

O ENSINO SUPERIOR E A SIDA

CLÁUDIA CHAVES¹

ANABELA PEREIRA²

ROSA MARTINS¹

JOÃO DUARTE¹

RUI DIONÍSIO³

¹ Docente da Escola Superior de Saúde
e investigador(a) do Centro de Estudos em Educação, Tecnologia e Saúde (CI&DETS)
do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal.

(e-mail: claudiachaves21@gmail.com; romymartins@sapo.pt ou rmartins@essv.ipv.pt;
duarte.johnny@gmail.com ou jduarte@essv.ipv.pt)

² Docente e investigadora da Universidade de Aveiro – Portugal. (e-mail: apereira@dce.ua.pt)

³ Enfermeiro na Unidade de Saúde Pública do ACES Dão Lafões II – Portugal. (e-mail: rmtdsps@hotmail.com)

Resumo

Pensarmos, comprometermo-nos e agirmos em prol de uma escola melhor é um contributo para a construção de uma sociedade mais justa. Na escola não podemos apenas ensinar, necessitamos de aprender, questionarmos a situação actual, tentarmos melhorá-la e incentivar mudanças construtivas.

A infecção VIH/sida, é categorizada como doença crónica, em que há a responsabilidade individual pela sua prevenção e pelos comportamentos que levaram à aquisição da mesma. Com a infecção VIH/sida surge o estigma, a discriminação, o isolamento imposto e o sofrimento apesar da resposta terapêutica, dependendo dos contextos sociais, familiares, culturais em que cada indivíduo está inserido. A infecção VIH/sida não escolhe idade, sexo ou estatuto social, mas é vivenciada por todos embora de formas diferentes. Estes factos levam a que jovens adultos, poderão estar em risco sem se aperceberem ou terem consciência de tal, porque na maioria dos casos ignoram os avisos relativos ao risco. Alguns estudos têm vindo a referenciar que este grupo não toma as precauções adequadas relacionadas com os comportamentos de risco contra a gravidez e contra as infecções sexualmente transmissíveis.

O grupo dos adolescentes e jovens adultos constitui um desafio particularmente difícil na luta contra a SIDA.

Alguns destes jovens adultos constituem um grupo que faz a “ponte” entre os que se encontram infectados e o grupo mais vasto dos adolescentes e jovens adultos que não tem infecção ou que poderão já ser portadores assintomáticos.

Perante a demora no desenvolvimento de uma vacina para a prevenção da infecção e na ausência de um tratamento eficaz da doença, a prevenção ocupa um lugar primordial no contexto de formas a utilizar contra esta grande ameaça colectiva. Devemos pois utilizar todos os recursos que nos proporcionam a informação e educação para a saúde, não esquecendo a luta contra a discriminação e marginalização dos doentes infectados como pilar fundamental.

Palavras-chave: infecção VIH/sida, ensino superior, educação para a saúde, comportamentos preventivos.

Abstract

When we think, make a commitment and act on behalf of a better school, it is a contribution towards the building of a fairer society. In school we do not merely teach; we need to learn, question the current situation, try to improve it and encourage constructive changes.

HIV/AIDS infection is listed as a chronic disease for which there is individual responsibility for its prevention as well as for the behaviours which lead to contracting this disease. Depending on the social, family and cultural contexts an individual finds himself immersed in, HIV/AIDS may infection bring with it stigma, discrimination, imposed isolation and suffering despite response to treatment. This infection does not choose age, gender or social status but is experienced by everyone albeit differently. This may mean that young adults can be unwittingly at risk because in most cases they ignore. A number of studies have been referring that this group does not take appropriate preventative steps regarding risk behaviours pertaining to pregnancy and sexually transmitted diseases.

The group of adolescents and young adults constitute a particularly difficult challenge in the fight against AIDS. Some of these young adults constitute a bridge between those who are infected and a broader group of adolescents and young adults who are not infected or who may be asymptomatic carriers.

Given the delay in developing a vaccine against the infection and in the absence of an effective treatment of the disease, prevention is of the utmost importance in fighting against this collective threat. We should use all of the resources at our disposal to promote information and education for health, not forgetting the battle against discrimination and marginalization of infected patients as a fundamental pillar in the fight.

Keywords: infection HIV/AIDS, higher education, health education, preventive behaviour.

Introdução

A educação engloba ensinar e aprender e tem nos seus objectivos fundamentais a transmissão da cultura de geração para geração, realizando ao longo do ciclo de vida a construção do conhecimento. Em Portugal, a educação escolar compõe-se de educação básica, formada pelo ensino infantil e médio (sendo considerada fundamental e também designada por 1º, 2º e 3º ciclo), ensino secundário e superior. O ensino superior forma profissionais e investigadores em uma determinada área do conhecimento humano. É oferecido em Universidades, Institutos Politécnicos e outros Institutos Superiores, nas suas faculdades e escolas superiores. Na hierarquia das graduações académicas, a licenciatura é o grau conferido por três ou quatro anos de curso universitário ou politécnico. Com a entrada em vigor, na Europa, do Tratado de Bolonha, a licenciatura passa a figurar como o primeiro grau académico, devido à extinção dos cursos de bacharelato.

