



Aspectos epidemiológicos da Aids em contextos de educação e prevenção

Sylvia Helena dos Santos Rabello*

Abstract

The issues referring to Aids epidemiological aspects traditionally absent on the activities aimed at its prevention in educational surroundings – formal and non-formal- are quite important to guarantee a reflection about the vulnerability to HIV/Aids far beyond the individual plan. A poppas for prevention activities – made out of the official data about the epidemic in Brazil – is presented here as a way to contribute to the construction of knowledge concerning educational approaches which can support the adoption of prevention attitudes relating to HIV/Aids.

Introdução

Desde que surgiu, no início dos anos 80, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) tem se proliferado em índices alarmantes em todas as nações do globo, com penetração significativa nos diferentes segmentos da sociedade. O HIV, vírus responsável pela desordem no sistema imunológico do indivíduo contaminado, apesar do contínuo e valoroso empenho da comunidade científica mundial, ainda não pode ser debelado.

O trabalho de prevenção ao HIV/AIDS é amplamente reconhecido como a maneira mais eficiente na contenção do avanço da epidemia que já alcança 38,4 milhões de

* Professora do Departamento de Ciências Naturais/Colégio de Aplicação "João XXIII"/UFJF. Mestre em Educação - UNICAMP. Membro do Núcleo Multiprofissional sobre Aids (NUMPAIDS)/UFJF.

homens, mulheres e crianças em todo o mundo¹. Em nosso país, a estimativa mais recente, divulgada pelo Ministério da Saúde em setembro último (BRASIL, 1999a), é de que haja 536 mil pessoas – entre 15 e 49 anos de idade – contaminadas pelo vírus da Aids. Quanto ao número de *casos de Aids*, 163.355 já foram notificados ao Ministério da Saúde no período compreendido entre 1980 e 1999², sendo de aproximadamente 50% a proporção de óbitos conhecidos (BRASIL, 1999b).

No esforço de conter a expansão da epidemia, organizações governamentais e não governamentais têm dedicado recursos materiais e humanos no desenvolvimento de ações educativas/preventivas e alguns resultados favoráveis já podem ser percebidos, se bem que ainda restritos a determinados grupos sociais (BRASIL, 1998).

A informação acerca dos conhecimentos acumulados sobre Aids tem sido reiteradamente assumida como fundamental para o desenvolvimento de hábitos, atitudes e comportamentos preventivos individuais e coletivos, por parte dos planejadores de programas de prevenção. A garantia do acesso da população a essa informação é, inclusive, considerada como meta prioritária pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1999c).

Devido às formas conhecidas de transmissão do HIV/Aids, as informações consideradas como relevantes e que tradicionalmente constam dos programas de prevenção referem-se aos temas *educação sexual e uso indevido de drogas* (BRASIL, 1999c). Já as informações relativas ao impacto da Aids nos grupos populacionais – *epidemiologia da Aids* – são mais difundidas entre profissionais que atuam na definição de estratégias de prevenção junto à sociedade. Para o “grande público”, a veiculação desses aspectos da Aids ocorre apenas através de meios de comunicação impressos ou falados, por ocasião da divulgação oficial de dados novos sobre a doença. Concordando com BARATA (1996, p.557) quando afirma ser “impossível conhecer apenas a parte, sem conhecer o todo”, em referência ao papel da epidemiologia como sendo o de não apenas “identificar, isolar, medir fatores de risco e associá-los a medidas de ocorrência” mas também ao de “integrar esses fatores em uma explicação coerente”, justifica-se a inclusão da informação sobre tópicos de epidemiologia da Aids em programas de prevenção em situações de educação formal e não-formal.

Vale ressaltar que o grau de informação/conhecimento, apenas, não assegura a adoção de medidas efetivas de minimização do impacto da Aids em qualquer dos níveis considerados. Se assim fosse, o conhecimento construído/reconstruído e sistematicamente divulgado nos últimos vinte anos em relação às formas de transmissão do HIV já poderia ter produzido uma redução no número de pessoas contaminadas, já que tanto as autoridades responsáveis pela saúde

1 Estimativa mundial divulgada pela Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, Brasil. Disponível na Internet via WWW. URL <http://www.aids.gov.br>, Home Page. Arquivo capturado em 08 novembro 1999.

