Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:43 PM Page 1

PREVENÇÃO DAS DST/AIDS EM ADOLESCENTES E JOVENS:

Brochuras de referência para os profissionais de saúde

Organizadores:
Teo Weingrill Araujo
Gabriela Calazans

São Paulo 2007

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:43 PM Page 2

Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Elaboração, distribuição e informação
Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
Coordenadoria de Controle de Doenças
Coordenação Estadual de DST/aids
Rua Santa Cruz, 81 - Vila Mariana CEP: 04121-000 - São Paulo, SP
Tel: (11) 5087-9902 - Fax: (11) 5084-0777 E-mail: vulneraveis@crt.saude.sp.gov.br

Secretário Estadual de Saúde
Luiz Roberto Barradas Barata

Coordenadoria de Controle de Doenças
Clélia Maria Sarmento de Souza Aranda

Coordenação Estadual de DST/aids
Centro de Referência e Treinamento de DST/aids de São Paulo
Maria Clara Gianna
Artur Kalichmann

Área de Prevenção
Naila Janilde Seabra Santos
Elvira Ventura Filipe

Núcleo de Populações Mais Vulneráveis
Caio Westin

Organização das Brochuras:
Teo Weingrill Araujo - *Coordenação Estadual de DST/aids*
Gabriela Calazans - *Coordenação Estadual de DST/aids*

Revisão final das Brochuras
Naila Janilde Seabra Santos - *Coordenação Estadual de DST/aids*

Material elaborado em parceria com o Grupo Juventudes & Vulnerabilidades do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde.
Regina Figueiredo

Projeto gráfico, diagramação e capas
Augusto Vix

Ilustrações
Alice Azenha Turazzi

Ficha Catalográfica

Brasil. Centro de Referência eTreinamento DST/aids

Prevenção das DST/aids em adolecentes e jovens: bochuras de referência para os profissionais de saúde

Série: Prevenção às DST/aids

ISBN 978-85-99792-03-2

1. Saúde do Adolescente 2. HIV/aids 3. Sexualidade 4. Direitos sexuais e reprodutivos.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:43 PM Page 3

AGRADECIMENTOS

Dulcimara Darré, Dulce Ferraz, Márcia Giovanetti e Alexandre Yamaçake (Coordenação Estadual de DST/aids), Raul José de Felice (Juiz de Direito em São Paulo), Haraldo César Saletti Filho (Centro de Saúde Escola Butantã), Marcos Veltri (Área Temática de DST/aids da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo), Andréia C. Moura (COREN - São Paulo), Ieda Marilia de Pádua (Movimento de Adolescentes Brasileiros), Francisco Cabral (Reprolatina), Maria Sylvia Vitalle (UNIFESP), Regina Guise de Almeida (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo), Edna Kahhale (CRP - 6ª região), Maria Eduarda Hasselmann (Coordenadoria da Juventude do Município de São Paulo), Rodrigo Correia (Movimento de Adolescentes Brasileiros).

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:43 PM Page 4

APRESENTAÇÃO

Dos 138.341 casos de aids notificados no Estado de São Paulo desde o início da epidemia, 16.154 casos referem-se a adolescentes e jovens, o que representa uma proporção de 12% do total*. Essas informações demonstram que adolescentes e jovens têm grande risco (probabilidade) de se infectarem. Corroborando tal proposição, a análise dos dados referentes às doenças sexualmente transmissíveis (DST) no estado nos mostra que 36,1% dos casos notificados concentram-se nas faixas etárias de 13 a 24 anos.

Há, ainda, outros dados sobre a população jovem no país que nos desafiam:

- As principais causas de mortalidade de adolescentes e jovens são as causas externas (segundo pesquisa divulgada pela UNESCO, em 2002 a taxa de homicídios na população jovem foi de 54,5 para cada 100 mil habitantes, contra 21,7 para o restante da população);
- Jovens de 15 a 24 anos representam 47% do total de desempregados do país;
- Mais de metade dos jovens brasileiros entre 15 e 24 anos não estudavam em 2001.

Tais informações nos mostram que a suscetibilidade de adolescentes e jovens ao HIV é resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger.

A Coordenação Estadual de DST/aids de São Paulo tem como um dos objetivos prioritários garantir que as pessoas, sobretudo aquelas que são consideradas mais vulneráveis, tenham, nos serviços de saúde e, em especial, nos serviços da rede básica, acesso à orientação e aconselhamento relacionado às DST/aids, teste anti-HIV, preservativos e materiais educativos, dentre outras ações de prevenção.

Os adolescentes são um dos segmentos populacionais que a Coordenação Estadual elegeu como foco prioritário das ações de prevenção. Para que os serviços de saúde possam contribuir efetivamente para reduzir a vulnerabilidade às DST/aids deste grupo, é preciso que os profissionais da

** Fonte:* SINAN- Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP. Total de casos notificados até 30/06/2005.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:43 PM Page 5

rede pública de saúde recebam subsídios e orientações que os ajudem a promover o acesso dos adolescentes e jovens aos serviços e a incorporar as ações de prevenção na rotina de trabalho.

Em vista disso, a Coordenação Estadual está lançando uma série de 7 brochuras que pretende fornecer subsídios técnicos, conceituais e legais para o desenvolvimento de ações de prevenção às DST/Aids para adolescentes e jovens nos serviços de saúde. O conjunto de temas e discussões feitas nas brochuras procura mapear os diversos aspectos da vulnerabilidade deste grupo populacional e, ao mesmo tempo, propor ações por parte dos serviços de saúde para reduzir esta vulnerabilidade.

Tradicionalmente, os serviços de saúde não estão organizados para dar conta de questões e demandas específicas de adolescentes e jovens. Entretanto, é possível afirmar que essas faixas etárias são especialmente importantes para o longo percurso de construção da autonomia.

Abaixo, estão especificados os títulos de cada uma das brochuras.

- **Brochura 1** - *Adolescência, vulnerabilidade e sexualidade.*
- **Brochura 2** - *Subsídios legais para o atendimento de adolescentes e jovens nos serviços de saúde.*
- **Brochura 3** - *Promoção do acesso de adolescentes e jovens aos serviços de saúde.*
- **Brochura 4** - *O serviço de saúde na comunidade: o trabalho em rede.*
- **Brochura 5** - *A comunidade nos serviços de saúde: adolescentes multiplicadores.*
- **Brochura 6** - *Uso de drogas e vulnerabilidade às DST/aids.*
- **Brochura 7** - *Guia prático para o desenvolvimento de ações de prevenção às DST/aids voltadas a adolescentes e jovens.*

Dra. Maria Clara Gianna
Dr. Artur Kalichman
Coordenação do Programa Estadual de DST/aids de São Paulo

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:43 PM Page 6

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 7

BROCHURA 1

ADOLESCÊNCIA, VULNERABILIDADE E SEXUALIDADE

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 8

Responsáveis pela produção do texto:
Teo Weingrill Araujo e Gabriela Calazans - Coordenação Estadual de DST/aids,
Secretaria Estadual de Saúde - SP

Colaboradores:
Regina Figueiredo (Instituto de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde - SP) e Edna P.
Kahhale (Conselho Regional de Psicologia - 6° região)

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 9

INTRODUÇÃO

É razoavelmente consensual, em nossa sociedade, a importância de desenvolver ações de prevenção das DST/aids para adolescentes. Há, no entanto, três questões com as quais nos deparamos ao propor discussão sobre o tema:

- Qual a concepção de adolescência que nos orienta no desenvolvimento de nossas práticas?
- Qual a concepção de sexualidade que nos orienta no desenvolvimento das ações de prevenção?
- O que estamos entendendo por ações de prevenção às DST/aids?

Tendo em vista a importância de tais questões, parece-nos um bom começo para a série de brochuras que aqui se inicia que, de cara, enfrentemos-nas explicitando por que estão sendo propostas ações de prevenção dirigidas a adolescentes e jovens e qual o entendimento atual que orienta as ações de prevenção propostas pela Coordenação Estadual de DST/Aids.

QUANDO COMEÇA E QUANDO TERMINA A ADOLESCÊNCIA?

A discussão sobre as faixas etárias que delimitam a adolescência e a juventude é central para o desenvolvimento de políticas públicas e práticas profissionais voltadas a esses grupos populacionais. No que tange ao desenvolvimento de ações de prevenção das DST/aids não é diferente. Questiona-se a partir de que idade as ações de prevenção devem ser desenvolvidas, qual a sua pertinência e como isso deve ocorrer nas diferentes etapas da vida. É importante considerar, no entanto, que diferentes recortes etários têm sido utilizados nesse campo de práticas.

A legislação brasileira considera crianças as pessoas de 0 a 11 anos de idade e adolescentes as que têm entre 12 e 18 anos. A Organização Mundial da Saúde (OMS), que antes considerava como período da adolescência a faixa etária entre 10 e 19 anos, mais recentemente concebe como jovens as pessoas na ampla faixa de 10 a 24 anos. A OMS recomenda, porém, para efeitos práticos de análise e de proposição de ações, uma divisão dessa categoria em três subgrupos (OMS, 1986, p. 12):

- Pré-adolescentes: 10-14 anos
- Adolescentes: 15-19 anos
- Jovens: 20-24 anos

De acordo com a estratégia nacional de ações de prevenção das

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 10

DST/aids para a população de adolescentes e jovens, trabalharemos aqui com a proposição de ações voltadas à ampla faixa de 10 a 24 anos, mas entendendo, como a OMS, que seja necessário diferenciar as especificidades de pré-adolescentes, adolescentes e jovens.

ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE

É fundamental explicitar, nesta discussão, que os conteúdos, a duração e a atribuição de significados sociais aos diferentes momentos do ciclo de vida são culturais e históricos. Não foi sempre, nem em qualquer lugar ou cultura, que se dividiu a vida da maneira como estamos acostumados a dividir. Nesse sentido, a idéia de que existem etapas na vida de uma pessoa denominadas infância, adolescência e idade adulta é construção social e não um fenômeno "natural".

E, ainda, os atributos de cada um dos momentos de vida mudam em diferentes momentos históricos e culturas. É a isso que nos referimos quando usamos a expressão: "em meu tempo não era assim". Realmente muda o que se considera aceitável, ou não, para uma criança, para um jovem ou para um adulto, tanto em termos de comportamentos, como em relação aos significados das práticas sociais - as roupas, os gestos, as formas de se portar, ter ou não filhos, poder ou não trabalhar etc.

Em nossa sociedade, a adolescência e a juventude são compreendidas como momentos de transição entre a infância e a vida adulta. Muitas vezes, portanto, torna-se difícil entender o que significam esses momentos sem entender o momento anterior - a infância - e o posterior - a vida adulta. Até porque esse caráter transitório é muitas vezes caracterizado por grande indeterminação: o adolescente é aquele que não é mais criança, mas ainda não é adulto.

A infância é o tempo da primeira fase do desenvolvimento - físico, emocional e intelectual - e da primeira socialização. É um momento caracterizado pela transição gradual da total dependência e heteronomia* para uma independência e autonomia relativas, o que demanda proteção e tutela.

A idade adulta é, por sua vez, em tese, o momento do ápice do desenvolvimento - físico, emocional e intelectual - e da plena cidadania. O que

* Condição da pessoa que recebe de outra pessoa as regras a que se deve submeter. Em nosso contexto, entendemos que as crianças têm sua vida regrada por adultos, usualmente os pais ou seus responsáveis.

implica na capacidade de exercer as dimensões de:

- produção - sustentar a si e a outros;
- reprodução - gerar e cuidar dos filhos;
- e participação - nas decisões, deveres e direitos que regulam a sociedade.

(Abramo,2005)

Assim, a adolescência e a juventude têm sido compreendidas em nossa sociedade como momentos do ciclo de vida de transição entre a heteronomia da infância e a completa autonomia que, em tese, caracteriza a situação do adulto na sociedade. A singularidade da experiência juvenil se dá por ser a fase da vida em que se inicia a busca dessa autonomia, marcada tanto por

Um breve re

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 12

uma atitude de experimentação, quanto pela construção de elementos da identidade - pessoal e coletiva *(Sposito, 2005).*

É preciso, no entanto, compreender que tais processos são vividos de formas muito diferentes pelos jovens, de acordo com seu sexo e inserção social.

Tradicionalmente, esperava-se que a finalização da transição para a vida adulta se desse a partir dos seguintes marcos: deixar a escola, começar a trabalhar, sair da família de origem, casar e formar um novo lar (e ter filhos). Exatamente nessa ordem, sempre. As pessoas se tornavam adultas quando se inseriam no mercado de trabalho, passavam a exercer a sexualidade adulta e constituíam família para a procriação.

As concepções mais recentes sobre juventude, no Brasil e no mundo, têm nos mostrado que, se algum dia existiu essa transição linear e escalonada, ela não ocorreu sempre e em todos os grupos sociais. Estudos mais recentes têm mostrado que há muitas possibilidades e padrões de inserção no "mundo adulto". Uma característica importante do momento atual é o que se chama **descronologização** do percurso das idades, o que significa que vivemos um processo de desconexão entre a idade das pessoas e aquilo que tradicionalmente se esperaria delas.

As transformações que vêm acontecendo na sociedade permitem perceber que a passagem para a maturidade não se dá de forma simultânea. Pelo contrário, o acesso aos atributos da maturidade ocorre de maneira heterogênea. Assim, o exercício da sexualidade adulta, por exemplo, não implica necessariamente a reprodução; nem ela, a formação de uma nova família, dentro dos padrões tradicionais; o que não significa, obrigatoriamente, a ausência de responsabilidade na experiência do acesso a tais atributos.

Essas transformações dão-se em dois sentidos:

- No prolongamento de experiências características da juventude como, por exemplo, a escolarização e do período de viver com a família de origem. No que concerne à modificação da relação entre os jovens e a família, podemos destacar a tendência de adiar o casamento e a reprodução. É possível supor que esses adiamentos permitam uma maior flexibilidade de planos de vida.
- A essas experiências de retardamento e adiamento ao acesso a determinados atributos da maturidade podemos contrapor experiências de ascensão mais precoce a determinados atributos, entre eles o avanço da puberdade, o avanço da idade da maioridade civil e da responsabilidade penal e, podemos dizer, o

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 13

avanço da idade de início da sexualidade adulta.

Nesse sentido, podemos afirmar que há uma certa autonomia entre os diversos campos institucionais em que se desenrolam as trajetórias biográficas, entre eles os sistemas escolar, produtivo e familiar. Assim, não se pode considerar que esteja acontecendo um simples prolongamento da fase da adolescência ou da juventude. O que há é a modificação e a definição de novas formas de "ser jovem".

Na contemporaneidade, os jovens mantêm-se por mais tempo vinculados às suas famílias de origem para completar sua escolarização e, também, em virtude das dificuldades de inserção profissional. Junto a isso, passam a exercer sua sexualidade, muitas vezes independentemente da reprodução e da possibilidade de formação de um novo núcleo familiar. Em outras situações, ainda, apesar de terem filhos, mantêm-se junto a suas famílias de origem, configurando núcleos familiares em que se observa uma dupla hierarquia parental: jovens pais vivem sob o mesmo teto que seus pais, em que têm de submeter-se, ainda, a suas normas, apesar de imporem a seus filhos novas normas. A esse processo de transformação sociocultural das especificidades das idades da vida damos o nome de **descristalização.**

Diante da atual compreensão sobre adolescência e juventude, como se entende a relação entre jovens e adultos? E, particularmente, no âmbito da proposição e execução de políticas públicas de saúde, como podemos compreender o papel de profissionais de saúde em relação aos adolescentes e jovens?

Se o que caracteriza a nossa compreensão sobre a experiência juvenil é o início da busca da autonomia, marcada tanto pela atitude de experimentação, quanto pela construção de elementos da identidade - pessoal e coletiva, qual o sentido das políticas públicas e da atuação de profissionais de saúde?

Em primeiro lugar, a partir da perspectiva que estamos apresentando, deixa de ser possível definir uma ordem cronológica "tradicional" para a aquisição dos atributos da idade adulta. Com isso, passa a ser necessário rever constantemente as nossas próprias concepções, enquanto profissionais de saúde, sobre o que se considera adequado ou inadequado para as pessoas das diferentes faixas etárias.

Em segundo lugar, a inexistência de uma ordem cronológica tradicional traz novas questões para os adolescentes e jovens. Não há mais roteiros pré-estabelecidos que imponham uma seqüência padronizada de acontecimen-

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 14

tos. Com isso, as pessoas passam a estar às voltas com a necessidade de construir percursos singulares rumo à autonomia. Ganha importância, portanto, a necessidade de se estabelecer um projeto de vida individual.

Nesse contexto, os profissionais de saúde, junto com profissionais da área de educação e de outros setores, podem assumir o papel de fornecer suporte para que os adolescentes e jovens possam constituir um projeto de vida de maneira autônoma.

O QUE É VULNERABILIDADE?

Muitas vezes, é veiculado o discurso de que atualmente os adolescentes e jovens são irresponsáveis, imediatistas, individualistas, incapazes de estabelecer planos para o futuro. Outras vezes, afirma-se, de modo genérico, que as pessoas dessas faixas etárias estão às voltas com um turbilhão hormonal que as torna mais impulsivas, rebeldes e irresponsáveis. Todos esses discursos têm em comum o fato de "individualizarem" os problemas, isto é, atribuírem-nos a características e comportamentos individuais e, mais grave do que isso, produzirem rótulos danosos. Quantas vezes não ouvimos afirmações que lançam mão de rótulos para explicar a maior susceptibilidade de adolescentes

A noção de vulnerabilidade

A noção de vulnerabilidade foi desenvolvida por Mann (1993) e está intimamente relacionada com mudanças conceituais e práticas nas ações de prevenção e assistência das DST/aids. No Brasil, foi amplamente discutida por Ayres e colaboradores (1999 e 2003).

Definida em três níveis de determinação - vulnerabilidade individual, vulnerabilidade social e vulnerabilidade programática - essa abordagem tornou-se central para a definição de políticas no campo da prevenção.

A noção de vulnerabilidade vem sendo utilizada no planejamento e elaboração de estratégias de controle das DST e aids globalmente. Desde 1996, a agência das Nações Unidas para aids (UNAIDS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolvem suas metas e estratégias de ação para HIV/aids a partir dos princípios de redução de vulnerabilidades, sustentando o papel central dos direitos humanos na construção de políticas públicas em saúde.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 15

e jovens às DST/aids, à gravidez indesejada e ao uso abusivo de drogas?

Entretanto, tais rótulos não nos dão instrumentos para lidar com o problema. Além disso, retiram a responsabilidade dos diferentes setores da sociedade em relação a essa questão.

A maior ou menor **vulnerabilidade** dos diferentes segmentos populacionais só pode ser compreendida se levarmos em conta um conjunto amplo de aspectos que poderíamos agrupar em três esferas:

1. Esfera individual
2. Esfera programática
3. Esfera social

1. Na **esfera individual**, podem ser incluídos os **aspectos cognitivos**, isto é, a capacidade para processar informações sobre HIV/aids, sexualidade e serviços e os **aspectos comportamentais** que dizem respeito à possibilidade de transformar as informações processadas em comportamentos. Só podemos compreender os aspectos comportamentais se levarmos em conta:

1.a) As características pessoais, que são construídas ao longo da história do indivíduo. Dentre as características pessoais, destaca-se aquilo que as pessoas costumam denominar de **auto-estima (Vide BOX)**. É importante ressaltar que a história de um indivíduo se desenrola em um determinado contexto familiar, cultural e social que dá significado e, ao mesmo tempo, constitui as características pessoais. Assim, por exemplo, uma mulher negra se depara com um contexto de discriminação, dificuldade de acesso ao mercado de trabalho e desigualdade de gênero. As atitudes pessoais frente ao sexo e à sexualidade e a percepção de risco dela, aspectos que estão diretamente relacionados à susceptibilidade dos indivíduos às DST/aids, se constituem nesse contexto. Por sua vez, uma pessoa que foi abusada sexualmente na infância teve sua história de vida marcada por esse episódio. Suas atitudes pessoais frente ao sexo e à sexualidade se constroem às voltas com essa história de vida.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 16

Auto-estima

É bastante comum o discurso que atribui a maior vulnerabilidade de um indivíduo a sua baixa auto-estima. Nesse caso, diz-se que a vulnerabilidade está relacionada ao fato de que o indivíduo deixou de perceber motivos para cuidar de si. Em outro caso, a maior vulnerabilidade pode estar relacionada com uma auto-estima elevada, com uma sensação de onipotência. Se determinada pessoa sente-se invulnerável e onipotente, ela pode adotar certas atitudes que criam situações de exposição as DST/aids. Entretanto, há algumas ressalvas importantes que precisamos fazer a esse uso indiscriminado da noção de auto-estima:

- Em primeiro lugar, trata-se de uma noção muito ampla, que abrange uma quantidade tão grande de questões que, às vezes, acaba por não designar nada. É um paradoxo: se uma palavra quer dizer muita coisa, corre o risco de não dizer mais nada.
- Em segundo lugar, por ser algo assim tão amplo, acaba funcionando como uma panacéia universal, ou seja, se eu não sei explicar uma coisa, lanço mão dessas palavrinhas mágicas porque, afinal, elas são capazes de explicar tudo. Desde o indivíduo que tenta suicídio até a adolescente que engravida, todos sofrem da mesma falta de auto-estima.
- O terceiro grande problema da idéia de auto-estima é que ela serve para descrever e, ao mesmo tempo, explicar. Isto é, eu sei que alguém tem a auto-estima muito baixa porque faz uso indiscriminado de bebidas alcoólicas, mas sei também que esse alguém bebe muito porque tem a auto-estima muito baixa.
- Finalmente, a palavra "auto" que precede a palavra estima nos dá a impressão de que a auto-estima é algo que brota do âmago dos indivíduos **e que não tem relação nenhuma com o contexto.** Assim, na noção de auto-estima está embutida a crença de que a postura de um indivíduo diante da vida está relacionada unicamente com a sua força de vontade.

A partir disso, é possível afirmar que as características pessoais têm relação com o que se costuma chamar de auto-estima. Entretanto, ao mesmo tempo, é preciso considerar que as características pessoais são muito complexas e não podem ser definidas a partir de uma única expressão.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 17

1.b) As habilidades individuais também fazem parte dos aspectos comportamentais da vulnerabilidade individual. As práticas sexuais, quando envolvem mais do que uma pessoa, exigem diversos tipos de negociação entre os parceiros. Os parceiros negociam a freqüência das relações sexuais, os tipos de prática (anal, oral, vaginal), as posições, os ritmos, os locais em que vão acontecer. Dentre os aspectos que são negociados, estão o tipo de método contraceptivo que vai ser ou deixar de ser utilizado e o tipo de método preventivo. Isso significa que o indivíduo que tem mais habilidade para negociar o uso de preservativo com o parceiro está menos vulnerável às DST/aids do que um outro indivíduo que não tem essa habilidade. Vale ressaltar que as habilidades de negociação estão relacionadas com o contexto em que se desenrola a história de vida das pessoas. Alguém que faça parte de um grupo historicamente estigmatizado e excluído tenderá a ter menos habilidade para negociar o uso do preservativo, por exemplo. Em relação às habilidades, é preciso considerar também um aspecto aparentemente banal, mas que pode ter repercussões importantes. Um indivíduo que não saiba colocar o preservativo de maneira adequada pode se colocar em risco por conta disso. Então, além das habilidades para negociar o uso do preservativo, há as habilidades para usar o preservativo de maneira adequada.

2. A outra esfera a ser considerada numa análise da vulnerabilidade de adolescentes e jovens às DST/aids poderia ser denominada de **programática.** Essa esfera da vulnerabilidade está mais diretamente relacionada com as políticas de saúde e com a maneira como estão organizadas as instituições na comunidade. Expliquemos melhor.

Se os serviços de saúde de uma determinada comunidade não atendem os adolescentes que chegam ao serviço sem os pais, está sendo criado um obstáculo programático para que os adolescentes possam cuidar de si. Se um outro serviço não distribui preservativos para adolescentes menores de idade ou se torna a distribuição muito burocrática podemos afirmar a mesma coisa. O mesmo vale para uma escola que não cria espaços para discutir sexualidade e prevenção das DST/aids.

Por outro lado, quando os serviços de saúde estão desenvolvendo ações de maneira articulada com outras organizações da comunidade e quando estão estruturados de maneira a promover o acesso dos adolescentes e jovens, é possível afirmar que está sendo construída uma resposta programáti-

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 18

ca adequada de enfrentamento da vulnerabilidade de adolescentes às DST/aids.

O mesmo raciocínio vale para todos os níveis de gestão. Isto é, a vulnerabilidade programática também está relacionada com o modo como os governos federal, estadual e municipal estabelecem diretrizes e prioridades, destinam ou não destinam recursos para determinadas ações e investem ou deixam de investir na formação continuada dos profissionais.

3. Finalmente, temos a **esfera social** das análises de vulnerabilidade. Trata-se, certamente da dimensão mais complexa e heterogênea. O pressuposto básico é o de que fatores coletivos, sociais, influenciam fortemente na vulnerabilidade individual e programática. Incluem-se nesta dimensão de análise:
- Aspectos econômicos - em contextos de desigualdade, há grande contingente de pessoas sem acesso aos recursos mínimos para a sobrevivência.
- Violência - em contextos muito violentos, em que a morte por causas externas é muito expressiva, as atitudes de autocuidado perdem sentido, já que se está permanentemente ameaçado pela perspectiva de morrer repentinamente.
- Acesso à educação - em contextos em que o índice de evasão escolar é muito grande, não se criam condições para o exercício efetivo da cidadania.
- Desigualdades de gênero, de raça e outras - criam grupos com menor poder de negociação e de voz.
- Ausência de participação coletiva nas decisões políticas da comunidade.

A partir da perspectiva que estamos adotando, torna-se claro que a construção de uma resposta social para as necessidades de adolescentes e jovens e, mais especificamente, uma resposta social às DST/aids depende da ampliação do acesso dos indivíduos à informação e aos recursos para se proteger, da construção de respostas por parte das instituições que acolhem adolescentes e jovens e de transformações sociais mais profundas, que diminuam as desigualdades na maneira como o poder é distribuído em nossa sociedade.

QUAL A CONCEPÇÃO DE SEXUALIDADE QUE NOS ORIENTA NO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO?

Se estamos discutindo prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da aids, inevitavelmente nos depararemos com a questão da sexualidade. Por isso, torna-se importante que nos detenhamos nesse ponto: o que

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 19

estamos entendendo por sexualidade?