Mas a Escola é um projecto em realização continuada e permanente. Neste projecto, podemos individualizar algumas componentes, do tipo: organizacional, científico, cultural e ético. Tais componentes não estarão explicitamente formulados em textos, mas sentem-se na vida diária das instituições, imprimindo-lhe carácter.

Assim e em termos organizacionais, a Escola funciona como um sistema evolutivo, adaptável e actuante, sistema este que constitui a estrutura de uma comunidade viva, integrando elementos permanentes e elementos mutáveis. Esta comunidade move-se por objectivos finais que devem ser comuns a todos os seus membros e para isso planeia, executa e responde perante desafios sociais fazendo-o como um todo. Digamos que procura realizar uma verdadeira comunidade de trabalho, na qual todos os elementos são solidários e responsáveis no grau e nas funções que a cada um competem e nas circunstâncias em que cada um se encontra. Não obstante, se

desfrutamos de apreciável autonomia cabe-nos em consequência a correspondente responsabilidade: interna, hierárquica e social.

A componente científica da Escola revê-se em objectivos finais que, não obedecendo a uma clara hierarquia, se alinham pela ordem: ensino, investigação e acção externa. Naturalmente, o peso maior das prioridades recai na área do ensino, mas a responsabilidade da Escola inclui também o dever de criar e aperfeiçoar a ciência e a técnica, intervindo na comunidade, apoiando-a e impulsionando-a e procurando melhorá-la. Trata-se de facto de uma atitude pedagógica global.

Na formação em geral, mas na saúde em particular, valorizamos a família, as crenças e os factores culturais, entre outros aspectos. E a cultura é, em termos muitos simples, o estilo de vida comum que caracteriza um povo. A cultura abrange a totalidade dessa vida em comum, designadamente: a convivência, a história e as estruturas sociais e políticas. A cultura de um povo define o tipo de homem que a cria e que é, ao mesmo tempo, sua resultante.

Nesta perspectiva os estilos de vida são cada vez mais influenciados pelas políticas de actuação das entidades públicas e pelas das empresas que controlam a produção de bens e que levam a cabo acções promocionais em favor de produtos que até podem ser nocivos. Deste modo, também as possibilidades de escolher estilos de vida saudáveis, bem como as incitações a essa escolha, dependem grandemente das opções políticas que regem a vida socioeconómica da população.

Para serem eficazes, os programas de saúde sobre estilos de vida, devem dirigir-se às influências estruturais que se exercem sobre o comportamento e às diversas componentes deste. Assim há problemas éticos a considerar na concepção das políticas e dos programas respeitantes aos estilos de vida saudável, ou seja existe o dever de procurar o equilíbrio entre o respeito pelo direito do indivíduo à livre escolha e o dever da sociedade em promover a saúde da população.

Nesta abrangência a vida da Escola encontra-se subordinada a normas éticas, entre as quais podemos apontar o respeito pela verdade científica, a humildade perante a dúvida e o erro, a capacidade de correcção, a honestidade de processos de trabalho e a defesa da independência científica.

No entanto, tudo isto tem como pólo de atracção e limites o respeito pelo homem integral e pelo seu valor individual, social e transcendente. Falamos do homem concreto, da pessoa humana, origem, destino e razão de tudo o que estudamos, ensinamos e investigamos.

Actualmente, o nível de educação formal mais promovido e pretendido é o ensino universitário e politécnico, que são vistos como um porto de abrigo que muitos continuam a querer alcançar.

Ser estudante do ensino superior pode constituir um ambicionado desafio, representando a oportunidade para alcançar a emancipação desejada e incrementar competências específicas numa determinada área instrutiva (Pinheiro, 2003).

Ao chegarem ao ensino superior, os estudantes, na sua maioria, experimentam uma certa insegurança relativamente ao novo estilo de vida (contactos sociais, papéis e rotinas que têm de desempenhar). Possuem também expectativas positivas em relação à sua nova vida e são quase sempre partilhadas com a família e os amigos, com um certo orgulho.

O entusiasmo motivado pelo ingresso no Ensino Superior (que origina expectativas positivas), também pode conduzir a sentimentos de tristeza e à saudade da família e dos amigos o que, por sua vez, pode contribuir para que essas mesmas expectativas se alterem em expectativas negativas (Pinheiro, 2003).

A transição do ensino secundário para o ensino superior é marcada por diversas exigências, nomeadamente a nível pessoal, social e académico.