2 Dados preliminares até 29/05/99, sujeitos a revisão, segundo a Coordenação Nacional de DST e Aids/SPS/MS. (BRASIL, 1999b)

como a população em geral possuem informações – em algum grau – sobre como promover a prevenção.

A versão preliminar do relatório de pesquisa sobre *comportamento sexual da população brasileira e percepções sobre HIV e Aids* (CEBRAP & MS, 1999), realizada em 3.600 domicílios de todo o território nacional, representando um universo de 60 milhões de pessoas com idades entre 16 e 65 anos, por exemplo, trouxe dados inquietantes. A investigação sobre “formas de transmissão do HIV/Aids e o grau de risco associado a múltiplos parceiros” indicou que mais da metade das pessoas entrevistadas mostraram-se *bem informadas* quanto às formas de transmissão do HIV/AIDS, com resultados ainda mais satisfatórios em relação às situações de risco envolvendo múltiplos parceiros sexuais. Entretanto, a mesma pesquisa constatou que cerca de 76% dos indivíduos sexualmente ativos encontravam-se expostos ao vírus através da via sexual. A investigação de correlação entre grau de informação *versus* grau de exposição ao HIV/Aids demonstrou que

o nível de conhecimento de um indivíduo não influencia no seu grau de exposição. A exceção ocorre para os indivíduos pertencentes ao extrato socioeconômico A, isto é, quanto maior o conhecimento menor o grau de exposição. (CEBRAP & MS, 1999, p.106; negrito dos autores).

Da mesma forma, apesar de as autoridades governamentais assumirem que o uso do preservativo e de equipamentos descartáveis para uso injetável sejam estratégias preventivas à transmissão do HIV/Aids através das vias sexual e sanguínea, respectivamente, ainda não implementaram programas oficiais de distribuição ou de diminuição de custos desses materiais. Polêmica à parte, a adoção dessa medida ampliaria a eficácia dos trabalhos de aconselhamento em práticas sexuais protegidas e naqueles que visam à redução de danos³ entre pessoas usuárias de drogas injetáveis (Serafim *et al.* 1998).

Assim, em termos individuais, “a transformação da consciência em ação depende de fatores emocionais e inconscientes não ligados à informação” (Figueiredo & Gregori, 1998, p.17). No plano governamental, tal transformação parece depender ainda de fatores políticos e econômicos. Essas constatações reforçam a necessidade de um trabalho baseado na experiência multiprofissional,

3 Conceito de Redução de Danos à Saúde pelo Uso Indevido de Drogas: estratégia que visa reduzir riscos e danos causados pelo consumo de drogas lícitas e ilícitas; aplica-se ao período de vida das pessoas em que elas não podem ou não querem abster-se, adotando alto comportamento de risco ligado ao uso dessas substâncias, por exemplo, o compartilhamento de agulhas e seringas.(SERAFIM *et al.*, 1998). As escalas de prevenção criadas a partir desse conceito são as seguintes: (1) recomendação pelo não uso de drogas; (2) caso haja uso, que as drogas não sejam injetáveis; (3) caso sejam drogas injetáveis, utilização de material descartável; (4) caso isso não seja possível por falta de acesso ou motivos econômicos, esterilização caseira antes da reutilização (FIGUEIREDO & GREGORI, 1998).

que busque apoiar as pessoas e instituições quando das dificuldades encontradas na transformação da informação/conhecimento em ação.

A ressalva apontada, contudo, não é suficiente para o esvaziamento dos objetivos pretendidos quando da abordagem das informações acerca do perfil epidemiológico da Aids em situações de educação e prevenção: a *democratização do conhecimento* e o *favorecimento da reflexão sobre a vulnerabilidade ao HIV/Aids nos níveis individual, social e institucional*, visando o encorajamento de posturas preventivas e a recusa de estereótipos.

