini, que mede as desigualdades de renda, passou de 0,56 para 0,57; chegando ao padrão paraguaio. Logo pela relação feita pelo governador, seria possível dizer que a queda de 67% na taxa de fertilidade nacional, provocou um aumento de 300% nos homicídios no Rio de Janeiro.

Temos que discutir anticoncepção de forma democrática, aberta e ética com toda a sociedade, relacionando este tema com o “cuidado de si” citado por Foucault e não apenas pela necessidade do estado de diminuir ou aumentar as taxas de natalidade de acordo com interesses do poder (FOUCAULT, 1988). A distribuição de pílulas, injeções e alguns outros métodos, inclusive a esterilização feminina e masculina, não diminuem os índices de DST. Pior, o fato da segurança de não engravidar, pode levar o indivíduo a se expor mais a situações de risco.

Segundo o professor Roberto Romano (2002:108), em entrevista para a Interface, realizada pela professora Maria Lúcia Toralles Pereira: “Qualquer ato coletivo que seja feito no sentido de diminuir os riscos da vida humana dentro da natureza é positivo do ponto de vista ético”. Por isso, ele coloca que a universidade tem o compromisso ético de realizar pesquisas com compromisso social, gerando informações e formações que contribuam para o bem, “vida boa” individual ou coletiva.

Voltando às perguntas: Como queremos que nossos filhos ajam? Que vida queremos que vivam? Destaco o papel da ética ao fazer indagações e perguntas e estabelecer reflexões que permitam a obtenção de respostas adequadas. E as respostas passam pela discussão política. Pais, mestres e alunos, ao discutirem os projetos políticos pedagógicos de cada instituição, devem procurar respostas democráticas evitando que as diversas formas de poder possam gerar injustiças e sofrimentos, não esquecendo a busca constante de cada indivíduo ou grupo pela “vida boa”. Liberdade, sem preconceito, sem coação, sem coerção; humildade e grandeza são exigências da ética. Em síntese os preceitos que devem nortear as discussões da ética, devem passar pelos temas liberdade e justiça (HOSSNE, 2003).

Ainda gostaria de avaliar, sob um foco ético, a humanização da saúde, levando em consideração que esta humanização deve resultar entre outras, a melhoria na qualidade de vida dos usuários. Considerando que qualquer ato individual ou coletivo que melhore as condições de vida do ser humano é ético. E tomando humanização como estratégia de interferência nas práticas de saúde, pois sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si próprio (BENEVIDES, 2005).

A literatura mostra que a ética em educação em saúde passa pela humanização da saúde, além dos campos familiares e educacionais. Só com a discussão e participação de todos os setores da sociedade, poderemos ajudar nossos jovens de forma livre e consciente a tomar condutas éticas e morais em relação à sexualidade, que determinem comportamentos que levem a prevenção das DST de forma individual e coletiva.

### **2.3 A sexualidade pela observação histórica e social**

Sexualidade é como conjunto das atividades justificadas pelo fato de ser um ser sexuado (CATONNÉ, 2001), a partir desta definição podemos extrapolar para a confirmação de que a sexualidade é inerente a todo ser humano.

É fato, todavia, que aqui e ali, no contexto histórico esta verdade foi castrada, um exemplo é o cristianismo que “desde seus primórdios, operou um corte que rejeitava o erótico para o lado profano e enterra toda volúpia no mal. A sexualidade torna-se, então, sinônimo de pecado, o estigma do delito e o símbolo da desonra” (CATONNÉ, 2001). Santo Agostinho verá na força irreprímível do desejo e do ato sexual, um dos principais estigmas da queda humana (FOUCAULT, 1984). Chegando ao extremo dos sacerdotes católicos não poderem ter vida sexual, o celibato.

No entanto, a própria bíblia descreve o homem como ser sexuado e a fecundidade que é inerente ao sexo como benção. “Criou Deus, pois, o homem à sua imagem, à imagem de Deus o criou; homem e mulher os criou. E Deus os abençoou e lhes disse: Sede fecundos, multiplicai-vos, enchei a terra e sujeitai-a” (GÊNESIS 1:27 e 28a). Por isso, para os Judeus o sexo e principalmente a fecundidade eram bênçãos, dádivas de Deus.

Na esfera educacional: “Todo sistema de educação é uma maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que

eles trazem consigo” (FOUCAULT, 1971). Ou seja, as instituições educacionais e por que não estender este conceito para todo espaço formal ou não formal de ensino e aprendizagem, incluindo aqui instituições religiosas, televisão, rádio, jornais e hoje a internet, de uma maneira ou de outra se apropriam dos discursos do poder para manter ou perpetuar os interesses próprios da mídia e do capital.

A sexualidade não ficou de fora dessa apropriação, no decorrer da história e em cada sociedade vamos ver interpretações, concessões ou proibições de acordo com os interesses do poder. A discussão é: em algum tempo da história houve liberdade sexual? Em algum momento o homem se foi livre para escolher entre fazer ou não fazer sexo? Podemos concluir que se já passamos por fase em que houve quase que uma proibição ao sexo; hoje há quase uma obrigação para fazê-lo.

Tentaremos nestes próximos parágrafos, fazer uma abordagem histórica da sexualidade, para depois, voltar a discussão do termo liberdade sexual e sua relação com o poder e própria sexualidade.

A primeira sociedade a desenvolver uma civilização na Mesopotâmia (em sua maior parte formada pelo que hoje é o Iraque) foi a dos sumérios, no final do quarto milênio antes de Cristo. Por volta de 3000 a.C., estabeleceram a chamada revolução urbana, com organização político-administrativa em torno de cidades. Por volta de 1900 a.C. dominados pelos amoritas, também de origem semita, criou-se o segundo império Babilônico. A partir de 1300 a.C. ocorreu a ascensão dos assírios, surge o Império Assírio, que pela organização do primeiro exército de que se tem conhecimento, formaram um grande império que chegou a dominar a Armênia, a Síria, a Fenícia, a Palestina e o Egito. Entretanto só em 539 a.C. com a conquista do império babilônico pelos persas, um povo de origem hindu-européia, os mesopotâmicos passaram a formar um império sólido (MOTA & BRAICK, 2002).

Segundo Catonné (2001), a civilização babilônica é o nosso ancestral cultural mais antigo, identificável em linha direta. Os babilônicos tinham orgulho de sua cultura e ao culto que devotavam ao amor sensual. Organizaram a sexualidade fora do casamento e desenvolveram uma prostituição sagrada. Sob influência suméria, esta prostituição sagrada era dedicada à deusa Inanna (suméria) ou Ishtar (acadiana) em que o amor era uma atividade natural retomada culturalmente nas práticas do culto erótico.

A sociedade hebraica consolidou-se no segundo milênio antes de Cristo, era patriarcal, formada por famílias numerosas, que seguiam na íntegra os ensinamentos bíblicos (MOTA & BRAICK, 2002). “Sede fecundos, multiplicai-vos, enchei a terra” (GÊNESIS 1:28a). Muitas vezes, avaliava-se o valor de uma mulher pelo número de filhos que ela conseguira gerar, as estéreis eram discriminadas. Sarai (Sara) foi desprezada por Agar. “Vendo ela (Agar) que havia concebido, foi sua senhora (Sara) por ela desprezada” (GÊNESIS 16:4b).

As meninas eram cercadas de cuidados para permanecerem virgens até o matrimônio; quando se casavam tornavam-se propriedade dos maridos, podendo inclusive este a rejeitar, lei do divórcio de Moisés. Não podendo ele voltar coabitar com ela, caso esta casasse novamente, mesmo que outra vez divorciada ou viúva; pois ela passava a ser considerada impura, para o primeiro esposo (MOTA & BRAICK, 2002).

“Se um homem tomar uma mulher e se casar com ela, e se ela não for agradável aos seus olhos, por ter ele achado coisa indecente nela, e se ele lhe lavar um termo de divórcio, e lho der na mão e a despedir de casa; e se ela, saindo da sua casa, for e se casar com outro homem; e se este a aborrecer, e lhe lavar termo de divórcio, e lho der na Mão, e a despedir da sua casa ou se este último homem, que a tomou para si por mulher, vier a morrer, então, seu primeiro marido, que a despediu, não poderá tornar a desposá-la para que seja sua mulher, depois que foi contaminada, pois é abominação perante o Senhor” (DEUTERONÔMIO 24:1).

Como podemos ler na citação a sociedade hebraica, não tinha o sexo como pecado, ainda assim colocava a mulher em situação de inferioridade e com direitos muito abaixo dos homens. A fecundidade feminina era muito mais importante do que sua sexualidade

A Hélade, território dos antigos gregos, abrangia o sul dos Balcãs (Grécia Continental), a Península do Peloponeso (Grécia Peninsular) e as ilhas do Mar Egeu (Grécia Insular), além de colônias na costa da Ásia Menor e na região conhecida como Magna Grécia – a Sicília e o sul da Península Itálica. A civilização cretense floresceu entre 2000 e 1400 a.C., antes da chegada das tribos helênicas à região. No século XII a.C., a sociedade cretense foi subjugada pelos aqueus, tribos de origem hindu-européia que se estabeleceram em Micenas e em outras cidades da Grécia Continental. Sob a hegemonia de Micenas, os aqueus também conquistaram a cidade de Tróia, na Ásia Menor. Outros grupos aparentados aos aqueus, como os eólios e os jônios, também invadiram a Hélade até o século XII a.C., quando os dórios invadiram a região e provocaram o colapso da cultura micênica (MOTA & BRAICK, 2002).

Entre os séculos VIII e VI a.C., colônias gregas pontilharam a orla do Mediterrâneo e do Mar Negro, estendendo-se da Espanha ao Sul da Rússia. Aflorou nesta época um forte sentimento de identidade cultural entre os gregos graças à linguagem e à religião. Foi esse sentimento que levou os descendentes dos aqueus, eólios, jônios e dórios a se auto-designarem helênicos (*id, ibid.*).

Entre 650 e 510 a.C., com advento da tirania em algumas cidades, houve dissolução aristocracia tradicional, pois os tiranos (novos proprietários de terras e comerciantes enriquecidos) baseavam seus poderes em concessões à massa desprivilegiada dos habitantes urbanos. A partir de então, a democracia, contraditoriamente, iniciou seu processo de desenvolvimento. Apenas duas dessas

Cidades-Estado alcançaram maior extensão territorial: Esparta e Atenas, núcleos de origens diferentes e de visões do mundo diametralmente opostas. Sua unidade por um breve período, diante de um inimigo comum, daria aos helênicos suas mais belas vitórias. Seu antagonismo, no entanto apressaria a ruína da Grécia (*id. ibid.*).

A origem comum entre Babilônicos e Gregos nos povos hindu-europeus talvez justifique o reencontro de elementos da sociedade babilônica no amor grego. A sociedade é patriarcal. O casamento é monogâmico, ao menos em direito; pois aí também reencontramos uma prostituição sagrada. E finalmente, assim como na Babilônia, o homem pode manter relações com os dois sexos, desde que seja de homem adulto com rapazes (os paides). Importante destacar que os gregos não aceitavam claramente outras formas de homofilia, por exemplo, entre homens adultos e entre mulheres. Não há homossexualidade grega, no sentido que damos, para o homem o desejo sexual, desde que seja ativo, poderia voltar-se tanto para o sexo oposto como para seu próprio sexo (CATONNÉ, 2001). Na Grécia o conhecimento e o sexo se ligavam, na forma da pedagogia, pela transmissão corpo-a-corpo de um saber precioso; o sexo servia como suporte a iniciações do conhecimento; transmissão do saber de um homem adulto para um jovem. (FOUCAULT, 1988).

“Pode-se muito bem admitir a tese corrente de que os gregos dessa época aceitavam, muito mais facilmente que os cristãos da Idade Média ou que os europeus do período moderno, certos comportamentos sexuais; pode-se muito bem admitir igualmente que as faltas e as más condutas nesse campo suscitavam, então, menos escândalos, e expunham a menos retorsão, tanto mais que nenhuma instituição – pastoral ou médica – pretendia determinar o que, nessa ordem de coisas, é permitido ou proibido, normal ou anormal; pode-se também admitir que eles atribuíam, a todas essas questões, muito menos importância que nós” (FOUCAULT, 1984:36).

Para os gregos o ato sexual não era certamente percebido como um mal, não era objeto de nenhuma desqualificação ética. Porém os textos testemunham uma

inquietação que recai sobre essa atividade, que gira em torno em três focos: a própria forma do ato, o custo que ele provoca e a morte à qual está ligado. “Seria um erro ver no pensamento grego somente uma valorização positiva do ato sexual” (FOUCAULT, 1984). A questão da sexualidade para eles dizia respeito ao uso moderado, a ser modulado segundo o estado do corpo e as circunstâncias exteriores (*id, ibid.*).

Segundo Foucault, “Rufo de Éfeso traduz a opinião geral quando diz que a relação sexual é um ato natural e que, por conseguinte, não pode ser nociva em si mesma” (FOUCAULT, 1985).

No século VIII a.C., quando Roma foi fundada, a península era habitada por diversos povos. À exceção dos etruscos, todos esses povos falavam línguas de origem hindu-européia. Sabinos e Etruscos tiveram participação importante na formação do povo romano. Os etruscos habitaram a Etrúria, atual região italiana da Toscana, influenciaram o desenvolvimento da cultura romana. Os mais antigos cultos religiosos de Roma têm influência etrusca e o alfabeto grego chegou aos romanos por intermédio destes (MOTA & BRAICK, 2002).