Novas metodologias de ensino e de avaliação, a capacidade de adquirir e modificar rotinas e hábitos de estudo, além de uma maior autonomia na gestão do tempo, constituem novos contextos de vida e desafios com que o jovem se confronta ao ingressar no Ensino Superior. Ocorrem modificações no sentido de uma maior emancipação e uma maior autonomia na gestão dos recursos económicos, mas também ao nível da resposta às solicitações internas (dos desejos, aspirações e do desenvolvimento em geral dos jovens adultos) e externas (da sociedade e do mercado de trabalho) (Pinheiro, 2003).

Sendo o Ensino Superior uma instituição de índole social, pensamos que o mesmo deveria apoiar-se na cooperação e no trabalho de equipa entre prestadores de cuidados de saúde, indivíduos, famílias e grupos da comunidade. A pertinência desta parceria é tanto mais exigível se tivermos em conta o facto da ausência de tratamento curativo da infecção VIH, e neste sentido a prevenção converte-se na arma mais eficaz, para combater ou travar esta pandemia. Desta forma as Instituições de Ensino Superior desempenham um papel fundamental e primordial na promoção e prevenção desta afecção.

Os estudantes do ensino superior e a SIDA

Segundo a OMS, o termo "juventude " implica que o indivíduo tenha uma idade entre 15 e 24 anos; e "gente jovem" é um termo que cobre as idades de dois grupos, isto é entre os 10 e 24 anos. O jovem, na relação interpessoal, é alguém a estruturar a sua convicção de poder ser amado e, por isso, de poder amar. Alguém a experimentar-se, a ensaiar gestos, ainda à procura de significados, num espaço cada vez mais aberto a novos objectos (Machado, 2000). O jovem adolescente terá que se tornar

progressivamente independente dos pais e adquirir uma autonomia face à família. Refere igualmente que a alteração entre a relação pais-filhos é difícil para ambos, uma vez que os pais têm de terminar o relacionamento até aqui estabelecido com os seus filhos.

Deste modo os limites da juventude abrangem um carácter social e cultural e não apenas limites cronológicos, sendo delineados pela sua capacidade activa, isto é, pela capacidade de participação na produção e reprodução da própria sociedade. Segundo Castro, (2007) os jovens ainda estão sob o cuidado e protecção dos adultos. De acordo com Melo (2004), os jovens adultos estão no auge da sua força, energia e resistência. É durante o início da idade adulta que os sentidos e o estado de saúde estão no seu apogeu.

Esta representação sente-se mais intensamente nas práticas sociais e culturais que determinam a experiência do jovem hoje, situado numa moratória social e profissional.

As representações sociais são estudadas por vários autores sendo Moscovici (1984) um autor de referência obrigatória nesta temática. As representações sociais mais não são do que o reflexo da realidade social, realidade esta que está em constante devir, tendo repercussão na forma como interpretamos os acontecimentos do dia-a-dia (Moscovici, 1984; Gomes, 2002). Neste sentido, a representação da saúde e da doença repercute a relação que o indivíduo estabelece com a sociedade. Tal como menciona Herzlich (1996, p. 178) a saúde e a doença apresentam-se sempre como uma forma de interpretação da sociedade pelo indivíduo e vice-versa. Para a autora, estudar as representações sociais da saúde e da doença é observar como um conjunto de valores, de normas sociais e de crenças culturais são sentidos, pensados e partilhados pelos indivíduos. As representações sociais da saúde e da doença não são estáticas mas criam-se e recriam-se na interacção que estabelecemos com os outros pois a doença é uma realidade construída pelo doente, construção essa que está em constante devir pois as nossas ideias, percepções, quadros de referência sobre a saúde e a doença mudam a toda a hora, de acordo com o nosso estado de espírito, as nossas amizades e relações que estabelecemos com o mundo (Gomes, 2002; Duarte, 2002).

Também Duarte (2002, p.97), refere que “estar saudável é uma construção social que ajuda a compreender o nosso lugar e o dos outros no mundo, daí que ser considerado saudável (...) torna-se um código moral”.

A saúde e a doença fazem parte da vida humana e manifestam-se no corpo, daí a interligação entre saúde e realização pessoal. Neste sentido podemos afirmar que a saúde e a doença influenciam a forma como o indivíduo interpreta e se relaciona com a sociedade. A doença depende de comportamentos e condutas de cada um e envolve, segundo Herzlich (1996), o “fond de santé” sendo que, quanto menor for este fundo de

saúde do indivíduo, maior será a probabilidade deste adoecer. Grossman (referido em Duarte, 2002) tem opinião idêntica defendendo que cada indivíduo tem um stock de saúde que se vai desgastando ao longo da vida, dependendo dos modos de vida do indivíduo e do investimento que é feito em termos de saúde. Quanto maior for o investimento em saúde (consultas de rotina, hábitos alimentares saudáveis, entre outros) maior será o stock de saúde, logo menor será a probabilidade de adoecer.