O indivíduo vem ao mundo com um corpo biológico, atravessado por impulsos e necessidades. Esse ser humano não existe sozinho. No início, sua existência depende, de maneira muito concreta, dos cuidados de alguém, que pode ser a mãe, o pai, o avô ou um profissional de um abrigo. Repare, todos nós já vivemos uma experiência tão profunda de dependência que a nossa sobrevivência esteve nas mãos de outras pessoas. Literalmente nas mãos, porque esse cuidado assumia a forma de carregar no colo, trocar as fraldas, amamentar, fazer carinho. Tudo isso foi constituindo maneiras de sentir prazer, de demonstrar afeto, de se comunicar, enfim de ser. Crescemos um pouco e percebemos que as pessoas das quais dependíamos estavam inseridas em um mundo amplo, feito de aspectos materiais e da falta de coisas materiais, de linguagens, de silêncios. As formas de comunicar/não-comunicar e de se relacionar com os outros foram se tornando mais complexas.

Estamos propondo uma compreensão da sexualidade que pode ser resumida da seguinte maneira: o indivíduo é constituído por um corpo biológico, vive atormentado por impulsos e vai se constituindo na relação com outros. As formas de expressar a sexualidade estão relacionadas com tudo isso.

Vamos tentar falar em outros termos. Várias influências e fatores determinam a maneira como se expressa o desejo humano. Por sua vez, esse desejo é sempre múltiplo e pode assumir as formas mais estranhas. Em cada um de nós está a plasticidade e estranheza desses desejos. A alguns tipos, permitimos que se expressem livremente. De outros, sentimos vergonha, medo, repulsa, culpa, confusão. Outros ainda, desconhecemos, apesar de existirem em nós. E mais ainda, a forma como lidamos com os nossos desejos está relacionada com o contexto cultural em que vivemos, que valoriza algumas práticas e maneiras de viver a sexualidade e rechaça outras.

Se partirmos disso, arrefece o ímpeto de classificarmos de desviantes certas maneiras de viver a sexualidade e de tentar definir o que é normal. Se vamos falar sobre o tema com adolescentes, precisamos desenvolver um apreço especial pela diversidade humana e precisamos respeitar todas as formas de viver a sexualidade.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 20

A questão da diversidade sexual

Para compreendermos a questão da diversidade sexual, vale lançar mão das definições elaboradas por Cláudio Picazio (1998). É possível dividir a sexualidade em quatro aspectos fundamentais, ainda que dentro de cada um de nós esses aspectos interajam de maneira dinâmica. Os quatro aspectos são: sexo biológico, identidade sexual, papel sexual e orientação do desejo ou orientação sexual.

* O sexo biológico é constituído pelas características fenotípicas (órgãos genitais, mamas, barba) e genotípicas (genes masculinos e genes femininos) de nosso corpo. Existem somente dois sexos: masculino e feminino. Em casos raros, bebês nascem com órgãos genitais de ambos os sexos e são denominados hermafroditas.
* O papel sexual é aquilo que uma determinada cultura considera como conduta masculina ou conduta feminina. Desde muito cedo, somos ensinados a brincar, vestir e agir de uma maneira que condiga com aquilo que a cultura estabelece como papel sexual masculino ou feminino. É importante destacar que os papéis sexuais são dinâmicos. Por exemplo, na nossa sociedade, as tarefas domésticas, que eram consideradas apenas femininas, vem sendo desempenhadas também pelos homens.
* A identidade sexual está vinculada à idéia de quem acreditamos ser. Três aspectos são importantes na definição da identidade sexual: as características físicas da pessoa, o contexto familiar e social em que se insere e a maneira como se sente. Desse modo, ainda que o sexo biológico seja importante para a definição da identidade sexual, não é esse o único fator relevante. Existem pessoas que acreditam ser homem e mulher ao mesmo tempo, ou seja, têm simultaneamente uma identidade feminina e masculina e são denominadas travestis. Além disso, existem pessoas que têm uma identidade sexual oposta a seu sexo biológico, que são chamadas transexuais.
* A orientação do desejo ou orientação sexual pode ser homossexual quando se deseja pessoas do mesmo sexo, bissexual quando se deseja pessoas de ambos os sexos e heterossexual quando se deseja pessoas de outro sexo. Algumas pessoas se referem à orientação sexual como se fosse uma opção sexual. Entretanto, isso é um equívoco. A orientação sexual não depende de escolhas conscientes e não pode ser aprendida. Ainda que não se encon-

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 21

trem definições claras na literatura, acredita-se que múltiplos aspectos psicológicos, sociais e genéticos estejam relacionados com a orientação do desejo. O mais importante é que respeitemos o direito de homossexuais, bissexuais e heterossexuais de serem o que são e que criemos condições para que cada um possa reconhecer e admitir os próprios desejos.

A partir desses quatro aspectos, torna-se possível esclarecer certas questões a respeito da questão da diversidade sexual:

* A homossexualidade tem relação com a orientação do desejo e não com o papel sexual, nem com a identidade sexual de uma certa pessoa. Assim, um homem que se sente homem e que assume ocupações e condutas eminentemente masculinas pode ser homossexual. O mesmo vale para a mulher.
* A identidade sexual não está necessariamente vinculada ao sexo biológico.
* A orientação sexual não é definida a partir de uma escolha consciente.

Vale ressaltar que desde a década de 1970 a homossexualidade deixou de fazer parte do Código Internacional de Doenças. Além disso, em 1999, o Conselho Federal de Psicologia lançou resolução que proíbe a participação de psicólogos em atividades que pretendam tratar e curar as homossexualidades. Nessa resolução, é reiterado o compromisso da profissão no sentido de combater qualquer forma de discriminação ou estigmatização contra aqueles que apresentam comportamentos ou práticas homoeróticas.

Esses fatos representaram avanços importantes na garantia dos direitos dos segmentos GLBTT (gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis). Entretanto, ainda há que se caminhar bastante. Nos próprios serviços de saúde, muitas vezes, as pessoas desses segmentos se deparam com estigmas e discriminações. Isso acaba por dificultar o acesso delas às ações de saúde e, conseqüentemente, torna-as mais vulneráveis a doenças e agravos, dentre os quais incluem-se as DST/aids. Outra questão é que, muitas vezes, os serviços partem do pressuposto de que todas as pessoas são heterossexuais, o que faz com que as pessoas que não se encaixam nesse padrão não sejam escutadas nem atendidas em suas necessidades.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 22

O QUE ESTAMOS ENTENDENDO POR AÇÕES DE PREVENÇÃO ÀS DST/AIDS?

É comum a idéia de que a adoção de comportamentos de risco está relacionada com a falta de informações. A partir dessa concepção, desenvolver ações de prevenção significaria simplesmente disseminar informações sobre os riscos e as maneiras de se proteger desses riscos. Entretanto, as coisas não são assim tão simples. Como dissemos, a sexualidade faz parte da nossa vida e está intimamente relacionada com o nosso modo de ser no mundo. Assim, nem todas as informações, por si só, são capazes de fazer com que nos comportemos dessa ou daquela maneira.

Outra compreensão bastante veiculada sobre as ações de prevenção é a política do terrorismo, segundo a qual basta mostrar para as pessoas o quanto a aids é uma doença mortífera ou fazer um discurso sobre os males decorrentes de uma gravidez não planejada na vida de um adolescente. Essa concepção, inclusive, norteou as primeiras respostas à epidemia de aids no Brasil. Propagandas que pretendiam associar aids e morte foram bastante veiculadas na TV durante a década de 1980 e início da década de 1990.

Entretanto, dois grandes problemas são trazidos pela política do terrorismo. Em primeiro lugar, nos dizeres de Ayres (2002), isso contribuiu para afastar as pessoas do problema. O terror é muito ineficiente para criar identidades, associações e motivações para que as pessoas mudem os seus comportamentos. Em segundo lugar, o terror ajuda a gerar e aumentar o preconceito contra as pessoas que estão vivendo com aids e contra as adolescentes que têm filhos. É preciso considerar que o terrorismo é uma forma de enganar, agredir e desestimular as pessoas que vivem com HIV/aids, na medida em que associa de forma inexorável a infecção pelo HIV ao sofrimento e à morte.

É relativamente fácil dizer o que não funciona quando estamos discutindo prevenção: modelos orientados pela perspectiva de impor comportamentos aos outros ou que se limitam a transmitir informações.

Mas, se as ações de prevenção não podem ser tomadas meramente como uma transmissão de informações, então, o que as caracteriza?

Não é possível definir as ações de prevenção pelo formato. Elas podem ser feitas individualmente ou em grupo, podem ou não propor dinâmicas, encenações, brincadeiras. A questão essencial a ser considerada não é o formato que a ação assume, mas a postura da(s) pessoa(s) responsável(is) por conduzi-la.

Por que as pessoas adotam este ou aquele comportamento? Por que

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 23

se expõem a situações de risco? Por que adotam medidas de proteção?
Todas essas questões são impossíveis de serem respondidas. Há uma diversidade infinita de situações e, para cada uma delas, há motivações muito específicas relacionadas à história de vida das pessoas envolvidas, à situação atual delas, aos valores em que acreditam etc.

Nesse sentido, a ação de prevenção é essencialmente uma abertura para que as próprias pessoas possam se apropriar das motivações que as levam a agir da maneira como agem e para que possam refletir sobre como pretendem agir daqui para frente.

Algumas dicas para os profissionais de saúde:

- É importante abrir espaço para que as pessoas possam falar sobre sexualidade de maneira mais ampla, incluindo a questão do prazer ou da falta dele. A vida sexual é muito mais ampla do que a preocupação com doenças ou métodos contraceptivos.
- Às vezes, quando trabalhamos com adolescentes, achamos que, para sermos aceitos, precisamos agir como eles e falar como eles. Não necessariamente. Em primeiro lugar, isso é contraditório com o discurso que promove a aceitação da diversidade. Não estamos lá como adolescentes e não precisamos agir como tal. Em segundo lugar, precisamos considerar que há uma diferença de papéis entre o profissional e os adolescentes. É a partir dessa diferença que se pode estabelecer uma relação de confiança.
- Discutir sexualidade com alguém de maneira franca não significa querer expor as nossas orientações e preferências sexuais para as pessoas. Muito pelo contrário, colocar em reserva a própria sexualidade no momento em que estamos desenvolvendo ações de prevenção desfaz muitas confusões e permite uma conversa mais franca e tranqüila.
- É preciso considerar que a relação com o profissional de saúde é apenas mais uma dentre as muitas que as pessoas estabelecem ao longo da vida. Certamente, a relação com o profissional de saúde pode ser significativa e enriquecedora, mas não garante que a pessoa nunca mais se exponha a situações de risco. Conforme afirmamos anteriormente, a vulnerabilidade das pessoas está relacionada com aspectos sociais, programáticos e individuais. É importante ter isso em mente para que nutramos expectativas mais realistas em

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 24

relação ao alcance dos nossos trabalhos.

- É muito mais fácil estabelecer uma relação de confiança com um profissional que se coloque à disposição para escutar do que com um que se coloque como dono da verdade e se proponha a dizer o que é certo e o que é errado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMO, H.W. Condição juvenil no Brasil contemporâneo. ABRAMO, H.W; BRANCO, P.P. (org.) Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2005, p. 73-86.

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e Prevenção em Tempos de Aids.

BARBOSA, R. M. & PARKER, R. (org.). Sexualidades pelo Avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. Editora 34,1999. 49-72p.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JÚNIOR, I; CALAZANS, GJ.; SALETTI FILHO, HC . O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. CZERESNIA, D e FREITAS, CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Young People's Health: a challenge for society. Relatório do Grupo de Trabalho sobre Jovens e Saúde para Todos no Ano 2000. OMS, Série de Relatórios Técnicos, 731, Genebra, 1986.

PICAZIO, C. Sexo Secreto: temas polêmicos da sexualidade. São Paulo: Summus, 1998.

SPOSITO, M.P. Algumas reflexões e muitas indagações sobre as relações entre juventude e escola no Brasil. In: ABRAMO, H.W; BRANCO, P.P. (org.) Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2005, p. 87-127.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 25

BROCHURA 2

SUBSÍDIOS LEGAIS PARA O ATENDIMENTO DE ADOLESCENTES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 26

Responsáveis pela produção do texto:
Teo Weingrill Araujo e Gabriela Calazans - Coordenação Estadual de DST/aids,
Secretaria Estadual de Saúde - SP

Colaboradores:
Mirian Ventura
Raul José de Felice (Juiz de Direito em São Paulo)
Regina Figueiredo (Instituto de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde - SP)
Edna P. Kahhale (Conselho Regional de Psicologia - 6° região)
Regina Guise de Almeida (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo)

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 27

INTRODUÇÃO

Há quase duas décadas, as normas que regulamentaram o Sistema Único de Saúde (SUS) definiram que as ações de prevenção e promoção da saúde devem ser priorizadas. Para que isso ocorra, é preciso que as unidades de saúde trabalhem em parceria com os diferentes setores da comunidade e que promovam o acesso das pessoas aos serviços assistenciais, mas também aos educativos e preventivos. Entretanto, quando estamos discutindo prevenção às DST/aids com adolescentes, deparamo-nos com uma dificuldade que, se não for enfrentada, pode impedir o serviço de saúde de cumprir seu papel preventivo.

Há muita dúvida sobre os aspectos legais envolvidos no atendimento de adolescentes "menores de idade". Será que eu posso atender um adolescente que chega ao serviço de saúde sem os pais ou sem um responsável legal? Os pais têm direito de saber o que o adolescente contou para o profissional de saúde? Diante de tantas dúvidas, fica difícil ao serviço de saúde conseguir arcar com a responsabilidade de fazer ações de prevenção às DST/aids voltadas para essa população. É por isso que, nessa brochura, faremos uma discussão sobre os subsídios legais que garantem o direito do adolescente ao atendimento e ao sigilo.

DISCUSSÃO SOBRE OS SUBSÍDIOS LEGAIS RELACIONADOS AO ATENDIMENTO DE ADOLESCENTES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Discutir prevenção às DST/aids é sempre delicado porque nos obriga a pensar e falar sobre sexualidade e sobre uso de drogas. Quem pode dizer que consegue tratar desses temas com toda tranqüilidade? O problema intensifica-se quando estamos discutindo práticas sexuais e uso de drogas com adolescentes. Quem não tem o ímpeto de dizer a eles o que é certo e o que é errado? E de condená-los por atitudes julgadas inadequadas? E, ainda, de proibir certos comportamentos?

Às vezes, nos serviços de saúde, essas questões aparecem misturadas com questões legais. Assim, o profissional que se recusa a dar preservativos para adolescentes "menores de idade" que não estão acompanhados dos pais diz que teme as sanções previstas na lei. Um outro que comunica aos pais informações sobre as quais o adolescente pediu sigilo alega o mesmo. Mas que sanções são essas e quais são as leis que as prevêem? Será que a atitude do profissional está ancorada em bases legais ou em valores pessoais? Tais

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 28

questões são relevantes porque podem nos ajudar a esclarecer o que ocorre nos serviços de saúde diante do desafio de acolher adolescentes e jovens.
Precisamos entender que o profissional de saúde estabelece uma relação de poder com o paciente. A pessoa que busca algum tipo de ajuda não iria conversar com um profissional de saúde se não partisse da suposição de que ele dispõe de um saber especial. É essa suposição do paciente que confere poder àquilo que o profissional diz.

Essa suposição pode ser usada de forma positiva ou negativa. Ela serve de incentivo, por exemplo, para que a pessoa continue tomando determinado medicamento por um longo tempo. É ela que faz com que um adolescente vá a uma Unidade Básica de Saúde em busca de aconselhamento relacionado às DST/aids. Entretanto, as coisas começam a ficar mais complicadas quando o profissional de saúde resolve usar esse poder para defender valores e condutas, baseado em preceitos morais e crenças pessoais.

Essa atitude, na verdade, é contrária à proposta de acolher as diferenças, respeitar a autonomia e promover a cidadania. E, no caso de um adolescente que toma a iniciativa de ir ao serviço de saúde, pode ter conseqüências danosas. As culpas, temores e confusões relacionadas à vivência da sexualidade podem intensificar-se diante de uma atitude não compreensiva por parte do profissional de saúde. A esperança de encontrar alguém com quem conversar pode esvaecer-se por completo. O adolescente que vai buscar preservativos, por sua vez, pode desistir de tentar obtê-los diante da recusa do profissional de distribuí-los. E ninguém acha que um adolescente vai transar ou deixar de transar porque recebeu preservativos na UBS. Outro adolescente, que observa em seu corpo algum sintoma de DST e fica constrangido diante da possibilidade de ter que conversar sobre isso com os pais, pode desistir de se tratar diante da recusa do médico de atendê-lo.

Os exemplos de conseqüências danosas de uma atitude indevida do profissional são inumeráveis. É por isso que precisamos fazer a diferenciação entre subsídios legais e preceitos morais. Assim, os profissionais de saúde poderão ter mais clareza para discernir entre, de um lado, as próprias dificuldades pessoais ou do serviço como um todo de tratar de temas como sexualidade e uso de drogas com adolescentes e, de outro, os aspectos jurídicos envolvidos na questão.
Outro aspecto relevante é o quanto as definições em uma determinada unidade de saúde são estabelecidas coletivamente pela equipe. As confusões entre pre-

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 29

ceitos morais e questões legais, a insegurança, tudo isso fica intensificado se o profissional é obrigado a arcar com certas decisões sozinho e, muitas vezes, ele acaba tomando atitudes para "se livrar do problema", ao invés de conseguir refletir com calma sobre a atitude mais adequada a ser tomada. Daí a importância das decisões serem de responsabilidade da equipe como um todo e não de um ou outro profissional individualmente.

Abaixo, apresentaremos as bases legais para o atendimento do adolescente "desacompanhado" e para o sigilo profissional em relação às informações fornecidas pelo adolescente. As discussões que faremos no próximo item estão baseadas nos textos de Miriam Ventura sobre os direitos dos adolescentes à saúde (2001, 2002).

O QUE DIZEM AS LEIS E OS CÓDIGOS DE ÉTICA PROFISSIONAL

O Estatuto da Criança e do Adolescente, que consolida os direitos básicos da população infanto-juvenil, reconhece a criança e o adolescente como sujeitos de direitos próprios, independentes dos direitos de seus pais. Essa foi a grande mudança de paradigma no campo jurídico nacional e internacional para o tratamento legal dos adolescentes. A criação desses novos sujeitos de direitos e a necessidade de especial respeito à sua condição de pessoa em desenvolvimento fez com que a lei estabelecesse obrigações diferenciadas para o Estado, a família e a sociedade em geral, no âmbito das relações com a criança e com o adolescente. Assim, não só a família possui obrigações em relação às crianças e aos adolescentes, mas toda sociedade e, especialmente, o Estado, representado por seus agentes.

Os princípios fixados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente são o da proteção integral, o da prioridade absoluta e o do melhor interesse da criança e do adolescente. Dessa forma, a presença ou anuência dos pais e responsáveis para o exercício de algum direito fundamental como à vida, à liberdade, à saúde, à integridade física e moral não é uma condição indispensável para o acesso a esses direitos, mas somente desejável, considerando as responsabilidades legais atribuídas à família.

Artigo 1º *- Esta lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente.*

Artigo 3º *- A criança e o adolescente gozam de todos os direitos*

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 30

fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

***Art. 11** - É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.*

***Art. 15** - A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis.*

***Art. 16** - O direito à liberdade compreende os seguintes aspectos:*

I - ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais;

II - opinião e expressão;

III - crença e culto religioso;

IV - brincar, praticar esportes e divertir-se;

V - participar da vida familiar e comunitária, sem discriminação;

VI - participar da vida política, na forma da lei;

VII - buscar refúgio, auxílio e orientação.

Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8.069/90.

Assim, qualquer exigência ou restrição que possa impedir o exercício pleno a direitos fundamentais como à saúde e à liberdade constitui violação de direitos, passível de sanção. Nos exemplos que mencionamos anteriormente, **a exigência da presença de um responsável para realizar o atendimento do adolescente pode ser caracterizado como lesão a esses direitos fundamentais.**

Considerando que a revelação de determinados fatos para os responsáveis legais pode acarretar conseqüências danosas para a criança ou para o adolescente, o Código de Ética Médica não adotou o critério etário, mas o do desenvolvimento intelectual, determinando expressamente o respeito à opinião da criança e do adolescente e a manutenção do sigilo profissional, desde que o assistido tenha capacidade de avaliar o problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 31

É vedado ao médico:

Art. 103 *- Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.*

Art. 107 *- Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados.*

Do mesmo modo, o Código de Ética do Profissional de Enfermagem estabelece como dever:

Art. 27 *- Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar.*

Art. 28 *- Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente.*

Art. 29 *- Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em Lei.*

Por sua vez, os Códigos de Ética do Assistente Social e do Psicólogo afirmam, respectivamente, que:

Art. 18º *- A quebra do sigilo só é admissível, quando se tratar de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do usuário, de terceiros e da coletividade.*

Parágrafo Único - A revelação será feita dentro do estritamente necessário, quer em relação ao assunto revelado, quer ao grau e número de pessoas que dele devam tomar conhecimento.
(Código de Ética do Assistente Social)

Art. 21 *- O sigilo protegerá o atendimento em tudo aquilo que o Psicólogo ouve, vê ou de que tem conhecimento como decorrência do exercício da atividade profissional.*

(Código de ética do Psicólogo)

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 33

gilo, o profissional de saúde deverá expor claramente para o adolescente os motivos que justificam essa atitude. A quebra de sigilo não pode ser um recurso para "se livrar do problema". Desse modo, só deverá acontecer se for fundamentada no benefício real para a pessoa assistida.

Nos casos mais complexos, recomenda-se que o serviço de saúde busque uma articulação e integração com o Conselho Tutelar da região, responsável por zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, com a Promotoria da Infância e Juventude e com a Vara da Infância e da Juventude. Tais instâncias também farão parte do acordo de sigilo e poderão ajudar a estabelecer as resoluções cabíveis. O juiz da Vara da Infância, por exemplo, pode ser consultado pela equipe de saúde, ainda que informalmente, nos casos em que houver dúvida sobre o procedimento mais adequado a ser tomado.

BASES LEGAIS E AS AÇÕES DE PREVENÇÃO ÀS DST/AIDS

Algumas vezes, como as bases legais e recomendações são formuladas para dar conta de situações mais abrangentes, fica difícil entender, na prática, o que elas significam. Por isso, vamos discutir mais de perto de que modo essas bases legais e essas recomendações podem ser úteis para o profissional que quer desenvolver ações de prevenção às DST/aids na rede. É preciso lembrar que é impossível prever todas as situações que podem acontecer em um serviço de saúde. Desse modo, a decisão sobre os melhores procedimentos só poderá ser tomada caso a caso, a partir de discussões da equipe de saúde com o adolescente.

A seguir, estão elencadas algumas ações de prevenção e uma breve discussão sobre aspectos legais de cada uma delas:

- **Tornar disponíveis materiais educativos, aconselhamento e orientação relativos às DST/aids.**

Algumas vezes, acredita-se que informar o adolescente sobre questões relacionadas à sexualidade possa induzi-lo a iniciar sua vida sexual mais cedo. Entretanto, podemos afirmar categoricamente que essa posição não está baseada em nenhum tipo de pesquisa. Se tivermos em mente que o profissional de saúde deve zelar, acima de tudo, pela saúde do adolescente, percebemos que ele tem o dever de fornecer, de maneira clara, informações

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 34

sobre DST/aids. Além disso, a atitude do adolescente de ir ao profissional de saúde para obter informações sobre como se cuidar é, por si, um indício importante de maturidade e de capacidade de discernimento.

- **Oferecer ao adolescente a oportunidade de participar de oficinas de sexo mais seguro, de reuniões em grupo que tratem de temas mais amplos e de atividades lúdicas relacionadas às DST/aids (teatros, mímicas, jogos etc.).**

Mais uma vez, a mera participação do adolescente já é indício de maturidade e capacidade de discernimento. É importante zelar para que a decisão de participar desse tipo de atividade seja do próprio adolescente, para evitar que ele seja colocado em situações constrangedoras. É possível afirmar que o consentimento dos pais ou responsáveis legais para que o adolescente participe dessas atividades não é necessário.

- **Tornar disponíveis preservativos com orientação e aconselhamento**

Novamente, o fato de ir buscar preservativos é sinal de que o jovem já está se responsabilizando pelo cuidado consigo. Não é possível estipular uma idade mínima para se obter preservativo. Mesmo alguém que não tenha iniciado a vida sexual, que mal há em pegar um preservativo, conhecer melhor, experimentar? Nesse caso, é preciso apenas não perder de vista que o preservativo é um insumo comprado com dinheiro público com vistas a assegurar o acesso aos meios para contracepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e que, portanto, deve ser distribuído de maneira criteriosa.

Das ações que listamos até aqui, vale lembrar que todas são oportunidades de oferecer escuta e espaço de interlocução para o adolescente. Por exemplo, o fato de um jovem ir ao serviço buscar preservativo pode ser uma oportunidade de mostrar a ele que há espaços institucionais em que ele pode falar sobre o modo como vem vivendo sua sexualidade ou sobre questões que o afligem.

Nesse ponto, começam a ser colocadas todas as questões referentes ao sigilo e à maneira de envolver ou não a família em situações que a equipe de saúde julga mais complexas. Se o adolescente fala com o profissional sobre assuntos importantes, é possível dizer que foi estabelecida uma relação de confiança. Essa confiança, por sua vez, precisa ser cultivada e preservada.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 35

Assim, a definição de envolver a família na questão precisa ser estabelecida junto com o adolescente, exceto em situações muito graves.

- **Tornar disponíveis kits de redução de danos para uso de drogas injetáveis**

Antes de tudo, é preciso diferenciar as formas de consumo de drogas, sejam elas ilegais ou legais (como o cigarro e o álcool). No geral, diferenciam-se usuários esporádicos daqueles que se encontram em uma posição de consumo excessivo ou de dependência. Sabemos, por exemplo, que é totalmente diferente um rapaz que bebe nos finais de semana com amigos daquele que abusa do álcool diariamente.

De qualquer forma, há alguns indícios que sugerem que os indivíduos que fazem uso abusivo de drogas têm maior chance de se colocar em situações de risco, dentre os quais está o de transar sem preservativo. É preciso lembrar também que, atualmente, os usuários de drogas são pessoas muitas vezes estigmatizadas e excluídas e isso pode dificultar o acesso aos recursos para exercer o cuidado consigo.

