

© 1996. Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

Tiragem: 7.000 exemplares.

Elaboração: Unidade de Promoção à Saúde e Assistência
PROGRAMA NACIONAL DE DOENÇAS
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/AIDS
Ministério da Saúde

Edição e Distribuição: Centro de Documentação Informação e Comunicação - CDIC
PROGRAMA NACIONAL DE DOENÇAS
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS / AIDS - PN DST/AIDS
Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios - Bloco G
Brasília - DF BRASIL
CEP: 70058-900

Publicação financiada com recursos dos Projetos 3559 BR e BRA92/001

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Manual do Multiplicador - Prevenção às DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

68 p.

1. DST/AIDS 2. Multiplicador 3. Manual

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
Capítulo I - PREVENÇÃO: AGENTES DE INTERVENÇÃO E REDE DE APOIO	7
1. O Multiplicador e o Monitor	9
O Multiplicador	9
Quem é?	9
O que se espera do multiplicador?	10
Quais as características do multiplicador?.....	10
Quais as funções do multiplicador?	10
O Monitor	11
Quem é?	11
Quais as características do monitor?.....	11
Quais as funções do Monitor?.....	11
2. A Instituição: Papel e Responsabilidades	14
Apoio Logístico	14
Apoio Técnico	14
Apoio Jurídico.....	14
Apoio Político	14
Capítulo II - DST, HIV, DROGAS E ACONSELHAMENTO	15
1. Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST	17
Conceitos Gerais	17
Manifestações Clínicas	18
A Cadeia de Transmissão	18
2. Infecção pelo HIV e a AIDS	21
AIDS - Entendendo a Sigla	21
A Ação do HIV	21
Como se Transmite o HIV	22
O HIV Não se Transmite Através de	22
Quais São os Sinais da Doença	22
O Teste Anti-HIV	23
Resultados de Teste Anti-HIV	23
Tratamento e Vacina	24
3. Aspectos Relevantes na Questão das Drogas.....	24
Conceito	24
Os Fatores de Risco para Uso ou Abuso de Drogas	25
Dependência	25
Dependência Física	25
Dependência Psíquica	26
Escalada	26
Tolerância	26
Tipos de Usuários de Drogas	26
Drogas e Seus Efeitos	27
As Drogas mais Usadas no Brasil	27
As Drogas Depressoras	28
As Drogas Estimulantes	28
As Drogas Alucinógenas	28

Uso de Drogas e AIDS.....	29
Redução de Danos.....	29
4. Aconselhamento.....	30
Capítulo III - REDUZINDO RISCOS.....	33
1. Sexo seguro.....	35
Uso de Preservativos.....	35
Práticas Sexuais Sem Penetração	36
2. Biossegurança - Precauções Universais.....	36
Limpeza e Desinfecção.....	36
Esterilização.....	39
Esterilização pelo Calor Seco.....	39
Esterilização Pelo Calor Úmido.....	39
Normas Universais de Biossegurança	39
Relativas a Pacientes.....	40
Relativas a Profissionais de Saúde e Familiares/Amigos que Cuidam de Pacientes com AIDS.....	40
Relativas a Equipamento e Local.....	41
3. Redução de Danos Pelo Consumo de Drogas.....	43
Princípios e Principais Pontos da Estratégia da Redução de Danos.....	44
Organização dos Serviços.....	45
Características do Serviço.....	45
Conclusão.....	47
Capítulo IV - SUGESTÕES DE TÉCNICAS DE DINÂMICA DE GRUPO APLICÁVEIS PELO MULTIPLICADOR.....	49
1. Metodologia Participativa - Princípios Aplicáveis na Instrução.....	51
2. Algumas Técnicas de Dinâmica de Grupo.....	52
Tempestade de Idéias.....	52
Dramatização.....	53
Debate.....	54
Discussão em Pequenos Grupos.....	55
Estudo de Caso.....	56
Painel.....	56
Sucata	57
Capítulo V - DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DO MULTIPLICADOR.....	59
1. Recrutamento.....	61
2. Seleção.....	61
3. Treinamento.....	62
4. Supervisão e Abastecimento.....	63
5. Avaliação.....	64
6. Relato.....	65
Leituras Recomendadas.....	67

A prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e da infecção pelo HIV exige diferentes formas e níveis de atuação. Dentre elas destaca-se a educação através dos pares, como a mais bem sucedida e documentada, quando se deseja diminuir o risco de infecção entre indivíduos e/ou grupos cujo comportamento os tornam mais vulneráveis às DST e ao HIV. Membros do próprio grupo, informando e discutindo com seus pares, aliam credibilidade e facilidade de comunicação, tornando concreta a adoção de práticas seguras, o que se evidencia na diminuição de novas contaminações naquele grupo.

O PN-DST/AIDS vem incentivando este tipo de ação através de duas formas:

- a) da capacitação de multiplicadores para a formação de monitores para atuarem junto a seus pares;
- b) do financiamento de projetos comunitários, especialmente de Organizações não Governamentais (ONGs), que adotam essa estratégia de prevenção.

Baseado nessa experiência e compreendendo que a sociedade brasileira já acumula experiência suficiente para que o processo seja enormemente ampliado, o PN-DST/AIDS passa a implementar essa estratégia também através da disponibilização de material instrucional para a formação de agentes para atuarem diretamente com grupos de maior risco.

Neste contexto está sendo publicado este **Manual do Multiplicador - Prevenção às DST e AIDS**.

Para sua elaboração considerou-se a necessidade do domínio de um conhecimento básico pelo multiplicador, independente das características do seu público alvo. Neste manual, o treinando encontrará o conteúdo sem o qual será impossível iniciar suas atividades como multiplicador. Naturalmente não se esgota neste momento, pelo contrário, deve ser complementado por leitura adicional, discussão com outros segmentos, num processo de aprofundamento e atualização constantes. Estas ações são particularmente importantes quando se trata da infecção pelo HIV, cujo conhecimento está se construindo dia a dia. Assim são abordados aspectos da ação do multiplicador e monitor, da importância do vínculo e comprometimentos institucionais, noções básicas de DST e AIDS, técnicas que facilitam o desenvolvimento de metodologia participativa, e é acrescentado também conteúdo básico sobre drogas, indispensável quando a epidemia de AIDS se torna absolutamente inseparável desta questão. Os multiplicadores devem ser também instrumentalizados nesse sentido. Simultaneamente a esta publicação o PN DST/AIDS está disponibilizando também um conjunto de manuais complementares, que auxiliarão o treinando a desenvolver suas habilidades como multiplicador e formador de monitores de forma já dirigida à população-alvo a que se destina sua ação. Os seguintes grupos serão contemplados neste momento: usuários de drogas, profissionais do sexo, homossexuais masculinos, garimpeiros, presidiários e adolescentes. Desta forma estarão atendidas as especificações de cada um desses grupos de pessoas.

Lair Guerra de Macedo Rodrigues
Coordenadora-Geral do Programa Nacional de DST/AIDS

Capítulo I

Prevenção: Agentes de Intervenção e Rede de Apoio

PREVENÇÃO: AGENTES DE INTERVENÇÃO e responsabilidades de seus agentes devem estar claros. Fruto de uma estratégia política e operacional, o trabalho continua se contar com uma base de apoio na instituição à qual os agentes pertencem. Neste sentido, os objetivos deste capítulo são:

- ♦ discutir as funções, características e responsabilidades dos agentes de intervenção no desenvolvimento do trabalho;
- ♦ apontar os papéis e responsabilidades da instituição/organização no desenvolvimento dos trabalhos de prevenção da transmissão das DST, em particular o HIV.

1. O Multiplicador e o Monitor

O Multiplicador

Quem é?

O multiplicador para a atuação na prevenção de DST, AIDS e do abuso de drogas é, por definição, um profissional de saúde, educação ou outra área que cataliza ações de formação de monitores para o desenvolvimento de atividades de prevenção em suas áreas de atuação. Mais do que um agente promotor de saúde é, na verdade, um agente social de mudanças.

Esta função social deriva especialmente da natureza de suas atribuições, das características da clientela e dos tipos de problemas a serem abordados.

Ele está implicado em ações de cunho social muito mais abrangentes do que o campo específico da prevenção. Na verdade, através de sua tarefa específica está promovendo ou contribuindo com a mobilização mais ampla da sociedade na reflexão e na busca de soluções para questões inerentes a sua estrutura social e política. Ao mesmo tempo, com seu trabalho, está beneficiando diretamente parcelas consideráveis de cidadãos brasileiros, vítimas de processos de exclusão e pelos quais até há algum tempo, pouco se fazia na área profissional e tampouco a nível político.

Como a problemática das drogas, das DST e da AIDS está presente em todas as camadas sociais, o multiplicador transforma-se no elo entre os diferentes segmentos da comunidade. É, pois, muito importante que você, que está se transformando num multiplicador, visualize e compreenda a natureza social de sua função, a complexidade de sua posição e a abrangência de suas ações. Por outro lado, você sentir-se-á enriquecido com esta experiência, não só pelas oportunidades profissionais, mas também pelas vivências pessoais que ela lhe proporcionará.

O que se espera do multiplicador?

Espera-se que, estando instrumentalizado através de treinamentos, cursos, leituras e supervisões, inclua em suas ações rotineiras uma abordagem mais qualificada das diferentes clientelas; por conseguinte, que existam projetos cada vez mais específicos, dirigidos aos diferentes públicos-alvo. Espera-se também

que acrescente às atividades que vem desenvolvendo, uma maior sensibilização, capacitação, compromisso e também tranquilidade, com relação às questões das DST, AIDS e drogas.

Quais as características do multiplicador?

O multiplicador exerce um papel central neste processo de difusão de formas e métodos de prevenção às DST, à AIDS e às drogas. Por isso é importante que sejam apontadas algumas características pessoais/profissionais que garantam, tanto quanto possível, o desenvolvimento das atividades planejadas. Nos quadros 1 e 2 você encontra a descrição de algumas habilidades e características que devem ser levadas em conta para auxiliar nos processos de recrutamento e seleção de pessoas envolvidas.

Para tanto, e de acordo com o grau de importância que é dado à característica e/ou habilidade, elas são agrupadas em necessárias e desejáveis. Não se preocupe se você, como treinando, não se identificar totalmente com as habilidades e características listadas no quadro. Lembre-se, este é um roteiro teórico que serve para chamar a atenção da complexidade do trabalho e de uma certa preparação que deve ter o multiplicador para exercê-lo.

Quais as funções do multiplicador?

Sua função primordial como multiplicador está ligada, principalmente, à intermediação entre a organização que o apóia e a facilitação da execução da atividade dos monitores com os quais você trabalha. Para desempenhar sua função, deverá empreender ações como as descritas abaixo:

Recrutamento: Interessar e angariar pessoas para desenvolver o trabalho junto a determinada população, através de divulgação adequada de suas atividades e da discussão de sua importância.

Seleção: Escolher, dentre as pessoas recrutadas, aquelas mais adequadas para o desenvolvimento do trabalho.

Treinamento: Conduzir experiências de aprendizagem que possibilitem a capacitação de pessoas para o desenvolvimento do trabalho

Supervisão: Acompanhar o desenvolvimento do trabalho, apoiando as pessoas que o executam, através da identificação e aporte de recursos para a melhoria das condições de sua continuidade.

Abastecimento: Suprir de insumos materiais necessários à efetiva execução do trabalho.

Avaliação: Procurar e aplicar indicadores de ação que possibilitem ajustar as propostas do trabalho e valorar o grau de alcance de seus objetivos.

Relato: Descrever as condições em que se desenvolve um trabalho, seu manejo, comentários e sugestões.

No capítulo 5 estaremos discutindo como essas funções se desenvolvem.

O Monitor

Quem é?

O monitor é o agente de intervenção preventiva junto às populações específicas e, em geral, é proveniente delas. É importante lembrar que, em determinadas situações ou lugares específicos, o termo monitor já contém uma acepção própria e distinta, como por exemplo em alguns presídios, onde seus guardas são também conhecidos por monitores. Nesses casos, há necessidade de encontrar uma designação mais apropriada a essa categoria.

Quais as características do Monitor?

O monitor deve ser selecionado, preferencialmente, entre os integrantes das populações com as quais se planeja trabalhar porque já conhece suas características, seus estilos de vida, etc. Embora ser da população-alvo seja desejável, há situações em que a ação do monitor fica prejudicada quando este é proveniente de seu próprio meio. Por exemplo, em presídios. Tanto quanto para o multiplicador, é importante que algumas habilidades e características estejam presentes na figura do monitor. Estas características são ideais e tem o sentido de orientá-lo no recrutamento/seleção de seus monitores. Você vai encontrá-las nos quadros 1 e 2.

Quais as funções do Monitor?

O monitores são os responsáveis pela terminalidade da ação em seu grupo de origem. São os representantes dos profissionais do sexo, de internos em prisões, de homossexuais, de usuários de drogas endovenosas dentre outros e assim como você, multiplicador, tem também tarefas determinadas a cumprir. As ações do monitor se dividem em duas categorias:

a) Ações relacionadas com a intermediação entre o multiplicador e seus pares. Como exemplos podemos citar as seguintes:

- ♦ Mapeamento dos recursos disponíveis, isto é, identificação dos tipos de recursos, formais ou informais, com os quais o trabalho poderá contar. Ex.: lideranças, organizações locais que apoiem as ações, espaços para o desenvolvimento dos trabalhos, etc. Da mesma forma, é importante mapear os fatores que possam vir a dificultar o andamento dos trabalhos.
- ♦ Observação e identificação das modificações que ocorrem no ambiente de atuação, estando ou não relacionadas às atividades desenvolvidas. Ex.: aumento de preservativos demandados, maior solicitação do monitor, etc.
- ♦ Elaboração de relatórios, preenchimento de questionários, fichas de observação, ou outros documentos, de forma a fornecer subsídios para avaliação e continuação de seu próprio trabalho.

b) Ações relacionadas com sua atividade-fim, junto a seus pares, como:

- ♦ Equacionamento de problemas surgidos no desenvolvimento do trabalho, como uma questão relacionada à polícia.
- ♦ Distribuição de material educativo e/ou de prevenção aos seus clientes, no local da ação.
- ♦ Esclarecimento sobre o conteúdo do material informativo e

sobre a utilização do material preventivo sempre que necessário.

- ♦ Coordenação das atividades entre seus pares.
- ♦ Encaminhamento de integrantes da população-alvo aos serviços com a saúde em geral, às DST, AIDS, drogas ou de natureza social e jurídica.

QUADRO 1- Habilidades e características do multiplicador e do monitor para o desenvolvimento do trabalho

DESEJÁVEIS

Multiplicador Monitor	Ter experiência com trabalho comunitário	- ter trabalhado em atividades de desenvolvimento de comunidade.
Multiplicador Monitor	Ter atitude positiva de vida	- ter uma relação otimista com relação à vida, ter bom humor.
Multiplicador	Ter experiência docente	- ter desenvolvido atividades como dar aulas, cursos, treinamentos ou outras experiências de instrução.
Multiplicador	Ser bom relator e saber registrar	- ter habilidades de descrever uma situação ocorrida e desenvolver, sob a forma de relatório, as principais observações com as recomendações pertinentes, como subsídios à tomada de decisões e para a avaliação.
Monitor	Pertencer a comunidade	- ser preferencialmente da comunidade-alvo; pertencer ao mesmo grupo a ser trabalhado ou ter uma forte e reconhecida inserção nele.
Multiplicador Monitor	Ter identificação com a causa	- estar motivado pelo trabalho e ter consciência de seu papel político transformador.
Multiplicador Monitor	Transmitir confiança e segurança	- ser uma referência no desenvolvimento do trabalho a partir de suas posturas éticas, de seu conhecimento e articulação no trabalho.