Herzlich (1996) afirma que a saúde e as doenças são vividas pelos indivíduos como universos de comportamentos e de condutas e não como estados, tal como defende a Organização Mundial de Saúde – saúde é o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social. De facto, quando doentes, agimos de forma diferente: uns interrompem a sua actividade profissional, outros desempenham as suas actividades sociais habituais. Daí que a autora afirme que a doença não torna um indivíduo doente. É a actividade e a inactividade profissional que nos permitem definir a doença e a saúde como condutas e não como estados orgânicos. Quando a conduta e o estado orgânico se juntam, a doença instala-se ficando o indivíduo impotente face às manifestações orgânicas da doença. Dos relatos que ouvimos, lemos e vemos acerca da experiência da doença pela infecção VIH, a mesma caracteriza-se pela exclusão social, inactividade e dependência e, na maior parte dos casos, é tida como uma situação que não traz benefícios para a vida do indivíduo.

O desenvolvimento físico e psicossocial

É no período que decorre entre os 15 e os 20 anos, que predominam os aspectos do desenvolvimento psicossocial. Este é caracterizado, sobretudo, pela afirmação pessoal e pela necessidade de pertença a um grupo (Afonso & Lucas, 2001). A juventude, é caracterizada como uma categoria social, ou seja, é vista como uma concepção, representação ou criação simbólica, imaginada pelos grupos sociais ou pelos próprios jovens, para designar uma série de comportamentos e atitudes a eles atribuídos (Parizotto & Tonelli, 2005).

Para o autor, a juventude como camada social, não passa apenas por várias modificações ao longo dos tempos, mas também é uma representação e uma situação social simbolizada e vivida com muitas diferenças na realidade diárias, devido à sua combinação com outras situações sociais, assim como às suas próprias características.

O jovem adulto encontra-se numa fase de desenvolvimento entre a adolescência e a idade adulta, que está compreendida em torno dos 20-25 anos. Esta fase caracteriza-se por um estabelecimento estável da identidade pessoal e sexual, uma certa independência dos pais e marca o início da fundação de uma escala de valores ou código de ética próprio. É importante lembrar que estas características podem variar de pessoa para pessoa, dependendo da sua cultura, da sua classe social e da sua experiência

de vida. A nossa cultura considera os anos iniciais da vida adulta, os melhores do ciclo vital verificando-se que também fisicamente isso é uma realidade. Já sob o aspecto social e emocional, esses anos têm sido considerados stressantes e difíceis, quando comparados com qualquer outra fase da vida adulta. Um dos motivos que contribui para esse stress é o ingresso no ensino superior, uma vez que o jovem pode apresentar dificuldade de adaptação com o novo ambiente, com os novos colegas, tendo uma relação mais distante com os professores, assim como a dependência económica dos pais (Neves, 2006).

É verdade que o jovem adulto se caracteriza pela posse da maturação física, cognitiva e emocional. Contudo nem todos são independentes financeiramente de seus pais e isso é realmente um factor que gera angústia. De acordo com a literatura, o indivíduo é melhor aceite socialmente quando exerce alguma função social, seja ela trabalhar ou estudar. Pelo facto dos jovens estarem numa Faculdade (uma função social), a família sente-se no dever de sustentá-los, diminuindo-lhes a angústia. Ao longo do curso, a mesma pode aumentar devido a uma maior percepção das dificuldades do trabalho e do fracasso na vida profissional. Por outro lado, tomam consciência de que, mesmo estudando, terão que ser sustentados até se formarem e conseguirem um emprego (Neves, 2006).

O jovem é aquele que sob o ponto de vista de inclusão no mundo do trabalho, ainda o deve adiar para realização de uma preparação adequada (Castro, 2007).

Os autores Kirchler & Pereira, (1996), apresentam como tarefas desenvolvimentais mais importantes para o jovem, aceitar o seu corpo e adquirir um papel sexual masculino ou feminino, desenvolver relações apropriadas com os pares de ambos os sexos, tornar-se emocionalmente independente dos pais e de outros adultos, desenvolver capacidades cognitivas essenciais para as competências sociais, compreender e adquirir comportamentos socialmente responsáveis, adquirir valores num sistema ético de crenças que formem a base do seu comportamento e se tornem na ideologia do sujeito, entre muitos outros factores.