No caso específico do uso de drogas injetáveis, a situação é ainda mais complexa e os mecanismos de exclusão são ainda mais intensos. Nesse sentido, o fato de um adolescente buscar um kit de redução de danos pode ser a oportunidade para começar a estabelecer algum vínculo com ele. Além disso, o fato de buscar o kit deve ser encarado como uma atitude positiva, ou seja, como uma atitude de cuidado consigo e com os outros. Desse modo, devemos ter muita prudência antes de tomar atitudes drásticas. No caso, o princípio de que a decisão de envolver a família deve ser tomada pelo adolescente continua válido.

Por outro lado, não se pode perder de vista o princípio fundamental de zelar pela saúde e pela vida do adolescente. Em situações de uso abusivo de drogas injetáveis, a vida do adolescente pode estar em perigo. Podemos estar, portanto, diante da necessidade de tomar uma decisão complicada, na qual o relato do adolescente sobre a sua relação com a família deve ser levado em consideração. Nesses casos, uma boa estratégia é tentar articular-se com o conselho tutelar da região para obter orientação e com profissionais de instituições do entorno (CAPS AD, ONG, associações etc.) que lidem com a questão da drogadição.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 36

• **Tornar disponível o teste anti-HIV com aconselhamento pré e pós-teste**

O Ministério da Saúde (1999) elaborou um parecer baseado no Estatuto da Criança e do Adolescente, no Código de Ética Médica, na Convenção Internacional dos Direitos da Criança e na realidade brasileira, no qual, dentre outras recomendações, afirma que:

> A testagem e entrega dos exames anti-HIV de crianças (0 a 12 anos incompletos) só deve ocorrer com a presença dos pais ou responsáveis.

> No caso de adolescentes (12 a 18 anos), após uma avaliação de suas condições de discernimento, fica restrito à sua vontade realizar o teste assim como informar o resultado a outras pessoas.

De qualquer maneira, a equipe de saúde deve orientar o adolescente a vir buscar o resultado do teste acompanhado por um membro de sua família, ou outro adulto em quem confie, ou, ainda, por algum amigo, mesmo que menor de idade. O mais importante é que ele esteja com alguém próximo, que possa oferecer suporte nesse momento.

• **Tornar disponíveis exames ginecológicos, exames para detectar DST e tratamentos das DST**

De modo geral, não há necessidade de envolver a família ou qualquer outra pessoa nesses procedimentos. No caso de tratamentos que exijam retornos e outros acompanhamentos, vale lembrar os princípios de zelar pela autonomia e de apostar na capacidade do adolescente de cuidar de si.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A POSTURA DA EQUIPE DE SAÚDE

Como pudemos perceber, as bases legais para o atendimento do adolescente desacompanhado, bem como o dever do profissional de saúde em manter o sigilo são bem claros e não deixam margem para dúvidas. Entretanto, isso não significa que o profissional de saúde possa nortear-se exclusivamente pelo que dizem as leis, decretos e portarias. A legislação confere à equipe de saúde a tarefa de definir certas condutas profissionais, sobretudo quando se trata de situação muito grave.

Muitas vezes, a necessidade de tomar esse tipo de decisão é angustiante para o profissional. Quando não há possibilidade de compartilhar as angústias e de estabelecer as definições em conjunto com outros atores, o profissional tende a se sentir mais vulnerável e, com isso, pode acabar toman-

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 37

do atitudes defensivas e reacionárias para, simplesmente, livrar-se do problema. Ou ainda, torna-se mais comum o equívoco de basear as atitudes e práticas profissionais em valores pessoais, e essa questão é especialmente relevante quando estamos às voltas com a sexualidade e o uso de drogas.

Desse modo, podemos afirmar que as decisões costumam ser mais acertadas quando a equipe de saúde do serviço as toma coletivamente. Em casos ainda mais difíceis, torna-se necessário envolver outros atores nessa discussão, desde que não percamos de vista a questão do sigilo. Vara da Infância e da Juventude, conselho tutelar, organizações da comunidade que trabalhem com adolescentes, Promotoria da Infância e da Juventude, escolas, associações, outros serviços de saúde, todos podem ser parceiros na busca por soluções que zelem, acima de tudo, pela saúde do adolescente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. (1990) Estatuto da Criança e do Adolescente LEI Nº 8.069, de 13/07/1990. Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm acessado em 24/02/2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica Disponível em: URL: http://www.portalmedico.org.br/codigo_etica/codigo_etica.asp?portal= acessado em 24/02/2005

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de ética do profissional de enfermagem. Disponível em: URL: http://www.portalcofen.com.br/section_int.asp?InfoID=1114&EditionSectionID=15&SectionParentID acessado em 24/02/2005.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Código de Ética do Assistente Social. URL: http://www.cfess.org.br/Codigo_de_etica.htm acessado em 24/02/2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Código de ética do psicólogo. URL: http://www.pol.org.br/legislacao/leg_codetica.cfm. acessado em 24/02/2005

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:44 PM Page 38

FEBRASGO (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia). Manual de Orientação: Saúde da Adolescente. FEBRASGO, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento. Brasília, 1999. URL: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cta.pdf acessado em 24/02/2005.

MIRIAM VENTURA. Direitos Reprodutivos no Brasil. São Paulo: MacArthur Foundation, 2002.

MIRIAM VENTURA. O Estatuto da Criança e do Adolescente e os Direitos Sexuais e Reprodutivos. URL: www.gtpos.org.br/Images/boletim/19.pdf; 2001. acessado em 24/02/2005.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:45 PM Page 39

BROCHURA 3

PROMOÇÃO DO ACESSO DOS ADOLESCENTES

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:45 PM Page 40

Responsáveis pela produção do texto:
Teo Weingrill Araujo e Gabriela Calazans - Coordenação Estadual de DST/aids,
Secretaria Estadual de Saúde - SP

Colaboradores:
Regina Figueiredo (Instituto de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde - SP), Edna P.
Kahhale (Conselho Regional de Psicologia - 6° região)
Regina Guise de Almeida (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo).

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:45 PM Page 41

INTRODUÇÃO

Para que as unidades de saúde consigam desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção das DST/aids com adolescentes e jovens, é preciso que as pessoas dessa faixa etária freqüentem as unidades. Entretanto, muitas vezes, o adolescente não chega ao serviço de saúde ou, quando chega, não é identificado como tal.

A dificuldade de acesso está relacionada com as dúvidas sobre os aspectos legais que tivemos oportunidade de discutir na BROCHURA 2. Se o adolescente chega ao serviço e se depara com um profissional de saúde que acha que não deve atendê-lo, ele não passará a utilizar o serviço. Do mesmo modo, fica impossível estabelecer o vínculo com o serviço se o adolescente não puder acreditar que as informações fornecidas ao profissional serão mantidas sob sigilo.

Além desses, podemos identificar outros mecanismos de exclusão menos explícitos, mas igualmente efetivos. É disso que trataremos nesta brochura. É claro que apenas identificar os mecanismos de exclusão não é suficiente. É preciso também identificar formas de enfrentá-los.

Comecemos pelos obstáculos para o adolescente conseguir chegar ao serviço de saúde.

OBSTÁCULOS PROGRAMÁTICOS

A primeira das dificuldades é muito ampla e diz respeito à maneira como tradicionalmente se concebe a atenção primária à saúde no Brasil. Paira no ar a idéia de que as Unidades Básicas de Saúde foram feitas para as gestantes, para as crianças muito pequenas e para os portadores de doenças crônicas. Os demais só vão buscar ajuda quando se torna insuportável protelar.

Isso faz com que muitos adolescentes nem cheguem à porta do serviço ou que só cheguem quando estão grávidas ou em casos extremos. Vejam, essa crença está tão arraigada que as pessoas que não se encaixam nas categorias acima nem pensam em reivindicar o direito de serem atendidas.

Apesar do risco de apresentar uma visão um tanto estereotipada, imaginemos o caso de um adolescente, que vive na periferia de uma cidade grande. Ele tem 15 anos e ainda está na escola apesar de ter dúvidas sobre a possibilidade de conseguir um lugar no mercado de trabalho ou na universidade depois de se formar. Mesmo assim, ele continua na escola e continua a sonhar. Sonha com coisas simples, carteira assinada, um emprego minimamente interessante e a possibilidade de ter uma casa só sua. Além disso, gosta de sair à noite, mas tem dúvi-

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:45 PM Page 42

das. Fala para os amigos da atração intensa que sente pelas mulheres, mas não encontra ninguém com quem conversar sobre um desejo esquisito que sente por alguns homens. Fica confuso, fica apaixonado e se frustra. Quando namora, fica com uma vontade grande de ir para a balada com os amigos e se sente meio amarrado. Quando não está namorando, fica se sentindo meio só, tem medo de nunca gostar de verdade de alguém. Quer estar sempre andando por aí com os amigos, mas sente um pouco de culpa por deixar a mãe sozinha. Às vezes, mesmo cercado de amigos sente-se muito só. Nessas horas, sente um mal-estar difuso, uma tristeza que faz doer aqui e ali. Vê que alguns amigos estão se tornando pais e mães, acha um pouco estranho que amigos com quem até pouco tempo brincava já tenham se tornado pais. Uma vez transou sem camisinha, na hora não deu, não tinha, a vontade era muito forte e ficou pensando, com medo de se tornar pai também, com medo daquelas doenças transmitidas pela via sexual sobre as quais falaram na escola e na televisão.

Nessa história fictícia, podemos vislumbrar vários momentos em que o serviço de saúde poderia oferecer algum tipo de apoio e, sobretudo, algum tipo de escuta para esse adolescente hipotético. Não seria possível resolver todos os problemas, mas algumas decisões poderiam ser tomadas de maneira mais refletida, algumas angústias poderiam ser compartilhadas. Só que o nosso adolescente nem imagina que o serviço de saúde possa servir para essas coisas. Acha que lá é lugar de mulher grávida e de gente que está doente. Ele não está doente, muito menos grávido.

Podemos parar por aqui e pensar um pouco sobre esse exemplo. Algumas questões poderiam ser levantadas:

- Será que os adolescentes que vivem na região em que se localiza a sua unidade de saúde também têm essa concepção de que o serviço não é para eles? Se você acha que sim, por que você acha que os adolescentes têm essa concepção?
- E a sua concepção, qual é? Você acha que a sua unidade de saúde poderia ajudar esse adolescente? Em quê?
- A unidade já oferece algum tipo de apoio aos adolescentes e jovens? Se não, por quê?

OBSTÁCULOS NA MANEIRA COMO O SERVIÇO SE ORGANIZA

A segunda das dificuldades começa na forma como os adolescentes são recebidos na unidade de saúde.

- Você identifica adolescentes dentre os pacientes da sua unidade?

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:45 PM Page 43

- Em que situações eles costumam chegar ao serviço?
- Que tipo de queixa ou demanda costumam apresentar?
- Eles costumam vir sozinhos ou vem acompanhado dos pais?

Uma pergunta que se coloca é: os adolescentes não chegam à unidade de saúde ou chegam e não são percebidos como tais? Muitas vezes, o que acontece é que quando o adolescente é pequeno e vem com os pais, ele é tratado como criança. Quando parece mais velho, é tratado como adulto. Assim, a possibilidade de encontrar uma escuta mais atenta às especificidades dessa fase da vida fica reduzida.

Voltemos ao nosso caso hipotético. Suponhamos que o nosso adolescente chegou ao serviço de saúde na esperança de encontrar algum conforto e alguma orientação. Isto seria encontrado se houvesse alguém disposto a conversar sobre a escolha profissional, sobre o início da vida sexual, sobre DST/aids e métodos contraceptivos, sobre sua orientação sexual. Pense que, apesar de cada adolescente ser muito diferente do outro, muitos deles poderiam encontrar conforto e orientação, se pudessem conversar com alguém sobre tudo isso. Então, quando dizemos que as pessoas dessa faixa etária têm algumas necessidades específicas, não estamos falando que elas são todas iguais. Também não estamos atribuindo tudo isso ao turbilhão de hormônios ou a outros processos biológicos. Estamos tomando certas angústias, sofrimentos e indecisões como questões existenciais que estão relacionadas a um momento específico da vida.

É possível afirmar que na sociedade em que vivemos os três pilares da vida são o trabalho, a família e a sexualidade. Ora, na adolescência, esses três pilares costumam, no processo de "fincar raízes mais profundas no solo", ficar meio bambos. Em relação ao trabalho, é usualmente nessa fase da vida que o indivíduo começa a se deparar a sério com o fato de que ele vai ter que se haver com a questão profissional e, quem sabe, com a necessidade de fazer escolhas. No caso da família, a mudança passa até pela questão da estatura. Se na infância os pais eram aqueles seres grandes para os quais só podíamos olhar se virássemos a cabeça para cima, na adolescência a coisa muda de figura. Estamos agora começando a nos colocar em pé de igualdade com as outras pessoas do mundo e isso novamente nos coloca a questão de quem estamos querendo ser. Além disso, na adolescência, novas formas de viver a sexualidade passam a se insinuar de maneira um tanto contundente.

Daí, se os três pilares estão bambos, aonde poderemos nos apoiar? Tanta coisa nova ao mesmo tempo pode criar dificuldade de comunicar aquilo que sinto

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:45 PM Page 44

para os adultos. Pode criar também um desejo firme de não comunicar: se nem eu sei o que sou, não quero correr o risco de ser excessivamente compreendido.

Sabiamente, os adolescentes passam a buscar sustentação em grupos compostos por outros adolescentes. Nos grupos, podem reelaborar as maneiras de ser e de estar no mundo. Basta reparar: quando os adolescentes chegam à sua unidade de saúde, costumam chegar com os pais ou com os amigos?

Então, duas estratégias precisam ser amplamente empregadas se queremos promover o acesso dos adolescentes aos serviços. A primeira é propor atividades em grupo, nas quais eles mesmos possam se ajudar e trocar informações. Essa ajuda mútua costuma acontecer de maneira muito viva. A segunda é ter adolescentes multiplicadores e orientá-los para que eles mesmos possam desenvolver atividades com os outros adolescentes.

Agora, vamos pensar na realidade concreta da sua unidade de saúde.

- Você acha que há um esforço para identificar os adolescentes que chegam à sua unidade?

- Você concorda que as pessoas nesse momento do ciclo de vida têm algumas necessidades específicas? Quais?

- Você acha que a sua unidade dá conta de atender essas necessidades específicas? Se sim, de que forma? Se não, por quê?

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: DIFICULDADES E POSSIBILIDADES

Apresentemos o mais impalpável dos três obstáculos. Até agora, nos indagamos se os adolescentes chegam ao serviço de saúde e se o serviço está organizado de maneira a dar conta das queixas e demandas específicas desse grupo. Entretanto, ainda não discutimos o fato de que os atendimentos e as atividades são realizadas por pessoas.

A pergunta que precisamos nos fazer é: o profissional de saúde ancora a sua prática na crença de que o outro é uma pessoa que foi lançada no mundo e que tenta se haver com a vida da maneira como pode? Ou, para ser mais preciso, a pergunta seria: eu, enquanto profissional de saúde, ancoro a minha prática nessa crença? É uma pergunta estranha. Mais estranho ainda seria dar uma resposta categórica a ela.

Apesar de se dirigir exclusivamente aos psicoterapeutas, Calligaris faz algumas afirmações que podem valer para todos os profissionais de saúde:

"[É preciso ter] uma extrema curiosidade pela variedade da experiência humana com o mínimo possível de preconceito. Você pode ter crenças e con-

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:45 PM Page 45

vicções. Aliás, é ótimo que as tenha, mas, se essas convicções acarretam aprovação ou desaprovação morais preconcebidas das condutas humanas, sua chance de fazer um bom trabalho é muito reduzida, para não dizer nula.

Explico melhor. Você pode ser religioso, acreditar em Deus, numa revelação e mesmo numa ordem do mundo. No entanto, se essa fé comportar para você uma noção do bem e do mal que lhe permite saber de antemão quais condutas humanas são louváveis e quais condenáveis, por favor, abstenha-se: seu trabalho será desastroso"(p. 12).

Bastante enfáticas essas palavras. Na verdade, o raciocínio de Calligaris prossegue e vai ganhando mais nuanças. Não podemos afirmar categoricamente que tal pessoa tem capacidade de acolher a diversidade e tal outra não tem. O que precisamos é distinguir em nós mesmos o que conseguimos tolerar e o que nos tira completamente do eixo e faz com que percamos a capacidade de sustentar a postura de profissional da saúde.

Exemplifiquemos. Para alguém, pode ser absolutamente insuportável a idéia de que um(a) adolescente de 15 anos transe. Ora, certamente, essa pessoa precisa ter a capacidade de identificar essa dificuldade em si e tentar, de algum modo, resolver esse conflito. De qualquer forma, enquanto isso for insuportável, não é possível para ela conversar sobre sexualidade com adolescentes. Outra pessoa pode ter a convicção profunda de que ter relações sexuais com pessoas do mesmo sexo é pecado. Esqueça. Serviço público de saúde não está vinculado a nenhuma religião. É público e como tal tem que ser laico, ou seja, não pode submeter os pacientes aos dogmas de tal ou qual crença. Outro exemplo ainda. Alguém não agüenta a idéia de que certos adolescentes preferem, por uma questão de valores morais, abster-se de qualquer prática sexual.

Se quisermos desenvolver um bom trabalho, precisamos aguçar a nossa sensibilidade para detectar os nossos próprios pontos cegos e as nossas próprias limitações. Dessa forma, fica mais fácil manter a postura profissional e a honestidade com os adolescentes.

Vamos então tentar falar um pouco mais sobre a postura do profissional. Já falamos sobre um aspecto: é preciso conseguir escutar o outro como uma pessoa. Algumas pessoas poderiam chamar isso de empatia, outras de implicação com o outro. Mas isso só não basta. Se, por exemplo, algum adolescente nos fala sobre uma situação de abuso sexual que vem acontecendo de maneira recorrente e de seu profundo desamparo, precisamos ser capazes de compreender esse desamparo, mas não podemos nos sentir paralisados por ele. É preciso buscar

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:45 PM Page 46

soluções com o adolescente, buscar ajuda da equipe de saúde, do conselho tutelar, da vara da infância da região, de algum conselho local (sem perder de vista a discussão sobre o sigilo que fizemos na brochura 2).

Então é isso. Caminhamos no fio da navalha ao tentarmos nos colocar no lugar do outro e, ao mesmo tempo, não perder de vista nosso papel. Fácil? Certamente, não. Por isso, precisamos insistir no que afirmamos anteriormente. Por mais utópico que soe a proposta de fazer reuniões de equipe na sua unidade, conversar com os outros profissionais de saúde, isso pode ajudá-lo a se sentir parte de uma equipe, a perceber que as responsabilidades são compartilhadas e também a tomar consciência, na conversa com os outros, de suas limitações e dificuldades pessoais para lidar com certas questões.

O QUE TUDO ISSO TEM A VER COM PROMOÇÃO DO ACESSO DOS ADOLESCENTES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE?

Estávamos discutindo a questão do acesso dos adolescentes aos serviços. Aparentemente, perdemo-nos em digressões, perdemos o foco. Só aparentemente. Na nossa concepção de promoção do acesso, não dá para simplesmente contar o número de adolescentes que acessam o serviço para avaliar se estamos sendo bem-sucedidos, apesar desse ser um indicador muito importante.

Precisamos considerar que a promoção do acesso só pode acontecer se compreendermos as maneiras como tradicionalmente os serviços de saúde são concebidos e se criarmos estratégias para torná-los mais inclusivos. Depois, precisamos considerar de que modo o serviço está organizado e elaborar estratégias para que ele possa efetivamente atender as necessidades das pessoas. Por último, precisamos considerar que os serviços prestados pela unidade de saúde, na verdade, são serviços prestados por pessoas. É preciso constituir um ambiente para que esses profissionais se sintam autorizados a inventar maneiras de trabalhar.

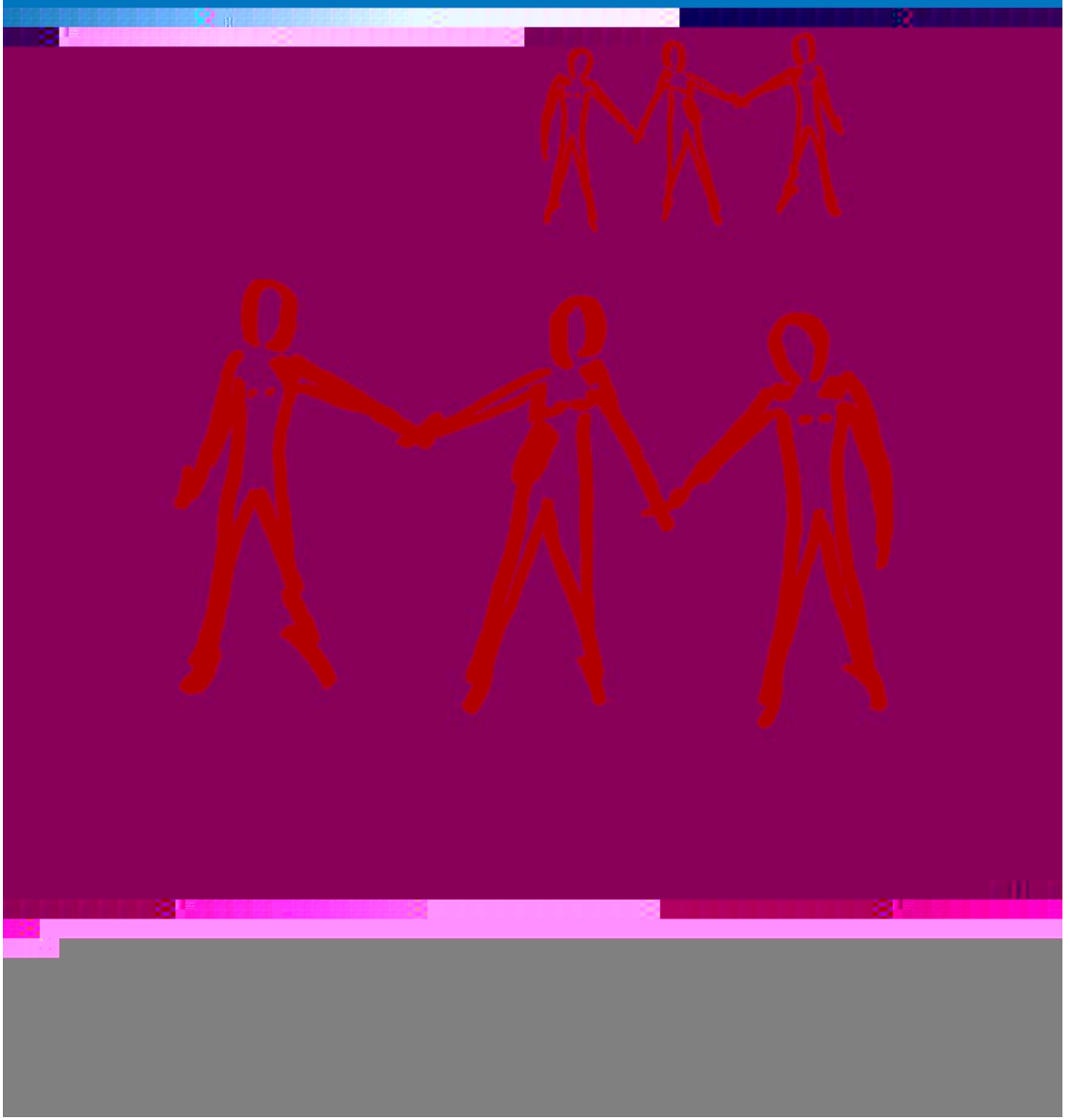
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALLIGARIS, C. Cartas a um Jovem Terapeuta. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:46 PM Page 47

BROCHURA 4

O SERVIÇO DE SAÚDE NA COMUNIDADE: O TRABALHO EM REDE



Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:46 PM Page 48

Responsáveis pela produção do texto:

Teo Weingrill Araujo e Gabriela Calazans - Coordenação Estadual de DST/aids,
Secretaria Estadual de Saúde - SP

Colaborador:

Haraldo César Saletti Filho (Centro de Saúde Escola Butantã)

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:46 PM Page 49

INTRODUÇÃO

Nesta brochura, pretendemos discutir o que significa estabelecer parceria com as instituições e organizações da comunidade e o que significa atuar em rede. A prevenção de DST/aids envolve uma gama muito ampla de aspectos que vão desde o acesso a informações sobre vias de transmissão até o modo como se dá a relação entre homens e mulheres em uma determinada comunidade e o modo como são estabelecidos os papéis sociais atribuídos a eles. Muitos outros aspectos sociais, individuais e programáticos estão envolvidos nessa questão, conforme esperamos ter esclarecido na **brochura 1.** Por isso, é possível afirmar que as ações do serviço de saúde tendem a se tornar muito mais abrangentes e eficazes se estiverem articuladas com as ações propostas por outras organizações e instituições presentes na comunidade.

Teixeira (2005) ressalta algumas características importantes dos serviços de Atenção Primária à Saúde:

- O grande número e a capilaridade da rede, o que faz com que os serviços estejam mais próximos dos lugares em que as pessoas moram ou trabalham que qualquer outro serviço de saúde.
- O fato de que as demandas de saúde mais freqüentes se encontrem, muitas vezes, na fronteira entre os "problemas da vida" e as "doenças propriamente ditas". Por isso, nas Unidades Básicas de Saúde, ganha importância ainda maior a disponibilidade de escutar as demandas trazidas pelas pessoas, a partir do que as necessidades podem ser resolvidas ou encaminhadas para outras instituições da comunidade.
- O caráter de porta de entrada não apenas para a rede de serviços de saúde, mas para uma multiplicidade de outras demandas sociais que aparecem na unidade básica pela falta de outros espaços de expressão.

Essas características dos serviços de saúde poderiam ser utilizadas para descrever outras instituições da comunidade. Pensemos, por exemplo, nas Igrejas e em outros espaços religiosos. Assim como os serviços de saúde, existem em grande número e em praticamente todas as comunidades, são espaços que acolhem os "problemas da vida" e são a porta de entrada para vários tipos de demandas sociais. O mesmo vale para as escolas e para as associações comunitárias.