QUADRO 2 - Habilidades e características do multiplicador e do monitor para o desenvolvimento do trabalho

NECESSÁRIAS		
Multiplicador	Ser institucionalizado	- estar vinculado a uma organização, governamental ou não, responsável pelo projeto no qual o multiplicador está/estará inserido
Multiplicador Monitor	Ser aceito	- contar com a simpatia e aceitação da população-alvo e da instituição
Multiplicador Monitor	Ser solidário	- ser compreensivo para com as situações que lhe são confiadas ou percebidas e encaminhá-las o mais eficazmente possível dentro de seus recursos
Multiplicador	Ser ético	- lidar com as questões do outro de maneira discreta, confidencial e solidária
Multiplicador Monitor	Ser capaz de reconhecer os próprios preconceitos	- saber identificar em si mesmo valores que coincidam ou não com os dos interlocutores
Multiplicador Monitor	Ser isento	- não emitir juízos de valor que possam criar resistências ao desenvolvimento do trabalho
Multiplicador Monitor	Ser observador	- estar atento ao ambiente onde ocorre a ação, suas mudanças e aos fatores que contribuíram para isso. Atentar para a transformação do comportamento da população-alvo.
Multiplicador Monitor	Ter habilidade no trato pessoal	- ser capaz de estabelecer vínculos, respeitar os valores dos interlocutores e administrar conflitos
Multiplicador Monitor	Ter compromisso com o trabalho	- ter responsabilidades com os compromissos assumidos e com seus desdobramentos frente à instituição e à população-alvo
Multiplicador Monitor	Ter disponibilidade/disposição para o trabalho	- cumprir os horários acordados e ter disposição afetivo-emocional para a execução do trabalho
Multiplicador Monitor	Ser prudente	- evitar riscos que podem comprometer a si mesmo, à clientela e ao trabalho como um todo
Multiplicador Monitor	Saber Ouvir	- permitir que o outro se expresse, estando atento aos sentimentos e às confidências. Saber usar perguntas e o silêncio nos momentos adequados
Multiplicador	Saber manejar o grupo	- reconhecer as diferenças individuais das pessoas na condução do trabalho e, quando houver conflitos, administrá-los com objetividade, segurança e imparcialidade
Multiplicador	Considerar a cultura do grupo	- ser capaz de reconhecer hábitos e costumes da população-alvo, bem como seus conflitos e contradições. Identificar e respeitar os valores

2. A Instituição: Papel e Responsabilidades

O trabalho do multiplicador em um projeto de intervenção deve ser considerado como parte dos esforços e da decisão política de uma organização que definiu esta estratégia para o controle da disseminação do HIV e de outros agentes causadores de DST. Esta estratégia só terá sucesso se a ação do multiplicador for apoiada pela própria instituição, que deverá prover:

Apoio Logístico

Fornecimento de insumos materiais básicos, de acordo com a natureza da ação. Esses insumos podem ser, por exemplo, manuais de orientação, cartazes, folders, quadros para escrita, reprografia, preservativos, camisetas ou cartões de identificação.

Para o planejamento, supervisão e elaboração de relatórios são necessários alguns recursos de secretaria, incluindo uma secretária, linhas de telefone e facsímile, um computador, mesas, sala para reuniões, arquivos, prateleiras e outros.

Podem ser necessários também, um veículo, vales-transporte e de alimentação e outros tipos de ajuda de custo ou de incentivo, inclusive, os direcionados à carreira profissional.

Apoio Técnico

São necessárias supervisões técnicas multidisciplinares de profissionais, em caráter permanente. Em situações de emergência, deverá haver retaguarda, através de pessoas especializadas e que possam ser acionadas com agilidade. Este apoio técnico poderá ser assegurado com a colaboração oficial de quadros profissionais de outras instituições.

É importante considerar a possibilidade de criação de estímulos aos profissionais envolvidos no projeto, tais como a participação em cursos, seminários e outros encontros, nos quais haja a discussão de temas relativos ao objeto do trabalho.

Apoio Jurídico

O multiplicador deverá contar com o suporte de um advogado de referência, a quem ele poderá se referir em situações-limite.

Em muitas ocasiões há necessidade de um amparo institucional, ágil, e que possibilite um respaldo de segurança em questões relativas à polícia, a complicações de ordem legal e a outras situações advindas do trato com a população-alvo.

Apoio Político

Esta estratégia só terá sucesso se estiver discutida e amplamente apoiada em uma equipe técnica e nas chefias a quem ela se refere. Para tanto, estarão implícitos acordos, respaldos e suportes pontuais e permanentes.

É importante que estes acordos estejam claramente definidos e também explicitados antes que o trabalho vá a campo. Desta forma, procura-se garantir a estabilidade política do trabalho e a quem o está executando.

Capítulo II :

DST, HIV, Drogas e Aconselhamento

DST, HIV, DROGAS E ACONSELHAMENTO

Programas de prevenção de DST/HIV exigem, dos multiplicadores, conhecimento adequado e suficiente para manejar os diferentes aspectos envolvidos com essas infecções. Nesse sentido, o objetivo deste capítulo é que, ao seu final, o multiplicador seja capaz de:

- ♦ apontar os mecanismos de transmissão e prevenção das DST e do HIV;
- ♦ descrever as manifestações clínicas da infecção pelo HIV e por outros agentes de DST;
- ♦ compreender e descrever os aspectos relevantes do uso de drogas para a prevenção das DST/HIV;
- ♦ definir aconselhamento e discutir os aspectos fundamentais para sua prática.

1. Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST

Conceitos Gerais

A expressão “Doenças Sexualmente Transmissíveis” ou DST é usada para denominar todas as infecções transmitidas através de contato sexual, durante relação oral, vaginal ou anal sem proteção. Algumas também o são da mãe para o filho, antes ou durante o parto, e por transfusões de sangue contaminado.

A maioria das DST afeta o aparelho genital masculino e feminino, sendo por isto também chamadas de “infecções do aparelho genital”. As infecções do aparelho reprodutor feminino incluem as sexualmente transmissíveis e as devidas, por exemplo, ao aborto ou ao parto feito sem condições de assepsia.

Algumas DST, como a sífilis, a hepatite B e a infecção pelo HIV, podem afetar outras partes do corpo humano, como os olhos, a boca, o sistema nervoso, o reto ou aparelho urinário.

Pelo menos 20 agentes infecciosos podem ser causadores de DST. Alguns são vírus, como no caso da AIDS e do Herpes e não podem ser eliminados com medicamentos. Mas as DST mais comuns e mais conhecidas, como sífilis, gonorréia, cancro mole, infecções por clamídia e uretrites não gonocócicas são causadas por bactérias e podem ser completamente curadas.

O impacto da AIDS está enfatizando a necessidade de prevenir e tratar outras infecções que, como o HIV, são transmitidas durante a relação sexual sem proteção. Isto porque a presença de uma DST aumenta o risco de infecção ou de transmissão do HIV quando um dos parceiros está contaminado.

A Organização Mundial de Saúde estima que, anualmente, no mínimo uma em cada dez pessoas sexualmente ativas adquire uma DST. As DST têm impacto muito grande sobre a saúde da população, especialmente entre as mulheres e os bebês recém-nascidos. Nos países em desenvolvimento as pessoas em geral têm dificuldade em buscar tratamento. A situação é mais séria nas áreas urbanas, onde até um terço daquelas entre 13 e 35 anos podem apresentar uma DST a

qualquer momento. É comum os serviços de saúde não existirem no local, serem de difícil acesso, ou apresentarem atendimento inadequado.

A seguir vamos considerar cada uma das DST mais freqüentes. Porém é importante você lembrar que o monitor não precisa ter um grau de conhecimento sobre as DST como o médico, principalmente porque não lhe cabe tratar ou curar as pessoas abordadas. O papel do monitor deverá ser o de criar espaço; ser acessível para conversar a respeito; reconhecer os sintomas descritos pela pessoa, para saber se podem ser ou não de uma DST; orientá-la a procurar um serviço médico, indicando o local onde se faz atendimento; ser compreensivo e ter sempre em mente a complexidade das situações e emoções vivenciadas por uma pessoa com DST.

Manifestações Clínicas

As Doenças Sexualmente Transmissíveis podem ser divididas, de acordo com a forma de se manifestarem, em quatro categorias principais, listadas abaixo e detalhadas nos quadros a seguir:

- ♦ Doenças que causam úlceras genitais: sífilis, cancro-mole, linfogranuloma venéreo e herpes genital.
- ♦ Doenças que provocam corrimento vaginal: candidíase vaginal, tricomoníase, vaginose bacteriana e cervicite gonocócica e não gonocócica.
- ♦ Doenças que provocam corrimento uretral: uretrites gonocócica e não gonocócica.
- ♦ Doença que provoca verrugas genitais e/ou anais: codiloma acuminado.

A Cadeia de Transmissão

Tão importante quanto conhecer as DST para o encaminhamento correto das pessoas acometidas é o multiplicador compreender e repassar ao monitor como a ação educativa pode contribuir para a interrupção da cadeia de transmissão.

Exemplo 1: um dos fatores que mantém a cadeia de transmissão é o período que uma pessoa se mantém infectada. Quanto maior e sem tratamento, maior é a chance de transmitir para um parceiro/a sexual. No entanto, se esta pessoa for bem informada e motivada para cuidar de sua própria saúde, ela procurará o posto de saúde para o diagnóstico e tratamento correto da DST que ela apresenta. Prover a informação e motivar para a manutenção de saúde é tarefa do monitor.

Exemplo 2: quanto maior o número de parceiros sexuais que uma pessoa tem e não se protege, maior é o risco dela transmitir ou adquirir uma DST. Assim, mais uma vez o monitor pode auxiliá-la a evitar as DST através da motivação para o uso de preservativos, quando não há possibilidade de parceria única e mutuamente exclusiva.

QUADRO 1 - Doenças que provocam úlceras genitais

DOENÇAS	MANIFESTAÇÕES	ALERTA
Sífilis	Ferida indolor nos órgãos genitais 2 a 3 semanas após a relação sexual (vaginal, anal, oral). Gânglios (ínguas) na virilha. Manchas em várias partes do corpo. Manifestações neurológicas e/ou cardíacas, tardiamente.	- A lesão inicial pode desaparecer sem tratamento. - Mulheres grávidas com sífilis passam a doença para os filhos.
Cancro Mole	Feridas pequenas e dolorosas 2 a 5 dias após relação sexual. Gânglios na virilha que podem se tornar purulentos.	- Na mulher frequentemente as lesões se localizam no colo do útero, sendo indolores e não perceptíveis para ela.
Linfogranuloma Venéreo ou Genital	Feridas pequenas nos órgãos genitais, que podem estar ausentes. Gânglios na virilha, 7 a 30 dias após o contágio. 2 a 3 semanas após, os gânglios se rompem com eliminação de pus. Gânglios em torno do reto podem ser atingidos. Febre e dor muscular.	- Quando não tratada, pode haver estreitamento do reto.
Herpes Genital	Pequenas bolhas nos órgãos genitais com ardor e prurido.	- Desaparecem sem tratamento após 7 a 10 dias. Reaparecem em situação de stress/ - Transmissão apenas durante o período de manifestações.

Atenção: As DST que provocam úlceras ou lesões aumentam em até 18% a possibilidade de contrair o HIV durante o sexo sem preservativos. Lesões são uma porta de entrada para o vírus.

QUADRO 2 - Doença que causa verruga

DOENÇA	MANIFESTAÇÕES	ALERTA
Condiloma Acuminado (verrugas genitais)	Verrugas nos órgãos genitais e/ou no ânus. 2 semanas a 8 meses após o contágio.	Tratamento precoce é fácil e eficaz. Sem tratamento, aumento de tamanho até necessitar de cirurgia para erradicar a lesão.

QUADRO 3 - Doenças que provocam corrimento vaginal

DOENÇA	MANIFESTAÇÕES	ALERTA
Candidíase Vaginal	Corrimento vaginal esbranquiçado (“nata de leite”) Prurido na região genital Ardor ao urinar	- Pode acentuar-se na gravidez, diabetes e na vigência do uso, indiscriminado de antibióticos.
Tricomoniase	Corrimento bolhoso, abundante, amarelo ou amarelo-esverdeado, mal cheiroso Prurido e/ou irritação da vulva. Ardência e/ou dor ao urinar Aumento da frequência da micção	
Vaginose Bacteriana	Corrimento cremoso, homogêneo, acinzentado. Odor fétido Ardor durante a relação sexual.	- Sintomas pioram após relação sexual e na menstruação.
Cervicite Gonocócica e Não Gonocócica:	Inflamação e infecção do colo do útero. Corrimento amarelado ou esbranquiçado Urgência urinária, com dor (às vezes)	- 50-80% das mulheres infectadas não apresentam sintomas significativos.

QUADRO 4 - Doenças que provocam corrimento uretral

DOENÇA	MANIFESTAÇÕES	ALERTA
Uretrite Gonocócica (Gonorréia)	A mais freqüente das DST. Maior incidência - 15 a 30 anos. 2-10 dias após a relação sexual, ardência e dificuldade para urinar. Corrimento amarelado ou esverdeado, ou com sangue, ou francamente purulento. Mais abundante pela manhã.	- Não tratamento - esterilidade, manifestações neurológicas (meningite), infecções nos ossos e coração.
Uretrite Não Gonocócica	8 a 10 dias após relacionamento sexual. Corrimento discreto ou abundante, às vezes semelhante à gonorréia. Leve ardência ao urinar.	- Apenas o médico pode estabelecer a diferença entre as duas uretrites. O tratamento é diferenciado.

2. Infecção pelo HIV e a AIDS

AIDS - entendendo a sigla

A sigla AIDS, de origem inglesa, significa:

Adquirida - não é hereditária; pega-se ao entrar em contato com o vírus.

Imuno - refere-se a Sistema Imunológico, defesa do organismo, proteger.

Deficiência - não funciona de acordo, fraco, sem forças.

Síndrome - conjunto de sinais e sintomas que identificam a doença.

No Brasil utilizamos a forma AIDS, mas no países de língua latina a forma SIDA é a habitual.

AIDS/SIDA - É o resultado do processo de destruição das células através das quais nosso organismo se defende das infecções e outras doenças. Esta destruição é causada pela ação do vírus denominado HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana.

A AIDS é considerada uma doença crônica, especialmente pelos avanços terapêuticos e pela experiência adquirida ao longo dos anos no manejo das intercorrências clínicas e dos pacientes, o que confere a eles uma sobrevida cada vez maior e de melhor qualidade.

A ação do HIV

Os glóbulos brancos têm a função, entre outras, de defender nosso organismo contra infecções. Dentre eles, os linfócitos CD4 são responsáveis pela regulação e manutenção da capacidade imunológica do organismo humano.

Por razões desconhecidas possuem, em sua superfície, receptores através dos quais o HIV se fixa e penetra na célula. Uma vez internalizado, o vírus atinge seu núcleo onde se reproduz continuamente até a destruição do linfócito.

Os vírus produzidos buscam novos linfócitos que vão sendo destruídos progressivamente até o comprometimento severo do sistema imunológico.

Como consequência, microrganismos em nosso corpo, normalmente sob controle do sistema em perfeito funcionamento, aproveitam-se desse estado de deficiência e se manifestam, aparecendo então as “doenças oportunistas”, como tuberculose, herpes, monilíase oral, tumores, caracterizando-se a AIDS doença.

A presença do HIV no organismo humano pode passar despercebida por muitos anos - há registro de casos em que se passaram 15 anos até o aparecimento das infecções oportunistas. Este período de tempo, denominado período de incubação, pode ser abreviado por vários fatores, permitindo que a doença se desenvolva mais precocemente. São eles:

- ♦ aumento da carga viral, pela reexposição ao HIV através de práticas sexuais sem uso de preservativos e do compartilhamento de seringas contaminadas no uso de drogas injetáveis;
- ♦ tipo de vírus infectante;
- ♦ doenças sexualmente transmissíveis prévias;
- ♦ precária qualidade de vida.

Como se transmite o HIV

O HIV já foi isolado no sangue, sêmem, secreções vaginais, lágrima, leite materno, liquor, líquido amniótico e urina. Porém as evidências epidemiológicas mundiais indicam que somente através de sangue, secreção vaginal, esperma e leite materno o HIV pode ser transmitido de uma pessoa a outra.

Assim, a transmissão do vírus da AIDS está associada aos seguintes fatores de risco:

- ♦ variações frequentes de parceiros sexuais que não se protegem;
- ♦ uso de produtos de sangue não controlados;
- ♦ uso de agulhas e seringas não esterilizadas.

Lembretes: nas relações sexuais ocorrem lesões, em geral invisíveis, que facilitam a contaminação pelo HIV; os usuários de drogas endovenosas geralmente usam drogas em grupos, portanto se houver um só contaminado os outros podem se contaminar, se houver compartilhamento de seringas e agulhas.