O jovem e o corpo

A forma como encaramos actualmente o nosso corpo é, sem dúvida o resultado dos avanços científicos, tecnológicos de disciplinas como a engenharia genética e a biologia molecular, característicos da época em que vivemos. Neste sentido podemos afirmar que o corpo é cultural pois é o resultado da sociedade em que estamos inseridos, é o reflexo do comportamento social do indivíduo inserido em grupos, logo, na opinião de Braunstein & Pépin (1999, p.10), o corpo “está dentro da nossa vida quotidiana, nas suas relações de produção e de troca, é um meio de comunicação, por meio do uso de

um certo número de sinais ligados à linguagem, aos gestos, às roupas, às instituições, às percepções que temos da realidade”.

Falar em corpo só faz sentido quando referenciado a alguém. Corpo com órgãos, corpo que age de acordo com a sociedade em que se encontra. Corpo é um fenómeno com diversas facetas, nomeadamente a da desigualdade social, pois a forma como olhamos o corpo pode ser indicativa da pertença de classe. Se em meios mais desenvolvidos, o corpo é visto numa perspectiva estética, em meios com carências económicas, o corpo é um instrumento de trabalho imprescindível à sobrevivência (Resende, 1999).

O corpo, afirma Babo (2001), transporta consigo marcas de vivências acidentais e estigmatizadas. O corpo que fazia parte da esfera privada passa para a esfera pública, havendo uma subordinação do corpo ao olhar do outro nesta era de corporeidade. Como refere Resende (1999, p. 16) “o corpo socializado apreende o uso das técnicas corporais de acordo com os contextos culturais onde se encontra inserido”. Independentemente da época em que estamos inseridos, somos um corpo dentro de uma comunidade com determinados hábitos culturais, usos e costumes, com uma determinada linguagem e percepção da realidade.

Independentemente da época e sociedade em que nos encontramos, o corpo está patente em áreas como a literatura, a filosofia, a ciência, a medicina, a arte, pois o corpo é, desde a antiguidade grega e latina, fonte de inspiração e reflexão das ciências humanas e, mais recentemente da psicologia, da sociologia, e da antropologia, sendo ainda objecto de inspiração estética. Barthes fala num corpo subjectivo sendo que, segundo Brites (2001, p. 17) “o texto-corpo é uma expressão do homem-corpo, na sua globalidade sensorial, afectiva, racional e ética. Isto significa que o corpo barthiano reúne no seu significado, ou na sua estrutura, o corpo subjectivo do autor projectado na sua obra, bem como a obra em si”.

Foucault (2000) defende a necessidade de adoptar uma nova forma de olhar o corpo do paciente, que coincide com o advento do capitalismo, através da vigilância. O autor atribui grande importância ao corpo afirmando que este é construído através do discurso. Aliás o autor debruçou-se sobre o estudo das representações médicas, discursos estes que visam a disciplina e o controlo dos seus pacientes.

O corpo doente carrega consigo os sinais de determinada doença que serão transmitidos de modo diferente atendendo à personalidade, experiência, vivência e crenças da pessoa que personaliza determinado corpo através de gestos ou posturas corporais. Cada corpo, inserido numa determinada época e grupo social conta a história política, social, cultural e económica do seu tempo, como refere Babo (2001) tem vivência. O corpo é assim um modo de identificação das diferenças que caracterizam cada uma das épocas. É uma construção individual e social. Os usos sociais do corpo

têm-se alterado ao longo dos tempos. Elias (1989) afirma que a socialização e educação do corpo está associado ao surgimento das condições sanitárias.

Sem dúvida que os progressos da medicina foram importantes devido aos avanços da tecnologia, tais como os raios X, permitindo conhecer melhor o corpo e ajudar a detectar mais rapidamente as doenças, verificando-se assim muitos progressos terapêuticos. As grandes descobertas da biologia, tais como as investigações no campo da genética e da recente descoberta do código genético, vão contribuir para os progressos terapêuticos, criando uma ilusão latente de vencibilidade perante a doença. Estamos assim perante a complexidade criada entre o desenvolvimento da medicina, aliado a uma mutação constante do mundo virológico. Este dilema escapa ao indivíduo que espera que as consequências dos seus comportamentos sejam rapidamente e com sucesso colmatadas, sem que daí advenha nada mais que uns dias de mal-estar. Falamos de jovens que não se revêem como grupo de risco para a doença, pois estão no auge do seu desenvolvimento a todos os níveis, onde a beleza e ser saudável sobressaem. Referimo-nos a uma doença, infecção VIH/sida, que com um período de incubação até 10 anos, com sintomatologia inicial comum a outras manifestações clínicas, perde visibilidade no rosto de quem está infectado.

Sem corpo não existimos; além de ser propriedade de cada um, exige determinados cuidados e respeito por ele, sob pena de sermos marginalizados pela sociedade. É responsabilidade de cada um cuidar do corpo, através da prática do exercício físico, de uma alimentação saudável, da visita regular ao médico, entre outros.