Vemos, então, que as pessoas costumam recorrer a uma gama variada de instituições por questões parecidas. De que modo as pessoas definem a instituição que vão procurar para resolver determinada questão? Isso depende muito da questão dessa pessoa, certamente. Entretanto, depende também:

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:46 PM Page 50

- De contextos culturais: a importância dos espaços religiosos e das escolas tende a ser diferente em meios urbanos e em meios rurais; há bairros e cidades em que as associações comunitárias são muito mais fortes do que em outros.
- De faixa etária e de gênero: a escola, por exemplo, tende a ser um espaço mais próximo dos adolescentes; já os idosos e as mulheres gestantes tendem a ver o serviço de saúde como um espaço em que podem ter suas necessidades acolhidas.
- De contextos institucionais: se a escola, por exemplo, em uma determinada região está muito deteriorada e abandonada ou se é muito distante, tende a perder importância como espaço de interlocução para as pessoas; o mesmo vale para os serviços de saúde.

Todas as instituições presentes em um determinado bairro - serviços de saúde, escolas, equipamentos de esporte, cultura e lazer, organizações da sociedade civil - podem funcionar como mediadoras da interação social entre as pessoas, isto é, como espaços em que os indivíduos podem estabelecer relações de confiança.

Essas considerações nos permitem afirmar que a escuta para determinadas demandas pode ser encontrada em diversos locais. A partir da concepção mais ampla de saúde adotada atualmente, segundo a qual a saúde não é apenas ausência de doenças, mas um estado de bem-estar biológico, psicológico e social, torna-se possível afirmar que tais locais são espaços privilegiados para a promoção da saúde. Essa função de promoção da saúde ganha mais força se as instituições atuam de forma articulada, em rede.

O QUE SIGNIFICA ESTABELECER PARCERIA?

A necessidade de estabelecer parceria é quase consensual, mas nem sempre fica claro o que isso significa na prática. Na verdade, existem níveis muito diferentes de parceria.

Podemos pensar, por exemplo, que muitas unidades de saúde são menores do que deveriam ser e, muitas vezes, não têm salas apropriadas para fazer atividades educativas em grupo. Nesse caso, seria interessante verificar se não há algum outro espaço na comunidade para fazer as ações educativas como, por exemplo, uma associação comunitária ou uma Igreja. Utilizar o espaço de outra instituição pode ser o primeiro passo para estabelecer uma relação mais próxima com as pessoas que costumam freqüentá-la.

Outro exemplo que podemos pensar: uma unidade de saúde que fornece alguns preservativos para que a escola possa fazer ações educativas. Isso também

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:46 PM Page 51

pode funcionar como uma primeira aproximação entre as instituições.

Há algo bastante comum que costuma acontecer nas comunidades. Emerge alguma questão na escola que gera angústia nos profissionais e nos próprios alunos. Vamos supor, a questão das drogas. Diante disso, os professores resolvem ir até a Unidade Básica mais próxima e solicitam que os profissionais de saúde façam oficinas sobre drogas para os alunos. O oposto também pode acontecer. A unidade de saúde detecta que muitos adolescentes de uma determinada escola estão sendo encaminhados por problemas de aprendizagem e resolve propor uma discussão com a escola para verificar o que está acontecendo. Ou detecta o surgimento de muitas adolescentes grávidas na comunidade e resolve ir até a rádio comunitária para propor que esse tema seja abordado na programação. Todos estes são exemplos de possibilidades muito férteis de tentar resolver certos problemas que costumam aparecer.

Podemos enumerar alguns argumentos que justificam a importância de se tentar estabelecer parceria com instituições e organizações da comunidade:

- A Unidade de Saúde que estabelece parceria com as instituições existentes em uma determinada comunidade tem mais chance de promover o acesso das pessoas ao serviço. No caso de adolescentes, por exemplo, a escola pode referenciar o serviço para os alunos e isso pode promover o acesso de adolescentes e jovens que, tradicionalmente, não costumam freqüentar os serviços.
- Os atores das outras instituições passam a funcionar como multiplicadores das discussões relacionadas à saúde e à prevenção de doenças.
- A articulação em rede das instituições potencializa a atuação de cada uma delas na tentativa de garantir que as pessoas possam exercer seus direitos.
- Isso tudo cria um contexto favorável para que as pessoas possam adotar atitudes de cuidado com elas mesmas e com os outros. O fortalecimento de práticas preventivas pode diminuir a incidência de doenças e de agravos.

O QUE SIGNIFICA PENSAR AS AÇÕES INTERSETORIAIS E COMUNITÁRIAS NA PERSPECTIVA DAS REDES SOCIAIS?

Nos exemplos que mencionamos anteriormente, não é possível afirmar que as instituições parceiras compõem uma rede. O que há é o estabelecimento de relações bem específicas como no caso de tomar emprestado o espaço físico de outra instituição ou fornecer alguns preservativos para atividades educativas. Há também o estabelecimento de relações pontuais que passam a existir quando surge alguma questão mais urgente e que depois arrefecem.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:46 PM Page 52

As redes costumam ter um caráter mais contínuo. Suponhamos uma rede que tem como objetivo construir uma proposta ampla de atenção aos adolescentes e jovens de uma determinada comunidade. Então, uma vez por mês, reúnem-se profissionais de saúde da unidade básica da região, profissionais das escolas, líderes comunitários, conselheiros tutelares e representantes de adolescentes e jovens. Percebam que essas reuniões criam uma oportunidade importante de interlocução com os adolescentes e jovens e com pessoas de outras instituições e organizações.

Imaginemos que a rede tenha chegado ao diagnóstico de que os jovens daquela comunidade precisam ter espaços para discutir sexualidade, prevenção às DST/aids e métodos contraceptivos. A escola comunica que os professores não se sentem capazes de discutir esse tema com os alunos. Os agentes de saúde vinculados ao Programa de Saúde da Família da comunidade dispõem-se a ajudar os professores a fazerem isso. A unidade básica percebe que precisa melhorar o acesso dos adolescentes e jovens ao serviço e os líderes comunitários dispõem-se a referenciá-los para o serviço. Além disso, detecta-se que os profissionais de saúde não têm clareza sobre os aspectos legais relacionados ao atendimento de adolescentes que vão ao serviço sem os pais ou responsáveis. Os conselheiros tutelares dispõem-se,então, a conversar sobre isso com os profissionais de saúde. E assim sucessivamente, de modo que as ações de cada um dos atores ganham impacto maior ao se somarem, ganham suporte e legitimidade.

É claro que essa é a descrição de uma rede ideal, em que as pessoas chegam a um consenso e trabalham harmonicamente para alcançarem um objetivo comum. Na prática, isso nem sempre acontece. É possível que haja diferença de opiniões entre os participantes do próprio grupo ou que a posição do grupo seja diferente das diretrizes estabelecidas pelos gestores municipais. Mesmo nesses casos, a partir de um diálogo democrático entre todos, pode se constituir algum consenso mínimo que permita dar início a um trabalho conjunto.

Em um trabalho em rede todos têm a contribuir para um objetivo comum. Isso não significa que todos possam contribuir da mesma maneira, as atuações de cada um têm especificidades. Enumeremos as especificidades do papel dos profissionais da unidade de saúde na articulação com outras instituições:

- Certas informações sobre doenças e sobre vias de transmissão nem sempre são do conhecimento de todos. Assim, é importante manter espaços de interlocução com os líderes religiosos, professores e líderes comunitários, nos quais as informações mais técnicas relacionadas às doenças e à prevenção de

doenças podem ser veiculadas.
- Como o profissional de saúde é, antes de tudo, alguém responsável por cuidar de outras pessoas, é possível que ele tenha a contribuir na discussão sobre o acolhimento e a escuta das necessidades das pessoas.
- A unidade de saúde tem um papel fundamental de se colocar como referência para o tratamento de doenças e para o fornecimento de insumos (preservativos e outros recursos para contracepção, vacinas etc.).

ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE OS PROJETOS DE PREVENÇÃO ÀS DST/AIDS NAS ESCOLAS

As escolas são espaços privilegiados para se discutir educação em saúde, sobretudo, com adolescentes e jovens. É importante conhecer as iniciativas que já estão em curso. Isso pode favorecer a troca de experiências e o estabelecimento de parcerias.

Em 1997, os Parâmetros Curriculares Nacionais definiram alguns temas que deveriam ser abordados pelas escolas de maneira transversal, isto é, temas que deveriam ser abordados pelo conjunto de disciplinas que compõe o currículo escolar e também em atividades que acontecem fora da sala de aula. Os Parâmetros Curriculares Nacionais definiram a saúde e orientação sexual como temas transversais. Além disso, definiram que as escolas teriam autonomia para desenvolver o seu próprio projeto pedagógico anual. Desse modo, ao estabelecer parceria com a escola, é importante ter em mente a necessidade de auxiliá-la a incorporar a saúde e a orientação sexual no projeto pedagógico anual.

No Estado de São Paulo, grande parte das escolas de nível médio (antigo segundo grau) está sob responsabilidade da Secretaria Estadual de Educação. Por sua vez, os municípios são responsáveis por grande parcela das escolas infantis e de ensino fundamental (antigo primeiro grau).

Desde o ano de 1996, está sendo desenvolvido nas escolas da rede pública estadual o projeto "Prevenção Também Se Ensina", coordenado pela Secretaria de Estado da Educação de São Paulo e pela Fundação para o Desenvolvimento da Educação (FDE). Esse projeto, que conta com o apoio do Programa Estadual de DST/aids da Secretaria de Estado da Saúde, é voltado para a promoção da cidadania saudável e a redução da vulnerabilidade da comunidade escolar em relação ao uso indevido de drogas e às DST/aids.

Nesse projeto, cada uma das escolas recebe um kit de materiais educativos contendo manuais, fitas e livros de ficção para que possa desenvolver as

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:46 PM Page 54

ações. Além disso, profissionais das Diretorias de Ensino recebem capacitações periódicas e são responsáveis por repassar os conhecimentos para as escolas de sua região.

Há outro projeto em curso nas escolas de todo o território nacional. Trata-se do "Saúde e Prevenção nas Escolas", proposto pelo governo federal, que vem sendo implantando em parceria com os governos estaduais e municipais. Tal projeto parte da concepção de que a parceria das escolas com os serviços de saúde é fundamental para que as ações de prevenção possam ser bem-sucedidas. Isso porque os alunos que têm acesso à discussão sobre sexualidade, métodos contraceptivos e DST/aids na escola precisam ter acesso ao serviço para que possam fazer testagem para o HIV, obter insumos de prevenção, tratar as DST etc. De nada adianta dizer quais são os sintomas de uma DST ou discutir a importância de se fazer o teste de HIV se o aluno não tem o acesso ao serviço garantido.

Uma proposta interessante do "Saúde e Prevenção nas Escolas" é que as próprias escolas passem a tornar o preservativo disponível para os alunos. O projeto foi implantado de maneira experimental em algumas instituições de ensino espalhadas pelo território nacional. Muitas delas, que fizeram parte do projeto piloto do governo federal, estão conseguindo tornar os preservativos disponíveis. Nessas escolas, a distribuição é feita por alguns professores e alunos ou pelo grêmio estudantil. Entretanto, entende-se que a distribuição do preservativo na escola só pode acontecer depois de um processo lento de discussão com alunos, pais, funcionários e outros atores da comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

TEIXEIRA, R. R. O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva. Interface (Botucatu), mar./ago. 2005, vol.9, nº17, p.219-234.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:46 PM Page 55

BROCHURA 5

A COMUNIDADE NO SERVIÇO DE SAÚDE: ADOLESCENTES MULTIPLICADORES

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:46 PM Page 56

Responsáveis pela produção do texto:
Teresa Cristina Lara Moraes - psicóloga do SAE Líder II do município de São Paulo
Teo Weingrill Araujo - Coordenação Estadual de DST/aids,
Secretaria Estadual de Saúde - SP
Gabriela Calazans - Coordenação Estadual de DST/aids,
Secretaria Estadual de Saúde - SP

Colaborador:
Marcos Veltri
(Área Temática de DST/aids, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo).

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:46 PM Page 57

INTRODUÇÃO

Na presente brochura, discutiremos a educação por pares, uma estratégia importante para o trabalho de prevenção às DST/aids com diversos segmentos populacionais, dentre os quais, os adolescentes e jovens.

A educação por pares é uma estratégia na qual pessoas de determinado segmento se responsabilizam por discutir com outras pessoas do mesmo segmento questões relevantes para este grupo. Tais pessoas são comumente chamadas de **multiplicadores**.

A estratégia de educação por pares tem sido bastante utilizada no enfrentamento da epidemia da aids, para fomentar discussões sobre sexualidade e prevenção e ancora-se em duas concepções fundamentais:

1. As pessoas costumam compartilhar com os outros que fazem parte de seu segmento populacional maneiras de falar sobre sexualidade e de vivê-la. Nesse sentido, concebe-se que, na educação por pares, a comunicação pode acontecer de maneira muito efetiva.

Entendemos que a expressão da sexualidade é sempre situacional, apresentando-se de forma distinta em diferentes contextos culturais (e históricos). O mesmo pode ser afirmado em relação ao uso de drogas, que pode assumir significados religiosos em determinados contextos, pode cumprir o papel de socialização em outros e, em outros ainda, torna-se "caso de polícia".

Assim, ainda que reconheçamos a imensa diversidade que compõe o segmento de adolescentes e jovens, a educação por pares pode ser uma maneira interessante de fomentar discussões francas, que levem em conta toda a complexidade inerente à questão da prevenção às DST/aids.

2. O objetivo das estratégias de prevenção e de promoção da saúde deve ser sempre criar condições para que os jovens possam exercer atitudes de cuidado com eles mesmos e com os outros e para que possam reivindicar os recursos necessários para exercer esse cuidado. Nesse sentido, é contraditório, de um lado, ter um objetivo como esse e, de outro, tomar os adolescentes e jovens apenas como público-alvo das ações de prevenção. Por isso, torna-se fundamental envolvê-los no planejamento, na avaliação e na execução das ações voltadas para eles. O jovem como sujeito social, por meio da participação ativa, construtiva e solidária, pode trazer soluções concretas para os problemas da comunidade e da sociedade.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:46 PM Page 58

Multiplicador ou educador de pares?

Nos paises de língua inglesa, a pessoa que fica responsável por desenvolver ações educativas voltadas para o grupo da qual faz parte é chamada de "peer educator". Em português, a tradução literal dessa expressão seria "educador de pares". Entretanto, no Brasil, convencionou-se chamar esse "educador de pares" de "multiplicador". Por isso, na presente brochura, utilizaremos o termo "multiplicadores", apesar de precisarmos fazer certas ressalvas.

A idéia que está por trás do termo é que o adolescente e jovem fará o papel de multiplicar as informações recebidas. Parece simples. Alguém fornece a informação para um grupo, que faz o papel de multiplicar a informação recebida e assim sucessivamente, até que o mundo todo seja atingido e passe a se prevenir adequadamente. Entretanto, defendemos que esse processo não pode ser compreendido à luz de fórmulas matemáticas. A equipe de profissionais que se responsabiliza por formar os adolescentes e jovens multiplicadores estabelece relações com os próprios multiplicadores, os quais, por sua vez, estabelecem relações com os outros adolescentes e jovens. Nessas relações, a construção de sentidos para os temas discutidos é necessariamente singular e precisa ser assim se pretendemos que esses sentidos sejam significativos para as pessoas que os constroem. Por aí, compreendemos que não se trata de mera multiplicação de informações.

Nos países de língua inglesa, os pares, além de educadores, podem assumir outras responsabilidades. Por exemplo, em um determinado projeto, é possível que os adolescentes e jovens assumam o papel de aconselhadores. Nesse caso, falaríamos de aconselhadores de pares. Nos projetos com adolescentes e jovens, é importante perceber que os multiplicadores podem assumir diversas funções, que variam de acordo com os objetivos que o projeto pretende atingir.

NO QUE CONSISTE UM PROJETO DE EDUCAÇÃO POR PARES?

De maneira bem sucinta, um projeto de educação por pares precisa identificar algumas pessoas que possam fazer o papel de multiplicadores, os quais se responsabilizam por levar a discussão sobre prevenção às DST/aids para diver-

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:46 PM Page 59

sos grupos de adolescentes e jovens. Os multiplicadores podem discutir prevenção com adolescentes e jovens nas ruas, nas escolas, em locais de socialização, em igrejas, em clubes e nos próprios serviços de saúde. Para que possam realizar o trabalho de maneira adequada, precisam dispor de informações sobre as doenças, os modos de transmissão e prevenção. Entretanto, sabe-se que isso só não basta. É preciso propiciar espaços para que eles possam refletir constantemente sobre a própria postura diante dos outros adolescentes e jovens.

COMO IMPLANTAR UM PROJETO DE EDUCAÇÃO POR PARES NO SERVIÇO DE SAÚDE?

Etapas que compõem um projeto com adolescentes multiplicadores

Identificar as demandas a que o projeto pretende atender.

Identificar os adolescentes e jovens que farão o papel de multiplicadores.

Formar os multiplicadores.

Acompanhar o projeto e o trabalho dos multiplicadores por meio de reuniões periódicas.

A primeira questão da qual precisamos ter clareza é a quais demandas um projeto de educação por pares precisaria responder. Poderíamos desdobrar essa questão em duas perguntas principais:

1 - Quais adolescentes e jovens pretendemos atingir?

O que se pretende é levar a discussão sobre prevenção para os adolescentes e jovens que não freqüentam a escola? Quem são esses jovens? Eles trabalham? O que fazem nos momentos de lazer? Freqüentam alguma Igreja? Ou o que se pretende é promover a realização de ações de prevenção nas escolas? Em que escolas?

2 - Com qual objetivo?

O que se pretende é que o trabalho dos multiplicadores propicie discussões sobre sexualidade e uso de drogas com adolescentes e jovens que usualmente não tem acesso a esse tipo de discussão? Ou o que se pretende é que ado-

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:46 PM Page 60

lescentes e jovens que já participam de ações de prevenção possam viver a experiência de conversar sobre isso com seus pares? Pretende-se que o acesso à testagem, ao tratamento das DST e as atividades de rotina do serviço de saúde sejam ampliados? Pretende-se ampliar o acesso ao preservativo?

Se respondermos tais perguntas, teremos subsídios para avaliar constantemente o projeto que está sendo desenvolvido, de modo a tomar conhecimento se os objetivos propostos estão sendo atingidos. Além disso, todo o desenvolvimento do projeto dependerá das respostas que dermos às perguntas anteriores. O local e o formato das intervenções, o perfil dos multiplicadores, tudo isso terá que ser decidido em função dos jovens que pretendemos atingir e dos objetivos que pretendemos alcançar. É importante que haja adolescentes e jovens envolvidos na construção da proposta desde esse ponto inicial de diagnóstico e planejamento, para que o projeto tenha legitimidade e possa atender efetivamente as necessidades desse grupo etário.

Para implantar o projeto de educação por pares, é necessário preparar os multiplicadores para que comecem a atuar.

Para isso, é preciso, em primeiro lugar, identificar quem serão os multiplicadores: podem ser, dentre outros, participantes dos grêmios das escolas, participantes de grupos juvenis de hip-hop, skate ou de igrejas e representantes de crianças e adolescentes em situação de rua.

Uma estratégia muito interessante para conseguir a adesão de multiplicadores é tentar recrutá-los dentre os adolescentes e jovens que freqüentam a unidade de saúde e que demonstram interesse em trabalhar dessa forma. Muitas vezes, os jovens que participam de atividades relacionadas à prevenção podem compreender mais facilmente o que significa se tornar multiplicador. Nesse sentido, uma estratégia interessante é oferecer oficinas seqüenciais sobre prevenção às DST/aids e uso abusivo de drogas para adolescentes e jovens e, no final, oferecer aos que se interessarem a possibilidade de se tornarem multiplicadores.

Em segundo lugar, é preciso estabelecer os termos do contrato que será estabelecido com os multiplicadores. É preciso estabelecer em que locais, dias e horários eles desenvolverão as ações, quando participarão de reuniões e atividades de supervisão, se haverá algum tipo de remuneração, ajuda de custo, lanche ou auxílio-transporte para eles e por quanto tempo eles participarão do projeto.

No contexto em que vivemos, no qual os jovens encontram muitas dificuldades de se inserir no mercado de trabalho, não é possível desconsiderar que

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:46 PM Page 61

a atuação como multiplicador abre perspectivas importantes para o jovem. Por isso, é muito importante prezar pelos aspectos formais do vínculo com o adolescente e com o jovem, até para que a atividade possa contar efetivamente como uma experiência de trabalho. Além disso, em um contexto em que a grande maioria das pessoas dessa faixa etária não tem emprego, a existência de iniciativas que as envolvam na execução das ações é fundamental.

Entretanto, o contrato não é composto apenas por aspectos formais. É preciso cultivar o vínculo com o multiplicador, que não é apenas um executor das ordens dadas pelos profissionais de saúde, mas alguém que participa do planejamento e da avaliação das ações e que tem voz para interferir efetivamente nos rumos do projeto. Em terceiro lugar, é preciso garantir que os multiplicadores

Sugestões de temas que podem contribuir para a formação dos adolescentes e jovens multiplicadores

Aspectos biológicos das DST/aids e hepatites - modos de transmissão, principais sintomas e características dessas doenças.

Tendências da epidemia - os conceitos de grupo de risco, comportamentos de risco e vulnerabilidade; as implicações éticas da utilização de cada um desses conceitos; história da epidemia.

Aspectos éticos e psicossociais relacionados às DST/aids - preconceitos e estigmas associados às DST/aids, uso de drogas, sexualidade, gênero, corpo erótico, corpo reprodutivo, perda e morte.

Questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva - contracepção e métodos contraceptivos, uso de preservativo, gravidez, paternidade e maternidade.

Dinâmicas e jogos para propiciar a discussão sobre sexualidade e uso de drogas com grupos de adolescentes e jovens - recomendamos que seja utilizado, dentre outros, o "Manual do multiplicador adolescente" produzido pelo Ministério da Saúde (2003).

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:46 PM Page 62

O Estatuto da Criança de do Adolescente (ECA) e a questão dos direitos e deveres das crianças e dos adolescentes.

Considerações sobre a postura do multiplicador diante dos outros adolescentes e jovens - a importância do sigilo e do caráter confidencial das intervenções, o papel do multiplicador.

recebam algum tipo de formação. Para isso, vale buscar parcerias com instituições da comunidade que possam auxiliar nisso, tais como escolas, centros de formação e organizações da sociedade civil.

Em quarto lugar, é preciso garantir que os adolescentes e jovens multiplicadores tenham reuniões periódicas com os profissionais de saúde da unidade para conversar e refletir sobre as ações desenvolvidas, avaliar e rever os rumos do projeto.

ALGUMAS QUESTÕES QUE PRECISAM SER CONSIDERADAS EM RELAÇÃO AO TRABALHO DOS MULTIPLICADORES

A educação por pares faz sentido porque se concebe que, entre pares, os adolescentes e jovens consigam conversar de maneira franca e estabeleçam relações menos hierarquizadas. Desse modo, o conhecimento e a reflexão sobre as atitudes tornam-se significativos porque podem ser construídos coletivamente.

Entretanto, precisamos entender que a concepção de educação como transmissão de informações do professor, que detém o saber, para alunos, que não detêm nenhum saber, ainda é predominante na nossa sociedade, apesar de todas as críticas que vêm sofrendo. Além disso, é inegável que a posição de multiplicador de um projeto confere poder àquele que a detém.

Não estamos defendendo que devemos abandonar por completo os métodos da concepção tradicional de ensino. Entretanto, em um projeto que pretenda discutir atitudes e decisões relacionadas ao uso de drogas e à sexualidade, isso faz pouco sentido. Nesse caso, o que é necessário é que sejam propiciados os recursos e as condições para que as pessoas possam adotar as medidas preventivas.

Por outro lado, o que podemos perceber, em muitos projetos dessa natureza (vide boxe a seguir), é que o multiplicador acaba assumindo a postura de

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:46 PM Page 63

detentor do saber e se arvora o direito de dizer às pessoas o modo como elas devem se portar e o de condenar as atitudes que julga inadequadas. Enfim, nesse caso, a educação por pares, que deveria ser menos hierarquizada, acaba reproduzindo os vícios da educação tradicional.

Isso gera angústia, mas não precisa gerar atitudes extremas. A desconstrução desse tipo de atitude é lenta e gradual e pode acontecer quando são propiciados espaços periódicos de reflexão sobre a postura e o papel do multiplicador. Em tais espaços, deve-se partir das experiências concretas de trabalho trazidas pelos adolescentes e jovens, a partir das quais a reflexão poderá ser proposta.

É possível dizer que, em um trabalho dessa natureza, não há como prescindir da participação dos adolescentes e jovens e, ao mesmo tempo, da presença do adulto que, com sua bagagem e acúmulo de experiências, é de fundamental importância para a formação desse jovem. A experiência dessa relação - adulto x jovem - muitas vezes é tensa. O adulto muitas vezes torna-se o "dono da situação" e reserva ao jovem apenas o papel de executar o que já foi determinado a priori.

Nesse sentido fica o questionamento: qual é o limite entre a autonomia do multiplicador e a coordenação do técnico? Como efetivar essa parceria sem prescindir, por um lado, do apoio do profissional e por outro do jovem com todas as suas possibilidades de intervenção?

É possível afirmar que, a despeito de algumas tensões, os multiplicadores nunca dispensam a presença do adulto, ao mesmo tempo em que destacamos que a linguagem juvenil facilita um vínculo mais efetivo entre os jovens. Assim entendemos que é um trabalho conjunto em que ambas as gerações possuem papéis e lugares específicos.

A possibilidade de atuar como multiplicador costuma ter grande impacto na vida dos adolescentes e jovens, abrindo portas que lhes possibilitam refletir sobre seus próprios preconceitos e tabus, criando perspectivas para os projetos de vida e ampliando seus horizontes de socialização.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:46 PM Page 64

Breve relato de experiência de educação por pares em uma escola pública do município de São Paulo

Acreditamos que conhecer uma experiência de educação por pares e as reflexões geradas a partir da avaliação dessa experiência pode ser de grande utilidade para os profissionais de saúde que pretendem trabalhar com adolescentes multiplicadores. Pretendemos apenas destacar alguns pontos relatados em artigo de autoria de Ayres, Freitas, Santos, Saletti Filho e França Júnior (2003) publicado na Revista **Interface: Comunicação, Saúde, Educação** sobre a implantação de um projeto em uma escola pública. Entretanto, recomendamos fortemente que o artigo seja lido na integra.

O projeto de prevenção às DST/aids e ao uso abusivo de drogas partiu dos seguintes objetivos:

1 - Promover a reflexão, o debate e o posicionamento ativo dos alunos sobre o problema-alvo a partir do trabalho de multiplicadores em oficinas de sexo seguro, gravidez e uso abusivo de drogas.