A seguir, são apresentadas as etapas de planejamento e execução de uma proposta de abordagem dos aspectos relativos ao conhecimento sobre a epidemiologia da Aids. A proposta, permanentemente em re-construção, vem sendo implementada há cerca de quatro anos, em diferentes oportunidades educacionais como oficinas de prevenção, palestras, debates e cursos de atualização, tanto em situações regulares de ensino como em instâncias não-formais de educação, como aquelas organizadas por associações de moradores, grupos religiosos, empresas e outros. As considerações deste texto referem-se à versão mais recente da proposta, elaborada em função de diferentes atividades de educação e prevenção ao HIV/Aids realizadas ao longo dos meses de outubro e novembro do corrente ano, como parte das atribuições de membro do NUNPAIDS/UFJF.

Buscando a informação sobre a epidemiologia da Aids

As informações relativas aos aspectos epidemiológicos da Aids podem ser obtidas nos Boletins Epidemiológicos – Aids produzidos e divulgados trimestralmente pela Comissão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (CN-DST/Aids) do Ministério da Saúde.

Os Boletins são publicados em documento impresso, com tiragem de 16.000 exemplares e circulação restrita aos serviços de saúde do país, podendo ser consultados também por via eletrônica, através da Internet⁴. Ainda assim, supõe-se como pouco expressivo o número de pessoas que tem acesso a esse material informativo.

Os dados contidos nos Boletins referem-se exclusivamente aos *casos de Aids*, não estando incluídos, portanto, os casos de contaminação assintomática. A definição de “caso de Aids” é determinada pelo Ministério da Saúde através de instrução específica, divulgada junto aos serviços responsáveis pela notificação em todo o país (BRASIL, 1999b).

Por tratar-se de doença de notificação compulsória – apesar da alta taxa de subnotificação estimada (Ferreira & Portela, 1999) – os Boletins Epidemiológicos oferecem dados que atualizam o conhecimento sobre o perfil epidemiológico da Aids. Esse perfil configura-se na medida em que as notificações dos casos da doença são organizadas em Tabelas, segundo dados obtidos junto

4 <http://www.aids.gov.br>

aos pacientes no momento do diagnóstico. Assim, são considerados o ano do diagnóstico, a idade do paciente, o sexo, o grau de instrução, as categorias e tipos de exposição ao HIV/Aids, os municípios com maiores números de casos, óbitos conhecidos, entre outros.

É comum a presença de textos sistematizadores das tendências da epidemia e/ou artigos científicos destinados à atualização dos profissionais de saúde. Considerando que o primeiro caso de Aids no Brasil data de 1980 e que a variedade de fatores constitutivos do perfil é ampla, as Tabelas apresentam-se extensas e sua leitura torna-se pouco atraente, principalmente para aqueles com pouca experiência nessa modalidade de leitura.

Reorganizando a informação contida no "Boletim Epidemiológico - Aids, Ano XII, Nº 02, março a maio de 1999" (BRASIL, 1999b)

A opção pela utilização do "Boletim Epidemiológico - Aids, Ano XII, nº 02, março a maio de 1999", deveu-se ao fato de corresponder ao mais recente documento oficial disponível.

Das vinte e três Tabelas constantes do Boletim, cinco foram privilegiadas para esse trabalho, a saber:

Tabela III - Distribuição dos Casos de Aids Segundo o Ano de Diagnóstico, Faixa Etária e Razão de Sexo. Brasil. 1980 - 1999.

Tabela IV - Distribuição Proporcional dos Casos de Aids Segundo o Sexo e Idade. Brasil. 1980 - 1999.

Tabela V - Distribuição dos Casos de Aids Segundo a Categoria de Exposição, Período de Diagnóstico e Sexo. Brasil. 1980 - 1999.

Tabela VII- Distribuição Proporcional dos Casos de Aids Segundo Idade no Diagnóstico e Tipo de Exposição. Brasil. 1980 - 1999.

Tabela XXII- Distribuição Proporcional dos Casos de Aids entre Indivíduos com 19 anos de idade ou mais, Segundo Período de Diagnóstico e Escolaridade. Brasil. 1980 - 1999 (BRASIL, 1999b).