O HIV não se transmite através de:

- ♦ convívio social com doente de AIDS
- ♦ lágrima, suor, saliva, tosse
- ♦ falar, aperto de mão
- ♦ beijo no rosto
- ♦ doando sangue com material descartável

Quais são os sinais da doença

Para o diagnóstico da AIDS deve-se levar em conta o quadro epidemiológico, o conjunto de sinais e sintomas presentes, a ocorrência de doenças secundárias e as manifestações de imunodeficiência. O quadro apresentado a seguir traduz os estágios clínicos que a infecção pode percorrer até o desenvolvimento da AIDS-doença.

QUADRO 5 - Estadiamento da infecção pelo HIV

GRUPO	CLÍNICA	TESTE ANTI-HIV
I - Infecção aguda	História de exposição a risco, febre alta, aumento dos gânglios, dores musculares e articulares, dor de garganta, aumento do baço e do fígado, vermelhidão no corpo. Este quadro pode durar de 7 a 14 dias e, em geral, aparece em apenas 30% dos casos.	Negativo. Repetir após 3 meses (janela imunológica)
II - Infecção assintomática	Ausência de sinais e sintomas durante período de tempo variável (há relatos de até mais de dez anos)	Positivo
III - Linfadenopatia persistente generalizada	Aumento de algumas cadeias de gânglios por pelo menos 3 meses. É preciso excluir outras doenças e o uso de drogas endovenosas.	Positivo
IV - Doença manifesta - AIDS	A - Febre, diarreia, perda de peso superior a 10%. B - doença neurológica C - Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i> , candidíase esofágica, histoplasmose, criptococose, citomegalovírus, Herpes D - Neoplasias secundárias-Linfomas, sarcoma de Kaposi. E - Pneumonite intersticial crônica e outras doenças não relacionadas acima.	Positivo

O teste anti-HIV

Se uma pessoa suspeita que pode estar contaminada, poderá submeter-se a testes específicos. O teste usado de rotina detecta a presença de anticorpos contra o vírus no sangue. É o teste Elisa. Em muitas situações há necessidade de confirmação do resultado do exame realizado por essa técnica.

Nesse caso pode ser utilizada, por exemplo, a técnica de Western Blot, um dos testes confirmatórios. Quando este exame der resultado positivo, será considerado como definitivo, com possibilidade de erro muitíssimo reduzida.

Resultados do teste anti-HIV:

Positivo: indica a presença de anticorpos contra o vírus, ou seja, a pessoa foi infectada. Este resultado não significa que a pessoa está ou ficará doente de AIDS.

Negativo: significa que no momento do exame não foram detectados anticorpos contra o vírus. Devemos considerar aqui o fenômeno da “janela imunológica”, ou seja, período de tempo que o organismo demora para produzir anticorpos contra o vírus em quantidade suficiente para serem detectados pelo teste. Portanto, quando o resultado for negativo, não podemos afirmar com certeza a ausência da infecção.

Importante: é absolutamente necessário que antes e após a realização do teste o indivíduo passe pelo Aconselhamento (logo adiante neste manual).

Lembrar que:

- ♦ não se pode obrigar ninguém a fazer o teste anti-HIV;
- ♦ é obrigatória a guarda do sigilo do resultado;
- ♦ o parceiro ou parceira deverá tomar conhecimento do resultado pela própria pessoa que realizou o exame.

Tratamento e vacina

Ainda não existem medicamentos capazes de eliminar o HIV do corpo humano. Alguns, utilizados para tratamento do pacientes com AIDS, como o AZT, DDI, DDC, apenas reduzem a velocidade de multiplicação viral, retardando o processo de destruição do sistema imunológico. Tampouco existem medicamentos capazes de reconstruir este sistema quando ele já foi severamente injuriado. Mais recentemente sabe-se que a associação dos medicamentos citados acima traz melhoras significativas ao paciente e aumentam a sobrevida .

No entanto, o diagnóstico precoce e o tratamento correto das infecções e afecções que acometem o paciente já com o diagnóstico de AIDS permite uma sobrevida maior e com melhor qualidade do que há alguns anos.

Além disso, há consenso de que uma vida saudável, com alimentos mais naturais e dieta balanceada, controle do stress, doses elevadas de auto-estima e otimismo tem efeito importante no aumento da resistência imunológica.

Em relação às vacinas, o grande obstáculo à sua obtenção é a grande variação apresentada pelo HIV em seus constituintes. Ainda não se conseguiu isolar um componente que seja comum a todas as variedades já conhecidas e que tenha o poder de levar o corpo humano a produzir substâncias protetoras de caráter universal. Grupos de pesquisa no mundo todo vêm se dedicando a essa busca e já há produtos candidatos a vacina sendo testados em experimentos controlados.

3. Aspectos Relevantes da Questão das Drogas

Conceito

Em todas as sociedades sempre existiram “drogas”. Entendem-se assim **produtos químicos** (“psicotrópicos”ou“psicoativos”), de origem natural ou de laboratório, que produzem efeitos, sentidos como prazerosos, sobre o sistema nervoso central. Estes efeitos resultam em alterações na mente, no corpo e na conduta.

Na verdade, os homens sempre tentaram modificar o humor, as percepções e sensações por meio de substâncias psicoativas, com finalidades religiosas ou culturais, curativas, relaxantes ou simplesmente prazerosas.

Estudos têm demonstrado diferentes motivações para o uso de drogas: alívio da dor, busca de prazer e busca da transcendência são razões encontradas nos diversos grupos sociais ao longo da história.

Antigamente, tais usos fizeram parte de hábitos sociais e ajudaram a integrar as pessoas na comunidade, através de cerimônias, rituais e festividades. Hoje, tais costumes são esvaziados em consequência das grandes mudanças sócio-econômicas. Características da modernidade, como a alta concentração urbana ou o poder dos meios de comunicação, modificaram profundamente as interações sociais. No decorrer desse processo o uso de drogas vem se intensificando.

Produtos antigos ou recentes, legais ou ilegais, conheceram novas formas de fabricação e comercialização, indo ao encontro de novas motivações e novas formas de procura. Hoje, diante da diversidade de produtos, é fundamental o conhecimento do padrão de consumo e efeitos das substâncias psicoativas, já que o uso e abuso de drogas representa uma questão social complexa.

Os fatores de risco para uso ou abuso de drogas

Quanto aos fatores de risco relacionados ao abuso de drogas, eles são maiores para certas pessoas, em função das suas condições de vida.

Assim, são mais inclinadas ao uso as pessoas:

- ♦ sem informações adequadas sobre drogas e seus efeitos;
- ♦ com uma saúde deficiente;
- ♦ insatisfeitas com sua qualidade de vida;
- ♦ com problemas psicológicos que possam torná-las vulneráveis ao abuso de drogas;
- ♦ com fácil acesso a drogas.

Problemas relacionados ao uso de drogas surgem, de fato, de um encontro entre três fatores básicos. Operando **juntos**, eles provocam as rupturas acima mencionadas que podem levar à dependência. São eles:

- ♦ droga, o “**produto**” e seus efeitos;
- ♦ a pessoa, a **personalidade** e seus problemas pessoais;
- ♦ a sociedade, o **contexto sócio-cultural** e **econômico**, suas pressões e contradições.

O consumo de drogas não se deixa dissociar da procura de **prazer**: pode tornar-se problemático precisamente por ser **prazeroso**. Este prazer pode resultar de sensações de bem-estar, ou euforia (“barato”), de força, poder, leveza ou serenidade, ou ainda, da ausência de dor ou de memória.

A procura de bem-estar e prazer é natural, fazendo parte da vida de todos; o problema consiste em querer buscá-los usando drogas.

Dependência

Quando se precisa de tais meios artificiais, significa que há algo errado consigo mesmo ou nas relações com os outros. Recorrer a produtos químicos continuamente apresenta-se então como uma saída possível, como se elas fossem uma “poção mágica” contendo a “solução”. Na falta do produto ao qual a pessoa se acostumou, ela é invadida por sensações ou “sintomas” penosos, indo de nervosismo, inquietação ou ansiedade ao impulso de obtê-lo de novo, a qualquer custo. Este estado chama-se **dependência**. O dependente de drogas deve ser considerado como um doente. Este necessita de ajuda e tratamento para entender as razões de seu abuso e iniciar sua reinserção social. Distingue-se a **dependência física** da dependência **psíquica**.

Dependência física

A **dependência física** ocorre quando o organismo acostuma-se à presença do produto, sendo que a sua falta provoca os sintomas da síndrome de

abstinência (p.ex. delirium tremens, no alcoolismo). Enquadram-se produtos como o álcool, a nicotina, os produtos derivados do ópio.

Dependência psíquica

A **dependência psíquica** instala-se quando a pessoa se acostuma a viver sob os efeitos de um produto psicoativo. Ela é dominada então por um impulso, quase incontrolável, de se administrar a droga com frequência, para não experimentar o mal-estar da falta, conhecido como “fissura”.

Significa, portanto, o apego da pessoa àquele estado de bem-estar.

Diante da complexidade de diferenciar os dois tipos, a OMS recomenda hoje falar apenas **dependência**, caracterizada (ou não) pela síndrome de abstinência .

Escalada

Chama-se **escalada** a passagem de um consumo ocasional a um uso intenso ou contínuo (**escalada quantitativa**), ou ainda a mudança de um uso de produtos “leves” para outros considerados “pesados” (**escalada qualitativa**). É importante assinalar que o produto psicoativo pode criar dependência, em função do modo de usar, do contexto e da personalidade.

Assim, a evolução para a escalada não é nem automática nem irreversível.

Tolerância

Fala-se de **tolerância** quando o organismo reage à presença de uma substância psicoativa através de um processo de adaptação biológica. Ele o incorpora em seu funcionamento de modo a responder cada vez menos ao produto. Logo, para obter os mesmos efeitos, é necessário aumentar a dosagem. Esta elevação, comparável à escalada quantitativa, aumenta os riscos de uma **superdosagem** (“**overdose**”), capaz de provocar morte súbita por parada respiratória ou cardíaca, como no abuso da cocaína, por exemplo.

Tipos de usuários de drogas

É útil distinguir vários tipos de usuários de drogas, segundo critérios científicos, para desfazer o preconceito de que todo usuário seja “viciado” ou “marginal”. Assim, a UNESCO distingue quatro tipos:

experimentador: limita-se a experimentar uma ou várias drogas, em geral por curiosidade, sem dar continuidade ao uso;

usuário ocasional: utiliza uma ou várias substâncias, quando disponível ou em ambiente favorável, sem rupturas nas relações afetivas, sociais ou profissionais;

usuário habitual ou “funcional”: faz uso freqüente, ainda que controlado, mas já se observam sinais de rupturas;

usuário dependente ou “disfuncional” (toxicômano, drogadito, dependente químico): vive pela droga e para a droga, descontroladamente, com rupturas em seus vínculos sociais, podendo haver marginalização e isolamento.

O uso de drogas, portanto, não leva automaticamente a estados de dependência. Passa-se ao **abuso** com a **perda de controle** sobre o uso, em consequência de certas dificuldades ou fatores de risco, que variam de pessoa para pessoa, do contexto social e familiar. A compreensão dessas dificuldades e dos fatores de risco é crucial na ajuda ao dependente de drogas.

Drogas e seus efeitos

Substâncias psicoativas são introduzidas no organismo de várias maneiras.

Podem ser inaladas ou aspiradas, comidas ou bebidas, fumadas, injetadas. Fumar certos produtos, como o crack, ou injetá-los (“pico”) produz efeitos quase imediatos, pois a corrente sanguínea os leva diretamente ao cérebro.

Observam-se **três tipos principais de efeitos**:

O usuário fica mais relaxado e calmo, até sentir-se sonolento ou mole.

Temos aí o efeito **depressor**, pois tais substâncias diminuem, retardam ou reduzem (“deprimem”) o funcionamento mental. Neste estado, a pessoa é chamada sedada, grogue, dopada ou chapada.

O usuário fica alerta, atento, às vezes agitado. Sente-se animado, bem disposto e capaz de quase tudo. Eis o efeito **estimulante**:

- ♦ o produto estimula ou acelera o funcionamento mental. Em tal estado, a pessoa “fica ligada” ou é “ligadão”.

- ♦ O usuário passa a perceber as coisas deformadas, coloridas, bizarras. Pensamentos, percepções e recordações ficam como imagens de sonhos, esquisitos e sem nexos. Eis o efeito **perturbador** no SNC, distorcendo seu funcionamento. Sob tais efeitos, a pessoa está “viajando” ou é “doidão”.

Temos assim três classes distintas de drogas: **depressoras**, **estimulantes** ou **perturbadoras**. Todas elas alteram o funcionamento do sistema nervoso central, retardando, acelerando ou desgovernando. Desta forma, dificultam a coordenação motora, mental e emocional: a pessoa fica “drogada”, “intoxicada” ou “inebriada”, em um grau que depende da substância usada (quantidade e qualidade), da pessoa e do contexto.

Depressoras	Estimuladoras	Perturbadoras
bebidas alcóolicas calmantes, ansiolíticos opióceos (codeína) barbitúricos inalantes (solventes)	anfetaminas cocaína cafeína nicotina anorexígenos	maconha ácido lisérg. (LSD) ayahuasca cogumelo datura

Esta classificação é simples e prática. Algumas das substâncias citadas têm também uma **utilidade medicinal**; porém, havendo abuso (ou uso indevido), podem provocar dependência.

As drogas mais usadas no Brasil

Entre todas as consumidas no país, o **álcool** é a que mais se destaca. Estima-se que o alcoolismo (uso crônico) atinja de 3 a 10% da população, e o uso ocasional, 84%. O abuso de **álcool**, como se sabe, cria graves problemas e sofrimentos, com altíssimo custo social. O uso crônico leva a uma degradação física e moral provocando, na falta do produto, uma síndrome de abstinência violenta. Ele pode levar à morte (por coma alcoólico ou por complicações orgânicas, como a cirrose). Instiga com frequência violência e acidentes, e absenteísmo no trabalho.

As drogas depressoras

Os **tranqüilizantes** (calmantes, ansiolíticos, sedativos) são muito usados no mundo inteiro. A base da substância ativa é o **diazepan** (por isso são chamados de benzodiazepínicos). Quando usados sem justificativa médica, procura-se uma “anestesia das emoções”. O abuso destes medicamentos provoca dependência.

Os **opiáceos** ilegais como **ópio** e **heroína**, objeto do narcotráfico oriundo da Ásia, são pouco presentes no Brasil. A **morfina** é um potente analgésico, mas cria dependência quando usada por períodos prolongados.

O opiáceo mais consumido no Brasil é a **codeína**, presente na forma de xaropes contra a tosse ou de analgésicos. O abuso, além de dependência e síndrome de abstinência, pode provocar parada respiratória. Os inalantes ou solventes representam hoje, na juventude brasileira, a “droga de iniciação” (como antigamente a maconha), em particular o “cheirinho de loló”. Eles têm a fama de produzir efeitos mirabolantes (“barato”), mas podem provocar danos graves. Entre meninos e meninas de rua é bem conhecido o uso de cola de sapateiro e esmalte, funcionando como uma espécie de “tapa-fome”, ajudando-os a agüentar ou esquecer a miséria.

As drogas estimulantes

A **cafeína** é amplamente consumida, sendo que o café representa a bebida nacional por excelência. Dosagens excessivas, no entanto, podem causar danos.

A **nicotina**, aspirada pelo fumo do tabaco, causa inúmeros malefícios cardiovasculares e respiratórios. Seu consumo é hoje cada vez mais questionado, mas continua protegido pelo Estado. A estimativa é que 50% dos homens e 33% das mulheres brasileiras fazem uso de cigarro. Em um cotejo internacional esta proporção deve ser considerada elevada.

A **cocaína** e subprodutos, como o crack, são extraídos da coca, planta nativa dos Andes. Objeto do narcotráfico oriundo dos países andinos, ela é injetada (“pico”), pode transmitir infecções graves, como a hepatite ou o vírus da AIDS. O **crack**, pedras cristalizadas a partir da pasta base de cocaína, é fumado em cachimbos. Seu efeito é devastador, provocando forte decadência física e alta mortalidade.

Embora proibidas, as **anfetaminas** são medicamentos ainda consumidos, em particular para manter a vigília (estudantes, caminhoneiros).

Substâncias anfetamínicas estão contidas nos **moderadores de apetite** (anorexígenos); além de emagrecimento, criam dependência. Todo abuso de substâncias estimulantes pode provocar insônia, nevrosismo, irritabilidade, instabilidade emocional e idéias de perseguição (paranóia), chegando a formações delirantes.