2 - Estimular a construção de uma resposta coletiva ao problema-alvo, inclusive com apoio à reestruturação do grêmio estudantil.

3 - Facilitar o acesso dos adolescentes e jovens às unidades de saúde, nas quais é possível conseguir retaguarda para ter acesso ao aconselhamento, à testagem e a preservativos.

4 - Incrementar a integração e o suporte comunitário (promover orientações profissionais, rede de empregos e atividades dirigidas aos pais).

5 - Enriquecer o projeto político-pedagógico da escola.

Para atingir esses objetivos, especialmente o primeiro e o segundo, foi formado um grupo de vinte alunos multiplicadores que se interessaram por trabalhar dessa maneira. Os multiplicadores compuseram um grupo bastante heterogêneo, formado por alunos dos diferentes grupos de jovens da escola, que recebeu capacitação específica antes de começar a desenvolver as ações.

Os multiplicadores iam às salas de aula em períodos determinados e conduziam oficinas com seus pares. Além disso, desenvolviam atividades como gincanas, feiras científicas e artísticas, faziam o mapeamento dos equipamentos de saúde da região e realizavam eventos extramuros.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:46 PM Page 65

Foi feita uma avaliação das ações desenvolvidas pelos multiplicadores por meio da aplicação de questionários em todos os alunos da escola e de entrevistas semi-estruturadas em alguns multiplicadores que participaram do projeto.

A grande maioria dos alunos da escola sabia da existência do projeto e identificou a possibilidade de discutir os temas como o principal ganho das oficinas coordenadas pelos multiplicadores. Isso indica que os alunos não concebiam as oficinas meramente como um espaço de transmissão de informações. Ao invés disso, concebiam-nas como espaço em que a reflexão podia ser construída coletivamente, a partir da troca entre iguais.

Entretanto, a concepção dos próprios multiplicadores sobre o trabalho se aproximou muito do modelo preventivista tradicional, pautado numa pedagogia unilateral e modeladora. Em outros termos, os multiplicadores referiam-se a si mesmos como veículos das informações corretas, as quais deveriam ser assimiladas pelos demais alunos.

Isso reforça aquilo que afirmáramos anteriormente, sobre a necessidade de promover a formação continuada dos multiplicadores e a constante reflexão sobre o papel que exercem.

Apesar das dificuldades, a experiência foi bastante transformadora para os alunos que participaram do projeto, os quais se tornaram referências para discutir os temas relacionados à prevenção fora do espaço escolar, com a família e com os amigos.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:46 PM Page 66

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J.C.; FREITAS, A.C; SANTOS, A.S; SALETTI FILHO, H.C; E FRANÇA JÚNIOR, I. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v.7, n.12, p. 113-28, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual do multiplicador adolescente. 2003.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 67

BROCHURA 6

USO DE DROGAS E VULNERABILIDADE ÀS DST/AIDS

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 69

INTRODUÇÃO

Na presente brochura, pretendemos discutir, de um lado, as questões relacionadas ao uso de drogas e, de outro lado, o modo como o profissional de saúde pode inserir esse tema nas ações que desenvolve com adolescentes e jovens. Três motivos tornam fundamental inserir o tema em uma série de brochuras que pretendem discutir prevenção das DST/aids com adolescentes e jovens:

- O compartilhamento de agulhas e seringas entre usuários de drogas injetáveis é um meio muito importante de transmissão do vírus HIV no Brasil. Nesse sentido, a promoção do acesso aos meios para injeção segura é uma estratégia fundamental de prevenção da aids.

- Dentre os riscos associados ao uso de drogas, destaca-se a exposição ao sexo desprotegido, que pode levar à gestação não-planejada e à infecção por doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a aids.

- O uso abusivo de drogas pode indicar que o adolescente ou jovem está tendo dificuldade de tomar medidas de cuidado consigo e, conseqüentemente, pode indicar alta vulnerabilidade desse jovem às DST/aids e a outras doenças e agravos.

Criado em 25 de agosto de 2005 por meio da Lei estadual 11.976, o Programa de Saúde do Adolescente estabelece como prioridade do Sistema Único de Saúde (SUS) em São Paulo o desenvolvimento de ações preventivas e de assistência às necessidades globais, físicas, psicológicas e sociais do adolescente. Além disso, prevê a sua participação em práticas educativas, de forma a estimular a visão crítica desse sujeito e a adoção de atitudes de autocuidado:

***Artigo 2º** - São objetivos do Programa de Saúde do Adolescente:*
I - desenvolver ações fundamentais para a prevenção contínua (primária, secundária e terciária) com ênfase na prevenção primordial, de modo que o adolescente sinta a necessidade de ter e de resguardar sua saúde;
II - assistir as necessidades globais de saúde da população adolescente;
III - estimular o adolescente a participar de práticas educativas como fator de desenvolvimento de seu potencial criador e crítico.

A adolescência e a juventude são as fases da vida em que ganham importância as atitudes de experimentação, a construção de elementos da identi-

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 70

dade e a busca pela autonomia por meio de um processo de socialização extrafamíliar. Nesse contexto, torna-se indispensável a abordagem preventiva e de orientação desses sujeitos, inclusive com relação às drogas, bem como o tratamento de problemas de saúde motivados por elas ou a elas correlacionados.

O tema drogas é complexo, dentre outros aspectos, devido à condição de ilegalidade de algumas substâncias psicotrópicas e costuma ser considerado um "tema marginal", gerando desinformação em relação ao papel e à postura das equipes de saúde. Como conseqüência, observa-se que alguns profissionais procuram omiti-lo, ou fazem sua abordagem a partir de uma perspectiva policial e judicial e não propriamente de saúde. Esse enfoque, em geral, negligencia as drogas lícitas (tabaco e álcool), que têm padrão de uso socialmente aceito pela população adulta, inclusive pelos familiares dos adolescentes e jovens, dificultando, assim, orientações de saúde.

A abordagem preventiva e de orientação com relação às drogas, bem como o encaminhamento e o tratamento de problemas de saúde motivados por ou a elas correlacionados, são fundamentais. Tal perspectiva é salientada nas orientações da Política Nacional de Drogas de 2005, que estabelece que as políticas públicas devem se pautar pela educação e capacitação de pessoas em todos os segmentos sociais, no intuito de promover ações efetivas de redução da demanda, da oferta e dos danos decorrentes do uso indevido de drogas, para todos os tipos de público, inclusive **adolescentes.**

PARTE I - IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM DO TEMA DROGAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

1.a - Panorama Brasileiro do Uso de Drogas

No Brasil, os problemas de saúde que acometem os jovens decorrem, em sua maioria, de fatores psicossociais ligados à sexualidade, ao uso ou abuso de drogas e à violência. Conforme pesquisa divulgada pela UNESCO (2003), enquanto a taxa de mortalidade da população brasileira caiu de 633 para 573 em 100.000 habitantes no período de 1980 a 2000, a taxa referente apenas à população jovem cresceu de 128 para 133 por 100.000 habitantes.

As causas de morbidade e mortalidade são diferentes entre os dois sexos: enquanto 77,28% das internações de mulheres adolescentes e jovens ocorrem devido à gravidez, ao parto e ao puerpério (o que inclui abortos), 70% das

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 71

internações de homens adolescentes e jovens são provocados por conseqüências externas, principalmente ligadas a acidentes de trânsito e homicídios (Ministério da Saúde, 2005).

Além da gravidez na adolescência e abortos, a aids entre meninas adolescentes representa 63% dos casos notificados no país na faixa etária de 13 a 19 anos, entre 1980 e 2002 (Ministério da Saúde, 2005). Em 2004, na faixa dos 13 aos 24 anos, a forma de exposição ao vírus HIV, informada por 86,5% de pessoas de ambos os sexos que a conheciam, foi a via sexual. O uso de drogas injetáveis foi apontado por 11,1% desse total, principalmente entre os rapazes (Programa Nacional de DST/aids, 2005).

Segundo o DATASUS, em 2001, o uso de bebidas alcoólicas provocou 84.467 internações para tratamento ambulatorial no Brasil, enquanto o consumo de outras drogas (incluindo o cigarro) foi causa de outras 21.000, 23% delas devido ao uso de drogas injetáveis.

Entre as drogas mais utilizadas pelos jovens e adolescentes estão o álcool, o tabaco, a maconha e os medicamentos psicotrópicos, mas também a cola, o crack e as drogas injetáveis, principalmente em populações de meninos e meninas em situação de rua, conforme o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (Ministério da Saúde, 2002).

O consumo do álcool também aparece relacionado às estatísticas de acidentes de trânsito. Registros do Hospital das Clínicas, em São Paulo, apontaram que, dos pacientes acidentados atendidos, 53% haviam utilizado bebidas alcoólicas; a maior parte dessas vítimas era composta por jovens entre 15 e 25 anos (IPEA/MS e cols., em desenvolvimento).

As estimativas são controversas quanto ao consumo de drogas injetáveis no país. Dados informados pelo Plano Nacional de Juventude apontam que, dos usuários de drogas injetáveis, 56,4% encontram-se infectados com a hepatite C, 36,5% com o vírus HIV, além de muitos terem estado expostos à violência, verificada pela experiência de prisão vivenciada por 80% deles (Brasil, 2005).

Tais dados apontam que o uso ou abuso de drogas (inclusive as lícitas) são fatores importantes de morbimortalidade entre adolescentes e jovens, ao implicar, em muitos casos, o envolvimento desses em situações de violência por causas externas. Entre essas causas de violência também se destacam as relacionadas ao envolvimento com a compra e venda (comercialização) de drogas ilegais, seja nos combates entre grupos rivais, seja nos combates com a polícia.

O tema **drogas**, portanto, abrange indiscutivelmente o universo jovem.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 72

Por esse motivo, o Plano Nacional de Juventude (Câmara dos Deputados, 2005) aponta a abordagem do tema como prioridade para a promoção do bem-estar juvenil, especialmente pelos profissionais de saúde e de outras áreas que trabalham com esse público.

1.b- Legalidade nas ações de prevenção em saúde

Grande parte das ações dos profissionais de saúde no que se refere às drogas é pouco efetiva devido à dificuldade de diferenciar os procedimentos jurídicos e policiais da área de segurança pública, dos de saúde. Essa realidade se agrava com relação às ações dirigidas a consumidores de drogas ilegais.

A abordagem de saúde com relação às drogas é distinta do enfoque de segurança pública na medida em que enfoca a saúde e não a criminalização do usuário de drogas ilícitas. Por isso **inclui também as drogas legalizadas** no país, que têm potencial igualmente prejudicial do ponto de vista físico ou mental, em curto ou longo prazo, com uso freqüente ou abusivo.

Após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, o Ministério da Saúde, por meio da lei Federal 10.216, assumiu a prevenção, o tratamento e a reabilitação dos usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública (BRASIL, 2001).

As diretrizes propostas, incluídas no Programa Nacional de Saúde Mental, definem que esse modelo assistencial deve ser contemplado pela Atenção Primária por meio de atendimento em Unidades Básicas de Saúde e, em cidades acima de 20.000 habitantes, em Centros de Atenção Psicossocial - CAPS; ao mesmo tempo, apontam para a necessidade de constituir uma **rede de cuidados**, composta pelos serviços de atenção básica aliados às residências terapêuticas, aos ambulatórios, aos centros de convivência, aos clubes de lazer, entre outros (BRASIL, 2005).

As re-orientações na interpretação da questão do uso de drogas como problema de saúde vêm sensibilizando o CONAD - Conselho Nacional de Drogas, que estabeleceu que as **políticas públicas dessa área devem ser pautadas pela promoção da cidadania individual de maneira a:**

- reconhecer as **diferenças** entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, **tratando-os de forma diferenciada**.
- tratar de forma igualitária, **sem discriminação**, as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 73

- garantir o **direito de receber tratamento** adequado a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas.
- **priorizar a prevenção do uso indevido de drogas,** por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade.
- garantir a implantação, efetivação e melhoria dos programas, ações e atividades de redução da demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos, levando em consideração os **indicadores de qualidade de vida,** respeitando potencialidades e princípios éticos.

(Política Nacional de Drogas, SENAD, 27/10/2005)

Dessa forma, estão garantidos o respaldo e o aval para ações preventivas voltadas à população jovem e adolescente e, se necessário, para a atenção à saúde física e mental dos usuários de drogas, que incluem orientação e encaminhamento para os dispositivos sociais e de saúde, com ênfase nos Centros ou Núcleos de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS - AD). Essas ações devem incluir estratégias de redução de danos e considerar a saúde dentro de uma perspectiva integral e de qualidade de vida global.

2 - PARA ENTENDER A PROBLEMÁTICA DAS DROGAS

2.a - O que são drogas?

"Droga" é o nome popular atualmente dado às substâncias psicotrópicas ou psicoativas, ou seja, aquelas que **provocam alterações no funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC).** Essa região cerebral é responsável por nossas percepções e sensações, associadas a trocas químicas de substâncias (neurotransmissores) de uma célula (neurônio) para outra.

As substâncias psicotrópicas alteram a qualidade ou intensidade dessas trocas químicas, agindo basicamente de três formas no SNC:

- deprimindo o seu funcionamento: efeito causado pelas **drogas depressoras**, que retardam ou dificultam tais trocas, provocando lentidão física e mental;
- estimulando o seu funcionamento: efeito causado pelas **drogas estimulantes**, que aumentam ou intensificam essas trocas, provocando aceleração física e mental;
- confundindo ou desorientando o seu funcionamento: efeito causado pelas **drogas alucinógenas**, que provocam distorção nessas trocas e, portanto, na percepção da realidade.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 74

Conforme a quantidade, a freqüência de uso e a potência (característica farmacológica) de cada tipo de substância, e também as particularidades e características dos usuários e de seus contextos socio-culturais, os efeitos do uso podem variar, sendo passageiros, duradouros ou definitivos.

2.b- Por que as drogas existem?

Milhares de elementos vegetais, minerais ou animais têm a propriedade de provocar alucinações e de ser depressores ou estimulantes do Sistema Nervoso Central e, algumas vezes, possuem duas ou três dessas propriedades conjuntamente. Além dessas substâncias naturais, uma série de drogas criadas em laboratório (drogas sintéticas), inicialmente desenvolvidas para serem utilizadas como medicamentos, têm igualmente o poder de provocar alterações no SNC.

Drogas Mais Conhecidas:

Efeito Predominante	*Substância*	*Forma de Uso*
Estimulantes	Tabaco	rapé (para cheirar) cigarro (para fumar)
	Cafeína	café (para ingestão) chá mate (para ingestão) energéticos (para ingestão) chocolate (para ingestão) guaraná (para ingestão)
	Coca	chá de coca (ingerido como "cafezinho" em países andinos) cocaína (para cheirar) cocaína diluída com água (para injetar) crack (para fumar)
	Antidepressivos	vários tipos (para ingestão)
	Anfetaminas	vários tipos (para ingestão)
	Metilenodioxime-tanfe-tamina* (MDMA)	Ecstasy (comprimidos para ingestão)

* O ecstasy pode ser considerado uma droga híbrida na medida em que funciona como estimulante do Sistema Nervoso Central, mas também tem propriedades semelhantes às drogas alucinógenas.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 75

Efeito Predominante	*Substância*	*Forma de Uso*
Estimulantes	Anabolizantes	vários tipos (para uso oral ou injetável)
Depressoras	Álcool	bebidas alcóolicas: cerveja, pinga, vinho... (para ingestão)
	Chás comuns	vários tipos: camomila, melissa, erva de são João, valeriana... (para ingestão ou emplasto)
	Drogas à base de benzina	Vários tipos: tinta, cola de sapateiro, esmalte, solvente, etc.. (para inalar)
	Clorofórmio, éter	puro ou como lança-perfume (para inalar)
	Ansiolíticos	Várias marcas de remédios (para ingestão)
	Ópio	moído (fumado em narguilés no Oriente) para ingestão em xaropes de codeína (para ingestão) morfina (para uso injetável) heroína (para inalar ou injetar diluída)
Alucinógenas	Cannabis / cânhamo	cigarro de maconha (para fumar) haxixe (cera para fumar) chá, bolo ou brigadeiro de maconha (para ingestão)
	LSD	comprimidos puros (para ingestão)
	Chás vegetais	vários tipos: cogumelo, datura, jurema, peiote, beladona, lírio (para ingestão)

Como é possível perceber, várias substâncias psicotrópicas são de uso comum por alguns povos: café, chá de coca, cigarros, chá-mate, rapé, beladona, camomila, álcool. Esse uso normalmente é realizado com fins medicinais, alimentares, religiosos ou de lazer e costuma ser culturalmente orientado por regras de utilização. Entre as regras mais comuns estão: a definição de **quem** poderá utilizá-las (idade, tipo de pessoa), a **forma** de utilização (dosagens) e a **ocasião** em que se utiliza (festa, doença ou rituais).

Assim, com relação às drogas, a primeira noção fundamental é percebê-las como **parte do meio ambiente natural e social** e não como estranhas a ele. O motivo do uso, a quantidade de consumo e a forma de sua utilização irão defini-la como substância prejudicial ou não à saúde, considerando que muitas delas são, inclusive, necessárias e base de remédios importantes, como

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 76

o ópio, não sendo possível e nem desejável extingui-las.

Exemplos de regras que definem quem pode utilizar drogas: venda de bebidas proibida para menores de 18 anos, remédios para os doentes, cigarros para não-grávidas, café apenas para adultos, cachimbos da paz para chefes ou xamãs.

Exemplos de indicações de doses: copo de pinga; taça de vinho; caneca de cerveja; xícara de café; colher de xarope; comprimido; tamanho do cigarro, cuia de chimarrão.

Exemplos de indicações de ocasiões de uso: vinho no Natal, cerveja no *happy hour,* charuto no nascimento do filho, cigarro no ritual de umbanda, café pela manhã.

Ao mesmo tempo, para avaliar as experiências, efeitos e conseqüências do uso de drogas nas pessoas é necessário fazer uma análise de três aspectos: qual a substância utilizada , em que situações se dá o uso, quem é e em que contexto vive a pessoa que está fazendo o uso.

2.c- Consumo de drogas

O consumo de "drogas" é comum e mostra-se prejudicial à saúde quando começa a afetar a vida do usuário: seus relacionamentos sociais, sua inclusão na sociedade ou sua saúde física e mental. Por esse motivo, costuma-se **diferenciar os usos** e não as pessoas usuárias, a partir dos diferentes graus de consumo:
- **usos experimentais:** nesse tipo de consumo, mantém-se o contato inicial ou os primeiros contatos com a substância, experimentando seus efeitos, verificando sua funcionalidade e, normalmente, cedendo à curiosidade pessoal ou à indicação ou imitação de outras pessoas, incluindo amigos e parentes;
- **usos esporádicos:** são consumos realizados a partir da experimentação positiva da substância que, quando aprovada, é utilizada em determinadas situações, normalmente ligadas à socialização;
- **usos habituais:** são usos mais freqüentes da substância, geralmente ligados a momentos de socialização mais rotineiros, ou usos individuais por gosto e prazer;

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 77

- **usos abusivos:** são os usos intensos de uma substância, que acarretam para o usuário conseqüências nocivas à sua saúde física, mental ou social;
- **usos com dependência química ou psicológica:** são usos que, por fatores psicológicos ou físicos, fazem com que os usuários necessitem do consumo constante da substância para obterem bem-estar ou evitar sofrimento, independentemente dos efeitos prejudiciais que provoquem em sua saúde física, mental ou nos seus relacionamentos sociais.

A maior parte do uso de substâncias psicotrópicas permanece nos três primeiros níveis de consumo (experimental, esporádico ou habitual) e não provoca problemas quanto à inserção social ou à saúde física e mental de seus usuários, que se mantêm orientados pelas regras sociais prescritas. Uma minoria de usuários, no entanto, ultrapassa esses limites e, por motivos variados, tais como a forma de uso da substância, fatores psicossociais ou físicos, passa a fazer uso abusivo e/ou ter dependência da substância, colocando-se em maior risco.

Para indivíduos que fazem uso esporádico ou habitual de drogas, a tarefa dos serviços de saúde é promover o autocuidado, evitando que ingressem na minoria de usuários abusivos, de forma a incentivar que diminuam ou mantenham o consumo em níveis não prejudiciais. Para indivíduos que fazem uso abusivo e/ou com dependência, cabe a orientação para que reduzam os danos causados pelo consumo dessas substâncias por meio da tentativa de substituição da substância utilizada, da diminuição da freqüência de uso e da quantidade utilizada, ou mesmo da total abstenção. Essas são as recomendações do Ministério da Saúde para a atenção aos usuários de drogas e para o tratamento de dependentes químicos.

2.d - Uso de drogas entre jovens

Especificamente entre jovens, o consumo de drogas está historicamente associado a significados "ritualísticos" ou ligado ao status. Assim, há algumas gerações, fumar demonstrava "maioridade"; beber era associado a "não ser mais criança". Além desses significados, o uso de drogas a partir dos anos 1960 passou também a representar "rebeldia", ser "alternativo", "diferente" e, atualmente, pode caracterizar "pertencer a um grupo (uma tribo) especial".

Qualquer que seja o significado, os elementos de imitação, inclusão no grupo e definição do jeito de ser do jovem estão sempre presentes. Assim, o uso de drogas reflete a busca por **inclusão** e **identidade**, que caracterizam a passagem para a vida adulta.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 78

A ação preventiva precisa promover a autonomia dos adolescentes e jovens, isto é, precisa auxiliá-los a construir discernimento com relação a usos prejudiciais das drogas. Além disso, as ações preventivas devem propiciar reflexões sobre as relações interpessoais e incentivar a adoção de posturas individuais de auto-cuidado.

Adolescentes estão passando por um período de transição e, ao mesmo tempo, começam a pertencer ao "mundo grupal". Por isso são pessoas especialmente vulneráveis ao consumo abusivo das drogas e às demais conseqüências que o uso não orientado possa trazer.

2.e - Razões para o uso abusivo de drogas

É fundamental compreender que pessoas que fazem uso de drogas psicotrópicas com dependência física e/ou psíquica dificilmente conseguem diminuir ou cessar o seu uso imediato sozinhas. Muitas vezes, têm necessidade de buscar suporte psicológico ou médico caso desejem fazê-lo, visto que o não-uso da substância lhes trará mal estar.

É complexo definir a quantidade de uma substância que torna o consumo prejudicial e/ou abusivo visto que os psicotrópicos, assim como as substâncias consumidas em geral, têm respostas orgânicas e mentais diferentes conforme quem as utiliza, variando conforme a idade, sexo, peso, estatura, mas também, de acordo com a personalidade e tolerância individual à substância.

Efeito Rápido:

De modo geral, podemos dizer que a forma de uso de uma substância que produz efeito "rápido" tende a induzir um consumo mais freqüente; isso ocorre porque o tempo de ação não contenta o usuário que está em busca de seu efeito. Assim, é muito comum observarmos um fumante, após uns 20 minutos, acender outro cigarro se estiver com o maço próximo, e um usuário de *crack* acender outro cachimbo. O uso da droga é repetido para que a pessoa possa reproduzir a sensação do efeito, já que a quantidade da substância (dose) age rapidamente, ou seja, tem pouca qualidade efetiva. Nesse sentido, o acesso facilitado à droga é um fator fundamental, pois permite a reutilização, o que pode impelir o usuário ao consumo abusivo ou à dependência.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 79

Disponibilidade:

Substâncias de efeito mais demorado tendem a ser menos utilizadas, pois não necessitam repetição para perpetuação dos efeitos da droga, o que facilita o autocontrole. Porém, uma pessoa pode fazer uso abusivo de uma substância se houver uso abusivo pelo grupo social junto ao qual essa pessoa utiliza tal substância. Isso é freqüente entre usuários masculinos de bebidas alcoólicas: eles estão acostumados a encontrar colegas para beber; uma vez desocupados ou desempregados, passam a se ver com maior freqüência e, provavelmente, tendem a beber mais vezes, facilitando o consumo abusivo. Também a industrialização de certos produtos teve papel fundamental no aumento do consumo de várias substâncias psicotrópicas, como observamos com o cigarro e os remédios em geral.

Predisposição Emocional e Física:

Situações de estresse, desânimo ou depressão e outras situações de ordem psicológica ou física também podem facilitar o consumo abusivo de drogas. Nesse caso, o uso da substância traz bem-estar ao usuário e pode ser buscado com maior freqüência ou intensidade. O consumo solitário e contínuo costuma ser um dos maiores indicadores de uso abusivo e/ou dependência de psicotrópicos.

2. f - Vulnerabilidade e uso de drogas

Além dos potenciais malefícios físicos ou emocionais do uso de drogas, existem riscos correlacionados ao seu uso. Por exemplo: jovens que bebem fora de casa e dirigem embriagados costumam se envolver em acidentes de trânsito com maior freqüência; da mesma forma, rapazes participam de disputas e brigas físicas mais facilmente quando alcoolizados.

Atualmente, esses "fatores externos" são os maiores responsáveis por situações de morbidade e mortalidade de homens jovens e adolescentes brasileiros. Tal constatação demonstra a importância de se abordar o tema "drogas" com esse público, discutindo as formas de uso, as situações e os comportamentos a elas associados.

Dentre os riscos associados ao uso de drogas, destaca-se a exposição ao sexo desprotegido, que pode levar jovens à gestação não-planejada e à infecção por doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a aids. São comuns as situações de exposição ao risco sexual "regadas" a bebidas alcoólicas, maconha ou

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 80

outras drogas. Isso ocorre porque os estados alterados de consciência provocados pelas drogas podem diminuir a sensação de risco e a capacidade de percepção de risco do indivíduo. Além disso, podem diminuir as habilidades para negociar o uso de preservativos.

Em situações extremas, como no caso de usuários dependentes de crack, é possível que sejam feitas trocas sexuais ou sexo comercial, muitas vezes sem proteção, como meio de obter a droga.

Adiciona-se a esses riscos o específico de transmissão das DST e, em especial, da herpes, da aids, da hepatite C e da sífilis pelo compartilhamento de objetos utilizados para o uso de drogas, tais como: seringas e agulhas, canudos usados para cheirar cocaína, cachimbos de *crack,* cigarro de maconha etc. Nesse sentido, a estratégia **de redução de danos** se faz fundamental para a diminuição da exposição dos usuários de drogas a essas doenças, principalmente para aqueles que não desejam ou não têm condições de abandonar o consumo dessas substâncias.

3. AÇÕES DE PREVENÇÃO NO CONSUMO DE DROGAS

3.a) Ações de promoção de saúde

As estratégias de saúde com relação às drogas devem procurar sempre ser educativas e intervir para reduzir os efeitos danosos associados ao uso de drogas.