A cultura romana tem, como podemos observar, influencia tanto dos povos hindu-europeus, que deram origem aos babilônicos e aos gregos, como diretamente dos gregos. Por isso a bissexualidade continua a reger as práticas da Roma antiga, ainda que com algumas variações. A homofilia muda de natureza, em Roma o parceiro além de passivo deve ser escravo, ao contrário da Grécia onde este era livre e recebia em troca aprendizagem do papel social e político (CATONNÉ, 2001)

A história de Roma costuma ser dividida em três grandes períodos: Monarquia, República e Império (MOTA & BRAICK, 2002). Do período republicano ao imperial, duas morais diferentes exercem sua influência: a primeira recomenda ao cidadão que se case. Casamento este que é tão fácil de fazer como de desfazer, e a mulher é

simplesmente um dos elementos que habitam a casa, juntamente com os filhos, os forros e os escravos. Atos errados da mulher levam à recriminação do homem por falta de firmeza como senhor, assim como os pais podem ser recriminados hoje pelos delitos cometidos por seus filhos (CATONNÉ, 2001).

Uma segunda moral se desenvolve no decorrer do século I de nossa era. Ela prescreve a quem quiser ser um homem de bem, só fazer amor com o objetivo único de procriação. O casamento passa a ser monogâmico, o casal está unido pelo sentimento, a esposa muda radicalmente de *status*: de doméstica ela passa ao círculo dos amigos, muito valorizado na cultura greco-romana (*id, ibid.*).

Para Marco Aurélio, o adultério masculino torna-se tão grave, quanto o da mulher. A ética sexual orienta para uma heterossexualidade de reprodução. Todavia cabe aqui diferencia-la, da moral cristã. Pois a recomendação de continência e a exortação ao domínio de si, fazem parte de um projeto racional. Ela permite viver, neste mundo, uma vida comedida, portanto feliz. Sua observância depende daqueles que assim o decide, não há imposição (*id, ibid.*).

A era cristã será marcada como veremos, por preconizar a extinção do desejo. Do século II ao IV, uma intensa reflexão monástica irá conduzir a uma privação dos sentidos, prescreve-se a abstinência, para as mulheres a virgindade ou a frigidez, aos homens a impotência. O cristianismo cria a idéia de um pecado original que seria sexual. (*id, ibid.*).

No entanto alguns textos bíblicos contrapõem-se a idéia de sexo como pecado original. Gênesis 1, versículo 27, transcrito anteriormente, diz que Deus criou o homem macho e fêmea, ou seja, sexuado e com sexualidade. Eclesiastes diz: “Goza a vida com a mulher que amas, todos os dias de vida da tua vaidade, os quais Deus te deu debaixo do sol, todos os dias da tua vaidade; porque esta é a tua porção nesta vida e do teu trabalho; que tu fizeste debaixo do sol” (ECLESIASTES 9:9).

Em Israel, como na Babilônia, o ato sexual, por si só, desde que não representasse ofensa a outrem, era um ato santo e enriquecedor (CATONNÉ, 2001).

Os conceitos morais cristãos na verdade, não saíram do nada, tem origem no pensamento dos filósofos e médicos gregos dos dois primeiros séculos de nossa era.

“Médicos inquietam-se com os efeitos da prática sexual, recomendam de bom grado a abstenção, e declaram preferir a virgindade ao uso dos prazeres. Filósofos condenam qualquer relação que poderia ocorrer fora do casamento, e prescrevem entre os esposos uma fidelidade rigorosa e sem exceção” (FOUCAULT, 1985).

Mas foi Agostinho quem associou definitivamente o pecado original à sexualidade, concepção que será generalizada no século XII (CATONNÉ, 2001) e que chegou até nossos dias. Quem nunca viu ou ouviu alguma coisa associando o sexo como pecado original e a maçã como fruto da árvore proibida, de onde veio o desejo sexual.

O século XIX é marcado por um respaldo médico as proibições estigmatizadas pela igreja, o onanismo ganha livro guia que desencadeou uma onda antimasturbatória. Além da masturbação, o coito interrompido, carícias buco-genitais e o coito anal, faziam parte do catálogo preparado pelos médicos. Com os novos dados médicos, a infração não é mais sancionada pela penitência, e sim pela doença (CATONNÉ, 2001).

O final do século XIX e o século XX marcaram profundas mudanças na sociedade como um todo e com reflexo na sexualidade. Em 1846, Devay opõe-se ao coito interrompido e denuncia as conseqüências da frustração sexual. Médicos anarquistas, no final do século XIX, militam pela união livre. A pílula anticoncepcional é colocada no mercado americano em 1960. Hoje na França, um casal em cada três vive em união livre, e uma criança em cada quatro nasce fora do casamento (*id, ibid.*).

A atualidade é colocada por Catonné (*ibid.*) como a troca da penitência tarifada de ontem para o gozo reivindicado de hoje. E como o sexo não escapa ao rendimento

ao culto produtivista; produzir muito a qualquer custo. A performance sexual pode se tornar uma obsessão, uma obrigação de resultados.

Como nos explica Foucault, duas rupturas marcam a história da sexualidade, nos mecanismos de repressão. Uma no decorrer do século XVII: “nascimento das grandes proibições, valorização exclusiva da sexualidade adulta e matrimonial, imperativos de decência, esquivas obrigatórias do corpo, contenção e pudores imperativos da linguagem” e a outra no século XX: “momento em que os mecanismos da repressão teriam começado a afrouxar; passar-se-ia das interdições sexuais imperiosas a uma relativa tolerância a propósito das relações pré-nupciais ou extramatrimoniais; a desqualificação dos perversos teria sido atenuada e, sua condenação pela lei, extinta em parte; ter-se-iam eliminado, em grande parte, os tabus que pesavam sobre a sexualidade das crianças” (FOUCAULT, 1988).

Vivemos em um tempo marcado, no campo da sexualidade, pela reflexão sobre o “normal”, o “diferente” e o “excêntrico”; como diz a Profa. Guacira Lopes Louro (1998): “hoje são poucos os que se atrevem a negar que a instabilidade e a transitoriedade se transformam em “marcas” do nosso tempo”. Para ela, educadores e educadoras, “precisam saber como se produzem os discursos que instituem diferenças, quais os efeitos que os discursos exercem, quem é marcado como diferente, como currículos e outras instâncias pedagógicas representam os sujeitos, que possibilidades, destinos e restrições a sociedade lhes atribui”.

Por isso, para o futuro há a concordância com Catonné (2001), na busca de uma ética e uma moral voltadas para se viver uma sexualidade livre e responsável.

## 2.4 DST – HPV: a educação para prevenção

### 2.4.1 Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)

“São doenças que se transmitem de pessoa para pessoa através da relação sexual, do contato íntimo entre os genitais” (PASSOS *et al*, 2001).

Estas doenças causadas por vários tipos de agentes (vírus, fungos, protozoários e bactérias) cuja transmissão se dá principalmente, por contato sexual sem o uso de preservativo masculino ou feminino, com uma pessoa que esteja infectada. Uma das principais preocupações relacionadas às DST, hoje, é o fato de facilitarem a transmissão sexual do HIV (BRASIL, 2007; FEBRASGO, 2000).

As DST acometem a humanidade há milênios, em Levítico, no Antigo Testamento, são dadas orientações em relação a homens com fluxo, que sugere gonorréia. Lesões ósseas causadas pela sífilis foram encontradas em múmias egípcias de mais de 3000 anos. O problema é antigo e grave, a ponto de admitir-se que a gonorréia é a doença infecciosa que mais acomete a humanidade depois da gripe, por isso as DST são consideradas problemas de saúde pública (PASSOS *et al*, 2001).

Trezentos e trinta milhões de casos em todo mundo é a estimativa da incidência de DST curáveis (não incluindo Aids e as outras DST virais). Vinte e oito milhões para Sífilis, vinte e três milhões para a Gonorréia, oitenta e cinco milhões para a Clamídia e cento e treze milhões para a Tricomoníase. E as justificativas para a incidência dessas doenças continuarem alta são entre outras: ausência de um trabalho educativo permanente (educação para saúde sexual); automedicação; multiplicidade de parceiros; uso de anticoncepção sem orientação médica (que pode levar as pessoas a incrementarem sua atividade sexual sem pagar o preço de uma gravidez não desejada);

dificuldade de investigar parceiros; aparecimento de germes resistentes aos antibióticos (principalmente o gonococo) e a facilidade de locomoção de um lugar para outro (com a globalização em menos de um mês, um indivíduo pode disseminar uma doença por todo o mundo) (PASSOS, *et al*, 2001).

A baixa condição socioeconômica e cultural, a desinformação sobre sexualidade, o despreparo dos profissionais de saúde e educação e as péssimas atuações dos serviços públicos, são fatores que se destacam para elevar cada vez mais os índices de DST. Dentre eles, a desinformação influi decisivamente, o que pode ser constatado pela frequência de casos de doenças sexualmente transmissíveis em indivíduos jovens de níveis socioeconômicos elevados (*id, ibid*).

Em trabalho realizado com homens da área rural de município da zona da mata pernambucana, Maria de Fátima Alvez (2003), verificou que mais da metade dos homens tiveram sua primeira relação sexual no cabaré, os demais, à exceção de um deles, virgem, viveram a primeira experiência sexual com alguma mulher ou “menina” da localidade ou das circunvizinhanças e que tinham entre 14 e 16 anos, na época. Todos os homens disseram conhecer o preservativo, identificado principalmente como método preventivo contra DST e AIDS, porém o uso nem sempre se estabelece. Um dos homens revelou que no cabaré que frequenta a dona exige o uso da camisinha, mas em particular as mulheres não mantêm a exigência. Cinco homens declararam nunca ter usado o preservativo. O que mostram falhas nas campanhas de prevenção, que parecem não ter impacto significativo sobre estes homens, talvez pela falta de conhecimento do universo cultural deles, ou por não utilizar uma linguagem que os coloque a par do que é a epidemia. Este trabalho também apresenta análise de diferentes grupos que pode trazer substanciais contribuições ao planejamento e implementação de programas de prevenção de DST/AIDS.

Além de valorizar o trabalho educativo, que deve ser multidisciplinar e a nível municipal, deve-se estruturar a rede de saúde e educação, a fim de atender à demanda criada pela divulgação do tema: DST. Destacando o envolvimento de equipes de educação e saúde, além de toda comunidade, que deve ser chamada a participar, inclusive criando-se espaço para que a família discuta o problema. Em países como o nosso, onde os recursos financeiros são restritos, a solução não está na implementação de técnicas avançadas, mas, sim, na medicina preventiva, ou seja, educação em saúde (PASSOS, *et al*, 2001).

O momento atual mostra ser necessário um apelo cada vez maior à educação em saúde. Antes de pensar em tratamentos sofisticados e muitas vezes caros: antibióticos, quimioterápicos e vacinas; é necessário um trabalho educativo bem estruturado, não só em relação a AIDS, mas para todas as DST. Principalmente aquelas com potencial para induzir a malignidade, como é o caso do papilomavírus humano (HPV), Hepatite B e Hepatite C e aquelas com complicações importantes como as infecções pela *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* que podem levar a infertilidade o que trás sérios problemas para o emocional feminino (*id, ibid.*).

Levando-se em consideração que as DST podem causar problemas psicossociais, influenciando no humor e na emoção das pessoas, deve-se através dos processos de educação em saúde sexual, estimular o diálogo e não acusação do parceiro, pois é possível possuir uma doença sem saber de sua existência; também se deve desestimular a automedicação, que pode trazer prejuízos importantes e comprometer a saúde de forma irreversível, como no caso da infertilidade feminina, provocada pela *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* (*id, ibid.*).

A educação, juntamente com a identificação precoce e o tratamento adequado das infecções, pode diminuir a transmissão e aumentar a sobrevida dos pacientes.

Assim, o médico deve estar consciente do seu papel na identificação dos pacientes portadores do HIV e com AIDS, devendo saber orienta-los e trata-los, estando consciente dos complexos aspectos médicos, reprodutivos, psicossociais e éticos desta população (FEBRASGO, 2000).

Importante destacar que para as DST, a prevenção, através da educação em saúde sexual, é fundamental, pois divulga e estimula o sexo seguro e o sexo protegido. Na condilomatose, doença causada pelo HPV, por exemplo, a camisinha, condon, não dá 100% de proteção e boa parte da população não o sabe.

“Sexo seguro é ter relações sexuais sem acontecer trocas de secreções (masculina e feminina). Ocorre com carícias e masturbação. Sexo protegido é aquele no qual é diminuída a probabilidade de haver troca de secreções, como ocorre com uso da camisinha masculina e/ou feminina” (PASSOS *et al*, 2001:71).

#### 2.4.2 Papilomavírus Humano (HPV) – Condilomatose

O problema e gravidade do HPV estão relacionados com a grande incidência na população sexualmente ativa e sua relação com Câncer. Principalmente o do colo uterino. Cinquenta por cento da população sexualmente ativa em algum momento da vida cruza com o Papilomavírus Humano (HPV). Aproximadamente trinta milhões de pessoas, em todo mundo, apresentam verruga genital, condiloma acuminado. Dez milhões de mulheres apresentam lesões intra-epiteliais de alto grau em colo uterino, que se não tratadas evoluirão para o câncer, sendo esta neoplasia maligna a segunda mais comum em mulheres no mundo, com quinhentos mil casos novos anualmente. Sabendo-se ainda que onze por cento de todos os casos de cânceres em mulheres são induzidos por HPV. Percebe-se que o problema é grave e grande (PASSOS, 2006).