A partir do estudo das Tabelas, foram elaborados quatro Quadros sintéticos privilegiando os aspectos relativos a *sexo, faixa etária, categoria de exposição e grau de escolaridade*, sempre em função de períodos cronológicos de diagnóstico. A escolha desses atributos específicos baseou-se no fato de a Aids ter sido considerada, em sua origem, como doença restrita a "homens-adultos-homossexuais-e-de-nível-socioeconômico-privilegiado", passando a incluir, posteriormente, os(as) profissionais do sexo e os(as) usuários de drogas injetáveis. Aliás, "sabemos que não só a imprensa, mas também a comunidade científica internacional, contribuiu para a associação da Aids com estas pessoas consideradas 'promíscuas' ou com condutas ilegais". (Figueiredo, 1998^a, p. 23).

Porque a contra-informação nem sempre surte o mesmo efeito que a informação inicial, essa concepção encontra-se ainda bastante presente no imaginário de muitas pessoas, merecendo a atenção dos agentes de prevenção.

Os dados referentes ao *ano do diagnóstico* foram agrupados em períodos de 5 anos, buscando facilitar a explicitação das características da epidemia sem perder de vista seu fator histórico. Os valores percentuais calculados em função de cada período quinquenal foram destacados nos Quadros ou referidos oralmente, ao longo das apresentações, a fim de propiciar uma apreciação mais rápida do impacto da epidemia sobre os grupos citados.

O recurso didático utilizado foi o de retroprojeção, especialmente porque os espaços destinados a esse tipo de atividade e/ou o número de participantes envolvidos não permitiram o desenvolvimento de técnicas não expositivas, como a discussão em pequenos grupos, por exemplo.

As inferências acerca do perfil da epidemia que foram construídas ao longo do trabalho de elaboração dos Quadros, além daquelas que só puderam ser subsidiadas por literatura específica da área – devido à insuficiência de dados, uma vez que optou-se pela abordagem de apenas quatro atributos constitutivos do perfil epidemiológico – foram apresentadas aos participantes das seções de interação através de intervenções orais. Nas circunstâncias em que um texto escrito foi produzido, este só foi oferecido às pessoas ao final da atividade, visando a sistematização dos principais tópicos abordados.

Apresentando o perfil epidemiológico da Aids aos participantes das atividades de educação e prevenção ao HIV/Aids

Quadro I

Distribuição dos casos de Aids no Brasil: Período de diagnóstico x Sexo e Razão de sexo

Período de diagnóstico	SEXO			RAZÃO HOMEM/MULHER
	Masculino	Feminino	TOTAL	
1980-1984	168	10	178	16,8/1
1985-1989	13.253	1.837	15.090	7,2/1
1990-1994	55.342	13.930	69.272	4/1
1995-1999	55.836	22.979	78.815	2,4/1
TOTAL	124.599	38.756	163.355	3/1
(1980-1999)	76,3%	23,7%	100%	

Período em que se observam as maiores discrepâncias, por exemplo: no ano de 1985, a razão homem/mulher era igual a 25/1; no ano de 1989, correspondia a 6/1.

Os dados apresentados no Quadro I indicam que, dos 163.355 casos de Aids notificados no país desde o início da epidemia, apenas a quarta parte

ocorreu em pessoas do sexo feminino. Entretanto, o crescimento do número de casos de Aids em mulheres, principalmente a partir de 1990, aumentou consideravelmente. Só no último período de diagnóstico, esse aumento foi de cerca de 65%, enquanto que entre os homens, no mesmo período, o aumento foi menor do que 1%.

A proporção entre o número de casos de Aids em homens em relação a esse número em mulheres, portanto, vem caindo consideravelmente. Dos cerca de 17 casos ocorridos em homens para cada caso em mulher, no início da epidemia, o último período analisado já mostra três casos de Aids em homens para cada caso em mulher. É possível suspeitar que, em breve, a proporção entre os sexos estará igualada. Uma igualdade inútil, que apenas denuncia a insuficiência e/ou ineficácia de programas preventivos especialmente elaborados para esse grupo social.