O diálogo com adolescentes e jovens sobre esse tema pode produzir, por si só, efeitos preventivos, ao demonstrar que o profissional está "aberto" para reconhecê-lo e abordá-lo. Para que esse "diálogo" ocorra, é importante discutir a existência dessas substâncias e as formas de uso social; conhecer o tipo de lazer e os códigos do grupo também facilita a comunicação com esses interlocutores, gerando "troca" de informações e a tendência à construção de atitudes de autocuidado.

Com adolescentes e jovens, "dar receitas" não é uma boa forma de abordagem. Questionar, porém, a importância de uma determinada conduta ou de outra os motiva a pensar e a se posicionar, permitindo que exerçam a capacidade de refletir por conta própria e de agir autonomamente quando estiverem longe da orientação dos adultos.

A Política Nacional de Drogas salienta essa abrangência ao recomendar que as **ações de prevenção** devem sempre:

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 81

- pautar-se em princípios éticos e pluralidade cultural, procurando promover a saúde física e mental, individual e coletiva, o bem-estar e a valorização das relações familiares;

- ser planejadas e direcionadas tendo em vista o desenvolvimento humano, com incentivo à educação para a vida saudável, acesso aos bens culturais, prática de esportes, cultura, lazer, socialização do conhecimento sobre drogas, o protagonismo juvenil, a participação da família, da escola e da sociedade na multiplicação dessas ações;

- utilizar mensagens claras atualizadas e fundamentadas cientificamente em campanhas e programas educacionais e preventivos, considerando as especificidades do público-alvo, as diversidades culturais, a vulnerabilidade, respeitando as diferenças de gênero, raça e etnia;

- ser de educação preventiva, contínua, com foco no indivíduo e seu contexto sociocultural, buscando desestimular o uso inicial de drogas, incentivar a diminuição do consumo e diminuir os riscos e danos associados ao seu uso indevido;

- ser abertas a um trabalho interdisciplinar e multiprofissional, com a participação de todos os atores sociais, possibilitando que esses se tornem multiplicadores, para melhor ampliar, articular e fortalecer redes sociais, visando ao desenvolvimento integrado de programas de promoção geral à saúde e de prevenção.

Ao mesmo tempo, ressalta que as ações de tratamento e recuperação de pessoas que fazem uso abusivo das drogas devem:

- estimular, garantir e promover ações para que a sociedade (incluindo os usuários, dependentes, familiares e populações específicas), possa assumir com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e a reinserção social;

- encaminhar o acesso às diferentes modalidades de tratamento e recuperação e formas de reinserção social efetivos;

- f acilitar e promover (durante a recuperação), ações de reinserção familiar, social e ocupacional, buscando romper o ciclo consumo/tratamento.

3.b - Importância de parcerias nas ações de prevenção

Quando se pretende trabalhar com crianças, pré-adolescentes, adolescentes ou jovens, visando à prevenção primária para o consumo de drogas, imediatamente pensa-se em utilizar a escola como campo de trabalho. A escola é um local privilegiado para o acesso a esse público e seus pais e tem a educação em saúde como um de seus objetivos. Assim, ressalta-se **que o trabalho educativo e**

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 82

preventivo pode ser realizado por pessoas que não são da área da saúde, incluindo educadores, mas também profissionais e agentes de outras instituições que atuam com o público infanto-juvenil.

Ao mesmo tempo, cabe ressaltar que a maioria das pessoas que lidam com crianças, pré-adolescentes, adolescentes e jovens não possui formação necessária para abordar o tema **drogas.** Por esse motivo, são importantes parcerias que busquem gerar debate, troca de visões e acesso a materiais de orientação teórica e técnica que facilitem sua abordagem, visando à saúde desse público.

A busca de parcerias é estimulada pela Política Nacional de Drogas, que orienta:

- buscar a formação de parcerias com outros setores da sociedade, tanto governamentais (escolas, centros culturais etc.) como não-governamentais (ONGs, associações comunitárias etc.);

- apoiar, facilitar e divulgar iniciativas e estratégias de redução de danos desenvolvidas por outras organizações governamentais e não-governamentais;

- estimular a formação de multiplicadores (inclusive jovens) em atividades relacionadas à redução de danos, visando ao maior envolvimento da comunidade com essa estratégia.

3.c - Estratégias de prevenção e redução de danos

A *redução de danos* é uma abordagem de promoção à saúde que procura não excluir nenhum grupo ou indivíduo, ou seja, visa fornecer dicas de autocuidado, principalmente de prevenção de doenças, **para todos:** usuários de drogas lícitas ou ilícitas, com usos esporádicos, freqüentes ou que envolvam dependência. Procura promover a saúde, democratizando informações mesmo entre aqueles que não queiram ou não consigam abandonar o uso dessas substâncias. Como o próprio nome diz, o que se procura é "reduzir danos" associados ao uso de drogas, procurando proteger quem não adota a abstinência.

A estratégia de redução de danos é recomendada pelo Programa Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em prosseguimento às inovações reivindicadas pelo movimento de reforma psiquiátrica e por ativistas e profissionais da área de DST/aids. Sua adoção está confirmada por meio das portarias 1611 (de 9/9/2005) e 1028 como uma nova orientação para as políticas públicas de álcool e drogas do Sistema Único de Saúde. O desenvolvimento dessas ações é também estimulado com a proposta de construção de Centros de Apoio Psicosocial - Alcool e Drogas (CAPS-AD) pelos municípios.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 83

Breve histórico da redução de danos relacionados ao uso de drogas injetáveis no Estado de São Paulo

O acelerado crescimento da epidemia de aids entre os usuários de drogas injetáveis exigiu que fossem elaboradas estratégias que promovessem a injeção segura e, ao mesmo tempo, promovessem o acesso dos usuários de drogas aos preservativos, aos serviços de saúde e a outros recursos fundamentais para a prevenção da aids.

Entretanto, questões de ordem legal dificultavam a implantação de um amplo programa de Redução de Danos no Estado até que, em 13 de março de 1998, foi regulamentada a lei estadual n. 9.758, de 17 de setembro de 1997, que passou a responsabilizar a Secretaria Estadual da Saúde pela aquisição de seringas descartáveis a serem distribuídas para os usuários de drogas injetáveis.

Atualmente, diversas secretarias de saúde de municípios do Estado e diversas ONG realizam projetos de redução de danos para usuários de drogas injetáveis (vide relação dos projetos de redução de danos a seguir). Em tais projetos, estão disponíveis para os usuários os **kits de redução de danos,** que são compostos por seringas descartáveis, recipientes plásticos para diluir a droga, lenços descartáveis para assepsia, além de preservativos e folhetos educativos.

O Programa Nacional de DST/aids do Ministério da Saúde adota e estimula a redução de danos com o objetivo de reduzir a exposição dos usuários ao risco de infecção por doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a aids.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 84

Dentre as diversas recomendações, nacional e internacionalmente desenvolvidas para as estratégias de redução de danos, constam:

Dicas de redução de danos para usuários de qualquer tipo de droga:
- não aceitar drogas desconhecidas ou fornecidas por estranhos;
- comer antes de usar a droga e sempre beber muita água;
- procurar dormir sempre o suficiente;
- não compartilhar qualquer tipo de instrumento para consumo de drogas com outras pessoas;
- evitar combinar diferentes drogas;
- procurar fazer uso em companhia de alguém que esteja sóbrio;
- evitar uso em situações incompatíveis com os efeitos (dirigir, trabalhar, fazer esportes radicais, nadar);
- não se envolver em situações violentas durante ou após o uso;
- respeitar os direitos e limites alheios;
- procurar conhecer a legislação e seus direitos enquanto usuário de drogas para evitar situações de discriminação ou abuso de poder policial.

Dicas de redução de dano para uso de cigarros:
- lembrar que cigarro também é droga;
- procurar fumar moderadamente;
- reduzir o número de cigarros;
- evitar cigarros sem filtro;
- não usar cigarros de "baixos teores" que levam a um consumo maior ou a tragadas mais profundas, para obter a mesma satisfação;
- buscar outras fontes de nicotina: adesivos e gomas de mascar;
- aumentar a ingestão de alimentos ricos em vitamina C;
- procurar controlar outros fatores de risco para infartos: obesidade, sedentarismo, ansiedade.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 85

Dicas de redução de dano para uso de bebidas alcoólicas:
- lembrar que álcool também é droga;
- procurar bebidas com menor teor alcoólico;
- beber moderada e vagarosamente;
- consumir água ou líquidos não alcoólicos junto com o consumo das bebidas alcoólicas;
- evitar bebidas ou beber moderadamente quando houver ingestão de medicamentos.

Dicas de redução de danos para usuários de maconha:
- procurar usar papéis de seda e evitar papéis grossos;
- quando compartilhar, usar piteira individual, colocando tira fina de papel na base do cigarro.

Dicas de redução de danos para usuários de ecstasy:
- beber muito líquido para evitar desidratação.

Dicas de redução de danos para usuários de cocaína inalada:
- não compartilhar canudos;
- colocar sempre a droga em local limpo;
- não cheirar usando dinheiro.

Dicas de redução de danos para usuários de crack:
- utilizar protetores labiais;
- não compartilhar cachimbos;
- evitar fumar em latas e garrafas que podem conter sujeira;
- procurar usar cigarro de maconha com crack (mesclado) a consumir apenas crack.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 86

Dicas de redução de danos para usuários de cocaína injetável (UDI):
- lavar as mãos antes de preparar as doses;
- diluir a droga com água esterilizada;
- fracionar sempre as doses;
- não injetar sempre nos mesmos lugares do corpo;
- não injetar com o equipamento sujo;
- fazer assepsia no local da injeção;
- injetar lentamente para avaliar o efeito;
- não compartilhar agulhas ou seringas;
- procurar se informar se na cidade existem serviços de redução de danos e buscá-los para obter **"kits de redução de danos"**;
- trocar ou obter sempre novas seringas.

Essas recomendações relacionam-se à promoção do autocuidado pelo usuário e à prevenção de doenças como a sífilis, hepatites, herpes, tuberculose, aids e outras DST.

Como cuidado adicional, podemos divulgar a informação de procedimentos para os casos de mal-estar agudo ou overdose:

Em casos de mal-estar ou overdoses:
- não entre em pânico, fale com a pessoa, faça-a caminhar;
- se a pessoa estiver inconsciente, deite-a de lado com a cabeça para trás;
- em qualquer caso de mal-estar agudo ou overdose, levar a pessoa ao **Pronto Socorro** mais próximo ou chamar o **resgate**, pois tanto o paciente quanto a pessoa que o leva ao hospital estão protegidos de inquérito policial.

Além da prevenção aos efeitos do uso das drogas diretamente, os profissionais precisam promover atitudes preventivas no comportamento sexual e o acesso dos usuários aos preservativos e à vacinação contra hepatite B.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 87

Recomendações relativas à prática sexual sob efeito de drogas (para todos):

- ter sempre camisinha consigo e utilizá-la em todas as relações sexuais;
- usuários de drogas injetáveis e jovens menores de 19 anos (mesmo com hepatites ou HIV) devem tomar a vacina contra a hepatite B, em 3 doses: a segunda 30 dias após a primeira e a terceira após seis meses.

Cabe lembrar que a Política Nacional de Drogas ressalta a importância de:

- não confundir as estratégias de redução de danos com o incentivo ao uso indevido de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção (...).

- reconhecer a estratégia de redução de danos, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos.

(Política Nacional de Drogas, SENAD, 27/10/2005)

3.d - Promoção à saúde social e prevenção da marginalização

Cabe ressaltar que as ações de saúde são parte de políticas públicas de seguridade social. Portanto, qualquer atitude favorável à inclusão social e à promoção da melhoria da qualidade de vida e da cidadania individual de adolescentes e jovens deve ser apoiada pelos profissionais de saúde.

A exclusão de equipamentos sociais, tais como a escola e os locais de lazer, somada às dificuldades socioeconômicas de nossa população, incluindo o desemprego, têm levado vários adolescentes e jovens ao envolvimento em atividades ligadas ao comércio de produtos ilegais, inclusive drogas. Essa atividade criminal hoje, infelizmente, constitui fonte de renda e perspectiva de status social para vários deles, expondo-os não apenas a situações de violência física entre grupos rivais, mas também à violência policial. Ao mesmo tempo, isso tem sido um fator de abreviação da expectativa de vida desse grupo etário.

Visando à saúde, portanto, é fundamental que toda e qualquer atividade, projeto ou iniciativa que procure integrar crianças, pré-adolescentes, adolescentes e jovens às condições de seguridade sejam divulgados, estimulados, acolhidos e acoplados às ações de saúde pública, visando à saúde integral dessa população. Pode-se citar:

- programas ou atividades de promoção à alimentação e à moradia;

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 88

- programas e atividades de promoção à escolarização e ao acesso à saúde;
- programas ou atividades educativas intra ou extracurriculares;
- programas ou atividades culturais e de lazer, incluindo estratégias de acesso à informação;
- programas ou atividades de profissionalização;
- programas ou atividades de geração de renda;
- programas ou atividades de incentivo ao protagonismo juvenil;
- programas ou atividades de promoção de inclusão e agregação familiar;
- programas ou atividades de promoção de inclusão comunitária, regional ou política;
- programas ou atividades de reintegração de grupo de crianças, adolescentes ou jovens marginalizados socialmente por qualquer razão social, física, jurídica ou psíquica.

REDES E SERVIÇOS DE ORIENTAÇÃO E ATENDIMENTO EM ÁLCOOL E DROGAS

Dessa maneira, os trabalhadores e os serviços de saúde estarão promovendo, direta e indiretamente, ações de promoção à saúde, prevenindo agravos e promovendo o tratamento dos males que comprometem o bem-estar físico, mental e social de nossa população.

I - ARTICULAÇÕES NACIONAIS E INTERNACIONAIS DE AÇÃO COM USUÁRIOS DE DROGAS:

ABORDA - Associação Brasileira de redução de Danos
Av. General Justus, 275 - sala 316-B - Centro / Rio de Janeiro CEP: 22021-013 - Tel: (21)2240.4351 / (21)2240.4377
Página na internet: http://www.aborda.org.br,

REDUC - REDE BRASILEIRA DE REDUÇÃO DE DANOS
Av. Ipiranga, 345 - conjunto 709 cep: 01046-010 - Tel: 55 11 3258-5382
E-mail: info@reduc.org . Página na internet: http://www.reduc.org

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 89

RELARD - Rede Latino-Americana de Redução de Danos
Rua Padre Anchieta, 1007 apto. 31, Curitiba - PR , CEP: 80430-060 - Tel: (41) 225-3764 - 223-6571 - 9192-0400 Fax: (41) 336-3446,
E-mail: relard@yahoogroups.com. Página na internet: http://www.relard.org

II - LOCAIS PARA ORIENTAÇÃO E ENCAMINHAMENTO SOBRE USO/ABUSO DE ÁLCOOL E DROGAS:

São Paulo Capital:
Centro:

CAPs Bom Retiro
Rua Prates, 165 - Bom Retiro CEP: 01121-000 - Tel: (11)3326-7868/228-1109/227-3871

Ambulatório de Saúde Mental (ERSA - 1)
Rua Carlos Comenale, 32 - Bela Vista - Fone: 283 -0005

CAPs AD - Centro
Rua Frederico Alvarenga,529,5ª andar, Anexo, Parque D.Pedro II - CEP:010020-030, Tel: (11)3241-0901

Centro de Convivência É de Lei
Rua 24 de Maio, 116 - 4º andar - salas 36 e 37 - República - São Paulo, CEP: 01041-000
Tel / Fax: (11) 3337-6049,
E-mail: edelei@terra.com.br. Página na internet: http://www.edelei.org.br

Zona Leste:

Ambulatório de Saúde Mental Belenzinho (ERSA - 4)
Rua Catumbi, 427 - Belenzinho - Fone: 692-4054

Ambulatório de Saúde Mental São Miguel Paulista (ERSA - 5)
R. Ten. Laudelino F. Amaral, 513/519 - São Miguel Paulista - Tel:297 - 8422

CAPs - AD - Jd. Nélia
Rua Domingos Martins Pacheco,1910-Itaim Paulista
Tel: (11)6572-1948 /6963-3802

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 90

Zona Norte:

Ambulatório de Saúde Mental Mandaqui (ERSA- 6)
R.Dr. Luís Lustosa da Silva, 369 - Mandaqui - Fone: 299-0923

Ambulatório de Saúde Mental Jaçanã (ERSA -6)
Rua Ladislau Neto, 17 - Jaçanã - Fone: 202-8330

UBS Dona Mariquinha Sciascia (ARS - 7)
Rua Dr. José Vicente, 280 - Tremembé - Fone: 203 - 2489

UBS Wamberto Dias Costa (ARS - 7)
Rua Paulo César, 60 - Jd. Tremembé - Fone:203-8992

UBS Prof. Maria Cecília F. Donnangelo (ARS-7)
R. Rui de Moraes Apocalipse, 2 - V. Penteado - Fone: 875-7759

UBS Jd. Vista Alegre (ARS- 7)
Rua Ibiraiaras, 21 - Jd. Vista Alegre - Fone: 580 - 8537

UBS Jd. Guarani (ARS-7)
Rua Santana do Sapucaí, 160 - Jd. Guarani - Fone: 875 - 5540

UBS V. Dionísia (ARD- 7)
Rua Camilo Peçanha, 50 - V. Dionísia - Fone: 850 - 7483

UBS Ambulatório de Especialidades Jd. São Carlos (ARS -5)
Rua Macabu, 35 - Jd. São Carlos - Fone: 207-7021 e 207-6100

UBS Veleiros (ARS-9)
Av. Clara Mantelli, 185 - Veleiros - Fone: 247-0639

UBS/Ambulatório de Especialidades de Pedreira (ARS-9)
Rua Córrego Azul, 433 - Jd. Da Pedreira - Fone: 564- 7601

UBS Vila Império (ARS-9)
R. Catarina Gabrielle, 150 - Jd. Império - Fone: 562 - 3891

UBS Dr. Sérgio Chaddad (ARS - 9)
R. Dr. Carlos Oberhuber, 659 - V. São José - Fone: 520 - 9529

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 91

UBS Chácara Santana (ARS-10)
R. Baltazar de Sá, 383 - Chácara Santana - Fone: 514-6448

UBS Pq. do Lago (ARS - 10)
Estrada da Baronesa, 1000 - Pq. Do Lago - Fone: 517 - 0045

Zona Oeste:

Ambulatório de Especialidade de Pinheiros (ERSA-2)
R. Ferreira de Araújo, 789 - Pinheiros - Fone: 211-8407 e 212 - 2268

Centro de Saúde Lapa (ERSA - 2)
Rua Roma, 466 - Lapa - Fone: 873 - 2355

CAPS - AD II Pirituba Casa Azul
Rua Lino Pinto dos Santos,203 - Jardim Felicidade - Tel: (11) 3835-2903

UBS V. Nova Jaguaré (ARS - 2)
R. Salatiel de Campos,22 - Jaguaré - Fone: 268 - 1527

Centro de Convivência e Coop. Pq. Previdência (ARS - 2)
Rua Pedro Piccinini, 88 - Jd. Previdência - Fone: 211-5521

Centro de Convivência e Coop. São Domingos (ARS -8)
Rua Pedro Sernagiotto, 125 - Pq. São Domingos - Fone:831 - 7083

UBS Moinho Velho (ARS -8)
Pça. Domingos Coelho, 5 - V. Bonilha - Fone: 876 - 7601

UBS Jd. Ipanema
Rua Miguel Ribas,11 - Jd. Ipanema - Fone: 841 - 2119

UCAD - VL. Pereira Barreto
R. Dom Manoel D' Ebonx, 76 - Pirituba - Tel: 3975-9019

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 92

Zona Sul:

Ambulatório de Saúde Mental V. Guarani (ERSA-3)
Av. Eng. Armando Arruda Pereira,331 - V. Guarani - Tel: 577- 7754

Ambulatório de Saúde Mental Largo 13 - Hospital Dia (ERSA - 8)
Rua Paula Cruz,71 - Santo Amaro - Tel: 246- 6076

Casa de Saúde Vila Prel (ERSA - 8)
R. Tereza Maia Pinto, 11 - V. Prel - Tel: 511 - 4249

CAPs - AD Vila Mariana
Avenida Ceci,2.101, Vila Mariana CEP:04065-004 Tel: (11)275-3432

CAPs - AD Jabaquara
Avenida Engenheiro Armando Arruda Pereira,331 - Tel: (11) 275-9286

CAPs - AD Jd. Ângela
Avenida Ivirapema,41. CEP: 04941-020 - Tel: (11)5833-2838,5831-9089

CAPs - AD Santo Amaro
Rua São Benedito, 2.400 - Santo Amaro - Tel: (11) 5523-3566/5523-2864

C.R. Farmacodependência CRST Sto. Amaro
Av. Adolfo Pinheiro, 581 Vila Elvira - Tel: 5523-5382 ou 5691-0731

UBS V. Santa Catarina (ARS - 3)
R. Belmiro Zaneti Esteves,181 - V. Santa Catarina - Tel: 563 - 2366

UBS Geraldo da Silva Ferreira (ARS - 3)
Av. Eng. Armando Arruda Pereira, 2944 - Pq. Jabaquara - Tel: 588- 2366

UBS Jd. Grimaldi (ARS-3)
Rua Pedro de Castro Velho, 523 - V. Bancária - Tel: 216 - 8076

Unidade Comunitária de Álcool e Drogas de Americanópolis
Rua Cidade do Santos, 46, Americanópolis
Tel: (11) 5562 1476 / (11) 6948 4620 Fax:

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 93

UCAD - UNIFESP
Av. Ibirapuera, 41 - Jd. Ranieri (moradia assistida)
Tel: 5833-2838 ou 5831-1374

Pronto Socorro Municipal Dr. Augusto G. Mattos (ARS - 3)
R. Júlio Felipe Guedes,200 - V. das Mercês - Tel: 946-8294

SAP - Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Saboya (ARS - 3)
Av. Francisco de Paula Q. Ribeiro,860 - Jabaquara - Tel:578-5111- Ram.180

Grande São Paulo:

Centro de Referência Álcool e Drogas - **BARUERI**
Av. Brigadeiro Manoel Rodrigues Jordão, 367 - Jd. Silveira, cep: 06433-010 -
Tel: 7298.4022 r. 168/181

CAPS Espaço Fernando Ramos - **DIADEMA**
Av. Sete de setembro, nº 18 - Vila Nova Conceição - Diadema.
Tel: 4055-1528.