Ao se falar em saúde da mulher, verifica-se que a principal causa de morte no Brasil são as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias, entre as quais o câncer de mama é o primeiro e o câncer de colo uterino, ocupando o terceiro lugar; com exceção das regiões norte e centro-oeste onde o câncer de colo uterino ocupa o primeiro lugar entre as neoplasias. Como o câncer de colo uterino está fortemente associado à atividade sexual, mais especificamente, ao número de parceiros e à idade da primeira relação sexual. Há fortes evidências de que agentes infecciosos sexualmente transmissíveis estão envolvidos na etiologia deste câncer, em particular o HPV. As diferenças de incidência do câncer do colo uterino encontradas nos países da América Latina, maiores, quando comparadas às encontradas nos países europeus e da América do Norte, mostram que o grau de desenvolvimento econômico da população e a oferta de serviços de saúde eficientes, também influenciam nas incidências. A eficiência aqui é marcada quando se verifica que a cidade do Rio de Janeiro e adjacências onde se concentram a maior parte de serviços de saúde do estado, há taxas de mortalidade por câncer do colo uterino similares a mulheres que moram no interior do estado. (MENDONÇA, 1993).

Ressaltando a importância dos aspectos socioeconômicos para câncer do colo uterino e a estreita relação deste com a DST-HPV, Guedes e colaboradores, em análise epidemiológica em atendimento terciário no Ceará, verificaram que a maior parte das pacientes constitui-se por mulheres analfabetas ou com ensino fundamental incompleto (baixa escolaridade), domésticas e casadas. Em relação às casadas verificou-se que elas acreditam ter certo grau de imunidade comparada com as solteiras, no que se refere às doenças sexualmente transmissíveis, o que não é uma verdade absoluta, por não ser o casamento, um obstáculo para a multiplicidade de parceiros, inclusive esta multiplicidade pode ter ocorrido antes mesmo do casamento. Além de que parceiros com relações extraconjugais múltiplas também aumentam as chances de esta mulher

adquirir uma DST. Concluído que o fato relevante para o câncer do colo uterino é o número de parceiros sexuais dessas mulheres, fato que as tornam mais predispostas às doenças sexualmente transmissíveis, independentes de terem vida conjugal ou de permanecerem solteiras (GUEDES, *et al*, 2005).

Outra relação importante é HIV *versus* HPV. Vários estudos mostram um aumento de dez vezes na frequência de esfregaços de Papanicolaou alterados em mulheres que sejam positivas para o HIV. Das pacientes HIV positivas com cito patológico alterado 97% apresentavam evidência de infecção pelo papilomavírus (FEBRASGO, 2000).

Os diversos fatores de risco para o câncer de colo uterino, como: atividade sexual, mais especificamente número de parceiros e idade da primeira relação sexual, grau de desenvolvimento econômico da população, oferta de serviços de saúde, uso de contraceptivos orais e fumo (MENDONÇA, 1993); também são predisponentes às DST.

Posturas alarmistas e catastróficas não contribuem positivamente para melhorar os problemas psicossociais que advém com esta patologia. O HPV tem evolução tipicamente benigna, sendo a evolução para malignização episódio raro, no entanto, esse raro se dá com grande frequência em pessoas infectadas. Não adianta apavorar as pessoas dizendo que o HPV não tem cura e causa câncer, já que com os conhecimentos epidemiológicos e de biologia molecular que se tem hoje, essas afirmações não são verdades absolutas (PASSOS, 2006).

Não podemos esquecer que o HPV é uma DST e, a infecção por este vírus, muitas vezes leva a efeitos colaterais, que envolvem mais do que questões de diagnóstico e tratamento, podendo ser financeiros ou físicos; ou mais além, gerando impactos emocionais que podem exteriorizar-se anos após (IDEM).

Segundo Passos (2006), as seqüelas psíquicas, de pessoas com diagnóstico típico, suspeitos ou errados de HPV, podem ser mais severas do que a trajetória da doença para malignização. Por exemplo: agressão física ao parceiro, tentativa de homicídio do imaginário parceiro infectante, tentativa de suicídio, aversão às práticas sexuais, inadequação sexual (impotência sexual, anorgasmia, diminuição de libido...), repúdio à área sexual, ofensas verbais ao parceiro, sensação de traição, sensação de culpa, separação.

Esclarecendo melhor sobre a doença, enfatizada neste trabalho, é importante saber que o Condiloma acuminado é uma lesão na região genital, causada pelo Papilomavirus Humano (HPV). A doença é também conhecida como crista de galo, figueira ou cavalo de crista (BRASIL, 2007). Embora seja comum usar a parte pelo todo; citar o vírus como a doença, é bom fixar que a doença é a condilomatose e o agente causador é o HPV.

A infecção subclínica, condiloma plano, dos genitais masculinos e femininos é a mais freqüente. Na forma clínica as lesões podem ser únicas ou múltiplas (verrugas com aspecto de couve - flor (BRASIL, 2007)), localizadas ou difusas e de tamanho variável. No homem: glândula, sulco bálano-prepucial e região perianal. Na mulher: vulva, períneo, região perianal, vagina e colo uterino (BRASIL, 1997).

A transmissão é feita pelo contato direto com a pele contaminada, mesmo quando essa não apresenta lesões visíveis. Também pode ser transmitida durante sexo oral. Há ainda, a possibilidade de contaminação por meio de objetos como toalhas, roupas íntimas, vasos sanitários ou banheiras (BRASIL, 2007). O risco da infecção nasofaríngea no feto é tão baixa que não se justifica a indicação eletiva de parto Cesáreo (BRASIL, 1997).

Não existe forma de prevenção 100% segura. Calcula-se que o uso da camisinha consiga barrar entre 70% e 80% das transmissões, e sua efetividade não é maior porque o vírus pode estar alojado em outro local, não necessariamente no pênis, mas também na pele da região pubiana, períneo e ânus (BRASIL, 2007).

O HPV é um vírus DNA pertencente ao papovavírus. O período de incubação é extremamente variável, indo desde três semanas até cerca de oito meses e depende da imunocompetência do indivíduo (MENDONÇA, 2005). Em alguns casos, o período de latência pode chegar a anos ou indefinidamente. Dos vários sorotipos existentes, mais de 100, podemos destacar: 6 e 11 por levarem ao condiloma acuminado e, 16 e 18 pelo potencial oncogênico (VERAS *et al*, 2006). Importante também relatar que a contaminação pelo HPV aumenta a seis vezes o risco de transmissão sexual pelo HIV (ALVES *et al*, 2005).

Fatores como múltiplos parceiros sexuais, idade, início precoce da atividade sexual, fumo e uso de anticoncepcional oral (ACO) têm sido relacionados com a maior incidência de infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) (MURTA *et al*, 1999; MEDEIROS *et al*, 2005). Entretanto a relação entre fumo e infecção por HPV é controversa, acreditam alguns autores que o tabagismo é fortemente associado ao risco de infecção por HPV, devido à correlação entre hábito de fumar e comportamento sexual, ou seja, dentre as fumantes se encontraria um maior contingente de mulheres com maior liberalidade sexual (NORONHA *et al*, 2005).

Conhecendo-se a estreita relação do câncer (Ca) de colo uterino e o HPV, Bezerra e colaboradores realizaram trabalho para estabelecer perfil de mulheres portadoras de lesões cervicais e fatores de risco para câncer de colo uterino, em centro de saúde da cidade de Fortaleza-CE e relatam que a idade média observada para lesões cervicais por HPV foi de 30 anos. Havendo predominância da faixa etária entre 18 a 38, sendo a maior incidência do Ca de colo uterino, entre mulheres com idade de 40 a 60 anos, com menos frequência antes dos 30 anos, isso se devendo ao longo período da evolução da infecção inicial pelo HPV, que ocorre no início das atividades sexuais, na adolescência ou até por volta dos 20 anos, até o aparecimento do câncer (BEZERRA *et al*, 2005).

A avaliação inicial para HPV em pacientes sem lesões clínicas, inicia-se em nosso meio pelo teste de Papanicolaou (colpocitologia oncológica), o chamado preventivo, que apesar das limitações com relação à sensibilidade, tem sido, até o momento, o método de eleição para grandes populações. A colposcopia e o estudo histopatológico de biópsias dirigidas são as condutas preconizadas para a confirmação diagnóstica, podendo-se, ainda, utilizar-se o teste de Captura Híbrida quando se encontram alterações citológicas de significado indeterminado (DÔRES *et al*, 2005). Marcadores imunistoquímicos de lesões precursoras do Ca de colo uterino associadas ao HPV, como a proteína de supressão tumoral p16 começam a ser estudadas no auxílio ao diagnóstico de lesões intra-epiteliais de alto grau, de lesões de menor grau com importantes alterações reativas e provável identificação de lesões com maior potencial evolutivo para a invasão (ELEUTÉRIO JUNIOR *et al*, 2006).

Dentre os vários tratamentos utilizados, para HPV, cita-se o emprego de substâncias cáusticas (podofilina e ácido tricloroacético), quimioterápicos (5-fluoracil e ácido metacresolsulfônico), coagulação (crio, diatermo, eletro), laserterapia, imunoterapia (interferon), imunomodulador (imiquimod) e o cirúrgico (excerese das lesões) (ISOLAN *et al*, 2004).

Com relação a vacinas, em 8 de junho de 2006 a agência norte-americana FDA (Food and Drugs Administration) deu parecer favorável ao pedido de liberação da vacina quadrivalente (contra HPV 6, 11, 16 e 18) feita pela (Merk Sharp & Dohme) MSD, para aplicação em pessoas do sexo feminino na faixa etária de 9 a 26 anos. Além desta já aprovada também existe a vacina bivalente (contra HPV 16 e 18) da Glaxo Smith Kline (GSK), Instituto Nacional do Câncer (Estados Unidos) e Instituto Butantan (Brasil). O órgão brasileiro similar ao FDA, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) em 28/08/2006 aprovou a vacina quadrivalente da MSD para uso

em meninas e mulheres com 9 a 26 anos de idade. Não há necessidade de nenhum exame prévio antes da utilização da vacina para adolescentes ou mulheres sem atividade sexual e que decidam fazer uso da vacina contra HPV. Por enquanto as vacinas não estão disponíveis para o sexo masculino (PASSOS, 2006).

A vacina é produzida a partir de parte do DNA viral que codifica o capsídeo e usando-se um fungo ou células de inseto, obtém-se apenas o capsídeo viral, que induz fortemente a produção de anticorpos quando administrada em humanos. O capsídeo viral, chamada de partícula semelhante a vírus (em inglês, vírus like particle – VLP) é um pseudo-vírus, sendo que cada tipo viral tem a correspondente VLP para uso como vacina; assim, a vacina quadrivalente tem quatro VLP (6, 11, 16 e 18) (*id, ibid*).

Até a presente data não existe qualquer relato de teratogenicidade no curso de esquema vacinal contra HPV. Porém deve-se evitar vacinação contra HPV em mulheres grávidas, pelo menos até que tudo fique bem documentado. Ou seja, a confirmação da segurança para gestantes, pode levar anos (*id, ibid*).

Ao contrário de outras vacinas como, por exemplo, a vacina para hepatite B, não existe testes sorológicos disponíveis no mercado, para uso de rotina na prática médica que confirmem a imunidade adquirida pós vacinação (*id, ibid*).

Destaca-se aqui que embora exista tratamento para os condilomas acuminados e para as lesões pré-malignas no colo uterino, além de vacina para os sorotipos 6, 11, 16 e 18, ainda com preço proibitivo para boa parcela de nossa população, em torno de US\$ 120,00 cada dose, num total de 3 doses e, que os condilomas acuminados não são e não se transformam em doença maligna; porém os condilomas geram, por vezes: altos custos para tratamento, falta ao trabalho (absenteísmo), recidivas (que aumentam os custos e o absenteísmo), seqüelas locais (por conta de cirurgias, cauterizações) e importantes traumas emocionais. Por isso prevenção através da educação em saúde, ainda é o melhor investimento.

### 3. MÉTODOS, TÉCNICAS, RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi realizado estudo, preliminar, descritivo transversal de campo por observação direta extensiva (TURATO, 2003). O público-alvo desta pesquisa foi composto por adolescentes e jovens, estudantes do 3º ano do Ensino Médio, turno vespertino e noturno, todas as turmas desta série, quatro turmas no vespertino e seis no noturno, de um Colégio Estadual no Município de São Gonçalo-RJ.

O pesquisador apresentava a pesquisa e convidava aos alunos a participarem, esclarecendo ao grupo, em linguagem acessível, que os princípios da autonomia, beneficência e não-maleficência, seriam garantidos a todos os participantes. Para aqueles que aceitaram participar foi fornecido documento de “Consentimento Pós-Informado”, modelo em anexo, com duas vias, para que lessem e assinassem, ele ou o responsável, quando se tratando de menores de 18 anos. Nenhum dos alunos acusou ter menos de 16 anos, se houvesse, seriam excluídos da pesquisa. Após devolução dos documentos assinados, uma via assinada pelo pesquisador e uma testemunha, foi devolvida aos participantes.