As drogas alucinógenas

Os produtos “psicodélicos” foram popularizados na década de 60, com o movimento *hippie*. As “viagens” que propiciam não são nada inocentes, pois podem provocar seqüelas prolongadas.

O **LSD** é o produto de origem sintética mais conhecido. Pode provocar alucinações e confusão mental de demorada remissão; “viagens ruins” podem levar ao suicídio.

A **maconha** é uma das substâncias mais antigas. Ela favorece a introspecção e o desligamento do mundo. O uso intensivo e prolongado provoca a chamada “síndrome amotivacional”, prejudicando o engajamento ativo.

Outros alucinógenos vegetais, de origem sobretudo indígena, são hoje usados conforme modismos. Um exemplo é a ayahuasca, usada nas seitas Santo Daime e União do Vegetal. Todos eles “fazem viajar”, com riscos imprevisíveis (como acidentes) pois a intensidade de tal viagem, sua duração e a volta ao ponto de partida são muito variáveis.

Encerramos aqui a descrição sumária das drogas mais comuns no Brasil. De posse dessas informações você poderá lidar mais facilmente com os problemas de drogas com os quais se defrontar, seja na sua família, no seu meio social ou seu ambiente de trabalho.

Uso de drogas e AIDS

Nos últimos anos, a infecção pelo HIV cresceu muito entre **usuários de drogas injetáveis (UDI)**. No mundo inteiro, eles representam hoje um grupo significativo com conduta de risco. O grupo dos UDI com certeza não é homogêneo, mas algumas características psicossociais são comuns. Assim, a maioria vive na marginalidade ou clandestinidade, perseguida tanto pela repressão policial quanto pela opinião pública.

O ato de **compartilhar seringas e agulhas** expõe os UDI a elevados riscos de contaminação pelo HIV. Este, no entanto, não circula apenas entre os pares, mas como a maioria é sexualmente ativa, também entre seus **parceiros sexuais**. Esta via é, em parte, responsável pelo grande aumento de AIDS entre mulheres. Outra causa importante é a transmissão heterossexual.

Portanto, não é o “vício” em si, mas as atividades não protegidas dos UDI que causam a disseminação do vírus.

Diante da confluência constatada de drogas e AIDS, a adaptação de novas medidas de prevenção tornou-se urgente. Deve-se insistir na prevenção ao abuso de drogas, mas como danos maiores se espalham rapidamente no bojo do seu uso deve-se também priorizar a adoção de práticas para enfrentar a disseminação do HIV entre os usuários. Países como Inglaterra, Holanda, Áustria e alguns estados dos EUA já adotam práticas de redução de danos.

Redução de Danos

Pesquisas têm demonstrado que mesmo os UDI mais inveterados são capazes, quando abordados em um contexto propício, de adotar medidas preventivas simples. Não com o objetivo imediato de parar de usar drogas, mas de usá-las sem correr o risco de se contaminar e/ou de transmitir o HIV. Da mesma maneira que não se preconiza a abstinência sexual, mas sexo seguro, recomenda-se aqui “**uso limpo**” de drogas, enquanto a dependência impedir de abster-se delas. Esta é a proposta de “redução de danos” ou “redução de riscos” (“harm reduction”), sustentada hoje pela OMS e outros organismos das Nações Unidas. Ela não dispensa o engajamento pela “redução do uso” ou “redução da demanda”, mas, diante da dificuldade para o controle do tráfico de drogas e o alastramento do HIV entre os UDI, e a partir deles para a população em geral, constitui-se em ação concreta para reduzir a transmissão do HIV entre os próprios UDI e seus contatos. A recomendação, portanto, é **tríplice**:

- ♦ não use drogas;
- ♦ se você as usar, não faça uso injetado;
- ♦ se você é dependente de drogas injetáveis, faça uso limpo.

A proposta de redução de danos não legitima o uso e nem sequer o incentiva: corresponde a uma medida emergencial dentro de uma situação de calamidade pública. Experiências internacionais mostram que tais ações, implantadas com lucidez e circunspeção no contexto de toda uma programação preventiva, levam a uma diminuição sensível da infecção pelo HIV entre os UDI e seus parceiros; a mais longo prazo, pelo potencial de conscientização que contém, conduzem a uma redução do consumo e suscitam demandas de tratamento.

Os métodos utilizados para redução de danos são variados e estão descritos no capítulo terceiro deste manual.

4. Aconselhamento

É um processo dinâmico que se desenvolve numa relação de confiança entre duas ou mais pessoas, voltadas para a consideração de algo vital. Nesta relação a ação é definida, o aconselhando precisa falar de suas tensões, pensar com o outro, compartilhar, compreender seus sentimentos de conflito, trilhar um caminho.

No contexto das DST e AIDS, esta relação tem conteúdos específicos e objetivos determinados. Considerando as formas de transmissão do HIV, outras DST e as características da AIDS, ainda encontramos atitudes de estigma e discriminação, incertezas quanto a possibilidade de cura ou de tratamento. A população brasileira ainda “resiste” na adoção de práticas mais seguras para evitar as infecções. “Sou forte e não pego AIDS”, “Não transo com gay”, “Mulher não transmite AIDS”, “Eu confio no meu parceiro(a)”, “Camisinha diminui o prazer”; são algumas das muitas representações sociais existentes entre nós. Por outro lado, existem muitas pessoas vivendo com estresse e conflitos frente à possibilidade de se infectarem. E quanto aos contaminados ou doentes, ainda apresentam muitas dificuldades de conviver satisfatoriamente consigo mesmos, com seus parceiros, com sua família, no seu trabalho ou com seus amigos. Com frequência, sentem-se incapazes de resolver problemas ou tomar decisões oportunas. Esta é a realidade do nosso trabalho.

Portanto, nossa abordagem sempre vai envolver assuntos sensíveis e complexos como: questionamentos sobre a intimidade das pessoas, sua sexualidade, conhecimento e confronto de questões emocionais e culturais, discussão de como manter as relações afetivas, como enfrentar perdas, como manter a motivação para a vida naquelas pessoas que consideram ter boas razões para sentir total ausência de esperança.

A função básica de quem aconselha neste contexto é facilitar a percepção de risco, motivar as pessoas para a adoção de práticas mais seguras e responsáveis de prevenção das infecções. Devemos dirigir as informações pertinentes numa linguagem acessível, identificar as capacidades no outro para encaminhar seus problemas e tomar decisões. Podemos dizer ainda, que as ações de Aconselhamento se diferenciam de uma conversa informal entre amigos ou das campanhas informativas voltadas para a população em geral pois,

a) dirige as informações, orienta e oferece apoio emocional conforme as necessidades específicas apresentadas em cada grupo ou indivíduo;

b) oportuniza o conhecimento de si mesmo, a reflexão e transformações de valores culturais, como superação de preconceitos e resgate da cidadania, contribuindo para a adoção de novas práticas. Por estas razões esta abordagem se torna importante na prevenção das infecções.

Como estamos vendo, não é uma tarefa fácil. Isto não quer dizer que somente especialistas possam desenvolver esta atividade. A arte de aconselhar

pode ser desenvolvida e, considerando os índices elevados de contaminação devemos nos preocupar em preparar um maior número de trabalhadores nesta abordagem. No aconselhamento as necessidades emocionais das pessoas são consideradas com a mesma prioridade que as necessidades médicas, financeiras e legais. Através da expressão das emoções pode-se identificar valores, crenças, concepções, que muitas vezes dificultam as pessoas na promoção da sua saúde. Recomendamos que todos que trabalham na área de prevenção ou de assistência no contexto das DST/AIDS, desenvolvam habilidades para prestar aconselhamento.

Um bom começo é participar dos treinamentos e praticar muito.

A aprendizagem na área de aconselhamento deve necessariamente contemplar conteúdos como:

- ♦ aspectos teóricos de aconselhamento e sua prática: conceito, objetivos, princípios, habilidades;
- ♦ conhecimento básico sobre a infecção pelo HIV, sobre a AIDS e outras DST;
- ♦ aspectos éticos, psicossociais: sexualidade, estigma e discriminação, vida e morte, auto-estima, legislação pertinente. Especificidades culturais de cada grupo a ser trabalhado;
- ♦ avaliação de situações de risco específicas do indivíduo/grupo que devem ser modificadas;
- ♦ avaliação de situações ou argumentações que motivam ou dificultam a adoção de práticas mais seguras;
- ♦ manejo das reações emocionais decorrentes do resultado do teste (positivo ou negativo) e encaminhamento;
- ♦ Conhecimento sobre as especificidades culturais da população a ser trabalhada: concepções, significados dos temas abordados (conceito de risco, de camisinha, saúde x doença).

Para se trabalhar assuntos tão complexos os treinamentos devem prever, além de aulas expositivas, a utilização de técnicas de dinâmica de grupo que favoreçam a mobilização espontânea de conteúdos afetivo-emocionais. É importante que o grupo exponha suas dificuldades, suas concepções e valores. Oficinas de sexualidade e dramatizações são exemplos sempre úteis para se atingir estes objetivos instrucionais. Sempre que possível, incluir na carga horária, uma parte de prática supervisionada, pois esta etapa é fundamental como aproximação sucessiva da realidade que se vai enfrentar.

Observamos ainda, que a aprendizagem e a prática do aconselhamento devem sempre levar em consideração dois aspectos que se complementam:

1) Dificuldades pessoais que possam estar interferindo no desenvolvimento das ações nesta área. Estar atento às próprias emoções, conhecer-se a si mesmo torna-se condição fundamental para caminhar na direção do conhecer e lidar satisfatoriamente com as emoções do outro. É comum neste trabalho surpreendermos-nos com **atitudes preconceituosas** quando lidamos com pessoas que têm estilos de vida diferentes, ou **atitudes de superioridade** “vou transformar aquela realidade”, ou **de revolta** - por exemplo, quando o usuário não tem acesso ao medicamento necessário ou ainda outras **ansiedades** - o que eu digo para alguém, que acredita que vai morrer mesmo, e não há mais nada a fazer? Sabemos que estes sentimentos e atitudes, se não estiverem equilibrados, só servem para dificultar a relação de confiança e nos distanciarmos da real necessidade do outro.

2) Manejo de situações difíceis que irá enfrentar no seu trabalho, como por exemplo:

- ♦ como auxiliar uma profissional do sexo a adotar o uso da camisinha com seu parceiro fixo, quando ele se recusa radicalmente?
- ♦ como argumentar com o preso sobre a importância da prevenção das infecções se ele só conheceu restrição, morte, violência e não valoriza a própria vida?
- ♦ como abordar sobre o uso de camisinha com a dona de casa que corre riscos de contrair as infecções com o parceiro, quando ela acredita que ele é fiel? Ou vice-versa?
- ♦ como abordar o aconselhando sobre a importância de contar ao parceiro(a) que é soropositivo(a), quando ele está resolvido a não revelar para ninguém?
- ♦ como abordar a mulher gestante soropositiva que teme a possibilidade de transmissão do HIV para seu filho?

Nosso esforço será inútil se não houver envolvimento, empatia com o outro. Precisamos entender o nosso interlocutor na sua realidade, compreender seus significados, para que possamos dar uma resposta que faça sentido e não apenas repetirmos mensagens de prevenção.

CAPÍTULO III

REDUZINDO RISCOS

REDUZINDO RISCOS

A transmissão do HIV se dá através de sangue - hoje tem particular importância o compartilhamento de seringas e agulhas por usuários de drogas endovenosas, e por secreções - sendo as genitais as mais importantes. Neste capítulo serão abordados procedimentos que, uma vez adotados, podem literalmente reduzir os riscos de contaminação pelo HIV (e eventualmente por outros microrganismos).

O objetivo deste capítulo é que, no seu final, o multiplicador saiba: descrever e discutir as formas de redução de riscos mais comuns: sexo seguro, normas de biossegurança e redução de danos no consumo de drogas.

1. Sexo seguro

Quando utilizamos a expressão **sexo seguro** estamos nos referindo à adoção de algumas medidas que podem reduzir o risco ou evitar a transmissão do HIV e de outras DST através das relações sexuais.

Para indivíduos com vida sexual ativa é consenso internacional que essas medidas são: a) uso de preservativo em todas as relações sexuais penetrativas; e b) práticas sexuais sem penetração.

Uso de preservativos

Para garantir a eficiência e a eficácia do uso do preservativo como método de prevenção de DST/HIV, duas condições são essenciais: que ele seja usado em todas as relações sexuais penetrativas e o que o seja de forma correta.

Como “a prática faz a perfeição”, lembrar que homens e mulheres sentem-se mais confiantes em relação ao preservativo e têm menor probabilidade de enfrentar problemas de rompimento se praticarem o modo de usá-la corretamente. Por isto é importante que todo treinamento de agentes multiplicadores inclua uma oficina de sexo seguro, onde se aprofunde a discussão sobre o uso do preservativo. Os manuais complementares a este, dirigidos à formação de multiplicadores para prevenção junto a populações diferenciadas tratarão das especificidades de cada grupo no que se refere às práticas de sexo seguro.

Nunca é demais lembrar que:

- ♦ as camisinhas devem ser guardadas em lugar fresco, seguro e escuro. Não devem ser usadas se estiverem ressecadas ou grudadas, ou depois da data da expiração (geralmente impressa na embalagem).
- ♦ a lubrificação ajuda a evitar o rompimento; no entanto, os lubrificantes oleosos ajudam no rompimento.

Dicas para o uso da camisinha:

- ♦ Coloque a camisinha quando o pênis estiver rígido, antes que ele penetre o parceiro ou toque seus órgãos genitais.

- ♦ Ponha a camisinha (com a borda enrolada para fora) na cabeça do pênis com uma das mãos. Com a outra, aperte a ponta da camisinha (para remover o ar que ficou preso). Continue a apertar a ponta enquanto for desenrolando a camisinha para cobrir o pênis.
- ♦ A lubrificação ajuda a evitar o rompimento da camisinha. Se ela se rasgar durante a relação, deve-se tirá-la imediatamente e colocar uma nova.
- ♦ Retire o pênis logo depois da ejaculação, mas antes que se torne flácido, segurando com firmeza a borda da camisinha contra o pênis para evitar que vazze.
- ♦ Deslize a camisinha até sair, sem derramar o sêmem. Não use outra vez. Dê um nó e jogue fora com segurança.

Importante lembrar:

- ♦ a prática do sexo anal e vaginal com penetração e sem preservativo é considerada de alto risco para a aquisição do HIV/DST;
- ♦ na prática do sexo anal com preservativo, seguido da penetração vaginal com o mesmo preservativo há risco de infecções ginecológicas pela transferência de microrganismos do ambiente retal para o canal vaginal ;
- ♦ qualquer contacto com secreções implica em algum risco de contaminação; assim, a prática do sexo oral sem preservativo, mesmo que não haja ejaculação oferece risco, pois a mucosa oral pode estar com lesões até imperceptíveis que funcionam como porta de entrada para microrganismos.

Práticas sexuais sem penetração

Há muitas outras formas de relacionamento sexual que não as penetrativas e que são consideradas seguras. Por exemplo: masturbação, carícias, mordidas e massagens, pegação, banhos de língua, etc. Neste caso, a imaginação e a qualidade do relacionamento determinam os limites.

2. Biossegurança - Precauções Universais

Antes de falarmos em normas universais de biossegurança ou, mais modernamente, precauções padrão, é importante que algumas informações sejam lembradas. Elas são de caráter geral mas muito importantes, especialmente para você que, como multiplicador, certamente se deparará com questões práticas que exigirão resposta adequada. Por exemplo, como proceder com a roupa de um doente de AIDS a quem um monitor está acompanhando, como proceder se houver um acidente com sangramento, e outras situações do cotidiano. Vamos falar sobre limpeza, desinfecção, esterilização, etc.

Limpeza e desinfecção

O principal objetivo do **processo de limpeza** ou de higiene é eliminar matérias desagradáveis aos sentidos, especialmente à visão e ao olfato. Limpar significa, portanto, acabar com a sujeira e o mau odor. A limpeza torna o ambiente doméstico e de trabalho mais agradável e atraente.

O **processo de desinfecção**, ao contrário, tem por objetivo eliminar, em maior ou menor proporção, os agentes causadores de doença, isto é, destruir microorganismos em forma vegetativa.

De todos os materiais de limpeza, o mais barato e de garantido efeito é o **sabão comum**. Água e sabão devem ser sempre recomendados não só para limpeza dos ambientes domésticos e de trabalho como também para a limpeza da pele, mesmo na presença de feridas e contusões.