Hospital Estadual de **DIADEMA**
Rua José Bonifácio, 1641.CEP: 09980-150, Tel: 4056-9000 e Fax 4056-1666

Núcleo de Atenção e Prevenção ao Abuso de Drogas / NAPAD - **GUARULHOS**
Rua Odilon de Moraes, 87, Jd. Bom Clima - Guarulhos
CEP: 07196-250 - Tel: 208-0325

CAPs - **SANTO ANDRÉ**
Rua Henrique Porchat, 44, Vila Bastos, CEP: 09041-170 - Tel: (11) 4990-5294

Interior:

CAPs - AD **BAURU**
Rua Monsenhor Claro, Q.6, 82, Centro.CEP: 17015-130 Tel: (14) 235-1288

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 94

CAPS - AD **FRANCA**
Rua Cavalheiro Petraglia, 80, Vila Nova. CEP: 14053-027 - Tel: (16) 3721 6502

CAPS - AD **MARÍLIA**
Endereço: Rua Marechal Deodoro, 96. CEP: 17501-110 - Tel: (14) 421 1744

APRENDA - ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE REDUTORES DE DANOS - **SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**
Rua Saldanha Marinho, 3877 - Bairro Bom Jesus
15014-300 - São José do Rio Preto - SP
Tel.: (17) 234-3660

CAPS - **SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**
Rua Jaguaré,s/n, Jardim Clementina, Tel: (17)224-0728

CAPS - AD **SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**
Rua Sebastião Hummel, 785 - Tel: (12) 3912 1033

CAPS - AD - **JACAREÍ**
Rua Purus, 79, Jardim São José, Tel: (12)3961-3343

Centro Especialidade em Álcool e Drogas de **JUNDIAÍ**
Av. Tenente Ary Aps, 304, Vianelo. CEP: 13207-110 - Tel: (11) 4522 4277 / 4522 6898

Núcleo de Atenção Psicossocial a Farmacodependentes - **RIBEIRÃO PRETO**
Rua Pará, 1280, Cep: 14060-440 - Tel: (16) 622 2100

Núcleo de Atenção ao Dependente - **SANTOS**
Rua Paraíba 110, Pompéia. CEP: 11065-470 - Tel: (13) 3237 2681

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 95

III - RELAÇÃO DE PROJETOS DE REDUÇÃO DE DANOS NO ESTADO DE SÃO PAULO

CM DST/AIDS de Barretos - Puro Sangue (Barretos)
Tel: (17) 3323.7117 Res. 3322-6641
Cel: 9708-1723 (17) 3321-1100 3323-1014
dstaids@secretariasaudebarretos.com.br
Rua 30 nº 564 - Barretos - SP CEP: 14780-900

P. M. de Bertioga - Cometa Halley (Bertioga)
Tel: (13) 3317-2757 (13) 3317-1731 Viepbertioga@terra.com.br
Praça Vicente Molinari, S/N. Bertioga/SP CEP: 11250-000

P.M. DST/Aids de Sec. M. da Saúde de Catanduva (Catanduva)
Tel: (17) 523-6011 (17) 523-6011 Aidscatanduva@ig.com.br
R. Paraíba, 275 - Centro - Catanduva CEP:15800-070

CM DST/AIDS de Campinas (Campinas)
Tel: (19) 3235-2216 / 3236-3711 (19) 3236-3711 coas_ cta@ig.com.br
Av. Anchieta, 200 - Campinas /SP CEP: 13015-904
R. Padre Vieira, 954

CM DST/AIDS de Caraguatatuba (Caraguatatuba)
Tel: (12) 3883.6424 / 3883.6013
Res. 3883-6144 (12) 3883-9966 Saudecaragua@uol.com.br
R. São José dos Campos, 127/128 - Caraguatatuba CEP 11660-000

CM DST/AIDS Diadema (Diadema)
Tel: (11) 4057-7993 / 4057-7954 (11) 4051-3792
Pmdsaude@cti.com.br Crtdiadema@ig.com.br
R. Felipe Camarão, 287 (Centro) - Diadema/SP Cep: 09911-340

CM DST/AIDS de Franca (Franca)
Tel: (16) 3704-9994 / 3711-9000 (16) 3711-9401
Pmsaude@francanet.com.br
Rua Frederico Moura, 1517 - Franca/SP

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 96

CM DST/AIDS de Marília (Marília)
Tel: (14) 421-6507 / 421-6500
R. 6578 (14) 422-6707
Av. República 770, Centro - Marília CEP 17509-030

CM DST/AIDS de Piracicaba - Sangue Bom (Piracicaba)
Tel: (19) 3422-7375 / 3435-5548 (19) 3432-2800
Rua Gomes Carneiro, 1042 Centro - Piracicaba/SP

CM DST/AIDS de Ribeirão Preto (Ribeirão Preto)
Tel: (16) 615.3336 / 622.2100 (16) 3995.9332 / 3995.9371
Progaids.saude@coderp.com.br
Av. Presidente Kennedy, 2634 - Ribeirão Preto/SP CEP: 14095-220

CM DST/AIDS de Rio Claro (Rio Claro)
Tel: (19) 3533.1317(res) (19) 3523.3232 dst@claretianas.com.br
Rua Dez, 152 - Rio Claro CEP 13500-090

IEPAS (Santos)
Tel: (13) 3235-4842 (13)3234.2576
Iepasede@atribuna.com.br; Iepas@iepas.org.br
Av. Campos Sales, 59 - V. Mathias CEP 11013-401

GADA (São José do Rio Preto)
Tel: (17) 9774.0769 234.6296 (17) 235-1889 gada@terra.com.br
Rua Voluntários de São Paulo, 3398 - Centro CEP: 15015 - 200

TÁ LIMPO - CM DST/AIDS S.J. Rio Preto (São José do Rio Preto)
Tel: (17) 234.3393 233.9922 (17) 231.8335 aids.sjrp@empro.com.br
Rua do Rosário, 1853 - V. Esplanada - São José Rio Preto CEP 15030-560

Centro de Conivência - É de Lei (São Paulo)
Tel: (11) 3337.6049 Res. 3662.1435 (11)3337.6049
Conviveredelei@uol..com.br
Rua 24 de Maio, 116, 4º andar, sala 37 CEP 01041-000

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 97

PRD Sampa Área Temática DST/Aids CM São Paulo (São Paulo)
Tel: (11) 3218.4121 (11) 3120.2434
dstaids@prefietura.sp.gov.br; prdsampa@hotmail.com
R. General Jardim, 36 - 3º andar, Centro - São Paulo CEP 01223-010

PROJESP - UDI Novos Caminhos (São Paulo)
Tel: (11) 6956.5570 6601.1262 (11) 6956-5570
projespsm@uol.com.br
Trav. Guilherme de Aguiar, 41 - São Miguel Paulista CEP: 08010-030

Projeto Samaritano São Francisco de Assis - Aplique esta idéia (São Paulo)
Tel: (11) 6943.4996 / 6546.6751 / 6546.5045 / 6943-4996
sfassis@zaz.com.br
Rua Rainha do Bosque, 06 - Vila Santa Inês - Ermelindo Matarazzo
CEP: 03812-030

To Sossegado - Conjunto Hospitalar de Sorocaba (Sorocaba)
Tel: (15) 211.4842 (15) 222.6593 aids.chs@dglnet.com.br
R. Cláudio Manoel da Costa s/nº CEP 18031-000

CM DST/AIDS São Vicente (São Vicente)
Tel: (13) 3467-6632 / 3469-8522 (13) 3467-6632 Coaidssv@terra.com.br
R. Martim Afonso, 214 sala 41 - Centro CEP: 11310-010

Projeto Hipupiara (São Vicente)
Tel: (13) 3467.0853 (13) 3469.7207 Hipupiara@hipupiara.org.br
R. Frei Gaspar, 2250 - São Vicente CEP: 11310-060

Prefeitura do Município de Sertãozinho (Sertãozinho)
Tel: (16) 645-0475 / 647-6191 / 3976-3535 (16) 645.2506
Visasertao@netsite.com.br
R. Pedro Bighetti, 910 CEP 14170-370
R. Otto Gomes Martins, Sec. Saúde

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 98

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMS, D. B. & LEWIS, D. C. (1999) Prefácio. In MARLATT, G. A. Redução de Danos: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre, Ed. Porto Alegre - ARTMED, org.

BUCHER, R. (1986) O Consumo de Drogas: evoluções e respostas recentes. Psicologia: teoria e pesquisa. Brasília, UnB, 2(2): 132-144 p.

..... (1988) As Drogas e a Vida: uma abordagem biopsicossocial. São Paulo, EPU, 1988, org.

..... (2002) Visão Histórica e Antropológica das Drogas. In FIGUEIREDO, R. (org). Prevenção ao Abuso de drogas em Ações de Saúde e Educação - uma abordagem sócio-cultural e de redução de danos. São Paulo, NEPAIDS/USP.

BRASIL. (1990) Estatuto da Criança e do Adolescente LEI Nº 8.069, de 13/07/90. Disponível em: URL:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. Acessado em 24/02/2005.

..... (2002) MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Brasília. Disponível em tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2002. Acessado em fevereiro de 2006.

.....(2005) CÂMARA DOS DEPUTADOS. Plano Nacional de Juventude - PL nº 4.530/04, Brasília.Texto preliminar.

..... (2004) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional para a Atenção no Uso de Álcool e Outras Drogas. Brasília.

..... (2001) MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. COMISSÃO ORGANIZADORA DA III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília.

..... (2001) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Redução da MorbiMortalidade por Acidentes e Violências. Brasília.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 99

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa com o Movimento de Meninos e Meninas de Rua, 2002.

..... PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS. Dados de Aids no Brasil (Banco de Dados). Disponível em: http://www.aids.gov.br/tabnet_aids.htm. Acessado em 12/10/2005.

..... SECRETARIA NACIONAL DE DROGAS. (2005) Boletim Outubro (24 a 28)/ Informativo Semanal do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID, 28 de outubro de 2005, Secretaria Nacional de Drogas, outubro. Disponível em http://www.obid.senad.gov.br. Acessado em 12/10/2005

CARLINI, B. (1999) Apresentação à Edição Brasileira, In MARLATT, G. A. Redução de Danos: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre, Ed. Porto Alegre - ARTMED.

CARLINI, B.; CARLINI-COUTRIN, B.; SILVA FILHO, A. R.; BARBOSA, M.T.S. (1990). II Levantamento Nacional sobre o Uso de Psicotrópicos em Estudantes de 1º e 2º Graus. São Paulo, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas CEBRID/ Depto. de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina.

CARLINI-COTRIN, B. PINSKY, I. (1989) Prevenção ao Abuso de Drogas na Escola: uma revisão da literatura internacional recente. In Cadernos de Pesquisa. São Paulo, (69) - maio: 48-52 p.

CARLINI, B.; CARLINI-COUTRIN, B.; SILVA FILHO, A. R.; BARBOSA, M.T.S. (1989) O Uso de Drogas Psicotrópicas por Estudantes de Primeiro e Segundo Graus da Rede Estadual de Dez Capitais Brasileiras, em 1987. In. Consumo de Drogas Psicotrópicas no Brasil, em 1987. Brasília, Ministério da Saúde/Ministério da Justiça. p.9-84. (Série Estudos e Projetos).

CARLINI, B.; PIRES, M.L.; FERNANDES, R.; MASUR, J. (1986) O Consumo de Bebidas Alcoólicas entre Estudantes de Primeiro Grau na Cidade de São Paulo. In Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 35 (5): 279-285 p.

CARVALHO, V.A.; CARLINI-COTRIM, B. (1992). Atividades Extra-Curriculares e Prevenção ao Abuso de Drogas: uma questão polêmica. In. Revista de Saúde

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 100

Pública, São Paulo, 26 (3): 145-149 p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Disponível em: URL: http://www.portalmedico.org.br/codigo_eticaasp?portal= Acessado em 24/02/2005.

DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. (2005) Decreto-Lei 11.976 - Cria o Programa de Saúde do Adolescente. São Paulo, 25/08/2005.

FEFFERMANN, M. (2004). Vidas Arriscadas, São Paulo, Tese de doutorado. Faculdade de Psicologia da Universidade de São Paulo.

FIGUEIREDO. R. (1999). Metodologia e Técnica de Trabalho. In FIGUEIREDO, R. Prevenção às DST/Aids em Ações de Saúde e Educação, São Paulo, NEPAIDS-USP, org.

..... (2002). Prevenção ao Abuso de Drogas em Ações de Saúde e Educação - uma abordagem sócio-cultural e de redução de danos, São Paulo, NEPAIDS-USP.

GORGULHO, M. (2004). In Revista Época, Edição 333 - 04 de Outubro (entrevista).

IPEA/MS e colaboradores. Impactos Sociais e Econômicos dos Acidentes de Trânsito nas Aglomerações Urbanas. Brasília, em desenvolvimento.

KERR-CORRÊA, F.; SIMÃO, M.O.; DALBEN, I.; TRINCA, L.A.; MARTINS, R.A.; SANCHES, A. F. (2002) Estudantes Universitários e álcool: dados preliminares de um estudo de prevenção com redução de danos, 12 meses de seguimento - Depto. de Neurologia e Psiquiatria - Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP [http:// www.viverbem.fmb.unesp.br].

LAPETINA, A.; CALZADA, J. (2005). Reducción de riesgos y daños- Guía para profesionales. Consell Comarcal de l'Altempordà (CCAE), Unión Europea (EU).
MARQUES, A.C. & CRUZ, M.S. (2000). O Adolescente e o Uso de Drogas. In Rev. Bras. Psiquiatria, Dezembro; vol.22 suppl.2: 32-36 p.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 101

PROJETO URBAL (2004). Incorporación de buenas prácticas en las políticas locales de drogodependencias. Europa-América Latina, Programa Urbal, Boletim UrbalDRO nº 8, Nov. Disponible em http://www.urbaldro.net/documentos/Boletin-08-Urbaldro.pdf

RODRIGUES, R.M. (1993). A Prevenção ao Uso de Drogas. In. Revista de Ensino em Ciências, nº 24 - março.

ROOM, R. (2005). Alcohol Kills as Many as Tobacco. In The Lancet, Feb. 5; vol 365: 519-530 p.

TAVARES-DE-LIMA, F. F. (2003). Prevenção ao Uso de Drogas: modelos utilizados na educação, suas relações e possibilidades quanto a atitudes preventivas. Dissertação (Mestrado em Educação: Psicologia da Educação) - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

UNESCO (2003). Segundo Relatório do Desenvolvimento Juvenil.
www.unesco. org.br acessado em 15/01/2006

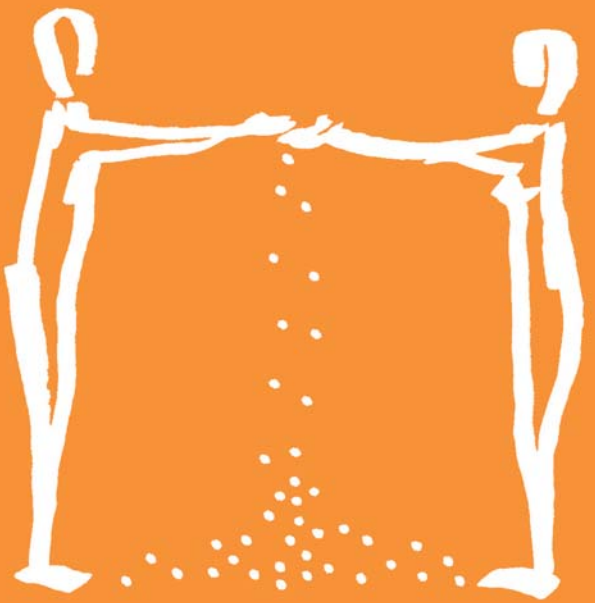
WORLD HEALTH ORGANIZATION (1974). Meeting on Pregnacy and Abortion in Adolescence. Geneva, 1974. Report. Geneva, 1975. (WHO Technical Report Series, 583).

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:47 PM Page 102

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 103

BROCHURA 7

GUIA PRÁTICO PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE PREVENÇÃO ÀS DST/AIDS VOLTADAS A ADOLESCENTES E JOVENS



Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 104

Responsáveis pela produção do texto:
Teo Weingrill Araujo - Coordenação Estadual de DST/aids,
Secretaria Estadual de Saúde - SP
Haraldo César Saletti Filho - Centro de Saúde Escola Butantã
Gabriela Calazans - Coordenação Estadual de DST/aids,
Secretaria Estadual de Saúde - SP
Regina Figueiredo - Instituto de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde - SP
(Área Temática de DST/aids, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo).

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 105

INTRODUÇÃO

Este é o último volume da série de brochuras que pretendem discutir as diversas questões relacionadas à prevenção das DST/aids com adolescentes e jovens nos serviços de saúde. Como tal, a presente brochura pretende auxiliar o profissional de saúde a incorporar as discussões que foram desenvolvidas nos números anteriores da série ao cotidiano de trabalho.

Faremos uma discussão sobre os três eixos que orientam um projeto de prevenção às DST/aids:

- O diagnóstico da situação
- O planejamento e a execução das ações
- A avaliação das ações realizadas

Antes disso, porém, apresentaremos algumas práticas de saúde que ilustram possibilidades de intervenção em um projeto de prevenção para jovens. A partir dessas situações concretas, desenvolveremos a discussão sobre os três eixos, assim articulando prática e reflexão.

1. AÇÕES DE PREVENÇÃO ÀS DST/AIDS

Os adolescentes têm o direito de participar das ações de promoção à saúde, inclusive de prevenção às DST/aids, mesmo sem a presença ou a autorização de pais ou responsáveis. Ressalte-se que as regras de sigilo valem para todos os usuários, inclusive para aqueles com menos de 18 anos. Para maiores esclarecimentos, recomendamos que a brochura 2 seja consultada.

Aconselhamento em DST/HIV/aids

O Ministério da Saúde (s/d) define o aconselhamento como um diálogo do profissional de saúde com o usuário do serviço que tem como objetivo proporcionar à pessoa condições para que ela tome decisões e encontre maneiras de enfrentar seus problemas. Nesse sentido, é preciso ter clareza que aconselhamento não é dar conselhos. O papel do profissional no aconselhamento é:

- Ouvir as preocupações do indivíduo e propor algumas questões que o ajudem a nomear essas preocupações. Muitas vezes, a simples possibilidade de traduzir uma aflição em palavras e de comunicá-las para alguém pode ajudar a ter a real dimensão do tamanho do problema com o qual se está às voltas.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 106

- Prover informações e promover discussões que ajudem a pessoa a adotar medidas preventivas.

O aconselhamento pode ser feito em vários momentos e em várias situações, tais como: atividades de sala de espera, grupos específicos e consultas individuais. Alguns temas podem ser abordados nesse diálogo:

- A "dupla função" do preservativo que, quando usado de maneira consistente, previne as DST/aids e é contraceptivo.
- As diferentes práticas sexuais (anal, vaginal e oral), os riscos envolvidos em cada uma delas e os recursos de que se pode lançar mão para se proteger desses riscos.
- No caso de usuários de álcool e outras drogas, problematizar o risco de relações sexuais desprotegidas quando a pessoa está sob efeito da substância utilizada e os recursos de que se pode lançar mão para reduzir os danos associados a esse uso.
- No caso de usuários de drogas injetáveis, o risco de se compartilhar agulhas e seringas e as medidas específicas de redução de danos.
- A vulnerabilidade das mulheres associada às desigualdades de gênero e, mais especificamente, as dificuldades que essa situação cria para que consigam negociar o uso de preservativo com os parceiros.
- A vulnerabilidade de certos segmentos populacionais associada à marginalização e à discriminação dos indivíduos que pertencem a esses grupos, como pode ocorrer com homossexuais, profissionais do sexo, negros, populações indígenas e populações em situação de extrema pobreza.
- A tendência a abandonar o uso de preservativos quando as relações se tornam estáveis, as dificuldades de se negociar o uso de preservativos em relações desse tipo e as possibilidades de práticas sexuais seguras nas relações estáveis nos diferentes momentos da vida.
- A importância da testagem anti-HIV para que o diagnóstico seja estabelecido precocemente e a terapia se inicie no momento adequado.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 107

O aconselhamento e as relações estáveis

Historicamente, os jovens brasileiros apresentam as maiores proporções de uso de preservativo dentre todos os grupos etários. Entretanto, como nos demais grupos etários, nota-se que há diferenças significativas nos padrões de uso de preservativo de acordo com o tipo de vínculo com o parceiro. Nas relações sexuais com parceiros considerados eventuais, o uso de preservativo é muito maior do que com parceiros considerados estáveis. É comum que o preservativo esteja presente nas primeiras relações com alguém, mas que seja abandonado nas relações subseqüentes.

Esta é uma questão fundamental a ser discutida no trabalho de aconselhamento com jovens que mantenham relações estáveis. O ideal é o uso regular de preservativos. Entretanto, é preciso ter abertura para discutir outras possibilidades de prevenção às DST/aids, especialmente nas relações consideradas estáveis e longas pelos próprios adolescentes, quando o uso de preservativos em todas as relações pode se tornar mais difícil.

Testagem anti-HIV

Como a aids é uma doença que afeta pessoas de todos os segmentos sociais, torna-se cada vez mais importante que o acesso à testagem seja amplo e irrestrito. Por isso, é fundamental que as Unidades de Atenção Primária à Saúde ofereçam esse recurso, inclusive para adolescentes e jovens. É importante que, antes da testagem, seja oferecido aconselhamento, que pode ser individual ou em grupo. Esse aconselhamento é a oportunidade para que as pessoas possam obter informações sobre formas de se proteger da infecção pelo HIV bem como sobre as implicações dessa infecção em suas vidas. Além disso, freqüentemente, a testagem é um momento que gera ansiedade, daí a importância de que seja oferecido algum tipo de suporte no momento da coleta.

É altamente recomendável que os adolescentes e jovens busquem o resultado do teste acompanhados de alguém em quem confiem, algum parente ou amigo que possa oferecer suporte emocional. Se o resultado for positivo, é

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 108

necessário discutir com o adolescente sobre a importância de compartilhar a informação com alguma pessoa de sua família ou de seu grupo de suporte social.

Receber o resultado também pode ser uma situação que gera ansiedade para o adolescente. Além disso, é preciso que ele saiba efetivamente o que significa aquele resultado. Por isso, o aconselhamento pós-teste é fundamental. Algumas questões específicas precisam ser abordadas no aconselhamento pós-teste:

- Se o resultado for negativo, é preciso avaliar junto com o usuário a possibilidade de ele estar em janela imunológica.
- Se o resultado for positivo, é necessário colocar-se à disposição para ouvir e permitir ao usuário o tempo necessário para assimilar o impacto do diagnóstico. Em seguida, é preciso esclarecer sobre todos os recursos de que se dispõe para o tratamento, as possibilidades de se viver com HIV/aids e a necessidade de encaminhamento para o serviço especializado e grupos comunitários de apoio. O Ministério da Saúde recomenda também que no aconselhamento pós-teste seja enfatizada a necessidade de comunicar o resultado para o(s) parceiro(s) sexual(is), bem como a importância de o(s) parceiro(s) realizar(em) o teste anti-HIV.

É fundamental que todas as gestantes sejam orientadas a realizar o exame de HIV, sífilis e hepatites, juntamente com os outros exames do pré-natal, com o objetivo de reduzir a transmissão vertical dessas doenças e de permitir que as infecções sejam detectadas e acompanhadas precocemente. Lembremos que um número significativo de gestantes são adolescentes e jovens.

Tornar preservativos disponíveis

Como a política brasileira de prevenção às DST/aids têm como objetivo promover a adoção de práticas sexuais seguras, a disponibilidade de preservativos nos serviços da rede pública de saúde é fundamental. Algumas perguntas freqüentes sobre a distribuição de preservativos precisam ser sanadas para que isso possa ser feito de maneira adequada.

1 - O serviço deve ter cotas ou deve dar aos usuários do serviço a quantidade de preservativo que eles pedirem?

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 109

Recomenda-se que os serviços adotem o sistema de cota negociada. Nesse sistema, é estabelecida a quantidade de preservativos que cada usuário deverá retirar na unidade em um determinado intervalo de tempo. Por exemplo, é possível estabelecer que o usuário A pode vir retirar 15 preservativos a cada 15 dias. Por sua vez, é possível estabelecer que o usuário B pode vir mensalmente retirar 12 preservativos. A cota negociada, como o próprio nome diz, é estabelecida a partir de uma negociação entre um determinado usuário e os profissionais de saúde. Para que a cota negociada seja estabelecida, é preciso que se leve em conta:

- A necessidade do usuário. Por necessidade compreendemos a quantidade de preservativos que alguém utiliza em um determinado período de tempo. Entretanto, para definir a necessidade de alguém, precisamos levar em conta sua possibilidade de comprar preservativo. Quando o usuário tem condições financeiras para arcar com a compra, o ideal é que se abra uma negociação de quantos preservativos serão fornecidos pelo serviço e quantos serão comprados por ele.
- A quantidade de preservativos que o serviço recebe e a quantidade de que o serviço dispõe em estoque.
- O grau de vulnerabilidade do usuário. É preciso priorizar o usuário que faz parte de um segmento populacional historicamente marginalizado ou que relata adotar comportamentos que o expõem ao risco de infecção.

De tempos em tempos, é necessário rever a cota a que cada um dos usuários tem acesso. Nessa situação, será necessário fazer uma re-negociação que avalie se a cota estabelecida está adequada ou se precisa ser modificada, isto é, se há sobra ou falta de preservativos, em que condições isso ocorre, se a vida daquele usuário se modificou, tanto em relação ao acesso aos preservativos, como em relação às suas relações / parcerias sexuais.

2 - O serviço deve condicionar a distribuição de preservativos à participação em atividades educativas?

De nada adianta distribuir preservativos para alguém que não saiba como nem por que utilizá-lo. Por outro lado, é preciso tomar cuidado para não condicionar a distribuição à participação em atividades educativas, já que isso pode dificultar o acesso dos usuários a esse insumo.

É preciso saber se o adolescente que vai retirar preservativo na unidade está disposto a participar de uma atividade educativa. É possível que ele prefira

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 110

conversar sobre sexualidade com amigos, com a família ou na escola. Além disso, o fato de a unidade ainda não ter atividades educativas estruturadas não pode servir de pretexto para protelar ou impedir a distribuição de preservativos. Nesse sentido, sugerir a participação numa atividade educativa é importante, mas facilitar ao máximo o acesso desvinculado de outros compromissos é necessário.

Para negociar a cota a que um usuário terá direito, será necessário ter uma conversa com ele. Essa conversa é uma oportunidade para mostrar como se usa o preservativo e para esclarecer eventuais dúvidas.

3 - A unidade de saúde deve distribuir preservativos para pessoas que não moram no entorno da unidade?

Freqüentemente, os adolescentes preferem retirar o preservativo na unidade de saúde que fica perto da escola e não perto da casa. Entretanto, muitas UBS atendem apenas as pessoas que moram no seu entorno. O que fazer diante desse impasse?

Mais uma vez, vale a diretriz de não criar barreiras para o acesso dos adolescentes a esse insumo. Além disso, é importante que a escola tenha a unidade de saúde mais próxima como referência para encaminhar os alunos, tanto para obterem preservativos quanto para outros procedimentos que se fizerem necessários.

É importante que o preservativo seja apresentado como insumo que tem dupla função: é um método contraceptivo com a vantagem de também proteger seus usuários de infecções pelas DST/aids. A eficácia do preservativo para prevenir a gravidez é bastante alta. Nas raras ocasiões em que falha, torna-se necessário utilizar a contracepção de emergência, método que deve estar disponível para esses eventos pontuais.

Divulgar e tornar disponível a vacina contra hepatite b

É importante salientar para todos os jovens a necessidade de tomar todas as doses recomendadas da vacina contra hepatite B, esclarecendo que essa também é uma doença que pode ser transmitida pela via sexual. A

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 111

unidade de saúde deve promover e ampliar o acesso a essa vacinação, inclusive divulgando-a nas escolas.

A vacina contra o HPV, que é um tipo de DST, está atualmente em desenvolvimento. Quando essa vacina for incorporada à rede pública de saúde brasileira, também deverá ser divulgada e prescrita, inclusive para adolescentes e jovens, sempre seguindo as normas estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e pelo Ministério da Saúde.

Trabalhos em grupo

A discussão sobre prevenção faz mais sentido se está inserida em uma atividade que se proponha a abordar diversos temas considerados relevantes para os participantes. Assim, por exemplo, é possível estruturar grupos com adolescentes e jovens que se reúnam para discutir, dentre outros temas, sexualidade, uso de drogas, possibilidades de inserção no mercado de trabalho, família e projeto de vida. A oportunidade de compartilhar experiências pode ajudar os adolescentes e jovens a tomarem decisões e a reverem certas atitudes. Propor atividades lúdicas tais como dinâmicas de grupo, teatro, música, dança e a exibição de filmes pode ser uma maneira muito interessante de fomentar as discussões.

Ainda que seja reconhecida a importância de as atividades de prevenção serem contínuas, é preciso considerar que se a unidade de saúde optar por trabalhar com grupos "fechados" de adolescentes e jovens por um longo período de tempo, não haverá possibilidade de incluir novos usuários. O balanço entre continuidade das ações e ampliação do acesso deve ser observado no desenho de um fluxo de atendimento nos serviços de atenção primária à saúde.

2. Os três passos necessários para desenvolver um projeto de prevenção

Relembrando, estamos definindo que os três passos necessários são:

A. O diagnóstico da situação

B. O planejamento e a execução das ações

C. A avaliação das ações realizadas

Tradicionalmente, tendemos a pensar nesses três passos como se fossem etapas sucessivas do trabalho e, de certa forma, temos motivos para pensar assim. Parece óbvio que, antes de executar uma ação, é preciso ter diagnosticado certas necessidades às quais a ação precisa responder e, mais do que isso, é preciso ter

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 112

identificado também de quais recursos se dispõe para desenvolvê-la. Entretanto, a realidade do serviço é muito dinâmica. Nesse sentido, o diagnóstico e o planejamento precisam ser constantemente revistos e modificados enquanto as ações estão sendo executadas. O mesmo raciocínio vale para a avaliação das ações realizadas. É preciso que, na etapa de diagnóstico, já se defina que tipo de informações precisa ser coletado ao longo do processo para que se tenham subsídios para avaliá-lo. Além disso, é necessário que a avaliação seja feita ao longo do processo, para que se tenham subsídios que nos digam se estamos indo pelo caminho certo. Entretanto, ao dizermos as coisas dessa forma, tudo parece muito abstrato e distante da realidade dos serviços. Tentaremos, portanto, falar disso tudo em termos mais concretos.