Questionário estruturado, constituído de perguntas objetivas, de múltipla escolha, referentes ao perfil sócio-econômico, comportamento sexual e o grau de informação sobre DST – HPV foi aplicado em primeira fase, com participação de 163 alunos. Com base nos resultados, em data posterior, foi feita aula-palestra com conhecimentos referentes à temática. A seguir, outro questionário, com o mesmo conteúdo, foi repassado para os alunos e seus dados coletados; nesta segunda fase somente 123 responderam as questões. Quarenta alunos deixaram de participar da segunda fase, sem que fosse cobrado deles nenhuma justificativa, já que o termo de consentimento informado dava-lhes este direito. Dos 123 alunos que responderam na segunda fase, 24 (19,5%) não assistiram à palestra, faltaram no dia da apresentação.

O projeto para esta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Neurologia Deolindo Couto (INDC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), protocolo no. 006\07.

A pesquisa estendeu-se no período de três de março de 2008 a três de junho deste mesmo ano, data em que foi feita palestra sobre o tema DST, para todos os professores e funcionários da escola, como fechamento momentâneo do projeto.

Foi feita, como fonte de pesquisa e informação, cartilha construída a partir das palestras proferidas para os alunos e também a realizada para professores e funcionários, com o tema DST.

Constituindo a orientação sexual e as DST, temas transversais propostos nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) e, um dos objetivos estabelecidos por estes ser a implementação de políticas públicas voltadas para prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 1998); espera-se, com a palestra e a cartilha feita e disponibilizada com alguns exemplares na biblioteca da escola, tornar os professores e, por que não, os demais funcionários, envolvidos na atividade pedagógica, multiplicadores de conteúdos confiáveis sobre DST.

A escola escolhida para pesquisa foi o Colégio Estadual Dr. Adino Xavier, localizado em São Gonçalo, município da região metropolitana do Rio de Janeiro, há 20 quilômetros da capital, tendo a terceira maior população do Estado do Rio de Janeiro, com 889 828 habitantes segundo dados do IBGE (2000).

Este município tem 251 quilômetros quadrados, fazendo limites com Itaboraí, Maricá, Niterói e Baía da Guanabara. Possui quatro escolas de Ensino superior (três particulares e uma pública), 253 escolas de ensino fundamental, 56 escolas de ensino médio, entre elas o Colégio Estadual Dr. Adino Xavier, e 123 escolas de ensino infantil. A rede de saúde possui dois Hospitais públicos (um estadual e um municipal),

dezenove Hospitais Particulares, dois prontos socorros (ambos municipais), dois centros de saúde e trinta e um postos de saúde ([www.saogoncalo.rj.gov.br](http://www.saogoncalo.rj.gov.br), 2008).

Como a maior parte dos municípios brasileiros, São Gonçalo carece de ambientes informais de ensino, que possam suprir de alguma forma as necessidades de informação e cultura para população, principalmente para a faixa etária, objeto deste estudo. São Gonçalo não possui um teatro com atividades regulares, encontrei em minha procura apenas duas salas com esse fim, ambas em escolas privadas, uma no Colégio João Caetano e outra no ICBEU que em alguns momentos apresentam peças, filmes ou outra atividade cultural, geralmente ligada a seu programa educacional. Cinemas apenas um conjunto de salas no único grande Shopping. O SESC mantém um Centro Cultural-Esportivo. E a prefeitura mantém um centro cultural ligado a Secretaria de Educação. Por isso como educador reforço a necessidade de a escola, não só nesse município, mas em todo país, assumir a responsabilidade de trazer informação e cultura. Pois em um país de característica continental como o nosso, essa talvez seja a única solução, para levar cultura e informação para nossos jovens.

Na análise dos dados obtidos, e por comparação entre as duas ferramentas, pôde-se observar mudança significativa entre o percentual de acerto em algumas perguntas, reforçando o papel da educação como ferramenta importante na prevenção das DST.

Os dados obtidos neste trabalho relacionam os temas educação de jovens, prevenção, DST, HPV, e mostram como eles se vêm frente a esta patologia.

### **3.1 Representações dos dados coletados**

Foram entrevistados, primeiramente 163 alunos, no universo de 355, ou seja, 46% dos alunos matriculados das 10 turmas de terceiro ano do colégio.

A média de idade dos entrevistados foi de 19,93 anos. Com 75% apresentando idades entre 16 e 19 anos. Dado importante já que a literatura mostra que a maioria dos casos de DST em adolescentes e adultos jovens, ocorre entre 15 e 34 anos (FREITAS, 1997) e a Condilomatose, doença causada pelo Papilomavírus humano (HPV), tem a maior prevalência entre 20 e 24 anos (ELFGREN *et al*, 2005). Em trabalho citado anteriormente realizado com homens rurais da zona da mata pernambucana, verificou-se que a média de idade da primeira relação sexual era entre 14 e 16 anos (ALVES, 2003). Tudo isso reforça a importância de projetos educacionais, educação em saúde, com os temas DST, sexualidade, anti-concepção, com esta série do ensino médio.

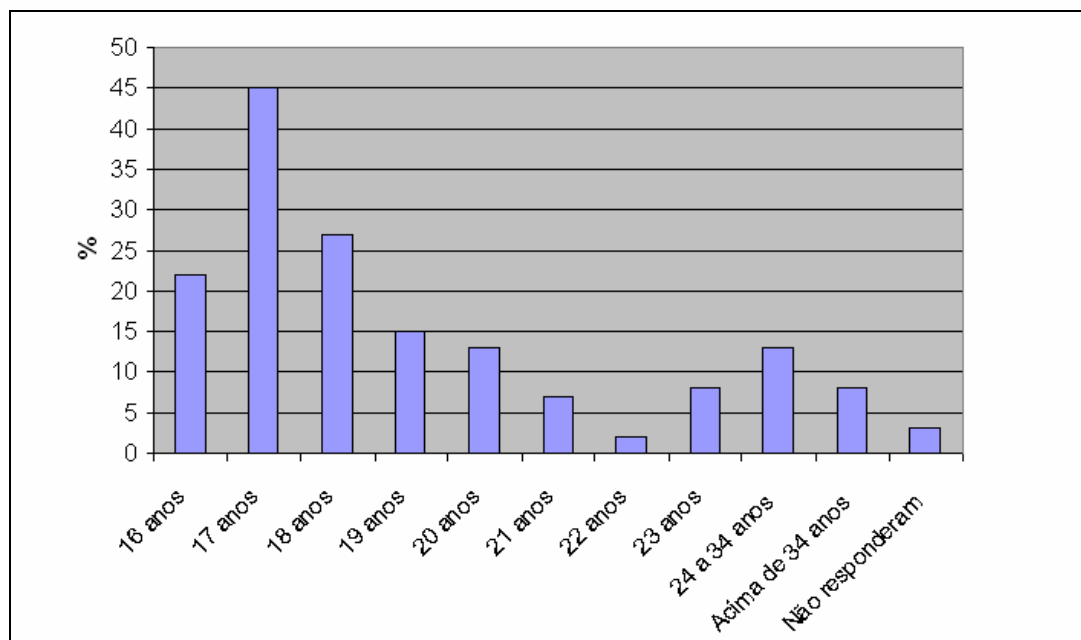


Gráfico 1: Distribuição por idade dos alunos pesquisados.

A distribuição por sexo foi de maioria feminina: 62% feminino e 36% masculino, sendo a relação mulher-homem 1,76:1. Não era objetivo do trabalho, estabelecer questões de gênero, nem opção sexual; porém 2% dos entrevistados não responderam a essa questão, talvez por acharem que não se enquadravam nas duas

opções do questionário, masculino ou feminino. Destaca-se aqui a importância do grupo escolhido para a pesquisa, em relação a projetos educacionais, pois as mulheres, maioria no grupo estudado, são mais suscetíveis as DST-HPV e desenvolvem complicações com maior facilidade e frequência do que os homens; a morbidade das DST-HPV é maior nas mulheres e, recém-nascidos ou lactentes de mães contaminadas estão no grupo de risco para DST (FREITAS, 1997). Estudo realizado pelo programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, em seis capitais brasileiras, mostrou uma prevalência de 40,4% para HPV entre as gestantes (BRASIL, 2008).

Com relação ao estado civil, 86% se declararam solteiros, embora apenas 76% morarem com os pais e 66% já terem iniciado vida sexual. O fato de se declararem solteiros e já ter iniciado vida sexual, pode caracterizar uma maior liberdade sexual e maior probabilidade de mudança de parceiros; o que é o principal fator de risco para aquisição da infecção por HPV (ELFGREN, 2005). Neste mesmo contexto chama atenção o fato de 45 % dos pais não morarem juntos. O que mostra famílias cada vez mais instáveis e a maior troca de parceiros; um reflexo da moral sexual vigente, que se tornou menos restritiva ao longo dos últimos trinta ou quarenta anos, pelo menos nas camadas urbanas (CAMARGO JR., 2003).

TABELA 1: Aspectos sócio-econômico-educacionais.

	SIM (%)	NÃO (%)
Mora com os pais	76	23
Pais moram juntos	53	45
Orientação sexual, pais.	62	37
Iniciou vida sexual	66	33
Usam Internet p/ dúvidas	58	40
Visita médica periódica	39	57
Tiveram DST (1º. Quest.)	5	91

Importante destacar que a idéia de ser casado, dê teoricamente uma idéia de imunidade em relação às DST, não se constitui uma verdade absoluta, por não ser o casamento, um obstáculo à multiplicidade de parceiros. O fator relevante para DST em geral e o câncer de colo uterino nas mulheres é o número de parceiros sexuais (GUEDES *et al*, 2005).

Com relação a consultas médicas a de se destacar que são importantes e devem ser estimuladas. Nesta pesquisa verificou-se uma freqüência de 39% de consultas regulares ao especialista, sabendo que 62% dos entrevistados são do sexo feminino e que 66% relataram ter iniciado vida sexual, induz-nos a refletir sobre a baixa cobertura do exame colpocitológico, Papanicolaou, que apesar das limitações com relação à sensibilidade, tem sido, até o momento, o método de eleição para grandes populações (DÔRES *et al*, 2005). Além disso, o não comparecimento a consultas de rotina aos especialistas não possibilita a estes, exercerem sua tarefa de transmissão de conhecimentos e orientações (L'ABBATE, 1994), tão importantes para promoção de saúde.

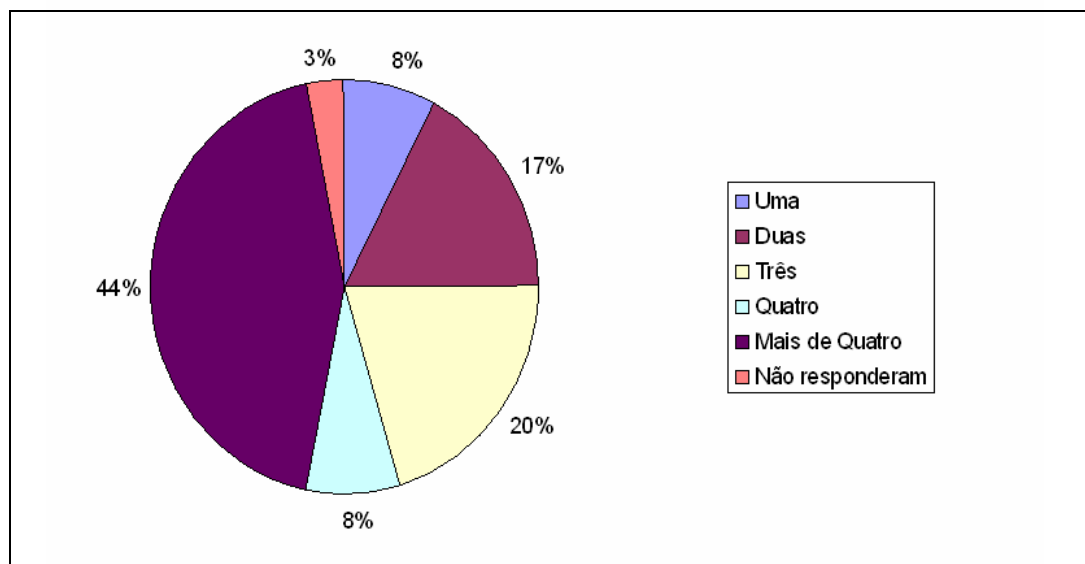


Gráfico 2: Número de consultas realizadas com médicos especialistas.

São Gonçalo tem cinco distritos. O Colégio Estadual Dr. Adino Xavier onde foi realizada a pesquisa fica no 1º. Distrito (centro) e 56% dos alunos entrevistados moram neste. Caracterizando que o fator proximidade da escola é importante na escolha do local onde estudar, para esta faixa social. E por isso, por estar inserida na comunidade, há a necessidade deste ambiente formal de ensino, a escola, aproximar-se e influenciar positivamente a comunidade onde esta inserida.