Quadro II

Distribuição dos casos de Aids no Brasil: Período de diagnóstico x Faixa etária

Período de diagnóstico	FAIXA ETÁRIA				TOTAL
	<13 anos	13 a 49 anos	>50 anos	Idade ignorada	
1980-1984	12	144	22		178
1985-1989	517	13.301	1.094		14.912
1990-1994	2.208	62.227	4.600		69.035
1995-1999	2.843	69.945	5.952		78.740
TOTAL (1980-1999)	5.580	145.617	11.668	49	163.355
	3,4%	89,1%	7,1%	0,3%	99,9%

É notável a incidência da doença entre a população jovem desde o início da epidemia. Na faixa etária que inclui os cerca de 90% dos casos de Aids estão os(as) adolescentes, os(as) jovens e as pessoas adultas. Entretanto, considerando os percentuais de crescimento do número de casos de Aids por faixa etária no período 1995-1999, observa-se que enquanto o grupo correspondente a pessoas entre 13 e 49 anos apresentou um percentual de crescimento de 12,4%, os outros dois grupos representados cresceram cerca de 30%. A limitação dos dados até aqui apresentados, porém, não permite arriscar uma tentativa de justificção consistente.

Quanto às categorias e subcategorias de exposição, o Quadro III demonstra que a via sexual permanece sendo o principal veículo de transmissão do HIV/Aids entre as pessoas.

Como o atributo "sexo" não está representado nesse Quadro, é necessário esclarecer que, segundo os dados oferecidos pelo Boletim Epidemiológico, todos os casos de Aids referentes a pessoas do sexo feminino encontram-se registrados na subcategoria de exposição "heterossexual", enquanto que os casos entre homens encontram-se distribuídos nas três subcategorias propostas. Embora

não haja uma justificativa explícita para o critério adotado, mas considerando que a Aids foi inicialmente diagnosticada em pessoas do sexo masculino com orientação homossexual e bissexual, é possível supor que, desde as primeiras notificações oficiais, os serviços de saúde não venham recebendo instrução específica para, ao colherem informações junto às mulheres doentes, indagar sobre sua orientação sexual. Nesse caso, os dados do Ministério da Saúde tornam "invisíveis" as mulheres cujas vivências sexuais escapam ao enquadre heterossexual. De outra maneira, seria necessário admitir que as mulheres que fazem sexo com mulheres e aquelas de orientação bissexual não sejam passíveis de contaminação pelo HIV/Aids.

Quadro III

Distribuição dos casos de Aids no Brasil: Período de diagnóstico x Categoria de exposição*

Período de diagnóstico	CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO								
	Sexual			Sanguínea			Peri	Ignor	Total
	Homo	Bi	Hetero	UDI	Hemo	Transf			
1980-1984	82	38	5	6	12	6	-	29	178
1985-1989	5.400	2.525	1.090	2.410	423	653	234	2.355	15.090
1990-1994	14.830	7824	12.769	16.325	451	1.674	1.705	13.694	69.272
1995-1999	11.160	6.463	24.222	13.350	193	1.042	2.535	19.850	78.815
TOTAL	31.472	16.850	38.086	32.091	1.079	3.375	4.474	35.928	163.355
1980-1999	36,4%	19,5%	44,1%	87,8%	3%	9,2%	4.474	35.928	163.355
		86.408		36.545			4.474	35.928	163.355
		52,9%		22,4%			2,7%	22%	100%

* Isento do conceito de "grupo de risco", mas para manutenção da série histórica, assim como no Boletim Epidemiológico, também nesse Quadro o critério hierarquizado por categoria de exposição foi conservado.

Abreviaturas utilizadas para as Categorias/Subcategorias de Exposição: Homo = Homossexual; Bi = Bissexual; Hetero = Heterossexual; UDI = Usuário de Droga Injetável; Hemo = Hemofílico; Transf = Transfusão; Peri = Perinatal; Ignor = Ignorado.

Nos países industrializados, já existem pesquisas e relatos feitos com lésbicas e por lésbicas descrevendo casos de transmissão do HIV na relação sexual entre mulheres. Pondera-se que o baixo índice de casos públicos de Aids, entre lésbicas, pode dever-se, por um lado, ao fato das lésbicas serem incluídas estatisticamente na categoria "mulher", em geral, permanecendo, portanto invisíveis, e por outro, às próprias vias de transmissão do vírus, mais limitadas nas relações entre mulheres (haveria menor quantidade de HIV nas secreções vaginais, por exemplo). Seja como for, é essencial saber que risco pequeno não significa nenhum risco. (MARTINHO, 1996:9; negrito da autora).