Como já se disse, a desinfecção implica na destruição dos microorganismos e é um meio de combate à contaminação ambiental. A limpeza, por outro lado, conserva sobretudo a aparência física, embora colabore também para o êxito dos processos de desinfecção.

A desinfecção não chega a eliminar todas as formas de microorganismos, mas apenas diminui sensivelmente seu número ou impede sua multiplicação. A eliminação total ocorre com o processo de esterilização, que você vai ver mais adiante.

A desinfecção é utilizada na assistência à saúde tendo em vista os seguintes propósitos:

a) tornar a utilizar os objetos e utensílios que se contaminarem: roupas de cama, recipientes, vasilhames, termômetros, etc;

b) reduzir a contaminação microbiana do ambiente em geral: pisos, paredes, aparelhos sanitários, móveis, etc;

c) reduzir os micróbios da pele e do corpo em geral: desinfecção de feridas e preparo de cirurgias, desinfecção das mãos de quem presta cuidados de saúde.

A desinfecção pode ser realizada por:

- ♦ fervura
- ♦ produtos químicos
- ♦ remoção mecânica com produtos químicos

Desinfecção pela fervura - quando instrumentos, agulhas e seringas, por exemplo, são fervidas durante 20 minutos alcança-se um alto grau de desinfecção. Este é o método mais simples e confiável para inativação da maioria dos micróbios patogênicos, quando não há equipamento de esterilização disponível. O vírus da hepatite tipo B é inativado após alguns minutos de fervura e isso também ocorre com o HIV, que é muito sensível ao calor. Entretanto, a fim de termos certeza, a fervura deverá ser mantida por 20 minutos.

Desinfecção por produtos químicos - Deve ser lembrado, neste ponto, que para cada tipo de substância desinfetante existe uma indicação própria em termos de exposição, diluição e uso. Por exemplo, os fenóis sintéticos são adequados para a desinfecção de superfícies fixas com exposição de 10 minutos ou para desinfecção de artigos semicríticos com tempo de exposição de 30 minutos.

Desinfecção mecânica com produto químico - Para superfícies de mobiliários e de equipamentos, é aceitável desinfetar passando um pano de limpeza embebido em desinfetante apropriado.

Para superfícies horizontais, como pisos, tampos e peitoris, nos casos de sangue, excreções e secreções derramadas visíveis a olho nu, a área deverá ser inicialmente inundada com desinfetante, que, após decorrido o tempo necessário para atuação, deverá ser retirado. Finalmente, será passado um pano embebido em desinfetante para completar a limpeza.

A seguir apresentamos algumas das soluções desinfetantes eficazes da inativação do HIV:

Hipoclorito de sódio a 1% - As soluções de hipoclorito de sódio (água sanitária, água de Javel, etc) são desinfetantes excelentes: possuem ação bactericida e virucida, são baratas e de fácil obtenção. Entretanto possuem duas importantes desvantagens:

- ♦ *são corrosivas* - corroem os aços niquelados e cromados, o ferro e outros metais oxidáveis. As soluções com mais de 0,1% de cloro disponível não deverão ser usadas repetidamente na desinfecção de equipamentos de aço inoxidável de boa qualidade. O contato não deverá exceder 30 minutos e será seguido por enxague e secagem cuidadosos. As diluições não deverão ser preparadas em ambiente metálico, uma vez que os mesmos poderão ser corroídos rapidamente.

- ♦ *deterioram-se* - As soluções devem ser de manipulação recente e protegidas do calor da luz. As diluições serão preparadas pouco antes de serem utilizadas. A decomposição rápida pode ser um grande problema em países de clima quente.

Álcool etílico - Após alguns minutos de contato, é germicida para as formas vegetativas de bactérias, micobactérias, fungos e vírus. Não é eficaz contra os esporos das bactérias.

A fim de obter a maior eficácia possível, este álcool deve ser usado numa concentração de aproximadamente 70%; teores mais altos ou mais baixos são menos eficazes.

Glutaraldeído - O glutaraldeído é encontrado comercialmente em solução aquosa a 2%.

A imersão em solução de glutaraldeído destrói bactérias, fungos e vírus em 20 minutos. Entretanto são necessárias dez horas para destruir os esporos.

Todo equipamento deverá ser enxaguado meticulosamente após sua imersão, de forma a remover qualquer resíduo tóxico de glutaraldeído. A solução de glutaraldeído não deverá ser usada por mais de duas semanas e deverá ser descartada caso fique turva.

Peróxido de hidrogênio (água oxigenada) - A água oxigenada é um desinfetante poderoso cuja atividade é resultante da liberação de oxigênio.

A imersão de instrumental limpo numa solução a 6% provê desinfecção muito eficaz em menos de trinta minutos. Esta solução deverá ser preparada imediatamente antes de ser usada a partir de solução estabilizada a 30% (uma parte de solução estabilizada a 30% adicionada de 4 partes de água fervida).

A solução estabilizada concentrada a 30% deverá ser manipulada e transportada com cuidado, uma vez que é corrosiva. Deverá ser armazenada em lugar fresco e protegida da luz. A água oxigenada não é apropriada para uso em ambientes quentes.

Por ser corrosiva, a água oxigenada não deverá ser usada com instrumental de cobre, alumínio, zinco ou bronze.

Esterilização

Como já visto anteriormente, a esterilização é a destruição de todos os tipos de microrganismos, incluindo os esporos de bactérias e fungos. A esterilização mais frequentemente se faz através do calor, úmido ou seco. A escolha de um ou de outro se dá em função do tipo do material a ser esterilizado.

Esterilização pelo calor seco

Dois são os principais métodos de esterilização pelo calor seco: flambagem e uso de estufa de ar quente.

A flambagem é um método relativamente simples, mas só empregado para objetos metálicos que possam ser aquecidos ao rubro na parte azul de uma chama. Usa-se este método mais comumente em laboratórios de análises clínicas.

A estufa de ar quente consiste de uma câmara fechada na qual o ar interior é aquecido através de um gás ou de elementos elétricos. Os objetos são submetidos a temperatura que garanta a esterilização. É geralmente indicado para esterilizar materiais de vidro, instrumentos de metal, óleos e pós. Não é aconselhável para roupas, gazes, algodão e borracha, que podem ser estragados pelo processo. O calor seco provoca a morte dos microrganismos por oxidação (com perda total de água da célula) e carbonização de seus elementos. A esterilização pelo calor seco exige exposição do material por duas horas, a 170°C, em estufa.

Esterilização pelo calor úmido

O calor úmido tem maior poder de penetração nos materiais (com exceção de óleos e pós) do que o calor seco. Por isso, para uma mesma temperatura, o calor úmido requer menor tempo de exposição. A esterilização pelo vapor ou calor úmido (esterilização por autoclave) é o método aconselhado para instrumentos médicos reutilizáveis, incluindo agulhas e seringas. Uma panela de pressão adequadamente modificada (do tipo OMS/UNICEF) poderia funcionar como autoclave pouco dispendiosa. Os autoclaves e as panelas de pressão deverão funcionar a 121° C durante pelo menos 20 minutos.

Agora que já revisamos estes conceitos básicos, vamos falar sobre as normas de biossegurança, conhecidas como precauções universais, hoje chamadas precauções-padrão.

Normas Universais de Biossegurança

Você já sabe que a infecção pelo HIV é transmitida pelo sangue, excretas e secreções, e que muitos outros microrganismos podem ser transmitidos por estas mesmas vias, como, por exemplo, o vírus da hepatite B. Portanto, sangue, excretas e secreções, com exceção do suor, devem ser considerados potencialmente infectantes.

Isto significa que estão indicadas rotineiramente precauções com sangue, excretas e secreções que não são específicas para o HIV.

O conhecimento acumulado e as pesquisas científicas realizadas sobre transmissão de doenças infecto-contagiosas no ambiente ocupacional de saúde levaram à formulação de normas de biossegurança que, uma vez aplicadas, diminuem os riscos de contaminação não só para os pacientes mas também para todos os que necessitam manipular pacientes e tudo o que se relaciona a eles. Estas normas são conhecidas como **Precauções Universais**.

As normas descritas neste capítulo, elaboradas inicialmente para serem adotadas no contexto da assistência ao paciente hospitalizado, devem ser

adaptadas a qualquer outro contexto de atenção à saúde com possibilidade de ocorrência de exposição a sangue, excretas e secreções.

Relativas a pacientes

Todo paciente com infecção ou doença por HIV tem direito a submeter-se aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos que se fizerem necessários, tais como cateterismos, angiografias, cirurgias, endoscopias, etc.

Todo paciente tem direito a ser atendido por profissionais de saúde que respeitem as normas de biossegurança. O paciente não é obrigado a realizar o teste sorológico em nenhuma hipótese, nem mesmo quando tiver que se submeter a algum procedimento invasivo.

O paciente que necessitar de transfusão de sangue ou hemoderivados deverá estar seguro de que os mesmos passaram pela triagem e controle de qualidade. Caso o paciente tenha sido exposto (contato com mucosa ou acidente), os procedimentos especificados para investigação do acidente deverão ser realizados.

Relativas a profissionais de saúde e familiares/amigos que cuidam de pacientes com AIDS

- ♦ Lavar as mãos com água e sabão e secá-las com papel toalha (ou compressas estéreis, quando for o caso), antes e após o atendimento de cada paciente. Quando em contato com sangue e secreções, as mãos deverão ser lavadas imediatamente.
- ♦ Usar luvas sempre que houver possibilidade de contato com sangue e fluidos corpóreos.
- ♦ Usar óculos protetores em procedimentos que possam produzir gotículas de sangue ou fluidos corpóreos com possibilidade de atingir a mucosa ocular.
- ♦ Usar máscaras para proteger as mucosas nasal e oral do contato com sangue ou secreções. As máscaras devem ser trocadas regularmente após o uso.
- ♦ Quando o profissional de saúde estiver com infecção respiratória, a máscara deve ser usada para proteger o paciente.
- ♦ Usar avental para a realização de procedimentos com possibilidade de contato com sangue, fluidos corpóreos ou superfícies contaminadas.
- ♦ Usar instrumentos pérfuro-cortantes tais como agulhas, escalpes e lâminas com o máximo cuidado. As agulhas, mesmo as descartáveis, não devem ser recapeadas, entortadas, quebradas ou retiradas da seringa com as mãos. Se possível, usar seringas e agulhas em peça única ou agulha rosqueada à seringa, para reduzir o risco de extravazamento.

Após o uso, agulhas, seringas e outros instrumentos pérfuro-cortantes descartáveis devem ser acondicionados para descarte em recipientes resistentes à perfuração (latas) contendo hipoclorito de sódio a 1,0%. Estes recipientes deverão estar próximos do local onde estão sendo utilizados os instrumentos.

Agulhas, seringas de vidro e outros instrumentos pérfuro-cortantes reutilizáveis deverão ser acondicionados e transportados para esterilização nas mesmas condições de segurança, em recipientes resistentes à perfuração.

Relativas a equipamento e local.

Você já sabe que o HIV é muito sensível aos métodos padronizados de esterilização e desinfecção (de alta eficácia). Os métodos desenvolvidos para a inativação de outros vírus (por exemplo, o vírus da hepatite B) também inativam o HIV.

Independentemente do método de esterilização a ser usado é imperativo que todos os instrumentos estejam meticulosamente limpos. Os instrumentos médicos devem ser imersos durante 30 minutos em solução de produto químico desinfetante antes de serem limpos. Tal procedimento proverá proteção adicional ao pessoal contra exposição a agentes infecciosos durante o processo de limpeza.

É importante que o tempo recomendado em cada procedimento de desinfecção e/ou esterilização dos materiais seja observado evitando a corrosão ou deterioração dos mesmos. No caso de instituições, as agulhas, seringas de vidro e outros instrumentos pérfuro-cortantes reutilizáveis deverão ser acondicionados e transportados para esterilização em recipientes resistentes à perfuração (latas) contendo hipoclorito de sódio a 1,0%.

Esterilização e desinfecção de equipamentos/instrumentos

As luvas de látex e vinil devem ser descartáveis. O uso continuado de agentes químicos ou físicos nestas luvas, implica em aumento de porosidade, diminuindo portanto a proteção oferecida. As luvas de borracha devem ser submetidas à desinfecção antes de serem desprezadas em local apropriado.

Os óculos protetores deverão, após o uso, ser submersos, em solução de glutaraldeído (2%), durante 30 minutos, antes de reutilizados.

As máscaras e aventais devem ser preferencialmente descartáveis. Neste caso, após o uso, deverão ser desprezadas em local apropriado. Caso sejam reutilizáveis devem ser encaminhadas à rouparia para lavagem e esterilização e/ou desinfecção.

Os instrumentos que entram em contato com tecidos estéreis, sistema vascular ou mucosa de qualquer paciente, devem ser preferencialmente esterilizados antes da reutilização. Aqueles instrumentos que não for possível esterilizar devem ser submetidos à desinfecção.

O instrumental metálico deve ser de preferência esterilizado pelo calor. Caso não seja possível, deve ser desinfetado com glutaraldeído (2%).

As lentes dos instrumentos devem ser desinfetadas com o peróxido de oxigênio a 6% (água oxigenada) ou, se compatível, com o calor por 10 minutos.

As peças de borracha tais como tubos, bicos de mamadeira, etc, devem ser esterilizadas e/ou desinfetadas em autoclave ou desinfetante químico (hipoclorito de sódio a 0,5%) durante 30 minutos.

Limpeza de área (local)

A frequência e os métodos de limpeza variam de acordo com a área do hospital, unidade de saúde ou residência, com o tipo de superfície a ser limpa e com a quantidade e o tipo de contaminação existente.

As superfícies (mesas, pisos, bancadas, camas e suporte de soro) devem ser limpas regularmente. No momento em que ocorrer contaminação por fluidos corpóreos (e logo após a alta do paciente), estas devem ser limpas com hipoclorito de sódio a 0,5%.

Os colchões, travesseiros, macas e cadeiras de roda, devem ser revestidos com plásticos e limpos com hipoclorito de sódio (0,5%), quando contaminados.

A limpeza das paredes, cortinas, persianas é recomendada somente se estiverem visivelmente contaminadas.

Os aparelhos condicionadores de ar não devem ser usados ininterruptamente, para que se possa submeter o ambiente a uma ventilação natural. Desinfetantes aerossóis não são métodos necessários ou eficazes para descontaminação do ar.

Os desinfetantes devem ser preparados e utilizados corretamente na limpeza, de acordo com normas específicas de utilização. O profissional de limpeza deverá utilizar vestuários protetores apropriados para cada caso.

A rotina de limpeza de cada área deve ser cuidadosamente discutida com os profissionais encarregados de executá-la, evitando-se acidentes pessoais e a contaminação entre áreas diversas.

Coleta e lavagem da roupa

As pessoas (profissionais) encarregadas da coleta da roupa utilizada (capotes, aventais, lençóis, fronhas, toalhas, etc), devem ter o cuidado de manipulá-la com a menor agitação possível para prevenir a contaminação grosseira do ambiente. A roupa recolhida deve ser colocada em sacos plásticos resistentes, no próprio local em que foi utilizada. Quando em instituição, estes sacos devem ser rotulados “contaminados”.

Na lavanderia, o profissional encarregado deverá manipular os tecidos usando luvas de borracha e avental. A lavagem poderá ser efetuada com detergente em água aquecida pelo menos a 71° C, por 25 minutos. Caso se utilize água com temperatura inferior, os tecidos devem ser submersos em hipoclorito de sódio a 0,5% por 30 minutos, e a seguir lavados normalmente. Os sacos plásticos devem ser desprezados com o lixo contaminado.

É necessária a adoção de ensacamento e transporte diferenciados segundo a origem e a natureza do resíduo: o lixo proveniente de material contaminado (resíduos infectantes) deverá ter ensacamento duplo, até a metade da capacidade volumétrica e deverá ser acondicionado em sacos brancos leitosos impermeáveis, segundo Norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e pela Norma Brasileira Regulamentadora (NBR) 9490.

Coleta e destino do lixo (ambiente hospitalar ou unidade de saúde)

Todas as salas da unidade de saúde devem conter lixeiras forradas com sacos plásticos. Ao proceder o recolhimento do lixo, a auxiliar de limpeza deverá fechar os sacos plásticos e removê-los para incineração. Na impossibilidade de incineração, os resíduos infectantes poderão ser tratados por métodos alternativos (incineração no próprio hospital, esterelização por autoclave, estufa ou química).