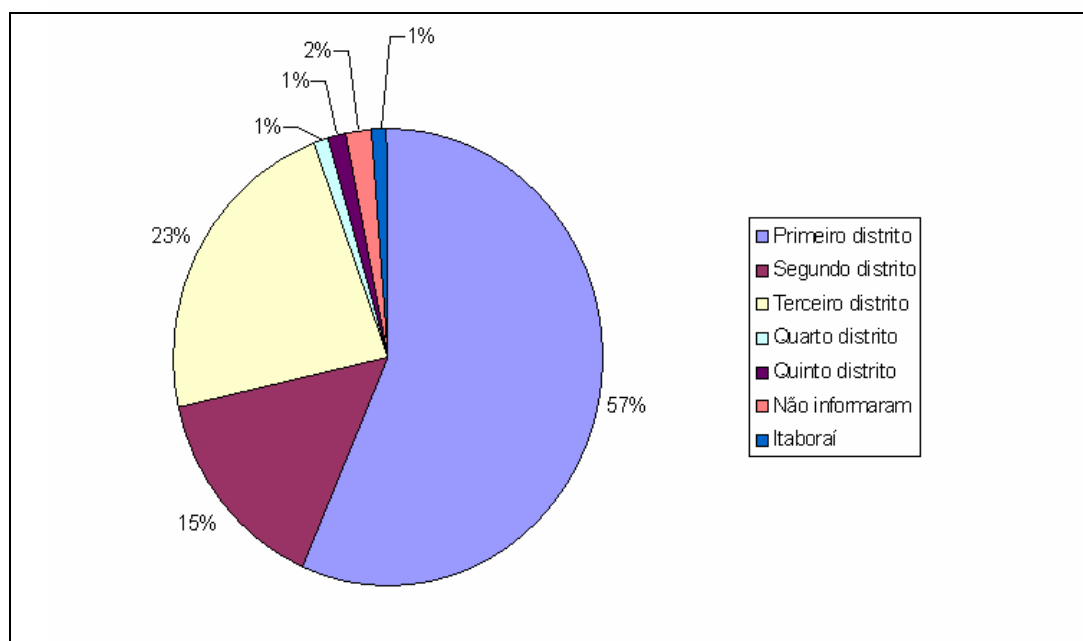


Gráfico 3: Residência por distrito.

A escolaridade dos pais mostra que tanto progenitor quanto a genitora apresentam baixo índice de instrução; 44% dos homens e 54% das mulheres com 1º. Grau incompleto e só 16% dos homens contra 13% das mulheres com nível superior. Fato de grande importância, visto a estreita relação das DST-HPV e aspectos sócio-econômicos, principalmente instrução, pois a maior parte dos pacientes com doenças sexualmente transmissíveis são de baixa escolaridade, analfabetos ou com ensino fundamental incompleto (GUEDES *et al*, 2005). Quando comparou alunos do

ensino médio de escola pública com escola privada, Conti verificou que embora demonstrassem maior conhecimento sobre DST, os alunos da Escola Privada, ainda tinham níveis de informação abaixo do desejável, mostrando a preponderância da educação sobre demais aspectos sócio-econômico (CONTI *et al*, 2006). Além de que pais com baixo grau de instrução, provavelmente, terão maior dificuldade para orientar seus filhos, com relação ao tema DST-HPV.

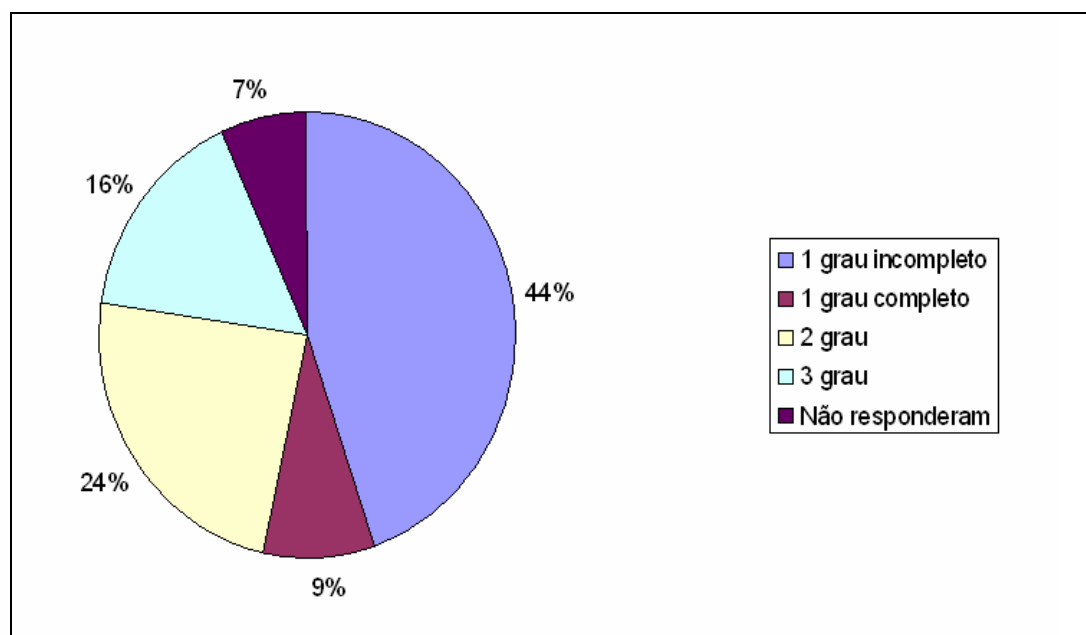


Gráfico 4: Nível de instrução dos progenitores

A questão de gênero aparece aqui no nível de instrução, quando se verifica que as mulheres (genitoras) ainda apresentam menor grau de instrução que os homens (progenitores), 54% delas só possuem o 1º. Grau incompleto, contra 44% deles. Com relação ao nível superior 13% delas com este nível de instrução, contra 16% deles. Mostrando estes dados que as mulheres estão mais expostas às DST, devido a falta de informações do que os homens. Levando-se em consideração que as mulheres são mais suscetíveis às DST e desenvolvem complicações com maior facilidade e frequência do que os homens (FREITAS, 1997), há de se investir mais tempo e recursos para dirimir estas diferenças.

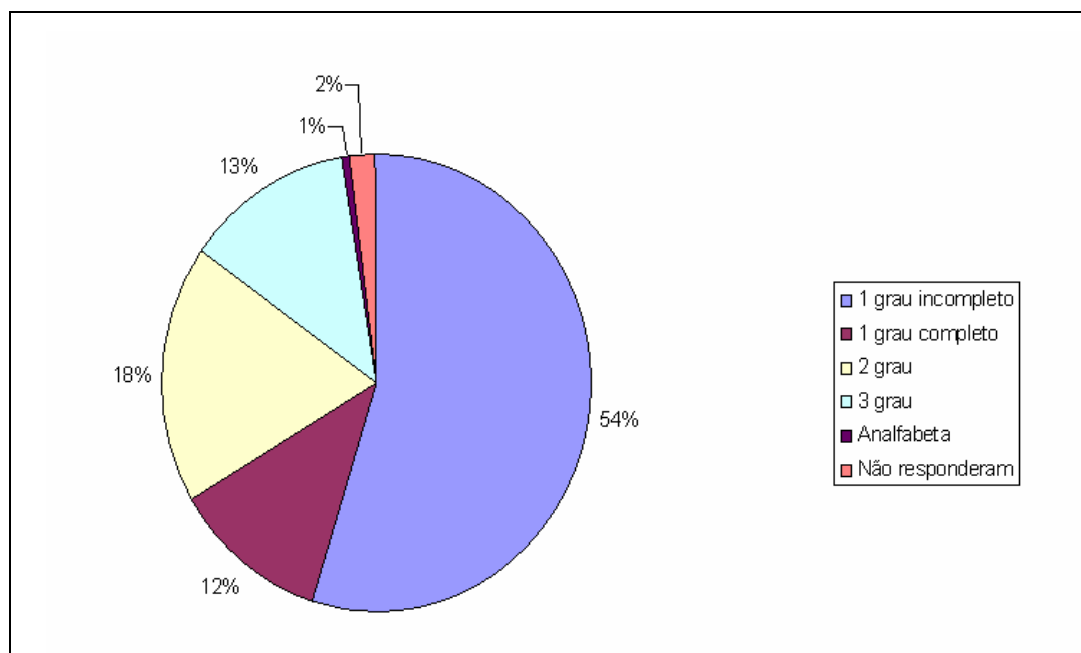


Gráfico 5: Nível de instrução das genitoras.

Quanto à renda familiar (51%) afirmaram ter entre dois a três salários-mínimos; sendo esse outro aspecto sócio econômico importante, já que em trabalho citado acima, Guedes e colaboradores, verificaram que a maior parte das mulheres com HPV eram domesticas, demonstrando a relação entre renda, instrução e infecção por HPV (GUEDES *et al*, 2005).

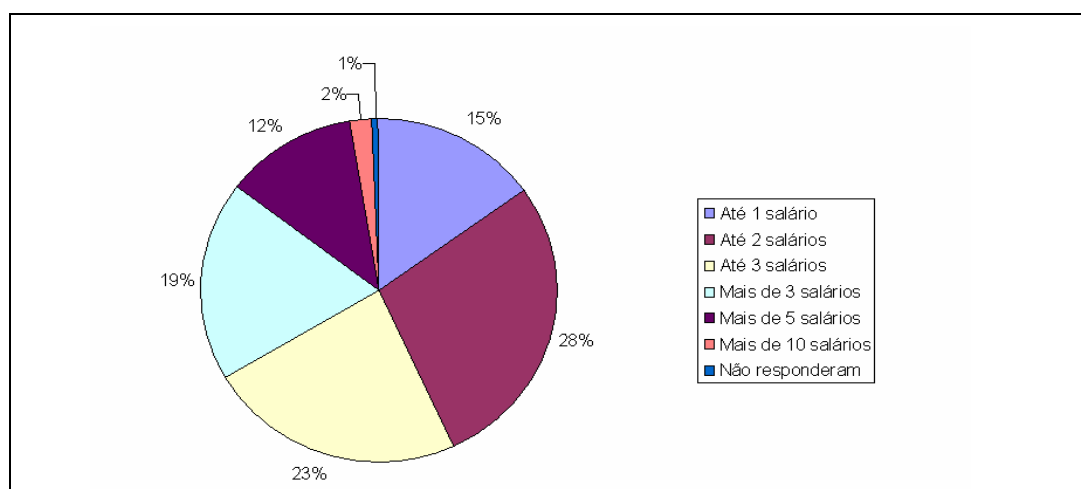


Gráfico 6 : Renda familiar.

Pode-se constatar que o tamanho das famílias vem diminuindo, porém, não sendo este fator importante para melhorar o nível sócio econômico no Brasil. Dos alunos entrevistados, 60% relataram ter um ou dois irmãos. Confirmando dados mostrando que na década de 80 a fertilidade no país (1,9) caiu a um terço em relação à década de 70 (5,8), entretanto o índice de Gini, que mede as desigualdades de renda, passou de 0,56 para 0,57, chegando ao padrão paraguaio, neste mesmo período. (GASPARI, 2007).

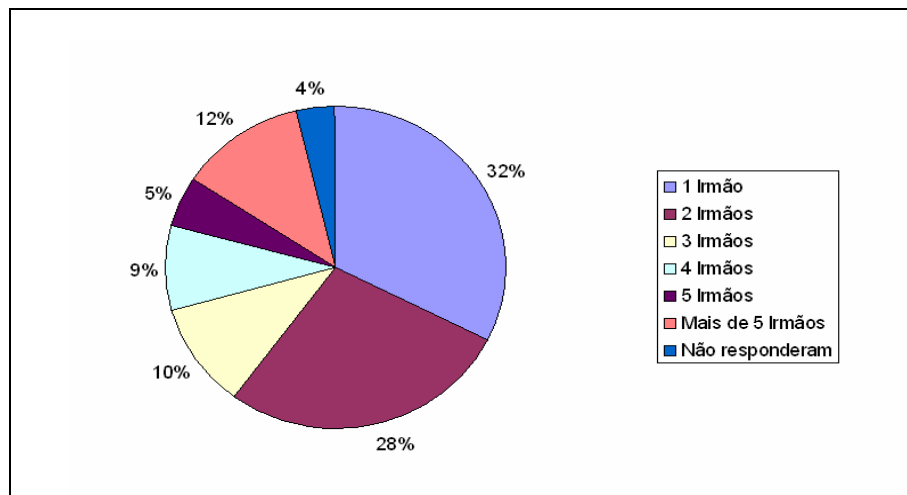


Gráfico 7: Número de irmãos

Embora os pais muitas vezes não apresentem conhecimentos, formação, para dar esclarecimentos corretos a seus filhos, estão preocupados com a situação, o que se observa pelo fato de 62% dos alunos relatarem ter tido alguma orientação sexual dos mesmos e destes, 42% receberam alguma orientação no início da adolescência (9 a 13 anos) e 51% no final da mesma (14 a 18 anos). Dados que justificam a situação de os entrevistados informarem que 34% dos familiares reagiriam com espanto e 16% com indignação, totalizando 50% para aqueles que reagiram mal caso um de seus membros apresenta-se uma DST; pois ao seu modo, os pais, acham que a orientação pode contribuir para prevenção.