Assim, considerando que os casos notificados nas subcategorias homossexual e bissexual correspondem a pessoas do sexo masculino, os dados relativos ao último período (1995-1999), apontam para uma redução de 24,7% entre homens que fazem sexo com homem e de 17,4% do número de casos de Aids entre os bissexuais. Em contrapartida, observa-se, no mesmo período, um aumento de cerca de 90% do número de casos entre pessoas heterossexuais. O enfoque diferenciado das ações de prevenção sobre os componentes dos diferentes grupos sociais, guiadas pela noção de “grupos de risco”, como já aludido anteriormente, e a conseqüente desatenção para com as pessoas de orientação heterossexual, consideradas “imunes” ao vírus e as suas conseqüências, pode explicar, ao menos em parte, a mudança do perfil epidemiológico da Aids em termos da categoria sexual de exposição (Figueiredo, 1998b).

Na categoria de transmissão sangüínea, todas as subcategorias apresentaram diminuição do número de casos de Aids no último período considerado. No tocante à contaminação através dos bancos de sangue, essa diminuição pode significar a melhoria da qualidade dos serviços prestados por esses órgãos, uma das primeiras medidas efetivas de prevenção adotadas institucionalmente (Figueiredo, 1998b). A queda de cerca de 18%, no último período, da transmissão através do uso de drogas injetáveis, pode indicar algum progresso na área da prevenção. Contudo, trazendo novamente à tona a questão do número de casos de Aids em homens e em mulheres e considerando os números ainda elevados da subcategoria UDI, é possível concordar com Brito (1998, p. 9), quando diz que “há fortes indícios de que o aumento dos casos entre mulheres estejam relacionados à adoção pelos seus companheiros de práticas sexuais com múltiplos parceiros ou **porque são usuários de drogas injetáveis**”. (negritos meus).

O crescimento do número de casos da doença por transmissão perinatal no último período – 48,6% – pode relacionar-se tanto com o aumento do número de casos de Aids em mulheres, conforme indicado no Quadro I, quanto com o aumento verificado em pessoas com idade inferior a 13 anos de idade, exibido no Quadro II.

Em relação ao nível de escolaridade da população atingida, o número de casos de Aids tem crescido, em termos percentuais, entre pessoas de escolaridade elementar. Se “o grau de escolaridade em si tem associação comprovada com o nível de saúde dos indivíduos e grupos populacionais” (BRASIL, 1997, p. 34), justifica-se a indicação de que cerca de 50% dos casos da doença no período 1995-1999 recaem sobre pessoas que só possuíam essa escolarização no momento do diagnóstico.

Considerando que as pessoas de nível universitário estão entre aquelas pertencentes aos extratos socioeconômicos mais abastados da população, a queda acentuada da incidência da doença entre pessoas dessa escolaridade corrobora os resultados da pesquisa CEBRAP & MS (1999), já referida neste trabalho.

Assim, além de reforçar a necessidade de políticas governamentais efetivas em favor da universalização da educação básica, os dados indicam a importância

de se iniciar, cada vez mais cedo – nas escolas e demais setores da sociedade – o trabalho de prevenção ao HIV/Aids.

Quadro IV

Distribuição dos casos de Aids no Brasil: Período de diagnóstico x Escolaridade

(indivíduos com 19 anos de idade ou mais)

Período de diagnóstico	ESCOLARIDADE*					TOTAL
	Analfabeto	1º Grau	2º Grau	Superior	Ignorado**	
1980-1984	-	13 (8,2%)	20 (12,6%)	28 (17,6%)	98 (61,6%)	159 (100%)
1985-1989	264 1,9%	4.354 30,7%	2.097 14,8%	2.236 15,8%	5.229 36,9%	14.180 101%
1990-1994	1805 2,7%	28.835 43,7%	10.663 16,2%	6.871 10,4%	17.757 26,9%	65.931 99,9%
1995-1999	3.278 4,3%	38.133 50,7%	11.422 15,2%	5.206 6,9%	17.181 22,8%	75.220 99,9%
TOTAL (1980-1999)	5.347 3,4%	71.335 45,9%	24.202 15,6%	14.341 9,2%	40.265 25,9%	155.490 100%

* Não é feita distinção entre escolaridade completa ou incompleta para cada grau (cf. CN-DST/AIDS).