O pessoal de limpeza deve usar luvas plásticas, aventais e botas plásticas durante os procedimentos de limpeza e coleta do lixo hospitalar.

Em caso de atendimento domiciliar, os responsáveis pelos pacientes devem ser orientados pela equipe de saúde .

Para complementar estas informações, algumas observações sobre:

a) material biológico para exame - o material biológico (sangue, secreções, excreções, material de biópsia, etc) deverá ser transportado em recipiente inquebrável, com superfície exterior limpa e envolto em saco plástico impermeável antes de ser enviado para análise.

Com o estabelecimento das normas de biossegurança para manipulação de sangue e fluidos corpóreos, independente do diagnóstico do paciente, todo material será processado como potencialmente contaminado, o que elimina a rotina do uso de tarjas e sinais de alerta.

b) acidentes de trabalho - estas são as características do acidente de trabalho com possibilidade de transmissão do HIV:

Exposição parenteral (picadas de agulhas ou cortes) e contato de membrana mucosa com sangue e/ou outros fluidos corpóreos.

Exposição da pele, mesmo que aparentemente íntegra, ao sangue, quando for por tempo prolongado ou em grande quantidade.

Conduta: se ocorrer no local de trabalho, comunicar ao superior imediato, à comissão de controle de infecção hospitalar, ao serviço de medicina do trabalho ou à comissão interna de prevenção de acidentes (CIPA).

3. Redução de Danos pelo Consumo de Drogas

Com o aparecimento da AIDS e sua rápida disseminação entre usuários de drogas injetáveis, uma nova rede conceitual desenvolveu-se em relação ao uso de drogas. Um problema médico (a contaminação pelo HIV) associado a um comportamento específico, o compartilhamento de seringas e agulhas, passou a ser o principal foco das atenções, em lugar do problema do uso e da dependência. Passa a ter capital importância a prevenção da disseminação do HIV. Aparece então, com grande força, dentro do bojo das estratégias de prevenção, o movimento de redução de danos.

Esta estratégia encara o uso e o abuso de drogas como um fato de não imediata resolução e propõe medidas na área de saúde pública para minimizar seus efeitos. Desta forma, o surgimento da AIDS parece ter dado aceitação e legitimidade política a este movimento.

Paralelamente a este enfoque, existe a linha de ação centrada nas esferas policial e militar, que pretende prevenir o dano decorrente do abuso de drogas através de ações repressivas junto aos produtores, ao tráfico e, muitas vezes, aos próprios usuários. Esta alternativa é dominante em nível internacional e justifica os bilhões de dolares gastos na "guerra às drogas", movida pelos Estados Unidos, a própria repressão a projetos de trocas de seringas (estratégia da redução de danos) ou, ainda a criminalização dos dependentes, tratados como se fossem traficantes.

O enfoque repressivo tem falhado na medida em que, pela própria dinamicidade e lucratividade do tráfico, novas áreas produtoras se estabelecem e

diversificam os mercados. É também incapaz de impedir o início e a disseminação do uso de drogas injetáveis e das doenças infecciosas a elas associadas em países como o Brasil, a Tailândia, a China, os Estados Unidos ou a Itália. Em grandes cidades, como outra decorrência dessa política, há o acréscimo de milhares de usuários infectados pelo HIV, estabelecendo-se uma corrente importante de disseminação entre seus contatos.

O enfoque de saúde pública - redução de danos - está em andamento em vários países do mundo. No Brasil, é uma proposta do PN DST/AIDS articulada com organizações como o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas e com órgãos ligados ao Ministério da Justiça, como o Conselho Federal de Entorpecentes. Esta parceria é extensiva a Secretarias de Estado e de Municípios de Saúde e de Educação e a ONGs. Participam também estruturas universitárias que testam a eficácia dessa abordagem no país. O movimento da redução de danos parte de uma visão mais realista: um grande número de pessoas, nas mais diversas sociedades, irá iniciar ou continuar fazendo uso de drogas psicoativas e, alguns destes usuários, irão usar drogas de maneira prejudicial a si mesmos, à sua rede social imediata e à sociedade como um todo. O grande avanço deste enfoque é o reconhecimento da real diversidade no consumo de drogas e o exame das mais diferentes formas de reduzir, pragmaticamente, os problemas associados a este uso.

Princípios e principais pontos da estratégia da redução de danos

Até o aparecimento da AIDS e a sua associação ao uso de drogas, a preocupação central de quem trabalhava com a questão drogas estava centrada no problema da dependência. Tanto leis (em geral, punindo o uso) quanto modelos de tratamento eram dirigidos essencialmente à prevenção ou à “cura” do próprio uso.

Na estratégia de redução de danos os princípios são outros. Eles partem das seguintes idéias:

1) o uso de drogas, em especial as injetáveis, tem grande risco de causar sérios danos, não só para os usuários, como para os que o cercam, e à sociedade;

2) há uma relativa ineficácia dos programas destinados ao combate do consumo de drogas em diminuir estes efeitos nocivos. Assim, o principal objetivo não mais deve ser única e exclusivamente o combate ao uso de drogas, mas sim, a implementação de atividades que visem, pragmaticamente, a redução dos danos que se associam ao seu uso. Ou, mais simplesmente, “se não for possível interromper o uso de drogas que, ao menos, se tente minimizar o dano causado ao usuário e à sociedade pelo seu uso”.

Apesar de a estratégia de redução de danos não contar, até o presente, com uma definição única que seja amplamente aceita, seu campo de atividades está crescendo rapidamente. Mesmo não existindo uma definição clara e precisa, existem alguns elementos em comum que têm sido abordados em quase todas as tentativas de definição do termo. A seguir, serão expostos alguns pontos em comum dos programas de redução de danos para usuários de drogas injetáveis.

- ♦ embora sejam reconhecidas as restrições da livre escolha que ocorrem na dependência às drogas, **os usuários de drogas injetáveis são considerados capazes de ter uma racionalidade e de alterar seus comportamentos**, podendo desempenhar um papel importante, tanto no planejamento como na implementação de programas de prevenção à AIDS. De certa forma, esta visão contrapõe-se a pontos de vista anteriores. Aqui, os usuários de drogas ilícitas passam a ser vistos como membros integrantes da sociedade. Também considera importante a superação da tendência à estigmatização das pessoas com

AIDS e dos usuários de drogas, o que tanto tem limitado os esforços de prevenção. Na realidade, o que se tem visto é que o trabalho dos usuários de drogas, dentro de seus próprios grupos, vem se destacando em muitas das campanhas que visam evitar a disseminação do HIV.

- ♦ para alcançar melhores resultados, **uma variedade de propostas de prevenção à contaminação pelo HIV devem ser implementadas, simultaneamente.** Assim, vejamos:

quando não for possível a interrupção completa do uso de drogas, tenta-se evitar, ao menos, que um mesmo equipamento de injeção seja usado por mais de uma pessoa;

ou

se houver o compartilhamento, que o material seja adequadamente desinfetado. Finalmente, haveria o estímulo à mudança da via de administração da droga, para uma via mais segura. Estas são propostas realistas e pragmáticas.

- ♦ a estratégia dá ênfase a que a **informação/prevenção seja acessível ao maior número possível de usuários de drogas.** Esta urgência deve-se ao fato de o HIV poder disseminar-se rapidamente nas populações de UDI, bem como pela sua letalidade. Passa a não ter muito sentido deixar de priorizar a prevenção da AIDS, em função de outras metas com menor eficácia ou realização a longo prazo como, por exemplo, a abstenção ou “cura” do uso de drogas. Aqui, metas idealistas com possibilidades de realização a longo prazo, dão lugar a metas mais pragmáticas e com possibilidade de realização a curto prazo.

Organização dos Serviços

Os serviços envolvidos nesta estratégia devem deixar de lado a idéia de que a abstinência constitui a única meta a ser perseguida, aceitando o fato de que algumas pessoas não desejam parar de usar drogas, pelo menos num dado momento. Os profissionais que vão trabalhar nesses serviços devem ser adequadamente treinados, habituando-se a conversar com a clientela sobre temas delicados como as práticas sexuais. O trabalho com os usuários e a prevenção à disseminação do HIV tornam-se sinônimos.

Para alguns profissionais da área, especialmente aqueles com formação médica, estas mudanças são muito difíceis. Constata-se também que serviços orientados por uma perspectiva fortemente moralista e um tom oficial podem desencorajar a clientela, reduzindo a eficácia da estratégia.

Os serviços envolvidos devem ser mais acessíveis aos usuários, mais atraentes e interativos com seus clientes. As melhores localizações para estes serviços são os locais centrais das cidades/locais de maior densidade populacional, com entradas laterais ou secundárias que não exponham os usuários. Há também a necessidade de horários flexíveis, sem que haja filas de espera. Nunca é demais enfatizar a absoluta importância da confidencialidade das informações, que deve ser garantida à clientela, bem como assegurado o anonimato, perguntando-se somente o essencial, estabelecendo-se uma relação de confiança entre os profissionais e os usuários.

Características do Serviço

Com base na experiência até agora adquirida em diversas regiões dos EUA e Europa, especialmente na região de Prersey (Liverpool) na Inglaterra, os serviços devem oferecer um conjunto de estratégias flexíveis que incluam a prevenção primária e a redução de danos. Deve haver uma ampla oferta de serviços que atendam a uma variedade de demandas específicas. Alguns serviços dirigidos a pessoas que pretendam deixar de usá-las e outros ainda a usuários em atividade.

Os seguintes componentes devem compor um serviço de redução de danos numa dada região:

- ♦ Postos de troca de agulha e seringas: fornecimento de equipamentos esterilizados e preservativos ao UDI. Comumente tais postos evoluem, com o passar do tempo, para a prestação de cuidados primários de saúde à UDI e profissionais do sexo, aí incluídos o aconselhamento sobre técnicas mais seguras de injeção, testagem anônima para o HIV além de diagnósticos e tratamento (ou encaminhamento) de condições específicas como abscessos, septicemia e DST.
- ♦ Farmácias: fonte adicional de detenção de equipamentos esterilizados de injeção, participando do programa de troca gratuita de seringas e agulhas usadas por novas, financiadas pelas autoridades sanitárias locais.
- ♦ Trabalhos de Agentes Comunitários (*outreach workers*): entram em contato com populações de difícil acesso, sejam UDI, profissionais do sexo ou outros segmentos específicos da população, mais expostos ao risco de infecção pelo HIV, encaminhando-os aos serviços adequados.
- ♦ Clínicas com esquemas flexíveis de prescrição: clínicas para tratamento de dependentes ou comunidades terapêuticas de referência, os quais oferecem programas flexíveis de prescrição, que variam de esquemas de desintoxicação de curto prazo, a programas de manutenção de longa duração. A terapia de manutenção é tradicionalmente empregada na tentativa de estabilização de usuários dependentes e/ou que se auto-administrou drogas caoticamente, visando reduzir sua atividade criminal, melhorar sua saúde, promover seu afastamento das drogas e prevenir a escalada de consumo.
- ♦ Atividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC): o acesso fácil à informação é um elemento essencial. Estes locais especializados em IEC devem difundir informações através de diversas atividades e com o auxílio de agentes de informação, treinados em metodologia de abordagem de populações específicas. Tais informações e materiais educativos devem ser equilibrados na dosagem de assuntos técnicos, de fácil compreensão e culturalmente apropriados. Utilizam-se campanhas de curta duração e outras atividades mais prolongadas, como grupos de apoio/discussão, cursos de treinamento de multiplicadores, concursos de cartazes, música, peças teatrais, etc. Deve-se incluir uma linha telefônica (tipo *hotline* = disque AIDS), para facilitar ainda mais o acesso às informações, preservando-se o anonimato.

- ♦ **Aconselhamento e Suporte:** unidade em que se oferece aconselhamento e suporte específicos para usuários, seus parceiros, familiares e amigos. A maioria desses serviços oferece um “centro de convivência”, onde ficam disponíveis materiais educativos e agentes de informação, que auxiliam a clientela na busca de informação e apoio. Servem também como pontos de referência para onde são encaminhados todos os que forem contatados pelos agentes comunitários (*outreach workers*). Funcionam geralmente em centros comunitários, ou junto a outros centros de saúde.
- ♦ **Polícia:** sua cooperação é essencial ao bom desenvolvimento das estratégias de prevenção e de redução de danos, servindo também como agentes de informação e referenciando usuários aos serviços apropriados. Seu trabalho deve ser somado às estratégias de prevenção e redução de danos, jamais antagonizando-o, o que inviabilizaria toda a proposta.

Conclusão:

Um dos pressupostos básicos da proposta de redução de danos é o fato de que se deve levar em conta a importância do contexto no qual o comportamento de risco tem lugar. Propostas que implicam simplesmente em “dizer não às drogas”, ou estratégias que passam exclusivamente pela busca da abstinência não são efetivas. É essencial entender os comportamentos específicos de cada segmento mais exposto a risco, o seu porquê e como eles ocorrem. A proposta de redução de danos tenta compreender as normas culturais e trabalhar no seu âmbito, focalizando a alteração dos fatores que, de fato, permitam uma mudança de comportamento. O comportamento seguro tem de se tornar o comportamento mais natural.

Capítulo IV:

**Sugestões de Técnicas
de Dinâmica de Grupo
aplicáveis pelo
multiplicador**

I. SUGESTÕES DE TÉCNICAS DE DINÂMICA DE GRUPO APLICÁVEIS PELO MULTIPLICADOR

O domínio dos conteúdos e conhecimentos relacionados a AIDS, DST e drogas é importante para o trabalho do multiplicador, mas é insuficiente no que tange ao seu desempenho nas ações de capacitação e formação de monitores. Assim, é necessário que o multiplicador se familiarize e seja capaz de utilizar algumas técnicas facilitadoras do processo de ensino-aprendizagem, aprimorando sua função de educador.

O objetivo deste capítulo é que, ao seu final, o multiplicador seja capaz de:

- ♦ listar as diferentes técnicas que podem ser utilizadas em seu trabalho cotidiano;
- ♦ selecionar aquelas mais adequadas a cada momento do seu programa de prevenção.

1. Metodologia Participativa - Princípios Aplicáveis na Instrução

O trabalho educativo do multiplicador não se restringe ao plano intelectual/cognitivo, provendo apenas informações e conhecimentos. Ele é mais amplo, pois envolve mudança de valores, atitudes e comportamentos.

Como devemos estruturar nossos treinamentos se estes abrangem, não só aspectos cognitivos, mas também afetivos e comportamentais dos educandos? Chamamos de metodologia participativa aquela que possibilita a atuação efetiva dos treinandos em seu processo educativo. Estes não são considerados meros receptores, passivos, no qual depositamos conhecimentos e informações. No enfoque participativo, é necessário valorizar os conhecimentos e experiências dos participantes, envolvendo-os na discussão, identificação e busca de soluções para os problemas com os quais terão que lidar em seu papel de monitores.

O multiplicador, desenvolvendo seu papel de educador com base no enfoque participativo, deverá estar atento aos nove princípios, listados abaixo, em qualquer situação de instrução ou treinamento:

- ♦ Privilegiar contextos informais caracterizados como “oficinas”, onde o clima seja de debate e troca de experiências e não de curso formal. Os monitores são considerados participantes e não alunos. O multiplicador define-se como um facilitador e não como professor.
- ♦ Despertar a motivação dos participantes, esclarecendo a utilidade desta aprendizagem no seu cotidiano e avaliando as suas expectativas no decorrer do processo de instrução ou treinamento.
- ♦ Valorizar as experiências dos participantes, iniciando pelo conhecimento que as pessoas já detêm, acrescentando-se

informações a partir de questões e de soluções que o próprio grupo apresenta.