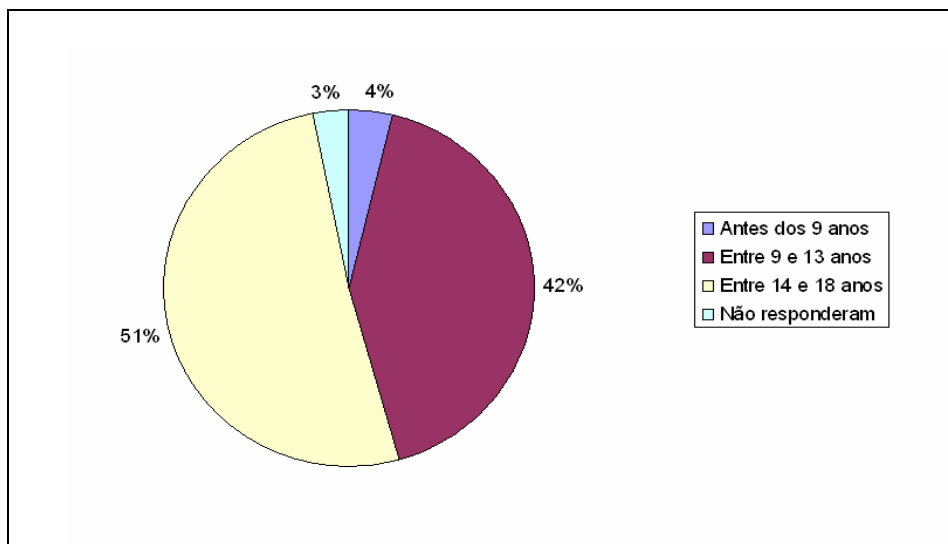


Gráfico 8: Idade que tinha na primeira orientação sexual dada pelos pais.

O fato de 62% responderem ter tido alguma orientação sexual dos pais (pai e mãe) e, destes 42% entre 9 e 13 anos e 51% entre 14 e 18 anos, mostra que a escola deve investir também na capacitação dos pais, promovendo palestras e outros tipos de atividade, para que estes tenham informações corretas para dar a seus filhos, tornando-os, sem dúvida, aliados importantes na tarefa de orientar corretamente adolescentes e jovens, sobre sexualidade, DST e anticoncepção.

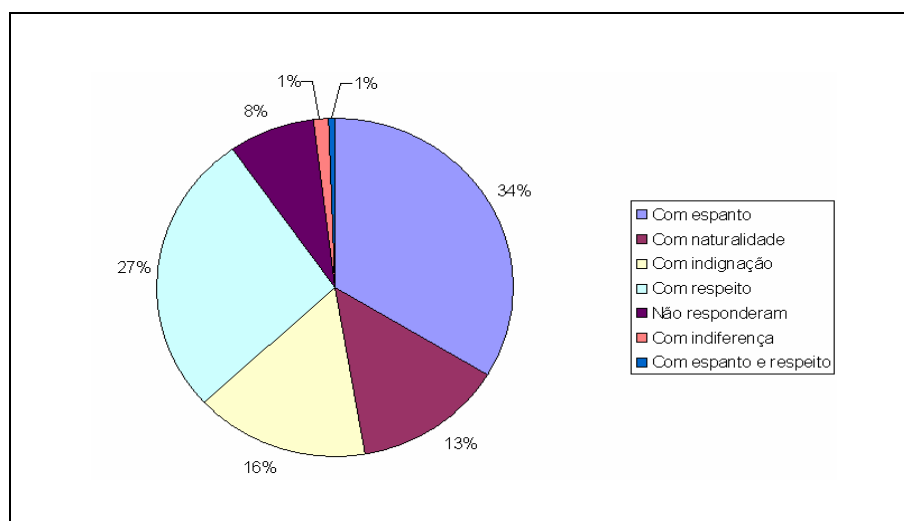


Gráfico 9: Reação da família frente a caso de DST em um de seus membros.

Com relação à preocupação e nível de estresse com relação às DST, observa-se que os alunos estão muito preocupados com a sua situação, porém não se preocupam muito com quem esta a seu lado. Pois 70% deles informaram como reação a algum caso de DST em um membro de sua família de forma positiva, 48% com respeito e 22% com naturalidade. Enquanto que 57% relataram que ficariam muito preocupados caso adquirissem uma DST, 27% desesperados, 10% preocupados e apenas 2% sem preocupação. Dados da primeira fase que não sofreram grandes modificações na segunda fase, conforme se pode avaliar nos gráficos.

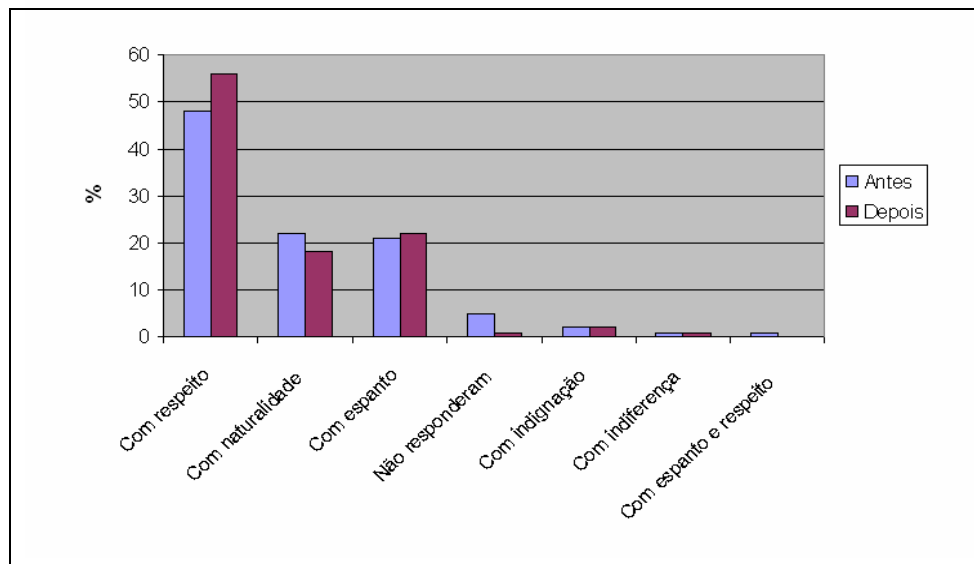


Gráfico 10: Comportamento do aluno frente a um caso de DST em sua família.

Corroborando ainda para confirmar o comportamento individualista das pessoas, o fato de que quase totalidade dos que relataram existir vacina para HPV, tomariam a mesma, caso estivesse disponível no posto de saúde; 94 % no 1º. questionário, contra 98% no 2º. Por isso as campanhas de prevenção para as DST, devem investir mais tempo e recursos, na conscientização da necessidade do cuidado do outro, da não exposição dos parceiros. Guedes e colaboradores em trabalho já citado, realizado no

Ceará, mostraram que a maior partes das pacientes, atendidas em setor especializado de patologia cervical, era casada, mostrando que este fator não constitui imunidade para DST (GUEDES *et al*, 2003). Muitas vezes as “donas de casa”, sabidamente são contaminadas pelos esposos que não se previnem, em relações extraconjugais.

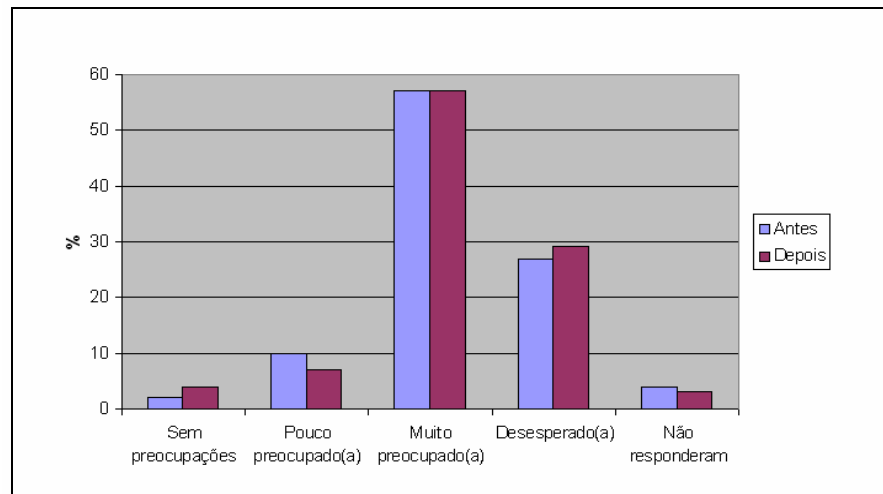


Gráfico 11: Comportamento do aluno caso adquirisse uma DST.

Avaliando o conhecimento dos alunos sobre DST-HPV questionou-se sobre o vírus HPV, sua caracterização como DST, uso de preservativo (camisinha), tipo de lesões, relação com câncer, existência de vacina, fontes de conhecimento e orientação sexual. O resultado das respostas dadas nas duas fases foi analisado e relatado a seguir.

Apenas 5% relataram ter tido doença sexualmente transmissíveis, dado que se manteve nas duas fases da pesquisa, antes e depois da palestra. O que corrobora para fidedignidade deste dado, já que o esclarecimento das diversas DST não mudou a resposta.

Tabela 2 – Quantificação de acerto às perguntas sobre DST-HPV em dois momentos: 1º e 2º questionários.

Item Pesquisado		1º %	2º %
Conhecimento (ouviram falar)		59	84
HPV é uma DST		55	71
Proteção pela camisinha	Sim	38	43
	Não	49	46
Lesões	Errado	83	78
	Certo (verrugas)	17	22
Relação com câncer (sim)		51	72
Vacina (existe)		20	43
Parte do corpo mais provável para câncer induzido por HPV (colo do útero)		53	51

Observou-se que quase todos os itens relacionados ao conhecimento tiveram melhora após a palestra, com exceção do local do corpo da mulher de maior probabilidade para o câncer induzido pelo HPV e ao fato de a camisinha não oferecer proteção 100% eficiente. Realçando a importância e eficácia da educação na prevenção desde grupo de patologias. Pois a baixa condição socioeconômica e cultural, a desinformação sobre sexualidade, o despreparo dos profissionais de saúde e educação e as péssimas atuações dos serviços públicos, são fatores que se destacam para elevar cada vez mais os índices de DST. Dentre eles, a desinformação influi decisivamente, o que pode ser constatado pela frequência de casos de doenças sexualmente transmissíveis em indivíduos jovens de níveis socioeconômicos elevados (PASSOS *et al*, 2001).

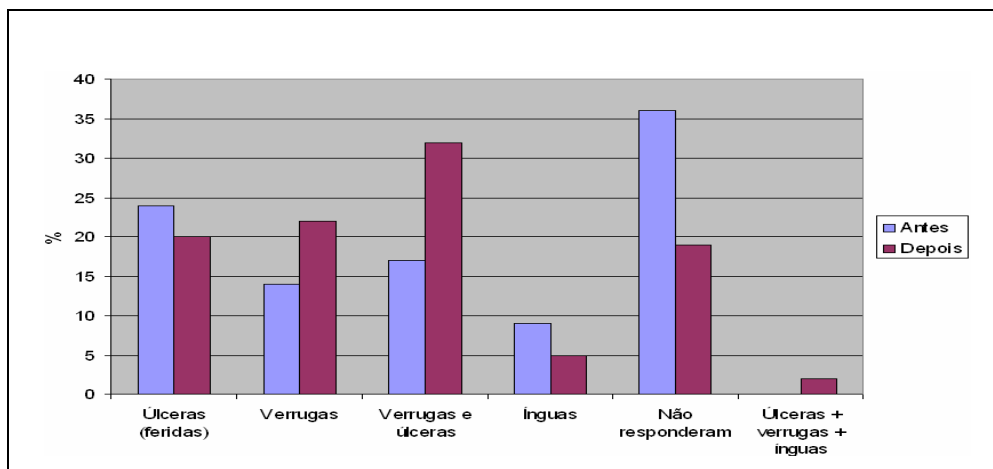


Gráfico 12: Tipo de lesões relacionadas ao HPV pelos alunos, antes e depois da palestra

Quando questionados sobre a possibilidade de o HPV causar câncer o percentual passou de 51% de sim, na primeira fase, para 72% na segunda fase, ou seja, após a palestra; o percentual dos que indicaram o colo uterino como local mais provável para este câncer na mulher, não sofreu diferença, 53% na primeira fase contra 50% na segunda. Mostrando que embora importante um só instrumento, no caso a palestra, não é totalmente eficiente para instrução e solidificação de conhecimentos, havendo necessidade da utilização de diversos meios e de forma continuada de educação sexual.

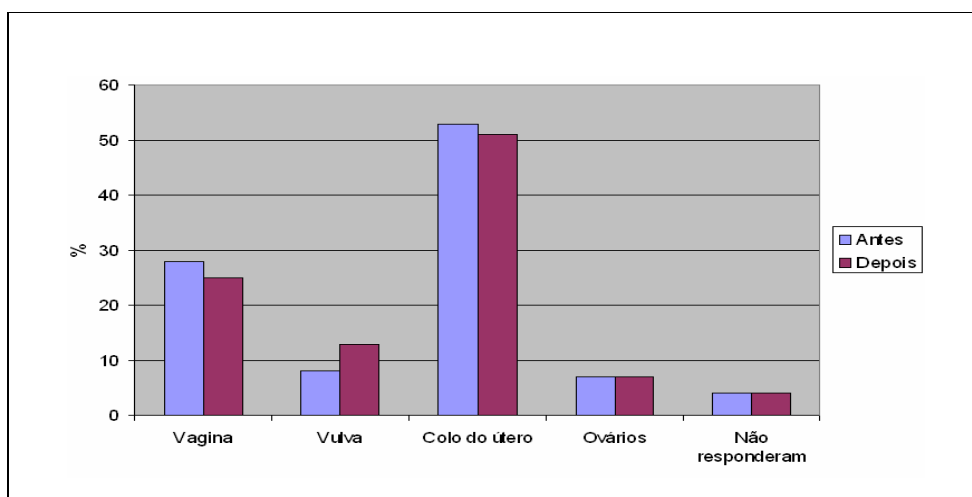


Gráfico 13: Parte do corpo relacionada ao câncer, no conhecimento dos alunos, antes e depois da palestra.