Na actual era da corporeidade o corpo faz parte da esfera pública, havendo uma subordinação do corpo ao olhar do outro. Através do corpo é visível toda uma vida de alegria, de sofrimento, de desejo e de apropriação de informação. Deste modo, “o corpo é o unificador por excelência da experiência vivida” (Babo, 2001, p. 258). Corpo e linguagem estão intimamente associados pois o corpo tem a capacidade de captar os signos e de produzir significância. O homem utiliza a técnica científica em seu proveito mas deve saber onde estão as fronteiras do possível, do ético e do impossível. Até onde podemos expor o nosso corpo?

Um outro aspecto relevante prende-se com a escolha do parceiro amoroso. É considerada uma das escolhas importantes nesta fase. Para Erikson a tarefa principal do jovem adulto é o desenvolvimento de relacionamentos íntimos. É neste período que as pessoas constituem relacionamentos que se podem prolongar pelas suas vidas adultas, relacionamentos baseados na amizade, no amor e na sexualidade. A intimidade inclui a ideia e a necessidade de pertencer a alguém, estabelece relacionamentos fortes, estáveis, íntimos e amorosos, sendo assim um forte motivador do comportamento humano que, por sua vez interfere com o corpo e com o estado de espírito.

O jovem e a SIDA

Segundo a OMS, é necessária a estimulação das pessoas para evitar determinados comportamentos que são a base da transmissão do VIH.

Além disso, é importante que as intervenções de prevenção cheguem até aqueles que têm comportamentos de risco. Os jovens parecem ser um grupo que é especialmente vulnerável. Segundo os dados da OMS, 50% da transmissão do VIH dá-se entre indivíduos com idades compreendidas entre 15 e 24 anos, sendo que 5 000 a 6 000 jovens ficam infectados por dia. A segunda década da vida é um período de experimentação e risco, e muitos factores aumentam a vulnerabilidade do jovem ao VIH durante esses anos de rápido desenvolvimento físico e psico-social. Esses factores incluem a falta de conhecimento sobre VIH/sida, falta de educação e “*life skills*”, deficiente acesso a serviços de saúde e iniciação sexual, entre outros.

Face a este reconhecimento da vulnerabilidade dos jovens, foram delineadas prioridades de acção, que, segundo a OMS, deverão incluir as intervenções preventivas, desenvolvidas em vários locais como nas escolas, nos serviços de saúde, nos meios de comunicação social e também na comunidade em geral.

O Ensino Superior faz parte integrante do sistema de educação. Proporciona um nível de acesso à formação profissional, de contactos do indivíduo com a família e com a comunidade, permitindo-lhe igualmente uma aproximação ao mercado de trabalho especializado, constituindo deste modo o primeiro elemento de um processo permanente de ligação ao mundo do adulto.

Tendo em conta o referido, e de acordo com Mareque (2002), a diversidade das características sociais e demográficas dentro do mesmo país, fazem com que existam importantes diferenças na prevalência das práticas de risco para a transmissão do VIH e influenciando assim no aspecto geográfico da SIDA. Este descreve a distribuição da doença e permite identificar as necessidades sócio-sanitárias que dela derivam. Não obstante, esta epidemia, pode considerar-se o resultado da soma de várias sub-epidemias, que estão definidas pelos diferentes mecanismos de transmissão do VIH e cada uma delas pode apresentar uma distribuição geográfica própria. Pensamos que a análise separada da distribuição geográfica destas sub-epidemias, nos fornece informação de grande utilidade para direccionar uma actuação bem adaptada à situação de cada área geográfica.

Como já referimos, a infecção por VIH e SIDA tem vindo a aumentar, fruto de comportamentos de risco relacionados com a utilização de drogas por via endovenosa, mas existe também, um grande número de infectados que surgem por outras vias (transmissão hetero e homossexual, transfusões com sangue e hemoderivados, filhos de mães infectadas...); factos estes que representam, actualmente, um dos maiores problemas sócio-sanitários a nível mundial. Perante a demora no desenvolvimento de

uma vacina para a prevenção da infecção e na ausência de um tratamento eficaz da doença, a prevenção ocupa um lugar primordial neste contexto de forma a enfrentar esta grande ameaça colectiva. Devemos portanto utilizar todos os recursos que nos proporcionam a informação e educação para a saúde, não esquecendo a luta contra a discriminação e marginalização dos doentes afectados, como pilar fundamental na luta contra a infecção.

Dentro deste prisma, a intervenção nos estabelecimentos de ensino, principalmente no Ensino Superior, deverá ser reforçada, não apenas como catalisadores de acções nas comunidades a nível local, mas também através de novas iniciativas no domínio da educação para a saúde. Partilhamos da opinião de Lucas (1993), quando defende que a promoção da saúde, com incidência na prevenção da SIDA, tem como base o potenciar dos recursos humanos locais, na valorização da pessoa humana, numa acção pelos cidadãos e não para os cidadãos.