** Inclui casos com escolaridade não investigada ou investigada, sem ser caracterizada (cf. CN/DST/AIDS).

Considerações Finais

Assumindo a posição de que “a noção de Vulnerabilidade retira a prevenção [ao HIV/Aids] do nível apenas individual e a remete à complexidade cultural, social e política onde a pessoa se encontra” (Figueiredo, 1998b, p. 14), o estudo do perfil epidemiológico da Aids pode contribuir tanto para o desenvolvimento de posturas politicamente corretas como para enfatizar a necessidade de adoção de medidas preventivas relacionadas à sexualidade e ao uso indevido de drogas.

Nessa perspectiva, a abordagem dos Quadros sintéticos produzidos a partir de dados oficiais atualizados e as inferências apresentadas, longe de se pretenderem conclusivas, servem para ilustrar o tipo de conhecimento que pode ser construído na interação com as pessoas, alvos dos programas de prevenção.

Os contextos educacionais adequados para o desenvolvimento de um trabalho dessa natureza são todos aqueles onde a *prevenção* é vista como a melhor resposta para conter o avanço do HIV/Aids.

Referências Bibliográficas

- BARATA, R. B. Epidemiologia clínica: nova ideologia médica? *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 555-60, out./dez. 1996.
- BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros curriculares nacionais: apresentação dos temas transversais e ética*. Brasília: MEC/SEF, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. *Aids no Brasil*. Brasília: MS/SPS/CN-DST/Aids, 1998.
- _____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde estima que existam 536 mil pessoas com aids. *Ministério da Saúde - Notícias*. Brasília: 16 set. 1999a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico - Aids*. Ano XII, n. 02, mar./mai. 1999b.
- _____. Ministério da Saúde. *Controle do HIV/Aids: a experiência brasileira - 1994-1998*. Brasília: SPS/CN-DST/Aids, 1999c.
- BRITO, I. Desafios da prevenção do HIV/Aids no contexto transcultural. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico - Aids*. Ano XI, n. 02, mar./mai. 1998.
- CEBRAP (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento). BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SPS/PN DST/AIDS). *Projeto "Comportamento sexual da população brasileira e percepções sobre HIV e Aids"*. Brasília: MS/SPS/PN DST/Aids, 1999.
- FERREIRA, V. M. B.; PORTELA, M. C. Avaliação da subnotificação de casos de Aids no Município do Rio de Janeiro com base em dados do sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.317-24, abr./jun. 1999.
- FIGUEIREDO, R. M. D. Repensando estereótipos e a mulher frente às DST/Aids para ações de saúde. In: *Prevenção às DST/Aids em ações de saúde e educação*. São Paulo: Nepaids, 1998a.
- _____. Evolução das designações atribuídas aos grupos visados pela epidemia de Aids no Brasil. In: *Prevenção às DST/Aids em ações de saúde e educação*. São Paulo: Nepaids, 1998b.
- _____. GREGORI, R. Os diferentes modelos de prevenção à Aids adotados em campanhas e projetos. In: *Prevenção às DST/Aids em ações de saúde e educação*. São Paulo: Nepaids, 1998.
- MARTINHO, M. *Cartilha Prazer sem medo*. 2. ed. São Paulo: Rede de Informação Um Outro Olhar/ MS/SPS/PN DST/AIDS, 1996.
- SERAFIM, D., DONEDA, D., MARQUES, L.F. Alguns subsídios para atuação na área de drogas e Aids. *Boletim Uso Indevido de Drogas e DST/Aids*. Brasília: MS/SPS/CN-DST/Aids, Ano II, n. 5, 1998. (Encarte do Boletim Epidemiológico - Aids. Ano XI, n. 3, jun./ago. 1998).