Para avaliar o conhecimento relacionado à prevenção, os alunos foram questionados de uma maneira geral sobre DST e HPV, o papel do preservativo (camisinha) e o método anticoncepcional usado. Preocupa no que diz respeito à prevenção da infecção pelo HPV, o fato de em ambas as ferramentas, antes e depois da palestra, não haver grande diferença entre os que acreditam que ela diminua ou não o contágio; já que 49% disseram “não” antes da palestra e 46% disseram “não” após a palestra, ou seja, continuaram em dúvida após o esclarecimento. No entanto o uso da camisinha de forma isolada ou em combinação com outro método passou de 50% para 75%, após a palestra que abordava todas as DST e não apenas o HPV.

Na literatura encontramos como fatores relacionados à maior incidência da infecção pelo HPV: múltiplos parceiros sexuais, idade entre 20 a 24 anos, início precoce da atividade sexual, fumo e uso de anticoncepcional oral (MURTA, 1999, MEDEIROS, 2005 e ELFGREN, 2005). Também encontramos na literatura que 50% da população ativa em algum momento da vida cruzam com o HPV (PASSOS, 2001). Em nossa pesquisa verificamos que 66% dos entrevistados já iniciaram vida sexual; destes 72% iniciaram vida sexual entre os 14 e 18 anos, 16% após 18 anos e 10% entre 10 e 13 anos. Importante lembrar que 87% dos entrevistados encontram-se na faixa etária entre os 16 e 24 anos. Dados que corroboram para reforçar a importância da conscientização de adolescentes e jovens. Pois dados de estudos epidemiológicos realizados pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde mostram que apesar das inúmeras campanhas preventivas e dos diversos métodos de obtenção de informação sobre prevenção das DST, como Internet, jornais, revistas, rádios, TV, a população não se mostra conscientizada sobre os riscos de contaminação (FAÇANHA *et al*, 2004).

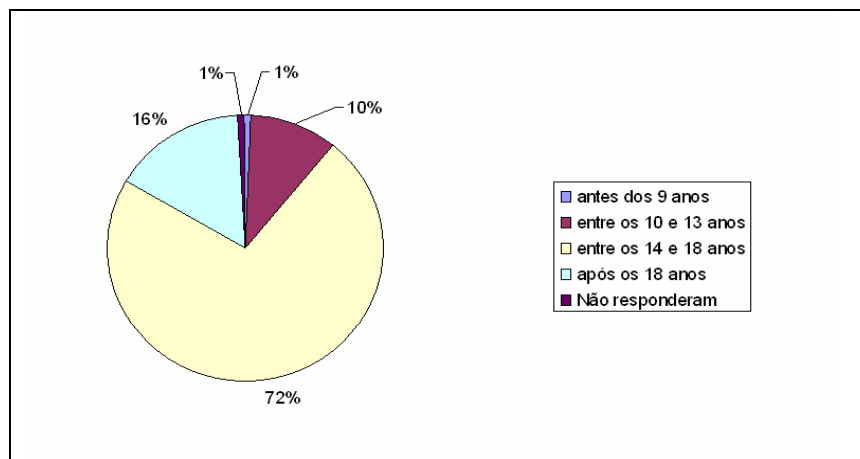


Gráfico 14: Idade de início da vida sexual relatada pelos alunos.

Ressaltando a escola (ambiente formal de ensino) como ambiente mais propício para disseminação de informações privilegiadas (CHASSOT, 2003); esta pesquisa mostrou que 59% dos entrevistados já tinham ouvido falar sobre HPV e destes, 35% ouviram falar de HPV na escola. Os demais, 23% na televisão, 16% por amigos, 6% na Internet, 3% em jornais e 1% em rádio. Isso num contexto em que 58% dos entrevistados, disseram usar a Internet para tirar dúvidas de assuntos de seu interesse.

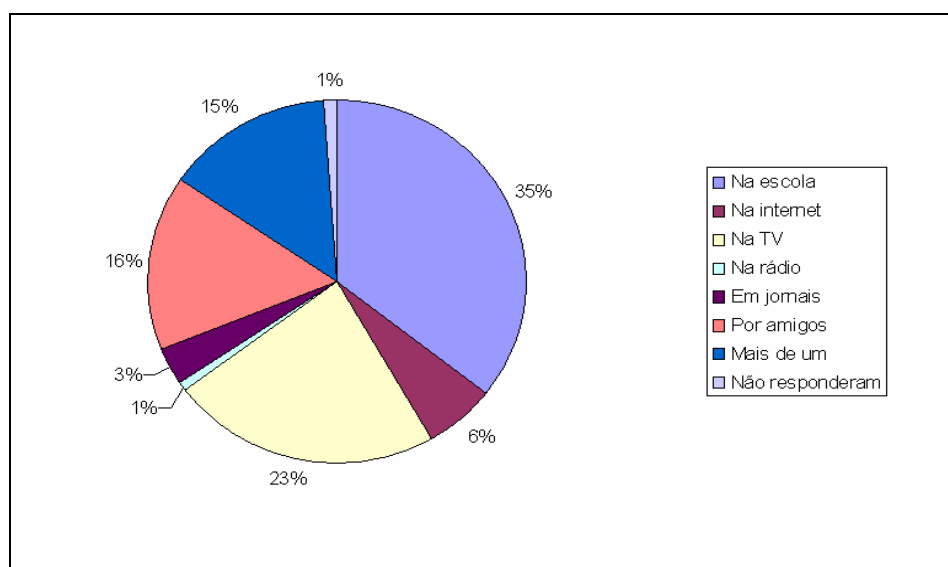


Gráfico 15: Onde o aluno relata ter adquirido conhecimento prévio para HPV.

Ainda confirmando a vantagem da escola sobre outras instituições formais e não formais de ensino para conscientização da necessidade de prevenção das DST. Temos os dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS- 1996) mostrando que 93% das crianças e adolescentes freqüentam, com alguma regularidade, a escola no Brasil (BRASIL, 1997). O gráfico acima mostra que 35% dos alunos entrevistados, maior percentual em relação às demais opções, adquiriram algum conhecimento prévio sobre DST na escola; considerando-se que apenas 39% dos entrevistados relataram visitas periódicas ao ginecologista ou urologista; deixa-se claro a vantagem das instituições educacionais frente às instituições de saúde na abordagem e prevenção das DST. Embora os dados desta pesquisa mostrem que aqueles que consultam especialistas o fazem com certa regularidade, pois 39% dos que relataram ir ao médico especialista, 44% já foram mais de 4 vezes.

Diversas características presentes nas respostas dadas, principalmente no concernente ao conhecimento, deixam claro que há um elevado nível de exposição às DST. E levando-se em consideração que a relação HPV e câncer é cada vez mais estabelecida, sabendo-se hoje que 11% de todos os casos de cânceres que acometem as mulheres são causadas por este vírus (PASSSOS, 2006) e que a prevalência da infecção pelo HPV em mulheres brasileiras relatada na literatura científica, chega a 100% para as Neoplasias Intraepiteliais Cervicais (NIC) grau III ou CA “*in situ*”, Carcinomas Escamosos e Adenocarcinomas (BRASIL, 2008). Vê-se que é grande a demanda na realização de trabalhos efetivos de informação, adequados à realidade de cada grupo, ajustando a linguagem, de acordo com o conhecimento das culturas sexuais. Sendo a escola um dos locais mais adequados para esta função.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com Louro (1998:87-88), a escola é fundamental na sociedade, constituindo-se num espaço onde as questões sexuais estão presentes:

“É indispensável admitir que a escola, como qualquer outra instância social, é, queiramos ou não, um espaço sexualizado e generificado... A sexualidade tem a ver com o modo como as pessoas vivem, seus desejos e prazeres, tem a ver, portanto, com a cultura e a sociedade, mas do que com a biologia. Ora, parece impossível separar a escola de tudo isso”.

No texto acima a professora Louro estabelece a escola como espaço fundamental na sociedade para as questões sexuais, sendo a escola “espaço sexualizado e generificado”, logo podemos dizer que este espaço formal de ensino se mostra privilegiado para discussão das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Este trabalho teve como objetivo principal mostrar a importância da escola como espaço formal de ensino, na prevenção das DST, partindo de uma parte destas, que é a condilomatose, doença causada pelo Papilomavírus Humano (HPV). Vírus este de grande importância em termos de saúde pública, visto que como citado anteriormente 50% da população sexualmente ativa em algum momento entrará em contato com este e, devido a sua relação com vários tipos de câncer, em particular o câncer de colo uterino, segundo maior em incidência nas mulheres de todo mundo.

Levantou-se aqui não só a importância de trazer conhecimentos sobre o assunto, mais também à necessidade de fazer-se uma discussão no ambiente escolar de aspectos educacionais, campanhas envolvendo toda comunidade escolar, inclusive os pais, precisão acontecer, incluindo nesta discussão demais temas relacionados; ética, moral, sexualidade, pois como escreve a professora Louro: a escola é um “espaço sexualizado”

e como ficou implícito durante este trabalho não se pode discutir sexualidade sem passar por ética e moral.

Ressalta-se aqui a importância do diálogo, pois autores importantes citados anteriormente como Catonné, Foucault e Paulo Freire deixam claro a importância do educando, indivíduo, estabelecer o seu código de conduta, mediante a informação e a discussão, não adianta impor normas, há de se discuti-las, criando juntos, educando e educador, normas de condutas que contribuam, não só para a saúde individual, como também para a saúde coletiva.

Em função dos resultados obtidos e com base na literatura apresentada objetiva-se continuar com ampliação da pesquisa no enfoque de prevenção, no que se refere à primeira relação sexual versus aquisição do conhecimento na escola, contágio, relação sexual, relações sexuais múltiplas, método anticoncepcional usado, contracepção oral, uso da internet para dúvidas neste assunto, visitas a ginecologista e urologista.

Esse trabalho ainda é limitado, mas se apresenta pleno na sua produção de conhecimentos, reproduzindo a necessidade de haver uma educação continuada, nos espaços formais, tendo em vista a pouca orientação sexual obtida pelos jovens em todo país. Pôde-se constatar que mesmo após palestra elucidativa não houve 100% de acerto em nenhuma das perguntas.

A pesquisa aqui relatada mostra que há algo urgente e imperioso de ser tratado: a falta de conhecimento aliada à grande dificuldade em mudar os equívocos, como os trabalhados na pesquisa. Entretanto, sabe-se que é a escola o melhor lugar para que essas mudanças comecem e possam acontecer.

É necessária a realização de estudos adicionais que demonstrem qual o perfil e o conhecimento de adolescentes com relação ao HPV. Nesse sentido todos os esforços devem estar voltados para que campanhas educativas supram a falta de informação, tornando os jovens menos suscetíveis à infecção pelo HPV e outras DST.

Para o futuro espera-se que não mais tenhamos pacientes chegando aos ambulatórios, com Câncer de colo uterino. Com a aprovação pelo FDA (Food and Drugs Administration) nos Estados Unidos da América e ANVISA aqui no Brasil em 2006 da vacina quadrivalente contra HPV 6, 11, 16 e 18 (Passos, 2006) e, sabendo que os soros tipos 16 e 18 são os oncogênicos e que a prevalência para HPV no Câncer de colo uterino, chega a 100%, podemos ver com otimismo o futuro. Agora o preço ainda é proibitivo para a maior parte da população, cerca de U\$ 120,00 cada dose, total de três doses e não há disponibilidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Por isso educação em saúde ainda é o investimento mais barato e eficiente para prevenir HPV e demais DST.

Com o intuito de corroborar para prevenção através da melhoria do nível de conhecimento de alunos e professores, principalmente da escola escolhida para este trabalho, além das palestras realizadas, foi elaborada uma cartilha com tema DST. Nesta abordou-se desde a definição geral para essas patologias, anatomia dos órgãos genitais masculinos e femininos, passando pela definição individual de cada doença, sinonímia, agente causador, transmissão, período de incubação, tratamentos e prevenção, finalizando com orientações de como se comportar caso apresente algum sintoma compatível com estas doenças e noções de sexo seguro versus sexo protegido.

Muito ainda há de se fazer, mais se espera com este trabalho, estimular o debate sobre este tema importante e de grande impacto sobre a saúde coletiva e individual de nossos adolescentes e jovens.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A BÍBLIA SAGRADA. Traduzida em Português por João Ferreira de Almeida. Revista e Atualizada no Brasil. 2 ed. Barueri – SP: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993.

ALVES, Maria D. S.; BARROSO, Maria G. T.; ORIÁ, Mônica O. B. Men and Women with Human Oaoillomavirus: Focusig on the Exposition Risk and Prevention. **DST – J bras Doenças Sex Transm** 17 (1): 24-27, 2005.

ALVES, M. F. Paz. Sexualidade e prevenção de DST/AIDS: representações sociais de homens rurais de um município da zona da mata pernambucana, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v.19. supl.2. Rio de Janeiro: 2003.

AYRES, J. R. de C. M.; FREITAS, Â. C.; SANTOS, M. A. S. dos; SALETTI FILHO, H. C.; FRANÇA JÚNIOR, I. **Interface** – Comunic, Saúde, Educ, v7, n12, p.123-38, fev 2003.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. A Sociologia de Gilberto Freire e a Educação para a Saúde. **Ciência & Educação**. v. 9, n. 1, 2003:105-121.