A personalização do ensino é uma característica cada vez mais reclamada pelas sociedades modernas, o que significa a necessidade de maior confiança e maior segurança dos cidadãos face ao poder tecnológico do processo ensino/aprendizagem.

O facto de actualmente se reclamar uma maior implicação dos estabelecimentos de ensino, deve-se a uma série de características de indubitável valor. Em primeiro lugar, deve-se à capacidade de realizar um seguimento, de forma continuada, da formação dos jovens, indispensável à formação no âmbito da prevenção VIH/sida. Em segundo lugar, deve-se ao facto de os profissionais da docência, possuírem uma visão integral do estudante que pode facilitar a abordagem global de outras áreas/temas associados à SIDA. Finalmente, em terceiro lugar, o tipo de relação com os estudantes permite desenvolver acções de educação na escola, sensibilizar e alertar os estudantes para as práticas de risco, abordar problemas psicossociais dos afectados (tanto doentes como seus familiares), e ainda participar em iniciativas dirigidas à comunidade.

Nesta linha de pensamento acreditamos que cabe a cada estabelecimento de ensino o desenvolvimento no combate à SIDA de acordo com a sua realidade local.

O mundo em constante transformação exige uma rápida actualização, o complemento à formação inicial, já não é suficiente. O que é hoje necessário é garantir uma educação em permanência, uma renovação constante para um mundo em efervescência constante.

De facto, a formação é um processo dinâmico e evolutivo que se desenrola ao longo de toda a vida, implicando uma transformação individual (ao nível de conhecimentos - saber, capacidades - saber fazer, atitudes - saber ser) e uma mudança institucional (trabalhar e formar colectivamente, para a resolução de problemas comuns). A formação deve estar de acordo com as expectativas do indivíduo, devendo

permitir a integração no campo profissional, resultando daí uma evolução pessoal, que se traduz num melhoramento económico e social.

A educação de jovens adultos abrange todo o conjunto de processos de aprendizagem em curso, formais ou não, através dos quais possam desenvolver as suas capacidades, enriquecendo conhecimentos, aperfeiçoando qualificações técnicas e profissionais e orientando-se para a satisfação das suas próprias necessidades simultaneamente da sociedade. Este sistema educativo, essencialmente vocacionado para a parceria entre sectores ministeriais, entre docentes e agentes de intervenção comunitária, entre os que querem aprender e os que podem ensinar (Melo, 1998).

As novas exigências da sociedade e da vida profissional levantam expectativas que requerem, de todos e de cada um, a renovação permanente dos conhecimentos e das competências ao longo da vida.

A educação é um assunto que a todos diz respeito. Não interessa somente aos professores e aos estudantes, aos técnicos e aos decisores políticos. Atinge todos os portugueses. As suas instituições, organizações e representantes devem participar activamente na construção, execução e avaliação da política e programas educativos. E não só através da acção de cada um com o Estado, mas também, e cada vez mais, na intervenção dos parceiros entre si, estimulado e promovido pelo Estado.

Para além das qualificações académicas e profissionais avançadas, qualquer sociedade em processo constante de mudança exige outras competências, tais como, agilidade mental, capacidade de compreender e de participar em ciclos de transformação, de tolerar e valorizar as diferenças, de cooperar e relacionar-se bem com os outros, de comunicar, de se integrar positivamente em espaços multicêntricos e em expansão, de reconhecer as solidariedades e interdependências entre todas as pessoas. O Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional (1996) fala-nos da educação ao longo da vida e que a mesma deve assentar em quatro pilares: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos, aprender a ser.

Apesar dos avanços científicos nas áreas da virologia molecular do VIH, da patogenia, do tratamento e do desenvolvimento da vacina, a crescente prevalência da infecção durante a última década obriga a que a informação, a educação e a modificação de comportamentos sejam tomadas como “pedras angulares” da prevenção da infecção pelo VIH (Costa, 1995).

Estas responsabilidades estão a cargo, em segundo lugar, aos profissionais de saúde, sendo que aos professores das Escolas de Saúde caberá uma parte desta responsabilidade face à sua sensibilização para a saúde e educação.

Estudos levados a cabo por Lucas & Costa (1995) constataram que os médicos praticamente não são citados como fonte de informação sobre a SIDA e que a

expectativa da população em geral parece ser a de exigir mais informação e mais respostas por parte do seu médico assistente.