- ♦ Trabalhar os sentimentos mobilizados, através de exercícios, vivências e técnicas de dinâmica de grupo, que auxiliam as pessoas a expressarem seus preconceitos, medos, tabus e fantasias em relação aos temas em questão.
- ♦ Valorizar o conhecimento do grupo levando os integrantes à construção coletiva de soluções. É interessante que cada participante se perceba como importante em sua rotina diária de vida e/ou trabalho, enquanto divulgador de estratégias preventivas.
- ♦ Levantar e discutir as possibilidades para a prevenção ao abuso de drogas, AIDS e outras DST: sexo seguro, uso de camisinhas, construção de programas de lazer saudáveis para os jovens, etc. É importante que o multiplicador esteja atento às soluções levantadas pelos monitores, pois são estes quem mais conhecem a realidade específica que vivem e trabalham. O multiplicador deve auxiliá-los na operacionalização das idéias apresentadas, a partir da definição de estratégias de ação.
- ♦ Ser claro, objetivo e organizado ao transmitir informações, explicando os termos técnicos em linguagem simples e acessível, expondo suas idéias de forma estruturada, sempre respeitando os valores sócio-culturais dos participantes.
- ♦ Orientar estudos, permitindo aos monitores avançar por si próprios na aquisição das informações necessárias. Podem ser realizados individualmente ou em pequenos grupos, sempre supervisionados pelo multiplicador.
- ♦ Promover e incentivar o intercâmbio, desenvolvendo habilidades de comunicação e estimulando trocas de experiências entre os integrantes do grupo.

2. Algumas técnicas de dinâmica de grupo.

No seu trabalho como educador, você poderá lançar mão de algumas técnicas ou abordagens facilitadoras do processo de ensino-aprendizagem. Descrevemos algumas delas:

Tempestade de idéias

Objetivo: permitir a expressão das percepções, idéias, valores e opiniões dos participantes sobre temas relacionados à AIDS, DST e drogas, de modo espontâneo e criativo.

Duração: Até 40 minutos.

Material: Quadro-negro e giz ou folha de papel grande (papel metro) e pincel atômico; bloco de papel.

Desenvolvimento:

- ♦ O facilitador distribui ao grupo papéis e solicita que cada participante escreva pelo menos três palavras que mais se relacionam ao tema em questão. (Ex: AIDS, drogas, solidariedade).

- ♦ Os papéis são recolhidos e redistribuídos aleatoriamente. Solicita-se que cada um dos participantes faça a leitura das palavras que recebeu.
- ♦ O multiplicador deverá escrever no quadro de giz ou no papel metro cada palavra lida.
- ♦ O multiplicador deverá então discutir seus significados, a revelação de sentimentos, valores, crenças e preconceitos, entre outros.
- ♦ Diante do conjunto de contribuições dos participantes, o multiplicador deverá, com o auxílio do grupo, aprimorar conceitos e discutir os significados das palavras lidas, levando o grupo a refletir e concluir sobre o tema em questão.

Vantagens: a técnica permite a obtenção de respostas espontâneas, valorizando as concepções, idéias e sentimentos prévios dos integrantes do grupo. Impulsiona o debate e cria um clima de descontração no grupo, pois a técnica não personaliza o autor da contribuição e é isenta de crítica e julgamento.

Limitações: exige habilidade do facilitador na fase de discussão das contribuições do grupo, dado sua provável diversidade. O facilitador deve ter o cuidado no que tange à emissão de crítica ou julgamento, preocupando-se em respeitar os valores sócio-culturais dos participantes.

Exemplos:

- ♦ Definindo temas de campanhas preventivas sobre DST, AIDS, drogas;
- ♦ Definindo conceitos: sexualidade, vulnerabilidade, qualidade de vida.

Dramatização

Objetivo: proporcionar a percepção, reflexão de emoções e valores pessoais que geram dificuldades no desenvolvimento de um trabalho, através de vivências dirigidas em situações hipotéticas.

Duração: até 40 minutos

Material: variável, dependendo da situação a ser dramatizada

Desenvolvimento:

- ♦ Aquecimento: Este momento é necessário para levar as pessoas a se concentrarem nos papéis que irão desempenhar e a expressarem suas emoções mais espontaneamente. O facilitador convida voluntários para o exercício, onde a situação a ser dramatizada é sugerida por ele ou pode ser emergente do próprio grupo. Em seguida, deve ocorrer a identificação dos personagens (escolha de nomes fictícios, idade, profissão), do cenário e do ambiente onde a cena se realizará. O facilitador deve estar seguro de que houve a passagem da realidade para a fantasia. Muitas vezes é preciso repetir que a situação vivenciada é hipotética, tanto para os personagens quanto para quem observa.
- ♦ Ação: O início da cena se dá no momento em que os personagens se sentem aquecidos. A interrupção da mesma vai depender das emoções mobilizadas. A iniciativa, por parte

do facilitador deve ocorrer quando perceber que houve a expressão de sentimentos e atitudes úteis para a compreensão das dificuldades anteriormente identificadas. Muitas vezes a cena é interrompida pelos próprios participantes. Deve-se estar atento, pois a emoção mobilizada neste momento pode ser bastante significativa.

Em seguida solicita aos observadores que opinem sobre o ocorrido.

O facilitador encerra sintetizando o relato do grupo, complementando com observações que não foram percebidas pelo grupo, levando os participantes a associarem a situação vivenciada a fatos da vida real.

Vantagens: Coloca em evidência determinados conteúdos internos não percebidos no cotidiano, oportunizando a reflexão. Permite que os participantes, na função de observadores, se projetem na situação vivenciada e elaborem melhor dificuldades semelhantes.

Limitações: exige habilidade do facilitador em manejar emoções intensamente mobilizadas.

Sugestões de situações: As situações escolhidas para serem vivenciadas devem se caracterizar pela dificuldade de encaminhamento, pela polêmica e relação com as situações que os participantes enfrentam ou imaginam que irão enfrentar no seu trabalho. É saudável a variação no desempenho de papéis, ou seja, a mesma pessoa viverem os papéis de multiplicador, ou de outros personagens relevantes.

Exemplos:

- ♦ Diálogo entre multiplicador e uma profissional do sexo sobre a necessidade de utilização da camisinha com parceiro fixo;
- ♦ Diálogo entre o multiplicador e uma mãe que acaba de saber que o filho de 23 anos usa drogas;
- ♦ Algum membro da família rejeita aquele que é homossexual ou portador do HIV;
- ♦ Soropositivo ou pessoa com AIDS apresentando dificuldades no exercício da sua sexualidade.

Debate

Objetivo: permitir a discussão e o confronto de pontos de vista antagônicos sobre temas relevantes à questão da AIDS, DST e drogas, principalmente os de caráter polêmico.

Duração: 30 a 40 minutos.

Material: Nenhum em especial.

Desenvolvimento:

- ♦ O facilitador apresentará um tema a ser debatido (Ex.: a descriminalização das drogas), convidando dois ou mais treinandos para atuarem como debatedores. Para subsidiar o debate, o facilitador poderá apresentar previamente as linhas gerais do tema a ser discutido ou solicitar que os debatedores se preparem anteriormente, buscando informações, dados, etc, para fundamentar seus argumentos.

- ♦ Um debatedor deverá apresentar argumentos a favor e o outro argumentos contrários ao tópico selecionado, em um tempo determinado, diante da audiência.
- ♦ Após as apresentações dos debatedores, o facilitador deverá estimular perguntas e comentários da audiência acerca dos pontos de vista expostos.

Vantagens: a técnica é útil quando se pretende explorar um assunto sob diferentes pontos de vista, oferecendo elementos para a melhor compreensão do tema.

Limitações: Exige habilidade do facilitador em evitar competição acirrada nas diferentes opiniões manifestas, controle do tempo de modo a não haver desequilíbrio dos argumentos apresentados e conhecimento amplo do assunto.

Exemplos:

- ♦ Sigilo profissional - O que fazer quando a pessoa se recusa terminantemente a revelar sua condição de portador do HIV ao seu parceiro?
- ♦ Gravidez para mulheres portadoras do HIV. Qual a melhor decisão a ser tomada?

Discussão em pequenos grupos

Objetivo: possibilitar a participação e a contribuição dos treinandos em relação a diversos aspectos, mediante a discussão em subgrupos.

Duração: 30 a 60 minutos.

Material: Lápis e papel.

Desenvolvimento:

- ♦ O facilitador deverá dar o comando (questões a serem respondidas, tópico a ser discutido, etc), após a divisão dos participantes em subgrupos de, no máximo, 6 pessoas.
- ♦ Cada subgrupo deverá escolher um relator, que registrará as conclusões de seu subgrupo, dentro do tempo pré-estabelecido.
- ♦ Terminado o tempo, os grupos formam a plenária, e cada relator apresenta o resultado do trabalho de seu grupo.
- ♦ Abre-se a discussão, sob a coordenação do facilitador, que deverá, com base nas contribuições apresentadas, concluir acerca do que foi solicitado.

Vantagens: a técnica propicia a participação e envolvimento dos treinandos que, em situação de pequeno grupo, são estimulados a expressar idéias, opiniões, sentimentos, etc. O grupo pequeno tende a eliminar ou minimizar barreiras à participação, como timidez, vergonha e insegurança para falar em público.

Limitações: É necessário espaço físico disponível para a separação dos integrantes em diversos subgrupos. O pequeno grupo, não deve se formado por mais de 6 pessoas, do contrário o objetivo quanto à participação de cada um pode não ser atingido.

Exemplos:

- ♦ Conceito de saúde x doença, ou drogas em diferentes grupos

como presidiários, adolescentes, profissionais do sexo...

- ♦ Sugestões de técnicas de dinâmica de grupo para o tema sexualidade com adolescentes, profissionais de saúde, educadores...

Estudo de Caso

Objetivo: permitir a discussão e a busca de soluções, de casos passíveis de serem encontrados na vida real, baseados não em meras opiniões, mas em conhecimento de fatos relevantes.

Duração: Aproximadamente 40 minutos.

Material: Histórias (casos) previamente selecionados. Papel e lápis.

Desenvolvimento:

- ♦ O facilitador deverá apontar conhecimentos e informações relevantes ao estudo de casos, de modo a garantir que o grupo não se restrinja a emitir opiniões ou “achismos”.
- ♦ Selecionará um caso para discussão, garantindo que informações necessárias ao estudo do mesmo estejam disponíveis. É importante que o caso selecionado tenha uma certa complexidade, desafiando o grupo em seu processo de resolução.
- ♦ Dividirá os participantes em sub-grupos, preferencialmente não excedendo a 6 (seis) participantes.
- ♦ O facilitador deverá distribuir o mesmo caso para cada grupo, solicitando que os integrantes discutam as estratégias e soluções que poderiam ser úteis para enfrentar o problema.
- ♦ Definará o tempo de trabalho para os pequenos grupos (15 a 20 minutos) e dirá que cada um escolha um relator que deverá registrar as conclusões do grupo.
- ♦ Reunirá a plenária, onde cada relator deverá apresentar os principais pontos da discussão.
- ♦ A discussão, resumirá as estratégias e ações sugeridas para a resolução do caso, enfatizando aspectos como viabilidade, factibilidade, repercussões e conseqüências das propostas apontadas.

Vantagens: a técnica possibilita a reflexão e a solução de problemas, de situações passíveis de serem encontradas na vida real, com base na participação dos próprios treinandos, que levantam aspectos relevantes de acordo com formação e experiências individuais.

Limitações: O caso deve estar bem descrito para que as pessoas tenham elementos para discutir, “deliberar”. Os participantes deverão ter acesso prévio às informações e conhecimentos para o estudo do caso, prevenindo a mera manifestação de opinião ou “achismo”.

Painel

Objetivo: Permitir o aprofundamento de determinado tópico relacionado à questão da AIDS, DST e drogas a partir da discussão do mesmo sobre diferentes

ângulos e com visões complementares, não necessariamente antagônicas.

Material: Lápis e papel.

Duração: 30 a 40 minutos.

Desenvolvimento:

- ♦ O painel pode ser feito com especialistas sobre o tema em questão ou com a preparação prévia dos painelistas acerca dos pontos a serem enfocados.
- ♦ Cada painalista deverá ter um tempo (de 10 minutos) para sua apresentação diante da audiência.
- ♦ Após as exposições dos painelistas o facilitador deverá abrir a discussão, permitindo comentários e perguntas das pessoas que estão na audiência.
- ♦ Ao final, o facilitador poderá sumarizar os principais pontos levantados durante a discussão dos participantes com os painelistas.

Vantagens: A técnica permite um enfoque mais global e aprofundado em relação ao tópico de interesse, ampliando o conhecimento dos participantes sobre a questão.

Limitações: O controle do tempo de exposição dos painelistas é necessário, sob pena de não serem concluídos os pontos de vista trazidos pelo grupo. Falhas na comunicação do painalista (dificuldade de comunicação, insegurança, enfoque inadequado do tema) podem prejudicar a atividade.

Sugestões de Temas:

- ♦ Aspectos éticos e legais do presidiário com HIV/AIDS.
- ♦ Manejo da pessoa vivendo com HIV e AIDS no seu local de trabalho.
- ♦ Redução de danos pelo consumo de drogas.
- ♦ Manifestações da cultura brasileira sobre o uso abusivo de drogas.
- ♦ Manifestações da cultura brasileira sobre o uso da camisinha.
- ♦ O papel da mulher na adoção de práticas seguras.

Sucata

Objetivos: aquecer o grupo para uma tarefa; favorecer a cooperação entre os membros de um ou mais grupos; favorecer a projeção de características individuais.

Duração: Até 40 minutos

Material: Embalagens diversas em desuso, vasilhames (plástico, metal e papel), lixo em geral reciclável, cola, barbante, copinhos, grampos, palitos, tampinhas, tesoura sem ponta, revistas, cartolina.

Desenvolvimento:

- ♦ O facilitador apresenta o material.
- ♦ Divide o grupo, preferentemente com 4 participantes cada sub-grupo, ou delega para o próprio grupo a decisão de se escolherem.
- ♦ Em seguida, o facilitador dá a instrução, sobre o que se espera fazer com o material: “Este material, que ia ser jogado no lixo. Aqui a gente vai utilizar de outra maneira. É claro que cada um destes materiais já teve sua utilidade específica. Aqui pode ter outro significado, forma, função. Vocês têm criatividade. Este material está aqui para ser utilizado por todos. Peguem no material do jeito que vocês sentem, pensam, vêem ...” E sugere um tema, como por exemplo:

1) O HIV na nossa sociedade.

2) AIDS na prisão

3) Uma comunidade sem DST...

- ♦ Solicite que construam o trabalho sobre a cartolina.
- ♦ O facilitador deverá observar atentamente todos os movimentos de cada sub-grupo, a escolha, cooperação, criatividade, liderança, rejeição, indiferença, ilhas, conflitos, valores...
- ♦ Deve acompanhar incentivando a criatividade e espontaneidade. “Faça do jeito que vocês acharem melhor. Não há regras”.
- ♦ Finalizando as tarefas cada sub-grupo terá 2 a 3 minutos para expor os trabalhos, explicando os significados de cada peça e do conjunto.
- ♦ O facilitador anota o que chamou a atenção e esclarece dúvidas.
- ♦ Solicita opiniões dos participantes sobre os trabalhos dos colegas e como se sentiram executando a tarefa.
- ♦ No final, o facilitador processa comentários sintetizando valores coletivos, enfatizando aspectos para reflexão e reforçando aspectos positivos
- ♦ Os trabalhos são recolhidos e guardados, para comparações futuras.

Vantagens: observar a evolução do grupo pelo facilitador e pelo próprio grupo; permitir o resgate da espontaneidade (o efeito surpresa facilita o “cair das máscaras”); permite a liberdade de criar.

Limitação: Requer do facilitador habilidade para traduzir minimamente a linguagem simbólica da expressão humana, através dos objetos.

Capítulo V:

Desenvolvimento das Ações do Multiplicador

DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DO MULTIPLICADOR

As funções do multiplicador relacionam-se à intermediação entre a instituição/organização a qual ele pertence e o apoio às atividades dos monitores a ele relacionados. O objetivo deste capítulo é que, no seu final, o multiplicador seja capaz de:

- ♦ descrever em detalhes as fases do desenvolvimento do seu trabalho;
- ♦ discutir suas funções.

Como já visto no primeiro capítulo deste manual, as funções do multiplicador relacionam-se à intermediação entre a instituição à qual ele pertence e o apoio às atividades dos monitores a ele relacionados. Recordando, as funções do multiplicador são:

- ♦ Recrutamento
- ♦ Supervisão e Abastecimento
- ♦ Seleção
- ♦ Avaliação
- ♦ Treinamento
- ♦ Relato

Sem a pretensão de esgotá-las, vamos considerar cada uma das funções mais detalhadamente.

1. Recrutamento

Esta função significa angariar, dentre os membros da população-alvo, aqueles adequados ao desenvolvimento dos trabalhos.