BEZERRA, S. J. S.; GONÇALVES, P. C.; FRANCO, E. S.; PINHEIRO, Ana K. B. Perfil de Mulheres Portadoras de Lesões Cervicais por HPV. Quanto aos Fatores de Risco para Câncer de Colo Uterino. **DST – J bras Doenças Sex Transm** 17(2): 143-148, 2005.

BOFF, Leonardo. **Ética e moral**: a busca dos fundamentos. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Incidência de Câncer no Brasil**: estimativa 2006. Rio de Janeiro: 2005).

BRASIL. **Conferência Nacional de Saúde On-Line, 1997**. Educação em Saúde Histórico, Conceitos e Propostas. Ministério da Saúde. Diretoria de Programas de Educação em Saúde. LEVY, S. N.; SILVA, J. J. C. da.; CARDOSO, I. F. R.; WERBERICH, P. M.; MOREIRA, L. L. S.; MORTIANI, H.; CARNEIRO, R. M. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns>. Acesso em 20.09.2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DST em Números**. Fonte: PN-DST/AIDS, 2003. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/>. Acesso em 17.12.2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Capacitação**: Educação e Promoção da Saúde no Contexto Escolar, 2007. Disponível em: Portal da saúde – [www.Saude.gov.br](http://www.Saude.gov.br). Acesso em 20.09.2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DST-AIDS**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/>. Acesso em 30.12.2007.

BRASIL. **Programa Nacional de DST e AIDS**. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/>. Acesso em 22\9\2008.

BRASIL. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Meio Ambiente e Saúde**. Brasília; 1998.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei no. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes da educação nacional**. Brasília, 1996.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**. v. 31. n. 2. São Paulo. Apr. 1997.

CAETANO, J. P. J.; FARIA, M. M. de L. ; LIMA, R. S. B. C.; MARINHO, R. M. GEBER, S.; DINIZ, S. S. A. **Ginecologia e Obstetrícia** (Manual para o TEGO – Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia). Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda, 1997.

CAMARGO JR., K. R. de. **Biomedicina, Saber & Ciência: Uma Abordagem Crítica**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CATALAN-SOARES, B. C.; PROIETT, F. A.; CARNEIRO-PROIETTI, A. B. de F. Os vírus linfotrópicos de células T humanos (HTLV) na última década (1990 – 2000): Aspectos epidemiológicos. **Ver. Brás. Epidemiol.** v. 4, n. 2. São Paulo, ago. 2001.

CATONNÉ, Jean-Philippe. A sexualidade, ontem e hoje. [tradução Michèle Iris Koralek]. 2. ed. **Coleção Questões da Nossa Época**. v.40. São Paulo: Cortez, 2001.

CHASSOT, Attico. Alfabetização Científica: uma possibilidade para a inclusão social. **Revista Brasileira de Educação**. Jan-Abr, n. 022, pp. 89-100, 2003.

CHÁVEZ, J. H. CAMPANA, S. G. HAAS, P. Panorama da hepatite B no Brasil e no Estado de Santa Catarina. **Revista Panamericana Salud Publica**. v. 14, n. 2. Washington, Aug. 2003.

CONTI, F. S.; BORTOLIN, S.; KÜLKAMP, I. C. Educação e Promoção à Saúde: Comportamento e Conhecimento de Adolescentes de Colégio Público e Particular em Relação ao Papilomavírus Humano. **DST – J bras Doenças Sex Transm**. 18(1): 30-35, 2006.

CORVINO, S. M.; HENRIQUES, R. M. S.; GROTO, R. M. T. PARDINI, M. I. de M C. Co-infecção HIV/HCV em pacientes de Botucatu e região. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 10. n. 4. São Paulo: dez. 2007.

DÔRES, G. B. TAROMARU, E. K. BONOMI, C. G.; LONGATTO-FILHO, A.; GILLI, N. P.; MATSUBA, S.; FOCCHI, J. Determinação da Infecção do Papilomavírus Humano por Captura Híbrida II: correlação com achados morfológicos. **DST – J bras Doenças Sex Transm.** 17(4): 255-258, 2005.

ELEUTÉRIO JR., J.; GIRALDO, P. C.; GONÇALVES, A. K. Marcadores imunoistoquímicos de lesões precursoras do câncer do colo uterino associadas ao HPV: O Papel da Proteína de Supressão Tumoral p16(INK4A). **DST – J bras Doenças Sex Transm** 18(1): 62-65, 2006.

ELIA, Luciano. **Corpo e sexualidade em Freud e Lacan.** Rio de Janeiro: Uapê, 1995.

ELFGREN, Kristina; RYLANDER, E.; RADBERG, T.; STRANDER, B.; STRAND, A.; PAAJANEN, K.; SJÖBERG, I.; RYD, W.; SILINS, I.; DILLNER, J. Colposcopic and histopathologic evaluation of women participating in population-based screening for human papillomavirus deoxyribonucleic acid persistence. **American Journal of obstetrics and Gynecology.** September 2005 v. 193, Issue 3, p. 650-657.

FAÇANHA, M. C.; MENEZES, B. L. F.; FONTENELE, A. D. B.; MELO, M. A.; PINHEIRO, A. S.; CARVALHO, C. S.; PORTO, I. A. PEREIRA, L. O. C. Conhecimento sobre Reprodução e Sexo Seguro de Adolescentes de uma Escola de Ensino Médio e Fundamental de Fortaleza – Ceará. **DST – J bras Doenças Sex Transm.** 16(2): 5-9, 2004.

FEBRASGO. **Tratado de Ginecologia.** Editores: Hildoberto Carneiro de Oliveira e Ivan Lemgruber. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio Século XXI Escolar:** o minidicionário da língua portuguesa. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FIGUEIREDO, R.; AYRES, J. R. C. M. **Rev. Saúde Pública.** v. 36. n. 4 . São Paulo: Aug. 2002.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso.** Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução: Laura Fraga de Almeida Sampaio. 15. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996, junho 2007.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 1:** a vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 2:** o uso dos prazeres. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque; revisão técnica de José Augusto Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 3:** o cuidado de si. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque; revisão técnica de José Augusto Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FREIRE, Paulo. **Educação Como Prática da Liberdade**. 26. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

FREITAS, F.; MENKE, C. H.; RIVOIRE, W. A.; PASSOS, E. P. **Rotinas em Ginecologia**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

GASPARI, E. O oportunismo aborteiro de Sérgio Cabral. RADIS. **Comunicação em Saúde**. n. 64. Dezembro de 2007.

GUEDES, T. G.; PORDEUS, A. M. J.; DIÓGENES, M. A. R. Análise Epidemiológica do Câncer de Colo de Útero em Serviço de Atendimento Terciário no Ceará – Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, ano/vol. 18, n. 004. Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Brasil. pp. 205 – 210.

GREEN, L. W. & Kruter, M. W. Health promotion planning, an educational and environmental approach. 2. ed. Mountain View, Mayfield publishing Company, 1991. In: CANDEIAS, N M F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**. v. 31. n. 2. São Paulo. Apr. 1997.

GUANILO, M. C. T. U.; MOURA, R. F.; CONCEIÇÃO, C. A.; NICHATA, L. Y. I. Papilomavírus Humano e Neoplasia Cervical: A Produção Científica dos Países da América Latina e Caribe nos últimos 11 anos. **DST – J bras Doenças Sex Transm** 18(1): 58-61, 2006.

IBGE – cidades@. Fontes: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de saúde – DATASUS 2005; Malha municipal do Brasil: situação em 2005. Rio de Janeiro: IBGE, 2007; Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/temas.//>. Acesso em: 17 dez. 2007.

ISOLAN, T. B.; Carvalho, A. V. V.; Almeida Filho, G. L.; Passos, M. R. L.; Bravo, R. S.; Pinheiro, V. M. S. Perfil do Atendimento ao Adolescente no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense. **DST – J bras Doenças Sex Transm** 13(4): 9-30, 2001.

ISOLAN, T. B.; ALMEIDA FILHO, G. L.; PASSOS, M. R. L.; BRAVO, R. S. Estudo Comparativo de Diferentes Formas de Tratamento de Condilomas Acuminados. **DST – J bras Doenças Sex Transm** 16(2): 23-27, 2004.

L'ABBATE, S. Educação em Saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 10 (4): 481 – 490, out/dez, 1994.

LA TAILLE, Y. de. **Moral e ética: dimensões intelectuais e afetivas**. Porto Alegre : Artmed, 2006.

LOURO, G. L. Sexualidade: lições da escola. In: MEYER, D. E. E. (org) **Saúde e sexualidade na escola**. 3. ed. Porto Alegre: Mediação, 1998. p. 85 – 96.

LOURO, G. L. Currículo, gênero e sexualidade: refletindo sobre o “normal”, o “diferente” e o “excêntrico”. **Labrys: estudos feministas**, Brasília, v. 1, n. ½, jul./dez. Disponível em: <<http://www.unb.br/ih/his/gefem/>>. Acesso em 16/12/2007.

LOURO, G L. **Um corpo estranho – ensaios sobre sexualidade e teoria queer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

MATOS, L. R. Políticas e Práticas Pedagógicas Cotidianas: um Estudo de Caso dos PCN – Meio Ambiente em Sorocaba. In: GRACINDO, R. V. (org.) [et al]. **Educação como exercício de diversidade: estudos em campos de desigualdades sócio-educacionais**. Brasília: Líber Livro Ed., 2007.

MEDEIROS, V. C. R. D.; MEDEIROS, R. C.; MORAES, L. M.; MENEZES FILHO, J. B.; RAMOS, E. S. N.; SATURNINO, A. C. R. D. Câncer de Colo de Útero: Análise epidemiológica e citopatológica no Estado do Rio Grande do Norte. **RBAC**, v. 37(4): 227–231, 2005.

MENDONÇA, G. A. e S. Câncer na população feminina brasileira. **Rev. Saúde pública**, 27(1): 68 -75, 1993.

MENDONÇA, M. L.; NETTO, J. C. A. Importância da Infecção pelo Papilomavírus Humano em Pacientes do Sexo Masculino. **DST – J bras Doenças Sex Transm** 17(4): 306-310, 2005.

MEYER, D. E. E. Saúde e sexualidade na escola. **Cadernos Educação Básica**, v.4. Porto Alegre: Mediação, 1998. 176p.

MOTA, M. B.; BRAICK, P. R. **História: das cavernas ao Terceiro**. 2. ed. – São Paulo: Moderna, 2002.

MURTA, E. F. C.; LOMBARDI, W.; BORGES, L. S.; SOUZA, M. A. H.; ADAD, S. J.; Frequência da infecção pelo Papilomavírus Humano em Mulheres com Ectopia Cervical. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.21 n.8. Rio de Janeiro: 1999.

NORONHA, V. L.; NORONHA, R.; CARMONA, B.; MACEDO, L. A.; CRUZ, E. M.; NAUM, C.; MELLO, W.; VILLA, L. Papilomavírus (HPV) em Mulheres com Citologia Oncótica Dentro dos Limites da Normalidade. **DST – J bras Doenças Sex Transm** 17(1): 49-55, 2005.

PASSOS, M. R. L. **Perguntas e Respostas Sobre Vacina Contra HPV**. Atualizado em 01/09/2006. Disponível em: <http://www.uff.br/dst/Perguntas-sobre-vacina-contrahpv.htm>. Acesso em 19/01/2007.

PASSOS, M. R. L. HPV: **Que bicho é esse?** 4.ed. Piraí: [s. n.]: RQV, 2006.

PASSOS, M. R. L.; PINHEIRO, V. M. S.; VARELLA, R. Q.; GOULART FILHO, R. A. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Se educar, dá para evitar! Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

PMSG - **Prefeitura Municipal de São Gonçalo**. Site oficial. Disponível em: <http://www.saogoncalo.rj.gov.br>. Acesso em 25 de maio de 2008.

RACHID, M.; SCHECHTEH, M. Manual de HIV/AIDS. 3.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

RICE, M.; Candeias, N. M. F. Padrões mínimos da prática da educação em saúde – Um projeto pioneiro. **Rev. Saúde Pública**. v. 23, n.4. São Paulo: ago, 1989.

ROMANO, R. Ética e Ciência. Entrevista realizada pela professora Maria Lúcia Toralles Pereira no Instituto de Biociências de Botucatu, Universidade Paulista / UNESP, com colaboração de Adriana Ribeiro, assistente editorial da Revista Interface, Fundação Uni. <intface@fmb.unesp.br>. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, p. 97–110, fev 2002.

SCHRAIBER, L. B. Ética e subjetividade no trabalho em saúde. **Divulgação em saúde para debate**. v. 12, 1996:45–50.

SCHRAIBER, L. B. No encontro da técnica com a Ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. **Interface – Comunicação, saúde, Educação**. v.1, n.1, 1997.

SILVA, B. B.; COSTA, P. V.; DIAS, H. K.; BATISTA, S. M. Donovanose vulvar sob a forma de pseudoelefantíase. **Ver. Assoc. Méd. Bras**. v.52; n.1. São Paulo: Jan./Feb. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.52; n.5. São Paulo: Sept./Oct. 2006.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico qualitativa**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

VERAS, T. M. C. W. *et al.* Efetividade da captura híbrida para HPV no rastreamento primário de lesões cervicais na rotina de serviços de saúde. **DST- J. Brás. Doenças Sex. Transm.** 18(1): 23-29, 2006.