A importância de diagnosticar, planejar e avaliar coletivamente

Um cuidado fundamental ao desenhar uma estratégia de atenção à saúde é assegurar a participação de toda a equipe que estará envolvida no seu desenvolvimento. É possível ter um grupo de profissionais que se responsabilize pela coordenação de determinado projeto desde que isso não implique excluir os demais do trabalho de diagnóstico, planejamento e avaliação.

Um erro comum é o de não envolver profissionais de nível médio tais como agentes de saúde, técnicos e profissionais administrativos no desenho da proposta. Nesse caso, esses profissionais ficam responsáveis apenas por executar determinadas ações e não conseguem se apropriar da proposta como um todo nem contribuir para a avaliação das ações desenvolvidas.

Também pode ser muito rico incluir os próprios adolescentes e jovens no diagnóstico, planejamento e avaliação do projeto. Nesse caso, a proposta ganha legitimidade e passa a ter mais chances de atender efetivamente as necessidades dessa população.

2.A . O diagnóstico da situação

Para fazermos o diagnóstico da situação, precisamos identificar as vulnerabilidades às DST/aids dos adolescentes e jovens da comunidade e os recursos de que dispomos para enfrentá-las. Abaixo, apresentaremos algumas

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 113

questões que podem auxiliar os profissionais de saúde a identificar essas vulnerabilidades. É possível dividir a vulnerabilidade em três esferas (a programática, a social e a individual), ainda que nenhuma delas possa ser compreendida isoladamente (vide brochura 1).

A esfera programática

O primeiro passo para o diagnóstico da vulnerabilidade programática é procurar informações sobre como está sendo realizado o atendimento dos adolescentes e jovens (10 a 24 anos) na unidade de saúde. Para uma discussão mais pormenorizada sobre a promoção do acesso de adolescentes e jovens aos serviços de saúde, recomendamos que a brochura 3 seja consultada.

- Os profissionais dos diversos setores do serviço identificam adolescentes e jovens dentre os usuários? É possível estimar quantos são? Que proporção da clientela da unidade representam?
- Eles vêm encaminhados por outra instituição da comunidade (escola, igreja, associação)?
- Quais os principais motivos que os trazem ao serviço?
- Que tipo de resposta o serviço apresenta para as demandas de saúde e de prevenção de DST/aids dos jovens desde a recepção até o atendimento individual ou em grupo?
- Quais as dificuldades para o serviço de saúde atender as demandas dos jovens?
- Em que situações os jovens ficam completamente sem resposta?
- Você avalia que há igualdade na oferta de ações para meninos e meninas?

Também é preciso colher informações sobre ações específicas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva que são oferecidas na unidade.

- Quantos adolescentes e jovens realizaram testagem anti-HIV no serviço no último ano? Como se dividem em relação ao sexo?
- Quantos participaram de aconselhamento em DST/aids ou de atividades em grupo?
- Quantos adolescentes e jovens receberam exames de DST ou HIV positivos no último ano? Quantos foram encaminhados para serviços especializados? Quantos estão em tratamento na própria unidade?
- Quantos retiram preservativos na unidade? Com que periodicidade costumam pegar? Qual a quantidade distribuída?
- Quantos adolescentes ou jovens utilizaram o serviço em busca de métodos

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 114

contraceptivos? Quantos participaram de reuniões de planejamento familiar? Por qual método contraceptivo a maioria optou?

- Quantas adolescentes e jovens fizeram teste de gravidez no último ano? Quantas adolescentes e jovens grávidas foram atendidas pelo serviço?
- Quantas adolescentes e jovens grávidas fizeram o pré-natal? São observadas muitas falhas/faltas no pré-natal de adolescentes e jovens? Há um perfil distinto no pré-natal de adolescentes e jovens em relação ao das mulheres adultas? Quantas adolescentes e jovens grávidas deixaram de ser acompanhadas no pré-natal?
- Quantas adolescentes e jovens fizeram exame ginecológico no último ano? Quantas delas têm realizado o exame com a periodicidade recomendada?

Para elaborar um projeto de redução de vulnerabilidade de adolescentes e jovens às DST/aids na unidade de saúde, precisamos discriminar os recursos de que se dispõe. A lista abaixo enumera alguns recursos que poderiam ser úteis. Vale lembrar que, da lista abaixo, o único requisito indispensável é a disponibilidade de profissionais da unidade para desenvolver o projeto.

- Quantos profissionais de saúde com disponibilidade para elaborar, executar e avaliar o projeto foram identificados? Os profissionais identificados sentem-se capacitados para isso?

O ideal é que todos os profissionais da unidade estejam envolvidos no projeto, para que possam incorporar ações de prevenção nos atendimentos cotidianos que já são desenvolvidos com adolescentes e jovens. Nesse caso, é possível ter uma equipe que se responsabilize por coordenar o projeto na unidade. Tal equipe pode ter representantes dos profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais), de nível médio e básico (profissionais das recepções, agentes de saúde, técnicos, auxiliares e profissionais dos setores administrativos) e dos adolescentes e jovens.

- A unidade de saúde dispõe de espaço físico para atividades em grupo?
- A unidade dispõe de recursos audiovisuais (TV, vídeo, aparelho de som) e de recursos para atividades lúdicas, teatro e dinâmicas de grupo?
- Já é desenvolvida alguma atividade em grupo na unidade de saúde? Há adolescentes e jovens participando?
- O serviço dispõe de preservativos? A quantidade que recebe suportaria um eventual aumento da demanda por parte de adolescentes e jovens?
- Há jovens que o serviço de saúde identifica como lideranças, que poderiam se engajar no planejamento e acompanhamento da proposta ou fazer parte do pro-

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 115

jeto de prevenção como multiplicadores?
- Na unidade de saúde, acontecem reuniões de equipe? Seria possível discutir e avaliar o desenvolvimento do projeto de prevenção nesse espaço?

Outras instituições da comunidade também podem ter papel fundamental na redução da vulnerabilidade programática de adolescentes e jovens às DST/aids (ver detalhes na brochura 4). Se muitos adolescentes relatam ter sido encaminhados por uma determinada instituição, isso pode ser um indício importante de que essa instituição desenvolve algum tipo de ação de promoção de saúde.
- As escolas incluem a saúde e a orientação sexual como temas discutidos de maneira transversal nas diversas disciplinas que compõem o currículo? É desenvolvida algum tipo de ação extracurricular nas escolas (feiras de saúde, trabalhos com adolescentes multiplicadores, oficinas em grupo)?
- Na comunidade, há associações, ONG ou equipamentos públicos que trabalham com adolescentes e jovens? Elas desenvolvem algum tipo de ação de prevenção de doenças ou de promoção da saúde?
- E as igrejas e centros religiosos da comunidade?

A esfera social

É relevante contextualizar a vida de adolescentes e jovens na região de abrangência do serviço de saúde, sua proporção na população geral, como se inserem no cotidiano da região, com que recursos contam, quais os desafios, dificuldades e perspectivas que os rodeiam.
- Quantos pré-adolescentes (10 a 14 anos) há na área de abrangência da unidade de saúde? Quantos adolescentes (15 a 19 anos)? Quantos jovens (20 a 24 anos)?

Certamente, informações sobre escolarização e inserção no mercado de trabalho são centrais para o diagnóstico da vulnerabilidade social. Em contextos em que há um grande contingente de adolescentes e jovens que não trabalham nem estudam, as possibilidades de se constituir um projeto de vida e de se vislumbrar perspectivas para o futuro são muito limitadas. Isso cria dificuldades para a adoção de atitudes de autocuidado.
- Há alguma estimativa de quantos adolescentes e jovens estão estudando? Em que nível de escolaridade? Em que condições?
- Há informação sobre quantos adolescentes e jovens estão trabalhando? Em que condições?

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 116

- Há estimativa sobre quantos adolescentes e jovens não estão trabalhando nem estudando? A "desocupação" pode ser considerada um problema importante da região de abrangência do serviço?

Trabalhos com adolescentes e jovens sobre a questão da "desocupação"

De acordo com pesquisa realizada pelo IBASE (Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas) e pelo Instituto Pólis, feita com 8.000 jovens em 8 regiões metropolitanas do Brasil e divulgada no jornal Folha de São Paulo do dia 20 de fevereiro de 2006, 27% dos jovens de 15 a 24 anos estão sem atividades profissionais ou educacionais. Um quadro muito parecido é revelado pela Pesquisa Mensal de Emprego do IBGE. Feita em seis regiões metropolitanas, ela indica que, em dezembro de 2005, 23% da população (ou 1,7 milhão de jovens) entre 16 e 24 anos não estudava nem trabalhava. Desses 1,7 milhão, 1,1 milhão (ou 67%) nem sequer procurou emprego no mês de referência da pesquisa.

Apesar das pesquisas indicarem que, atualmente, a desocupação em algum momento da juventude é um fenômeno quase universal, sobretudo nas regiões periféricas das grandes cidades, a questão tende a ser encarada como um problema individual. Tanto os pais como os próprios jovens tendem a achar que a "desocupação" é resultado da falta de esforço ou da falta de capacidade.

Desse modo, propor discussões sobre o tema que envolvam os pais e os próprios jovens pode ajuda-los a problematizar essa concepção. Por sua vez, ao dimensionarem melhor o problema, passa a ser possível pensar em soluções mais coletivas. É importante propor para os adolescentes e jovens atividades que os façam avaliar o contexto em que se inserem e que os ajudem a vislumbrar possibilidades para o futuro nesse contexto.

Informações relativas à gravidez na adolescência também podem ser importantes para o diagnóstico da vulnerabilidade social às DST/aids. A existência de muitas jovens grávidas pode indicar dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos e alta incidência de práticas sexuais desprotegidas. Além disso, em contextos em que há dificuldade de se estabelecer projetos de vida, a maternidade e a paternidade podem se constituir como (únicas) alternativas.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 117

*B*reve discussão sobre trabalho com pais e mães jovens

O profissional de saúde precisa estar atento às necessidades específicas de mães e pais jovens. Muitas jovens deixam de estudar quando engravidam porque se sentem discriminadas na escola ou porque não encontram maneira de continuar estudando depois que o filho nasce. Além disso, a maternidade e a paternidade colocam os jovens às voltas com questões importantes:

- O que significa exercer a paternidade/maternidade?
- Como dar conta de sustentar um filho?
- Para os jovens que continuam morando com os pais depois de terem filhos, como é possível conciliar o duplo papel de serem dependentes e chefes de família ao mesmo tempo.

De qualquer maneira, a gravidez na adolescência não deve ser encarada como um mal a ser evitado. É muito mais produtivo tentar compreender o contexto em que ela acontece e tentar garantir as condições para que as pessoas possam decidir o momento em que querem ter filhos.

Outro fator a ser levado em conta no diagnóstico da vulnerabilidade de adolescentes e jovens às DST/aids está relacionado à marginalização e à discriminação a que certos segmentos populacionais são submetidos.

- Você percebe que há relação entre exclusão social e a cor, raça ou etnia dos adolescentes que vivem no entorno da unidade?
- Você percebe que há relação entre exclusão social e a orientação sexual dos adolescentes que vivem no entorno da unidade?
- Há adolescentes e jovens profissionais do sexo trabalhando em sua região? São mulheres, homens ou travestis? Identificam-se como profissionais do sexo ou fazem trocas sexuais? Em que contextos essa atividade é desenvolvida: em casas ou ruas?
- Há consumo abusivo de álcool e outras drogas na região? De quais? Qual o perfil das pessoas que fazem uso abusivo dessas drogas?

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 118

População negra e vulnerabilidade às DST/aids

O desenvolvimento das potencialidades e o progresso social da população negra são imensamente dificultados pela grande desigualdade racial vigente no Brasil associada a mecanismos mais ou menos sutis de discriminação.

Em publicação elaborada pelo Ministério da Saúde (2005) são apresentados dados de pesquisas que apontam que a taxa de desemprego é maior entre os negros do que entre os brancos e que a renda e a escolaridade dos negros são, via de regra, menores do que a dos brancos.

Essas disparidades em termos de escolarização e renda se estendem à saúde. Apesar do acesso universal e equânime aos serviços de saúde garantido pela constituição, os dados apresentados pelas pesquisas citadas no documento do Ministério da Saúde apontam que brancos têm maior acesso aos serviços de saúde e recebem atendimento de saúde mais adequado do que negros. As maiores taxas de mortalidade infantil e a menor expectativa de vida dessa população reforçam o quadro de desigualdades.

Em relação à aids, sabe-se que, no Brasil, apesar de a epidemia apresentar tendência de estabilização, os casos estão aumentando entre os mais pobres, dentre os quais a população negra representa maior proporção.

Além disso, no Boletim Epidemiológico elaborado pelo Programa Estadual de DST/aids de São Paulo (2003), apresenta-se que, em 1999, a taxa de mortalidade por aids de homens pretos foi de 26 por 100 mil, enquanto para os homens brancos a taxa foi de 14 por 100 mil. Em relação às mulheres, embora as taxas de mortalidade fossem menores do que entre os homens, a diferença foi ainda mais gritante: 11 por 100 mil para as pretas e 5 por 100 mil para as brancas.

Em um contexto em que os anti-retrovirais têm contribuído para a melhoria da qualidade de vida e redução das taxas de mortalidade por aids, as diferenças entre as taxas de mortalidade de brancos e pretos coloca-nos duas questões: Será que negros e brancos têm a mesma facilidade de acesso aos meios de prevenção e tratamento? Será que os pretos dispõem de condições que favorecem a adesão ao tratamento?

A partir da discussão apresentada acima, é possível afirmar que o racismo, assim como o sexismo e a homofobia, são fatores que aumentam a vulnerabilidade ao HIV e ao adoecimento por aids de segmentos populacionais.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 119

Por último, vale buscar informações sobre o acesso dos jovens da região a atividades e equipamentos de cultura e lazer. Isso permite identificar instituições com as quais se podem estabelecer parcerias importantes e permite conhecer melhor os gostos e os modos de ser dos jovens da região. Além disso, é preciso considerar que a escassez de espaços de lazer e cultura priva os adolescentes e jovens de experiências essenciais de socialização, de reflexão e de diversão.

- Há parques, praças, ginásios, clubes ou outros espaços para a prática de esportes na região? Que esportes são praticados?
- Há teatros, cinemas ou museus na região? Os jovens costumam freqüentá-los?
- Há projetos para jovens desenvolvidos por organizações da sociedade civil ou instituições governamentais que proponham atividades esportivas ou artísticas?
- Que locais são utilizados pelos adolescentes e jovens da região para namorar e transar?

A esfera individual

Todos os atendimentos dirigidos ao jovem podem ser oportunidade de realizar, junto com ele, um diagnóstico individual de suas vulnerabilidades. Nesse diagnóstico individual, fatores programáticos precisam ser levados em consideração, ou seja, é preciso avaliar se o jovem está tendo acesso aos recursos e serviços de toda a ordem para se proteger. Além disso, é preciso também levar em consideração os aspectos sociais de sua vulnerabilidade individual. Por exemplo, o fato desse jovem estar ou não estudando interfere diretamente no projeto que tem para a sua vida. À luz de tudo isso, é preciso avaliar as situações de risco nas quais esse jovem eventualmente esteja se envolvendo.

Há alguns aspectos listados abaixo para os quais o serviço de saúde precisa estar atento e que podem indicar alta vulnerabilidade individual. Nesses casos, o serviço de saúde precisa oferecer suporte para o jovem. Junto com ele, será possível decidir os encaminhamentos necessários para construir soluções para cada situação.

- Realizar exame de gravidez mais do que uma vez em um período curto.
- Realizar o método de contracepção de emergência (pílula do dia seguinte) mais do que uma vez em um período curto.
- Realizar teste anti-HIV mais do que uma vez em um período curto.
- Ser ou ter sido portador de DST recentemente.
- Apresentar ferimentos ou escoriações que pareçam resultado de agressão física.
- Viver em situação de extrema pobreza ou nas ruas.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 120

- Ter cumprido medida socioeducativa ou ter passagem por presídio
- Fazer parte de um segmento populacional discriminado pela comunidade.
- Fazer uso abusivo de álcool ou outras drogas.
- Não ter histórico de utilização de serviços de saúde para atendimentos de rotina (vacinação, exames, consultas de enfermagem, médicas e odontológicas).
- Não estar trabalhando nem estudando.
- Não conseguir compartilhar com a família ou com pessoas de confiança resultados de exames ou de outros procedimentos de saúde importantes.

2.B. O planejamento e a execução das ações

O diagnóstico das vulnerabilidades sociais e programáticas dos adolescentes e jovens de uma determinada comunidade fornece subsídios para um planejamento de saúde que poderíamos denominar de **estrutural.**

Com o **diagnóstico programático**, há possibilidade de se identificar as principais demandas dos adolescentes e jovens e as maneiras como o serviço as atende ou deixa de atendê-las. Além disso, tal diagnóstico permite identificar momentos estratégicos na rotina da unidade de saúde para discutir prevenção às DST/aids com os jovens. Por exemplo, se a unidade identificar que o principal motivo que traz as adolescentes e jovens ao serviço é o teste de gravidez, pode ser interessante tentar incluir alguma atividade (aconselhamento, trabalho em grupo, oferecimento de preservativos, oferecimento de testagem anti-HIV) no momento da coleta do exame ou no momento de entrega dos resultados. Finalmente, o diagnóstico programático permite identificar potenciais parceiras dentre as instituições da comunidade que trabalham com adolescentes e jovens.

O **diagnóstico da esfera social** permite identificar questões mais amplas e contextuais da vulnerabilidade dos adolescentes e jovens da comunidade. Elevadas taxas de gravidez na adolescência podem indicar a necessidade de desenvolver trabalhos sobre contracepção e também trabalhos que ofereçam suporte para os pais e mães jovens. Elevadas taxas de desocupação demandam trabalhos específicos sobre o tema. Por sua vez, a existência de segmentos populacionais historicamente marginalizados na comunidade pode apontar para a necessidade de ações específicas de promoção do acesso ao serviço de saúde e para a necessidade de preparar os profissionais dos serviços para acolherem as pessoas desses segmentos. No caso de unidades do Programa de Saúde da Família, seria importante incluir os locais de trabalho de

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 121

profissionais do sexo bem como os locais de lazer dos jovens homossexuais dentre os locais a serem visitados.

O diagnóstico programático e social aponta para a necessidade de mudanças que estamos denominando de estruturais, isto é, para a necessidade de mudanças na rotina da unidade ou nos fluxos de atendimento e para a necessidade de que sejam propostas novas ações para trabalhar temas específicos.

Por outro lado, o **diagnóstico da vulnerabilidade individual** serve para orientar a postura do profissional de saúde diante de cada um dos adolescentes e jovens atendidos na unidade de saúde. O diagnóstico de vulnerabilidade individual é construído junto com o jovem. A partir dele, são decididas as questões para as quais o jovem precisa de uma escuta mais atenta, para quais ele precisa de orientações e quais demandam encaminhamentos mais específicos. Assim, por exemplo, um jovem que apresenta ferimentos que parecem resultado de violência física, precisa de uma atitude do profissional que inspire confiança e que, ao mesmo tempo, respeite as relutâncias do adolescente para se abrir. Se for detectada violência doméstica, cabe discutir com o adolescente sobre os encaminhamentos necessários. Com outra jovem que realiza testes de gravidez em dois meses consecutivos, seria importante tentar saber se ela está querendo engravidar. Se ela não quiser, mas mesmo assim não estiver utilizando nenhum método contraceptivo, vale oferecer para ela aconselhamento em DST/aids e contracepção, além da possibilidade de pegar preservativos na unidade.

Uma questão fundamental a ser considerada no planejamento é que a discussão sobre prevenção das DST/aids precisa fazer parte das ações mais amplas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva realizadas pela unidade de saúde tais como as orientações relacionadas à contracepção, as palestras e grupos educativos sobre planejamento familiar, as consultas ginecológicas e as atividades do pré-natal.

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 122

2.C. A avaliação das ações realizadas

O que é avaliar um projeto?

Ayres (1996) propõe uma metáfora para compreendermos o que significa avaliar um projeto:

> *Como uma carta de navegação e uma bússola são os instrumentos indispensáveis para qualquer "sonho náutico", a avaliação de um programa de intervenção é quase tão importante quanto os ideais que nos orientam e as ações que realizamos. Ela nos ajuda a dar corpo a esses ideais e ações - quando nos obriga a antecipar mentalmente o ponto aonde queremos chegar e os caminhos que devemos trilhar - e a nos assegurarmos de que, pelo menos no que compete a esse ideais e ações, estamos fazendo a "coisa certa" (p. 15).*

A avaliação deve ter algum ideal, uma linha mestra a partir da qual se desdobra em critérios e métodos pormenorizados. Se lançarmos mão do texto de Ayres novamente, podemos propor como linha mestra de um projeto de prevenção e de promoção da saúde o crescimento livre e criativo dos adolescentes e jovens como indivíduos e como coletividades.

A condição essencial para que o indivíduo possa se proteger das DST/aids e de outras doenças e agravos é tornar-se sujeito de sua própria saúde. É desse princípio básico que deve se originar a racionalidade de nossos protocolos de avaliação.

De maneira bem geral, é possível distinguir duas maneiras de fazer a avaliação das ações de prevenção realizadas na unidade de saúde.

A primeira delas, bastante complexa, busca medir o quanto as intervenções realizadas permitiram que os participantes incorporassem novas informações sobre DST/aids ou o quanto tiveram impacto na adoção de práticas mais seguras. Avaliações desse tipo são demoradas, além de exigirem grande sofisticação metodológica para que os resultados obtidos possam ser considerados válidos. Por isso, geralmente são feitas por profissionais ligados a universidades e institutos de pesquisa, que dispõem de treinamento e de tempo para o desenvolvimento dessas atividades.

A segunda maneira de fazer a avaliação é bem mais simples e fornece

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 123

informações importantes para subsidiar a tomada de decisões na unidade de saúde. Precisa responder a três perguntas básicas:

1- Para realizar as ações, estou contando com a infra-estrutura necessária?

Algumas vezes, os motivos que inviabilizam ou dificultam a realização de uma determinada atividade estão relacionados com a falta de equipamentos necessários, de espaço físico ou de disponibilidade por parte dos profissionais de saúde envolvidos. Se, por exemplo, for realizada a exibição periódica de vídeo educativo na unidade, é importante saber se o videocassete tem estado acessível no momento da atividade, se costuma haver alguém que saiba operá-lo, se funciona adequadamente, se sempre há sala disponível para se exibir o filme, se há fitas de vídeo interessantes etc..

2 - Como tem sido a participação dos adolescentes e jovens nas atividades?

A grande participação de adolescentes pode ser um indicador muito importante de que uma determinada atividade está sendo bem-sucedida. Por outro lado, se foi percebido um esvaziamento progressivo, por exemplo, em uma atividade proposta para um grupo de jovens, é preciso se perguntar se, para os participantes, os temas propostos para a discussão eram relevantes. Além disso, é preciso se perguntar se o formato da atividade proposta estava adequado. É muito comum atribuir o não-envolvimento de adolescentes em atividades à falta de motivação. Entretanto, pode ser útil se perguntar o quanto esse não-envolvimento fornece subsídios para se refletir sobre as atividades que estão sendo propostas.

3 - As ações desenvolvidas respondem às demandas levantadas no trabalho de diagnóstico?

As demandas identificadas no trabalho de diagnóstico precisam ser constantemente retomadas no momento de avaliar as ações desenvolvidas, para que possamos saber se está sendo construída uma resposta adequada.

Para respondermos às três perguntas elencadas anteriormente, podemos recorrer a três estratégias diferentes.

1. Acompanhar alguns dados gerais sobre os atendimentos de adoles-

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 124

centes e jovens na unidade de saúde.

- O número de adolescentes matriculados na unidade aumentou desde que as atividades começaram a ser desenvolvidas?
- E o número de adolescentes que fizeram teste anti-HIV?
- E teste de gravidez?
- Em relação ao número de preservativos distribuídos para adolescentes e jovens, houve aumento?
- E o número de consultas ginecológicas?
- E outros procedimentos de rotina tais como atividades em grupo, vacinação, consultas médicas, de enfermagem e odontológicas?

É importante ressaltar que os números não dizem nada por si mesmos e que devemos ser cuidadosos na escolha dos indicadores que utilizaremos para a avaliação. É necessário que a equipe de saúde os interprete cuidadosamente. Por exemplo, a diminuição do número de adolescentes que fazem o teste de gravidez pode significar que elas estão tendo dificuldade de ter acesso a esse procedimento. Por outro lado, pode indicar que os adolescentes estão utilizando métodos contraceptivos de maneira mais consistente.

2. Fazer algum tipo de registro das atividades desenvolvidas.

Depois de cada uma das atividades, é importante fazer um registro mínimo do que foi realizado. Alguns aspectos que podem ser registrados:

- Comentários e dificuldades relacionados à infra-estrutura para a realização da atividade.
- Profissionais envolvidos
- Número de participantes.
- Duração.
- Comentários gerais sobre a atividade.

3. Estabelecer espaço de discussões coletivas e periódicas sobre as ações desenvolvidas.

Os números, registros e impressões não fornecem subsídios, por si só, para que as ações possam ser avaliadas. A avaliação só acontece efetivamente quando o grupo responsável por desenvolver as ações se reúne e, de posse de dados, registros e impressões, discute o papel exercido pelos profissionais, revê estratégias, altera certos procedimentos, mantém outros e, sobretudo, toma as decisões coletivamente. A avaliação torna-se ainda mais legiti-

Livro Brochuras Final.qxd 11/13/2007 2:48 PM Page 125

ma e precisa quando conta com a participação de representantes dos próprios adolescentes e jovens.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J. R. O Jovem Que Buscamos e o Encontro Que Queremos Ser: A Vulnerabilidade Como Eixo de Avaliação de Ações Preventivas do Abuso de Drogas, DST e AIDS Entre Crianças e Adolescentes. Série Idéias, n. 29, ps. 15-23. São Paulo: FDE, 1996. Disponível em: http://www.crmariocovas.sp.gov.br. Acessado em 13/05/2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fique Sabendo: Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica. s/d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids. 2005

PROGRAMA ESTADUAL DE DST/AIDS. Boletim Epidemiológico CRT DST/aids: Raça/cor e mortalidade. Ano XXII - n° 1, outubro de 2003.