Desde o início do processo de recrutamento deve ser explicitado o que é esperado dos selecionados (objetivos de sua participação) e com que tipo de apoio eles podem contar. Pode ser acenado, também, com as possibilidades de ganhos ou benefícios que a participação pode trazer ao indivíduo e aos membros de sua comunidade.

Uma conversa franca, mas acolhedora, ajuda a dirimir dúvidas que existam ou que possam surgir. Facilita também o esclarecimento sobre a adequação de determinada pessoa a determinada função. Serve também para a própria reflexão do candidato sobre a aceitação das suas funções.

Lembre-se: o recrutamento é facilitado pela observância do perfil mais condizente com as funções que a pessoa deva assumir.

2. Seleção

Seleção é um processo de escolha ! Isto significa que haverá pessoas que serão excluídas, o que pode constituir-se em uma fonte de conflitos. O fato de

você preferir alguém em detrimento de outros, outorga a esse alguém um destaque, um certo poder. Isto deve ser manejado com bastante tato, para que um trabalho não se inicie com resistências que podem, inclusive, inviabilizá-lo. Uma pessoa excluída em um determinado momento e situação, poderá ser aproveitada em outra atividade do trabalho.

A seleção deverá estar baseada em critérios claros e que possa ser justificada quando solicitada.

Para a efetivação de um processo seletivo é importante que você discuta com outros membros de sua equipe. Isto, além de envolver um número maior de pessoas, diminui as chances de erros de escolha ou de percepção. Confere também legitimidade ao processo.

A seleção não precisa ser fruto de um momento formal. Dependendo da população e do local de sua atuação, as pessoas certas para a ação podem já ser conhecidas. De qualquer forma, tente envolver o maior número possível de pessoas adequadas.

O ato de selecionar deve levar em conta que as pessoas escolhidas devem conhecer a natureza e as implicações de seu trabalho. Igualmente claros devem ser os acordos e as bases de suporte com que conta o trabalho e seus agentes: o multiplicador, os monitores e a comunidade como um todo. Em outras palavras, deve ficar claro para todos os envolvidos o que cada um espera do outro (e de si mesmo). Os limites e as indisponibilidades de cada participante devem igualmente ficar explicitados, já a partir da seleção.

Em situações específicas, como em presídios, deverão ser levados em conta alguns itens adicionais. Dentre esses, o tipo e a duração da pena do candidato a monitor são questões importantes em um processo seletivo.

Importante: o trabalho dos monitores está referenciado, em maior ou menor intensidade, no suporte que o multiplicador poderá aportar. Deverão ser explicitados, sempre que possível, os desdobramentos que contém o trabalho. Para tanto, a relação de confiança mútua deve ser perseguida como condição básica.

3. Treinamento

O ato de treinar implica no planejamento de ações em vários níveis. Frente à definição da população a ser trabalhada, um ponto inicial é a clareza dos objetivos e dos respectivos conteúdos para a capacitação. Para muitos treinamentos existem manuais específicos, documentos referenciais, textos de apoio e outros materiais que direcionam as capacitações. Em alguns casos contamos com diretrizes programáticas, nas quais, além de objetivos e conteúdos, há indicações de experiências de aprendizagem e avaliações para a instrução. Em qualquer caso, uma busca em outros materiais existentes na área é sempre adequada.

Em situações em que há escassez ou inexistência de material didático-pedagógico adequado, sobretudo para a atuação do monitor, soluções criativas devem ser procuradas em conjunto. Um exemplo disso é a utilização de um copo de plástico e de uma caneta esferográfica sem a carga para demonstrar a limpeza de uma seringa, na estratégia de redução de danos no abuso de drogas. Em instituições onde não é admitido seu uso, como em presídios, no treinamento deverá ser discutida também a disponibilização do hipoclorito de sódio, necessário a essa prática.

Para o desenvolvimento das atividades que seu curso prevê, haverá

necessidade de mapear as pessoas-chave para que o previsto aconteça. Um simples espaço em uma determinada instituição, ou mesmo um território de rua, pode “pertencer” a uma pessoa. Fique atento a isto para não se chocar com situações/valores pré-existentes. Não compre brigas desnecessárias! Negocie, diretamente ou através de outras pessoas, as questões e os espaços que seu trabalho precisa. Não se comprometa com o que não puder cumprir.

Em cada situação específica, deverá ser equacionada a questão do local mais adequado para o treinamento. Isto deverá levar em conta a sua facilidade de acesso e as condições que propiciem um clima de confidencialidade e, se possível, de anonimato aos participantes. Um lugar livre de ruídos, que facilite a concentração é desejável. Não esqueça de discutir a melhor forma de divulgação de seu treinamento.

Discuta com as pessoas a serem treinadas e com sua equipe os melhores horários para o treinamento, levando em conta os locais escolhidos e a possibilidade de participação do número adequado de pessoas.

Percorra a programação de seu curso, identificando os recursos instrucionais (aparelhos de tv, vídeo, projetores) e outros materiais que você e seus convidados vão necessitar para o desenvolvimento do curso.

Faça uma lista das providências a serem tomadas para a realização do curso. Ao lado de cada item, relacione as dificuldades que existam ou possam vir a surgir e anote as providências que você acha que sejam as melhores para o equacionamento dos problemas. Relacione também o nome de pessoas que possam facilitar a solução das dificuldades.

Muitas vezes poderão ser necessários alguns acordos, tanto com as instituições envolvidas, quanto com as pessoas a serem treinadas. Seja flexível, mas não se comprometa com pontos que você não tenha respaldo de sua instituição ou que você possa ser colocado em situação de flagrante ilegalidade. Não se esqueça que você estará sendo frequentemente “testado” em suas atitudes e coerência.

Finalmente, lembre-se que: **a melhor maneira de aprender a fazer algo é fazendo!** Isto serve tanto para você, quanto para seus monitores. Portanto, no planejamento de suas atividades de treinamento, proponha situações criativas e que propiciem a prática daquilo que você quer que seu monitor seja habilitado. Exemplo:

Se você quer que sejam desenvolvidas habilidades de aconselhamento, ofereça a oportunidade de seu treinando aconselhar alguém que esteja necessitado. Promova as experiências de aprendizado intermediárias como as vivências, mas o coloque também em uma prática supervisionada de aconselhamento.

4. Supervisão e Abastecimento

É nas atividades práticas que se evidenciam as últimas dificuldades no desempenho de determinada função. A supervisão e o abastecimento se referem ao suporte que os monitores devem ter para poder agir efetiva e seguramente na condução de suas atividades. São os reforços necessários que contribuem para a continuidade do trabalho.

Supervisão

As atividades de supervisão incluem:

- ♦ acompanhamento das atividades do monitor
- ♦ auxílio na promoção das atividades
- ♦ sugestões para ações e materiais
- ♦ indicação de contatos com pessoas e organizações
- ♦ indicação de serviços de organizações governamentais e não governamentais

A supervisão pode estar relacionada diretamente ao trabalho, ou mesmo a situações decorrentes dele. Isto pode acontecer, por exemplo, quando você se depara com a situação em que um de seus monitores apresenta um problema de doença, outro que não DST, e que precisa de sua intervenção. Lembre-se que uma pessoa com outras preocupações não estará disponível para o trabalho acordado. O multiplicador deverá ter uma certa disponibilidade e referências para encaminhar essas situações.

Nas questões relativas à supervisão, há necessidade de uma rede concreta de apoio às atividades do multiplicador. Esta rede deve ser composta por serviços de referência para assistência médica, serviço social, clínicas especializadas, grupos de mútua ajuda, organizações não governamentais de atuação na área, serviços de apoio jurídico, dentre outros.

Abastecimento

O abastecimento deverá levar em conta a característica da clientela e a natureza e a localização do trabalho dos monitores. Em todos os casos existem insumos básicos que devem ser supridos. No caso dos preservativos, há necessidade de que o multiplicador entenda e repasse a seus monitores noções básicas sobre a estocagem dos mesmos. A utilização e a guarda de hipoclorito de sódio também requerem um cuidado especial. Em algumas situações, como no trabalho com usuários de drogas em presídios, deve ser equacionada, inclusive, a estratégia que o tornará disponível nas horas e nos locais certos.

Outros insumos, como folders, cartazes, gibis e outros materiais impressos deverão ser considerados em relação ao próprio hábito de leitura que a clientela tenha. De qualquer forma, deverá haver uma preferência por materiais visuais auto-explicativos em lugar de longos textos escritos. Outro ponto a considerar é que os materiais estejam presentes nos locais de frequência da clientela com comportamento de risco. Não se esqueça de que os materiais utilizados devem ser pensados de tal forma que não comprometam quem os está utilizando. Por exemplo, ao trabalharmos com michês, os folhetos educativos devem ser concisos e discretos, uma vez que esses profissionais, geralmente, não se consideram homossexuais. Os folhetos serão rapidamente descartados e, no pouco tempo em que serão utilizados, deverão passar a sua mensagem.

Como em outras situações, às vezes, haverá necessidade de acordos que disponibilizem os insumos básicos à clientela que dele necessita.

5. Avaliação

Para o nosso trabalho, avaliação é uma atividade da maior importância, pois ela é que indicará ajustes, correções de rota, acertos e desacertos da proposta

em execução.

Nem sempre contaremos com um instrumento pronto que nos indique a eficiência (quantidade) e a eficácia (qualidade) de nossas ações. Existem, no entanto, alguns indicadores que nos apontam nestas direções. Ex. você, como multiplicador, ou seu monitor, são procurados como referência de um trabalho.

Outros exemplos de indicadores podem ser os seguintes:

- ♦ Variação do número de preservativos solicitados em um espaço de tempo. Se no início de sua atuação, havia um pedido de um determinado número X de preservativos, e, no decorrer de 6 meses, há um aumento de solicitações para 2X, temos um indicador de intervenção.
- ♦ Diferença entre o número de usuários de um programa de trocas de seringas no seu início e o número dos mesmos, alguns meses depois de iniciada intervenção.
- ♦ Variação da procura por supervisão e o envolvimento de novas pessoas nas atividades, no início e 6 meses após a intervenção.
- ♦ Aumento pela busca de serviço de referência, um centro de testagem, por exemplo, por indivíduos submetidos a intervenção.

Estes indicadores tem caráter quantitativo, ou seja, revelam-nos o quanto de um atividade pensada foi executada; o quanto de um determinado insumo básico foi consumido; o grau de satisfação apresentado pelos usuários de um programa; a variação de uma demanda. Todos os exemplos anteriores estão nesta categoria. São medidas expressas em números, os quais nos indicam “como” e “quanto” uma atividade está sendo organizada e conduzida.

Existem, no entanto, outros indicadores que valorizam qualitativamente o alcance de nossos objetivos. Estes indicadores nos apontam para a avaliação de, por exemplo, se os preservativos solicitados foram bem utilizados e, se tiveram eficácia na prevenção da transmissão de DST. Outro exemplo seria a medida de quanto um programa de redução de danos reduz a incidência de HIV entre usuários de drogas injetáveis. Estes indicadores nos revelam a qualidade e o resultado de nossa intervenção a médio e longo prazos.

Apesar de considerados importantes na avaliação de um trabalho, os indicadores de caráter qualitativo não fazem parte do objeto deste manual, mas devem fazer parte das preocupações das organizações envolvidas em trabalhos de intervenção.

6. Relato

Como os relatórios sobre seu trabalho servem a diferentes finalidades, eles terão diferentes formatos. Sua responsabilidade será a elaboração do relatório técnico. Para tanto, deverão ser definidos previamente os itens que o comporão. Como seu trabalho é de natureza coletiva, discuta com as pessoas de sua equipe a estrutura de seu relatório. Ele deverá responder a perguntas simples, tais como, onde, como e porque. Sugerimos:

- ♦ a situação encontrada e seus principais atores;
- ♦ as situações de risco mais freqüentes;
- ♦ como e com quem (sem nominar) você se propôs a trabalhar;

- ♦ o porquê de suas escolhas;
- ♦ desenvolvimento dos trabalhos;
- ♦ indicadores, resultados e sugestões.

Para o trabalho com os monitores, é importante que eles também discutam a elaboração de um instrumento de registro. Poderá ser, por exemplo, um roteiro de observação fechado (questionário), com sinalizações em xis(x) em frente a um quadro de opções. A forma de sistematização desses registros deverá ser discutida com uma supervisão apropriada.

Em atividades de campo são importantes pequenos registros, que poderão ser anotados em um pedaço de papel, para posterior relato. Essas notas são apontamentos relativos ao “funcionamento” do lugar: seus valores, sinais de mudanças ou a expressões próprias (as gírias) daquela cultura. Esses lembretes são fontes importantes de informações para a composição de um relatório.

Em alguns casos pode ser importante o relato verbal para uma comunidade, um indivíduo ou instituição, ao fim de uma determinada atividade. Esta é uma forma de expressar respeito e reconhecimento aos que colaboraram para o sucesso do trabalho, e uma oportunidade de gerar compromissos com atividades futuras.

Lembre-se que você, como representante de uma organização, é o seu delegado nas atividades extra-muro. Só você terá acesso à riqueza de dados que uma atividade como essa pode propiciar. Esses dados sistematizados, constituir-se-ão nas informações para os ajustes e para a avaliação da eficácia e do impacto das ações de prevenção da transmissão do HIV e de outros agentes transmissores de DST em nosso país.

LEITURAS RECOMENDADAS

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN-DST/AIDS. Orientação às Instituições Executoras de Treinamento para seleção de Candidatos. Brasília: Coordenação Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, 1995.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. Drogas, AIDS e Sociedade - Brasília: Coordenação Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, 1995

Divisão Nacional de Controle de DST/AIDS. "Aspectos clínicos, laboratoriais e terapêuticos das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Secretaria Nacional de Ações básicas de Saúde/MS. 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Manual para Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - Brasília. Ministério da Saúde. 1993.

Bemfam. Prevenção de DST/AIDS. Manual de Apoio a Educadores. Rio de Janeiro, 1994.

Daniel, H & Parker, R. AIDS: a terceira epidemia. Rio de Janeiro, Iglu Editora, 1991.

Gapa/BA. Manual para Educadores Comunitários em AIDS. Salvador, s/d.

Mesquita F. Bastos, FI - Drogas e AIDS: Estratégias de redução de danos. Editora Hucitec, São Paulo 1994. Guia Completo de sexo seguro. Instituto Avançado de Sexualidade Humana, GAP/SP, 1991.

Mott, Luiz. A penetração do preservativo no Brasil pós-AIDS. Rio de Janeiro, Bemfam, 1989.

Sexo Seguro: quase tudo o que você sempre quis perguntar sobre sexo (mais seguro) e sempre teve receio de perguntar. Boletim Pela Vida, ano III, nº 14, Dezembro 1992.

lozo, Ronaldo Y. 100 Jogos para grupos. São Paulo: Summers Editora, (1996).

Antunes, Celso. Manual de Técnicas de Dinâmica de Grupo de Sensibilização de Lupopedagogia, Petrópolis: Vozes (1996)

Monteiro, Regina Fourneaut. Jogos Dramáticos. São Paulo: Agora Editora (1994).

Bemfam. Falando de AIDS. Um guia para o trabalho comunitário. Rio de Janeiro, 1989

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN-DST/AIDS. Orientação às Instituições Executoras de Treinamento para seleção de Candidatos. Brasília: Coordenação Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, 1995.

Participaram da elaboração deste manual:

- David Ian Harrad - Grupo Dignidade
- Denise Doneda - PRODEQUI - UnB
- Denise Serafim - PN DST/AIDS - MS
- Eliane Maria Fleury Seide - PRODEQUI - UnB
- Gabriela Silva Leite - DA VIDA - RJ
- Gerson Winkler - Programa Municipal de DST/AIDS - Porto Alegre
- José Almir Santana - Programa Estadual de DST/AIDS - Sergipe
- José Gustavo Breda - Secretaria de Justiça do Sistema Penitenciário - São Paulo
- José Honorato Oliveira Jr. - ABN Notícias
- Luiz Fernando Severo Marques - PN DST/AIDS - MS
- Luiz Mott - GGB/BA
- Maria Fátima Olivier Sudbrack - PRODEQUI - UnB
- Osman Freitas - APRA
- Paulo R. Proto de Souza - PRODEQUI - UnB
- Roberto Chateaubriand Domingos - GAPA/MG
- Sandra Perin - SUSEPE - RS
- Sílvia B. Bellucci - PN DST/AIDS - MS
- Sonia Alves - Ministério da Saúde

Análise Metodológica:

- José Florêncio Rodrigues Júnior