Então onde buscar as respostas necessárias para uma intervenção real quer de promoção de comportamentos saudáveis, quer de prevenção e tratamento da doença? A resposta carecerá sempre de uma acção multi-profissional e pluri-institucional, pois lidamos com uma infecção que não só atinge vários órgãos e sistemas do nosso organismo em simultâneo como desorganiza o indivíduo psicologicamente, social e culturalmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, E. & Lucas, A. (2001, Julho/Agosto). A sexualidade na adolescência. *Servir*, Vol.49 (n.º 4), 165-171.
- Babo, M. (2001). Para uma semiótica do corpo. In *Revista de Comunicação e Linguagens*, (nº 29), 255-269. Lisboa: CECL.
- Braunstein, F. & Pépin, J. (1999). *O lugar do Corpo na Cultura Ocidental*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Brites, A. (2001). O corpo e o prazer segundo Roland Barthes. In *Comentário, Revista Crítica de Ciências Sociais e Humanas*, n.º 2, pp. 16-19. Lisboa: NEAFCSH.
- Castro, L. (2007). *Política (necessária) do campo da infância e da adolescência*. Recuperado em 14 de Maio de 2008, de <http://fafich.ufmg.br/~psicopol/seer/ojs/viewarticle.php?id=32>.
- Costa, M. (1995). *Percepções dos jovens sobre a problemática da SIDA: a intervenção educativa e a intervenção médica na escola na prevenção da SIDA*. Tese de mestrado, Faculdade de Medicina, Coimbra.
- Delors, J. et al. (1998). *Educação um Tesouro a Descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. Cortez UNESCO MEC. Ministério da Educação e do Desporto. Cortez Editora. São Paulo-SP. UNESCO no Brasil. ISBN: 85-249-0673-1.
Disponível em: <http://ns1.dhnet.org.br/dados/relatorios/a_pdf/r_unesco_educ_tesouro_descobrir.pdf>.
- Duarte, S. (2002). *Saberes de Saúde e de Doença – Porque vão as pessoas ao médico?* Coimbra: Quarteto Editora.
- Elias, N. (1989). *O Processo Civilizacional, Investigações sociogenéticas e psicogenéticas*, 1º e 2º vol., Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Foucault, M. (2000). *Naissance de la clinique*, Paris: Presses Universitaires de France.
- Gomes, R. et al. (2002). As representações sociais e a experiência da doença. In *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 18, n.º 5, Rio de Janeiro: ENSP, pp. 1207-1214.
- Herzlich, Claudine (1996) *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*, Loures: Lusociência.
- Kirchler, & Pereira, A. (1996). School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. *Public health reports*, Vol. 10, pp. 339-360.
- Lucas, J. S. (1993). *SIDA: a sexualidade desprevenida dos portugueses*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Luna, L. (1995). *Salud pública*. McGraw-Hill Internamericana.
- Machado, Caetano G. (2000). *Lições de SIDA, lições de vida*. Porto: Âmbar.
- Machado, C. (Abril 2000). O Adolescente na Relação Interpessoal. In *Cadernos de Bioética. Ano 11* (nº 22), pp. 51-55. Coimbra.
- Mareque, I. (2002). Papel de la enfermería en la prevención de VIH/SIDA. *Seminário de Intervención Educativa en Población General sobre el SIDA*. Mesa Redonda: Manejo del SIDA en Atención Primaria, pp. 159-175. Santa Cruz de Tenerife: Instituto de Formación Médica Continuada de Tenerife.
- Melo, A. (1998). *Uma aposta educativa na participação de todos: documento de estratégia para o desenvolvimento da educação de adultos*. Lisboa: Ministério da Educação.

- Melo, D. (2004). *Breves considerações sobre a vida do jovem adulto*. Recuperado em 9 de Maio de 2008, de <http://acessa.com/viver/arquivo/psique/2004/03/19-jovem>>.
- Moscovici, S. (1984). *Psicologia Social*, Barcelona: Editorial Paidós.
- Neves, M. (2006). *Jovens adultos universitários e dependência financeira*. Recuperado em 9 de Maio de 2008, de http://sbpcnet.org.br/livro/58ra/SENIOR/RESUMOS/resumos_944.html>.
- Parizotto, A. & Tonelli, M. (2005). *Juventude: desafiando a definição predominante através dos tempos*. Recuperado em 14 de Maio de 2008, de <<http://pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=190&dd99=view>>.
- Pinheiro, M. (2003). *Uma época especial: suporte social e vivências académicas na transição e adaptação ao ensino superior*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação, Universidade de Coimbra. Recuperado em 26 de Março 2008, de <<http://fpce.uc.pt/pessoais/pinheiro/trabalhos/>>.
- Resende, J. (1999). A construção social do corpo nas sociedades de modernidade tardia: disposições corporais distintivas e a corporalidade como recurso mobilizado nas relações e trajetórias sociais, *In Fórum Sociológico*, nº 1-2 (II série), Lisboa: IEDS, pp. 9-40.

Recebido: 1 de Outubro de 2010.

Aceite: 5 de Dezembro de 2010.